

ADOLESCENZE E RELAZIONI PROBLEMATICHE

Vademecum per Operatori Sociali



A cura dello Staff di progetto

Alessandra De Filippis Francesca Nilges Liviana Marelli Paolo Cattaneo
Davide Motto Gabriella Sacchetti Luigi Nardetto Riccardo Poli

Impaginazione e grafica

Marcello Monnecci

Roma, giugno 2011

SOMMARIO

PARTE PRIMA - Il Progetto SALUS	3
Premessa	3
I.1 Gli ambiti di approfondimento	3
I.2 I beneficiari del progetto	4
I.3 Valutazioni sul progetto	6
I.3 Come è organizzato il documento	11
PARTE SECONDA - I riferimenti Internazionali	13
II. 1 La tutela dell'infanzia e dell'adolescenza	13
II.2 La promozione della salute: La Carta di Ottawa	15
II. 3 I Diritti del malato	16
II.4 Un nuovo sguardo sulla disabilità e sulla salute	17
II.5 Il benessere e la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza	18
II. 6 Protagonismo e soggettività	22
II. 7 Le dimensioni del fenomeno	23
PARTE TERZA - I riferimenti nazionali	25
III.1 Il Piano obiettivo salute mentale	25
III.2 Il progetto obiettivo materno infantile	27
PARTE QUARTA - Mappatura e analisi delle buone pratiche	29
Premessa	29
IV.1 Strumenti per la mappatura	29
IV.2 Criteri per identificare e selezionare le Buone Pratiche	33
IV.3 Cosa emerge dalla Mappatura	36
IV.4 Le analisi territoriali	39
Abruzzo	39
Lombardia	54
Puglia	85
PARTE QUINTA - Sostenere le competenze degli operatori sociali	101
PARTE SESTA - L'adolescenza con disturbi psichiatrici in fase di esordio.	
Percorsi di lettura a approfondimento.	105
Premessa	105
VI. 1 L'adolescenza e le patologie limite	105
VI.2 Esperienze di cura e riabilitative	107
VI.3 Il disagio adolescenziale. Testi, documenti, esperienze di presa in carico	109
VI.4 Le professioni: l'apporto pedagogico	111
VI.5 La famiglia	112
VI.6 Strumenti per l'operatore	113
VI.7 Sitografia	115
ALLEGATI	117
1. Strumenti per la mappatura	117
2. Studio di caso per la formazione degli operatori	120
3. Scheda per la presa in carico di ragazzi e famiglie	125
4. Scheda di osservazione	127
5. Vignette	129
6. Scheda del progetto L'altra città - Federazione Scs Cnos Salesiani per il sociale	136

PARTE PRIMA - Il Progetto SALUS

Premessa

Questo documento contiene una rassegna selezionata e organizzata dei documenti di lavoro prodotti dall'esperienza del progetto *Salus*. Con questo ci si propone di offrire agli operatori uno strumento di lavoro dove trovare approfondimenti di varia natura con lo scopo di:

- restituire uno sguardo complessivo su alcuni argomenti generali quali il benessere, la salute e i diritti;
- approfondire gli aspetti riguardanti il disagio psichico relazionale negli adolescenti, sui quali il progetto è intervenuto.

L'obiettivo di questo lavoro di scrittura è stato quello di fornire riferimenti e proporre riflessioni utili a supportare gli operatori nello sviluppo di azioni di:

- a) mappatura territoriale della rete di intervento e per l'identificazione di "buone pratiche";
- b) la definizione di elementi di innovazione nelle azioni;
- c) l'attivazione di laboratori territoriali di sperimentazione, in grado di validare approcci innovativi al tema del disagio sociale, psichico, psichiatrico e relazionale dei giovani;
- d) l'azione di sostegno ed *empowerment* verso le famiglie;
- e) lo sviluppo di competenze nella comunità territoriale, a supporto del sistema degli operatori/*stakeholders* per valorizzare il ruolo delle principali agenzie educative (scuola, associazionismo e famiglia), funzionale anche ad evitare l'eccessiva sanitarizzazione e utilizzo di psicofarmaci, degli interventi.

Il progetto ha avuto una durata di 12 mesi e si è realizzato in tre regioni: Abruzzo, Puglia e Lombardia. Ha preso avvio nel luglio 2010 ed è stato realizzato dal Cnca sulla base di un finanziamento del Ministero del lavoro e politiche sociali a valere sui fondi della legge 383/2000 per le Associazioni di promozione sociale (Aps) iscritte al Registro nazionale delle Aps presso il Ministero.

I.1 Gli ambiti di approfondimento

Il tema del disagio psichico in età adolescenziale è stato approfondito in relazione ai seguenti ambiti:

L'integrazione socio sanitaria

(Polo Territoriale, Polo Ospedaliero, Strutture Residenziali, Servizi Semi-residenziali e Domiciliari). Particolare attenzione è stata posta a:

- la forte sanitarizzazione del sistema delle risposte, che troppo spesso seda il problema attraverso un uso eccessivo di psicofarmaci, piuttosto che lavorare sui fattori causali che generano il problema;
- la carenza di una reale infrastrutturazione sociale del territorio, capace di mettere in rete tutti gli attori (scuola, famiglia, associazionismo, servizi sociali e sanitari), coinvolgendoli secondo approcci multidisciplinari, orientati al *case management*.

La famiglia

Si caratterizza per una diffusa carenza di competenze. La consapevolezza delle famiglie troppo spesso non va oltre la generica richiesta di servizi di sollievo. A tale carenza si aggiunge la condizione di solitudine come elemento di fragilità e fattore di rischio.

La scuola

I processi di dispersione e/o di *drop-out* scolastico dei ragazzi evidenziano situazioni di disagio mentale e relazionali. Vi è una sostanziale inadeguatezza del sistema scolastico nell'affrontare in maniera qualificata i singoli casi, anche attraverso la formazione del personale e la progettazione di percorsi didattici adeguati.

La prevenzione

Gli interventi sui gruppi a rischio, la diagnosi e gli interventi precoci, l'attivazione della comunità locale, rappresentano ambiti in cui collocare attenzioni di tipo relazionale che possono facilitare processi di inclusione e prevenzione.



I.2 I beneficiari del progetto

Complessivamente hanno beneficiato delle varie azioni di progetto:

- 364 operatori, di cui il 58,5% donne nelle azioni di formazione nazionale e regionale, inclusi il seminario di presentazione iniziale e la tavola rotonda finale. L'85% appartengono all'area del privato sociale e le parti restanti al pubblico impiego (insegnanti, operatori delle Asl e della giustizia minorile);
- 60 fra insegnanti e genitori nelle azioni di sensibilizzazione e nell'organizzazione di attività di sostegno alla famiglia realizzati nei tre contesti locali regionali ambito di intervento del progetto (Abruzzo, Puglia, Lombardia);
- 10 associazioni familiari;
- 63 minori con problemi di disagio psichico relazionale, raggiunti dai servizi dei gruppi partecipanti al progetto nei medesimi contesti locali, con una prevalenza di maschi (due terzi) sulle femmine, di età complessivamente comprese tra gli 8 e i 24 anni e una età media di circa 14. Gli "abbandoni" nelle prese in carico sono stati 3 nel periodo considerato dal progetto. Occorre precisare che la quasi totalità di questi ragazzi sono inseriti in un percorso più ampio, per la specificità e complessità delle problematiche da loro espresse e che richiede quindi una continuità di presa in carico che va al di là della durata dell'intervento progettuale.

	Abruzzo	Lombardia	Puglia	Totale
N. minori seguiti	19	24	20	63
Fascia di età	8-16	11-24	11-21	8-24
Età media	12,2	16,4	13,8	14,3
Maschi	53%	71%	65%	63%
Femmine	47%	29%	35%	37%

Indirettamente il progetto si stima abbia raggiunto a livello informativo almeno 2.000 persone. Gli accessi al web sono stati infatti 1.500 a cui vanno ad aggiungersi le azioni informative realizzate a livello locale in occasione delle varie azioni di progetto (workshop, iniziative di sensibilizzazione e informazione).

Per quanto riguarda le caratteristiche dei partecipanti si dispongono informazioni dettagliate relativamente alle azioni di formazione (workshop nazionali e regionali) per le quali era stata predisposta una apposita scheda.

Alle iniziative formative hanno preso parte complessivamente 185 persone provenienti per la maggior parte (68%) dalle tre regioni oggetto di intervento (Abruzzo, Puglia, Lombardia). La partecipazione e l'interesse però ha intercettato anche operatori di ben altre 8 regioni: quattro al Sud (Calabria, Sicilia, Sardegna, Campania) che hanno raccolto il 10% una al Centro (l'Umbria) con il 9% e il resto al Nord (Veneto, Trentino Alto Adige, Emilia-Romagna) con il 13%.

Il rapporto tra donne e uomini qui è ancora più accentuato a favore delle prime, con i tre quarti di donne e un quarto di uomini.

Oltre la metà dei partecipanti (55%) ha meno di 40 anni ed è relativamente "giovane" quanto ad anzianità di ruolo. Il 50% lo ricopre da meno di 5 anni.

I partecipanti esprimono un'alta qualificazione sotto il profilo del titolo di studio. Oltre i due terzi (72%) è in possesso di un titolo di studio universitario.

Il profilo presente è per lo più di tipo tecnico/operativo (48%), seguito da quello dirigenziale e di professionisti esterni (26%), dai volontari e personale tecnico amministrativo (13%).

Sotto il punto di vista delle qualifiche una metà si distribuisce tra gli "esperti settoriali", con una netta prevalenza degli educatori (27%) su altre figure (psicologi 7%, assistenti sociali, 6%, operatori sociali con funzioni educative 5%), seguiti da figure più trasversali come i coordinatori/responsabili di struttura o servizio con il 17% e i direttori con l'8%.

Partecipanti per classe di età	
Tra 20 e 29	14%
Tra 30 e 39	41%
Tra 40 e 49	34%
Tra 50 e 59	7%
Oltre 60	1%
Nr	3%
Totale complessivo	100%

Titolo di studio dei partecipanti	
Diploma universitario/Laurea	72%
Diploma scuola secondaria superiore	18%
Qualifica professionale	7%
Nr	3%
Totale complessivo	100,00%

Partecipanti per ruolo ricoperto nelle organizzazioni di appartenenza	
Dirigenti/professionisti	26%
Operatori/tecnici	48%
Amministrativi	6%
Volontari	7%
Altro	8%
Nr	6%
Totale complessivo	100%

Anzianità di ruolo	
Da meno di 1 anno	16%
Da 1 a 5 anni	34%
Da 5 a 10 anni	27%
Da 10 a 15 anni	14%
Da 15 a 20 anni	3%
Oltre 20 anni	1%
Nr	5%
Totale complessivo	100%

Qualifiche professionali partecipanti	
Animatore	1%
Assistente sociale	6%
Coordinatore servizio	17%
Direttore	8%
Educatore	27%
Insegnante/formatore	2%
Op. soc. con funzioni educative	5%
Pedagogista	1%
Segreteria/amministrazione	2%
Presidente/membro Cda	1%
Psicologo	7%
Sociologo	3%
Altro	7%
Nr	13%
Totale complessivo	100%



I.3 Valutazioni sul progetto

Significato dell'esperienza per il Cnca e il suo valore di trasferibilità

La scelta di affrontare ed approfondire il tema del disagio psichico degli adolescenti ha le sue radici profonde nella quotidianità del lavoro e delle relazioni che gli operatori dei gruppi appartenenti al Cnca sviluppano e vivono con ragazzi/e e le loro famiglie (nell'esperienza delle comunità residenziali educative, nelle comunità diurne, negli spazi adolescenti, nei centri di aggregazione giovanile, nei percorsi di educativa domiciliare e territoriale, nei progetti di avvio all'autonomia).

La scelta origina dalla relazione con ragazzi e ragazze, famiglie fragili, vulnerabili, persone ed esperienze che quotidianamente accogliamo e accompagniamo nel loro percorso di crescita, verso un possibile progetto futuro.

Siamo sempre più interrogati e ci rendiamo sempre più conto che i ragazzi/e che incontriamo e di cui ci facciamo carico manifestano sempre più pesantemente e frequentemente, comportamenti e segni di disagio non sempre riconducibili a fatti fisiologici connessi alla "fase adolescenziale della crescita", ma piuttosto riconducibili/riconoscibili quali indicatori di un disturbo psicopatologico che si sta organizzando e che dobbiamo quindi saper leggere, comprendere, affrontare adeguatamente al fine di saper accogliere l'adolescente e la sua sofferenza per progettare – insieme – un intervento efficace.

Non si tratta dunque di un interesse puramente teorico, ma di un bisogno di capire, andare dentro le questioni, approfondire, comprendere, rimettersi in gioco in una relazione complessa evitando la semplificazione, l'improvvisazione delle risposte per assumere un atteggiamento maturo di ricerca.

Sulla scorta di queste convinzioni è stato avviato nel 2008 un importante percorso di confronto, di conoscenza e di valorizzazione delle diversificate esperienze condotte dai gruppi del Cnca attraverso alcuni seminari interni. Successivamente (Padova, febbraio 2009) è stato promosso, unitamente all'Università di Padova, un convegno di approfondimento su questo tema. Le importanti opportunità fornite dal progetto Salus ci hanno dunque permesso di continuare i percorsi di riflessione avviati, di consolidare alcune acquisizioni e soprattutto di rafforzare reti territoriali tra i diversi soggetti coinvolti, così da permettere continuità anche dopo la conclusione formale di Salus, così come intendiamo fare.

E pensando al "dopo progetto" e quindi alle condizioni di sostenibilità culturale dello stesso, a ciò che è importante traghettare e trasferire anche in altri contesti, si rendono evidenti alcune considerazioni.

a) La necessità di risignificare e rinominare le questioni: nei percorsi attivati ci è sembrato sensato parlare di "adolescenti che hanno relazioni problematiche" piuttosto di "adolescenti problematici". Dire che ci sono adolescenti con relazioni problematiche significa rendere imprescindibile il fatto che sia un'èquipe sufficientemente ampia e fortemente integrata ad accogliere ed accompagnare l'adolescente sofferente e la sua famiglia: presa in carico dell'adolescente come soggetto globale e messa in campo delle responsabilità di tutti (pubblico - privato sociale - istituzioni - soggetti - comunità locale ..) per la definizione di un progetto quadro sulla complessità delle relazioni problematiche, non di un intervento sull'adolescente.

b) Questo aspetto e questo obiettivo pone una domanda seria all'attuale sistema di welfare, sia sul piano della allocazione di risorse economiche in ambito sociale per rendere sostenibili i processi di promozione, prevenzione, inclusione (oggi fortemente contratti in un sistema di welfare residuale e di carattere emergenziale), sia sul piano del superamento della frammentarietà e separatezza per garantire un sistema integrato tra titolarità, competenze e interventi delle Aziende ospedaliere, delle ASL, degli enti locali, dell'istituzione scolastica, dei diversi soggetti della comunità locale che rendono faticoso il coordinamento e la complementarietà: l'indicazione che traiamo è che occorre continuare (tornare) a ragionare per progetti globali ed integrati e non attraverso la modalità della "compra-vendita" di prestazioni singole e necessariamente frammentate.

c) Il progetto quadro, dove il progetto educativo, il progetto terapeutico, il rapporto con la famiglia, il coinvolgimento della comunità locale sono parti di un'unica progettualità. Dove la titolarità è dell'ente pubblico, ma la corresponsabilità è più ampia e comprende i diversi soggetti coinvolti nella consapevolezza che gli interventi sui gruppi a rischio, la diagnosi precoce, gli interventi precoci, la presa in carico globale delle relazioni familiari, l'attivazione della comunità locale come ambito in cui collocare attenzioni di tipo relazionale possono facilitare processi di prevenzione, di presa in carico e di inclusione.

d) Tra terapeutico ed educativo, e viceversa. Non può esistere un progetto educativo senza qualcos'altro e non può esistere un progetto terapeutico senza qualcos'altro: è un richiamo alla complementarità del progetto quadro, ma contiene anche un'altra importante acquisizione. Il lavoro integrato multi-professionale, multi-disciplinare e multi-dimensionale costringe tutti a rivedere i parametri stessi su cui si fondano le singole professionalità (dallo psichiatra, all'educatore, all'assistente sociale, allo psicologo, all'insegnante). La ricerca della complementarità e la costruzione di *équipe* integrate favorisce processi di crescita e di reciproca valorizzazione laddove – per esempio – la psichiatria ha colto e praticato prassi di promozione e di cura della comunità locale scoprendone le potenzialità di prevenzione e di ricaduta in termini di risultati e, contestualmente, la pedagogia ha riconosciuto il bisogno di confrontarsi ed interagire con altri saperi, per acquisire strumenti di comprensione e valutazione degli interventi in qualche misura più "scientifici".

e) Senza separatezze e falsi specialisti, ma valorizzando identità professionali solide che scelgono l'integrazione quale dimensione di competenza e di sapere. La sperimentazione concreta di questo assunto ci pare possa rappresentare la sfida e l'obiettivo futuro su cui continuare a sperimentare insieme, a partire dalle positive esperienze che Salus ha permesso di fare nelle tre regioni coinvolte e consapevoli che – accanto alle acquisizioni, alle analisi e ai prodotti che il progetto ci ha permesso di raggiungere – l'esperienza condotta ha consolidato relazioni e reti tra istituzioni, organizzazioni, professionisti, associazioni di familiari, società civile.

Entrando più nel dettaglio delle singole azioni e prodotti che il progetto ha permesso di realizzare, la raccolta dei vari giudizi valutativi, sia dei promotori che dei vari *stakeholders* di progetto, consente di trarre le seguenti considerazioni valutative:

a) La rassegna della letteratura. Il valore aggiunto di questo documento risiede nella possibilità di favorire il *mainstreaming* nei diversi contesti e secondo diverse modalità.

Può essere sicuramente utile per gli operatori addetti ai lavori di informazione/formazione e progettualità di rete.

Per molti di questi, specie per quei colleghi che si avvicinano per la prima volta alla materia relativa al disagio mentale in adolescenza, può rappresentare uno strumento di prima formazione. Le Federazioni regionali coinvolte nel progetto in questi ultimi anni stanno ragionando attorno al tema della formazione degli operatori. A questo riguardo sottolineano:

- la scarsa competenza tecnica e specifica fornita dai percorsi accademici agli studenti di Scienze dell'Educazione e il conseguente investimento delle singole organizzazioni nel formare operatori per i diversi servizi (oltre che operatori capaci di essere soci di impresa sociale);
- la necessità comune delle diverse organizzazioni di fornire ai nuovi colleghi-soci/associati una mappa delle conoscenze che parli della cooperazione e associazionismo sociale, che parli del lavoro nelle e con le comunità territoriali, ma che sia anche in grado di declinare i saperi necessari per i diversi settori del nostro lavoro (tra cui il disagio psichico).

b) La mappatura territoriale della rete e delle esperienze e l'individuazione delle "buone pratiche" di intervento.

Tutti i testimoni coinvolti nella fase di rilevazione e analisi territoriale hanno espresso una chiara percezione del disagio psichico adolescenziale come di un fenomeno esistente, dilagante, in espansione, spesso sommerso e dai confini vaghi e sfumati. Sia i referenti degli Uffici di Piano sia i Neuropsichiatri infantili intervistati hanno evidenziato che il loro intervento si innesca per lo più su problematiche connesse al disagio psichico in età adolescenziale, scaturite ora dalla relazione con la famiglia, ora con il gruppo classe, ora associate a tematiche esistenziali. I



canali di emersione del disagio sono in primis quello scolastico, a seguire familiare, parrocchiale, associativo e del privato cittadino.

Spesso nei servizi di Neuropsichiatria non esiste un distinguo tra azioni preposte a questo fenomeno, né progetti finalizzati con un monte ore specifico, risorse professionali, economiche e strutturali ad hoc.

Il contesto interlocutorio che si è creato con la realizzazione delle interviste ha messo in rilievo alcuni aspetti degni di nota che di seguito si elencano:

- la disponibilità al confronto, spesso determinata e attribuita dai professionisti stessi ad un vissuto di solitudine che da tempo accompagna il proprio operato nel contesto lavorativo;
- la disponibilità alla condivisione delle proprie competenze per accrescere la qualità dell'intervento che ad oggi rivolgono agli adolescenti con disagio psichico con cui entrano in contatto;
- l'aspettativa che attività finalizzate, come anche quella del progetto Salus, riescano ad aumentare il grado di sensibilità e coinvolgimento a questo fenomeno da parte degli attori e *stakeholders* impegnati nei processi di programmazione e coordinamento dei servizi socio sanitari regionali.

La scelta dei 5 ambiti territoriali dove è stato effettuato il lavoro di mappatura nelle tre regioni e identificazione delle buone prassi ha inteso valorizzare le presenze più significative ed in rete già attive attorno ai gruppi del Cnca. In questo modo ha facilitato il contatto con i relativi Uffici di piano, quali ambiti privilegiati di programmazione e pianificazione degli interventi sociali e con le Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che, oltre alle competenze sanitarie, ha la responsabilità e la regia degli interventi e della presa in carico degli adolescenti con disagio psichico. Accanto a questi contatti istituzionali, la fase della mappatura, necessaria anche alla identificazione delle buone prassi con le quali costruire le fasi successive del progetto, ha coinvolto diverse associazioni di familiari, alcune cooperative sociali e alcuni servizi specifici pubblici e privati per la presa in carico di adolescenti e giovani con disagio psichico.

In questo modo nel progetto Salus sono state coinvolte sin da questa fase tutte quelle organizzazioni che in maniera condivisa ed integrata collaborano all'analisi del bisogno, alla definizione delle priorità ed alla costruzione delle risposte in termini di servizi e di sperimentazioni nei territori.

Il lavoro integrato, interdisciplinare e multi professionale fatto da istituzioni, cooperative, associazioni, tavoli di rete e di coordinamento territoriale (legate anche da progettazioni comuni legate alla coesione sociale), così come la possibilità di far dialogare l'oggetto specifico "disagio psichico in adolescenza" con la multidimensionalità degli interventi sociali, sanitari ed educativi ha rappresentato l'indicatore di "bontà dei progetti che funzionano" e ha condotto ad un'analisi dettagliata di 8 buone prassi (tre in Lombardia, tre in Abruzzo e due in Puglia descritte nei capitoli successivi).

c) L'attivazione di laboratori territoriali di sperimentazione, il sostegno ai ragazzi e l'*empowerment* delle famiglie. Il confronto avviato nelle fasi della mappatura e della individuazione delle buone prassi ha orientato la ricerca e le riflessioni attorno alle 63 situazioni prese in carico nei territori coinvolti dal progetto.

I ragazzi coinvolti sono stati individuati ai vari servizi dei gruppi associati al Cnca coinvolti nel progetto tramite segnalazione dei Servizi sociali, altri invece su volontarietà diretta da parte della famiglia o dei ragazzi stessi, altri dai servizi sociali della Giustizia minorile, altri segnalati dalle istituzioni scolastiche.

Il disagio espresso da questi ragazzi e ragazze, di età metà di circa 14 anni, attiene principalmente la necessità "superficiale" di sostegno e accompagnamento didattico, dovuto ad un insuccesso scolastico. Questo fenomeno rappresenta solo la punta dell'ice-berg rispetto a problematiche psico-sociali, relazionali più profonde a conferma della precarietà della situazione di provenienza dei ragazzi, per alcuni casi molto più evidente che in altri.

Diverse, le tipologie di disagio di partenza, in primis il disagio familiare che assume forme peculiari in base a i casi:

- basso livello culturale;
- isolamento sociale;
- multi problematicità familiare, dovuta a patologie individuali o a elevata conflittualità coniugale, conseguente incapacità di gestione parentale dei figli, problemi economici, allontanamento di un genitore perché in situazione di sconto di pena.

I disagi familiari si accompagnano a problematiche dei minori a livello comportamentale e psicologico-affettivo. Per alcuni dei ragazzi si sono registrati comportamenti aggressivi e inadeguati denunciati soprattutto dalle istituzioni scolastiche che sfiorano il confine del bullismo e dell'antisocialità. Difficoltà che diventano in determinate circostanze vere e proprie inadeguatezze nelle competenze socio/relazionali, dovute ad eccessive introversioni, chiusura o estroversione, così come casi di deprivazione affettiva con conseguente disadattamento sociale ed emotivo. Tutto ciò a conferma del fatto che, una qualunque forma di disagio evidenziata, altro non è se non, nella maggior parte dei casi, solo l'aspetto più evidente in un determinato momento della multi problematicità sottesa e che diversi sono i fattori che concorrono alla creazione di questi vissuti problematici.

Coerentemente con gli apprendimenti scaturiti dalla fase di analisi delle esperienze innovative e dall'attività di formazione, le progettazioni avviate nei territori regionali si sono concentrate su azioni che prevedessero un insieme coordinato di interventi:

- la definizione di Piani educativi individualizzati, con al centro il "progetto di vita" del singolo;
- il coinvolgimento delle famiglie, anche attraverso la definizione di obiettivi e attività specifiche a loro rivolte;
- il lavoro integrato con i servizi specialistici, nella necessaria multidisciplinarietà;
- il contatto, la conoscenza e l'inserimento in servizi del territorio e del tempo libero;
- l'attivazione - ove possibile - della rete parentale, della comunità etnica, delle associazioni familiari.

Nella costruzione di un sistema di aiuto che si è venuto a creare utilizzando un approccio di questo tipo è ripetutamente emersa la criticità del tema legato alla "titolarità" ed alla "regia" (ovvero del "*case management*"), che non si può dare né per scontato né per definito una volta per tutte nei diversi cicli di vita che attraversano un intervento che coinvolge il piano educativo, terapeutico, sociale.

Occorre comunque essere consapevoli che tutte le azioni messe in campo richiedono dei tempi di lunghi per maturare l'efficacia di cui voglio farsi portatrici, che vanno ben al di là della scansione temporale di questo - come di qualsiasi altro - progetto. Tempi che sono risultati non del tutto sufficienti al raggiungimento pieno di obiettivi di cambiamento che ci si poteva proporre nella maggior parte dei casi. Obiettivi che sono stati parzialmente conseguiti quindi - cosa che rappresenta comunque un buon traguardo - o, in pochi casi (3) totalmente non raggiunti a causa dell'abbandono precoce del servizio da parte di alcuni minori di età.

In diverse circostanze si è fatto ricorso ad una osservazione partecipante da parte degli operatori coinvolti nel progetto, attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, come un questionario composto da una serie di affermazioni riguardanti, azioni, comportamenti, stati rispetto ai quali era chiesto di segnalare la frequenza di manifestazione (sempre, spesso, a volte, mai) attinenti diverse aree di indagine e facenti riferimento a dimensioni intra ed inter psichiche:

- area affettivo/relazionale, che racchiudeva affermazioni riguardanti capacità relazionali con pari e non, capacità di agire ed essere in gruppo, collaborazione e cooperazione attiva per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- area personale emotiva, che indagava la dimensione più intrapsichica riferendosi alla capacità di autoregolazione, di gestione delle emozioni, di riconoscimento del sé e delle proprie risorse;
- area esecutiva o del compito, riguardante l'esecuzione di compiti soprattutto rispetto a tempi, modalità, stimolazioni dati;
- area comunicativa/espressiva, che fa riferimento soprattutto alla capacità di comunicare adeguatamente e attivamente, alla padronanza del linguaggio e all'utilizzo di forme particolari di conversazione in misura consona al contesto e al destinatario.

Le varie sessioni di osservazione hanno evidenziato in molti casi una situazione finale per alcuni versi discordante rispetto alla situazione di partenza e al peso dei disagi di cui i ragazzi sono portatori. Questo si è rilevato soprattutto in termini di capacità di relazione con i pari che pur non essendo esente da comportamenti inadeguati, probabilmente conferma quanto un buon lavoro di rete, il sostegno in contesti socializzanti positivi e modelli di riferimento corretti, siano fondamentali nel recupero e/o nella prevenzione di devianza o disagi psicosociali più marcati. I ragazzi coinvolti, quando sono stati stimolati a parlare di sé e della propria storia personale, hanno avuto un atteggiamento collaborativo, riuscendo anche a verbalizzare le proprie

emozioni sia positive che negative. Altrettanto degna di nota è risultata la carenza della loro capacità di riconoscere gli errori, accompagnata di contro, da un discreto grado di autostima circa le proprie abilità, spesso relative a comportamenti non adeguati in cui prevale, nella maggior parte dei casi, una non corretta valutazione delle possibili conseguenze delle proprie azioni.

Accanto al lavoro realizzato con i singoli ragazzi e ragazze prese in carico nelle attività del Progetto Salus, i soggetti della rete costituitasi attorno al progetto hanno previsto l'avvio di due percorsi paralleli:

a. l'organizzazione, in tutte e tre le regioni, iniziative di informazione, sensibilizzazione e primo confronto attorno al tema di educare i figli che crescono, con una particolare attenzione rispetto ai comportamenti ed ai pensieri che generano preoccupazione, in modo tale da prevedere sia una restituzione /contenimento immediata che un rinvio a successivi momenti di approfondimento, anche con l'individuazione di testimoni specifici e specialistici da invitare in successivi appuntamenti;

b. la proposta cicli di incontri per "Gruppi genitori", rivolti alle famiglie dei minori presi in carico, costruiti sul modello del gruppo di auto-mutuo.

Quella del "Gruppo genitori" è stata la dimensione individuata come più idonea in quanto:

- crea un'opportunità, in cui ciascuno possa avere uno spazio esclusivo, lontano dal "dover essere" e dal "dover fare";
- permette di creare un ambiente rassicurante e accogliente;
- facilita il confronto tra genitori che condividono analoghe difficoltà educative, permette uno scambio arricchente, in termini di passaggio di esperienze e di conferma di non essere i soli in situazione di disagio;
- crea solidarietà tra i componenti del gruppo, permettendo di lavorare insieme nella direzione di un maggior benessere individuale;
- stimola la creatività individuale e di gruppo per "inventare" nuove strategie educative e comprendere meglio quelle utilizzate.

Le principali problematiche emerse ed esplicitate durante le attività condotte da psicologi/psicoterapeuti, si possono ascrivere all'area relazionale, della responsabilità genitoriale (spesso monogenitoriale), della fragilità della personalità del figlio e del genitore (incapacità di accettare il fallimento, di gestire l'aggressività propria e dei compagni, di interagire con linguaggi e stili di vita lontani dal proprio), della proiezione sul progetto di vita.

I genitori coinvolti hanno manifestato un forte bisogno di migliorare la relazione con i figli, a fronte delle frequenti reazioni di chiusura degli stessi. Il percorso proposto è stato impostato come spazio di educazione reciproca, dove le persone imparano a crescere e si aiutano vicendevolmente a realizzare l'ascolto, a comunicare, a gestire i conflitti e a mettere in moto processi di cambiamento.

Lo stile di conduzione molto concreto ed esperienziale, è stato centrato su metodologie coerenti con le finalità e adeguate allo specifico contesto: giochi di ruolo, simulazioni, esercizi di autoanalisi e di comunicazione interpersonale.

La dimensione "circolare" degli incontri ha favorito pertanto l'apprendimento, il racconto, la creazione di uno spazio di accoglienza, di confronto e di rielaborazione delle singole esperienze e pratiche educative.

Di fondamentale importanza è stato anche il contesto informale in cui si sono svolte le attività, con spazi accoglienti e adeguati a creare quel clima di fiducia e positiva collaborazione.

I genitori hanno espresso *feed back* positivi, chiedendo in molti casi, di poter continuare l'attività oltre la durata del progetto stesso, anche in funzione del legame che si è creato tra le persone e della percezione di poter essere artefici "in proprio" del cambiamento.

Il giudizio dei partecipanti alle attività formative

Rispetto ai giudizi espressi dai partecipanti alle attività formative si può rilevare che nel complesso la formazione e l'informazione ricevuta sono state pienamente soddisfacenti. Una soddisfazione che è costantemente maggiore nelle iniziative territoriali rispetto a quelle nazionali, per tutti gli ambiti di giudizio rilevati.

In dettaglio alcuni dati:

- i ¾ di coloro che hanno preso parte alle attività formative e informative del progetto hanno espresso una valutazione essendo sia a conoscenza preliminarmente degli obiettivi che dei contenuti delle attività. La restante parte - escluso un 5% di non risposte - era parzialmente a conoscenza dell'uno o dell'altro aspetto con una quota non trascurabile (8%) di "curiosi" che si sono presentati "al buio", senza avere acquisito o ricevuto informazioni preliminari rispetto a finalità e programmi di lavoro. La tendenza si fa più accentuata nei workshop regionali rispetto a quelli nazionali. Si può ipotizzare che questo si è avvenuto, forse, per il più facile accesso delle iniziative dal punto di vista logistico o per un effetto "trascinamento" operato da colleghi di lavoro.

- per quanto riguarda il giudizio rispetto agli argomenti affrontati nelle varie iniziative complessivamente questo è più che positivo con voto medio di 5,3 (in scala 1 a 6) per ciò che riguarda l'interesse e la coerenza con gli obiettivi del programma. Tali valutazioni registrano crescente apprezzamento nelle iniziative regionali rispetto a quelle nazionali (media 5,5 contro 4,9).

- la valutazione sulla qualità dell'esposizione di chi è intervenuto nei vari contesti formativi è abbastanza buona per le tre dimensioni oggetto di valutazione: chiarezza, efficacia, approfondimento. Complessivamente i valori medi sono sempre sopra il 5. Analizzando nel dettaglio, anche in questo caso, si registra una maggior apprezzamento della qualità espositiva nei contesti formativi regionali rispetto a quello nazionale.

	Qualità dell'esposizione - Valori medi		
	- Chiarezza	- Efficacia	- Approfondimento
Iniziative nazionali	5,1	4,8	4,5
Iniziative regionali	5,4	5,2	5,1
Totali	5,3	5,1	5,0

- Le modalità di lavoro sono state giudicate anche queste in modo molto soddisfacente, con una media complessiva di 5,1 e una differenza tra quanto apprezzato a livello nazionale e regionale di 0,3 punti.

- Infine il giudizio complessivo di soddisfazione dei partecipanti è buono con un punteggio di 4,8. Anche in questo caso i punteggi sono più alti nel caso delle attività regionali (4,9) rispetto a quelle di carattere nazionale (4,6).

1.3 Come è organizzato il documento

Questo documento è concepito come raccolta organizzata dei materiali di lavoro del progetto. Un *vademecum* nel senso di strumento a supporto del lavoro sociale, da sfogliare per le parti di interesse per l'azione quotidiana e il suo ri-orientamento.

Al contempo vuole essere un compendio di questioni ragionate e riflettute a seguito del lavoro sul campo che il progetto Salus ha permesso di sviluppare e, dunque, tale da contenere indicazioni per migliorare l'esistente, a partire da quello che di "buono" è stato riscontrato nelle prassi esaminate e sperimentate, come pure di ciò che di "cattivo" vi è nell'esperienza e quindi dalla segnalazione delle mancanze e delle lacune rilevate.

Le parti due e tre contengono una rassegna ragionata di riferimenti di carattere normativo emessi da enti e istituzioni di livello internazionale, europeo e nazionale. A queste succedono due sezioni dedicate, l'una, a presentare gli esiti del lavoro di mappatura e analisi di esperienze, ivi compresa la descrizione degli strumenti di ricerca adottati (riportati anche in allegato), condotto nelle tre regioni nelle quali erano previsti gli interventi del progetto Salus (Abruzzo, Lombardia, Puglia), l'altra a sviluppare una riflessione sul quadro di competenze, saperi e abilità

che gli operatori sociali che lavorano nelle comunità di accoglienza per adolescenti dovrebbero disporre, per poter lavorare in modo adeguato con l'adolescenza e il disagio psichico.

L'ultima parte del *Vademecum* contiene una sorta di percorso di lettura e approfondimento sui principali temi di lavoro del progetto (l'adolescenza e le patologie, le esperienze di cura e riabilitazione, teorie ed esperienze sulla presa in carico del disagio adolescenziale, una riflessione sulle professioni, le azioni di sostegno alla famiglia, gli strumenti per gli operatori), con la segnalazione ragionata di alcuni testi e l'indicazione di una bibliografia più estesa suddivisa per argomenti. Completa la sezione la segnalazione di alcuni siti, "giacimenti informativi" per ulteriori ricerche e consultazione di documentazione, come pure delle principali realtà associative impegnate su questo tema.

Negli allegati sono riepilogati per comodità alcuni strumenti di lavoro messi a punto dal progetto, già descritti nelle varie parti del *Vademecum*. In aggiunta a ciò vi trovano spazio anche una selezione delle vignette che Lorenzo Recanatini ha disegnato "in diretta" durante la tavola rotonda conclusiva del progetto dal titolo *Verso l'altra città. Prevenire il disagio e promuovere il benessere di adolescenti e giovani*, che si è tenuta il 1° luglio 2011 a l'Aquila, in concomitanza con la presentazione dei risultati dell'esperienza progettuale. L'iniziativa è stata promossa congiuntamente con i Salesiani per il sociale che avevano realizzato a l'Aquila una parte del loro progetto denominato *L'Altra città*, finanziato anche questo dal Ministero del lavoro e politiche sociali a valere sulla legge 383/2000, di si trova una sintetica presentazione sempre tra gli allegati.

Un ringraziamento particolare, oltre che allo staff nazionale di progetto, va alle colleghe della segreteria del Cnca, che hanno dato sempre piena e convinta collaborazione alla riuscita delle varie iniziative progettuali, svolgendo quel faticoso e invisibile lavoro di *back office*, struttura portante e liberatrice di "fardelli" burocratici e organizzativi, che ha così permesso a ciascuno di fare al meglio la propria parte di lavoro intellettuale, di ricerca, formazione, di cura e di coordinamento.

PARTE SECONDA - I riferimenti Internazionali

II. 1 La tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

La **Dichiarazione dei diritti del fanciullo** del 1959 richiama ai doveri degli adulti, della società civile e delle istituzioni di protezione dei bambini e degli adolescenti. Da questo punto di vista si tratta di una mera dichiarazione di intenti e di principi generali: "l'umanità ha il dovere di dare al fanciullo il meglio di se stessa".

L'approccio è quindi di tipo protettivo/paternalistico; il fanciullo deve beneficiare di protezione e sicurezza sociale e, in caso di disagio (minorazione) mentale deve poter ricevere cure "speciali". Al fanciullo non viene riconosciuta alcuna libertà ed autonomia in quanto soggetto titolare di diritti.



Dichiarazione
dei diritti
del fanciullo
(1959)

Principio secondo

"Il fanciullo deve beneficiare di speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni, in base alla legge e ad altri provvedimenti, in modo da essere in grado di crescere sano e normale sul piano fisico intellettuale morale spirituale e sociale in condizione di libertà e di dignità. Nell'esecuzione di tal fine la considerazione determinante deve essere del fanciullo".

Principio quarto

"Il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale". A tal fine devono essere assicurate a lui e alla madre le cure mediche e le protezioni sociali adeguate ...

Principio quinto

"Il fanciullo che si trova in una situazione di minoranza fisica, mentale o sociale ha diritto a ricevere il trattamento, l'educazione e le cure speciali di cui esse abbisogna per il suo stato e la sua condizione".

Il 1989, primo anno internazionale dell'infanzia e dell'adolescenza, si conclude con la **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo**. Finalità della Convenzione è quella di riconoscere e garantire, non solo i diritti umani già universalmente riconosciuti, ma attribuirne di specifici come l'interesse superiore del fanciullo e il riconoscimento del diritto del fanciullo alla partecipazione.

Complessivamente la Convenzione mantiene il modello precedente orientato prevalentemente alla protezione del fanciullo affiancandogli però una serie di norme e dichiarazioni che aprono al protagonismo e all'autonomia (nel poter esprimere opinioni o nell'assumere decisioni i autonomia).

La famiglia è vista come: "l'unità fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri e in particolare dei fanciulli... Il fanciullo ai fini dello sviluppo armonioso e completo della sua personalità deve crescere in un ambiente familiare in un clima di felicità, di amore e di comprensione". Tali concetti verranno ripresi nell'art. 24 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea - Nizza 2000.

Per quanto riguarda i fanciulli con disagio, compreso quello mentale, si fa esplicito riferimento al diritto ad avere una vita piena e soddisfacente e alla necessità di una partecipazione attiva alla vita della comunità.



Convezione
ONU sui diritti
dell'infanzia
(1989) New
York

Articolo 23

1. Gli Stati parti riconoscono che i fanciulli mentalmente o fisicamente handicappati devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità.

2. Gli Stati parti riconoscono il diritto dei fanciulli handicappati di beneficiare di cure speciali e incoraggiano e garantiscono, in considerazione delle risorse disponibili, la concessione, dietro richiesta, ai fanciulli handicappati in possesso dei requisiti richiesti, e a coloro i quali ne hanno la custodia, di un aiuto adeguato alle condizioni del fanciullo e alla situazione dei suoi genitori o di coloro ai quali egli è affidato.

3. In considerazione delle particolari esigenze dei minori handicappati, l'aiuto fornito in conformità con il paragrafo 2 del presente articolo è gratuito ogni qualvolta ciò sia possibile, tenendo conto delle risorse finanziarie dei loro genitori o di coloro ai quali il minore è affidato. Tale aiuto è concepito in modo tale che i minori handicappati abbiano effettivamente accesso alla educazione, alla formazione, alle cure sanitarie, alla riabilitazione, alla preparazione al lavoro e alle attività ricreative e possano beneficiare di questi servizi in maniera atta a concretizzare la più completa integrazione sociale e il loro sviluppo personale, anche nell'ambito culturale e spirituale.

4. In uno spirito di cooperazione internazionale, gli Stati parti favoriscono lo scambio di informazioni pertinenti nel settore delle cure sanitarie preventive e del trattamento medico, psicologico e funzionale dei minori handicappati, anche mediante la divulgazione di informazioni concernenti i metodi di riabilitazione e i servizi di formazione professionale, nonché l'accesso a tali dati, in vista di consentire agli Stati parti di migliorare le proprie capacità e competenze e di allargare la loro esperienza in tali settori. A tal riguardo, si terrà conto in particolare delle necessità dei paesi in via di sviluppo.

Articolo 25

Gli Stati parti riconoscono al fanciullo che è stato collocato dalla autorità competente al fine di ricevere cure, una protezione oppure una terapia fisica o mentale, il diritto a una verifica periodica di detta terapia e di ogni altra circostanza relativa alla sua collocazione.

Articolo 26

1. Gli Stati parti riconoscono a ogni fanciullo il diritto di beneficiare della sicurezza sociale, compresa la previdenza sociale, e adottano le misure necessarie per garantire una completa attuazione di questo diritto in conformità con la loro legislazione nazionale.

2. Le prestazioni, se necessarie, dovranno essere concesse in considerazione delle risorse e della situazione del minore e delle persone responsabili del suo mantenimento e tenendo conto di ogni altra considerazione relativa a una domanda di prestazione effettuata dal fanciullo o per suo conto.

Articolo 29

1. Gli Stati parti convengono che l'educazione del fanciullo deve avere come finalità:

a) favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche, in tutta la loro potenzialità;

...

Articolo 39

Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il recupero fisico e psicologico e il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti; di torture o di ogni altra forma di pene o di trattamenti crudeli, inumani o degradanti, o di un conflitto armato. Tale recupero e reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo.

Nella **Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea** viene ribadito il diritto alla protezione affiancato dal diritto alla partecipazione attiva dei bambini. Mentre, non si fa più riferimento a diritti "speciali" alla cura per i fanciulli, che rientrano nel diritto riconosciuto universalmente alla prevenzione e alla cura di ogni individuo.



Carta dei diritti
fondamentali
dell'Unione
europea
Nizza 2000

Articolo 24

Diritti del bambino

1. I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità.
2. In tutti gli atti relativi ai bambini, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l'interesse superiore del bambino deve essere considerato preminente.
3. Ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse.

Articolo 35

Protezione della salute

Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

II.2 La promozione della salute: La Carta di Ottawa

Publicata al termine della prima conferenza mondiale sulla promozione della salute, la Carta di Ottawa (1986) introduce un modo innovativo di pensare alla salute e alla promozione della salute. I prerequisiti su cui devono basarsi le azioni di promozione della salute sono:

- sostenere la causa: i fattori sociali, economici, politici, culturali, ambientali, comportamentali e biologici devono essere resi favorevoli;
- dare gli strumenti, mettere in grado: tutti devono essere messi in grado di sviluppare il loro potenziale di salute (l'equità è un concetto fondamentale);
- mediare: la salute non può essere garantita dal solo settore sanitario, ma richiede la partecipazione e il coordinamento di tutti i settori (governi, altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative, associazioni di volontariato, autorità locali, industrie, mezzi di comunicazione, persone di ogni classe sociale: individui, famiglie e comunità).

Le aree di azione della promozione della salute richiedono di:

- costruire politiche pubbliche per la salute;
- creare ambienti favorevoli per la salute;
- rafforzare le azioni comunitarie (partecipazione);
- sviluppare le abilità personali;
- riorientare i servizi sanitari.

La salute è considerata una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere; è un concetto positivo (non assenza di malattia) che sottolinea le risorse personali e sociali e le abilità fisiche. La promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, non riguarda solo gli stili di vita, ma anche l'ambiente e le politiche.

Le condizioni e risorse di base della salute sono: pace, casa, istruzione, cibo, reddito, ecosistema stabile (niente catastrofi naturali), risorse sostenibili, giustizia ed equità sociale.





Progetto Città Sane

Il Progetto Città Sane è promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il progetto nasce per aiutare le città a perseguire concretamente gli obiettivi di promuovere la concezione e la consapevolezza della salute pubblica, sviluppare le politiche locali per la salute e i programmi sanitari, prevenire e superare le minacce ed i rischi per la salute, anticipare le sfide future per la salute.

Le parole chiave sono: salute a tutto campo, benessere del singolo come benessere della comunità e ruolo delle città come promotrici di salute.

Il quadro di riferimento è quello definito dalla Carta di Ottawa del 1986, in cui si è ridefinito il concetto di salute e il suo legame strettissimo con la città. Su di esse l'OMS punta, orientandone l'attività su tre punti fermi:

- l'integrazione tra le politiche di gestione diretta della salute e le politiche strategiche che appartengono ad altri settori dell'attività amministrativa ma hanno un'influenza sulla salute dei cittadini intesa in senso ampio;
- la promozione di uno sviluppo della città fondato sull'equità, sulla sostenibilità e sull'attenzione alla persona, al suo valore e alle sue esigenze;
- la partecipazione dei cittadini alle scelte politiche che hanno un effetto concreto sulla loro vita. L'impegno delle Città Sane è quindi quello innanzitutto di promuovere la salute a punto centrale delle proprie politiche, dimostrando di non subire gli eventi e il progresso, ma di essere in grado di guidarli in funzione della promozione della qualità della vita dei cittadini.

In secondo luogo, proprio le città sono i luoghi che più facilmente possono stimolare la partecipazione e aprirsi ai contributi della società civile, delle associazioni e dei cittadini. Infine, le Città Sane sono un movimento di città.

Dichiarazione di Belfast sulle Città Sane (2003)

Come responsabili politici noi ci impegniamo:

- A ridurre le disuguaglianze e ad affrontare la povertà, il che richiede di valutare la situazione locale e informare con puntualità sui progressi nella via di riduzione dello svantaggio
- Favorire la pianificazione dello sviluppo della salute della città, che dà alle nostre città uno strumento per costruire e mantenere partenariati strategici per la salute
- Promuovere la buona *governance* e creare città inclusive, che permettono a tutti i cittadini di un ruolo chiave nella definizione dei servizi e nell'orientamento delle politiche e dei piani della città
- Costruire città sicure e favorevoli capaci di interpretare i bisogni di tutti i cittadini, e di coinvolgere attivamente i settori dell'urbanistica e promuovere l'approccio della pianificazione urbana per la salute;
- Promuovere la valutazione di impatto sulla salute come un modalità per tutti i settori di focalizzare la propria attività sulla salute e la qualità della vita

.....

II. 3 I Diritti del malato

La già citata Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (Nizza 2000), è il principale punto di riferimento della presente **Carta dei Diritti del Malato**.

La messa in opera della Carta dei Diritti del Malato è affidata primariamente a quelle organizzazioni di cittadinanza attiva che operano per i diritti dei pazienti al livello nazionale. Essa richiede anche l'impegno dei professionisti della sanità, così come dei manager, dei governi, dei corpi legislativi e di quelli amministrativi.



Carta
europea
dei diritti del
malato
Bruxelles 2002

1. Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.

2. Diritto all'accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

3. Diritto alla informazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili.

4. Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

5. Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medicochirurgici in generale.

7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8. Diritto al rispetto di standard di qualità

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.

9. Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla *malpractice* e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. Diritto alla innovazione

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12. Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

13. Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

14. Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico ovvero morale e psicologico causato da un trattamento di un servizio sanitario.

II.4 Un nuovo sguardo sulla disabilità e sulla salute

“Nulla su di noi senza di noi” è lo slogan che accompagna la **Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità** e che mette in particolare evidenza i temi del coinvolgimento e della partecipazione.

Le persone con disabilità devono avere l'opportunità di essere coinvolte attivamente nei processi decisionali relativi alle politiche e ai programmi, inclusi quelli che li riguardano direttamente.

Bisogna inoltre riconoscere che la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri.





Convenzione
delle Nazioni
Unite sui Diritti
delle Persone
con Disabilità
2006

Minori con disabilità

1. Gli Stati Parti adottano ogni misura necessaria a garantire il pieno godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte dei minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori.
2. In tutte le azioni concernenti i minori con disabilità, il superiore interesse del minore costituisce la considerazione preminente.
3. Gli Stati Parti garantiscono ai minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori, il diritto di esprimere liberamente le proprie opinioni su tutte le questioni che li riguardano e le loro opinioni sono debitamente prese in considerazione, tenendo conto della loro età e grado di maturità, assicurando che sia fornita adeguata assistenza in relazione alla disabilità e all'età, allo scopo di realizzare tale diritto.



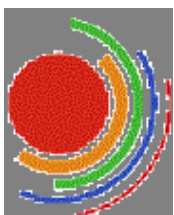
ICF
(Classificazione
Internazionale
del
Funzionamento
della Disabilità
e della Salute)
- 2001

La Classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento) rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità, i nuovi principi evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga conto dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica.

Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

II.5 Il benessere e la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

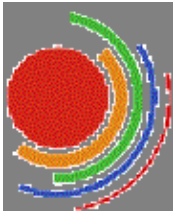
“Non c'è salute senza salute mentale” si afferma nella **Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa**. Il benessere e la salute mentale sono componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e devono pertanto essere considerate come parte integrante e fondamentale di altre politiche d'interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego.



Dichiarazione
sulla salute
mentale per
l'Europa. Helsinki
Affrontare le
sfide, creare le
soluzioni
Helsinki 2005

Responsabilità

- *promuovere la salute mentale nel mondo dell'istruzione e del lavoro, nelle comunità e in altri ambiti di rilevanza, favorendo la collaborazione tra le agenzie responsabili della salute e di altri settori pertinenti;*
- *definizione di programmi per migliorare la genitorialità, l'educazione e la tolleranza, intervenendo contro l'abuso di alcol e di altre sostanze, la violenza e la criminalità;*



Piano
d'azione
sulla salute
mentale per
l'Europa.
Affrontare le
sfide, creare
le soluzioni
Helsinki 2005

Promuovere attività rispettose delle fasi di vita più vulnerabili

Sfida

La prima infanzia, i bambini, i giovani e gli anziani sono particolarmente a rischio a causa di fattori sociali, psicologici, biologici e ambientali. Data la loro vulnerabilità e i loro bisogni, ai giovani e agli anziani dovrebbe essere concessa un'elevata priorità nelle attività correlate alla promozione della salute mentale e alla prevenzione e al trattamento dei problemi ad essa correlati. Tuttavia, molti paesi non dispongono di adeguate capacità in questo settore, ed i servizi e il personale sono spesso poco preparati ad affrontare i problemi legati allo sviluppo e all'età. In particolare, i disturbi nell'infanzia possono essere importanti precursori di disturbi nell'età adulta. Le azioni in favore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti dovrebbero essere considerate come un investimento strategico, tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, le società e i sistemi sanitari.

Azioni da considerare

Garantire che le politiche in materia di salute mentale includano come priorità la salute e il benessere mentale dei bambini, degli adolescenti e degli anziani.

Incorporare i diritti internazionali dei bambini, degli adolescenti e degli anziani nella legislazione relativa alla salute mentale.

Coinvolgere il più possibile i giovani e gli anziani nei processi decisionali.

Prestare particolare attenzione ai gruppi emarginati, compresi i bambini e gli anziani appartenenti a famiglie immigrate.

Sviluppare servizi di salute mentale attenti ai bisogni dei giovani e degli anziani, che operino in stretta collaborazione con le famiglie, le scuole, i centri di assistenza diurna, il vicinato, le famiglie estese e gli amici.

Promuovere lo sviluppo di centri di comunità per persone anziane per aumentare il supporto sociale e facilitare l'accesso agli interventi a loro destinati.

Garantire che vengano offerti servizi di salute mentale calibrati sui parametri dell'età e del sesso, all'interno dei servizi sanitari di cure primarie, dei servizi specialistici e dei servizi di assistenza sociale, in una rete integrata.

Limitare il più possibile, per bambini, adolescenti e anziani, l'approccio assistenziale a carattere istituzionale chiuso, in quanto potenzialmente generatore di esclusione sociale e abbandono.

Migliorare la qualità dei servizi specializzati definendo o migliorando la capacità di offrire interventi specialistici e di assistenza durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età anziana, formando e impiegando un numero adeguato di specialisti.

Migliorare il coordinamento tra le organizzazioni coinvolte nei programmi per la lotta all'abuso di alcool e droga e nei programmi destinati alla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, a livello nazionale e internazionale, nonché potenziare la collaborazione tra le rispettive reti.

Garantire equità di finanziamenti a servizi sanitari comparabili.

Prevenire i problemi di salute mentale e il suicidio

Sfida

In numerosi paesi le persone sono esposte a cambiamenti sociali dannosi e stressanti, che interferiscono con la coesione sociale, la sicurezza e l'occupazione e possono portare a un aumento dell'ansia e della depressione, dell'abuso di alcool e di altre sostanze, della violenza e dei comportamenti suicidari. I fattori sociali all'origine dei problemi di salute mentale sono numerosi e possono andare da motivi di sofferenza personale a questioni che hanno incidenza su un'intera comunità o società. Tali problemi possono essere provocati o aggravati in numerosi ambiti, tra i quali quello domestico, scolastico, lavorativo o istituzionale. Particolarmente esposti a questo rischio sono i gruppi emarginati o vulnerabili, come i rifugiati e gli immigrati, i disoccupati, le persone in prigione o ex-detentive, chi ha orientamenti sessuali differenti, disabilità fisiche o sensoriali e coloro che già hanno sofferto di problemi di salute mentale.

Azioni da considerare

Aumentare la consapevolezza riguardo alla prevalenza, ai sintomi e alla curabilità di stress patologico, ansia, depressione e schizofrenia.

Rivolgersi ai gruppi a rischio, offrendo programmi di prevenzione per la depressione, l'ansia, lo stress patologico, il suicidio e altre problematiche a rischio, sviluppati sulla base delle loro esigenze specifiche e attenti all'ambiente sociale e alla cultura di appartenenza.

Creare gruppi di auto-aiuto, linee telefoniche e siti web finalizzati a ridurre i suicidi e mirati in particolare ai gruppi ad alto rischio.

Attuare politiche che possano ridurre la disponibilità di mezzi con i quali commettere suicidio.

Introdurre procedure ordinarie di valutazione della salute mentale delle neo-mamme, messe in atto dagli ostetrici e dal personale sanitario in visita domiciliare, e attivare interventi dove necessario.

Fornire alle famiglie a rischio interventi educativi domiciliari, per aiutare attivamente a migliorare le capacità genitoriali, i comportamenti sani e l'interazione tra genitori e figli.

Stabilire, in partenariato con altri ministeri, programmi educativi basati su evidenze scientifiche che affrontino temi quali suicidio, depressione, abuso di alcool e di altre sostanze, destinati ai giovani nelle scuole e nelle università, e coinvolgere nella realizzazione delle campagne informative personalità note individuabili come "modelli", nonché giovani.

Sostenere la realizzazione di programmi di sviluppo locali nelle aree ad alto rischio e responsabilizzare le agenzie non governative, soprattutto quelle che rappresentano gruppi emarginati.

Garantire sostegno professionale e servizi adeguati alle persone coinvolte in situazioni di grave crisi e violenza, incluse le guerre, i disastri naturali e gli attacchi terroristici, al fine di prevenire disturbi post-traumatici da stress.

Aumentare la consapevolezza del personale impiegato nell'assistenza sanitaria e nei settori correlati circa le proprie attitudini ed i propri pregiudizi nei confronti del suicidio e dei problemi di salute mentale.

Monitorare la salute mentale correlata al lavoro mediante lo sviluppo di indicatori e strumenti appropriati.

Sviluppare le capacità di protezione e promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro, mediante la valutazione dei rischi e la gestione dello stress e dei fattori psicosociali, la formazione del personale e l'aumento della consapevolezza.

Coinvolgere le principali agenzie con responsabilità in settori quali occupazione, alloggio ed educazione nell'elaborazione e nell'offerta di programmi di prevenzione.

Nel Libro Verde **Migliorare la salute mentale della popolazione** si afferma che "la salute mentale è essenziale per i cittadini e la società. Per i cittadini la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Per la società una buona salute mentale contribuisce alla prosperità alla solidarietà e alla giustizia".



Libro Verde
Migliorare
la salute
mentale della
popolazione.
Verso una
strategia sulla
salute mentale
per l'Unione
europea
Bruxelles 2005

Promozione della salute mentale e lotta alle malattie psichiche mediante interventi preventivi

Costruire la salute mentale di neonati, bambini e adolescenti

Poiché la salute mentale è fortemente determinata nei primi anni di vita, la promozione della salute mentale di bambini e adolescenti è un investimento per il futuro. La formazione dei genitori può migliorare lo sviluppo del bambino. Un approccio olistico nell'apprendimento può incrementare le competenze sociali, migliorare la capacità di ripresa e ridurre i sintomi di bullismo, ansietà e depressione.

Alcuni interventi efficaci individuati attraverso i progetti dell'UE

Adolescenti e giovani: ambiente scolastico e morale positivi; materiale informativo sulla salute mentale per studenti, genitori e insegnanti.

Prevenzione della depressione

La depressione rappresenta uno dei più seri problemi sanitari dell'UE.

Strategie nell'ambito della scuola, relative, per esempio alle competenze necessarie per la vita e alla prevenzione del bullismo ...

Riduzione dei disturbi connessi all'uso di sostanze

L'alcol, le droghe e altre sostanze psicoattive rappresentano spesso un fattore di rischio o una conseguenza dei problemi psichici. Le droghe e l'alcol costituiscono priorità stabilite della politica sanitaria a livello comunitario.

Nella **Risoluzione del Parlamento europeo sul miglioramento della salute mentale della popolazione, verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea** del relatore Bowis (2006) si dichiara che: "L'Unione europea non ha attribuito un'attenzione adeguata, né risorse sufficienti, alla salute mentale dei bambini e dei giovani, allorché la morbilità psichiatrica della giovinezza aumenta considerevolmente".



Migliorare la salute mentale della popolazione
Commissione europea
Relatore: John Bowis 2006

31. ritiene che occorra evidenziare il nesso tra il consumo di alcol e di droghe illegali e i disturbi mentali; che l'alcol e la dipendenza dalla droga rappresentino gravi problemi per la salute mentale e fisica e per la società nel suo insieme; chiede alla Commissione di individuare in tempi brevi programmi di disintossicazione e metodi di trattamento più efficaci;

48. ritiene che il termine "trattamento" vada inteso in senso lato e che occorra privilegiare la comprensione dei fattori sociali e ambientali e la loro eliminazione, ricorrendo solo in ultima istanza alla somministrazione di farmaci, soprattutto nel caso dei bambini e degli adolescenti; critica la crescente medicalizzazione e patologizzazione di determinate fasi della vita senza una ricerca esaustiva delle cause; invita a tener conto di fattori quali il vissuto personale, la famiglia, il sostegno sociale e le condizioni di vita e di lavoro, che hanno un ruolo nella malattia mentale, nonché di fattori genetici;

50. ritiene altresì che, per prevenire i problemi di salute mentale e migliorare e promuovere il benessere mentale, siano necessari, oltre al trattamento, un contesto sociale e lavorativo adeguato e il sostegno della famiglia e della comunità per l'approccio terapeutico e il ristabilimento di quanti soffrono di malattie mentali; sottolinea la necessità di condurre ricerche relativamente agli ambienti che contribuiscono alla salute mentale e alla guarigione;

52.... chiede segnatamente di riservare particolare attenzione alla ricerca di farmaci adatti ai bambini, sottolineando inoltre che la ricerca non può essere limitata solo ai farmaci, ma deve essere orientata anche a studi epidemiologici, psicologici ed economici sulla comunità nonché sui determinanti sociali delle malattie mentali; chiede inoltre una maggiore partecipazione degli utenti dei servizi a tutti gli aspetti della ricerca sulle malattie mentali;

Nella **Risoluzione del Parlamento europeo sulla salute mentale** della relatrice Tzampazi (2009) si afferma che: "Le fondamenta della salute mentale nell'arco dell'esistenza vengono gettate nei primi anni della vita di una persona, la malattia mentale è frequente tra i giovani, per i quali una diagnosi e un trattamento precoci rivestono la massima importanza".



Commissione Europea - sulla salute mentale
Relatrice: Evangelia Tzampazi 2009

Prevenzione della depressione e del suicidio

21. invita gli Stati membri a porre in atto programmi trasversali per la prevenzione del suicidio, segnatamente fra i giovani e gli adolescenti, che promuovano uno stile di vita sano, riducano fattori di rischio quali un accesso facile ai farmaci, alle droghe e alle sostanze chimiche pericolose, e l'abuso di alcol; ritiene che ciò sia particolarmente necessario per garantire la prestazione di un trattamento alle persone che hanno tentato il suicidio e di un trattamento psicoterapeutico alle famiglie di coloro che hanno compiuto tale atto;

Salute mentale tra i giovani e nell'ambito dell'istruzione

25. invita gli Stati membri a fornire sostegno al personale scolastico affinché sviluppi un clima sano e a creare rapporti tra la scuola, i genitori, i prestatori di servizi sanitari e la comunità, allo scopo di rafforzare l'integrazione sociale dei giovani;

26. invita gli Stati membri a organizzare programmi di sostegno per i genitori, in particolare per le famiglie svantaggiate, e a promuovere l'assegnazione di posti di consulenti in ogni scuola secondaria per dare risposta alle esigenze socioemotive dei giovani, con un'attenzione particolare per i programmi di prevenzione, come il rafforzamento dell'autostima e la gestione delle crisi;



27. sottolinea la necessità di una pianificazione del sistema sanitario che soddisfi la necessità di servizi di salute mentale specialistici per bambini e adolescenti, tenendo conto del passaggio dall'assistenza di lungo termine in istituti al sostegno alla vita in comunità;

28. sottolinea la necessità di diagnosticare precocemente e di trattare i problemi di salute mentale presso i gruppi vulnerabili, con particolare riferimento ai minori;

29. propone che la salute mentale sia inserita nei programmi di studio di tutti i professionisti della sanità e che sia prevista una formazione e un'istruzione continue in tale settore;

30. invita gli Stati membri e l'Unione europea a cooperare per sensibilizzare maggiormente riguardo al deterioramento della situazione della salute mentale dei bambini con genitori emigrati e ad introdurre programmi scolastici volti ad aiutare questi giovani ad affrontare i problemi psicologici legati all'assenza dei loro genitori;

MOTIVAZIONI

Prevenzione della depressione e del suicidio

La relatrice ritiene che la prevenzione della depressione e del suicidio richieda l'attuazione di programmi multisettoriali, che pongano l'accento sulla promozione di stili di vita sani, sulla riduzione dei fattori di rischio, tra cui un facile accesso a farmaci, droghe, alcol, e sulla fornitura di sostegno e di controllo alle persone che abbiano cercato di suicidarsi e alle famiglie delle persone che si sono suicidate, e che affermino chiaramente che la depressione è una malattia che si può curare e il suicidio un gesto che si può prevenire. In questo contesto, la relatrice ritiene che sia importante sviluppare reti locali per fornire informazioni e sostegno alla mutua assistenza.

Salute mentale tra i giovani e nell'ambito dell'istruzione

L'obiettivo della partecipazione dei giovani allo sviluppo sostenibile e realizzabile soltanto se i giovani sono sani da un punto di vista fisico e mentale e se dispongono di conoscenze e competenze idonee, fornite da un sistema di istruzione e formazione di alto livello.

La relatrice ritiene che si debbano adottare misure per istituire servizi coordinati e integrati, strutturati attorno ai giovani, alle loro famiglie, alle parti sociali e ai soggetti coinvolti nell'istruzione e nella sanità, e che coprano ogni fascia di età. Invita pertanto gli Stati membri a organizzare programmi di sostegno per genitori e ad aiutare il personale scolastico a creare un clima sano in ambito scolastico. Sottolinea inoltre la necessità di fornire servizi di salute mentale specialistici per i bambini e gli adolescenti e propone che la salute mentale sia inclusa nei programmi di studio di tutti i professionisti sanitari.

II. 6 Protagonismo e soggettività

Dall'evoluzione dei principi contenuti nella letteratura internazionale si possono cogliere alcune linee di tendenza che ci sembra importante mettere in evidenza.

Dalla letteratura che riguarda l'adolescenza è possibile cogliere un sempre più deciso orientamento a favorire un maggiore protagonismo dei minori e degli adolescenti, non più visti solo come possibili "soggetti fragili" da proteggere, ma anche come persone nei confronti delle quali è possibile, e necessario, riconoscere spazi di ascolto e di rappresentatività diretta.

L'obiettivo principale (ben presente nella Convenzione ONU sui diritti del fanciullo) è quello di contrastare i rischi di esclusione ed emarginazione e di riconoscere l'adolescente come componente a pieno titolo della società a prescindere dalla sua età o maturità, valorizzandone il "punto di vista" e le specificità. Dalla letteratura che riguarda il disagio psichico (negli adolescenti) si evidenzia, oltre al diritto alla tutela sanitaria e alla cura, la tendenza a riconoscere una sempre maggior autonomia e soggettività ed il diritto ad avere una vita del tutto soddisfacente malgrado la presenza del disagio mentale.

Tali considerazioni, sono a nostro parere tutt'altro che scontate in quanto "nuove" rispetto:

- ad un approccio protezionista, ancora molto presente, che vede il minore come "un soggetto naturalmente debole, immaturo e irrazionale che di conseguenza non ha le competenze per esercitare i propri diritti" (Bosisio; 2006);
- allo stigma che, come sappiamo, accompagna ancor oggi il tema del disagio psichico nel suo complesso.

Nell'adolescente con problemi di disagio psichico il rischio, tuttora concreto che la normativa internazionale cerca di superare, è che nel confrontarsi con i differenti contesti di riferimento (scuola, territorio, ambito lavorativo) i fattori di pregiudizio nei confronti degli adolescenti con disagio psichico si amplifichino vicendevolmente, rendendo i processi di inclusione, protagonismo crescita e soggettività estremamente difficili e complessi.

II. 7 Le dimensioni del fenomeno

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) segnala che circa il 20% dei bambini e degli adolescenti soffre di una qualche forma di disturbo mentale (età compresa dai 14 ai 18 anni). Si considera che la prevalenza complessiva dei disturbi gravi in adolescenza varia da 150 a 400 soggetti ogni anno per 10.000 abitanti.

I trattamenti residenziali in acuto sono stimati in Nord Europa in 12-14 adolescenti ogni anno per 10.000 abitanti. L'incidenza dei nuovi casi è di 5-6 adolescenti l'anno per 10.000 abitanti.

In Italia una percentuale variabile tra il 4 e l'8% della popolazione in età evolutiva viene in contatto con i servizi di Neuropsichiatria Infantile (da 400 a 800 adolescenti ogni 10.000 abitanti).

Le condizioni gravi che possono necessitare di un ricovero, di un trattamento residenziale breve o semiresidenziale in adolescenza sono:

- Autismo 21/10.000
- Disturbi depressivi maggiori 20/10.000
- Disturbi ossessivi gravi 50-100/10.000
- Disturbi del comportamento distruttivo 2/10.000
- Anoressia nervosa 50/10.000
- Bulimia nervosa 100-200/10.000
- Schizofrenie 10-50/10.000
- Altro 50/10.000

Inoltre, il suicidio è la terza causa di morte in adolescenza e la dipendenza da sostanze, i problemi interpersonali, i disturbi fisici, la povertà, sono in forte aumento.

Per quanto riguarda la schizofrenia si ritiene che l'età media della comparsa del disturbo si collochi tra i 15 e i 35 anni.

Nel 2007 l'Istituto Superiore di Sanità ha definito delle **linee guida** riguardanti gli *Interventi precoci nella schizofrenia*. Lo scopo è quello di fornire raccomandazioni per individuare i fattori di rischio della schizofrenia e intervenire tempestivamente sulle prime manifestazioni cliniche.

Il documento mette in evidenza gli strumenti per individuare i pazienti a rischio o all'esordio della malattia; le strategie preventive e le modalità di supporto e di intervento.

La schizofrenia si presenta con modalità differenti da persona a persona. In generale i principali sintomi messi in evidenza dal documento possono essere suddivisi in tre tipologie:

- sintomi positivi: legati ad un'alterazione del modo di percepire il mondo intorno a sé (allucinazioni, deliri, pensieri persecutori...);
- sintomi negativi: legati a un cambiamento nel modo di agire (scarsa motivazione, mancanza di interessi, asocialità e solitudine, ridotta capacità di attenzione, difficoltà nel parlare e nel sostenere un discorso, perdita di iniziativa, chiusura in se stessi, scarsa cura del proprio aspetto...);
- sintomi cognitivi: legati a problemi di concentrazione, di memoria e di apprendimento che possono comportare per il paziente ulteriori difficoltà di comunicazione e di relazione con gli altri.

La schizofrenia può quindi compromettere e modificare il modo di pensare, di provare emozioni e di comportarsi tipico del singolo individuo.

I principali fattori scatenanti la malattia sono individuati in:

- vulnerabilità individuale di fronte allo stress (sociale, familiare, scolastico, lavorativo);
- fattori psicologici legati alle esperienze di vita e allo sviluppo della personalità;
- cause di origine biologica;
- predisposizione genetica per il disturbo.

Le linee guida sottolineano, infine, l'importanza della collaborazione del medico di famiglia e approfondisce la dimensione del trattamento farmacologico.



PARTE TERZA - I riferimenti nazionali

III.1 Il Piano obiettivo salute mentale



Piano Obiettivo Salute Mentale 98/2000

Ipotesi per una Unità Dipartimentale dei Servizi di Salute Mentale e di Riabilitazione dell'età evolutiva

L'esperienza organizzativa dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta suggerisce che anche le attività di salute mentale dedicate all'età evolutiva (del bambino e dell'adolescente), possano essere realizzate all'interno di un modello dipartimentale a direzione unica che assicuri l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica e il collegamento funzionale con gli altri Servizi Coinvolti nella tutela della salute mentale.

Questa ipotesi dovrebbe essere preliminarmente sperimentata confrontando le diverse formule organizzate in atto nelle varie Regioni e Province Autonome, dopo avere anche acquisito un quadro conoscitivo complessivo.

Per fornire un quadro operativo di riferimento per i Servizi di Salute Mentale dell'Età Evolutiva, è necessario tenere presenti i seguenti punti:

- a) fare riferimento ai valori demografici ed alle caratteristiche epidemiologiche della fascia di età 0-18 anni (e delle diverse sottofasce d'età)
- b) considerare che la Neuropsichiatria dell'età Evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base (psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo);
- c) considerare gli altissimi indici di comorbidità che esistono (anche in diverse e successive fasce d'età) tra i diversi disturbi seguiti dalla Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, anche e soprattutto fra le tre aree di competenza indicate;
- d) valutare con attenzione l'esigenza di mettere assieme, in unità funzionali integrate, diverse professionalità, tenendo presente che il lavoro nel campo della salute mentale in età evolutiva implica una specializzazione specifica per questa fascia d'età: neuropsichiatri dell'età evolutiva, psicologi clinici dell'età evolutiva, terapisti dell'età evolutiva (neuropsicomotricisti, fisioterapisti e logopedisti), assistenti sociali ed educatori specializzati su specifiche emergenze;
- e) ponderare le esigenze di piante organiche che rispettino la reale composizione epidemiologica delle diverse patologie, ben distribuite per fasce d'età, e con le molteplici funzioni della psichiatria clinica, della riabilitazione e della psicoterapia.

Alcuni dati sul carico assistenziale

Il primo punto da considerare che i Servizi di Salute Mentale dell'Età Evolutiva seguono già una popolazione clinica imponente, che presenterà o non presenterà dei problemi in età adulta a seconda di quando, come e quanto sarà stata ben seguita. Un solo dato indicativo: i portatori di handicap, a seconda delle qualità degli interventi, non saranno soggetti autonomi in una percentuale che va dal 25 al 50%, popolazione questa che ha da sempre rappresentato una fonte importante per l'istituzionalizzazione e la manicomializzazione.

I dati più consolidati sulle patologie seguite sono:

- 1) circa 2 soggetti su 100 presentano handicap o patologie croniche per cui sono prevedibili interventi terapeutici superiori agli 8 anni;
- 2) circa 8 soggetti su 100 che presentano disturbi neuropsicologici-psicopatologici con diverse occorrenze di comorbidità (nella stessa fascia d'età o in fasce d'età successive; sullo stesso asse problematico o su assi problematici diversi); questi soggetti tendono a richiedere interventi meno intensivi ma diluiti in un periodo che oscilla tra i due ed i cinque anni;
- 3) circa 4 soggetti su 100 che contattano i Servizi in età evolutiva in maniera sporadica oppure che non li contattano; la politica in massima prevenzione dovrebbe essere rivolta su questa fascia di popolazione (che presenta le patologie NPI, con classici cluster di sintomi e di comportamenti pseudo protetti);

Riportati su una popolazione di 10.000 soggetti in età 0-18 anni avremmo rispettivamente 200, 600, 400 soggetti da seguire con diversi tipi di intensità di interventi.

Caratteristiche logistico-organizzative

Un altro punto da considerare è la complessità della collocazione logistico-organizzativa degli interventi e dei servizi:

- collocazione territoriale sia a livello distrettuale sia a livello sovradistrettuale; nel 70% delle situazioni si tratta di Ambulatori Specialistici e di Consultori che vengono frequentati dagli utenti in parte per periodi brevi/lunghi (inferiori ai 18-24 mesi) ed in grandissima parte per periodi con cicli terapeutico-riabilitativi protratti (da un minimo di 3 ad un massimo di 8 anni); in circa il 30% delle situazioni i Servizi per quest'ultimo tipo di utenza si sono organizzati con un modulo più economico ed efficiente tipo Centro Diurno/Ospedale Diurno. Pur nella differenza dei Servizi sono stati realizzati collegamenti necessari ed indispensabili con i Consultori Materno-infantili, con le istituzioni Educative e Scolastiche (dai Nidi alle Scuole Medie Superiori), con i Servizi Sociali e i Tribunali per i Minorenni;
- collocazione ospedaliera con degenza piena presso Divisioni di Neuropsichiatria Infantile (o per i piccoli Centri all'interno delle Divisioni di Pediatria, con una specializzazione da perfezionare)
- collocazione per fasce d'età: quasi tutti i Servizi di Salute Mentale e di Riabilitazione dell'età evolutiva si pongono l'obiettivo di approfondire la specializzazione degli interventi per fascia d'età oltre che per patologia (in genere per le fasce 0-6, 6-12, 12-18; in alcuni servizi con interventi più differenziati ancora).

Interventi da compiere

Nel campo dell'età evolutiva è fondamentale porre attenta e specifica attenzione alle diverse fasce di età: prima e seconda infanzia, latenza e pre-adolescenza, prima e seconda adolescenza.

Gli obiettivi generali possono riassumersi nei seguenti:

- a) ridurre la prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche in età evolutiva;
- b) svolgere una effettiva azione di prevenzione.

Obiettivi più specifici sono:

- a) Costruire una cornice organizzativa con una proporzionalità di investimenti per i Servizi per la Salute mentale e la riabilitazione dell'età evolutiva, lavorando la massima integrazione degli interventi attualmente frammentati, e il collegamento delle diverse politiche fra i dicasteri referenti (Sanità, Pubblica Istruzione, Grazia e Giustizia, Affari sociali);
- b) Razionalizzare secondo una coerente sequenza i diversi interventi, con una integrazione tra i diversi momenti della prevenzione, della diagnosi, della presa in carico, della terapia e dell'integrazione sociale;
- c) realizzare progetti che superino l'istituzionalizzazione in età evolutiva e che impediscano la tendenza a manicomializzare silenziosamente i casi gravi e cronicizzati;
- d) dare adeguato peso agli investimenti necessari per lo svolgimento di tutte le attività con Centri di Spesa Autonomi e con un monitoraggio della qualità degli interventi;
- e) implementare il coordinamento funzionale con tutti gli altri servizi che operano per la tutela della salute mentale per attivare programmi comuni, con particolare riguardo ai servizi psichiatrici, ai fini della presa in carico di pazienti in fascia di età di confine
- f) promuovere un'attiva collaborazione con le Università (Istituti di Neuropsichiatria Infantile, Facoltà di Psicologia clinica, Scuole di Servizio Sociale, ecc.) sia per specifiche funzioni assistenziali, sia per l'impostazione della ricerca clinica, sia per l'area della formazione e dell'aggiornamento.

In modo orientativo si possono delineare, nell'ambito dell'ipotetica unità dipartimentale dell'Età Evolutiva, i seguenti servizi:

- 1) Servizi Consultoriali, Terapeutici e Riabilitativi per l'area infantile e per l'area adolescenziale rivolte ai bambini, agli adolescenti e ai genitori, che operino in stretto rapporto con le strutture sanitarie di Ostetricia, Pediatria e con i medici di base, con le strutture educative e scolastiche, col Tribunale dei Minorenni e le Strutture Sanitarie, in primo luogo i Consultori Familiari.
- 2) Polo Day-Hospital e Polo Ospedaliero di Neuropsichiatria Infantile
- 3) Polo Ospedaliero per la patologia acuta in adolescenza
- 4) Comunità Diurne e Residenziali per adolescenti, il cui contesto psicologico ed educativo garantisca trattamenti prolungati. Il problema di articolare gli interventi sull'adolescenza è cruciale: gli adolescenti infatti hanno bisogno di un ventaglio molto ampio di interventi dal Consultorio per adolescenti al servizio di psicoterapia per adolescenti, al ricovero per i casi acuti ai centri di accoglienza; scelte intempestive potrebbero aumentare il rischio di cronicizzazione, tenendo presente che il rapporto tra segnalazioni e presa in carico è di circa 10:1.

Una programmazione flessibile ed economica che consenta di dare il massimo delle terapie utili in tempi utili (consentendo una valutazione costi-benefici ed impedendo il cronicizzarsi di interventi costosi e magari inadatti per la fascia d'età) e che fornisca risorse sufficienti per abbassare le età medie delle diagnosi e per attivare realmente progetti preventivi dimostrabili, dovrebbe:

- 1) limitare i posti della degenza piena a 1:10.000 soggetti di età, con una previsione su scala provinciale-regionale di poli per fascia d'età, patologie, per controllare correttamente i turn over veramente utili e per consentire i collegamenti con altre realtà di assistenza comunitaria adeguata;
- 2) investire i posti per le degenze diurne (Ospedali Diurni e Centri Diurni) 5:10.000 soggetti fascia d'età per bloccare le degenze piene inutili, per favorire i cicli terapeutici intensivi (per la riabilitazione) e

brevi (per le psicoterapie) per sollecitare il massimo delle integrazioni con le strutture parallele;
3) Impostare i poli ambulatoriali, con la massima agibilità organizzativa per facilitare una percentuale significativa di attività preventiva su popolazione sana e su popolazione a rischio.
4) Impostare il lavoro diagnostico e terapeutico coinvolgendo attivamente la rete familiare, con spazi formalizzati, nelle strutture appena indicate.

Per quanto concerne gli operatori, si ritiene utile poter fornire degli standard di riferimento da sottoporre, comunque, a verifica (con alcuni spostamenti già possibili tra strutture parallele e inutilmente competitive). Tali standard sono:

- 1 neuropsichiatra infantile per 5-6000 soggetti in età
- 2 psicologi clinici, ogni 5-6000 soggetti in età
- 10 terapisti per 10.000 soggetti in età (probabilmente 6 terapisti della Neuropsichiatria Infantile, 2 Fisioterapisti e 2 Logopedisti)
- 2 Psicoterapeuti dell'Età Evolutiva ogni 10.000 soggetti in età (favorendo una preparazione psicoterapeutica-riabilitativa a tutti gli operatori)
- 6 Assistenti sociali per 10.000 soggetti in età
- 8 Educatori/psicopedagogisti per 10.000 soggetti in età

Si ritiene opportuno prevedere anche un fabbisogno di figure professionali di supporto alle famiglie, come gli "health visitors" anglosassoni (assistenti per la salute mentale dell'età evolutiva).

Conclusioni

La sintetica ricognizione, che qui è stata presentata, della situazione attuale, operativa e professionale nell'area della salute mentale del bambino e dell'adolescente, fornisce indicazioni orientative che consentono di sviluppare nel territorio nazionale i diversi Servizi di Salute Mentale e di Riabilitazione dell'Età Evolutiva.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo, sempre tenendo conto delle esigenze prospettate, si ritiene opportuno attivare una fase sperimentale in 3-4 realtà regionali, per mettere a confronto più modelli organizzativi dei servizi. Tale sperimentazione deve essere concordata, definita e gestita in seno alla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.

III.2 Il progetto obiettivo materno infantile



Progetto Obiettivo Materno Infantile
(allegato al Piano Sanitario Nazionale 1998 -2000)

8. ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione. Infatti le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano molto spesso le loro basi nell'età evolutiva. La grande varietà delle situazioni cliniche e dei bisogni di salute dei pazienti neurologici e psichiatrici di quest'età comportano un ulteriore sforzo degli operatori sanitari e non sanitari a tutti i livelli, al fine di superare le

barriere residue, culturali e professionali tradizionali, che ancora siano presenti. Infatti, molto di più che in altre aree di intervento (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione), è indispensabile un approccio multidisciplinare fortemente centrato sugli specifici bisogni del minore nello spirito di una più fattiva integrazione professionale.

Obiettivi generali sono: prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.

La forte tendenza alla deospedalizzazione, alla integrazione tra varie competenze (consultorio familiare, pediatria, neuropsichiatria infantile, fisioterapia, ortopedia ecc.) e alla umanizzazione sottintende la necessità di un'organizzazione articolata su diversi livelli, coinvolgendo sul territorio il Dipartimento di Prevenzione ed il Distretto, e prevedendo per l'ambito ospedaliero due livelli.

Nell'ambito della programmazione regionale, dovranno essere individuati modelli organizzativi per l'assistenza ai minori affetti da patologie neurologiche e psichiatriche, tenendo anche conto delle formule organizzative già adottate nel tempo dalle Regioni, nonché assicurando l'integrazione degli interventi ed il collegamento funzionale tra tutte le U.O. coinvolte nella continuità terapeutica nelle fasi di passaggio all'età adulta.

La prevenzione di forme di patologia neuropsichiatrica che si manifestano nell'età evolutiva riconosce nell'attività di promozione della salute svolta dai servizi di I livello (C.F., P.L.S., Distretto) un momento fondamentale, tenendo anche conto del ruolo che questi servizi hanno nel riconoscimento precoce



delle forme stesse o delle situazioni di rischio verso le quali svolge le funzioni di presa in carico e di eventuale indirizzo verso le U.O. di diagnosi e cura.

L'intervento nel settore delle patologie di prevalente competenza neuropsichiatrica nell'infanzia e adolescenza deve essere unitario e coordinato, con una presa in carico globale del paziente e molto spesso anche della sua famiglia. Dal punto di vista organizzativo è necessario garantire una cooperazione di diverse professionalità (psicologi, psicologi dell'età evolutiva, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori specializzati, assistenti sociali, ecc.), coordinata dallo specialista in neuropsichiatria infantile in collaborazione con i servizi di fisioterapia per quanto riguarda la riabilitazione neuromotoria.

A sua volta tale équipe deve poter operare in stretta vicinanza con le strutture e gli operatori dell'area pediatrica e la rete dei servizi socio assistenziali ed educativi.

Obiettivo generale dev'essere quello di ridurre quanto più possibile l'handicap, cioè la risultante del percorso diagnosi-cura-riabilitazione della disabilità.

Particolare impegno deve essere rivolto, da parte dei servizi di I livello, alle strategie di prevenzione attraverso l'individuazione dei fattori di rischio prevalenti a livello distrettuale e sovradistrettuale e alla valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva.

Tale popolazione clinica socialmente importante, potrebbe presentare problemi più o meno rilevanti in età adulta, anche in relazione al livello di cure di cui avrà potuto usufruire nel corso dell'età evolutiva.

Emerge l'esigenza che a livello distrettuale o sovradistrettuale si tenga conto dell'evidenza epidemiologica del territorio di interesse, per ponderare esigenze di risorse di personale e di attrezzature, rispettando l'esigenza di realizzare la massima integrazione tra le competenze neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche e le altre competenze di specializzazioni specifiche per questa fascia d'età: psicologi, psicologi dell'età evolutiva, fisiatristi e terapisti dell'età evolutiva, assistenti sociali ed educatori specializzati su specifiche emergenze.

Tale integrazione è ancor più necessaria tenuto conto del fatto che tali patologie si associano spesso ad altre condizioni di disabilità e tenuto conto della necessità di una presa in carico globale del soggetto al fine della sua piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società. E' necessaria, pertanto, una stretta collaborazione operativa con i servizi sociosanitari e socio-assistenziali.

Infatti, le condizioni di disabilità insorte in età pediatrica, a seconda della qualità degli interventi, potranno risultare in condizioni di non autonomia in una percentuale che, per alcune di esse può variare dal 25% al 50%. Questa popolazione da sempre ha rappresentato una fonte rilevante per l'istituzionalizzazione, che la programmazione sanitaria nazionale si propone invece di contenere e ridurre nel breve-medio termine.

In questo ambito è necessario ridurre la frammentazione degli interventi attraverso la massima integrazione con i servizi neuro-riabilitativi con lo scopo di promuovere la piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società, operando in stretta collaborazione con i servizi sociosanitari e socio-assistenziali.

...

9. SALUTE DEGLI ADOLESCENTI

La promozione della salute e l'assistenza nell'età adolescenziale deve essere potenziata al fine di garantire uno stato di maggiore benessere a questa fascia di cittadini, che ponga anche le basi di una migliore qualità della vita adulta futura. Questa esigenza non trova oggi adeguata risposta a causa di carenze istituzionali e della frammentarietà degli interventi di salute per gli adolescenti.

L'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve prioritariamente sviluppare strategie di intenti appropriate, favorire l'integrazione tra i servizi coinvolti, predisporre strumenti di monitoraggio, operando in modo integrato a differenti livelli, sia per la prevenzione, sia per i trattamenti.

....

PARTE QUARTA - Mappatura e analisi delle buone pratiche

Premessa

La mappatura e l'analisi delle buone prassi ha rappresentato un momento estremamente significativo del progetto; ha consentito di approfondire il tema del disagio psichico a partire da situazioni reali e concrete e allo stesso tempo ha consentito di individuare ed in alcuni casi di consolidare i rapporti con i servizi e le realtà presenti sui diversi territori.

A livello territoriale, allo scopo di avere un riferimento condiviso, si è scelto di prendere in considerazione, per ogni Regione coinvolta (Abruzzo, Lombardia e Puglia), uno o più Distretti Socio Sanitari (i cosiddetti Ambiti del Piano di Zona - PdZ) per come sono stati definiti dalla legge 328/2000. I territori in cui è stata effettuata la mappatura sono:

REGIONE	DISTRETTO SOCIO SANITARIO
Abruzzo	Distretto di Giulianova, Asl Teramo, Ambito sociale Costa sud 2
Lombardia	Milano Niguarda
	Sesto San Giovanni
	Bergamo
Puglia	Asl Bari

IV.1 Strumenti per la mappatura

La scheda

Un primo strumento per realizzare la mappatura è stata la predisposizione di una scheda di rilevazione. La scheda ha permesso una raccolta di informazioni per quanto possibile oggettiva su quanto si sta realizzando in quel determinato territorio sul tema del disagio psichico degli adolescenti (si basa quindi su risposte sì/no, sull'annotazione della spiegazione dell'interlocutore e sulla raccolta dell'eventuale materiale che è stato prodotto).

La fonte dei dati è prevalentemente il Piano di Zona quale ambito condiviso di programmazione e pianificazione degli interventi sociali.

Nella compilazione si è fatto attenzione a differenziare quanto è stato realizzato specificatamente in merito al disagio psichico degli adolescenti da quanto è stato realizzato sul tema dell'adolescenza in generale o sugli adolescenti a rischio e che ha eventualmente intercettato alcuni adolescenti con disagio psichico.

La scheda è stata realizzata adattando alcuni item presi dal testo G. Agnetti et al, (2008) *Territori per la salute mentale. Manuale per la valutazione delle politiche di inclusione sociale*, Milano, Franco Angeli.

N. Item	Area	Indicatore	Razionale	Riferimento temporale	Tipologia di dato/ punteggio	Standard	Fonte dei dati	Suggerimenti per la compilazione
1	Risorse	Il tema del disagio psichico degli adolescenti è stato dibattuto all'interno dei tavoli del Piano di Zona (Tavolo minori o tavolo salute mentale)	La discussione nei tavoli del piano di zona esprime interesse verso il tema del disagio psichico degli adolescenti	Ultimo anno (2009) e attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire documentazione)	Ufficio di Piano	Il confronto tra diversi soggetti che si occupano di disagio psichico negli adolescenti è un elemento qualificante
1 Risposta e osservazioni								
2	Risorse	Sono state realizzate intese di programma sul disagio psichico degli adolescenti a livello distrettuale	Le intese di programma sono strumenti di applicazione delle pratiche locali	Attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire il documento)	Ufficio di Piano	La realizzazione di un documento sul tema condiviso è un elemento qualificante
2 Risposta e osservazioni								
3	Risorse	Sono state allocate risorse sul disagio psichico degli adolescenti a livello del Piano di Zona Distrettuale	Lo stanziamento di risorse adeguate sul disagio psichico degli adolescenti costituisce una misura dell'impegno in questo ambito da parte degli Enti Locali	Attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire documentazione sui servizi/progetti/eventi realizzati)	Ufficio di Piano	Indicare se possibile il budget pro-capite (rispetto agli abitanti)
3 Risposta e osservazioni								
4	Partecipazione	n. delle associazioni o dei gruppi organizzati di familiari, utenti e cittadini che si occupano di disagio psichico degli adolescenti (anche in maniera non esclusiva)	La presenza di associazioni o gruppi organizzati, partecipanti e attivi esprime la loro capacità di organizzazione mobilitazione	Attuale	Si / No	Almeno una organizzazione o gruppo organizzato	UONPIA Ufficio di Piano Associazioni	Specificare quante associazioni e quanti gruppi e la loro tipologia (familiari, volontari), indicare, se possibile, il n. di associati.
4 Risposta e osservazioni								
5	Partecipazione	Esistono riunioni dei servizi di neuropsichiatria che vedo la partecipazione di familiari, utenti e associazioni	La partecipazione di familiari, utenti, associazioni negli ambiti di confronto esprime l'orientamento dei servizi pubblici a valorizzarne un ruolo attivo	Attuale	Si / No	Si	UONPIA	Ci si riferisce a riunioni di qualsiasi tipo (ad es. programmazione delle attività)
5 Risposta e osservazioni								
6	Iniziative	Sono state realizzate iniziative con impatto pubblico sul tema del disagio psichico degli adolescenti	La realizzazione di iniziative pubbliche, migliorando nella popolazione la conoscenza del fenomeno, contribuisce a ridurre lo stigma sociale	Ultimo anno (2009) e attuale	Descrittivo- Buone Prassi	Almeno una iniziativa (se possibile acquisire la documentazione)	ASL, Uonpia, Ufficio di Piano, associazioni	Specificare da chi sono state organizzate, da chi sono state partecipate e in quale contesto
6 Risposta e osservazioni								

L'intervista

Altro strumento con il quale si è svolta la fase di mappatura è stato l'intervista, che è prevalentemente una raccolta di informazioni/valutazioni su base soggettiva. Il riferimento principale è il l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza che, oltre alle competenze sanitarie, ha la responsabilità e la regia degli interventi e della presa in carico degli adolescenti con disagio psichico.

Visto che uno degli scopi principali dell'intervista è quello di avere informazioni sulla rete territoriale che interviene sulla tematica sono state inserite anche alcune domande da rivolgere ad alcuni istituti scolastici e alle associazioni o cooperative sociali che, se presenti, si occupano di disagio psichico degli adolescenti.

I servizi per la presa in carico degli adolescenti con disagio psichico e rete territoriale Traccia per l'intervista

Premessa

Si deve intervistare il Responsabile della Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (o persona dell'Unità Operativa NPIA che si occupa nello specifico della tematica). È necessario chiarire preventivamente al nostro interlocutore che è necessario un tempo congruo, registrare intervista o prendere appunti meticolosi (riportando le affermazioni più significative nel virgolettato).

Per associazioni, cooperativa, scuola (ci si potrebbe limitare a una del territorio) le modalità di contatto possono essere più leggere (incontro veloce, ma anche telefonata).

A) Situazione

A1) Breve presentazione della situazione generale del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per quanto concerne la presa in carico di adolescenti con disagio psichico (con particolare riferimento al Polo Territoriale)

A2) Ci può fare un esempio di un successo significativo che ritiene abbia ottenuto il Suo Servizio?

A3) Ci può fare un esempio di una situazione che vive il Suo Servizio particolarmente carente o critica?

B) Valutazione Esperienza ASSOCIAZIONI

B1) Esistono associazioni (di familiari, volontari, ecc.) con le quali il Suo Servizio collabora? Se sì, in quale modo?

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

B3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

B4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Domande da rivolgere alle Associazioni di familiari del territorio.

B1) In quanto familiare come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?

B2) Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra la sua associazione e i servizi?

C) Valutazione Esperienza COOPERATIVE SOCIALI

C1) Esistono cooperative sociali con le quali il suo servizio collabora e che gestiscono servizi e/o progetti sul territorio?



C2) *In caso di risposta positiva, parlando di questa esperienza, come Servizio riuscite ad avere la percezione dell'andamento della situazione degli adolescenti con disagio psichico che avete inviato?*

C3) *Quale ruolo avete nella gestione di servizi o progetti gestiti dal privato sociale?*

C4) *Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?*

C5) *Per quanti degli adolescenti inseriti ha costituito un significativo miglioramento?*

C6) *Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel successo?*

C7) *Per quanti ha costituito un peggioramento?*

C8) *Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel fallimento?*

C9) *Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?*

Domande da rivolgere alle cooperative sociali

B1) *In quanto operatore/educatore come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?*

B2) *Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra la sua cooperativa e i servizi?*

D) Valutazione Esperienza

ISTITUTI SCOLASTICI

D1) *Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il suo Suo Servizio e gli Istituti Scolastici del Territorio?*

D2) *Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano gli Istituti Scolastici del Territorio e quali siano i punti di forza su cui poggiano?*

D3) *Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?*

D4) *Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?*

Domande da rivolgere agli Istituti scolastici

B1) *In quanto Dirigente scolastico/insegnante come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?*

B2) *Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra il Suo Istituto e i Servizi?*

E) Bisogno implicito e prospettive

E1) *Esaminando il dato degli adolescenti con disagio psichico afferenti al Suo Servizio, quanti sono secondo Lei quelli tra questi che si trovano in una situazione che non risponde alle loro necessità differenziando tra Polo Territoriale, strutture residenziali, semiresidenzialità e progetti di supporto territoriale?*

E2) *Secondo il Suo parere quali sono le aspettative espresse dai ragazzi e dalle ragazze in carico al Suo servizio in relazione alle differenti modalità di presa in carico?*

E3) Le vengono in mente casi in cui questo desiderio, esplicitamente espresso, abbia trovato accogliimento grazie a delle risorse già presenti sul territorio?

E4) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico? Un aumento delle risorse, un aumento della flessibilità dei servizi, maggiore integrazione

Note

Alcune tematiche non vengono approfondite dalla mappatura così concepita che è corretto evidenziare:

- il disagio psico-sociale dei giovani che hanno subito calamità naturali;
- il disagio psico-sociale dei giovani che vivono in contesti ad alta intensità mafiosa;
- la presa in carico e/o il collegamento con il medico di medicina generale o pediatra (sotto i 14 anni);
- il collegamento tra neuro-psichiatria e servizi di salute mentale per adulti;
- il collegamento con l'ambito della giustizia minorile;
- il collegamento con i servizi per l'inserimento lavorativo.
- Il collegamento con i consultori

IV.2 Criteri per identificare e selezionare le Buone Pratiche

L'individuazione, la raccolta e il trasferimento di buone pratiche appare una delle modalità più utilizzate attraverso cui sviluppare l'apprendimento organizzativo e migliorare/innovare le attività progettuali. Diverse e ampie sono le definizioni che si riscontrano in letteratura e in molteplici esperienze progettuali. In linea generale in questo contesto è stata scelta una accezione di buona pratica come quella esperienza della vita reale che contiene una "soluzione" effettiva a quale situazione/problema e che sia capace di produrre apprendimento, stimolare il trasferimento di una buona idea e suggerire motivi di autoriflessione (Cfr. *Catalogo buone Pratiche*, a cura di Vincenzo Castelli e Giampietro Losapio, Progetto BISS - Equal II Fase azione 3 IT-52-MDL-811, anno 2007, pag 3 - 7).

A fronte di questo tentativo definitorio si è rilevato però che:

- le buone pratiche funzionano in determinati contesti (dove sono nate) e non sempre sono facilmente trasferibili. Al loro buon funzionamento sono essenziali gli aspetti specifici difficilmente "ritrovabili" altrove o generalizzabili;
 - le buone pratiche sono largamente influenzate dalle differenti teorie di chi le mette in pratica (differenti modi di vedere il problema, di "costruire la realtà", di organizzare l'intervento ecc.).
- Pertanto, si ritiene che la buona pratica debba comunicare in maniera immediata il funzionamento di qualcosa senza approfondire troppo, svolgendo una funzione comunicativa immediata. È utile individuare con precisione unicamente quei pochi meccanismi essenziali, gli "ingredienti" assolutamente necessari che consentano alla buona pratica di funzionare, in modo da non vincolare troppo e consentire a chi la utilizza di trasformarla ed adattarla:
- al differente contesto;
 - alla differente problematica.

È sufficiente quindi che sia di riferimento culturale, di stimolo all'apprendimento e di orientamento tra soluzioni possibili.

In sintesi la buona pratica deve essere prima ben documentata e si deve aver verificato che ha ben funzionato, acquisendo/comprendendo/distillando quelle parti che interessano in quanto si ritiene possano essere riprodotte altrove per costruire un "modello innovativo di azione".

Altri indicatori generali di buone pratiche sono riconducibili ai seguenti aspetti:

- Efficacia: capacità del progetto di raggiungere in modo dinamico attraverso progressive azioni di autoaggiustamento, gli obiettivi che si prefigge e di rispondere in modo adeguato alle necessità/bisogni/desideri rilevati ex ante o espressi in corso di svolgimento;
- Innovatività del progetto: del tutto nuovo rispetto al contesto in cui si realizza;
- Integrazione e rete: progetto che fa sistema con altri interventi previsti da una cornice più



ampia di riferimento, quale il Piano sociale di zona ad es., sfrutta economie di scala, crea sinergie;

- Sostenibilità economica, finanziaria e culturale: progetto che ha la possibilità di sussistere nel tempo finanziariamente e culturalmente anche dopo il termine del contributo pubblico;
- Adeguatezza dell'impianto progettuale: progetto ben scritto e coerente al proprio interno, ben definito negli obiettivi, nel target, nella metodologia, nella descrizione delle azioni, nelle indicazioni di documentazione, monitoraggio e valutazione;
- Replicabilità, riproducibilità, trasferibilità, mainstreaming: progetto che ha in se caratteristiche ed elementi o dispositivi che permettano di trasferire anche altrove l'esperienza replicandola (talis qualis), riproducendola (reinterpretandola in contesto analogo), trasferendola (riadattandola ad un contesto diverso), mainstreaming (generalizzandola ad un contesto analogo astruendo fattori di successo permanenti, progetto che "fa scuola");
- Rilevanza politica: progetto che è in grado di anticipare informazioni e soluzioni sui trend futuri di sviluppo di una determinata politica. Progetto pilota quindi e con funzioni di sentinella dei cambiamenti.

La rilevazione delle Buone Pratiche è stata realizzata attraverso interviste e grazie all'acquisizione dei materiali prodotti dai singoli progetti (depliant, report, testi ecc.). L'esperienza è stata poi sinteticamente descritta attraverso una scheda catalografica riepilogativa.

Schema riepilogativo delle unità di analisi rilevate

	Lombardia			Puglia	Abruzzo		
	Milano Niguarda	Distretto Sanitario Sesto S. Giovanni e Cologno Monzese	Bergamo		Ambito sociale Val Vibrata Unione dei comuni	Ambito sociale Costa Sud 3 – Asl Teramo	Ambito Sociale Tordino
SCHEDA Integrazione socio sanitaria		-Andrea Pellegrino (Ambito PdZ di sesto san Giovanni e Cologno Monzese)		-Dott.ssa Anna Campiolo -Dr Claudio Ziccarelli	-Dott. Giuseppe Biancucci		
INTERVISTA Servizi e la rete territoriale	-Dott.ssa Confi NPI/A Niguarda - Patrizia DSM	-Dr.ssa Simona Fascendini e Maddalena Allevi Giovani Esordi Precoci AO ICP		-Dr. Claudio Ziccarelli UONPIA Monopoli -Prof.ssa Carmela Montagnuolo Scuola media "G. Verga" di Bari -Dr.esse A. Lacalamita e S. Tundo	-Dott. Giuseppe Biancucci, responsabile delle attività di programmazione per minori sui comuni dell'Unione dei Comuni --Giovanna Frastalli, referente Ass. AMNIS per interventi prevenzione nelle scuole - Tullia De Tullio counselor responsabile dell'associazione famiglie AGAVE di S. Egidio	-Ass. soc. Parrisciani, minori -Dott.ssa Raffaella D'Epidio resp. Centro Aggregazione "I Colori" e interventi domiciliari e territoriali a favore dei minori - Valentina Di Pietro presidente della Cooperativa I Colori comunità alloggio per minori	-Prof. Enzo Sechi Università de l'Aquila -Dott.ssa Lorena Maffei, Università de l'Aquila - Dott.ssa Monica Ventura presidente Ass PEA
BUONE PRATICHE	-Dr. Angelo Cocchi Programma 2000	-Dr. Edoardo Re Prog. Piccoli Fiori in Sesto	-Francesca Nilges Prog. Comunità residenziale Piccola Stella	-Progetto "Superabili" Ass Sideris -AIECS, Ass. Italiana educazione contraccettiva sessuale	-Stefano Cristofari progetto Creative differenze		-Prof Sechi, Clinica di NPIA, Progetto Ambiente terra, ambiente bambino - Monica Ventura Ass PEA (Psicologi in emergenza Abruzzo)

IV.3 Cosa emerge dalla Mappatura

Come si può vedere dallo schema riepilogativo di sono state realizzate interviste relative agli ambiti dei Piani di zona nelle tre regioni considerate dal progetto. Nel corso dei contatti, telefonici o di persona, con i referenti dei Piani di Zona con cui si è poi realizzata l'intervista sono emerse le seguenti considerazioni:

- scarsa conoscenza dell'argomento;
- nell'Ambito del Piano di zona non si era ancora affrontato direttamente l'argomento;
- non è una competenza "specificata" del Piano sociale di zona, ma più di quello sanitario;
- se è compito dei Comuni, sono necessarie delle risorse economiche aggiuntive per poterlo fare;
- incertezza su dove collocare il tema: se nel tavolo salute mentale o in quello relativo all'adolescenza.

Come si può quindi già osservare si pone come centrale il tema della non (o scarsa) integrazione socio-sanitaria rispetto al tema del disagio psichico degli adolescenti.

Dall'analisi delle schede di rilevazione pervenute emergono alcune tematiche interessanti:

- il sommerso: "disagio psichico degli adolescenti è spesso legato a cause sociali quali la dispersione scolastica e i conflitti familiari che non necessariamente portano all'entrata nel regime sanitario e quindi al riconoscimento del problema";
- scarso interesse: "poche organizzazioni portano competenze e attenzione sul tema, nell'ambito del piano di zona";
- mancanza di informazioni: "È un tema che tocca i servizi (sociali) ma che è poco documentato".

Anche i tavoli dei Piani di zona dei Distretti non sono stati interessati in maniera approfondita dall'argomento e pertanto non sono state realizzate intese di programma o protocolli di intesa. Sono state avviate alcune progettazioni grazie: a fondi regionali (ad esempio legge 23 della Regione Lombardia), a fondi diretti del Piano di Zona o della legge nazionale 285/1997. Sono progettazioni che si occupano della prevenzione del disagio psichico (Piccoli Fiori in Sesto), della rilevazione e presa in carico di situazioni a rischio psicosociale ancora sommerse (centro diurno, centro di ascolto, centro polivalente) e un progetto di inclusione lavorativa per adolescenti (Do Mést - dal maestro).

Nel complesso, a fianco della consapevolezza dell'importanza dell'argomento e di quanto sia presente nei differenti ambiti ed interventi territoriali (scuole, parrocchie, centri giovanili, lavoro di strada ecc), sia ha la chiara sensazione che molto debba essere ancora fatto. Questo sia per quanto emerge direttamente dalle interviste sia in riferimento alla difficoltà di realizzare le interviste su tutti distretti individuati. In particolare il tema del disagio psichico degli adolescenti sembra ancora essere intrappolato tra sociale e sanitario tra mondo giovanile e mondo adulto.

Le interviste mettono in evidenza degli scenari, all'interno delle tre regioni e distretto per distretto caratterizzati da ampie differenziazioni e, spesso, con significative aree di non chiara definizione, tanto da rendere difficoltoso il lavoro di comparazione.

In generale, possiamo dire che il tema del disagio psichico degli adolescenti sembra sfuggire ad una collocazione. Nella maggior parte dei casi abbiamo avuto la sensazione che la neuropsichiatria infantile rappresenti un "contenitore" troppo ampio e/o con troppe poche risorse per potersene occupare efficacemente mentre i servizi per adulti non sono spesso "idonei" (dal punto di vista della cultura del servizio, della formazione degli operatori, delle strutture ecc.). Altro punto dolente, dato quasi per scontato, è la difficile integrazione tra le UONPIA ed i servizi psichiatrici per adulti.

In alcuni casi (Milano, Sesto San Giovanni) è grazie a dei progetti innovativi (e quindi anche a termine o "si spera" in via rifinanziamento o di stabilizzazione) che si sta intervenendo e realizzando le prese in carico. Il rischio ci sembra essere quello che il progetto innovativo di fatto sostituisca il servizio e di una certa confusione, anche nella definizione e gestione amministrativa e burocratica, tra i servizi e il progetto innovativo.

Abbiamo invece trovato ampia condivisione rispetto all'importanza del lavoro di rete e sul coinvolgimento di associazioni, cooperative sociali, scuole, ambito della giustizia ecc. e sull'importanza della formazione (ad esempio realizzata dagli operatori del servizio UONPIA e rivolta agli insegnanti o ai referenti del Piano di zona).

In alcuni territori tale lavoro è attivo ma si registra anche una certa scarsità di associazioni e di cooperative sociali che si occupano sui territori in maniera specifica del tema degli adolescenti con disagio psichico.

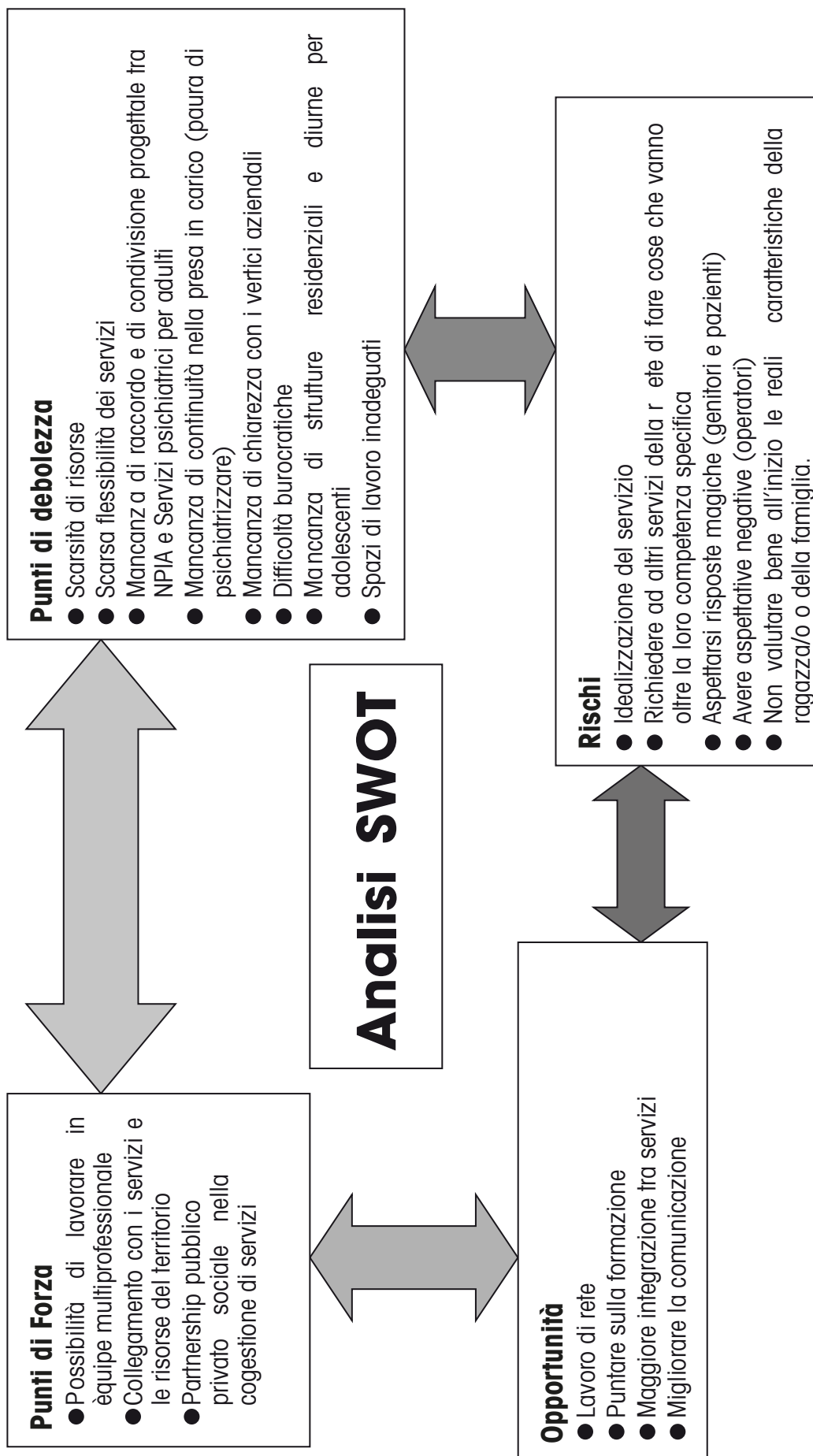
Nella scheda a seguire riportiamo quanto emerge dalle interviste attraverso l'utilizzo dell'analisi Swot che mette in evidenza i punti di forza, i punti di debolezza, i rischi e le opportunità.

La rilevazione delle buone pratiche ci ha portato a contatto con una serie di esperienze concrete estremamente interessanti e sicuramente è stato l'aspetto che più ci ha interessato e che più ha coinvolto anche i nostri interlocutori.

Attraverso gli incontri abbiamo toccato con mano la professionalità e la passione degli operatori che operano nei servizi e nei progetti (sia pubblici che del privato sociale).

Anche gli operatori referenti dei singoli progetti e servizi che hanno però esposto le criticità, già emerse nella scheda e nelle interviste, relative alle carenze strutturali dei servizi e della rete complessiva. I singoli progetti rischiano pertanto di essere "isole" di buon funzionamento non ben radicate sul territorio.

Le buone pratiche rilevate sono estremamente eterogenee e non consentono quindi una comparazione; vanno da un progetto di prevenzione (Piccoli fiori in Sesto), a progetti di presa in carico precoce (Programma 2000), a progetti di presa in carico residenziale (comunità Piccola Stella); Per questo motivo è stato deciso di riportare la scheda per intero all'interno dei singoli report regionali.



IV.4 Le analisi territoriali

Abruzzo

Riferimenti normativi regionali

Piano regionale Salute Mentale 2008-2010

Il PSR della Regione Abruzzo è stato ripensato soffermandosi su alcune criticità inerente il precedente Piano e cioè:

- una risposta quasi esclusivamente di tipo sanitario con eccessivo ricorso ad una residenzialità psichiatrica, produttiva di nuove criticità, al punto di ritenere che non sia stato ancora superato il modello custodialistico rappresentato dagli ex ospedali psichiatrici;
- una non piena applicazione del Progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale il quale precisa quali devono essere le strutture di servizi definendone gli standard di funzionamento ed avviando la priorità a promuovere pratiche e politiche di impulso a programmi ed interventi centrati sulla comunità;
- il cambiamento dei luoghi e dei metodi della cura, spostando l'attenzione dalla malattia in sé alla totalità della persona, ai suoi bisogni e diritti, alle sue capacità, promuovendo cittadinanza, innalzando la qualità della vita, favorendo autonomia ed emancipazione;
- una mancata attuazione del processo di riorganizzazione dei servizi secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale (CSM) in costante e forte interazione con il Distretto di Base e l'Ambito Territoriale Sociale, come già previsto dal precedente Piano Sanitario Regionale;
- una separazione operativa per cui i Centri di Salute Mentale, i Centri Diurni Psichiatrici, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le strutture Residenziali, le Comunità Terapeutiche, le Case di Cura sono spesso "isole" di un lavoro privo di continuità e di obiettivi condivisi.

Ridefinendo indicazioni che potessero ricondurre:

- alla creazione di una rete diffusa di servizi collocati a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico delle persone con disagio psichico;
- alla rimodulazione dei servizi riabilitativi, finalizzata alla progettualità individuale con l'assunzione della piena responsabilità da parte del Centro di salute mentale territoriale competente;
- a favorire lo sviluppo di strutture residenziali e semi-residenziali, non totalizzanti, finalizzate alla piena integrazione sociale.

Per quanto riguarda gli Ambiti Sociali sono state individuate le seguenti priorità:

- la pianificazione di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Centro di Salute Mentale territorialmente competente di un Programma territoriale sociosanitario sulla Salute Mentale, da approvare attraverso apposito accordo di programma, che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni;
- la pianificazione di interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione dei disturbi mentali da parte del CSM territorialmente competente attraverso collegamenti funzionali fra strutture a carattere sanitario, servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- il coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei progetti personalizzati;
- il rafforzamento della rete di interventi domiciliari, anche prevedendo percorsi di accoglienza ed accudimento rimodulati rispetto ai bisogni espressi e rilevati;
- la previsione di modalità di intervento integrati nelle situazioni di emergenza;
- l'attivazione di strumenti innovativi per la integrazione sociale e lavorativa, anche favorendo la nascita e lo sviluppo di cooperative sociali di tipo "B", superando barriere e pregiudizi che ancora oggi riducono le opportunità per utenti e familiari.

Lo stesso Piano Sociale rimandava al Piano Sanitario una specifica attenzione per quanto riguarda le priorità, gli obiettivi, le risorse e l'organizzazione territoriale sanitaria.

In aggiunta alle criticità individuate nel Piano Sociale, e a conferma delle stesse, si segnala:

- l'elevato tasso di ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da disturbi psichici: 9,6 casi per 1000 abitanti in Abruzzo contro 5,9 per 1000 in Italia (dati ISTAT 2006);
- l'elevati numero di posti letto in Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (alta residenzialità): 6,2 p.l. per 10000 abitanti in Abruzzo contro 1, elevabile a 2, per 10000 su indicazioni del Progetto Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale 1998-2000;
- la bassa offerta di Centri Diurni: 0,62 per 10000 abitanti in Abruzzo, contro 1,05 in Italia.



Sulla base di tali criticità, sono stati individuati i seguenti macroobiettivi di sistema:

1. Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete
2. Riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero
3. Sviluppo delle attività della Neuropsichiatria Infantile
4. Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile
5. Riordino della residenzialità psichiatrica
6. Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica
7. Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale
8. Inserimento socio-lavorativo
9. Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce
10. Lotta allo stigma sociale

Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete

Il Centro di Salute Mentale (CSM), Unità Operativa Complessa del DSM è la struttura di riferimento della rete della tutela della salute mentale, che esercita le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico.

Il CSM definisce ed attua programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete", nella strategia della continuità terapeutica, assumendone la responsabilità per il territorio di propria pertinenza. Il CSM promuove la ricerca e l'attivazione di azioni a sostegno della vita quotidiana a domicilio ed in alloggi comunitari, per la gestione di attività di tempo libero, attività di socializzazione e di animazione, in collaborazione con le associazioni e le cooperative sociali inoltre realizza, con la partecipazione delle Associazioni dei familiari riconosciute a livello regionale, il servizio ARTISS (Assistenza Riabilitativa Territoriale Integrata Socio-Sanitaria).

Il DSM interviene tempestivamente nelle situazioni di crisi, contribuendo alla riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, attraverso attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica, programmi di rilevamento dei segni precoci di crisi, tempestivi interventi domiciliari ed ambulatoriali con il coinvolgimento dei familiari e della rete.

A tal fine, le aziende sanitarie si attivano per la realizzazione dell'obiettivo di apertura dei CSM tendenzialmente 12 ore al giorno, 6 giorni su 7; si individuano due aree pilota (L'Aquila e Teramo) nelle quali sperimentare l'integrazione socio-sanitaria anche in funzione della verifica della necessità di attivazione di un servizio di accoglienza psico-sociale attivo nelle 24 ore.

Nei CSM non saranno ubicati posti-letto per il ricovero, per evitare il ricorso a ulteriori possibilità di ricoveri psichiatrici. Il potenziamento del CSM deve essere principalmente indirizzato ad erogare interventi tempestivi ed efficaci nell'ambiente di vita dell'utente.

Occorre potenziare il collegamento tra CSM e Dipartimenti delle dipendenze patologiche per la gestione dei pazienti con "doppia diagnosi", per i quali occorre prevedere la costruzione di un percorso assistenziale ad hoc. Il CSM si raccorda con i servizi sociali ed i servizi del Ministero di Grazia e Giustizia, e attraverso la sottoscrizione di protocolli e convenzioni, per gli interventi di diagnosi, consulenza e presa in carico delle persone con disturbo mentale detenute negli istituti Penitenziari e attiva risorse per avviare programmi di riabilitazione in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Riduzione e appropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera, è integrato e in continuità con le altre strutture del DSM e in particolare col CSM.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile un programma di presa in carico territoriale.

Il **CSM** deve perseguire l'obiettivo della progressiva riduzione dei trattamenti sanitari obbligatori, dei ricoveri ripetuti, della loro durata e dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Gli SPDC si dotano, in accordo con il CSM di programmi volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- Definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza-urgenza e l'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.
- Ridefinizione della modalità del ricovero, al fine di evitare ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente sedativo.
- Ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri nell'SPDC focalizzando l'attenzione sui pazienti così detti **alti frequentatori** (porta girevole) e sui ricoveri a più alto rischio di inappropriatezza (nevrosi depressive,

disturbi organici, e ritardi mentali).

- Utilizzo del Day Hospital Psichiatrico, anche extra-ospedaliero, in modo da poter evitare il ricovero di utenti la cui patologia sia di media gravità compatibilmente con la sede di residenza dell'utente. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in tale ambiente sarà effettuata in deroga alla normativa relativa alle linee-guida sulle attività cliniche a ciclo diurno - Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo del 7/7/2006 (n. 37 - Ordinario) (vedi trattamenti semi-residenziali).
- Facilitazione e rafforzamento dei rapporti fra SPDC, componente essenziale del Dipartimento di Salute Mentale e le altre forze che lavorano nel territorio che sono tradizionalmente identificate nei medici di famiglia, negli enti locali, associazioni dei familiari, volontariato.
- Minimizzazione del ricovero in riabilitazione ospedaliera (Codice 56) per patologie psichiatriche (< al 3% del totale dei ricoveri del reparto), laddove non si riscontrino gravi e concomitanti franche condizioni di disabilità fisica.
- Monitoraggio e prevenzione degli effetti collaterali dei farmaci di ultima generazione e delle patologie iatrogene di tipo internistico (sindromi metaboliche, patologie endocrine, malattie cardiovascolari, ecc) mediante lo sviluppo del Day Service ai sensi della LR 20/2006.

Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica

E' fondamentale promuovere l'acquisizione da parte delle strutture di **requisiti di qualità** che garantiscano l'appropriatezza delle procedure e degli interventi finalizzati al miglioramento delle abilità sociali del paziente in vista di una dimissione e reinserimento sociale.

I requisiti di qualità, che dovranno essere predisposti, devono rispondere ai seguenti criteri:

- qualificazione della residenzialità allo scopo di renderla "luogo di abitare assistito", con progetti riabilitativi integrati e personalizzati, con il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità, con la regia del CSM;
- misurabilità e loro graduazione su una scala valoriale (es.: da 0 a 5 con un livello per la sufficienza e per la eccellenza);
- focalizzazione sul progetto riabilitativo individualizzato;
- attenzione alle attività di socializzazione e reinserimento in comunità;
- attenzione agli aspetti di confort alberghiero;
- rilevazione dei trattamenti ad evidenza scientifica (psicoterapie individuali e di gruppo, riabilitazione sociale, trattamento farmacologico, etc.) e prove di evidenza degli esiti, documentate (da operatori, paziente, famiglia);
- adozione di strumenti di valutazione validati dalla comunità scientifica e dagli operatori (es.: Honos, VADO...);
- valutazione degli esiti: costruzione di indicatori sanitari e sociali (dimissioni dal trattamento sanitario, reinserimento del paziente nel tessuto sociale/lavorativo).

Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale

Il DSM deve promuovere il potenziamento dei trattamenti in regime semi-residenziale in entrambi gli ambienti destinati a tali trattamenti: il Day-Hospital ed il Centro Diurno.

Il Day-Hospital ha la funzione di:

- permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi;
- effettuare interventi farmacologici, e psicoterapeutico-riabilitativi;
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Il day-hospital psichiatrico effettua un'analisi dei problemi prioritari del paziente, un'attenta valutazione multidimensionale, con la identificazione di un piano di cura specifico e personalizzato basato su cicli. Le prestazioni erogate prevedono il coinvolgimento di più figure professionali nell'ambito di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale con la presenza di figure professionali quali i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TRP), accanto alla presenza delle più tradizionali figure del medico, dello psicologo e dell'infermiere.

Le prestazioni erogate distinguono un "DH Diagnostico" (inerenti procedure testologiche, ematochimiche e tecnico-strumentali, valutazioni di funzionamento sociale e valutazioni familiari e di rete) ed un "DH Terapeutico" (inerenti erogazione di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici-psicosociali individuali e familiari e specifici monitoraggi).

Il Day Hospital deve operare in coerenza con quanto stabilito dalla LR 20/2006, effettuando prestazioni appropriate e su un case mix comparabile con quello degli SPDC. Va inoltre promossa l'istituzione ed il potenziamento del Day Service.

La gestione dei Centri Diurni permane di competenza del Servizio pubblico, come articolazione dipartimentale e/ o come Servizio che risponde ad esigenze di integrazione socio-sanitaria (area



dell'integrazione DPCM 29-11-2001), con facoltà di affidamento per la loro gestione con cooperative sociali di tipo A e B secondo le modalità previste per le rispettive tipologie di cooperative. Se ne prevede un graduale potenziamento professionale attraverso la progressiva stabilizzazione degli organici con figure professionali specifiche (Terapisti della riabilitazione psichiatrica, Educatori professionali, animatori) che, formati ad hoc, realizzino progetti riabilitativi e attività di psicoterapia individuale e di gruppo, opportunamente integrati a tutti i servizi territoriali pubblici (laboratori artistico ricreativi, centri culturali, circoli sportivi centri di formazione professionale, aree dei tirocini professionali, cooperative di servizi, aziende di produzione, uffici vari ecc..), svolgendo altresì una funzione di raccordo e di collegamento con tutte le articolazioni del sociale. Nonostante la connotazione "sociale" dei Centri Diurni è opportuno che le figure preposte alla realizzazione degli obiettivi specifici per ciascun paziente adottino sistematicamente degli strumenti di valutazione validati e appropriati utili al monitoraggio dei processi di cambiamento. Si prevede la realizzazione di almeno un centro diurno per ciascun CSM.

Inserimento socio-lavorativo

Tra i soggetti affetti da disturbi psichici la percentuale di disoccupazione è notevolmente superiore rispetto alla popolazione generale e l'autonomia lavorativa è uno dei principali obiettivi dichiarati dagli utenti dei servizi psichiatrici e dai loro familiari. Numerose evidenze dimostrano che i programmi di inserimento lavorativo nei soggetti affetti da disturbi psichici gravi hanno un effetto positivo sul piano clinico, sul piano della fiducia e dell'autostima e sul piano sociale ed economico. In Italia, la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha creato uno scenario nuovo e del tutto particolare. L'articolo 11 introduce la possibilità di stipulare convenzioni con il datore di lavoro al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili e molte aziende hanno messo a disposizione postazioni utilizzabili anche per utenti psichiatrici. I soggetti affetti da disturbi psichici sono però assunti solo con progetti mirati, e la preparazione per attuare questi progetti non è ancora patrimonio condiviso.

La **Regione Abruzzo** ha investito molte risorse per le strutture residenziali e riabilitative psichiatriche, tale esclusivo investimento determina circuiti chiusi di residenzialità senza reintegro nel tessuto sociale di tali individui. Tale dato è stato rilevato dall'ISS in una analisi sistematica di tutte le SR italiane condotta nel 2000. La qualità e l'efficacia dei programmi riabilitativi messi in atto nelle diverse strutture risultano fortemente disomogenee nelle diverse aree territoriali. Nelle strutture residenziali psichiatriche gli interventi riabilitativi centrati sull'inserimento lavorativo sono erogati solo al 10 % degli utenti (e anche nei Centri Diurni e nei Centri di Salute Mentale gli interventi di inserimento lavorativo rappresentano la minoranza rispetto ad altri interventi riabilitativi). Considerando che circa il 38% dei disabili iscritti nelle liste di collocamento provinciali sono disabili mentali e/o intellettivi, i DSM devono considerare tra gli obiettivi principali della riabilitazione psichiatrica la promozione di strategie volte all'inserimento lavorativo dei loro utenti. Pertanto risulta essenziale:

Promuovere la cultura dell'inserimento lavorativo

E' essenziale in primo luogo promuovere iniziative mirate ad approfondire la conoscenza del territorio, e a far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia per gli utenti già occupati.

Tra le iniziative da mettere in atto vi sono:

- organizzare momenti teorici e pratici, di formazione degli operatori;
- effettuare un censimento del percorso formativo e lavorativo, pregresso ed attuale, degli utenti con gravi problemi psichici;
- effettuare un censimento di tutte le realtà di impresa sociale e formazione della zona, usufruibili nei percorsi di avviamento al lavoro per attivare;
- strumenti quali tirocini e borse lavoro;
- verificare l'ottemperanza alle norme vigenti in merito ai posti vacanti per collocamento disabili (Convenzioni ex-art.11, L. 68/99), da parte delle stesse Aziende Ospedaliere presso cui si opera, dei Comuni e delle ASL;
- verificare l'applicazione delle Convenzioni di cui all'articolo 5 della Legge 381/91 ("Disciplina delle Cooperative Sociali"), da parte delle Aziende Ospedaliere, ASL e Comuni;
- promuovere una rete per l'inserimento lavorativo costituita da:
 - Ufficio collocamento disabili della Provincia;
 - Commissioni per la valutazione delle capacità lavorative (ASL);
 - Centri per l'impiego della Provincia, Servizi per l'integrazione lavorativa (SIL);
 - Centri di formazione professionale (CFP);
 - Cooperative sociali di tipo B;
 - Aziende pubbliche e private socialmente sensibili/mature;
 - Organizzazioni sindacali;

- Associazioni del volontariato e di familiari;
- ASL;
- Comune;

al fine di integrare e potenziare opportunità sociali volte all'integrazione lavorativa nei territori di appartenenza.

Lotta allo stigma

Per contrastare gli effetti negativi dello stigma e della discriminazione è necessario realizzare dei programmi di comunicazione, rivolti alla popolazione generale, con particolare riferimento al mondo giovanile per:

- aumentare le conoscenze e la comprensione sulla natura dei "disagi" e delle malattie mentali e sulle diverse possibilità di trattamento e di reintegrazione culturale e sociale;
- promuovere campagne di informazione e di orientamento dell'opinione pubblica volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone con "disagio" e verso quelle affette da disturbi mentali;
- promuovere azioni specifiche che prevengano e superino la discriminazione e il pregiudizio in specifici gruppi sociali;
- coinvolgere l'Università per un'attività costante di ricerca e formazione;
- riorganizzare i servizi territoriali perché siano in grado di prendere in carico la persona, di inserirla e seguirla nella comunità attraverso il suo coinvolgimento attivo e il sostegno alla propria famiglia.

Formazione

Attualmente è carente la programmazione di una formazione-aggiornamento su tematiche essenziali per il miglioramento della qualità professionale degli operatori della salute mentale. Mentre le tematiche di tipo psicopatologico sospinte dalle case farmaceutiche sono ben rappresentate nei corsi di aggiornamento, normalmente assenti sono invece (e quindi vanno programmate), argomenti che riguardano:

- la qualità professionale;
- efficacia degli interventi di psicoterapia, psicosociali e farmacologici;
- lo sviluppo organizzativo.

Nel riordino del sistema di Formazione continua regionale (cfr. cap. 6.3.) e nei piani di formazione aziendali la formazione in ambito psichiatrico dovrà trovare un'adeguata rappresentazione, con il coinvolgimento attivo dell'università e delle società scientifiche.

La Regione si impegna a collaborare strettamente con le Università e con Enti o Istituti riconosciuti dal MIUR per la formazione specialistica post-universitaria in relazione alla programmazione dei fabbisogni formativi delle figure professionali sanitarie nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, figure preparate secondo standard nazionali, ed a facilitare il loro inserimento nell'ambito delle strutture del DSM. Fra il personale a tempo pieno operante nelle residenze italiane nel resoconto Progress-Residenze solo l'1,6% era rappresentato da TRP contro un 9.7% di personale con diverse qualifiche ed un 9.6% di personale non qualificato (de Girolamo et al. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry).

Attualmente i Dipartimenti e le Unità Operative non si sottopongono ad una utile auto valutazione nè ad una valutazione delle procedure e dei processi che caratterizzano le unità stesse da parte di visite ispettive volontarie tra pari.

- e' necessario avviare un **processo di accreditamento volontario tra pari**, così detto di eccellenza attraverso delle visite reciproche che permettano un confronto sulle pratiche al fine di un miglioramento delle stesse;
- diffondere la cultura dell'**auto valutazione dei servizi** con il coinvolgimento attivo dei pazienti. A questo proposito si reputa opportuno che tutti i Dipartimenti impieghino in modo routinario strumenti di auto valutazione utili per valutare le criticità e attivare processi di miglioramento continuo di qualità. (Vedi l'esperienza del SPUDC a direzione Universitaria -ASL L'Aquila- e i questionari utilizzati).

Epidemiologia

All'interno dell'Osservatorio Epidemiologico regionale, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente piano, verrà sviluppata una sezione di epidemiologia psichiatrica.

Tra le prime azioni da sviluppare è quella di attivare un'**indagine conoscitiva** sull'attuale popolazione ricoverata presso le strutture residenziali valutando l'aspetto clinico, il funzionamento sociale e le prospettive di dimissione.

Parimenti dovrà essere curata la messa a regime di flussi ad hoc.

I Dipartimenti dovranno nominare un referente che si interfacci direttamente con il livello regionale.



Sviluppo delle attività di Neuropsichiatria infantile

Negli ultimi anni alcune problematiche neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno assunto una sempre maggiore evidenza e richiedono risposte assistenziali sempre più articolate e complesse.

I Progetti Obiettivo Materno Infantile e Tutela Salute Mentale presuppongono una rete omogenea di Unità Operative in grado di assicurare la prevenzione e la cura dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva, erogando livelli di assistenza uniformi in tutto il territorio nazionale.

Attualmente esistono alcune criticità nella risposta assistenziale in età evolutiva che possono essere riassunte nei seguenti punti:

- 1) scarsa omogeneità nella distribuzione dei servizi di neuropsichiatria infantile nel territorio regionale e scarso collegamento funzionale con altri servizi (pediatria di base, consultori familiari, neuroriabilitazione, ecc.);
- 2) scarsa presenza di interventi pluridisciplinari e pluriprofessionali con reale presa in carico globale dei casi trattati e con risposte assistenziali prevalentemente riabilitative;
- 3) assenza di posti letto dedicati all'urgenza psichiatrica in età adolescenziale e carente risposta assistenziale per la diagnosi e cura di disturbi neurologici acuti in età evolutiva.

Al fine di dare risposte assistenziali adeguate ed omogenee ai bisogni di salute neuropsichica nell'età evolutiva si prevede quanto segue:

- I Servizi di Neuropsichiatria Infantile sono strutture operative, deputate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni). Ogni provincia (azienda sanitaria locale o ospedaliera) è dotata di un'unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile. Le unità operative territoriali, ospedaliere o miste di neuropsichiatria infantile possono essere collocate dalle direzioni aziendali nel dipartimento di salute mentale con collegamento funzionale al dipartimento materno-infantile oppure nel dipartimento materno-infantile con collegamento funzionale al dipartimento di salute mentale.
- Le equipe multidisciplinari di neuropsichiatria infantile, composte dal neuropsichiatra infantile, dallo psicologo dell'età evolutiva, dal terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, dal logopedista, dall'assistente sociale, operano in collaborazione con la famiglia del minore ed il personale docente della scuola, per garantire la presa in carico globale e l'integrazione scolastica e sociale, in particolare nelle situazioni di handicap.
- Alle U.O. di neuropsichiatria infantile è demandato il compito di realizzazione e verifica dei progetti terapeutici, educativi e riabilitativi integrati e personalizzati, con il coinvolgimento dei familiari, sia per quanto riguarda la riabilitazione in ambito residenziale che ambulatoriale (ex art. 26).
- La modalità preferenziale di ricovero in neuropsichiatria infantile è il day hospital (terapeutico-riabilitativo), con possibilità di realizzare spazi dedicati a procedure specifiche per il ricovero nei reparti di psichiatria per le urgenze psichiatriche adolescenziali e nei reparti di pediatria per le patologie neurologiche acute del bambino che richiedono indagini strumentali e di laboratorio o procedure cliniche complesse.

Potenziamento delle attività per l'Autismo

Al fine di dare risposta alle gravi problematiche dei soggetti affetti da autismo, l'attuale "Centro Regionale per le Psicosi Infantili", ridenominato "Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo" (CRRRA) diventa unità operativa complessa della Azienda USL di L'Aquila che opera in regime ambulatoriale e di ricovero alternativo all'ordinario (day hospital, day service).

Tale polo sarà riferimento per la rete degli interventi degli otto **Centri Diurni** di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico.

Tali Centri sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende USL territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari.

L'attività del CRRRAI è finalizzata allo svolgimento dei compiti sottoelencati:

- diagnosi e cura dei disturbi dello spettro autistico;
- collaborazione con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e Materno-Infantile delle Aziende USL della Regione Abruzzo nonché con i Pediatri di LS e MMG;
- coordinamento delle attività socio-sanitarie dei centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico;
- promozione delle attività di ricerca ed istituzione di borse di studio per lo sviluppo delle conoscenze

in materia di disturbi pervasivi dello sviluppo;

- implementazione di adeguate attività di "audit" clinico e civico.

Le attività dei Centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo sono finalizzate allo svolgimento, con modalità diurne – semiresidenziali, dei compiti sottoelencati:

- facilitare lo sviluppo psicologico degli utenti presi in carico in un contesto naturale e stimolante;
- migliorarne l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
- consolidarne le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziarne quelle esistenti;
- svilupparne l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendone i comportamenti disadattativi;
- consentire agli adolescenti un progressivo distacco dalla famiglia e, quando possibile, l'inserimento lavorativo.

Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce

In base alle direttive dell'attuale Piano Sanitario Nazionale e in base al vecchio Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, è necessario potenziare gli aspetti informativi sulla sofferenza psichica.

È raccomandato che ogni dipartimento di salute mentale programmi almeno un progetto rivolto alla popolazione generale e alla popolazione giovanile finalizzato al miglioramento degli stili di vita, alla conoscenza semplice ma scientifica delle principali malattie mentali e delle più diffuse dipendenze in modo da favorire il ricorso tempestivo ai servizi di salute mentale e un contemporaneo processo di riduzione dei pregiudizi nella popolazione nei riguardi delle malattie psichiatriche.

Gli interventi precoci

Tenendo presenti le raccomandazioni del Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale, del Piano Sanitario Nazionale e delle linee guida NICE (Nazional Institute Clinical Excellence) è crescente l'attenzione nei riguardi della precocità degli interventi. Si individuano le seguenti linee di azione:

- Progetti mirati all'individuazione precoce di sintomi precursori e prodromici di psicosi: ansia, depressione, disturbi cognitivi, deficit del rendimento scolastico e del funzionamento sociale.
- Prevenzione e trattamento degli esordi psicotici (*first episode*) e affettivi, attraverso appositi servizi o unità operative o strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale
- Elaborazione di Progetto da parte della commissione regionale per la salute mentale nel rispetto delle Linee guida sull'intervento precoce emanato dal Consiglio Superiore di sanità
- Presenza nella Regione almeno di un servizio /centro di riferimento regionale per la diagnosi e per l'intervento precoce dei disturbi che insorgono nella popolazione giovane adulta. Tale centro può essere identificato nel Servizio SMILE (Servizio per il Monitoraggio l'Intervento precoce e la Lotta agli esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani), inserito nell'UOC di Psichiatria a direzione Universitaria, della ASL dell'Aquila.
- Collegamento funzionale con i Servizi per l'infanzia e l'adolescenza (Neuropsichiatria infantile, Consultori, Pediatria) e medicina generale; interventi sui disturbi dello sviluppo, individuazione di casi nell'età 10-18 per opportuni interventi preventivi, stati mentali a rischio.
- Promozione della "cittadinanza competente" potenziando la consapevolezza delle famiglie e dei pazienti sui percorsi di cura e sulla condivisione dei trattamenti.
- Il DSM opererà in collegamento con il SERT per la creazione di sportelli e centri territoriali per la diagnosi e il trattamento precoce delle patologie dissociative e psicotiche derivanti dall'uso delle nuove tecnologie "Nuove Dipendenze" (I.A.D. Internet Addiction Disorder) attraverso opportuni protocolli d'intesa, con il privato sociale non-profit operante nel territorio.

Commissione Regionale per la Salute Mentale

Al fine di seguire il Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1998/2000, sulla base dei valori, dei principi e delle pratiche definiti nella "Dichiarazione sulla Salute Mentale per l'Europa" e nel "Piano d'azione" sottoscritti da tutti i governi europei nella Conferenza promossa dall'OMS a Helsinki il 12-15 gennaio 2005, e per garantire il perseguimento degli obiettivi presenti dal presente piano viene istituita la **Commissione Regionale per la Salute Mentale**.

Tale Commissione sarà presieduta congiuntamente dagli Assessori alla Sanità e alle Politiche Sociali e composta:

- dai Direttori di Dipartimento di Salute Mentale;
- dai rappresentanti delle Università Abruzzesi;



- dalle Associazioni di Utenti e Familiari;
- da un rappresentante tecnico dell'Assessorato alle Politiche Sociali;
- da rappresentanti della Direzione Sanità e dell'ASR-Abruzzo;
- da un rappresentante dell'ANCI;
- da un rappresentante delle Consulte Provinciali del Disagio Mentale ove esistenti alla data di approvazione del Piano Sanitario regionale.

Entro in primo semestre del 2008 la Commissione deve predisporre e proporre al Consiglio regionale il Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale.

Le buone pratiche

A) Titolo del progetto/iniziativa/intervento

Progetto Ambiente Terra. Ambiente Bambino
Progetto clinico-diagnostico-terapeutico e formativo-socializzante.

Intervista a Prof. Enzo Sechi e Dott.ssa Lorena Mattei

Fonte di Finanziamento

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Protezione Civile e Università dell'Aquila

Localizzazione dell'Intervento/periodo di realizzazione

L'intervento è stato localizzato nel comune dell'Aquila e frazioni afferenti, comuni del cratere sismico in provincia dell'Aquila. Suddiviso in 3 fasi principali per la durata di anni 2.

Ente promotore dell'Intervento - Ente realizzatore

Gli Enti promotori sono stati: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Protezione Civile, l'Ente realizzatore L'università degli Studi dell'Aquila attraverso la Clinica di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza diretta dal Prof. Sechi.

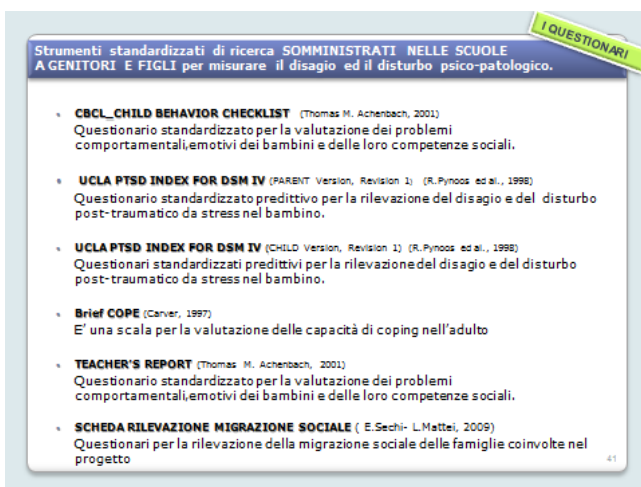
Tipologia dell'Intervento

Il progetto è stato concepito come modello d'intervento mirato a promuovere benessere dei bambini e degli adolescenti vittime degli eventi catastrofici. Intervento psicosociale e di valutazione clinica su: minori famiglie e scuole. Intervento clinico su minori con disagio psicologico o psichiatrico. Il progetto è diviso in 3 fasi.

Fase 1 vede come destinatari minori dagli 8 ai 13 anni, i genitori presenti sia nelle aree di accoglienza che negli alberghi della costa, le attività sono state effettuate nei "centri d'ascolto" presso il "centro ludico socializzante allestito nel campo" e in un Ambulatorio allestito nella campo tenda (quest'ultimo in maniera permanente attualmente riportato presso l'ospedale S.Salvatore; Fase 2 - destinatari minori 8 -13 anni, genitori/docenti, scuole, elaborazioni dati; le attività sono state espletate attraverso i laboratori diagnostici, protocollo di ricerca, seminari ambiente cultura, seminari esperti DPC Seminari docenti;

Fase 3 (ancora in attivazione) oltre alla fascia dei minori (8 -13 anni) i destinatari sono i genitori, la popolazione in genere, e gli specialisti di settore e la scuola; le attività vengono concretizzate attraverso workshop conferenze aperte alla popolazione tutta, seminari per specialisti del settore (insegnanti educatori in genere, medici di base, operatori per minori psicologi etc...) pubblicazione divulgativa del progetto e restituzione risultati test nelle scuole.

Descrizione della pratica realizzata



Destinatari dell'intervento

I destinatari intermedi sono:

La popolazione del comune dell'Aquila e frazione, nello specifico i genitori, gli insegnanti, gli operatori della rete del servizio civile, i medici di base, i volontari del servizio civile.

I destinatari finali sono i minori del territorio d'intervento del progetto dagli 8 ai 13 anni.

Reti coinvolte nell'intervento.

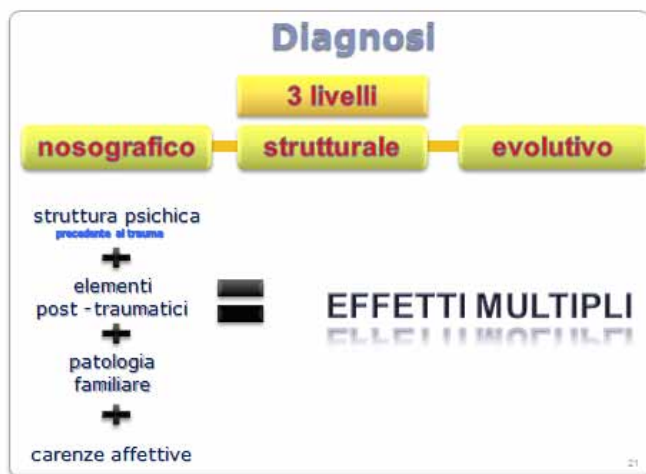
- PEA (psicologi dell'emergenza sezione Abruzzo);
- APAQ (Associazione Pediatri Aquilani), che hanno rappresentato la maggior parte dei medici di base delle famiglie aquilane, e ciò ha rappresentato una vera risorsa che assicura conoscenza e continuità degli interventi messi in campo;
- Centri Medici Di Base;
- Psicologi/Psichiatri Militari (Marina Militare, Esercito, Aeronautica)
- CISOM. Cavalieri di Malta
- Psicologi per i Popoli
- Università Cattolica del Sacro Cuore

Elementi di innovazione applicati e di attenzione ai processi

Gli elementi che caratterizzano il progetto nella sua innovatività riguardano:

- il grande coinvolgimento diretto della popolazione target dello stesso. Infatti sono stati effettuati oltre alle attività finalizzate ai minori, incontri nelle scuole dove i genitori hanno ampiamente partecipato nella rilettura dei report. L'importante sistema di "rete" che il progetto è riuscito a realizzare mantenendo il contatto con la peculiarità del proprio territorio anche quando parte del progetto si è realizzato in luoghi di emigrazione (sulla costa dove la popolazione si era spostata e molti minori vivevano in maniera totalmente isolata dai propri pari l'esperienza del trauma")

- la possibilità di interagire attraverso laboratori, centri aggregativi, e centri didattici e la collaborazione attraverso équipe multidisciplinari strutturate periodicamente che hanno (e continuano) a monitorare la percezione del disagio e delle sue manifestazioni problematiche dall'apprendimento alla socializzazione dei minori.



Indicatori di esito raggiunti

Il coinvolgimento di moltissime scuole e la partecipazione attiva sia degli insegnanti che dei genitori.

La possibilità di aver reso fruibile il servizio di Neuropsichiatria infantile con modalità molto innovative. Aver potuto condurre a uno strato di popolazione ampia la consapevolezza di cosa provoca nei minori un trauma per calamità naturale nel tempo.

Aver innescato nel territorio una buona coesione e il bisogno di valutazione preventiva rispetto a segnali di disagio minorile.

	Elencazione scuole	Dislocazione scuole	Provenienza minori (in prevalenza)
1	" DANTE ALIGHIERI" Scuola Secondaria di 1°Grado	L'AQUILA PAGANICA (AQ)	L'Aquila, Paganico, e altre numerose frazioni zone est, stranieri residenti e nuovi iscritti
2	"GIOSUÈ CARDUCCI" Scuola Secondaria di 1°Grado	L'AQUILA	L'Aquila, e numerose frazioni zone est, stranieri residenti e nuovi iscritti
3	"TEOFILO PATINI" Scuola Secondaria di 1°Grado	L'AQUILA	L'Aquila, e numerose frazioni e comuni zone ovest, stranieri residenti e nuovi iscritti
4	"GIUSEPPE MAZZINI" Scuola Secondaria di 1°Grado	L'AQUILA	L'Aquila, e numerose frazioni e comuni zone ovest, stranieri residenti e nuovi iscritti
5	"SAN DEMETRIO né VESTINI" Istituto Comprensivo	SAN DEMETRIO né VESTINI	San Demetrio né Vestini, Fossa, Ocre, Villa Sant'Angelo, Acciano, Fagnano, ecc.
6	"ALCIDE DE GASPERI" Direzione Didattica	L'AQUILA	L'Aquila e frazioni e comuni zone est-ovest
7	"GALILEO GALILEI" Direzione Didattica	PAGANICA	L'Aquila e frazioni e comuni zone est-ovest 40

Elementi di prospettiva dell'intervento (continuità e stabilizzazione dell'azione)
 Aver creato un filo diretto di collaborazione tra il sistema dei servizi, la scuola e la clinica di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Aquila, indipendentemente dalla conclusione del progetto che tende a supportare una continuità nell'attenzione al disagio psichico di vari livelli dei minori e degli adolescenti del territorio

Elementi di trasferibilità possibili

La metodologia utilizzata che ha instaurato un rapporto privilegiato con il territorio, l'esperienza "clinica" nelle scuole attraverso gli incontri seminariali con il corpo docenti e con i genitori. L'interdisciplinarietà e la trasversalità delle azioni proposte nel territorio



Documentazione disponibili per l'azione

Schemi e modelli utilizzati per tracciare stati e comportamenti.

PTSD_DSM - IV

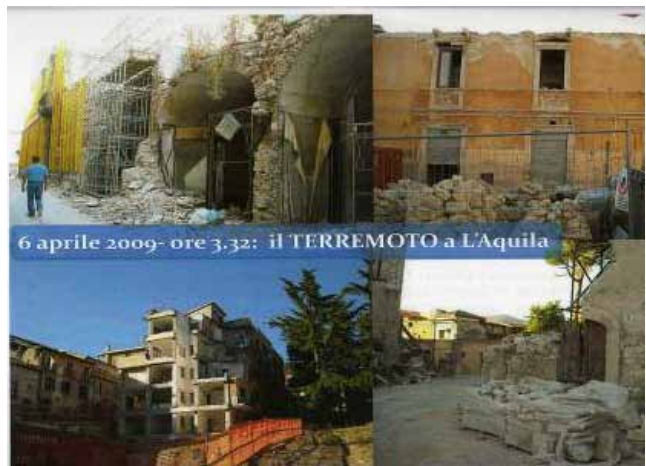
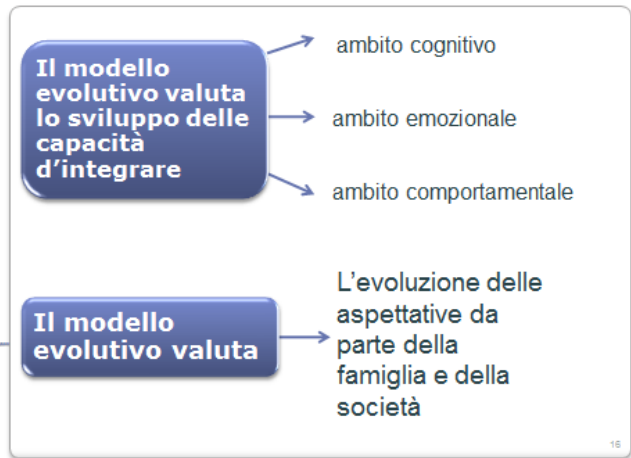
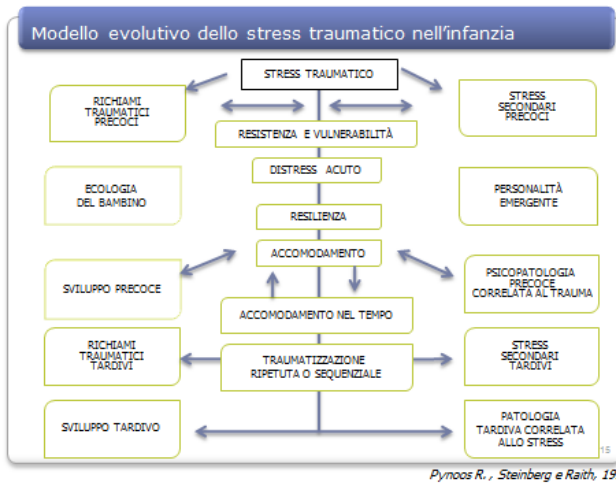
Post Traumatic Stress Disorder , il **Disturbo post traumatico da stress** è una delle **PRINCIPALI PATOLOGIE** derivanti dall'esposizione ad un evento traumatico.

DSM-IV: "in seguito ad un'iniziale esposizione diretta e/o indiretta ad un **evento stressante fortemente traumatico** , che ha comportato un pericolo concreto o una **grave minaccia all'integrità fisica propria e/o di altre persone (...)**. Nei bambini si manifesta spesso con un **comportamento agitato e disorganizzato**"

Note:

- Il Disturbo post-traumatico da stress è inserito fra i principali manuali di classificazione diagnostica:
- DSM-IV (APA) lo inserisce fra i DISTURBI D'ANSIA
- ICD-10 (OMS) lo inserisce fra le SINDROMI NEVROTICHE

13



B) Titolo del progetto/iniziativa/intervento

Psicologi in emergenza Abruzzo

Intervista a Monica Ventura presidente Associazione P.E.A

Sono stati realizzati diversi interventi con obiettivi comuni: presa in carico di minori, sostegno alla socializzazione, aiuto al superamento del trauma, aggancio con gli adolescenti e i minori problematici che si trovavano "scoperti" dal riferimento dei servizi. P.E.A - Estate ragazzi 2009; Il Mago di OZ; Alla Corte di OZ; Gli aquilotti riprendono il Volo RicostruiamoCi.

Fonte di Finanziamento

Convenzione con la Protezione Civile ma attività professionale totalmente volontaria. Nel senso che l'associazione P.E.A ha un protocollo ed è riconosciuta dalla Protezione Civile per poter operare e la stessa ha messo a disposizione tutti gli strumenti necessari per gli interventi (logistica attrezzature etc...), ma l'attività dei professionisti che ne hanno fatto parte è totalmente volontaria.

Localizzazione dell'Intervento/periodo di realizzazione

Città dell'Aquila, COM1 L'Aquila (la divisione delle zone effettuata dalla protezione Civile per l'impianto delle tendopoli) localizzazione P.zza D'Armi.

Ente promotore dell'Intervento Ente realizzatore

L'Ente promotore "La Protezione Civile", L'ente realizzatore l'Associazione PEA in collaborazione con:

- MIUR (Ministero Istruzione Università Ricerca)
- Neuropsichiatria Infantile
- Comune dell'Aquila

Tipologia dell'intervento

Presenza di un gruppo di psicologi P.E.A sul campo quotidiana, allestimento di uno spazio individuabile per le richieste di aiuto. Aggancio, segnalazione, animazione e socializzazione. Formazione di gruppi e sostegno alla relazione e all'integrazione nel gruppo. Organizzazione di spazi strutturati per esprimere la condizione emotiva, invio, in caso di necessità, o in caso di un contatto già esistente, all'équipe della neuropsichiatria infantile dell'Aquila (Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Facoltà di Medicina e Chirurgia - anch'essa in quei giorni itinerante e alloggiata in una tenda nel campo di Pzza D'Armi).

Descrizione della pratica realizzata

Immediata attivazione di percorsi volti alla sollecitazione di una sempre maggiore intraprendenza degli ospiti del campo attraverso l'integrazione sociale tra etnie e culture (parte dell'azione - RicostruiamoCi-) Negli incontri con i bambini e con i genitori sollecito a maturare del "pensiero di gruppo" per cui è stato strutturato un modus operandi che stimoli il rispetto reciproco e sul comune impegno mirando al raggiungimento di un livello accettabile di autonomia e gestione. Creazione di un gruppo di persone che in affiancamento degli operatori presenti sul campo attivino competenze, costituendo un gruppo di adulti di accompagnamento alle attività.

Attività socializzanti, punto di riferimento "La tenda Verde" dove le persone possono rivolgersi. Incontri programmati di valutazione e confronto interdisciplinare tra: - Operatori ass. P.E.A., Referenti ASL Com1; operatori neuropsichiatria infantile, Scouts AGESCI, Croce di S. Andrea, Assistenti sociali

Destinatari dell'intervento

Possono definirsi destinatari intermedi, i genitori, gli operatori della protezione civile, i volontari senza competenze specifiche; i destinatari finali i minori presenti nel campo. Sono stati coinvolti nei progetti attivati 180 minori di cui 70 bimbi da 1 a 7 anni.

Reti coinvolte nell'intervento.

Sono state attivate quante più relazioni di tipo interdisciplinare possibile. Gli operatori della ASL presenti nel campo a vario titolo - MUR - Neuropsichiatria - Associazione Sistema Essere (scuola di counseling dell'Aquila) Protezione Civile, Scout, Associazione Scuola di Pace.

Elementi di innovazione applicati e di attenzione ai processi

Gli elementi di innovazione hanno riguardato la modalità spazio/temporale degli interventi: L'aggancio in strada, l'utilizzo del gruppo dei pari (i ragazzi degli scouts) interventi di sostegno psicologico in ambiente totalmente destrutturato. (poteva essere svolto in una tenda del nucleo familiare di un bimbo coinvolto, in strada, in uno spazio ludico in cui spontaneamente, (o/e attraverso esplicito invito) i minori sono stati coinvolti.

L'attenzione ai processi è stata realizzata attraverso gli incontri di valutazione dei vari referenti ASL, Protezione Civile etc....) in cui si è analizzato il livelli di cambiamento che venivano assumendosi rispetto a modalità di acquisizione di piccole autonomie.

Indicatori di esito raggiunti

L'indicatore principale è stato dato dall'osservazione di aumento di socializzazione sia tra i minori coinvolti nelle attività che tra i loro adulti di riferimento, considerato la situazione di assoluto isolamento personale. L'aver agganciato un numero consistente di minori anche con difficoltà di vario genere che si sono integrati nei vari gruppi senza alcuna difficoltà. Aver, con l'ausilio degli stessi utenti, costruito un punto di aggregazione formalmente riconosciuto all'interno del campo. Il cui punto ha fatto da riferimento per richieste specifiche di "aiuto", per segnalazioni specialistiche, per lo sviluppo di competenze utili alla vita sociale dei giorni post sisma.

Obiettivi specifici

- Genitori: costituzione di gruppi genitori per accogliere le problematiche e le difficoltà incontrate nelle contingenti condizioni relazionali con i propri figli;
- Minori: costituzione di gruppi organizzati per fasce di età e attivazione di percorsi psico-pedagogici volti a promuovere competenze di strategie per l'identificazione dei bisogni;
- Operatori: micro formazione e supporto alla gestione delle emozioni per l'acquisizione di competenze funzionali alle attività da svolgere; pianificazione delle attività supportate dall'équipe della neuropsichiatria infantile tra cui: - pedagoga, psicomotricista, terap.



neuropsicomotività, psicologo, neuropsichiatra infantile.

Elementi di prospettiva dell'intervento (continuità e stabilizzazione dell'azione)

Attraverso la formalizzazione della costituzione della "rete" istituzionale.

Di fatto non è stato possibile dare continuità all'intervento da parte della associazione PE.A nel momento di smantellamento del "campo Piazza D'Armi". Per un piccolo periodo l'attività ha continuato a funzionare presso gli uffici della "prefettura" dove erano stati domiciliati una buona parte delle famiglie con minori coinvolti, questo ha permesso anche l'apertura di un asilo nido, in cui per alcune settimane l'Associazione ha collaborato e successivamente non sono stati più possibili interventi (a dire delle istituzioni per motivi di "spazio").

Elementi di trasferibilità possibili

Tra gli elementi di trasferibilità possibili troviamo:

la disponibilità e la capacità delle "azioni proposte" (Estate ragazzi 2009; Il Mago di OZ; Alla Corte di OZ; Gli aquilotti riprendono il Volo RicostruiamoCi.) di agganciare in maniera socializzante i minori senza scindere dalle problematiche di cui sono portatori. Quindi l'aver sviluppato un modello che permette da un lato l'integrazione e dall'altro attraverso la "costruzione ben strutturata della rete" con la neuropsichiatria e gli altri servizi socio/sanitari del territorio l'individuazione e la presa in carico di minori con problematiche senza che questi vengano allontanati dall'ambiente socializzante dei pari.

Documentazione disponibili per l'azione

Sono state raccolti e visionati i seguenti documenti:

- linee progettuali e depliant utilizzati nel "campo"
- attività e mappature dell'estate del 2009 dell'Aquila
- schede di monitoraggio utilizzate dalla "rete" dei servizi
- articoli di quotidiani sugli interventi effettuati

C) Titolo del progetto/iniziativa/intervento

Attività di formazione e supervisione rivolta ad insegnanti e genitori delle scuole elementari e medie della Provincia di Teramo - Progetto ecologia "Creative differenze" - Corso triennale di counseling Biosistemico, rivolto ad operatori di comunità o ambiti sociali, con utenza: adulti, bambini e adolescenti.

Intervista a Stefano Cristofori formatore e direttore didattico nell'ambito dei corsi di counseling.

Fonte di Finanziamento

Convenzione con i comuni di S.Omero, S. Egidio, Controguerra, Corropoli, . Civitella Del Tronto - Provincia Di Teramo

Localizzazione dell'Intervento/periodo di realizzazione

Ambito Sociale Val Vibrata (TE) Unione dei Comuni - Provincia

Ente promotore dell'Intervento Ente realizzatore

L'Ente promotore Unione dei Comuni e Plessi Scolastici del Territorio L'ente realizzatore l'Associazione AMINIS in collaborazione la Società Italiana di Biosistemica di Roma, riconosciuti dalla SICo - Società Italiana Counseling di Roma e accreditati ECM presso Ministero della salute

Tipologia dell'Intervento

Incontri strutturati in moduli individuazione della percezione di disfunzione,, individuazione del disagio adolescenziale e tecniche di trasformazione; individuazione di percorsi con i servizi del territorio.

Descrizione della pratica realizzata

Incontri con gruppi specifici - Insegnanti, genitori assistenti sociali. Discussione a temi quali:

- la percezione del disagio, i problemi dell'apprendimento, la comunicazione affettiva, l'individuazione delle modalità di segnalazione e la percezione di sé negli interventi (rispetto alla congruità delle emozioni operatore/insegnante/ragazzo).

- Per i ragazzi incontri sulla comunicazione non verbale, l'utilizzo della comunicazione nell'affettività attraverso l'allestimento di "spazi informali" all'interno delle classi e con giochi e simulazioni (Stefano Cristofori in qualità di Psicoterapeuta biosistemico)

Destinatari dell'intervento (intermedi e Finali)

Possono definirsi destinatari intermedi, i genitori, gli operatori, gli insegnanti, i volontari senza competenze specifiche; i destinatari finali i minori delle scuole.

Sono stati coinvolti nei progetti attivati circa 200 genitori circa 50 assistenti sociali ed educatori.

Reti coinvolte nell'intervento.

Le Assistenti Sociali degli Ambiti sociali territoriali, i consigli di classe (Insegnanti)

Elementi di innovazione applicati e di attenzione ai processi

Gli elementi di innovazione hanno riguardato riguardano l'affronto degli argomenti partendo da un'analisi "emozionale". Gli incontri che hanno una modalità totalmente interattiva (partecipativa). L'affronto del disagio non come manifestazione ma come risultato di vissuto traumatico ed emozionale nel bambino.

Indicatori di esito raggiunti

L'indicatore principale è stato dato dall'osservazione di aumento di consapevolezza da parte sia dei genitori che degli operatori nell'affronto di problematiche specifiche. Nello "sblocco" di alcune dinamiche" che riguardano come e con quali tempi affrontare le difficoltà poste da comportamenti complessi di minori in difficoltà sia di apprendimento che di comunicazione tra pari.

Obiettivi specifici

1) genitori cambiare atteggiamento (non più auto colpevolizzante e colpevolizzante all'esterno scuola e ambiente) ma di ricerca di confronto e approfondimento rispetto a quel che accade qui ed ora. Capacità di richiedere aiuto agli esperti e/o alle istituzioni.

2) insegnanti capacità di maggior osservazione non solo rispetto ai risultati della didattica ma anche riguardo alle difficoltà a mettere in campo competenze specifiche

3) Istituzioni (assistenti Sociali e ASL) individuazione di strategie maggiormente fluide nell'individuazione delle complessità e segnalazioni per interventi mirati ed integrati.

Elementi di prospettiva dell'intervento (continuità e stabilizzazione dell'azione)

Il gradimento manifestato dagli operatori, dagli insegnanti e dai genitori ha posto le basi per rendere le attività proposte come iter sistemico nel territorio nell'affronto di problematiche inerenti l'abbandono scolastico o/e la complessità dei gruppi classi che negli ultimi anni stanno caratterizzando il mondo dei minori e degli adolescenti. Altro elemento è scaturito da un incremento di popolazione minorile straniera, quindi famiglie con modalità culturali diverse nell'affronto delle tematiche. L'importanza di una visione allargata di quanto accade nella socializzazione e nel potenziamento delle competenze cognitive dei minori emerge come attenzione reale e le attività proposte dall'associazione AMINS si sono rivelate importanti nella tessitura di strategie di rafforzamento della rete istituzionale e non, del territorio.

Elementi di trasferibilità possibili

Tra gli elementi di trasferibilità possibili troviamo:

metodologie adottate nell'affronto delle diverse tematiche - Incontri interattivi, utilizzo della metodologia focus group per rilevazione problematiche, coinvolgimento degli operatori che già lavorano nelle istituzioni (ASL Ambiti sociali territoriali)

Documentazione disponibili per l'azione

Testi e dispense su:

- L'ascolto profondo
- Gli stili educativi
- La relazione affettiva
- L'ascolto attivo



Lombardia

Introduzione

Avviare servizi per adolescenti con disturbi psichiatrici in fase e di esordio viene spesso percepito come un'urgenza e necessità: per la sofferenza dei ragazzi e delle loro famiglie, per contenere i rischi di cronicizzazione della sofferenza psichiatrica, per l'impatto sociale e il rischio sanitario dei comportamenti dei ragazzi nella fase acuta della loro sofferenza.

La percezione di urgenza cede subito il passo alla carenza di risorse, alla difficoltà ad attivare servizi accessibili agli adolescenti, alla paura della patologia psichiatrica, ai luoghi comuni, alla poca cultura e consapevolezza ed altro ancora.

Eppure dentro questo quadro di oggettiva carenza di risorse per i servizi di neuropsichiatria anche nella Regione Lombardia, non è possibile non notare che nel nostro territorio vi siano esperienze significative sia sul versante della residenzialità terapeutica (comunità, reparti ospedalieri ...) che esperienze diurne (centri diurni, ambulatori di facile accesso) ed altre esperienze innovative. Eppure tutto questo ancora non è sufficiente. Dalle interviste raccolte, dagli incontri con chi opera direttamente emerge con forza la carenza di servizi e di opportunità, nonostante gli sforzi che si stanno facendo, ma anche alcune riflessioni sulle modalità e le attenzioni da sviluppare nello sviluppo di una rete di servizi per adolescenti con patologie complesse.

Alcune brevi considerazioni emerse dal lavoro di ricerca cercano di aprire piste di ricerca e riflessione per continuare ad investire professionalità, pensiero critico e risorse per questa parte della popolazione giovanile.

1. L'adolescenza è un periodo della vita complesso sia per chi la sta vivendo che per chi è chiamato a prendersene cura in termini professionali. Non è facile immaginare o re-immaginare servizi che riescano ad incontrare gli adolescenti e le loro sofferenze: significa mettere in discussione la cultura dei servizi "ambulatoriali" per incontrare i ragazzi là dove vivono e con modalità di incontro non troppo burocratizzate o lunghe... (fissare un appuntamento, attendere a lungo...); preparare equipe di lavoro multidisciplinari e integrate; immaginare percorsi terapeutici flessibili, diversificati e rapidi, capaci di contenere le urgenze e di promuovere processi di cura; sviluppare percorsi di inclusione nel percorso terapeutico del nucleo familiare, del contesto di riferimento per il ragazzo/a (scuola, società sportive, luoghi aggregativi...).

2. Gli stadi limite dell'adolescenza stanno diventando sempre più visibili nelle nostre città, paesi. Sono forme di sofferenza che attraversano la complessa normalità delle comunità locali, non ascrivibili agli ambienti familiari già provati da solitudini, povertà economiche, culturali e relazionali, da violenze agite e subite. Ambienti nei quali siamo più disponibili a tollerare l'esordio di sofferenze psichiche. In modo "democratico" attraversa potenzialmente tutte le famiglie, i diversi strati sociali della nostra cultura. E ci ha trovato impreparati. Ci sembra impossibile che possa succedere "proprio a mio figlio, alla mia famiglia". La tentazione di non vedere "le sofferenze", o di giustificare i comportamenti del proprio figlio/a, o di spostare la responsabilità del disagio su altro esterno al contesto familiare, lascia il posto all'urgenza di trovare subito una soluzione al problema. Come adulti facciamo fatica ad accettare i tempi lunghi dei processi di cura, le crisi, i passi indietro, i progressi. Facciamo fatica a dare senso alla sofferenza e a tollerare i sentimenti di rabbia, paura, preoccupazione, angoscia... la solitudine di chi soffre e dei familiari diventa compagna di viaggio che non sempre riesce ad attivare luoghi relazioni solidali.

3. I servizi specialistici rivolti agli adolescenti siano essi residenziali che diurni, sperimentali o consolidati, accreditati o finanziati da fondazioni private, fanno fatica a diventare tra loro una rete integrata. Sicuramente la distanza fisica tra un servizio e l'altro (sono spesso centri a carattere regionale situati in città diverse tra loro) e l'assenza di una rete capillare di servizi in un territorio sono fattori oggettivi che ostacolano la costruzione di percorso di cura degli adolescenti più fragili. E' come se la rete avesse delle maglie troppo larghe, come se non esistessero servizi intermedi tra la famiglia e il ricovero d'urgenza in un reparto ospedaliero e poi in una struttura terapeutica residenziale, lontana da casa. E' come se fosse difficile immaginare delle cerniere comunicative e progettuali tra servizi, in particolare tra NPI e Psichiatria. E' come se fosse difficile ridurre le maglie larghe della rete assumendo un nuovo sguardo nell'erogazione dei servizi per adolescenti, creando intrecci di competenze, di risorse e soprattutto riducendo i divari tra una zona e l'altra della regione.

4. Nessuno, singolo operatore o istituzione o servizio, in un periodo di crisi economica come l'attuale, dimentica i costi relativi alla creazione di una rete capillare di servizi per l'adolescenza con gravi e complesse patologie.

E però importante sottolineare che i costi sociali di adolescenti con disturbi psichiatrici possono divenire elevati nello scorrere degli anni, soprattutto per coloro che sviluppano patologie psichiatriche o forme di dipendenza o condotte antisociali o altro. Molti studi scientifici dimostrano che effettuare percorsi di presa in carico precoce porti a risparmi economici significativi. E ci permettiamo di aggiungere di contenere i costi della sofferenza umana.

Inoltre come già emerso tra le righe di queste riflessioni, oltre all'urgenza di recuperare nuove risorse per nuovi servizi, è altrettanto urgente investire risorse professionali e umane per assumere un nuovo sguardo nei servizi e tra i servizi che in modo diretto o indiretto, prima o dopo, intrecciano l'adolescente e la sua famiglia.

Riferimenti normativi regionali

L'intervento precoce nelle psicosi

I soggetti affetti da disturbi psicotici rappresentano l'utenza dei servizi psichiatrici che necessita di risorse sanitarie in misura significativamente superiore rispetto ai soggetti affetti da altri disturbi psichici. In Lombardia, le persone con schizofrenia e diagnosi correlate consumano il 47% delle prestazioni erogate dai CPS, il 44% delle giornate di ricovero in SPDC e circa il 70% delle giornate in struttura residenziale psichiatrica. Ciò significa che questa popolazione di utenti (circa il 26 % dei soggetti in cura presso i CPS) assorbe più della metà delle risorse destinate all'assistenza dei disturbi psichici.

L'elevata rilevanza sociale di queste patologie, l'elevato consumo di risorse ad esse associato, e alcune peculiarità legate alla patogenesi e allo sviluppo delle psicosi, suggeriscono l'opportunità di proporre modelli di intervento specifici in questo settore, fortemente orientati verso un'ottica di prevenzione.

La comunità scientifica ha dimostrato già da alcuni anni che le fasi iniziali dei disturbi psicotici presentano importanti opportunità di prevenzione secondaria e terziaria. Le fasi iniziali delle psicosi rappresentano infatti un "periodo critico" in cui possono verificarsi le compromissioni più decisive. In questa fase è possibile fare previsioni di *outcome* a lungo termine e intervenire su una situazione psicopatologica e sociale della persona che è ancora plastica e responsiva al trattamento. L'identificazione precoce e l'intervento tempestivo nelle psicosi rappresentano un obiettivo cruciale dell'assistenza psichiatrica e in questo ambito sono state proposte pratiche cliniche innovative e nuovi modelli di intervento e organizzazione dei servizi⁹. Numerose esperienze concordano nel riconoscere che una specifica ed immediata risposta ai primi segnali di sofferenza, proteggendo la vulnerabilità della persona e il suo ruolo nell'ambiente, ritarda o modera l'evoluzione della malattia e delle sue conseguenze biologiche, psicologiche e sociali.

Nel corso degli ultimi anni sono state proposte sia strategie di prevenzione secondaria per il riconoscimento di nuovi casi (primi episodi manifesti) e per una più opportuna e mirata presa in carico all'esordio, sia strategie per l'identificazione di soggetti con sintomi e/o caratteristiche personali e familiari che rappresentano un "fattore di rischio" per l'insorgenza di un grave disturbo psichico.

Sono descritti numerosi programmi per il riconoscimento, l'intervento precoce e la presa in carico di soggetti a rischio di patologia grave giovanile, e/o nelle fasi iniziali e prodromiche di psicosi. Pur differenziandosi in relazione ai diversi contesti organizzativi e culturali, essi hanno in comune alcune fondamentali caratteristiche:

- il riconoscimento di una *specificità dell'utenza* ;
- un *setting* di cura non stigmatizzante: in particolare l'utilizzo di luoghi di cura per i giovani all'esordio o nella fase di rischio separati dai luoghi di cura per le persone in fase più consolidata di malattia;
- uno *stile di lavoro* flessibile e "amichevole" ;
- l'utilizzo di *procedure* standardizzate relativamente a: strategie di *valutazione* dei bisogni e degli esiti, *percorsi flessibili e individualizzati* all'interno di un'offerta terapeutica multidimensionale, coinvolgimento tempestivo *dell'ambiente familiare* e sociale di riferimento, *collaborazione* tra le strutture del territorio coinvolte nei problemi del mondo giovanile, attuazione di iniziative di *sensibilizzazione* della comunità.

I dati che emergono nell'analisi di attività delle UOP e dei DSM lombardi indicano che si interviene in modo inadeguato nelle fasi più critiche della malattia, quando sarebbero possibili interventi preventivi per contrastare l'evoluzione cronica e si opera invece in modo massiccio durante le fasi successive, per contrastare una cronicità ormai instaurata, con interventi incerti dal punto di vista prognostico e dispendiosi per la collettività.

Una politica sanitaria attenta alla salute dei cittadini e all'impiego razionale delle risorse deve orientarsi necessariamente verso ipotesi preventive per contrastare il pesante impatto che la malattia mentale grave ha in termini di sofferenza e di costi diretti e indiretti. A tale scopo è cruciale un'attenta conoscenza dell'evoluzione della ricerca (le cui acquisizioni vengono usualmente accolte nella pratica clinica con grande ritardo), uno stretto legame tra agenzie sanitarie e sociali, e una seria politica sussidiarietà.

La proposta operativa che di seguito viene presentata implica la collaborazione di diversi soggetti (ASL, DSM, MMG, Enti locali, scuola, associazioni) nel pieno rispetto dei propri ruoli. L'ambito istituzionale per la pianificazione dei programmi di prevenzione è costituito dalla ASL, sul cui territorio il livello di integrazione fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nei programmi di tutela e di assistenza per la salute mentale si trova nell'**organismo di coordinamento per la salute mentale** istituito dall'ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere. L'ambito operativo per il trattamento dei disturbi psicotici è costituito dal DSM, organizzato in Unità Operative.

Il **Progetto di individuazione e intervento precoce nelle psicosi** viene formulato dal DSM, presentato e approvato nella sede dell'organismo di coordinamento della ASL di appartenenza. Nella definizione del progetto, il DSM individua al proprio interno una "*équipe funzionale*" dedicata. Le procedure, ivi incluse quelle valutative, e gli obiettivi del programma, nel rispetto delle specificità locali e delle autonomie aziendali, assumono i criteri di massima di seguito richiamati:

Integrazione

Se la presa in carico delle fasi iniziali delle psicosi o delle situazioni di rischio costituisce un'importante opportunità di contenimento e di prevenzione delle forme più gravi del disagio giovanile, essa è resa possibile dall'attuazione di progetti che prevedano collaborazione tra strutture diverse, integrazione di risorse e una stretta correlazione tra gli obiettivi.

Collaborazione

La realizzazione del Progetto nell'ambito dei DSM richiede necessariamente la collaborazione tra le strutture territoriali pubbliche e private coinvolte nei problemi della salute, dell'educazione, della vita sociale e del mondo giovanile: UONPIA, medici di medicina generale, scuole, agenzie di volontariato e varie forme di associazionismo (es: sportivo, ricreativo). Lo sviluppo di linee operative di integrazione è un obiettivo prioritario, poiché l'intervento mirato e tempestivo richiede ad un tempo capacità di riconoscimento precoce del disagio, disponibilità a chiedere e ricevere aiuto e messa in campo di una adeguata e articolata offerta di intervento.

Procedure

Il Progetto si basa su procedure, il più possibile sistematiche, di sensibilizzazione, informazione e formazione, e soprattutto di partecipazione in alcuni momenti chiave delle attività di prevenzione/protezione dalla malattia e di quelle di cura e assistenza. Queste attività costituiscono gli strumenti fondamentali del progetto e possono raggrupparsi nella costruzione e nel funzionamento di un'offerta che sia connotata dagli aspetti descritti nei punti successivi.

Caratteristiche dell'offerta/servizi specifici

In primo luogo deve trattarsi di offerte/servizi specifici, cioè organizzati per una utenza giovane, in fase di esordio o di rischio di patologia, separata dalle situazioni di malattia consolidata, e quindi caratterizzate da:

- un *setting* ambientale e relazionale *ad hoc*, amichevole, rassicurante, adatto ai giovani, non stigmatizzante;
- una *équipe* multiprofessionale, che dedichi una parte significativa del suo tempo al programma e che abbia per questo un comprovato interesse e competenza;
- uno stile di lavoro caratterizzato da rapidità, mobilità, flessibilità e la maggior omogeneità dottrinale possibile.

Multidimensionalità

La multidimensionalità consiste nell'implementazione di programmi di ampio respiro, la cui articolazione rifletta la complessità biosociopsicologica della patologia e l'eterogeneità dei problemi nelle delicate fasi di confine.

Le componenti di base di questi programmi sono:

- *assessment*
- utilizzo di farmaci sulla base di linee guida
- psicoeducazione
- interventi psicoterapeutici (secondo criteri di scientificità riconosciuti) rivolti anche agli aspetti di comorbidità
- lavoro individuale e di gruppo per il mantenimento e il miglioramento del funzionamento sociale, l'immagine di sé e l'autostima (es. gruppi di abilità sociale, di assertività e di *problem solving*)

- coinvolgimento contestuale e sistematico dell'ambiente di riferimento (es. psicoeducazione ed eventuale trattamento di problematiche familiari).

Individualizzazione

Questa multidimensionalità deve accompagnarsi alla capacità di individualizzare, all'interno della più ampia proposta terapeutica, il percorso per ogni persona, calibrato sulle specifiche esigenze della sua situazione di malattia e di vita. I programmi di cura si attengono a quanto definito nel capitolo 3.1 relativo ai *percorsi territoriali*. I programmi di presa in carico utilizzano lo strumento del piano di trattamento individuale (PTI)

Valutazione

Devono essere adottate strategie di valutazione sistematiche, con l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica (ad es. BPRS, HoNOS, DAS). Da un punto di vista clinico, questo utilizzo diventa essenziale, non soltanto in una fase di valutazione iniziale, per decidere l'inclusione in un dato percorso di trattamento e per determinarne le modalità, ma, nel tempo, per adattarle all'evolversi della situazione psicopatologica ed esistenziale della persona e del suo ambiente. Da un punto di vista più generale, ciò costituisce un prerequisito essenziale per qualunque confronto e scelta metodologica, scientifica, economica ed organizzativa.

Visibilità/Comunicazione

Infine, vanno attuate costanti iniziative che garantiscano la visibilità della offerta/servizio nei confronti dell'utenza e delle altre strutture, e la loro adesione e partecipazione alla realizzazione del progetto. Sono quindi da prevedere:

- attività di diffusione degli aspetti concettuali ed operativi del progetto nell'ambito scientifico e in quello degli operatori di settore (es. convegni, corsi di formazione, articoli);
- iniziative di sensibilizzazione della comunità in generale (es. conferenze, utilizzo dei media) e coinvolgimento, almeno a livello informativo, di alcune agenzie interessate (es. organizzazioni parrocchiali, organizzazioni sportive di quartiere);
- momenti strutturati, da ripetere nel tempo, di informazione-formazione con i MMG, per il loro imprescindibile ruolo del primo riconoscimento ed invio del disagio;
- contatti sistematici (es. corsi brevi con alcune figure chiave) con le scuole del territorio;
- programma specifico di collaborazione con l'UONPIA.

<http://www.menteinsalute.it/pdf/PRSM2004.pdf>

Linee di indirizzo regionale per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009. Deliberazione n° VII/6860 del 19.03.2008

In Lombardia il tasso medio di accesso ai servizi di NPIA nel 2006 è stato del 5% della popolazione in età evolutiva, per un totale di quasi 80.000 assistiti, di cui 191 in ambito residenziale e 1027 in ambito semiresidenziale. Interessante è evidenziare le variazioni che il tasso di accesso subisce in funzione dell'età degli assistiti, con un massimo del 7% nella fascia di età da 0 a 9 anni ed un minimo del 3% nella fascia d'età tra 12 e 18. Si conferma così un'area di carenza significativa di risposte in adolescenza, all'interno però di un trend in miglioramento rispetto al 2002, quando il tasso era all'1,1%. Complessivamente sono state effettuate circa 780.000 prestazioni ambulatoriali totali, a cui sono da aggiungere 40.000 prestazioni semiresidenziali e 30.000 residenziali. Il 28% delle prestazioni ambulatoriali è costituito da attività di valutazione e presa in carico; il 9% da attività psicoterapiche o di supporto psicologico; il 48% da attività riabilitative, incluse la quota di training a famiglia e scuola; il 13% da attività indirette. Il 10% delle attività sono state effettuate fuori sede, mentre solo il 3% sono state attività di gruppo.

Anche per la fascia a maggior contatto, la discrepanza tra il dato epidemiologico internazionale e la risposta che i servizi sembrerebbero in grado di dare è notevole, a maggior ragione poiché il tasso medio di accesso evidenzia il numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno, e non già quello certamente minore di utenti presi in carico e seguiti nel tempo.

Il Servizio Territoriale di NPIA è la sede per la presa in carico del minore e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute neuropsichica dello stesso e della sua famiglia. Lo sviluppo dell'assistenza specialistica territoriale, con particolare riferimento all'ambito neuropsichiatrico e riabilitativo dell'età evolutiva, consente positivi risultati in termini di esiti e di costi ed è in linea con quanto indicato nei

Piani Sanitari regionale e nazionale ed in particolare con l'obiettivo del PSSR 2007-2009 di diminuire il tasso dei ricoveri in età pediatrica soprattutto nella fascia 0/4.

Compito del Servizio Territoriale di NPIA è garantire un modello di intervento di comunità, anche nell'ottica dell'integrazione con le strutture socio-educative territoriali, mantenendo comunque un'organizzazione rigorosamente specialistica sanitaria. Il servizio territoriale deve garantire l'inquadramento diagnostico multidisciplinare per la maggior parte delle patologie NPIA anche complesse; attua pertanto un filtro nei confronti dei servizi ospedalieri a cui il servizio territoriale è collegato ed interagisce sia per eventuali approfondimenti diagnostici che necessitano di risorse plurispecialistiche e di alta tecnologia, sia per l'assistenza all'acuzie. L'attività clinica è caratterizzata dalla continuità della presa in carico globale del paziente, dalla stabilità delle figure di riferimento e da un progetto integrato di cura e riabilitazione, in collaborazione con le agenzie educative ed i servizi sociali territoriali.

Attivare l'Organismo di Coordinamento per la NPIA

La tutela della salute mentale richiede che i diversi attori istituzionali agiscano in modo sinergico, all'interno di un sistema integrato di servizi di prevenzione e cura in rete fra loro. Tale sinergia è particolarmente necessaria nell'ambito dell'età evolutiva dove all'esigenza di garantire un percorso riabilitativo-terapeutico efficace per il minore si affianca la necessità di sostenere i genitori e i contesti di vita e dove numerosi sono gli interlocutori istituzionali coinvolti: Asl, Aziende Ospedaliere, Strutture di riabilitazione generale dell'età evolutiva, Strutture scolastiche e del sociale, Enti Locali, Autorità Giudiziaria Minorile e Ordinaria, Terzo Settore e Associazionismo familiare.

L'Organismo di Coordinamento per la NPIA rappresenta lo strumento operativo per l'integrazione e la collaborazione tra i diversi soggetti che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dei programmi di prevenzione e assistenza per la salute neuropsichica in infanzia e adolescenza, coinvolgendo competenze e responsabilità di tutti gli attori, istituzionali e non.

L'attivazione dell'Organismo di Coordinamento per la NPIA all'interno di ogni Asl ha quindi la funzione di perseguire prioritariamente alcuni obiettivi, ed in particolare di:

- analizzare la rete dei servizi disponibili sul territorio, le loro attività ed i bisogni emergenti, al fine di sviluppare l'appropriatezza delle risposte e le modalità di verifica e controllo;
- definire le linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione del sistema di servizi e di unità di offerta e le aree prioritarie di intervento in base alle specificità locali ed alla previsione di spesa (budget), anche nell'ambito di progetti innovativi che favoriscano la buona pratica e l'utilizzo razionale delle risorse;
- assicurare la presa in carico precoce del minore e il sostegno alla genitorialità attraverso la definizione di priorità cliniche e di percorsi condivisi con le strutture a contratto per diagnosi, interventi terapeutici e riabilitativi tempestivi e di prevenzione secondaria;
- stabilire percorsi di cura e modelli operativi d'intervento per le patologie ad alto impatto sociale e alta complessità clinico-organizzativa e protocolli operativi tra servizi di NPIA e altre Unità Operative intra- interaziendali, anche in una rete di area vasta;
- prevedere lo sviluppo di modalità innovative che consentano di affrontare i problemi dell'emergenza-urgenza NPIA e delle necessità di ricovero, con adeguata attenzione alle criticità specifiche dell'adolescenza;
- definire percorsi di continuità e *protocolli operativi verso l'età adulta ai fini di un adeguato "passaggio in cura"*;
- assicurare il monitoraggio e la valutazione delle modalità di utilizzo delle strutture residenziali (tipologie di percorso, criteri di inserimento e di verifica, tempistica, l'analisi del bisogno complessivo, la promozione di percorsi territoriali) alternativi alla residenzialità anche nell'ottica del migliore e più equo utilizzo delle risorse disponibili;
- promuovere una progettualità condivisa con gli Uffici di Piano dei Comuni;
- coordinare l'attuazione e il monitoraggio delle nuove modalità di accertamento collegiale e delle attività necessarie per l'integrazione scolastica degli alunni disabili;
- favorire la sperimentazione di modelli di collegamento e formazione integrati con pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale;
- supportare lo sviluppo di specifici accordi di programma per l'integrazione delle attività della NPIA con le altre istituzioni (ad esempio scuola, tribunale).

Tale organismo è composto da componenti dell'Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli Enti erogatori accreditati per la NPIA e per la riabilitazione dell'età evolutiva presenti sul territorio dell'Asl, da rappresentanti degli Enti Locali, del Terzo Settore e delle Associazioni dei familiari e può essere allargato, in base alle tematiche trattate, a rappresentanti dell'Ufficio Scolastico Provinciale o di altri enti ed istituzioni. A riguardo dovranno essere definiti a livello regionale indirizzi operativi per la regolamentazione dell'Organismo di Coordinamento.

Rapporti all'interno della rete dei servizi sanitarie con le altre istituzioni

(SCUOLA, SERVIZI SOCIALI, ENTI LOCALI, ASSOCIAZIONI)

I servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza e i centri di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva rappresentano le strutture territoriali dove viene formulata la diagnosi, in particolare la diagnosi funzionale, e dove viene realizzato il progetto terapeutico riabilitativo. La necessità di approfondimento diagnostico di supervisione per l'elaborazione e la verifica dei programmi riabilitativi richiede il collegamento con altre strutture (Poli Ospedalieri, IRCCS, Centri di riferimento per specifiche patologie).

La stretta collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale rappresenta un altro elemento importante nella rete dei servizi sanitari per attivare programmi di prevenzione, per favorire la precocità delle diagnosi e per ottimizzare l'impiego delle risorse nella presa in carico del malato e della sua famiglia. La complessità e l'alto impatto sociale delle patologie considerate richiede la pianificazione di protocolli operativi con altre agenzie (scuola, servizi sociali, enti locali e associazioni) per garantire il diritto allo studio e la realizzazione di progetti finalizzati al miglioramento della qualità di vita ed in particolar modo il raccordo con i servizi per l'età adulta.

La formazione del Personale è un elemento essenziale per garantire qualità e omogeneità dei servizi e deve essere finalizzata alla condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici validati scientificamente e all'acquisizione di tecniche terapeutiche specifiche.

Psicopatologia grave in adolescenza

Si tratta di un'utenza gravosa e numericamente rilevante che include soggetti di età compresa tra 12 e 18 anni i quali presentano disturbi di personalità, della condotta, psicosi, sindromi affettive, nevrosi gravi al punto da rendere difficile la normale vita di relazione; essa richiede, per la corretta presa in carico, la strutturazione di un "sistema di cura" completo e flessibile sul territorio.

Dati della letteratura internazionale evidenziano come la patologia di rilevanza psichiatrica si collochi intorno al 9-13% della popolazione 0-18, e come un'elevata quota di essa non riceva gli interventi di cui avrebbe bisogno. Si ritiene che la prevalenza complessiva dei disturbi gravi in adolescenza possa variare da 150 a 400 soggetti ogni 10.000/anno.

Diagnosi

Il presupposto fondamentale per un efficace approccio al problema della grave psicopatologia in età adolescenziale è rappresentato dalla "Psichiatria preventiva Infantile" intesa come servizio che, attraverso interventi diretti e indiretti di consulenza, possa offrire, fin dai primi anni di vita, un supporto alle famiglie per prevenire le difficoltà future.

In molti casi di grave psicopatologia, si evidenzia infatti un grave fallimento evolutivo nelle fasi precoci dello sviluppo su cui si innestano, soprattutto nei disturbi di personalità, traumi, abusi o gravi deprivazioni. In altri, invece, i primi sintomi dello scompenso in atto compaiono mesi o anni prima di giungere all'eventuale scompenso acuto e passano troppo spesso inosservati con conseguenze negative sulla prognosi a lungo termine.

Il riconoscimento della sintomatologia prodromica, che possa permettere di porre una diagnosi precoce ed un corretto e tempestivo intervento di presa in carico terapeutica, rappresenta una fase fondamentale nella prevenzione secondaria della grave psicopatologia in adolescenza. In tale fase Pediatri e Medici di base giocano un ruolo cruciale per cui devono essere in grado di conoscere e riconoscere i sintomi e i comportamenti che caratterizzano tali patologie tenendo conto anche dell'importanza che possono assumere alcuni eventi familiari e psico-sociali stressanti precipitanti.

La diagnosi si deve avvalere di visite e colloqui neuropsichiatrici, colloqui psicologici clinici, somministrazione di test psicologici e di profilo personale, valutazioni delle funzioni cognitive, neuropsicologiche e adattive. Esami ematochimici e strumentali potrebbero essere necessari per un corretto inquadramento diagnostico e nel caso si debba somministrare terapia psicofarmacologica. Gli approfondimenti diagnostici richiedono competenze diverse, tempi e modelli organizzativi non necessariamente coincidenti, ma integrati in rete, tra servizi territoriali e ospedalieri della NPIA.

Presa in carico terapeutica

La presa in carico terapeutica dell'adolescente deve realizzarsi con interventi prevalentemente di carattere psicoterapeutico, presso strutture che garantiscano spazi esclusivamente riservati agli adolescenti e che forniscano l'immagine di un ambiente informale e accogliente, non caratterizzato in senso sanitario o istituzionale e che dia la possibilità ai giovani di essere ascoltati entro breve tempo dal primo contatto.

Per quanto concerne la crisi acuta, lo scompenso psicotico, lo stato di grave agitazione e il tentativo di suicidio, necessitano di trattamento farmacologico, clinico e assistenziale nella fase acuta e di interventi presso specifiche Strutture dotate di personale medico e paramedico, spazi e tempi di



attività nella fase post-acuta. I riferimenti necessari sono:

- Centri per le urgenze emergenze (assistenza nella fase acuta);
- Reparti ospedalieri di NPIA o, laddove non esistenti, di Pediatria

E' fondamentale un tempestivo raccordo tra il neuropsichiatria Infantile ed il Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento che permetta una valutazione adeguata e una presa in carico a partire dall'urgenza. Ciò a volte è l'unico momento di contatto che se non viene utilizzato in modo appropriato può pregiudicare un proficuo lavoro di cura.

Adolescenti affetti da grave psicopatologia con bisogni speciali: nei casi in cui l'adolescente sviluppi un sintomo a valenza psicotica e/o esista una minaccia grave per la vita di relazione o per il suo mondo intrapsichico (gesti suicidari, condotte delinquenziali, assunzione di sostanze) si rende necessario l'inserimento presso Strutture Terapeutiche residenziali o semiresidenziali.

Modelli organizzativi di intervento

Attualmente i servizi di NPIA non riescono a garantire una risposta adeguata e puntuale ad alcuni dei bisogni terapeutici degli utenti, ed in particolare degli adolescenti con grave psicopatologia. In particolare, a causa della carenza di risorse umane e di strutture, è difficile che tale patologia venga intercettata dai servizi territoriali ai primi segni di scompenso; è complessa la gestione dell'acuzie ed è molto bassa la possibilità di risposta ai bisogni di psicoterapia e di interventi in ambito semiresidenziale e residenziale. La grave carenza di strutture residenziali terapeutiche per adolescenti in tutta la Lombardia comporta quindi collocazioni non adeguate dei ragazzi in stato di necessità (ad esempio presso comunità del sociale, in reparti ospedalieri non specializzati, in altre province o regioni) e lunghe attese o mancata risposta al bisogno di residenzialità.

Considerato che l'inserimento in Comunità Terapeutiche deve garantire un'effettiva presa in carico da parte dei servizi di NPIA e dei servizi sociali del territorio di provenienza, le Comunità Terapeutiche devono essere parte integrante dei Servizi di NPIA e devono operare in stretta collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, con i Servizi socio-sanitari ed educativi del territorio, i Servizi Sociali del Comune di residenza, l'associazionismo ed il privato sociale.

Per quanto riguarda i trattamenti delle urgenze/emergenze si rende necessario ipotizzare, presso ogni Azienda Ospedaliera, la sperimentazione di progetti sulle urgenze e sulle emergenze in Psichiatria dell'Adolescente, attivati dai Servizi di NPIA in collaborazione la Psichiatria dell'adulto. Il problema dei ricoveri in ambiente rispondente ai bisogni dell'Adolescente comporterebbe l'ampliamento, a livello regionale, del numero dei posti letti di NPIA istituendo altri reparti Ospedalieri di NPIA di carattere sovrazonale.

"promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, attraverso la disciplina della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie..."

Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario.
Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3

Art. 5. Unità di offerta socio-sanitarie

1. Le unità di offerta socio-sanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:

- a) sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali,
- b) favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
- c) accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
- d) prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- e) assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;

Art. 7. Diritti della persona e della famiglia

1. Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie hanno diritto a:

- a) scegliere liberamente le unità d'offerta, compatibilmente con il requisito dell'appropriatezza delle

prestazioni;

- b) fruire delle prestazioni erogate alle condizioni e in conformità ai requisiti e agli standard stabiliti dalle norme vigenti e dalla programmazione regionale e comunale;
- c) essere informate sulle prestazioni di cui e' possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione, ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano;
- d) accedere alle prestazioni, nel rispetto della riservatezza e della dignità personale e della disciplina in materia di consenso informato;
- e) rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali;
- f) essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti;
- g) ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno.

2. I gestori delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali assicurano:

- a) la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate;
- b) l'accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

Art. 18.

Piano di zona

1. Il piano di zona e' lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.

2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta socio-sanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.

Piano socio sanitario 2011-2114 Del 17/11/2010 Deliberazione N° IX/0088

La piena attuazione del piano regionale sulla salute mentale del 2005 non può che avvenire realizzando compiutamente l'integrazione sia delle politiche di welfare a favore della persona con patologia psichiatrica e della sua famiglia, sia dell'erogazione di servizi e interventi, specialistici e territoriali, propri dei diversi enti istituzionali. Gli organismi di coordinamento per la salute mentale e i tavoli territoriali interistituzionali, per la psichiatria e la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sono strumento fondamentale per il raggiungimento di tal obiettivo, andrà perciò sviluppata e consolidata la loro istituzione su tutti i territori delle ASL, anche attraverso il coinvolgimento delle rappresentanze delle famiglie ed impegnando le ASL nel loro ruolo di coordinamento.

...

Nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è necessario effettuare una mappatura dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali oggi presenti sul territorio e procedere, in collaborazione con gli operatori professionali dei diversi settori, con gli Enti locali e le associazioni dei familiari ad una valutazione obiettiva dei nuovi bisogni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie determinandone gli interventi conseguenti. Particolare attenzione andrà posta alle condizioni di acuzie degli adolescenti ed alle doppie diagnosi di dipendenze da sostanze/comportamenti additivi e di patologia mentale, che richiedono sempre più di potenziare e meglio qualificare l'attività dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze oltre l'offerta già esistente sul nostro territorio.

Deliberazione in merito la gestione del servizio SSR per l'esercizio 2011

Deliberazione N° IX/000937. Del 01/12/2010

Allegato 9

Si conferma anche per il 2011 la possibilità per le Asl di attivare, a fronte di esigenze cliniche documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche e con risorse aggiuntive non storicizzabili, specifici progetti per l'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza finalizzati allo sviluppo di interventi coordinati tra più servizi di NPIA del territorio di una stessa ASL, a programmi di miglioramento della qualità e della appropriatezza degli interventi oltre che a percorsi diagnostico



terapeutici mirati alle aree di particolare criticità come il trattamento delle acuzie nell'adolescenza... Riguardo l'area dell'adolescenza è importante che siano strutturati in ogni Azienda Ospedaliera e ASL percorsi operativi di intervento che coinvolgano le diverse Unità Operative, individuando modalità innovative di trattamento per tale fascia di età e garantendo le necessarie integrazioni con le Unità Operative di Psichiatria, in particolare in collegamento con i progetti di intervento precoce già avviati nei DSM.

...

Appare inoltre opportuno prevedere che nell'ambito dei progetti innovativi si individuino iniziative residenziali a carattere sperimentale per minori soggetti a provvedimenti di giustizia e per minori affetti da patologia complessa.

Mappatura e Interviste

Intervista alla Dott.ssa Patrizia Conti, Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda - Milano. Progetto per Adolescenti

A) Situazione

A1) Breve presentazione della situazione generale del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per quanto concerne la presa in carico di adolescenti con disagio psichico (con particolare riferimento al Polo Territoriale)

Niguarda è una struttura complessa con a capo un primario, dott. A. Erlicher.

Si compone di 3 ambulatori - poli territoriali di cui 2 generali (Ippocrate e Cherasco) ed uno sui disturbi dell'apprendimento (Ragusa).

A questi si aggiunge un ambulatorio ospedaliero con day hospital per disturbi neurologici, epilessia. Vi sono poi due strutture di cui una semiresidenziale rivolta all'autismo (Cherasco) ed una residenziale rivolta agli adolescenti (Ippocrate "I delfini")

All'interno di tale sistema c'è un'attività trasversale rivolta agli adolescenti che si sta andando ad istituzionalizzare ma che comunque è sempre stata presente.

Si tratta di un collegamento professionale tra tutti coloro che si occupano di adolescenti all'interno del dipartimento, anche in connessione con la psichiatria adulta.

È un settore sostenuto dai progetti innovativi finanziati da Asl e Regione su adolescenza; in particolare si segnalano alcune delle progettazioni in corso:

- Progetto di psicoterapia transculturale rivolto ad adolescenti stranieri con coop Kantara e Fondazione Cecchini Pace.
- Progetto su disturbi delle condotte alimentari
- Ricerca finalizzata su ADHD

A2) Ci può fare un esempio di un successo significativo che ritiene abbia ottenuto il Suo Servizio?

La possibilità di lavorare in equipe anche nella gestione del singolo caso (sempre in coppia) con un gruppo di lavoro caratterizzato dalla multiprofessionalità ed in collegamento con risorse e servizi del territorio

A3) Ci può fare un esempio di una situazione che vive il Suo Servizio particolarmente carente o critica?

La mancanza di un Centro Diurno rivolto a tutti i ragazzi che interrompono precocemente percorsi scolastici con diverse motivazioni ma con il comun denominatore di non riuscire a star dentro l'istituzione scolastica.

E poi naturalmente la criticità specifica da prendere in carico, portata da ogni singolo paziente

B) Valutazione Esperienza

ASSOCIAZIONI

B1) Esistono associazioni (di familiari, volontari, ecc.) con le quali il Suo Servizio collabora? Se sì, in quale modo?

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

- B3) *Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?*
B4) *Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?*

Non vi è rapporto stabile con Associazioni; i pazienti in carico al servizio non sono un gruppo categorizzabile o rappresentabile da un'associazione familiare.

C) Valutazione Esperienza

COOPERATIVE SOCIALI

C1) *Esistono cooperative sociali con le quali il suo servizio collabora e che gestiscono servizi e/o progetti sul territorio?*

C2) *In caso di risposta positiva, parlando di questa esperienza, come Servizio riuscite ad avere la percezione dell'andamento della situazione degli adolescenti con disagio psichico che avete inviato?*

C3) *Quale ruolo avete nella gestione di servizi o progetti gestiti dal privato sociale?*

La cooperativa Anteo gestisce la Comunità Delfini che è parte della struttura complessa della Neuropsichiatria di Niguarda

La cooperativa Kantara gestisce insieme alla Fondazione Cecchini Pace il progetto di psicoterapia transculturale per adolescenti stranieri.

In questi due casi la co-gestione dei servizi è centrale dunque la questione del monitoraggio è all'ordine del giorno come se si trattasse di una presa in carico diretta.

Vi sono poi le diverse cooperative sociali del territorio, nei cui progetti/servizi sono inseriti ragazzi in carico al nostro servizio con le quali si costruisce una progettualità clinica comune che prevede aggiustamenti progettuali ogni 2 mesi.

C4) *Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?*

C5) *Per quanti degli adolescenti inseriti ha costituito un significativo miglioramento?*

C6) *Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel successo?*

Quando c'è il costante e necessario lavoro di rete; quando si riesce a trattare e superare i conflitti generati dalla messa alla prova/manipolazione a cui spesso ci sottopongono i pazienti

C7) *Per quanti ha costituito un peggioramento?*

C8) *Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel fallimento?*

Quando non sono chiare le reali caratteristiche dei pazienti puntando troppo in alto senza darsi il tempo per capire chi è realmente il paziente, chi sono i suoi genitori (con cui si lavora per tutti i casi in carico), cosa ciascun attore può sopportare.

C9) *Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?*

D) Valutazione Esperienza

ISTITUTI SCOLASTICI

B1) *Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il suo Servizio e gli Istituti Scolastici del Territorio?*

Telefonate ed incontri specifici sul singolo paziente.
Programmi formativi offerti alle scuole

B2) *Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano gli Istituti Scolastici del Territorio e quali siano i punti di forza su cui poggiano?*

B3) *Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?*

B4) *Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?*

Prima di tutto i tempi dettati dalle singole agende e poi la difficoltà nel costruire nuovi rapporti. O c'è un consolidato lavoro di conoscenza reciproca o diviene molto difficile integrare la visione sul paziente e definire ambiti di intervento specifici.



Vi è poi da una parte l'idealizzazione del servizio e da parte nostra pressioni sulla scuola che faccia cose che non sono di sua competenza

E) Bisogno implicito e prospettive

E1) Esaminando il dato degli adolescenti con disagio psichico afferenti al Suo Servizio, quanti sono secondo Lei quelli tra questi che si trovano in una situazione che non risponde alle loro necessità differenziando tra Polo Territoriale, strutture residenziali, semiresidenzialità e progetti di supporto territoriale?

Spesso succede che i pazienti vengano inviati in comunità o in ospedale, ma ancora più spesso succede che questi non ci vogliano andare e dunque abbandonano o interrompono o modificano il percorso terapeutico. In questi casi è necessaria la consapevolezza che se i pazienti non seguono le indicazioni dell'equipe è perché non si è fatto il lavoro necessario a portare il paziente verso i percorsi previsti.

E2) Secondo il Suo parere quali sono le aspettative espresse dai ragazzi e dalle ragazze in carico al Suo servizio in relazione alle differenti modalità di presa in carico?

E3) Le vengono in mente casi in cui questo desiderio, esplicitamente espresso, abbia trovato accogliamento grazie a delle risorse già presenti sul territorio?

I ragazzi si aspettano delle risposte magiche e ancora più spesso hanno aspettative negative:

- Mi vuoi far diventare quello che vogliono i miei genitori;
- Mi vuoi cambiare la testa;
- Vuoi sapere i fatti miei;
- Mi vuoi obbligare a prendere le medicine;
- Mi vuoi obbligare ad andare a scuola.

E4) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico?

Un aumento delle risorse, un aumento della flessibilità dei servizi, una maggiore integrazione sono tutti elementi indispensabili per migliorare la presa in carico che deve essere ampia ed allargata, utilizzando i diversi strumenti dell'offerta socio-sanitaria (domiciliare e residenziale, interventi scolastici e territoriali); che deve prevedere momenti di formazione comune tra le diverse professionalità; che deve coinvolgere il progetto di vita del ragazzo nel senso più ampio possibile con la necessità, dunque, dell'integrazione tra servizi.

Osservazioni conclusive.

Il passaggio all'età adulta è un'area critica su cui si lavora molto a partire dal carattere specifico dei diversi modelli di presa in carico: il paziente passa infatti dall'istanza materna della neuropsichiatria ad un mondo adulto in cui gli si chiede di essere responsabile.

Noi non siamo in grado di attivare le risorse individuali adeguate, così come la psichiatria non riesce a mettere in atto una reale accoglienza.

Questo nodo critico è vissuto dal paziente come un cambiamento di dimensione a cui non sono preparati: la responsabilizzazione, i genitori che da elemento centrale divengono elemento di sfondo, la caratterizzazione degli spazi fisici ... Sono tutti elementi che richiedono un passaggio maturativo che, nel migliore dei casi, non avviene prima di 6/7 mesi.

Per questo mettiamo in campo per questo periodo una presa in carico congiunta tra neuropsichiatria e CPS.

Intervista a Simona Fascendini -psicoterapeuta e Maddalena Allevi - educatrice del progetto Giovani Esordi Precoci (Gep), distretto di Sesto S. Giovanni e Cologno Monzese

A) Situazione

A1) Breve presentazione della situazione generale del Servizio per quanto concerne la presa in carico di adolescenti con disagio psichico (con particolare riferimento al Polo Territoriale)

Il Gep – giovani esordi precoci – nasce come progetto innovativo sulla presa in carico di situazioni di giovani con esordi di disagio mentale. Il contesto territoriale in cui si inserisce è quello del distretto di Sesto S. Giovanni e Cologno Monzese, con un bacino d'utenza di 180.000 abitanti.

Il progetto concluderà quest'anno la seconda triennalità di finanziamento; alla fine della prima il progetto ha subito uno stop di 6 mesi in attesa di rifinanziamento, in cui gli operatori hanno continuato a lavorare volontariamente per non perdere il rapporto con gli utenti agganciati e non far vivere loro una situazione abbandonica. Il progetto ricalca "programma 2000" in atto a Niguarda e di conseguenza il modello anglosassone sulla presa in carico complessiva e destigmatizzante.

Dopo un primo triennio con criteri di lavoro molto rigidi che non consentivano la presa in carico al di sotto dei 18 anni in quanto il Gep si colloca all'interno del Cps e quindi in una realtà pensata per gli adulti, si è riusciti nel secondo mandato ad allargare il criterio di presa in carico anche ai 17enni. Tuttavia sarebbe auspicabile estendere la presa in carico a partire dai 15/16 anni, ovvero in quella fascia d'età che risulta terra di nessuno in quanto troppo grandi per accedere ai servizi dell'Uonpia e troppo piccoli per essere presi in carico dal Cps. Si segnala, quindi, come grosso nodo critico la divisione dei servizi e la conseguente mancanza di condivisione progettuale e di lavoro di rete proprio volto alla gestione di questa fascia d'età, oppure in alternativa si potrebbero pensare dei servizi dedicati, mirati alla presa in carico precoce e ad un lavoro di prevenzione proprio per questa particolare fascia d'età. Un lavoro di questo tipo porterebbe ad una riduzione dei costi in quanto questi interventi sono limitati nel tempo e volti ad evitare un processo di cronicizzazione.

I criteri di accesso al progetto sono oltre all'età la diagnosi che vede ammesse persone con esordio di: psicosi, disturbo bipolare, disturbo di personalità e abuso di sostanze (doppi diagnosi non dichiarata). I casi di esclusione sono invece diagnosi di: ritardo mentale, disturbo antisociale. Le situazioni definite borderline vengono valutate caso x caso. Infine l'esordio di malattia non deve essere superiore a 2 anni. La valutazione e la diagnosi vengono effettuate da uno psichiatra del Cps, che poi decide l'eventuale invio al progetto. Gli operatori del progetto sono pertanto esclusi dalla fase di selezione delle persone.

In realtà l'ideale sarebbe un progetto esordi dove si possano prendere in carico tutte le patologie e allargato anche ai 15enni, ma è un problema politico.

Il metodo di lavoro è la terapia di gruppo e la riabilitazione avviene attraverso il recupero delle life skills e del ruolo sociale. Si utilizza prevalentemente il modello terapeutico cognitivo comportamentale come indicato dalle linee guida italiane¹.

Vengono, poi, proposti gruppi sull'assertività, sulla gestione dell'ansia. Per quanto concerne la psicoeducazione delle famiglie il riferimento è il modello di Falloon.

Vengono offerti corsi di inglese, e di computer. Si costruiscono percorsi individualizzati per la ricerca lavoro e il sostegno allo studio. L'obiettivo primario è l'autonomia e la ripresa del circuito sociale con uscita quanto prima dall'ambito psichiatrico.

Altri riferimenti per capire a fondo il metodo di lavoro sono:

- www.eppic.org.au
- All'interno del sito di Niguarda: www.programma2000.org

A2) Ci può fare un esempio di un successo significativo che ritiene abbia ottenuto il Suo Servizio?

D.A ha avuto un esordio nel luogo di lavoro a 25 anni, a causa di questa situazione ha perso il lavoro e il fidanzato. Aveva un vissuto di disperazione di sé stessa, viveva con la madre psicotica che rifiutava di farsi curare. Attualmente, dopo la presa in carico del progetto, vive con il fidanzato, ha ripreso a lavorare e continua a farsi curare.

P. 22 aa. si rompeva i denti convinto di aver microspie all'interno, non si lavava non usciva, non prendeva i mezzi. Ora sta cercando lavoro, e ha imparato a prendersi cura del suo corpo.

A3) Ci può fare un esempio di una situazione che vive il Suo Servizio particolarmente carente o critica?

Uno dei maggiori nodi critici riguarda il rapporto tra il servizio inteso come Cps e il progetto Gep per paura di psichiatrizzare i giovani. Infatti chi è considerato a rischio viene visto 2/3 volte, mentre chi è in fase di esordio uscito dal ricovero frequenta il Cps per un periodo di tempo limitato in cui vengono fatti dei colloqui, una volta al mese, solo dallo psichiatra. La persona viene, poi, lasciata e torna dopo alcuni anni in situazione di forte gravità, con un alto rischio di cronicizzazione. Il nodo, quindi, non è solo la presa in carico, ma anche il fatto che il progetto Gep non venga considerato come una

¹ <http://www.aifa.it/documenti/SINPIA-LineeGuidaTCC.pdf>

risorsa, non venga considerato il lavoro di prevenzione e di riabilitazione e si abbia paura che un contesto simile possa psichiatrizzare e quindi essere stigmatizzante.

Altra criticità è quella precedentemente sottolineata del rimpallo su alcuni casi molto giovani tra Uonpia e Cps e quindi la riflessione su un lavoro di rete e di maggiore integrazione tra i servizi, oppure la creazione di servizi pensati ad hoc. A ciò si aggiunge che il progetto Gep è alla seconda triennalità di finanziamento come progetto innovativo e non può essere finanziato ulteriormente in questo modo. Non si sa ancora, dunque, se tale esperienza potrà proseguire o verrà chiusa alla fine di quest'annualità.

Una grossa difficoltà, poi, è legata al vissuto che si è creato attorno al progetto all'interno del Cps, nel senso è sembrato che si andasse ad insegnare qualcosa a chi sa già, invece di creare un'ottica di collaborazione e sostegno e, soprattutto all'inizio, il sostegno nel supporto alla creazione di una rete significativa.

B) Valutazione Esperienza

ASSOCIAZIONI

B1) Esistono associazioni (di familiari, volontari, ecc.) con le quali il Suo Servizio collabora? Se sì, in quale modo?

Non ci sono collaborazioni con associazioni di volontariato al momento attuale. Esiste una collaborazione con i familiari dell'associazione Tartavela volti a realizzare progetti di sensibilizzazione sul tema della salute mentale nelle scuole del territorio. Difficile, invece, risulta l'invio di familiari all'associazione, in quanto il confronto con situazioni di cronicità spaventa anche i congiunti di chi è in esordio. Si lavora, quindi, cercando di instaurare una collaborazione individuale con i singoli familiari, in quanto risulta difficile mettere in rete i familiari.

Una collaborazione interessante è quella con l'Associazione Bertini Malgarini soprattutto per quanto riguarda l'ambito dei corsi di riqualificazione.

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

L'associazione Bertini Malgarini è un ambiente giovane e le persone sono competenti. Lavorano in piccoli gruppi e di giovane età.

L'associazione Tartavela coinvolge i familiari attraverso il gruppo di auto - mutuo - aiuto e lavora anche sul rapporto individuale. Inoltre propone interventi di informazione e formazione sia nelle scuole che rivolti alla sensibilizzazione della cittadinanza sul tema del disagio mentale.

B3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

Con l'associazione Bertini Malgarini è stata creata una convenzione per gli invii fatti su un preciso progetto da parte del Cps, che prevede poi da parte del Cps il monitoraggio progettuale sia con il personale dell'associazione che attraverso incontri mirati con il paziente.

A livello informale la collaborazione avviene attraverso la partecipazione alle manifestazioni proposte dall'associazione, come, ad esempio, quella che si tiene annualmente a piazza Mercanti.

Con Tartavela c'è un accordo formale per la gestione dei progetti di sensibilizzazione nelle scuole, mentre l'aspetto informale riguarda l'invio reciproco dei familiari in particolari situazioni di bisogno.

B4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Fino ad ora un solo problema legato alla gestione dei tempi di contatto per affrontare un problema. E poi la mancanza di una restituzione al progetto Gep da parte dell'associazione Bertini Malgarini sul contatto con il datore di lavoro. Tali difficoltà si possono migliorare aumentando il lavoro di rete anche attraverso l'utilizzo di strumenti che migliorino la comunicazione.

C) Valutazione Esperienza

COOPERATIVE SOCIALI

C1) Esistono cooperative sociali con le quali il suo servizio collabora e che gestiscono servizi e/o progetti sul territorio?

Sì, cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione e cooperativa Coopwork.

C2) In caso di risposta positiva, parlando di questa esperienza, come Servizio riuscite ad avere la percezione dell'andamento della situazione degli adolescenti con disagio psichico che avete inviato?

Sì, il monitoraggio avviene attraverso il contatto sia periodico che episodico con l'educatore referente del caso. In generale ci sono incontri anche con i coordinatori e aggiornamenti telefonici.

C3) Quale ruolo avete nella gestione di servizi o progetti gestiti dal privato sociale?

Ruolo di segnalazione e scrittura progettuale, invio ai corsi, e monitoraggio dell'andamento.

C4) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

Le modalità sono il sostegno e l'accompagnamento educativo nei progetti e la notevole rete di altri partners. Punti di forza sono il lavoro di rete e quello in equipe.

C5) Per quanti degli adolescenti inseriti ha costituito un significativo miglioramento?

Il miglioramento è stato significativo per circa il 50% delle prese in carico

C6) Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel successo?

Il lavoro in sinergia, in equipe. La capacità di collaborare ed essere presenti e accoglienti rispetto alle prese in carico. Il far sentire alla persona che il lavoro era in senso univoco e c'era una progettualità condivisa.

C7) Per quanti ha costituito un peggioramento?

Non si può parlare di peggioramento, ma caso mai di condizioni che non sono mutate o sono mutate in modo diverso da quello previsto dal progetto

C8) Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel fallimento?

Vedi risposta precedente

C9) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Le maggiori difficoltà riguardano la comunicazione con i vertici, per mancanza di chiarezza di chi fa che cosa (vale per entrambi i servizi) e le difficoltà di tipo burocratico. In alcuni casi ci sono state delle prese di posizione forte che andavano in contrasto con le esigenze del progetto Gep. Si dovrebbe migliorare la comunicazione e creare maggiori momenti o degli strumenti idonei ad uno scambio chiaro di informazioni non dando per scontato come si sta operando.

D) Valutazione Esperienza

ISTITUTI SCOLASTICI

B1) Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il suo Servizio e gli Istituti Scolastici del Territorio?

Le modalità di collaborazione con gli istituti scolastici sono di due tipi:

- Incontri interattivi volti a promuovere l'informazione sul tema del disagio mentale e della lotta allo stigma, evidenziando l'offerta del territorio.
- Interventi diretti al singolo individuo per sostenerlo nello studio e non fargli perdere né il ruolo che si è creato, né l'occasione di crescita offerta dalla scuola. Vengono proposti e realizzati su autorizzazione dell'interessato incontri con il preside e il coordinatore del corso o altri insegnanti, per favorire un trattamento diverso. Tali interventi consentono agli insegnanti di trovare un modo per salvaguardare



i rapporti dei ragazzi, in situazioni svantaggiate e/o di esordio, con i coetanei.

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano gli Istituti Scolastici del Territorio e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

Sono aperti nella richiesta d'aiuto per gestire le situazioni difficili, per arrivare alla non esclusione dell'adolescente dal progetto scolastico. I principali punti di forza sono, dunque, la volontà di collaborare e la richiesta d'aiuto.

B3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

Non ci sono protocolli, ma viene richiesto un consenso ufficiale firmato dall'adolescente. Rispetto alla parte di docenza c'è stato un ingaggio diretto da parte delle scuole e di Tartavela, tale situazione ha poi favorito un ulteriore scambio in termini di possibilità di stage presso il CPS.

B4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Nulla da evidenziare.

E) Bisogno implicito e prospettive

E1) Esaminando il dato degli adolescenti con disagio psichico afferenti al Suo Servizio, quanti sono secondo Lei quelli tra questi che si trovano in una situazione che non risponde alle loro necessità differenziando tra Polo Territoriale, strutture residenziali, semiresidenzialità e progetti di supporto territoriale?

In realtà si può dire che in questo momento non vi sia nulla di idoneo agli adolescenti con disagio psichico; infatti manca tutta una riflessione su strutture di qualsiasi tipo, dalla territoriale alla comunità idonee agli adolescenti con disagio psichico. Un esempio evidente riguarda la residenzialità: dovrebbero esserci luoghi dedicati a loro e non i CRA dove si trovano a contatto con la cronicità, specie di età avanzata.

E2) Secondo il Suo parere quali sono le aspettative espresse dai ragazzi e dalle ragazze in carico al Suo servizio in relazione alle differenti modalità di presa in carico?

Per quanto riguarda la presa in carico territoriale l'aspettativa maggiore è di un ritorno ad integrum con una valenza quasi magica, oppure di essere felici, ma spesso non sono in grado di definirle. Sempre nel nostro progetto le aspettative reali riguardano la vita lavorativa ed affettiva. Rispetto ad altre modalità di presa in carico non so dire.

E3) Le vengono in mente casi in cui questo desiderio, esplicitamente espresso, abbia trovato accoglimento grazie a delle risorse già presenti sul territorio?

Sì, per il mantenimento e acquisizione del ruolo sociale di tipo lavorativo, si trova risposta. Abbiamo anche lavorato spesso sull'accettazione di essere una categoria protetta, cosa che facilita nella ricerca lavoro.

E4) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico? Un aumento delle risorse, un aumento della flessibilità dei servizi, maggiore integrazione

Ci vorrebbe un percorso super partes. Le regole in Italia sono settoriali, è opportuno sottolineare che se uno psichiatra del CPS non è in grado di affrontare un 15enne non lo si può nemmeno relegare in SPDC. Ci vorrebbero dei servizi appositamente dedicati. Ci vorrebbero maggiori risorse anche in termini di personale non solo nel senso di maggiori risorse umane, ma anche con un'attenzione alla differenza di genere; il nostro progetto è costituito interamente da operatrici donne... Oppure una maggiore collaborazione tra UONPIA e CPS.

Intervista al dr. Andrea Pellegrino responsabile dell'Ufficio di Piano del Distretto di Sesto San Giovanni

N. Item	Area	Indicatore	Razionale	Riferimento temporale	Tipologia di dato/ punteggio	Standard	Fonte dei dati	Suggerimenti per la compilazione
1	RISORSE	Il tema del disagio psichico degli adolescenti è stato dibattuto all'interno dei tavoli del Piano di Zona (Tavolo minori o tavolo salute mentale)	La discussione nei tavoli del piano di zona esprime interesse verso il tema del disagio psichico degli adolescenti	Ultimo anno (2009) e attuale	Si / No	No, non è stato direttamente dibattuto	Ufficio di Piano	Il confronto tra diversi soggetti che si occupano di disagio psichico negli adolescenti è un elemento qualificante
1 Risposta e osservazioni	Il problema del disagio psichico degli adolescenti è spesso legato a cause sociali quali la dispersione scolastica e i conflitti familiari che non necessariamente portano all'entrata nel regime sanitario e quindi al riconoscimento del problema. Inoltre sul tavolo del piano di zona poche organizzazioni portano competenze o attenzione al tema, in quanto chi vi partecipa porta contenuti relativi alla propria realtà e situazione. È un tema che tocca i servizi, ma non è documentato. Una riflessione è potenzialmente attiva sul tavolo minori, ma resta aperto il problema di chi fa da collante con il regime sanitario.							
2	RISORSE	Sono state realizzate intese di programma sul disagio psichico degli adolescenti a livello distrettuale	Le intese di programma sono strumenti di applicazione delle pratiche locali	Attuale	Si / No	NO	Ufficio di Piano	La realizzazione di un documento sul tema condiviso è un elemento qualificante
2 Risposta e osservazioni								
3	RISORSE	Sono state allocate risorse sul disagio psichico degli adolescenti a livello del Piano di Zona Distrettuale	Lo stanziamento di risorse adeguate sul disagio psichico degli adolescenti costituisce una misura dell'impegno in questo ambito da parte degli Enti Locali	Attuale	Si / No	SI	Ufficio di Piano	Indicare se possibile il budget pro-capite (rispetto agli abitanti)
3 Risposta e osservazioni	Si tratta di risorse provenienti dal fondo sociale psichiatria per attività legate alla prevenzione e alle politiche giovanili (riferimento: www.ambitosestosg.net - riparto delle assemblee di distretto)							
4	PARTECIPAZIONE	n. delle associazioni o dei gruppi organizzati di familiari, utenti e cittadini che si occupano di disagio psichico degli adolescenti (anche in maniera non esclusiva)	La presenza di associazioni o gruppi organizzati, partecipanti e attivi esprime la loro capacità di organizzazione mobilitazione	Attuale	Si / No	Associazione Tartavola e Associazione Contatto	UONPIA Ufficio di Piano Associazioni	Specificare quante associazioni e quanti gruppi e la loro tipologia (familiari, volontari), indicare, se possibile, il n. di associati.
4 Risposta e osservazioni	L'associazione dei familiari Tartavola assieme all'associazione Contatto - Onlus e Coop. Lotta Contro l'Emarginazione, hanno dato vita al progetto "Piccoli Fiori in Sesto" volto a prevenire condizioni di marginalità nei bambini e nei ragazzi.							
5	PARTECIPAZIONE	Esistono riunioni dei servizi di neuropsichiatria che vedo la partecipazione di familiari, utenti e associazioni	La partecipazione di familiari, utenti, associazioni negli ambiti di confronto esprime l'orientamento dei servizi pubblici a valorizzarne un ruolo attivo	Attuale	Si / No	Non lo sa	UONPIA	Ci si riferisce a riunioni di qualsiasi tipo (ad es. programmazione delle attività)
5 Risposta e osservazioni								
6	INIZIATIVE	Sono state realizzate iniziative con impatto pubblico sul tema del disagio psichico degli adolescenti	La realizzazione di iniziative pubbliche, migliorando nella popolazione la conoscenza del fenomeno, contribuisce a ridurre lo stigma sociale	Ultimo anno (2009) e attuale	Descrittivo- Buone Prassi	SI Almeno una iniziativa	ASL, Uonpia, Ufficio di Piano, associazioni	Specificare da chi sono state organizzate, da chi sono state partecipate e in quale contesto
6 Risposta e osservazioni	È stata organizzata una giornata formativa sulla tematica dei figli di genitori con disagio mentale							

Le buone pratiche

A) Titolo del progetto/iniziativa/intervento

Comunità Terapeutica Piccola Stella con accreditamento con la Regione Lombardia (R.R. n.859) e contratto con l'ASL di Bergamo (Decreto n.134 del 5 marzo 2010)

Intervista con Dott. Ferrari, medico psichiatra della comunità

Fonte di finanziamento

Finanziamento da parte di una fondazione privata per ristrutturazione immobile.
Contributo da parte dell'ASL (quota sanitaria) e Comune di residenza del minore (quota sociale) della retta giornaliera.

Localizzazione dell'intervento/periodo di realizzazione

La comunità terapeutica nasce dalla pratica quotidiana dell'accoglienza di bambini e bambine: abbiamo riscontrato una sempre maggiore presenza (sia quantitativa che qualitativa) di minori con disturbi psichici in fase di esordio nei nostri servizi residenziali. L'assenza nella nostra città e provincia di servizi rivolti ad adolescenti ha portato alla progettazione di un sistema di offerta comprendente servizi rivolti agli stadi acuti, unità di offerta residenziali e diurne, servizi rivolti al territorio integrati con quanto già esiste.

La comunità ha cominciato ad accogliere a partire da novembre 2005

Dal 2006 assistenza domiciliare terapeutica

Il centro diurno "Kaleido" è stato aperto nel 2009

Ente promotore dell'intervento / ente realizzatore

Cooperativa sociale Aeper, cooperativa che nasce a seguito di un'esperienza di associazionismo nella nostra città. Oggi è una cooperativa di 120 dipendenti.

Si articola in aree di intervento: minori e famiglia con interventi rivolti a minori sottoposti ad azioni di tutela e di sostegno a famiglie vulnerabili; area politiche giovanili con interventi ridotti alla riduzione del rischio, promozione di luoghi aggregativi, avvio eventi formativi; area salute mentale con interventi residenziali e diurni per adulti con disturbi psichiatrici (significativa è l'esperienza degli affidi psichiatrici); area neuropsichiatria con servizio residenziale e diurno.

Tipologia dell'intervento

La comunità "Piccola Stella" è una struttura terapeutica residenziale a carattere temporaneo per preadolescenti e adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni con disturbi psichici e contesti familiari e ambientali sfavorevoli; può accogliere un massimo di 10 utenti di entrambi i sessi.

La comunità Piccola Stella - che adotta un modello teorico-clinico di tipo psicodinamico - si pensa come organismo complesso in costante divenire in relazione alla propria storia, alla propria cultura, al mondo esterno, agli ospiti e operatori presenti e passati. Essa, in una visione integrata dell'intervento di cura, è aperta al territorio e si avvale delle risorse in esso presenti; opera in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Azienda Ospedaliera di competenza territoriale e con il Servizio socio-assistenziale di competenza.

Intento della comunità è offrire un luogo di cura, crescita e condivisione dove la crisi espressa attraverso differenti manifestazioni psicopatologiche, possa essere accolta e possa assumere un orizzonte di senso. Uno spazio dove la dimensione di gruppo, l'aspetto della residenzialità e della quotidianità permettano di integrare interventi terapeutici, educativi e riabilitativi, promuovendo la ripresa dei naturali processi evolutivi dell'adolescente.

L'équipe è composta dal dirigente sanitario neuropsichiatra infantile, dal medico psichiatra, dalla psicologa, dagli educatori professionali, dagli ASA, dall'infermiere professionale. Inoltre ci si avvale di uno psicoterapeuta di orientamento psicoanalitico esterno all'équipe e della stretta collaborazione con un centro diurno che fornisce attività riabilitative di tipo espressivo (dramma terapia, film-maker, terapia occupazionale). In ogni momento della giornata sono presenti 2 o 3 educatori professionali, la notte vi è un ASA in veglia attiva incaricato di monitorare il sonno dei ragazzi e un educatore in veglia passiva pronto ad intervenire in caso di necessita.

La gestione dell'intervento è condotta attraverso la costruzione di un progetto terapeutico individuale che prevede da ultimo il reinserimento del minore nel proprio contesto socio-affettivo e, laddove non esista o sia estesamente compromesso, la creazione di un nuovo contesto adatto. Tale progetto viene concordato e condiviso con il servizio inviante, il ragazzo e i suoi familiari. I progetti individuali e di gruppo si avvalgono anche delle risorse esterne e della collaborazione con le agenzie sociali, ricreative, scolastiche e lavorative presenti sul territorio.

La famiglia ed il ragazzo sono parti integranti ed essenziali della progettazione, salvo quando altrimenti definito (ad esempio nel caso di specifici provvedimenti del Tribunale) e vengono coinvolti nella definizione del progetto terapeutico.

Il tempo di permanenza in comunità viene stabilito in relazione al progetto terapeutico. Si prevede comunque che esso non superi i 24 mesi.

Descrizione della pratica realizzata

Fase di inserimento

L'inserimento deve essere richiesto da strutture specialistiche pubbliche (Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e dai Servizi Sociali di riferimento. Essa avviene a seguito della formulazione di una diagnosi e con la trasmissione di specifica relazione clinica; non vengono accettate richieste dirette da parte dei familiari. Per quanto possibile e compatibilmente con l'equilibrio del gruppo degli ospiti, viene data priorità ai minori provenienti dal territorio di riferimento bergamasco.

L'equipe clinica valuta la richiesta e programmano, in presenza di compatibilità, un incontro con i servizi invianti. Durante questo incontro avviene:

- l'approfondimento del quadro clinico- psicosociale del minore;
- la delineazione di un possibile quadro progettuale dell'intervento;
- la presentazione del regolamento della comunità

Qualora il minore risulti potenzialmente idoneo alla comunità si programmeranno incontri di avvicinamento e conoscenza con il minore allo scopo di costruire una alleanza di lavoro. Durante questi incontri il minore potrà così sperimentare e conoscere direttamente la vita di comunità e si permetterà all'equipe di valutarne l'effettiva idoneità. In questa fase dell'inserimento sono previsti inoltre incontri con i genitori volti ad un loro coinvolgimento nell'avvio del percorso di cura e ad un approfondimento della storia clinica del minore e del contesto familiare. Al termine di tali incontri l'equipe, in concerto con l'ente inviante, deciderà circa la possibilità e i tempi di inserimento in comunità.

Al momento dell'inserimento del ragazzo si richiede che sia avvenuta la sottoscrizione del regolamento da parte dei genitori o facenti funzione e dei servizi invianti quale consenso informato e condivisione del progetto di comunità. Ai genitori o facenti funzione viene inoltre chiesto di firmare il consenso al trattamento dei dati personali, il regolamento interno della struttura, la delega per la revoca/nomina del medico di base della comunità. Al minore viene chiesto di sottoscrivere il regolamento interno della comunità.

Fase di valutazione

In seguito all'inserimento è previsto un periodo di osservazione del minore, della durata variabile tra i 30 e i 45 giorni. Si procede attraverso un approfondimento anamnestico, una valutazione psichiatrica, una valutazione psicologica di tipo psicodinamico, una valutazione osservativa e all'*assessment* testistico

Al termine di tale periodo, nella equipe di progetto, verrà formulata una diagnosi psichiatrica e stabiliti gli obiettivi e la tempistica del Progetto Terapeutico Individualizzato che verranno condivisi con il servizio inviante e la famiglia.

Viene inoltre stilato da parte dell'ente affidatario, in accordo con la comunità, l'elenco degli incontri tra la famiglia e il minore e gli eventuali colloqui di aggiornamento con la comunità.

L'intervento terapeutico

L'intervento terapeutico si basa su un approccio multidisciplinare: la lettura delle complesse dinamiche psicopatologiche del singolo e del gruppo orientano sia la definizione dei progetti

terapeutici specifici, sia l'intervento nella quotidianità. L'intervento terapeutico complessivo ed i progetti individualizzati vengono condotti da una unità multidisciplinare composta da figure con differenti professionalità (neuropsichiatra infantile, psichiatra, psicologo clinico, educatori, infermieri, ASA) che operano in modo integrato e che si riuniscono in equipe di comunità una volta a settimana..

Punto di riferimento per ogni tipo di intervento è il Progetto Terapeutico Individualizzato che contiene gli obiettivi progettuali e la tempistica per realizzarli; ad esso si ispira il Progetto Psicoeducativo individualizzato che viene che prevede i microobiettivi educativi, le strategie e gli strumenti per raggiungerli e che viene verificato e rinnovato almeno ogni 6 mesi.

Il lavoro terapeutico si avvale di tutti gli interventi necessari (farmacologico, psicoterapeutico, educativo, relazionale,...) secondo una modalità integrata e coerente con le complesse dinamiche psicopatologiche ed i bisogni dei ragazzi e delle realtà coinvolte nello svolgimento del progetto.

I progetti terapeutici si avvalgono di un costante monitoraggio educativo dell'intervento psicofarmacologico, di un percorso psicoterapeutico e il sostegno psicologico individuale e di gruppo e possono prevedere l'inserimento in attività esterne alla comunità (scuola, palestre, oratori...), la frequenza di attività di gruppo interne (laboratori, riunioni, gite...), nonché i rientri in famiglia.

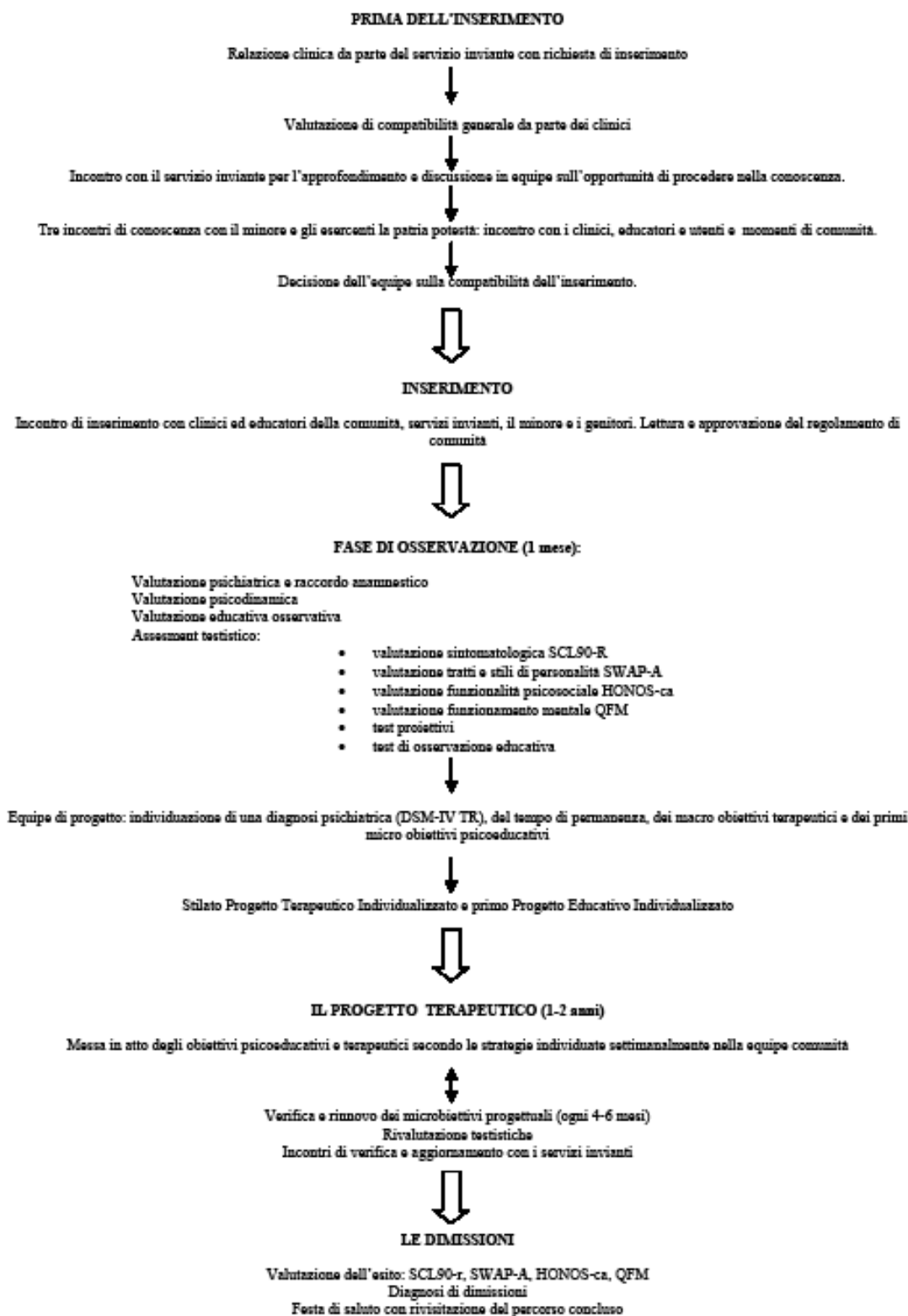
La dimissione

Viene di norma in seguito alla conclusione del progetto terapeutico condiviso in precedenza con gli invidanti, la famiglia ed il minore e non è vincolato al compimento della maggiore età. Il ragazzo potrà tornare alla famiglia di origine, ad una famiglia affidataria o verso altro servizio (comunità terapeutiche od educativo) o accedere ad un percorso di autonomia.

La dimissione del ragazzo dalla comunità un momento di condivisione e di interscambio tra il ragazzo e la comunità del vissuto del percorso intrapreso attraverso una festa di saluto.

Al termine del progetto viene riformulato l'assessment testistico iniziale al fine di permettere una valutazione dell'esito e contribuire alla formulazione di una diagnosi di dimissioni.

SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DELLA COMUNITA' PICCOLA STELLA



Destinatari dell'intervento

La comunità terapeutica si rivolge ad adolescenti di 12-18 anni, in carico ai servizi di UONPIA, e che presentino i possibili seguenti disturbi:

- Adolescenti con disturbi della personalità e del comportamento sociale, in carico ai servizi territoriali di N.P.I., che necessitano per periodi brevi/medi di una diversa collocazione abitativa a causa dell'impossibilità di gestire l'insieme delle proprie situazioni sociorelazionali, di forti conflitti



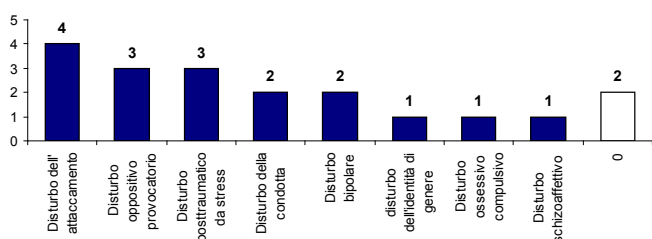
nel proprio nucleo familiare, di mancanza di un tessuto territoriale in grado di supportarne i momenti critici;

- Ragazzi con patologia psichiatrica e provvedimenti di allontanamento disposti dal Tribunale dei Minori a causa dell'inadeguatezza del proprio ambiente familiare o di atti di violenza;
- Adolescenti con le patologie psichiatriche già elencate, provenienti da altri servizi di N.P.I. che, nel quadro di una logica della rete del percorso individuale del ragazzo, necessitano di un periodo di residenzialità protetta prima di tornare al proprio territorio od intraprendere percorsi diurni in altri servizi.

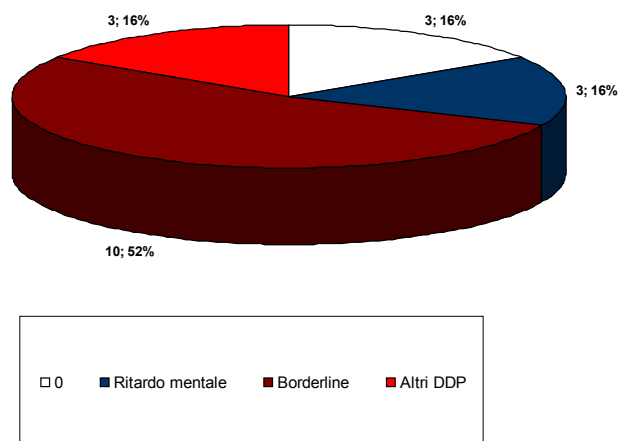
Non si ritengono compatibili ragazzi in situazione detentiva o con pesanti percorsi giudiziari, con disturbi prevalenti da dipendenza da sostanze, con gravi ritardi mentali, con problematiche che non siano di natura psichiatrica e nella fase di acuto scompensamento psicopatologico.

Nei seguenti grafici sono indicate le diagnosi psichiatriche e le principali problematiche nella funzionalità psicosociale all'ingresso negli ultimi 2 anni.

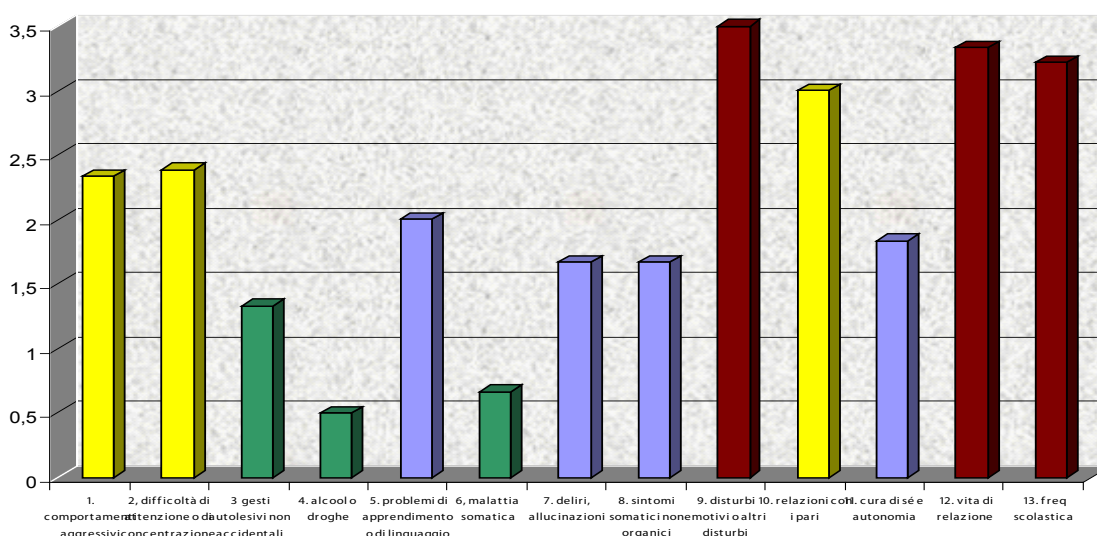
Diagnosi Psichiatriche 2008-2010 ASSE I DSM IV TR



Diagnosi Psichiatriche 2008-2010 ASSE I DSM IV TR



MEDIA HONOSCA Ingresso n.18



Reti coinvolte dall'intervento

Le reti coinvolte nel tempo sono:

- il coordinamento delle comunità di Bergamo;
- alcune associazioni locali (ad esempio associazione Aiutiamoli, La Teremotata di Terno d'Isola, Con Il cielo Dentro...)
- le neuropsichiatrie di Bergamo (siamo presenti al coordinamento OCNPIA)
- collaborazioni progettuali con altre cooperative sociali del territorio
- partecipazioni a tavolo minori dell' ambito dell' azienda consortile Isola Bergamasca

Elementi di innovazione applicati

- Prendersi cura globalmente della salute mentale di ragazzi disturbati e del problematico inserimento nei contesti relazionali e comunitari attraverso il potenziamento della rete di risorse operative loro rivolte con il coordinamento delle unità operative esistenti.
- Monitoraggio del processo e dell'esito terapeutico attraverso moderne valutazioni testistiche
- Aumentare il livello di presa in carico della fascia minorile della popolazione (adolescenziale in particolare) e delle loro famiglie in merito a problematiche relative a disturbi della personalità e del comportamento sociale
- Prevenire involuzioni dello stato di salute complessivo dei ragazzi coinvolti, sia limitando le manifestazioni di disturbi psichici sul versante sanitario (episodi acuti e critici, ricoveri, affermazione di patologie invalidanti) sia contenendo forme di disagio sul piano sociale (emarginazione, episodi di devianza, manifestazioni aggressive)
- Determinare un sistema di offerta più completo, comprendente servizi rivolti agli stati acuti (pronto intervento), unità di offerta residenziali e diurne specificamente rivolte a questo ambito di utenza, servizi aperti sul territorio, integrati con quanto già esistente
- Creare una rete di risorse flessibili ed integrate di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza che attuino forme di coordinamento al loro interno con il costante collegamento tra le altre risorse socio-sanitarie territoriali
- Favorire il passaggio dei ragazzi in situazione di bisogno tra servizi diversi attraverso una valutazione del grado di protezione necessario nei diversi stati di salute
- Favorire collegamenti sia con il territorio di riferimento dei servizi, sia con quello di provenienza dei ragazzi, lavorando con le agenzie educative (scuole, oratori, forme aggregative del tempo libero) e con i gruppi formali ed informali che si relazionano con i ragazzi stessi (inclusi quelli amicali)
- Contenere, nel medio e lungo periodo, la spesa sanitaria e sociale, nonché i danni prodotti alle persone, ai sistemi familiari ed aggregativi
- Favorire la formazione degli operatori e lo scambio/integrazione con le esperienze già attive.

Indicatori di esito raggiunti e attenzione ai processi

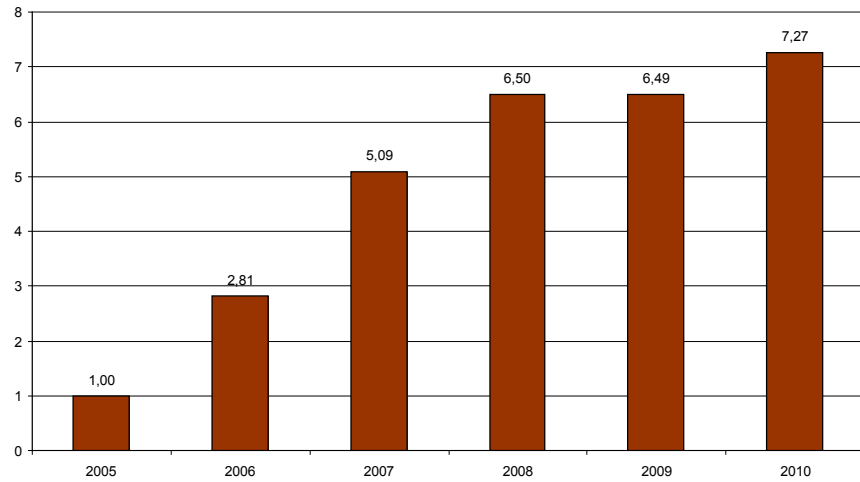
Gli esiti ad oggi ineriscono la capacità acquisita della comunità di essere luogo terapeutico per i ragazzi accolti.

Considerato gli ultimi 2 anni (2008-2010) su 11 progetti che si sono conclusi 7 hanno avuto un esito positivo coerente con quanto stabilito nel Progetto Terapeutico Individualizzato, mentre 4 si sono conclusi con un esito non positivo.

Nei seguenti grafici si presenta la crescita nei termini di presenze utenti della comunità (su un tetto massimo funzionale che avevamo stabilito fino al 2010 di 8 utenti) e la variazione della HONOSCA.

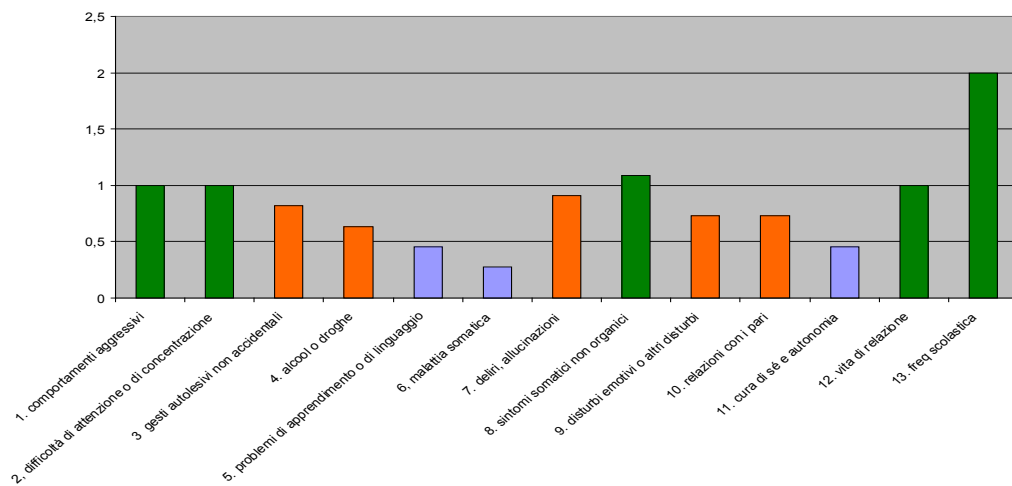
Miglioramenti significativi sono presenti su tutte le aree esaminate; le variazioni più importanti sono relative alla ripresa della frequenza scolastica, alla riduzione dei comportamenti aggressivi e delle somatizzazioni, al miglioramento della capacità di concentrazione e della vita di relazione.

PRESENZA MEDIA UTENTI

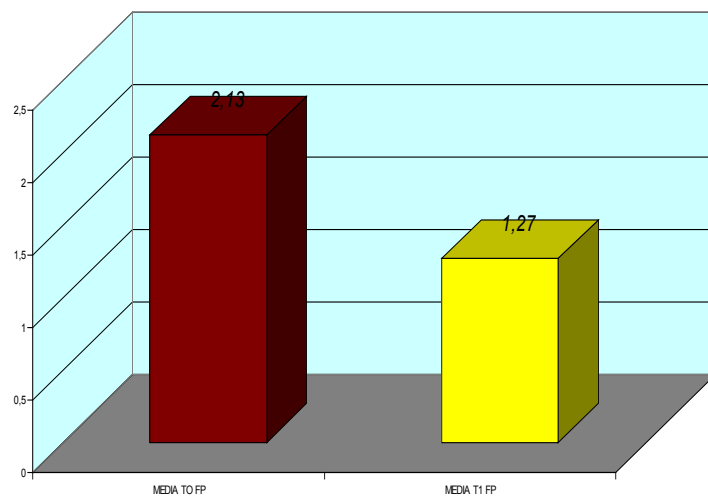


UTENTI 2008-2010

VARIAZIONI HONOSCA



VARIAZIONE HONOSCA TOTALE FP 2008-2010



Elementi di prospettiva dell'intervento (continuità e stabilizzazione dell'azione)

- L'orizzonte alla comunità è una maggiore stabilità al servizio cercando di raggiungere:
- pareggio economico;
- Stabilità di rapporti con UoNpia del territorio di Bergamo e maggiore capacità di accoglienza dei ragazzi di Bergamo;
- Stabilità del gruppo dei ragazzi della comunità con una media di presenza accettabili, sia sul piano economico, che gestionale e terapeutico;
- Integrazione di nuove risorse umane e assetto definitivo dell'equipe (nuovi educatori, definire maggiormente profilo dell'infermiere professionale)
- Curare il legame di appartenenza degli operatori all'organizzazione Cooperativa Aeper
- Sviluppo dei legami con il territorio dell'Isola Bergamasca e se saremo in grado, promozione di alcuni segmenti della comunità in una logica di sviluppo di comunità.
- Rafforzare l'integrazione e la coesione dell'equipe
- Ampliamento delle possibilità di interfacciarsi reciprocamente con il territorio
- Sviluppo e ampliamento delle tecniche di monitoraggio dell'esito e del progetto terapeutico
- Apertura alla comunità scientifica nei termini di pubblicazioni scientifiche e partecipazioni a congressi
- Sviluppo dell'immagine pubblica della comunità attraverso il web e pubblicazioni
- Creazione di una rete di interscambio di esperienze tra comunità terapeutiche per adolescenti

Elementi di trasferibilità possibili

L'esperienza di comunità è riproponibile in altri contesti, tenendo presente i riferimenti normativi regionali di riferimento.

Documentazione disponibile dell'azione

Documenti progettuali interni alla comunità. Per ora non vi sono pubblicazioni.

Convegno "Educazione e violenza" svoltosi a Bergamo a Gennaio 2011. I contributi sono scaricabili da face-book o u-stream.

B) Titolo del progetto/iniziativa/intervento

PROGRAMMA 2000 Centro per l'individuazione e intervento precoce nelle psicosi
Dipartimento salute mentale Azienda Ospedaliera Niguarda - Ca' Granda

Fonte di finanziamento

Si avvia con un finanziamento Regionale del 1997 rivolto a "Programmi Sperimentali" del "Progetto obiettivo regionale. Tutela socio-sanitaria dei malati di mente". Poi si sostiene con importante finanziamento Ministeriale ex lege 662/96 nell'ambito degli "Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale" rivolto in particolare a "Interventi Precoci" della durata di 7 anni, mediato da Regione Lombardia.

Attualmente finanziato con fondi Ministeriali per via Regionale attraverso il Piano Regionale Salute Mentale che fa stanziamenti triennali per ambiti innovativi, in questo caso rivolti a interventi precoci con adolescenti.

Localizzazione dell'intervento/periodo di realizzazione

Nel biennio 1997/1999 si realizza studio di fattibilità per realizzazione di attività di intervento tempestivo mirato agli esordi psicotici.

Dal 1999 si avvia il Programma 2000 coinvolgendo parte di un Dipartimento di Salute Mentale della città di Milano con un bacino di utenza di circa 200.000 abitanti (Niguarda).

Ora è in fase di estensione a tutta la città, mantenendo comunque la necessaria territorialità per realizzare reale e possibile presa in carico.

Ente promotore dell'intervento / ente realizzatore

Dipartimento salute mentale Azienda Ospedaliera Niguarda - Ca' Granda e Regione Lombardia.

Tipologia dell'intervento

Programma di individuazione e intervento precoce all'esordio di patologie mentali che si propone di:

- Intervenire tempestivamente agli esordi dei quadri psicotici partendo da individuazione precoce
- Accrescere la risposta al trattamento ed elevare l'esito positivo a lungo termine
- Rendere il trattamento più favorevole nel tempo in termini di rapporto costi/benefici

I principi ispiratori dell'intervento sono così schematizzabili:

- Mettere al centro la persona con la sua storia
- Tenere le persone nel loro contesto di vita
- Coinvolgere le famiglie
- Non prevedere pensione di invalidità
- Contenere i ricoveri

Descrizione della pratica realizzata

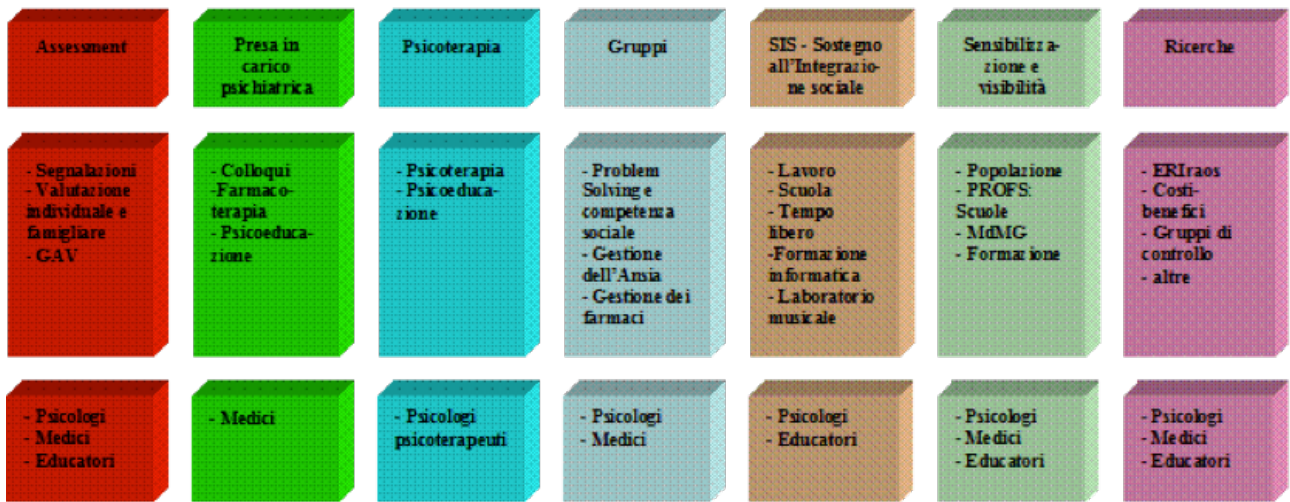
Si riporta di seguito uno schema che mostra funzioni e attività del Programma; si precisa in particolare:

- il lavoro di equipe settimanale sia nella fase dell'*assessment* (valutazione iniziale) che nella presa in carico;
- l'approccio cognitivo-comportamentale (universalmente utilizzato)
- il lavoro di gruppo rivolto al paziente e alla famiglia (psicoeducazione)

Funzioni

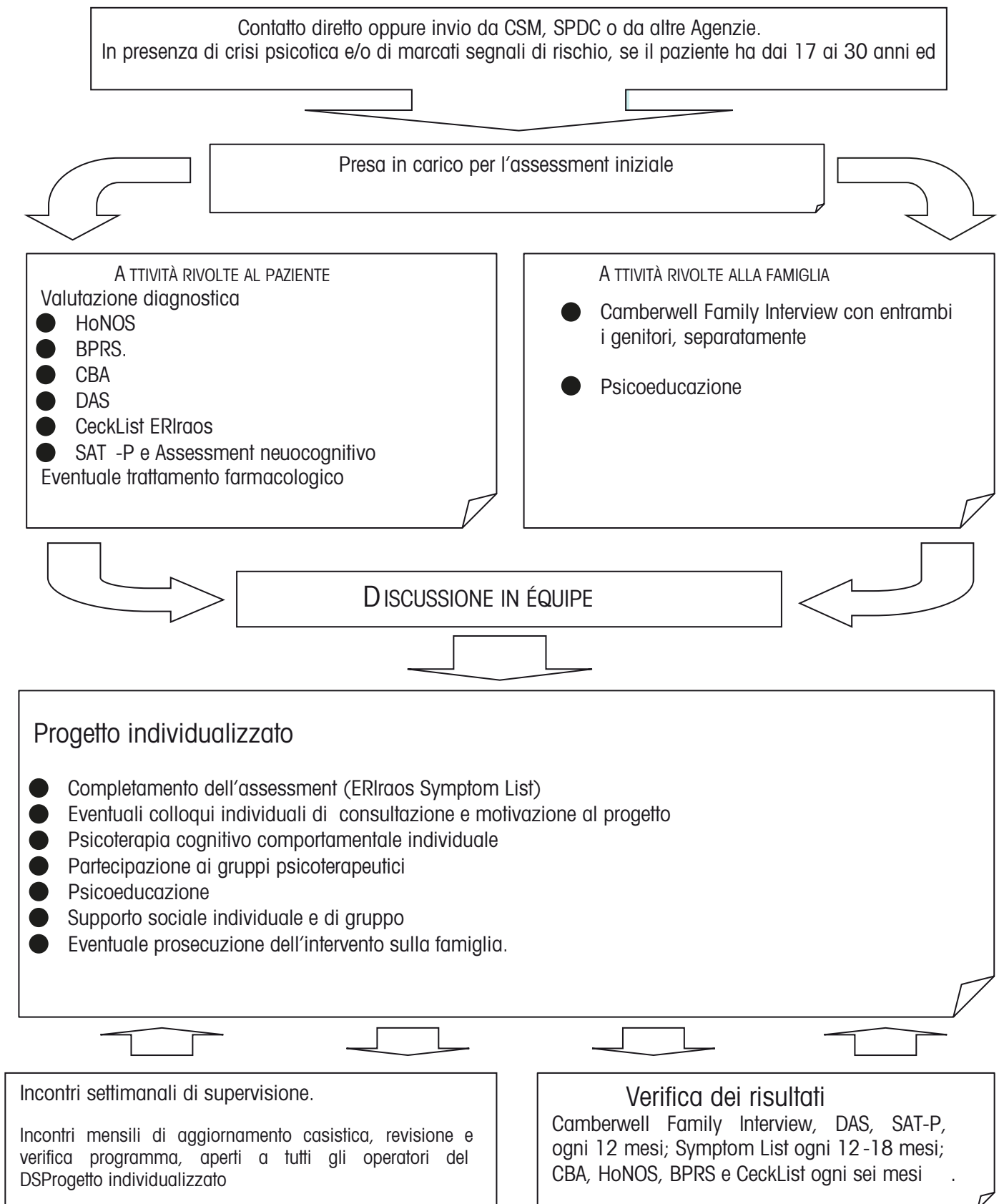
Direzione

Coordinamento e supervisione



Segreteria

Di seguito invece vengono riportati i passi della presa in carico



Destinatari dell'intervento

Intervento diretto a 17/30enni (secondo protocollo internazionale) con esordi psicotici o comunque in situazioni ad alto rischio che combinano i seguenti fattori:

- Familiarità con disturbi psicotici
- Contenuti insoliti del pensiero
- Ridotta concentrazione ed attenzione
- Ansia
- Depressione
- Sospettosità
- Deterioramento del funzionamento sociale
- Ritiro sociale
- Comportamento aggressivo

Reti coinvolte dall'intervento

Il lavoro di rete si articola su differenti piani:

- Nella presa in carico individuale si coinvolgono i familiari e le storie cliniche e sociali dei singoli pazienti;
- Nel Sostegno all'Integrazione Sociale (SIS), si coinvolgono risorse territoriali, pubbliche e private per la realizzazione delle diverse attività (orientamento scolastico e lavorativo, musica, informatica, tempo libero.....) anche in collaborazione con l'associazione Cambiare Rotta che gestisce parte delle attività sociali del Programma.

Nel lavoro di individuazione precoce si coinvolgono in percorsi formativi e di sensibilizzazione tanto i medici di base (FORMED: programma di Formazione per Medici di medicina generale) quanto i docenti delle scuole superiori (PROFS: Programma di Formazione per le Scuole).

Nell'iniziativa TULIP promossa dall'Assessorato alla Salute del Comune di Milano per informare, formare e coordinare i diversi soggetti implicati nella prevenzione e individuazione del disagio giovanile, si sono coinvolte le Associazioni di Familiari e di volontari della città; in particolare:

- Associazione contro l'emarginazione delle malattie mentali (AIEM),
- Associazione Aiutiamoli,
- Associazione Contatto
- Associazione Diversamente
- Associazione La Tartavela
- Fondazione Bertini Malgarini
- Progetto Itaca
- Psiche Lombardia
- URASAM

Elementi di innovazione applicati e di attenzione ai processi

- Separare i giovani all'esordio o a rischio di psicosi da pazienti in fase più consolidata di malattia
- Creare un ambiente molto meno stigmatizzante, più amichevole, rassicurante e adatto ai giovani
- Sviluppare nel team una filosofia e una metodologia di lavoro coesa ed omogenea in un'atmosfera di particolare supporto
- Favorire l'individuazione, la presa in carico e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari creando specifiche procedure per migliorare gli accessi
- Lavorare in rete con i diversi soggetti del territorio in un'ottica di formazione comune sul tema dell'individuazione precoce; in questo senso il lavoro di TULIP con le Associazioni Familiari ha permesso di costruire un "protocollo di segnalazione e invio" tra i centri di ascolto delle associazioni e il Servizio, così come ha facilitato il contatto con la Neuropsichiatria che a sua volta ha portato ad entrare nelle Scuole Superiori del territorio.

Indicatori di esito raggiunti

I dati segnalati durante l'intervista riguardano in particolare i dati relativi a "mantenimento posizione di ruolo" nel corso dei 3 anni successivi alla presa in carico, che segnalano una caduta da 37% a 17% dei pazienti senza alcun ruolo.

Il dato dei suicidi, con tutto il pudore e la scaramanzia del caso, è pari allo 0% .

Per quanto riguarda gli esiti più generali del Programma, si inseriscono 3 tabelle riepilogative



relative a tre differenti processi nel periodo 2007/2009:

- Formazione degli operatori
- Individuazione di persone, *assessment* e presa in carico
- Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati

Per altri dati più specifici relativi alla complessità degli utenti ed ai singoli percorsi psicoterapeutici individuali e di gruppo, si rimanda alla documentazione raccolta².

1) OBIETTIVO SPECIFICO n. 1

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 1. Formazione degli operatori dei quattro DSM sulle tematiche connesse all'individuazione precoce delle manifestazioni prodromiche e l'intervento tempestivo e multimodale negli esordi psicotici			Risultato
Indicatore di risultato	Numero di operatori, per ciascun DSM coinvolto, in grado di utilizzare le metodologie di lavoro proposte		Da 4 a 10
Standard di risultato	Almeno 3 operatori per ciascun DSM coinvolto		Raggiunto
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	
Individuazione del personale da coinvolgere nel progetto	n. di operatori che aderiscono	15% del personale del DSM	Circa il 50%
	n. di psicologi che aderiscono	30% del personale del DSM	Variabile tra il 35 e il 50%
	n. di operatori del comparto che aderiscono	5% del personale del DSM	Variabile tra il 5 e il 10%

2) OBIETTIVO SPECIFICO n. 2

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 2 Avvio di un Programma specialistico con una equipe di riferimento. Individuazione, assessment e presa in carico di persone all'esordio e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi.		
Indicatore di risultato	Costituzione formale di una equipe di riferimento in ciascuno dei DSM interessati	Numero totale di assessment effettuati e di persone prese in carico, a completamento della fase sperimentale in ciascun DSM
	Costituite con modalità diversificate in relazione al contesto	VEDI DATI RIPORTATI IN SEGUITO **
Standard di risultato	Almeno due persone sottoposte all'assessment e almeno una persona presa in carico ogni 10.000 abitanti del bacino di utenza del DSM corrispondente ad 1/3 dei casi prevalenti (data una prevalenza di 0,3%)	
	VEDI DATI RIPORTATI IN SEGUITO ** OBIETTIVO RAGGIUNTO CON DIFFERENZE TRA LE U.O.	

² cfr. "L'intervento precoce tra pratica e ricerca" di Cocchi- Meneghelli ed. Centro Scientifico e "Relazione Scientifica e rendiconto economico" di Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda

Azione indicatore di processo standard di processo

Assessment dei casi segnalati, attuato utilizzando strumenti di valutazione validati e standardizzati	Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e numero di pazienti presi in carico	Esame di tutti i casi segnalati e presa in carico dei soggetti con i requisiti di inclusione previsti
		OBIETTIVO RAGGIUNTO IN ALCUNE SITUAZIONI I CASI SEGNALATI SONO STATI INFERIORI AL PREVISTO
Interventi terapeutico riabilitativi in favore dei soggetti presi in carico	Intervento multimodale rivolto alla persona interessata, alla sua famiglia, al contesto naturale di vita	Interventi plurisettimanali a carattere psicoterapeutico (in setting specifici) Eventuale farmacoterapia.
		OBIETTIVO PERSEGUITO E SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO, PUR CON DIFFORMITA' LOCALI
Monitoraggio e verifica delle attività	Regolari momenti di consultazione di tutti i componenti dell'equipe	Almeno un incontro mensile di verifica
		REALIZZATI

3) OBIETTIVO SPECIFICO n. 3

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 3		
Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati a livello nazionale mediante protocolli operativi		
Indicatore di risultato	Realizzazione di protocolli operativi trasferibili	
	EFFETTUATI (VEDI ALLEGATI)	
Standard di risultato	Un protocollo operativo dettagliato e completo per ciascuna azione prevista	
	EFFETTUATI (vedi più sotto nella tabella)	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Raccolta ed elaborazione dei risultati	Organizzazione data base	Disponibilità di non meno dell'80% dei dati
		DISPONIBILI (DATA BASE e PIATTAFORMA INFORMATICA)
	Utilizzo di test statistici	Elaborazione di tutti i dati disponibili
		IN PARTE IN FASE DI ELABORAZIONE
Stesura di report trimestrali e di protocolli operativi provvisori in itinere e protocolli definitivi alla conclusione	Testi aggiornati	Almeno un protocollo operativo generale
		REALIZZATO (VEDI ALLEGATI)
Eventi conclusivi	Presentazione finale dei risultati nel contesto del territorio di appartenenza, tramite momenti seminariali/congressuali.	Almeno due presentazioni finali
		EFFETTUATI IN TUTTE LE U.O. IN ALCUNE, PIU'

Elementi di prospettiva dell'intervento (continuità e stabilizzazione dell'azione)

L'ipotesi e la speranza rispetto al futuro del progetto è che si svincoli dai finanziamenti a termine e che diventi offerta strutturata e pre-organizzata all'interno del dipartimento con estensione del budget per interventi precoci.

Elementi di trasferibilità possibili

Il Programma 2000 è in fase di estensione a tutta la città di Milano, con l'attenzione a mantenere la necessaria territorialità per realizzare reale e possibile presa in carico.

Documentazione disponibile dell'azione

Si sono raccolti e visionati i seguenti documenti, disponibili presso la cooperativa Diapason:

- "L'intervento precoce tra pratica e ricerca" di Cocchi- Meneghelli Centro Scientifico Editore - 2004 - pag. 206

- "Relazione Scientifica e rendiconto economico" di Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda

- "L'intervento precoce nella psicosi: l'esperienza del Programma 2000" di Cocchi Meneghelli Breda Galvan Patelli da Rivista Sperimentale di Freniatria - 3/9/2001

- "Obiettivi e sviluppi di un'esperienza pilota di intervento precoce nella psicosi" di Cocchi Meneghelli da Rivista Psichiatria di Comunità - marzo 2002

- "Un programma di individuazione e intervento precoce nella psicosi: il Programma 2000" di Cocchi Meneghelli Romanò da Rivista Psichiatria e Psicoterapia - dicembre 2003

- "Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver" di Cocchi Meneghelli Pafumi Patelli da Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia - luglio 2008

- "Iniziativa Tulip" a cura Assessorato alla Salute Comune di Milano da I Quaderni della salute n° 8

- "Tulip. Tutti Uniti Lavoriamo per Intervenire Precocemente" di Cocchi Meneghelli Pafumi da Rivista Psichiatri Oggi - dicembre 2009

- "Programma 2000: celebrating 10 years of activity o fan italian pilot programme on early intervention in psychosis" di Cocchi Meneghelli Preti da Australian and New Zeland Journal of Psychiatry - dicembre 2008

- "Programma 2000: a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999" di Cocchi Meneghelli Preti da Early Interventio in Psychiatry - settembre 2009

- "Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: result from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis" di Cocchi Meneghelli Preti Pisano da Schizophrenia Research - 2009

DVD "Cambiare la Rotta" di Fresco Galvan - Milano 2009

www.programma2000.org

Introduzione

Gli anni dell'adolescenza costituiscono per ciascuno individuo un periodo di vita delicato e spesso problematico: il corpo cambia, la rete sociale si espande, quasi soppiantando quella familiare fino ad allora vissuta come unica, il pensiero evolve verso l'astrazione e una maggiore complessità. Il coinvolgimento e il cambiamento del minore su più fronti contemporaneamente, dettato dal naturale percorso di crescita, spesso porta alla comparsa di un considerevole carico emotivo fatto di ansie, preoccupazioni, timori che se non adeguatamente riconosciuto e decodificato dagli adulti può sfociare in forme di malessere psichico, esistenziale ed interpersonale. Questo esito, secondo la letteratura, si manifesta con espressioni di severità e preannuncia rischi di cronicità, a maggior ragione in presenza di fattori di rischio individuali, sociali, familiari in grado di compromettere l'integrazione dell'identità dell'adolescente e il superamento di criticità evolutive.

Da una prima indagine sui Servizi che intervengono a livello regionale sulla rilevazione e presa in carico del disagio psichico dell'adolescente emerge un quadro molto circoscritto ed incerto delle realtà in grado di offrire ad oggi una risposta in tal senso, in quanto i riferimenti normativi più recenti riportano esclusivamente la definizione dei requisiti utili e necessari per riconoscere idoneità ai Servizi che intendono rivolgersi alla popolazione adolescenziale.

Allo stato attuale la Regione Puglia non dispone di un osservatorio sociale e sanitario preposto alla rilevazione di tale fenomeno, né di una mappatura dei Servizi presenti nel territorio che, pur inquadrati per altre utenze o tipologie di disagio, rivolgono le proprie prestazioni a quegli adolescenti che manifestano forme di disagio psichico.

Riferimenti normativi regionali

Per consentire una lettura più scorrevole e consapevole di quanto riportato dalle varie fonti i puntini di sospensione (...) indicano le parti del testo che per meno pertinenza tematica sono state "arbitrariamente" omesse.

ASSESSORATO REGIONALE ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

L. R. n. 30 del 16 dicembre 1998 sui Servizi di Neuropsichiatria Infantile

"Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36".

In particolare, specifica che l'assistenza nel campo della salute mentale è assicurata in ciascuna Azienda unità sanitaria locale (A.U.S.L.) del territorio regionale dal Dipartimento di salute mentale (D.S.M.). Specifica inoltre la sua articolazione, le attività e le modalità organizzative.

Il Dipartimento di Salute Mentale

...

L'attività del D.S.M. si esplica con le seguenti unità operative:

...

d) *Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* diretto da un neuropsichiatra infantile di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche.

In particolare:

....

Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Ogni Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b) prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c) attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;
- d) interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;

- e) intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f) tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione.

ASSESSORATO REGIONALE ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

L. R. n. 26 del 9 agosto 2006

“Interventi in materia sanitaria”

Art. 9 (Disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale)

Al fine di assicurare in Puglia lo sviluppo delle politiche di salute mentale, con uno o più atti della Giunta regionale, sono adottati interventi finalizzati ai seguenti obiettivi:

- a) completa realizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, secondo la legge regionale 16 dicembre 1998, n. 30 (Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36) ...;
- b) istituzione di Centri di salute mentale (CSM) funzionanti sperimentalmente ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) ...;
- c) realizzazione di strutture terapeutico riabilitative residenziali a tipologia “familiare” con caratteristiche di civile abitazione e un massimo di dieci posti letto....;
- d) realizzazione di “case per la vita” per utenti cronici, soli, ma con sufficiente capacità di autonomia, da organizzare con regolamento nei successivi tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge;
- e) sviluppo delle forme alternative alla assistenza residenziale, come l'affido etero familiare realizzato attraverso un sostegno economico alle famiglie affidatarie, previo percorso per le stesse di formazione, selezione e sostegno unitamente a verifiche programmate nonché realizzazione di gruppi-appartamento, con caratteristiche di civile abilitazione,;
- f) realizzazione di Centri diurni, con caratteristiche di Centri integrati tra sociale e sanitario, facilmente accessibili, gestiti, di norma, in ambito pubblico, fino a un numero massimo di venti;
- ...
- j) organizzazione della assistenza domiciliare specialistica all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) così come nei compiti istituzionali dei CSM con il controllo del DSM;
- k) assegnazione di risorse ai DSM per la costruzione e lo sviluppo delle reti sociali naturali e formali all'interno dei Piani sociali di zona (PSZ), attraverso l'assegnazione di budget vincolato;
- ...

Art. 36 (Interazione con gli organismi di volontariato)

1. I Direttori generali delle AUSL favoriscono l'interazione con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti per lo svolgimento di attività integrative e non sostitutive delle funzioni assistenziali dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle problematiche dei portatori di handicap, della salute mentale, ... ricomprendendo inoltre tutte le iniziative rivolte all'educazione sanitaria, alla prevenzione, alla qualità dell'assistenza e al reinserimento sociale.

ASSESSORATO REGIONALE ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

L. R. n. 23 del 2008-2010 Piano Regionale di salute

2.4.10 Le prestazioni sanitarie per persone con patologie psichiatriche

Compito delle istituzioni, allora, è garantire servizi di salute mentale capaci di rispondere alla domanda di aiuto e di offrire un ventaglio di opportunità per la realizzazione di una piena cittadinanza dei pazienti. ...

In particolare, per quanto riguarda l'ambito relativo alla salute neuropsichica in età evolutiva alcune problematiche stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

- a) Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.
- b) Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e

strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.

...

A fronte dell'incremento di richieste di intervento e dell'aumento epidemiologico del disagio psichico, si rende pertanto necessario per il prossimo triennio:

a) assicurare una costante azione di verifica sulla situazione epidemiologica e sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati

b) proseguire il processo di cambiamento solo timidamente avviato in questi anni ribadendo i principi che devono orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale: non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva multiprofessionale e multidimensionale di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione (devono essere definiti i tempi di permanenza nelle strutture riabilitative residenziali ed i criteri di inclusione), prevedendo programmi riabilitativi individualizzati che si applicano nel territorio nei contesti di vita delle persone, ridimensionando la residenzialità a vantaggio delle territorialità e della domiciliarità, definendo una diversa distribuzione di un budget economicamente insufficiente per due terzi mediamente rappresentato dal costo delle strutture residenziali gestite dal privato sociale e imprenditoriale scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale servizi di comunità, intesi come servizi comprensivi e dipartimentali, unitari per tutte le fasce di età e per tutte le patologie secondo le indicazioni dell'OMS.

ASSESSORATO REGIONALE ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

Regol. n 9 del 10 febbraio 2010

Modifica ed integrazione del Regolamento. Regionale 13 Gennaio 2005, n.3 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori".

Art. 1

(Centro Residenziale Terapeutico per Minori (CRTM) - Standards)

Definizione Il Centro Residenziale Terapeutico per Minori è una struttura che accoglie minori con disturbi psicopatologici, ritardo mentale o gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo o per brevi periodi.

Il CRTM utilizza la residenzialità temporanea a breve-medio termine a fini educativo-terapeutico-riabilitativi, in situazioni nelle quali si rilevi la necessità di una temporanea discontinuità del rapporto con il contesto di vita.

I CRTM rappresentano parte integrante dei servizi di NPIA, con i quali lavorano in stretto raccordo. L'obiettivo della residenzialità nei CRTM è quello di avviare, di concerto con i servizi NPIA territoriali competenti e con i servizi sociali, percorsi terapeutici volti al recupero ed al potenziamento dell'autonomia personale e sociale dell'individuo ed alla riduzione dei comportamenti disfunzionali, garantendo un contesto relazionale e sociale stabile ed affettivamente saliente, nonché una specifica presa in carico terapeutica della patologia neuropsichiatrica di cui l'individuo è affetto.

...

Destinatari: I CRTM sono deputati all'accoglienza di soggetti affetti dai seguenti disturbi neuropsichiatrici, in situazioni particolari

- Gravi disturbi della comunicazione / relazione (disturbi pervasivi dello sviluppo)
- Disturbi della condotta
- Schizofrenia ad esordio precoce
- Gravi disturbi dell'umore
- Disturbi della condotta alimentare
- Disturbi di personalità
- Ritardo mentale

Situazioni nelle quali è previsto l'inserimento in CRTM:

- Necessità (rilevata dai servizi territoriali di NPIA) di periodi di residenzialità terapeutica
- Provvedimenti di allontanamento disposti dal tribunale dei minori a causa dell'inadeguatezza dell'ambiente familiare.



Organi inviati:

servizi di neuropsichiatria infantile territoriali, in condivisione con i servizi sociali del comune di riferimento

Art. 2**(Centro Semiresidenziale Terapeutico per Minori (CSRTM)- Standards)**

...

ASSESSORATO REGIONALE AL WELFARE

L. R. n. 19 del 10 luglio 2006

“Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”**Art. 14 (Osservatorio regionale delle politiche sociali)**

2. Nell'ambito dell'Osservatorio regionale si colloca il Centro regionale di documentazione per le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, che opera quale centro regionale di raccolta e analisi di documenti e buone pratiche sulle problematiche sociali riferite ai minori e può essere articolato per macro-tematiche e che, in attuazione della legge 23 dicembre 1997, n. 451 (Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia), provvede a raccogliere esclusivamente i dati relativi ai minorenni e collabora nell'elaborazione delle politiche sociali regionali in favore dei medesimi.

ASSESSORATO REGIONALE AL WELFARE

Regol. n.4 del 18 gennaio 2007

Ad attuazione della L. R. n. 19 del 2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”.

TITOLO V STRUTTURE E SERVIZI SOCIALI RICONOSCIUTI**CAPO I (Strutture per Minori)****Articolo 45 (Norma generale)**

...

Gli Accordi di programma definiti con le AUSL ai fini dell'approvazione dei Piani di Zona regolamentano i rapporti per gli interventi socio-sanitari presso le strutture che accolgono minori con disabilità fisica e/o psichica ovvero con disturbi della personalità.

Articolo 47 (Comunità familiare)

Articolo 48 (Comunità educativa)

Articolo 49 (Comunità di pronta accoglienza)

Articolo 50 (Comunità alloggio)

Articolo 51 (Gruppo appartamento)

Articolo 52 (Centro socio-educativo diurno)**Tipologia, carattere e destinatari:**

Il Centro socio-educativo diurno è una struttura di prevenzione e recupero aperta a tutti i minori che, attraverso la realizzazione di un programma di attività e servizi socioeducativi, culturali, ricreativi e sportivi, mira in particolare al recupero dei minori con problemi di socializzazione o esposti al rischio di emarginazione e di devianza o diversamente abili.

E' necessario che il centro socio-educativo diurno rivolga la propria attività alla totalità dei minori residenti nel territorio di riferimento, al fine di promuoverne l'integrazione sociale e culturale. ... Il centro offre sostegno, accompagnamento e supporto alle famiglie ed opera in stretto collegamento con i servizi sociali dei Comuni e con le istituzioni scolastiche, nonché con i servizi delle comunità educative e delle comunità di pronta accoglienza per minori.

Ricettività:

Se il centro accoglie anche minori con diversamente abilità o con problematiche psico-sociali, le eventuali prestazioni sanitarie sono erogate nel rispetto del modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale.

Prestazioni:

La struttura si colloca nella rete dei servizi sociali territoriali, caratterizzandosi per l'offerta di una pluralità di attività ed interventi che prevedono lo svolgimento di funzioni quali l'ascolto, il sostegno alla crescita, l'accompagnamento, l'orientamento.

...

Il Centro può organizzare, a titolo esemplificativo, attività quali:

...

- prestazioni sociosanitarie eventualmente richieste per minori con problematiche psico-sociali.

...

Le attività del Centro si realizzano attraverso interventi programmati, raccordati con i programmi e le attività degli altri servizi e strutture educative, sociali, culturali e ricreativi esistenti nel territorio.

Articolo 60 (*Centro diurno socio educativo e riabilitativo*)

CAPO IV (Strutture per persone con problematiche psico-sociali)**Articolo 70**

(Casa famiglia o casa per la vita per persone con problematiche psicosociali)

ASSESSORATO REGIONALE AL WELFARE

Del. G.R. n. 1875 del 13 Ottobre 2009 Piano Regionale Politiche Sociali

2.2.5 Politiche sociali nell'area della salute mentale

E' da rilevare che alla base di fenomeni di devianza minorile molte volte si riscontrano problematiche connesse all'ambito dei disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza. ... è necessario individuare anche interventi specifici per il trattamento di minori con disturbi psichici, di personalità e/o con doppia diagnosi, tramite percorsi integrati tra i servizi di salute mentale, i servizi della neuropsichiatria infantile, della scuola e i servizi sociali territoriali.

Le ASL della Regione, dal 2007 e in prosieguo alle annualità precedenti, hanno assicurato la continuità delle prestazioni socio-assistenziali in favore delle persone affette da disturbi psichici, di cui alla legge regionale 7 settembre 1987, n. 26, abrogata per effetto delle disposizioni di cui alla lettera c) comma 5 dell'art. 70 della legge regionale 10 luglio 2006 n. 19, in virtù dell'art. 32 della legge regionale n. 10/2007 (norma transitoria) nelle more dell'approvazione del nuovo Piano Regionale delle Politiche Sociali.

A tal proposito la struttura regionale competente per materia si farà carico di predisporre apposito schema di legge affinché le ASL possano continuare ad erogare ai pazienti psichiatrici tali prestazioni socio-assistenziali, comunque effettuate nell'ambito di un programma terapeutico-riabilitativo individuale.

Nell'ottica dell'integrazione socio sanitaria di cui al paragrafo 2.3 del presente Piano regionale, per definire in favore dei cittadini pazienti psichiatrici e disabili psichici un Progetto di assistenza individuale finalizzato alla "presa in carico", gli interventi socio-riabilitativi sopra richiamati dovranno essere attivati di concerto tra i Centri di Salute Mentale e gli Ambiti Territoriali.

Per la stessa ragione, e tenuto conto delle competenze specialistiche necessarie per definire i progetti individuali e le esigenze del territorio, al fine di sviluppare un intervento integrato, partecipa alle riunioni dell'Ufficio di Piano dedicate alla progettazione nell'area della salute mentale il Direttore del Dipartimento per la Salute Mentale o suo delegato, in analogia a quanto disposto dall'art. 110 del Regolamento regionale n. 4/2007 relativamente alle dipendenze patologiche.

Mappatura e interviste

Le informazioni raccolte nelle varie interviste, qui di seguito riportate e commentate, risentono di una visione articolata ma pur sempre parziale e circoscritta della realtà regionale esistente e quindi suscettibile di modificazioni e integrazioni.

Per la mappatura dello scenario normativo regionale:

Dr.ssa Maria De Palma, Dirigente Ufficio Assistenza Territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, Assessorato alle Politiche della Salute, Regione Puglia

Dr. Piero D'Argento, Area di Coordinamento Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità, Regione Puglia

Per l'intervista nell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile:

Dr. Claudio Ziccarelli, U.O. Neuropsichiatria infantile Monopoli-Conversano, ASL BA

Per la scheda di rilevazione a cura dell'UONPIA e dell'Ufficio di Piano

Sig.ra Anna Campioto, Assistente Sociale Comune di Bari, Assessorato al Welfare

Dr. Claudio Ziccarelli, U.O. Neuropsichiatria infantile Monopoli-Conversano, ASL BA

Per l'intervista realtà del Terzo settore:

Dr.ssa Simona Tundo, Presidente Associazione Maieutica-Cooperativa Technè, Bari

Per la rilevazione di un'esperienza di Buone Prassi:

Dr Michele Corriero psicopedagogista èquipe progetto *Superabili* Associazione Sideris Valenzano (BA)

Per l'intervista nel contesto scolastico:

Prof.ssa Carmela Montagnolo, Referente per l'educazione alla salute, Scuola media di 2° grado, "G. Verga", Bari

Dr.ssa Rosanna Spizzico, Presidente Associazione italiana educazione contraccettiva sessuale - Centro per l'infanzia e l'adolescenza AIECS, Bari

La percezione del fenomeno indagato

All'unanimità tutti i testimoni coinvolti hanno espresso una chiara percezione del disagio psichico adolescenziale come di un fenomeno esistente, dilagante, in espansione, spesso sommerso e dai confini vaghi e sfumati. Sia la referente dell'Ufficio di Piano sia il Neuropsichiatra infantile, Dr. Ziccarelli, riferiscono di intervenire da sempre su problematiche connesse al disagio psichico in età adolescenziale, scaturite ora dalla relazione con la famiglia, ora con il gruppo classe, ora associate a tematiche esistenziali. E aggiungono di venire a conoscenza di queste realtà a rischio attraverso il canale scolastico, familiare, parrocchiale o del privato cittadino.

Secondo il Neuropsichiatra, il disagio in adolescenza può essere il preludio di una patologia oppure l'espressione di un periodo critico di transito esistenziale con confusione del proprio sé, della propria identità di genere e dei propri orientamenti futuri di vita.

Questi aggiunge inoltre che non c'è un distinguo tra servizi preposti a questo fenomeno né progetti finalizzati con un monte ore specifico, risorse professionali, strumentali e strutturali preposte. Da un conteggio approssimativo conclude che sul campione totale di ragazzi e bambini che arrivano al suo Servizio gli adolescenti saranno un buon 30%. Il contributo ricevuto dal Dr. Porcelli neuropsichiatra impegnato nell'U.O.N.P.I.A. del territorio barese, (contattato solo telefonicamente), fa intendere invece di approcciare una percentuale della popolazione adolescenziale molto più vasta.

La prof.ssa Montagnuolo riporta di incontrare un disagio di vario tipo: crisi adolescenziali, sofferenze che trovano origine nella storia dei propri nuclei familiari (costituiti da monogenitorialità, genitore in stato di detenzione, povertà, background culturale basso), difficoltà ad accettarsi fisicamente, assenza di riferimenti affettivi stabili, smarrimento sul piano di contenimento del proprio comportamento in genere, della condotta alimentare, dell'uso del computer, del rispetto di un ritmo regolare di riposo notturno (diventa disagio perchè poi a scuola è motivo di emarginazione l'addormentarsi sul banco o essere obeso...).

La percezione sulla presa in carico del fenomeno

Attualmente pur registrando una maggiore prevalenza del fenomeno, tutti gli attori di questa fase progettuale, lamentano difficoltà per quanto concerne le loro reali possibilità di intervenire per garantire una adeguata presa in carico del disagio psichico dell'adolescente. Sia l'UONPIA che l'Associazione Maieutica, che l'Ufficio di Piano dei Servizi Sociali del Comune di Bari, riferiscono di disporre di strumenti, risorse, servizi, spazi e reti di connessioni interistituzionali limitate ed insufficienti alla presa in carico integrata.

Il Neuropsichiatra riferisce che la presa in carico dell'adolescente punta alla conoscenza approfondita del suo ambiente, dell'ambito scolastico, attraverso il Medico di Medicina Generale e attraverso l'adolescente stesso. Ma che nonostante questa è carente sul piano del monitoraggio longitudinale del caso, a causa della precarietà dei servizi e della limitatezza delle risorse investite.

L'associazione Maieutica nell'ottica della presa in carico percepisce come positivo l'inserimento dei ragazzi nel circuito del centro sportivo italiano in quanto l'assunzione di ruoli, responsabilità pare rappresentare per loro un'occasione di riscatto e di allontanamento da certi contesti ad alto rischio psicosociale.

L'associazione AIECS dal proprio canto legge i propri servizi come rappresentativi di una presa in carico abbastanza completa ed integrata, in quanto l'attività consultoriale permette all'adolescente così come al nucleo di appartenenza che ne faccia richiesta di essere seguito nel tempo, attraverso percorsi complementari, quello psicologico e quello medico.

Anche la scuola percepisce la presa in carico di questo fenomeno secondo parametri di funzionalità. La Prof.ssa riporta che l'istituto da tempo si avvale di diversi strumenti e contatti: lo psicologo del centro di ascolto per le famiglie della Circoscrizione Japigia. Questo professionista per una volta a settimana raggiunge la scuola e riceve genitori, adolescenti e insegnanti che sentono la necessità. Di un confronto.

Inoltre la scuola conserva rapporti di collaborazione anche con i servizi sociali locali; questi mettono a disposizione dei ragazzi appartenenti ai nuclei familiari svantaggiati educatori domiciliari (al momento è un servizio sospeso), permettono loro di fruire di percorsi di tutoraggio e sostegno scolastico, facilitano il loro inserimento in centri diurni, nelle ore post-scolastiche. Queste collaborazioni a fine annualità scolastica divengono occasione di incontro di équipe multiprofessionale, finalizzato a valutare e monitorare il lavoro di questi educatori.

In più la scuola si avvale della pedagoga dell'Azienda ASL BA, per i casi conclamati di disagio, per cui c'è già una diagnosi funzionale.

Infine, la scuola attraverso il proprio personale di docenti rivolge a questi ragazzi una didattica mirata, i cosiddetti percorsi individualizzati per le rispettive discipline, laboratori finalizzati alla loro integrazione nel gruppo classe di digitopittura, manipolazione ed espressività in genere, grazie alla disponibilità di fondi comunali. Di recente grazie ad alcuni fondi regionali la scuola "G. Verga" ha progettato e realizzato un progetto di diritti alla scuola.

In conclusione la prof.ssa Montagnuolo non segnala criticità relative alla presa in carico di queste forme di disagio adolescenziale nel proprio contesto di lavoro, ma piuttosto rimarca la necessità di rinforzare queste collaborazioni, perché puntino ad un contrasto dell'atteggiamento di delega che generalmente le famiglie di questi ragazzi hanno.

In sostanza e a conclusione di tutti questi contributi, si può asserire che la presa in carico attuata da tutte queste figure professionali a dir loro è tuttavia percepita come fragile sul piano dell'investimento delle risorse impegnate in tal senso, della loro continuità nel tempo, della loro messa in rete, e non ultimo sul piano della logistica.

Proposte avanzate

L'Ufficio di Piano in quest'ultimo biennio è intervenuto con la costituzione del *Tavolo per la Salute Mentale*, per quanto al momento di esclusiva pertinenza per l'età adulta e del *Tavolo minori* nel quale tuttavia la fascia adolescenziale è stata affrontata in modo aspecifico.

Punti di forza e punti di criticità

Pur in presenza di reali impedimenti, così come esposti, alla realizzazione dei propri intenti professionali, nell'arco di questi anni l'Ufficio di Piano dei Servizi Sociali del Comune di Bari ha stanziato fondi per mezzo della Legge 285/1997, che hanno permesso la progettazione e attivazione di Servizi specifici e competenti nella rilevazione, oltre che nella presa in carico, di quelle situazioni a rischio psicosociale ancora sommerse. Tra questi si riportano: Centri diurni, Centri di Ascolto, Centri Aperti Polivalenti.



La realizzazione di tali strutture ha inoltre migliorato il raccordo di rete tra le differenti realtà che incrociano e intervengono su questi nuclei familiari in disagio o a rischio di disagio: la Scuola, le Parrocchie, i Pediatri di libera scelta.

Inoltre ha progettato e implementato le Cabine di regia finalizzate a monitorare nel tempo l'andamento del disagio rilevato, attraverso incontri bimestrali tra un referente della Ripartizione Solidarietà Sociale, uno dei Servizi Sociali Circostrizionali ed uno del Privato Sociale coinvolto nella presa in carico del caso in questione. Ad oggi ci sono tante cabine di regia quante sono le Circostrizioni presenti sul territorio di Bari città.

Ancora, ha attivato il Progetto Do Mést (dal maestro), finalizzato a garantire l'esperienza di tirocini formativi per adolescenti, previa intesa tra il Privato Sociale, l'USSM (Ufficio Servizio Sociale del Ministero della Giustizia) e i Servizi Sociali del Comune di Bari.

Infine il progetto "Borse lavoro UISP", finalizzato a realizzare tirocini formativi in ambito sportivo per minori entrati nel circuito penale.

L'U.O. di Neuropsichiatria territoriale di Monopoli ha, a sua volta, nel 2004 e 2005 organizzato esperienze formative con seminari di 4-5 incontri annuali, rivolti agli insegnanti che hanno spontaneamente mostrato interesse alla tematica, appartenenti a tutti gli istituti di Monopoli sulle tematiche dei comportamenti dirompenti, sul bullismo, sulla condotta oppositiva-provocatoria, sulla depressione. Tutte le scuole medie e tutte le scuole superiori colsero questa opportunità per un paio di anni, ma poi la mancanza di incentivi da parte della scuola ha fatto estinguere questa iniziativa. Il bullismo suscitava parecchio interesse.

Tutt'oggi il Servizio si rende disponibile ad offrire una formazione specifica sulla componente sanitaria della presa in carico di questi soggetti, quando seguiti dai Servizi Sociali per problematiche di altra natura, oltre che a proseguire questi percorsi formativi al personale scolastico degli istituti interessati a riceverne.

Anche l'attivismo dell'Associazione Maieutica e AIECS nell'ambito della rilevazione e presa in carico del disagio adolescenziale è emblematico della possibilità di "fare, operare, intervenire" su un dato fenomeno, pur in presenza di scarse risorse e di fragili reti di connessione tra Servizi.

Gli elementi di criticità maggiormente evidenziati originano, invece, dall'assenza o inadeguatezza degli spazi di lavoro (nel caso del Neuropsichiatra, questi oltre ad essere piccoli sono anche condivisi con altri specialisti) e di risorse di vario tipo.

Da quanto riferito, nel contesto cittadino non risultano esserci associazioni di familiari con figli interessati da questa tipologia di disagio.

Lo stesso accordo di programma in ambito distrettuale tra l'ASL BA e l'Assessorato al Welfare del Comune di Bari datato 22/03/2010 non ha portato a ulteriori sviluppi in tal senso.

La NPI come Servizio garantito dall'ASL alla comunità, pur facendo parte del Dipartimento di Salute mentale, non ha una cassa autonoma, come invece ha la Salute mentale, pertanto nei casi di estrema necessità l'unico optimum diventa un raccordo con i Servizi Sociali.

Osservazioni

Il contesto interlocutorio che si è creato con la realizzazione delle interviste ha messo in rilievo alcuni aspetti degni di nota; che qui di seguito si elencano:

- la disponibilità al confronto, spesso determinata e attribuita dai professionisti stessi ad un vissuto di solitudine che da tempo accompagna il proprio operato nel contesto lavorativo;
- la disponibilità alla condivisione delle proprie competenze per accrescere la qualità dell'intervento che ad oggi rivolgono agli adolescenti con disagio psichico con cui entrano in contatto;
- l'aspettativa che attività finalizzate, come la presente, riescano ad aumentare il grado di sensibilità e coinvolgimento a questo fenomeno da parte degli attori e stakeholders impegnati nei processi di programmazione e coordinamento dei servizi socio sanitari regionali.

La scheda per la mappatura

La presente scheda comprende i contributi afferenti a:

- l'Ufficio di Piano dell'Assessorato al Welfare del Comune di Bari, nella persona dell'Assistente Sociale, Sig.ra Anna Campioto
- l'Unità Operativa della Neuropsichiatria Territoriale Monopoli-Conversano, nella persona del Dr. Claudio Ziccarelli

Manca il contributo afferente ad un'Associazione in quanto, secondo le fonti intervistate, il territorio sembra esserne sprovvisto.

N. Item	Area	Indicatore	Razionale	Riferimento temporale	Tipologia di dato/ punteggio	Standard	Fonte dei dati	Suggerimenti per la compilazione
1	RISORSE	Il tema del disagio psichico degli adolescenti è stato dibattuto all'interno dei tavoli del Piano di Zona (tavolo minori o tavolo salute mentale)	La discussione nei tavoli del piano di zona esprime interesse verso il tema del disagio psichico degli adolescenti	Ultimo anno (2009) e attuale	Si / No	Si	Ufficio di Piano	Il confronto tra diversi soggetti che si occupano di disagio psichico negli adolescenti è un elemento qualificante
<p><i>Risposta e osservazioni dell'Ufficio di Piano</i></p> <p>In questo ultimo biennio è stato costituito un Tavolo per la Salute Mentale di esclusiva pertinenza per l'età adulta ed un Tavolo minori nel quale la fascia adolescenziale è stata affrontata in modo aspecifico. L'approfondimento unico di questo ultimo tavolo ha riguardato la tematica dell'abuso e del maltrattamento all'infante e adolescente. Peraltro, alla composizione di queste due realtà non è ancora seguito alcun altro incontro.</p>								
2	RISORSE	Sono state realizzate intese di programma sul disagio psichico degli adolescenti a livello distrettuale	Le intese di programma sono degli strumenti di applicazione delle pratiche locali	Attuale	Si / No	Si	Ufficio di Piano	La realizzazione di un documento sul tema condiviso è un elemento qualificante
<p><i>Risposta e osservazioni dell'Ufficio di Piano</i></p> <p>Di fatto in ambito sociale non è stata realizzata alcuna intesa di programma su questo specifico tema, fatta eccezione di uno sempre relativo alla violenza. In ambito distrettuale vi è stato un accordo di programma fra l'ASL BA e l'Assessorato al Welfare del Comune di Bari datato 22/03/2010.</p>								
3	RISORSE	Sono state allocate risorse sul disagio psichico degli adolescenti a livello del Piano di Zona Distrettuale	Lo stanziamento di risorse adeguate sul disagio psichico degli adolescenti costituisce una misura dell'impegno in questo ambito da parte degli Enti Locali	Attuale	Si / No	Si	Ufficio di Piano	Indicare se possibile il budget pro-capite (rispetto agli abitanti)
<p><i>Risposta e osservazioni dell'Ufficio di Piano</i></p> <p>I fondi stanziati dalla Legge 285/1997 hanno permesso ai Servizi Sociali del Comune di Bari nell'arco di questi anni di progettare e attivare Servizi specifici e competenti nella rilevazione, oltre che nella presa in carico, di quelle situazioni a rischio psicosociale ancora sommerse. Si riportano qui di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centri di Ascolto e Centri Aperti Polivalenti (questi ultimi due realtà di recente sono stati accorpati in Servizi congiunti). - La realizzazione di tali strutture ha inoltre migliorato il raccordo di rete tra le differenti realtà che incrociano e intervengono su questi nuclei familiari in disagio o a rischio di disagio: la Scuola, le Parrocchie, i Pediatri di libera scelta. - Cabine di regia finalizzate a monitorare nel tempo l'andamento del disagio rilevato, attraverso incontri bimestrali tra un referente della Ripartizione Solidarietà Sociale, uno dei Servizi Sociali Circoscrizionali, uno del Privato Sociale coinvolto nella presa in carico del caso in questione. Ci sono tante cabine di regia quante sono le Circoscrizioni presenti sul territorio di Bari città. - Progetto Do West (dal maestro) finalizzato a garantire l'esperienza di tirocini formativi per adolescenti, previa intesa tra il Privato Sociale, l'USSM (Ufficio Servizio Sociale del Ministero della Giustizia) e i Servizi Sociali del Comune di Bari. - Borse lavoro USP finalizzate a realizzare tirocini formativi in ambito sportivo per minori entrati nel circuito penale. 								

N. Item	Area	Indicatore	Razionale	Riferimento temporale	Tipologia di dato/ punteggio	Standard	Fonte dei dati	Suggerimenti per la compilazione
4	PARTECIPAZIONE	n. delle associazioni o dei gruppi organizzati di familiari, utenti e cittadini che si occupano di disagio psichico degli adolescenti (anche in maniera non esclusiva)	La presenza di associazioni o gruppi organizzati partecipanti e attivi esprime la loro capacità di organizzazione mobilitazione	Attuale	Si /No	Almeno una organizzazione o gruppo organizzato	UONPIA Ufficio di Piano Associazioni	Specificare quante associazioni e quanti gruppi e la loro tipologia (familiari, volontari), indicare, se possibile, il n. di associati.
Risposta e osservazioni dell'Ufficio di Piano	Non si riportano informazioni a riguardo per mancanza sul territorio di associazioni di genitori o familiari che si occupano di questa tematica							
Risposta e osservazioni dell'UONPIA	Non esistono associazioni di familiari o volontari o di alcunché per il disagio degli adolescenti. Esistono per l'autismo, per patologie genetiche che procurano ritardo mentale e non altro. Quelle che ci sono comparse più per patologia che per fascia di età.							
5	PARTECIPAZIONE	Esistono riunioni dei servizi di neuropsichiatria che utenti, associazioni negli ambiti di vedo la partecipazione di familiari, utenti e associazioni	La partecipazione di familiari, utenti, associazioni negli ambiti di confronto esprime l'orientamento dei servizi pubblici a valorizzarne un ruolo attivo	Attuale	Si / No	Si	UONPIA	Ci si riferisce a riunioni di qualsiasi tipo (ad es. programmazione delle attività)
Risposta e osservazioni dell'UONPIA	Al momento no.							
6	INIZIATIVE	Sono state realizzate iniziative con impatto pubblico sul tema del disagio psichico degli adolescenti	La realizzazione di iniziative pubbliche, migliorando nella popolazione la conoscenza del fenomeno, contribuisce a ridurre lo stigma sociale	Ultimo anno (2009) e attuale	Descrittivo- Buone Prassi	Almeno una iniziativa	UONPIA, Ufficio di Piano, Associazione	Specificare da chi sono state organizzate, da chi sono state partecipate e in quale contesto
Risposta e osservazioni dell'Ufficio di Piano	Nessuna iniziativa riportata.							
Risposta e osservazioni dell'UONPIA	Di iniziative aperte alla cittadinanza nessuna nello specifico. Ci sono state esperienze formative nel 2004 e 2005 con seminari di 4-5 incontri annuali che abbiamo rivolto agli insegnanti che hanno spontaneamente mostrato interesse alla tematica. Quando io ero ancora al SIM ho tenuto questi seminari a tutti gli istituti di Monopoli sulle tematiche dei comportamenti dirompenti, sul bullismo, sulla condotta oppositivo-provocatoria, sulla depressione. Tutte le scuole medie e tutte le scuole superiori colsero questa opportunità per un paio di anni, ma poi la mancanza di incentivi da parte della scuola ha fatto estinguere questa iniziativa. Abbiamo dato l'attestato di partecipazione ai presenti. Il bullismo suscitava parecchio interesse. Tuffi oggi siamo in posizione di disponibilità a chi ce ne fa richiesta, ma più di tanto non possiamo fare per mancanza di fondi							

Intervista al Dott. Claudio Zicarelli, U.O. di Neuropsichiatria Infantile di Monopoli

Il riferimento principale è il **Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza** che, oltre alle competenze sanitarie, ha la responsabilità e la regia degli interventi e della presa in carico degli adolescenti con disagio psichico.

A) SITUAZIONE

A1) Breve presentazione della situazione generale del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per quanto concerne la presa in carico di adolescenti con disagio psichico (con particolare riferimento al Polo Territoriale)

"Non c'è un distinguo tra servizi, che tengano conto delle fasce di età, oppure progetti finalizzati con ore destinate. Per la presa in carico dell'adolescente si punta alla conoscenza approfondita del suo ambiente, dell'ambito scolastico, attraverso il Medico di Medicina Generale e attraverso l'adolescente stesso. Nel caso del disagio in adolescenza, questo può essere il preludio di una patologia oppure un periodo critico di transito esistenziale con una situazione di confusione del proprio sé, della propria identità di genere e circa i propri orientamenti futuri di vita. Posso solo dire che sul campione totale di ragazzi e bambini che io seguo, gli adolescenti saranno un buon 30%."

A2) Ci può fare un esempio di un successo significativo che ritiene abbia ottenuto il Suo Servizio?

"Una ragazza oggi seguita dal SIM che aveva dispersione scolastica, prodromi di una forma di psicosi schizofrenica. Io ho fatto un primo colloquio con la madre nel mio ambulatorio e poi ripetute visite domiciliari alla ragazza, in quanto lei si rifiutava di uscire. Sono andato con l'infermiere del SIM, presso il cui Servizio a quel tempo lavoravo e dopo diverse sedute a domicilio siamo riusciti a farle assumere trattamento farmacologico con antipsicotici atipici, supporto psicologico. All'inizio rimaneva barricata in camera sua, con la porta chiusa a chiave; in un secondo momento è uscita. Mesi dopo c'era apertura e la ragazza matura la decisione di uscire da casa per fare tragitti sempre più lunghi. Il più lungo era per raggiungere il SIM. Si sono inseriti gli amici di famiglia e di una sorella nell'accompagnamento fuori. C'è stata una maggiore attenzione da parte sua per il corpo (inizialmente era obesa), più igiene alimentare ed intima. Oggi non ha una psicosi schizofrenica, perché si fermata prima".

A3) Ci può fare un esempio di una situazione che vive il Suo Servizio particolarmente carente o critica?

"Sicuramente gli spazi di lavoro. Sono troppo piccoli e per di più condivisi con altri specialisti (allergologi..) per cui sono spazi asettici e con ausili che non servono per la mia professione. In più ci sono criticità per quanto riguarda le risorse umane e strumentali in genere".

B) VALUTAZIONE ESPERIENZA

ASSOCIAZIONI

B1) Esistono associazioni (di familiari, volontari, ecc.) con le quali il Suo Servizio collabora? Se sì, in quale modo?

"Non esistono associazioni di familiari o volontari o di alcunché per il disagio degli adolescenti. Esistono per l'autismo, per patologie genetiche che procurano ritardo mentale e non altro. Quelle che ci sono comparse più per patologia che per fascia di età".

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

B3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

C) VALUTAZIONE ESPERIENZA

COOPERATIVE SOCIALI

C1) Esistono cooperative sociali con le quali il suo servizio collabora e che gestiscono servizi e/o progetti sul territorio?

"In realtà ce ne sarebbero e anche molte, se questo rapporto non fosse condizionato dal budget finanziario. La NPI come Servizio garantito dall'ASL alla comunità, pur facendo parte del Dipartimento di Salute mentale, non ha una cassa autonoma, come invece ha la Salute



mentale. I SIM hanno fondi per sussidi, per la riabilitazione lavorativa, hanno il servizio Home-maker a domicilio, ma solo per gli adulti con disagio psichiatrico. A noi della NPI si dà l'opportunità di poter spendere i residui che potrebbero avanzare, ma che però di fatto non ci sono mai. Ci si raccorda con i Servizi Sociali per i casi che hanno anche violenza sociale o condizioni di rischio familiare, di modo da avvalerci dei loro fondi. In questi casi offriamo una formazione sulla componente sanitaria di questi soggetti alle risorse che i Servizi mettono a disposizione di queste persone". Non ci sono stanziamenti per assumere cooperative che sappiamo esserci nel territorio. Quando anche i genitori sono utenti psichiatrici alle volte ci avvaliamo dei soldi del SIM. Ci sono collaborazioni con i Consultori Familiari locali per l'invio dei casi che magari hanno rilevato a scuola".

D) VALUTAZIONE ESPERIENZA

ISTITUTI SCOLASTICI

D1) Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il suo Servizio e gli Istituti Scolastici del Territorio?

"Ci sono state esperienze formative nel 2004 e 2005 con seminari di 4-5 incontri annuali che abbiamo rivolto agli insegnanti che hanno spontaneamente mostrato interesse alla tematica. Quando io ero ancora al SIM ho tenuto questi seminari a tutti gli istituti di Monopoli sulle tematiche dei comportamenti dirompenti, sul bullismo, sulla condotta oppositiva-provocatoria, sulla depressione. Tutte le scuole medie e tutte le scuole superiori colsero questa opportunità per un paio di anni, ma poi la mancanza di incentivi da parte della scuola ha fatto estinguere questa iniziativa. Abbiamo dato l'attestato di partecipazione ai presenti. Il bullismo suscitava parecchio interesse. Tutt'oggi siamo in posizione di disponibilità a chi cene fa richiesta, ma più di tanto non possiamo fare per mancanza di fondi".

D4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

"Beh, l'ho detto: i fondi finanziari finalizzati alla gestione di queste forme di disagio. Occorrerebbero riorganizzazioni a livelli alti."

E) BISOGNO IMPLICITO E PROSPETTIVE

E1) Esaminando il dato degli adolescenti con disagio psichico afferenti al Suo Servizio, quanti sono secondo Lei quelli tra questi che si trovano in una situazione che non risponde alle loro necessità differenziando tra Polo Territoriale, strutture residenziali, semiresidenzialità e progetti di supporto territoriale?

"Per quanto io ne sappia, non c'è proprio niente. Ci sono al momento solo comunità con ragazzi con tematiche sociali. Qui ci sono operatori competenti in materia sanitaria, ma comunque non fruibili. Ci vanno solo ragazzi con risvolti anche sociali e che non necessariamente hanno anche problemi psichici. Soltanto a Lecce che io ne so c'è una comunità terapeutica per ragazzi. Anche questa però credo sia una comunità educativa, formalmente".

E2) Secondo il Suo parere quali sono le aspettative espresse dai ragazzi e dalle ragazze in carico al Suo servizio in relazione alle differenti modalità di presa in carico?

"ma, non saprei".

E3) Le vengono in mente casi in cui questo desiderio, esplicitamente espresso, abbia trovato accoglimento grazie a delle risorse già presenti sul territorio?

"no".

E4) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico?

"Vale tutto quanto ho detto finora".

Intervista alla Prof.ssa Carmela Montagnuolo - Scuola Media "G. Verga" Quartiere Japigia - Bari

1) Potrebbe offrirci una presentazione della situazione generale del Suo Istituto circa il fenomeno

del disagio psichico degli adolescenti?

Il disagio che incontrano è di vario tipo: crisi adolescenziali, sofferenze che trovano origine nella storia dei propri nuclei familiari (costituiti da monogenitorialità, genitore in stato di detenzione, povertà, background culturale basso), difficoltà ad accettarsi fisicamente, assenza di riferimenti affettivi stabili, smarrimento sul piano del contenimento della propria condotta in genere, del comportamento alimentare, dell'uso del pc, del rispetto di un ritmo regolare di riposo notturno (diventa disagio perchè poi a scuola è motivo di emarginazione l'addormentarsi sul banco o essere obeso...)."

2) Esistono Servizi con cui Lei collabora in queste situazioni?

La scuola si avvale di diversi strumenti e contatti:

- lo psicologo del centro di ascolto per le famiglie della circoscrizione Japigia,
- i servizi sociali della Circoscrizione,
- l'Azienda ASL per i casi conclamati che hanno già diagnosi funzionale di disagio.

3) Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il Suo Istituto Scolastico e i Servizi del Territorio?

Lo psicologo raggiunge la scuola una volta a settimana a scuola e riceve genitori, adolescenti e insegnanti che sentono la necessità di un confronto.

I Servizi Sociali mettono a disposizione di questi ragazzi appartenenti a nuclei familiari svantaggiati e problematici educatori domiciliari (al momento questo servizio è sospeso), permettono loro di far parte di percorsi di tutoraggio e sostegno scolastico, oppure facilitano il loro inserimento in centri diurni, per le ore post scolastiche. A fine anno poi i docenti e gli operatori dei servizi sociali coinvolti in questi servizi e progettualità si incontrano per fare valutazione e monitoraggio del lavoro di questi educatori.

La pedagoga dell'equipe dell'ASL BA, responsabile delle diagnosi funzionali, va a scuola per i casi conclamati di disagio e si interessa dello sviluppo degli apprendimenti e delle autonomie di questi ragazzi.

La scuola con il proprio personale di docenti rivolge a questi ragazzi una didattica mirata, i cosiddetti "percorsi individualizzati per le rispettive discipline"; inoltre, avvalendosi di fondi comunali, programma laboratori finalizzati alla loro integrazione nel gruppo classe, di digitopittura, manipolazione e di espressività in genere.

In questi ultimi anni la scuola grazie a finanziamenti regionali ha progettato e realizzato un progetto di diritti alla scuola.

4) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

La prof.ssa crede ci siano protocolli di intesa, ma non sa aggiungere altro.

5) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

No, la professoressa non segnala alcuna criticità a riguardo.

6) In quanto insegnante come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza del Suo territorio?

Non può esprimersi in quanto la collaborazione è pressoché assente.

7) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico?

Un aumento delle risorse, un aumento della flessibilità dei servizi, maggiore integrazione. Pur non segnalando criticità nella rete con le risorse a disposizione, rimarca la necessità di rinforzare queste collaborazioni, perché siano maggiormente finalizzate a contrastare l'atteggiamento di delega che le famiglie di questi ragazzi disagiati hanno.

Intervista all'Associazione Maieutica Onlus, dott.sse A. Lacalamita e S. Tundo

Inquadramento giuridico:

Associazione onlus di promozione sociale



Territorio di pertinenza:
quartiere "San Paolo" di Bari

Equipe:

1 psicopedagogo con funzioni di coordinamento, formazione e supervisione
1 medico specialista in neuropsichiatria infantile
6 psicologi con diversi orientamenti professionali e ambiti di intervento
25 educatori

Reti di affiliazione:

Centro Sportivo Italiano (CSI)

Finanziamenti:

il cittadino privato
Fondi dell'Assessorato Welfare del Comune di Bari

Destinatari dell'intervento:

adolescenti e minori

Tipologia degli Interventi:

- Supporto psicologico individuale all'adolescente che ne fa richiesta
- Laboratori in classe sulla comunicazione interpersonale
- Tutoraggio in aula
- Valutazione psicodiagnostica degli adattamenti, apprendimenti e della personalità dell'adolescente
- Inserimento dell'adolescente nel Centro Sportivo Italiano con assunzioni di ruolo
- Mediazione interistituzionale per la segnalazione e presa in carico di adolescenti per cui si ipotizza la necessità di un sostegno didattico

Spazi lavorativi:

le tre Scuole Medie Secondarie Statali di 1° Grado presenti nel quartiere "San Paolo"

Protocolli di intesa:

l'associazione Maieutica e le dirigenze delle tre scuole medie inferiori hanno realizzato protocolli di intesa e convenzioni, finalizzate a:

- effettuare gli interventi negli spazi scolastici,
- prevedere la figura di educatori professionali in aula con funzioni di tutoraggio per coloro che richiedano la necessità e per i quali non è prevista la figura dell'insegnante di sostegno,
- permettere l'invio dei casi "a rischio" alla Associazione

Documentazione disponibile dell'azione

Una locandina esplicativa delle attività laboratoriali.

Le buone pratiche

A) Progetto "Superabili" Associazione Sideris Valenzano (BA)

Descrizione generale del Progetto

Il progetto SUPERABILI, finanziato dal Protocollo d'Intesa Fondazioni bancarie e Volontariato, sarà realizzato dall'Associazione di Volontariato Sideris Onlus di Valenzano in partenariato con le associazioni di volontariato U.N.I.Vo.C. (Unione italiana volontari pro ciechi), Verbum Caro, A.So.Tu.Dis. Onlus (Associazione solidarietà e tutela disabili), l'Ufficio scolastico regionale per la Puglia, l'Ufficio scolastico provinciale di Bari, il Dipartimento Scienze pedagogiche e didattiche dell'Università degli Studi di Bari, l'I.T.C. De Viti De Marco di Valenzano e l'Assessorato Politiche del lavoro e formazione professionale della Provincia di Bari.

Tale intervento è rivolto a minori e adolescenti della provincia di Bari, diversamente abili sul piano

motorio, psichico, linguistico e affetti dal disturbo ADHD - disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività.

L'equipe che coordinerà e realizzerà tutte le fasi dell'intervento è costituita da una responsabile del progetto per l'associazione "Sideris", da un dirigente medico specialista in Neuropsichiatria infantile, da un pedagogista e counsellor, da una psicologa e psicoterapeuta, da un'informatica e da un educatore.

La finalità principale di questa iniziativa è di favorire l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa di questi ragazzi. A tal scopo il Progetto coinvolgerà da una parte i docenti degli istituti scolastici di ogni ordine e grado e dall'altra gli alunni diversamente abili della scuola secondaria da orientare e avviare al lavoro, attraverso la sperimentazione dei Piani individuali di transizione (PIT). È prevista, inoltre, la realizzazione di laboratori prassici, di un laboratorio di informatica, di una rete mirata alla commercializzazione dei manufatti e alla creazione di auto impresa.

In fase di concertazione questa progettualità ha visto una serie di partenariati e ha definito protocolli di intesa con 58 scuole (elementari e medie).

La durata prevista sarà di due anni.

Caratteristiche generali del Progetto "Superabili"

L'efficacia: capacità del progetto di raggiungere in modo dinamico attraverso progressive azioni di autoaggiustamento, gli obiettivi che si prefigge e di rispondere in modo adeguato alle necessità/bisogni/desideri rilevati ex ante o espressi in corso di svolgimento

Ad oggi (visto l'avvio da poche settimane del progetto) prevalgono i riferimenti agli obiettivi del progetto e all'analisi ex ante effettuata (bisogno di maggiore competenza per le insegnanti per la gestione educativa dei casi, osservazione e rilevazione precoce della diagnosi, accompagnamento ed orientamento professionale).

Obiettivi- azioni in dettaglio:

informazione, sensibilizzazione e aggiornamento circa le strategie e tecniche psico-socio-educative da utilizzare con minori con ADHD (Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività), in forte aumento nella popolazione minorile, in favore di docenti degli Istituti Scolastici di ogni Ordine e Grado, famiglie, operatori socio educativi, pediatri di libera scelta e medici di base; l'orientamento e accompagnamento al lavoro per giovani con diversa abilità anche visiva in età lavorativa; realizzazione di laboratori prassici; sperimentazione in collaborazione con l'USP di Bari dei Piani Individuali di Transizione (PIT), di alunni iscritti presso gli Istituti Scolastici Secondari di Secondo Grado della Provincia di Bari.

Gli Indicatori:

- numero di manifestazione di interesse per l'adesione alla fase di sensibilizzazione;
- coinvolgimento costante a tutti i livelli degli enti coinvolti nel progetto (coordinamenti, incontri, confronti, analisi e delle criticità e risorse inedite che confluiscono nel progetto.)
- numero rilevante di adesioni delle scuole e del numero dei partecipanti;
- presenza alla fase di sensibilizzazione-aggiornamento degli insegnanti qualificata;
- il progetto è stato ritenuto portatore di innovazione in quanto la tematica dell'ADHD è stata affrontata in maniera integrata con un'equipe (neuropsichiatra, psicologo, pedagogista, educatore, giudice onorario T.M. per i minori) diversificata di professionisti che possono dare indicazioni ed orientare per migliorare le proprie competenze professionali e personali. Approccio sistemico rispetto alla partecipazione attiva dei diversi enti coinvolti;
- il progetto sviluppa forme di integrazione e lavoro di rete attraverso alleanze con tutti i soggetti della rete, in particolare con l'Ufficio regionale scolastico, il Servizio sociale -Welfare della Provincia di Bari, i Centri per l'impiego. Potenziamento di una rete riconoscibile e consultabile per le finalità del progetto. Integrazione con i servizi specialistici attivati nei Piani di Zona e nelle scuole;
- il progetto presenta caratteri di sostenibilità economica, finanziaria e culturale. L'associazione SIDERIS ha una sua attività già avviata precedente all'aggiudicazione del progetto, pertanto, rinforzerà le proprie competenze e potenzierà l'offerta dei servizi attraverso un processo di autofinanziamento e partecipazione ad altri progetti.

B) L'azione dell'Associazione Italiana di educazione contraccettiva e sessuale - AIECS

Intervista alla dott.ssa R. Spizzico

Inquadramento giuridico:

un'Associazione no profit /Consultorio privato

Territorio di pertinenza:

nel territorio del Quartiere Libertà, ma opera sull'intero ambito cittadino e provinciale di Bari

Equipe:

6 ginecologi

1 andrologo

2 psicologi con diversi orientamenti professionali e ambiti di intervento

4 consulenti responsabili della accoglienza, compilazione cartella di ingresso e dell'invio degli utenti ad altri servizi

Finanziamenti:

autofinanziamenti

il cittadino privato

Fondi dell'Assessorato Welfare del Comune di Bari

Sede:

via Giulio Petroni, n.96 a Bari

Periodo di realizzazione

Dal 1988 ad oggi

Destinatari dell'intervento

Adolescenti, coppia e famiglia

Tipologia degli Interventi:

il Centro adolescenza, un servizio rivolto a tutti i ragazzi dai 12 ai 18 anni attraverso attività Consultoriale Psicologica e Medico-Specialistica

Corsi di educazione alla salute e alla sessualità rivolti a docenti, genitori e studenti di Scuole secondarie inferiori e superiori di Bari e Provincia

CIC (Centri di Informazione e Consulenza) di alcune scuole secondarie di entrambe i livelli di Bari.

Aree di intervento generali:

la Sessualità, le problematiche adolescenziali, la Procreazione responsabile, la Contraccezione, la Legge 194/78, la Menopausa, l'Andrologia.

Reti coinvolte dall'intervento:

altri Enti del Terzo Settore, il Comune di Bari, l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile territoriale di Bari

Progetti di rete:

Progetti di rete ex legge 285/97 con altre Associazioni operanti sul Territorio barese (Centro Antiviolenza "Albachiara", Centro Educativo Aggregativo Territoriale Libertà, Centri Famiglie Territoriali di Carbonara e del Libertà' - San Girolamo-Fesca, Centro Giochi Madonnella).

Documentazione disponibile dell'azione:

www.aiecsbari.it

PARTE QUINTA – Sostenere le competenze degli operatori sociali

“L’adolescente ha una fiera intolleranza per la falsa soluzione. Noi possiamo dare qualcosa all’adolescente se, in quanto adulti, non offriamo false soluzioni e invece facciamo fronte alle sue sfide e rispondiamo ai bisogni quando sorgono”.

Donald W. Winnicott, 1965.

Il percorso che approda a questo progetto ha il “fiato” lungo e rappresenta solo una tappa di una serie di iniziative che si sono succedute in questi anni e che hanno avuto come centro gli adolescenti, ragazzi che vivono una particolare e nello stesso tempo avvincente fase della vita caratterizzata da cambiamenti, fino a quel momento, di secondaria importanza nella vita del bambino ma che da un certo punto diventano invece predominanti. Pensiamo alla maturità fisica e sessuale; il cambiamento nel rapporto con i genitori, delle risposte ed aspettative verso e da parte dei coetanei; un drastico cambiamento nell’atteggiamento della società nei confronti del comportamento della persona e su tutto questo la possibilità di pensare, di ipotizzare, di fantasticare, grazie allo sviluppo del pensiero astratto. Una fase delicata ma allo stesso tempo piena di opportunità e possibilità, irripetibile, che mette alla prova equilibri, relazioni, capacità che si struttureranno meglio nel corso dell’adulthood.

Il nostro lavoro si è concentrato in particolare sugli adolescenti con disagio psichico, o meglio, sulle adolescenze e le relazioni problematiche come è anche richiamato nel titolo di questo documento e si dirà anche in seguito.

Nella vita infantile possono esserci state molte potenziali aree di disturbo che però era possibile mantenere in equilibrio più o meno precari: equilibrio che viene meno nel momento in cui le nuove esigenze adolescenziali assumono un ruolo primario. L’adolescenza risulta così essere un periodo cardine nella vita della persona in cui egli non è più un bambino e non è ancora un adulto, è quindi importante considerare questo periodo della vita da un duplice punto di vista. Da una parte l’adolescenza diventa la cartina tornasole di tutte le vicende originali dello sviluppo psicoemotivo e dei primi rapporti oggettuali però, dall’altra, l’adolescenza è il momento in cui tutto subisce un cambiamento e da cui l’individuo esce trasformato potendo dare origine ad una nuova soluzione o andando verso la decadenza. L’adolescenza cioè può divenire un periodo fertile per il radicarsi di situazioni che evolveranno nell’età adulta come vere e proprie patologie mentali e comportamentali.

In questo senso l’adolescenza rappresenta una fase della vita caratterizzata da una significativa vulnerabilità individuale alla quale, in taluni casi, possono cumularsi fattori di rischio familiare e/o ambientale, che aumentano il pericolo di uno scompenso patologico e lo strutturarsi di un disagio.

L’esperienza di chi lavora con questi adolescenti è quella di incontrare giovani che attraversano momenti o periodi di tensione descritti verbalizzando di avere qualcosa dentro ma di non sapere bene di che cosa si tratti; oppure mettono transitoriamente in atto comportamenti particolarmente aggressivi (furti, passaggio all’atto di vario genere, promiscuità, assunzione di sostanze, isolamento, rapidi sbalzi di umore); al contrario possono ritirarsi in loro stessi, disinvestire persone ed attività, definendosi estremamente annoiati o poco interessati da ciò che li circonda. Di fronte a tali casi si è chiamati a raccogliere i segni del disagio, a formulare una valutazione diagnostica, nonché a capire qual è il significato di questi comportamenti nell’ambito dello sviluppo adolescenziale: se sono fatti fisiologici e dovuti a momenti temporali di disagio o se sono indicatori di un disturbo psicopatologico che si sta organizzando e tutto ciò al fine di accogliere l’adolescente e la sua sofferenza per progettare un efficace intervento.

Assume particolare risalto a tale riguardo il ruolo che possono svolgere i “professionisti”, gli operatori e, soprattutto, la loro preparazione. Come si affermava già nel piano Piano regionale triennale per la Salute Mentale della Regione Lombardia in attuazione del Piano socio sanitario regionale 2002-2004, “gli interventi sui gruppi a rischio, la diagnosi precoce, gli interventi precoci, l’attivazione della comunità locale come ambito in cui collocare attenzioni di tipo relazionale possono facilitare processi di inclusione e prevenzione. La comunità scientifica ha dimostrato già da alcuni anni che le fasi iniziali dei disturbi psicotici presentano importanti opportunità di prevenzione secondaria e terziaria. Le fasi iniziali delle psicosi rappresentano infatti un “periodo critico” in cui possono verificarsi le compromissioni più decisive. In questa fase è possibile fare previsioni di outcome a lungo termine e intervenire su una situazione psicopatologica e sociale della persona che è ancora plastica e responsiva al trattamento. L’identificazione precoce e l’intervento tempestivo nelle psicosi rappresentano un obiettivo cruciale dell’assistenza psichiatrica e in questo ambito sono state proposte pratiche cliniche innovative e nuovi modelli di intervento e organizzazione dei servizi. Numerose esperienze concordano nel riconoscere che

una specifica ed immediata risposta ai primi segnali di sofferenza, proteggendo la vulnerabilità della persona e il suo ruolo nell'ambiente, ritarda o modera l'evoluzione della malattia e delle sue conseguenze biologiche, psicologiche e sociali. Nel corso degli ultimi anni sono state proposte sia strategie di prevenzione secondaria per il riconoscimento di nuovi casi (primi episodi manifesti) e per una più opportuna e mirata presa in carico all'esordio, sia strategie per l'identificazione di soggetti con sintomi e/o caratteristiche personali e familiari che rappresentano un "fattore di rischio" per l'insorgenza di un grave disturbo psichico. Sono descritti numerosi programmi per il riconoscimento, l'intervento precoce e la presa in carico di soggetti a rischio di patologia grave giovanile, e/o nelle fasi iniziali e prodromiche di psicosi".

Le situazioni rispetto alle quali ci siamo confrontati, rientrano all'interno di alcuni ampi territori che interrogano gli operatori soprattutto nella loro capacità di operare in rete all'interno di contesti multidisciplinari:

- l'adolescenza normale e le problematiche che essa attiva;
- l'adolescenza come momento evolutivo con le sue specifiche problematiche che però irrompe all'interno di situazioni di patologia cronica;
- l'adolescenza che patologizza o psicopatologizza, con le vere e proprie crisi, le rotture e i traumi evolutivi;

· l'adolescenza che si confronta con eventi della vita impensabili e particolarmente traumatici: quelli che sono stati definiti eventi stressanti, eventi che diventano particolari detonatori di fragilità: e quindi di rischio evolutivo. Si parla di lutti, separazioni e conflittualità dei genitori, ecc... è una questione di approccio: non abbiamo a che fare con adolescenti problematici ma con adolescenti che hanno "relazioni problematiche". Dire che ci sono relazioni problematiche significa rendere imprescindibile il fatto che sia un'équipe sufficientemente ampia e fortemente integrata, ad accogliere l'adolescente sofferente e la sua famiglia. Solo un'équipe multiprofessionale e una pluralità di interventi possono e devono riuscire a definire uno spazio e a rilanciare progressivamente il senso del tempo, quindi del futuro e della speranza, proprio attraverso la programmazione degli interventi, l'elaborazione di un progetto, la definizione degli obiettivi e dei criteri di verifica. Un'équipe in grado di porre l'attenzione, sia per gli interventi, servizi gestiti dal privato sociale che del pubblico, sulla dimensione di una presa in carico dell'adolescente come soggetto globale: questo significa mettere in campo e, in un certo senso, in discussione, le responsabilità di tutti, soggettive e istituzionali. I processi di presa in carico devono, allora, per forza di cose, essere globali. Non può esistere un progetto educativo senza qualcos'altro, non può esistere un progetto terapeutico senza qualcos'altro. E questo qualcos'altro significa mettere in campo una progettualità quadro della situazione problematica, non solo dell'adolescente problematico. Progetto educativo, progetto terapeutico, rapporto con la famiglia sono parti di un'unica progettualità. Non la competenza ma la titolarità è dell'ente pubblico, che, funge da spazio pubblico di discussione, in cui vengono identificati i segni premonitori, in cui vengono identificate e unite le diverse competenze. Bisogna riconoscere all'interno del progetto quadro la fatica del coordinamento, la fatica dell'integrazione e le competenze diverse, degli ambiti sociale e sanitario. In altre parole, esistono relazioni problematiche che richiedono una presa in carico globale ed integrata.

Su questo stesso binario, quindi scorre, anche la linea che dovrebbe rappresentare la strada maestra dei percorsi dei percorsi formativi, dello studio e della ricerca, che devono produrre soprattutto questa capacità di mettere a disposizione saperi teorici e operativi diversi, modelli di lavoro integrati, metodologie attive, basate sullo studio di casi concreti, il confronto tra operatori con diverse competenze e modalità operative dei servizi pubblici e del privato sociale. Il lavoro di cura con gli adolescenti richiede altissima competenza, interesse autentico, dedizione, capacità di navigare in acque incerte tollerando il mal di mare e, a tratti, l'incertezza della meta; ma anche creatività, passione, buon rapporto con il proprio corpo e con il corpo dell'altro, capacità di attendere e di decantare, di usare la metafora e l'ironia come mezzi che delicatamente, e in modo non troppo diretto, possono cogliere e spiegare, lasciando però quella distanza e quel tempo necessari all'adolescente per la comprensione e per l'accoglienza dentro di sé di un messaggio che via via si chiarifica. L'équipe multiprofessionale e la pluralità degli interventi possono e devono riuscire a definire uno spazio e a rilanciare progressivamente il senso del tempo, quindi del futuro e della speranza, proprio attraverso la programmazione degli interventi, l'elaborazione di un progetto, la definizione degli obiettivi e dei criteri di verifica.

Accogliere il disagio psichico degli adolescenti significa inoltre occuparsi delle loro famiglie. In altro modo potremmo dire che non possiamo occuparci dell'adolescente senza occuparci dei genitori, della famiglia. "Quando si parla di disagio o di prevenzione di disagio si fa letteralmente riferimento ad uno stato di non accettazione del modo in cui si sta all'interno dei rapporti, con se stessi e con gli altri, in famiglia, a scuola e nel mondo. Non parliamo necessariamente di patologia ma di una condizione che impedisce, a chi la vive, di sentirsi in equilibrio con il proprio sé nelle relazioni; da qui la necessità dell'individuazione di spazi in cui i vari individui possano comunicare tra loro, luoghi in cui l'adulto e il ragazzo possano ricevere e dare un reale riscontro

alle proprie emozioni, alla narrazione, ai sogni, alle incertezze e ai desideri.

L'adolescente è per una sua natura impegnato in un cammino di transizione caratterizzato da una fisiologica instabilità. Il processo di separazione-individuazione adolescenziale che coinvolge sia i figli sia i genitori: l'adolescente deve separarsi dai genitori, dalle rappresentazioni di sé legate ai rapporti infantili e dei valori obiettivi ad essi collegati; i genitori devono a loro volta emanciparsi dai figli. Se l'adolescente si trova esposto al lutto fisiologico della perdita dei genitori idealizzati nell'infanzia, i genitori si trovano a loro volta privati di un rapporto narcisistico che deriva dall'essere la fonte di sostegno e di sicurezza dei loro figli. Quando la sofferenza di un figlio oltrepassa i limiti della crisi adolescenziale fisiologica e si esprime attraverso comportamenti problematici, a volte forti e inquietanti o sintomi persistenti, il disagio genitoriale è un ulteriore elemento di sofferenza dovuto alla momentanea messa fuori gioco delle competenze genitoriali per effetto della crisi in atto.

Allora ci occupiamo dell'adolescente e delle famiglie: l'adolescente diventa molto spesso il pretesto per una richiesta di occuparci di un disagio, di una sofferenza che inevitabilmente è all'interno del nucleo familiare. La capacità di lavorare con le famiglie, allora, rappresenta, di conseguenza, un ulteriore ambito di competenza degli operatori.

Occorre, infine, come ha ricordato il prof. Angelo Cocchi nel suo intervento al workshop formativo del marzo 2011 a Giulianova, sviluppare saperi operativi fondati su una sorta di "ottimismo terapeutico" che ci porti a ritenere, con una buona dose di buon senso fondato su evidenze scientifiche, che ce la possiamo fare. Anche in questo caso le competenze degli operatori devono costruirsi su alcune dimensioni fondamentali:

- concepire la persona nella sua continuità di vita;
- nuovo modo più critico e ottimistico nell'affrontare la malattia mentale;
- metodo scientifico nell'affrontare l'intervento di cura;
- capacità di pensare in maniera diversa ai servizi di salute mentale;
- diverso modo di realizzare alleanze e collegamenti.

PARTE SESTA - L'adolescenza con disturbi psichiatrici in fase di esordio. Percorsi di lettura a approfondimento.

Premessa

L'adolescenza è una fase evolutiva estremamente delicata, nella quale si ridefinisce l'identità della persona e vengono messe nuovamente in gioco risorse e difficoltà.

E' quindi, da un lato, di estrema importanza considerare sempre aperta la ridefinizione dei ruoli ed evitare etichettature precoci e rischi di cronicizzazione di disagi temporanei.

Allo stesso tempo è essenziale non perdere tempo prezioso ed essere in grado di fornire risposte tempestive ed adeguate al livello del bisogno.

E' proprio tra gli adolescenti ed i giovani adulti infatti che si assiste all'esordio di molte malattie psichiatriche, il cui andamento successivo ed il rischio di cronicizzazione sono strettamente legati alla risposta che i giovani pazienti ottengono dalle strutture e dagli ambienti con cui entrano in contatto.

In nessun epoca della vita come in adolescenza è fondamentale la capacità di dare risposte adeguate, tempestive, se necessario intense, ma anche di toglierle nel più breve tempo possibile, in un'ottica di massimo rispetto della riattivazione delle risorse del soggetto e del suo ambiente di vita.

Qui di seguito si trovano riportate delle indicazioni bibliografiche per approfondire alcuni aspetti importanti per approcciarsi in modo serio al tema dell'adolescenza con disturbi psichiatrici in fase di esordio. Indicazioni che attraversano:

- il mondo adolescenziale,
- le proposte riabilitative e di cura ad oggi presenti,
- il mondo scolastico, familiare,
- le competenze professionali coinvolte con uno sguardo privilegiato al mondo educativo.

Nel proporre questo lavoro si è avuta la pretesa di "sezionare" aspetti e sguardi sull'adolescenza in oggetti di lavoro definiti e non comunicanti tra loro. La suddivisione in capitoli è apparsa funzionale ad una maggior comprensione della complessità del tema e dei diversi sguardi che lo attraversano, in una logica di interdipendenza e integrazione necessaria per assumere uno sguardo multidisciplinare.

Si è consapevoli di non aver esaurito tutti i possibili approcci verso il tema del disagio psichico negli adolescenti. Sono stati individuati alcuni aspetti, a nostro avviso interessanti per chi, da punto di vista terapeutico, educativo e di sviluppo di comunità si vuole lasciare interrogare intorno a questo disagio che sta assumendo contorni sempre più allarmanti.

Sono proposti testi tratti dalla ricerca scientifica italiana, con qualche accenno anche alla ricerca internazionale. Il compendio va concepito come vademecum in una logica di *working progress*. Sono pertanto ben accetti dei rimandi di utilizzo, con indicazioni, suggerimenti, integrazioni e spunti di ricerca utili ad arricchire ancora questo strumento.

VI. 1 L'adolescenza e le patologie limite

I testi proposti sono studi e ricerche sull'adolescenza. Sono per la maggior parte ricerche di studiosi italiani o testi tradotti, che cercano di dare uno sguardo clinico, sociologico e educativo al mondo dell'adolescenza. E' solo una breve recensione di testi ad oggi disponibili.

Se ne presentano alcuni, utilizzando le note a margine del testo. Per gli altri si forniscono le indicazioni bibliografiche per la loro rintracciabilità.

- Philippe Jeammet, (2005), *Psicopatologia dell'adolescenza*, Roma, Borla Edizioni.
Questo libro è un tentativo di offrire al lettore italiano (psichiatria, psicoanalisi, psicologo, operatore delle istituzioni psichiatriche pubbliche) un panorama completo del fondamentale contributo che Philippe Jeammet ha dato negli ultimi anni alla psicopatologia dell'adolescenza. Il suo approccio psichiatrico si avvale, oltre che degli interventi psicoanalitici classici e rigorosi, di una vasta gamma di tecniche e di sussidi, dallo psicodramma analitico alle terapie di gruppo, dall'ospedale diurno all'ospedalizzazione a tempo pieno.
- Marcelli D., Braconnier A., (2006), *Adolescenza e psicopatologia*, Parigi, Biblioteca Masson.

Il testo presenta la psicopatologia dell'adolescente offrendone un ampio quadro d'insieme che ne evidenzia le specificità rispetto all'infanzia e all'età adulta.

Il libro si suddivide in cinque parti che trattano rispettivamente: i modelli di comprensione dell'adolescenza, lo studio psicopatologico delle condotte, i grandi raggruppamenti nosografici, il rapporto fra l'adolescente e il suo ambiente, i diversi approcci terapeutici.

• Muratori Filippo, (2008), *Ragazzi Violenti*, Bologna, Il Mulino

L'aggressività è un fenomeno molto complesso, non sempre sinonimo di violenza e non sempre immediatamente collegabile ad una diagnosi psichiatrica; perché un comportamento possa essere definito violento è infatti necessario l'intervento di molti fattori genetici, biologici, familiari o sociali, ancora in gran parte sconosciuti. L'autore del volume, dopo aver smontato una serie di luoghi comuni, a partire da quello che vede in aumento la violenza nelle nuove generazioni, individua le radici dell'aggressività, mette a fuoco le sue possibili cause, esamina le diverse tipologie di comportamento violento e i suoi rapporti con i disturbi psicopatologici. Infine, si sofferma sulle cure e sugli interventi di recupero, invitando tutti coloro che sono coinvolti nel processo educativo a non demonizzare il problema, ma a capire per poter prevenire, nell'interesse non solo dei soggetti a rischio ma anche dell'intera comunità.

• Benasayag Miguel, (2004) Schmit Gérard, *L'epoca delle passioni tristi*. Milano, Feltrinelli

Gli autori di questo libro sono due psichiatri che operano nel campo dell'infanzia e dell'adolescenza. Preoccupati dalla richiesta crescente di aiuto rivolta a loro, hanno voluto interrogarsi sulla reale entità e sulle cause di un apparente massiccio diffondersi delle patologie psichiche tra i giovani. Un viaggio che li ha condotti alla scoperta di un malessere diffuso, di una tristezza che attraversa tutte le fasce sociali. Viviamo in un'epoca dominata da quelle che Spinoza chiamava le "passioni tristi": un senso pervasivo di impotenza e incertezza che ci porta a rinchiuderci in noi stessi, a vivere il mondo come una minaccia, alla quale bisogna rispondere "armando" i nostri figli. I problemi dei più giovani sono il segno visibile della crisi della cultura moderna fondata sulla promessa del futuro come redenzione laica. Si continua a educarli come se questa crisi non esistesse, ma la fede nel progresso è stata ormai sostituita dal futuro cupo, dalla brutalità che identifica la libertà con il dominio di sé, dal proprio ambiente, degli altri. Tutto deve servire a qualcosa e questo utilitarismo si riverbera sui più giovani e li plasma. Per uscire da questo vicolo cieco occorre riscoprire la gioia del fare disinteressato, dell'utilità dell'inutile, del piacere di coltivare i propri talenti senza fini immediati. E' un invito rivolto a tutti, ma che assume preciso valore terapeutico per quanti, professionalmente, siano chiamati a rispondere al disagio giovanile: un invito ad aprire nuove piste per nuove pratiche cliniche.

• A.A.V.V.(2011) *La valutazione del danno psichico dell'infanzia e nell'adolescenza. Danno, pregiudizio e disabilità: aspetti clinici, medico-legali e giuridici*, Edizioni Giuffrè

• Andreoli A., Borgna E., Giaconia G., (1995), *Le ragioni dell'adolescenza: Il disagio giovanile tra neuropsichiatria infantile e psichiatria*, Guerini e Associati

• Ammaniti, M. e N., (2003), *Nel nome del figlio*, Oscar Saggi Mondadori.

• Ammaniti, M., (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina.

• Baldassarre, (2004), M., *Disturbi di personalità in adolescenza*, Borla.

• Bleiberg Efrain, (2001), *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Roma, Giovanni Fioriti Editore

• Caratelli Mariateresa, Santacroce Monica, Fortugno Silvia (2007), *Compendio di psichiatria dell'adolescenza*, ed. Aracne.

• Casoni A. (2008), *Adolescenza liquida. Nuove identità e forme di cura*, ed. EDUP - collana Studi e saggi.

• Cesaro M. (2010), *Adolescenza e salute mentale. Rappresentazioni del disagio psicosociale*, Milano, Franco Angeli

• Chan, R., (1994), *Adolescenza e follia*, Borla

• Chan, R., (2000), *L'adolescente nella Psicoanalisi*, Borla

• Charmet, G.P., (2000), *I nuovi adolescenti*, Raffaello Cortina

• Correale, A., (2006), *Area Traumatica e campo istituzionale*, Borla

• Dolto, F., *Adolescenza*, Oscar Mondadori.

• Freddi, C., (2005), *La funzione del gruppo in adolescenza*, Milano, FrancoAngeli

• Galimberti, U., (2007), *L'ospite inquietante*, Milano, Feltrinelli

• Mastrangelo, G., *Manuale di neuropsichiatria infantile*, Il pensiero scientifico

- Mises Roger, (1996), *Le patologie limite dell'infanzia*, Parigi, Elsevier Masson
- Novelletto, A., (1995), *Adolescenza e trauma*, Borla
- Novelletto, A., (1986), *Psichiatria Psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla
- Pellizzari, G., (2010), *La seconda nascita*, Milano, FrancoAngeli
- Quartana, Monnello Gianluigi, (2010), *Neuroscienze e mente adolescente*, Ma.Gi
- Senise, T., (2003), *L'Adolescente come paziente*, FrancoAngeli

VI.2 Esperienze di cura e riabilitative

Come già affermato in premessa, in nessun'epoca della vita come in adolescenza è fondamentale la capacità di dare risposte adeguate, tempestive, se necessario intense, ma anche di toglierle nel più breve tempo possibile, in un'ottica di massimo rispetto della riattivazione delle risorse del soggetto e del suo ambiente di vita.

I testi che seguono cercano di:

- offrire spunti di riflessione sugli interventi di prevenzione, di diagnosi precoce, di presa in carico terapeutica che si stanno offrendo nel nostro territorio nazionale;
- si riferiscono specificatamente al lavoro terapeutico con gli adolescenti o con i minori nella prospettiva di una presa in carico integrata che metta in dialogo la cultura e l'operatività dei diversi servizi socio-sanitari coinvolti;
- offrono indicazioni rispetto alla metodologia di intervento delle professionalità di area psico-socio-educativa che collaborano al lavoro di rete previsto dal progetto di cura;
- evidenziano l'importanza di costruire servizi come snodi di una rete specifica di unità di offerta interconnesse, da ognuno dei quali l'utenza possa essere riorientata ad altri servizi a minore o se necessario a maggiore intensità assistenziale, oltre che alla rete sociale (in assenza di una rete adeguata di servizi è infatti molto elevato il rischio che i ragazzi non ricevano quello di cui hanno bisogno, ma solo quello che è disponibile, con costi maggiori e minore efficacia, come ben descritto da Tansella per gli adulti (Thornicroft, Tansella 2000);
- evidenziano alcune caratteristiche della rete di servizi, quali la flessibilità, l'integrazione, la comunicazione, come criteri che caratterizzano il percorso di presa in carico degli adolescenti e l'uso appropriato dei servizi esistenti.

Comunità e Centri diurni terapeutici

- AA VV (1996), *La riabilitazione dell'adolescente nella comunità terapeutica. La patologia mentale grave: nuovi indirizzi metodologici*, Pisa, Edizioni del Cerro
- AA VV (2000), *Le comunità terapeutiche. Ricerca sul funzionamento organizzativo e formazione degli operatori*, Roma, Edizioni Kappa
- Battistella (a cura di), (2009), *Aspetti psicopatologici e psichiatrici nella cura e nella tutela del bambino e dell'adolescente*, atti convegno, Padova, ed. Coop. Libreria Università Padova
- Brunori L., Raggi C. (2007) *Le comunità terapeutiche tra caso e progetto*, Bologna, Il Mulino.
- Cerrai Moreno, (2008), *L'intervento riabilitativo in psichiatria dell'adolescenza. Il ruolo del centro diurno*, Edizioni ETS
- Cipollone L. (a cura di) (2001) *Il monitoraggio della qualità dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza: indicatori e strumenti*, Bergamo, Edizioni Junior.
- Conforto C. et al. (2005) *Lavorare in psichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri
- Costantino M.A, Tarricone R. (1999) "Analisi dei costi pieni delle prestazioni in una Unità operativa territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Lombardia", in *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, n. 66 (3): 361-372
- Crescentini A., De Felice F., Tonzar C. (2004), *L'educatore e la riabilitazione psichiatrica. L'integrazione professionale nelle comunità terapeutiche*, Roma, Carocci Editore
- Ferrari F., Lascioli A. (2005) *Operativamente educativi. Percorsi formativi per operatori di comunità terapeutica della Regione Veneto*, Milano, Franco Angeli.
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) (1998) *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Giusto G., Spinetti G. (2002) *Il trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare*, Edizioni La Redancia
- Kaneklin C., Orsenigo A. (a cura di) (1998) *Il lavoro di comunità. Una modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Roma, Carocci.
- Mariotti M., Frison R. (2000) *Relazioni terapeutiche e adolescenti multiproblematici: l'esperienza*

de La Rotonda, Milano, Franco Angeli.

- Masoni P. (1996) *La riabilitazione dell'adolescente nella comunità terapeutica. La patologia mentale grave: nuovi indirizzi metodologici*, Pisa, Edizioni del Cerro.
- Mingarelli L. (2009) *Adolescenze difficili. Autobiografia di una comunità terapeutica per adolescenti*, Torino, Editore Ananke.
- Pissacroia M. (1997) *Trattato di psicopatologia della adolescenza*, Firenze, Piccin-Nuova Libreria.
- Regogliosi L., Misesti P., Terzi A. (2006) *Giovani possibili. Adolescenti e nuovo welfare di Comunità*, Bari, La Meridiana.
- Ruggeri M., Dell'Agnola R. B. (2000) *Come valutare l'esito nei servizi di salute mentale*, Roma, Il pensiero scientifico
- Servizio Innovazione e formazione per la salute (a cura di) (2006) *Il disagio giovanile. Psicopatologia e trattamento del disturbo borderline di personalità*. Atti delle giornate di studio Borgo Valsugana (TN), U.O.P.3 Provincia Autonoma di Trento
- Sicaro, Goldschmidt (1997) *Valutazione degli esiti del trattamento comunitario*, in Spinelli, Zamporri (1997)
- Spinelli S., Zamporri F. (1997) *Comunità terapeutiche in psichiatria. Culture ed esperienze a confronto*, Milano, Nova Ars Libreria.
- Thornicroft G., Tansella M. (2000), *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a Matrice*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Turno M. (1997) *La comunità terapeutica in psichiatria dell'adolescenza*, in Pissacroia M. (1997)

Articoli

- AA.VV. (2005) "Luoghi istituzionali e adolescenza", Quaderni di Psicoterapia Infantile, 51, Roma, Borla.
- Badolato G., Cipolla B. (1997) "Le case-famiglia per adolescenti: una lettura psicodinamica" *Psicologia Clinica*, N. 1.
- Baldini T. (2003) "Esperienze di introduzione di metodologie ad orientamento psicodinamico in comunità di tipo familiare per adolescenti borderline", *Adolescenza e Psicoanalisi*, III-2.
- Baldini T. (2004) "Il lavoro di supervisione in comunità di tipo familiare per adolescenti borderline" *Psychomedia*, 4, 2.
- Bencivenga C. (2002) "Problematiche delle Comunità psichiatriche", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXII, 11.
- Bencivenga C., (2003) Giornate di studio: "Comunità terapeutiche per adolescenti", Mestre 15/16 Novembre 2002, *Psychomedia*, 18 febbraio.
- Berasi E., Buso M.G., Montanari P., Gianotti A., Montibeller M., Pelati P., Petri R., Rizzi F., Sabetta R. (2006) "Il trattamento comunitario per patologie borderline a insorgenza in età giovanile", *Infosanità*, 47, Provincia Autonoma di Trento.
- Borghese E. (2002) "La funzione del gruppo in una comunità per adolescenti: dal vivere l'abbandono al narrare ed elaborare il lutto", *Koinos - Gruppo e Funzione Analitica*, XXIII, 1-2.
- Buffalino C. (1996) "Lo specifico terapeutico nelle comunità terapeutiche", *Quaderni Rêverie*. Supplemento alla rivista *Rêverie*, 1, pp. 33-37.
- Camuffo M. (2001), "La qualità dei servizi di salute mentale: il punto di vista dell'utenza" in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, n. 68: 365-376
- Capodiecì S. (1999) "Il lavoro di supervisione per una comunità di adolescenti", *Psychomedia*, 22 maggio.
- Caratelli, T.J., Ferrara M., Monniello G., Sabatello U. (1995) "Servizi e cure istituzionali. Esperienza clinica e modelli operativi", *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 15 (2), pp. 121-127.
- Cianciusi L., Baldassarre M., Petrini P. (a cura di) (2007) "Famiglie oggi e psicopatologia. Famiglia e nuove patologie emergenti", *Quaderni dell'Istituto di Ricerche Europee di Psicoterapia Psicanalitica (I.R.E.P.)*, n.5.
- D'Elia L., De Crescente M., Pontaldi C. (2004) "Rete istituzionale e rete naturale. Clima terapeutico e cura dei confini nelle Comunità Terapeutiche", *Gruppi*, III.
- De Crescente M. (2002) "Le competenze dell'operatore di comunità: dalla formazione di base alla supervisione", *Psychomedia*, 29 Novembre.
- Ferrigno G., M. Marcenaro, Penati S., Senini M., Giacobini G., Rossi P., Fogato N., Fizzotti C., Natta W., Finocchio M., Giulianelli S., Vinciguerra V., Camposanto L. (2007) "Le comunità residenziali per adolescenti: una visita particolare", *POL.it psichiatria clinica* 2007.
- Marzani C. (1999) "La Comunità Terapeutica per adolescenti: un territorio da esplorare"

Psychomedia, 24 novembre.

- Novelletto A. (2004) "Gli interlocutori nel trattamento degli adolescenti in istituzione", Psychomedia, 4, 2.
- Novelletto A., Masina E., Montinari G., a cura di (2001) "Gli adolescenti e i loro contenitori. Case famiglia e centri diurni del Comune di Roma", Roma, Edizioni del Comune di Roma.
- Ongari B., Schadee H. (2003) "Adattamento e rappresentazioni dei rapporti interpersonali in adolescenti ospiti di comunità residenziali", Psicologia clinica dello sviluppo, N. 1, pp. 77-95.
- Pedriali E. (1999) "La professionalità dell'Operatore di Comunità: tra funzione psicoterapica e funzione psicoeducativa", Psychomedia, 13 dicembre.
- Perini M. (2006) "Le istituzioni per adolescenti e la gestione dei confini: crescere, curare, educare e contenere". Relazione presentata al Seminario Fattori di complessità nelle Comunità Terapeutiche per adolescenti, organizzato da Codess Sociale e AiTC - Associazione Italiana per la Terapia di Comunità (Roma, 11 febbraio 2006) (non ancora pubblicato).
- Pietropolli Charmet G. (1999) "Evoluzione del concetto di Comunità Terapeutica", Psychomedia, 10 luglio.
- Rossi L. (2000) Adolescenti e violenza. Strategie di diagnosi e riabilitazione. Milano, FrancoAngeli.
- Saraceno B. (1994) "Epidemiologia in neuropsichiatria dell'età evolutiva: aspetti metodologici e processi di valutazione", in Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, n. 14 (1):7-15

VI.3 Il disagio adolescenziale. Testi, documenti, esperienze di presa in carico

Nei servizi educativi nei quali operiamo, l'adolescenza è conosciuta attraverso i volti, uno diverso dall'altro, dei ragazzi che incontriamo. La loro presenza plasma i servizi, le opportunità aggregative. Le loro risorse diventano opportunità per molti. Le loro fatiche rendono al contempo fragili e solidali le relazioni.

Dentro questa complessità è difficile dare una definizione unica di adolescenza, evitando generalizzazioni e stereotipi. Ancora di più è tentare una definizione di disagio adolescenziale. Ne abbiamo delineato alcuni tratti che hanno preso la forma di patologie in fase di esordio, quindi ancora evolutive. Ma non sono esaustive. C'è molto altro ancora.

C'è un mondo adolescenziale che vive forme di disagio familiare, scolastico, relazionale, esistenziale.... sono volti conosciuti, "guardati".

Vorremmo rendere evidenti gli sguardi degli adulti che si prendono cura di questi adolescenti, vorremmo rendere evidenti gli sguardi degli adolescenti stessi attraverso le esperienze che in questi anni, nel territorio nazionale, sono diventati luogo di incontro tra "sguardi".

- Andraous V. (2002) *Un viaggio. Devianza minorile, carcere e comunità*, Pavia, Edizioni Casa del Giovane.
- Angeli A. (2002) "Classificazione delle comunità per minori", in Prospettive sociali e sanitarie, 6.
- Asilo Mariuccia (2002) *Cresciuti quasi da soli: adolescenti italiani e stranieri con progetti educativi nelle comunità alloggio dell'Asilo Mariuccia*, Milano, FrancoAngeli.
- Avalle C., Bastianoni P., Altamore R., (a cura di) (1994) *Vuoi sapere cosa ne penso io della comunità per minori? 56 ragazzi e ragazze si raccontano*, Quaderni: Educare in comunità, n.4, Firenze, Edizioni della Giunta Regionale Toscana.
- Babolin L., Bartellini S., Figini C., Gabrielli G., Izzo G., Toffanin J. (2000) *Il sapere e il sapore. Le comunità di accoglienza per minori*, Milano, Edizioni Paoline.
- Baraldi C., Piazzi G. (1998) *La comunità capovolta. Bambini a San Patrignano*, Milano, FrancoAngeli.
- Barbanotti G., Fiore A., Morroni M., Vigliani C. Vanni E. (1999) *Strumenti per la qualità*, Edizioni CNM, Quaderni: Educare in comunità.
- Barbanotti G., Iacobino P. (1998) *Comunità per minori. Pratiche educative e valutazione degli interventi*, Roma, Carocci Editore.
- Barberis S. (2001) *Emozioni dell'ascolto. Educatori, comunità, minori nelle situazioni d'abuso*, Milano, Unicopli.
- Bastianoni P. (2000) *Interazioni in comunità. Vita quotidiana e interventi educativi*, Roma, Carocci.
- Bastianoni P. (a cura di) (1992) *Chi vive in comunità? Un profilo dell'utenza*, Quaderni: Educare in comunità, n. 2., Firenze, Edizioni Giunta Regionale Toscana
- Bastianoni P. (a cura di) (1994) *Educare in comunità: la comunità nelle parole e nelle azioni*

- degli educatori, Firenze, Quaderni: Educare in comunità, n.5, Edizioni Giunta Regionale Toscana
- Bastianoni P. (a cura di) (1994) *Ricerca Longitudinale 1994. Intervento educativo e percorsi di crescita: una ricerca valutativa in 5 comunità per minori*, Gruppo Ricerca CNCM, Firenze.
 - Bastianoni P. (a cura di) (1995) *Dieci comunità si presentano*, Edizioni Giunta Regionale Toscana, Quaderni: Educare in comunità, n.7.
 - Boggi O. (a cura di) (1995) *Bambini fuori casa. Una ricerca sui minori di Milano in Istituto o Comunità*, Provincia di Milano, Unicopli.
 - C.N.C.A. (Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza) (2006) *Responsabilità comuni. Chiudere gli istituti per minori non basta*, Roma, Comunità Edizioni.
 - C.N.D.A. (Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'adolescenza) (2004) *I bambini e gli adolescenti negli istituti per minori. I risultati dell'indagine realizzata dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*, Quaderno n°33, Firenze, Istituto degli Innocenti.
 - C.N.D.A. (Centro Nazionale di Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'adolescenza) (1998) *I bambini e gli adolescenti fuori dalla famiglia. Indagine sulle strutture residenziali educativo-assistenziali in Italia*, Quaderno n°9, Firenze, Istituto degli Innocenti.
 - Campanili A.M. (a cura di) (1993) *Maltrattamento all'infanzia. Problemi e strategie di intervento*, Roma, NIS.
 - Canali C.A., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2003) *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Padova, Fondazione Zancan.
 - Canali C.A., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2005) *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Padova, Fondazione Zancan.
 - Cavagnoli P., Lettieri P. (1997) *Minori e Adulti. Una casa comune*, Roma, Borla.
 - Cipollone L. (a cura di) (2001) *Il monitoraggio della qualità dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza: indicatori e strumenti*, Bergamo, Edizioni Junior.
 - CISMAI (2001) *Requisiti di qualità dei centri residenziali che accolgono minori vittime di maltrattamento e abuso*, Documenti del Coordinamento.
 - Coordinamento Provinciale delle comunità alloggio e reti familiari della provincia di Bergamo (2007) *Educare e comprendere in comunità con minori: percorsi formativi per operatori di comunità*, Bergamo, Sestante.
 - De Leo G., Bussotti B., Josi E. (2000) *Rischi e sfide nel lavoro di comunità di tipo familiare. Esperienze di progettazione, metodologie dell'intervento e supervisione*, Milano, Giuffrè.
 - Ducci V., Caporilli F. (a cura di) (2002) *Comunità e Cambiamento. Strutture residenziali per minori ed evoluzione dei bisogni*, Atti del Convegno Nazionale del CNCM, (Firenze 13 e 14 Novembre 2000). Edizioni Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, collana "Infanzia, adolescenza e famiglia".
 - Emiliani F., Bastianoni P. (2000) *Una normale solitudine. Percorsi teorici e strumenti operativi della comunità per minori*, Roma, Carocci.
 - Flauto S. (2006) *Quando i bambini non fanno oh! Vivere e crescere in strutture per minori*, Agenzia Magna Graecia.
 - Fondazione Iard, Pocaterra R., Savoldelli A., Rivera N. (a cura di) (2003) *Minori e sostanze psicotrope: analisi e prospettive dei processi riabilitativi. La Total Quality negli interventi sulle tossicodipendenze in ambito penale minorile*, Milano, Franco Angeli.
 - Fusi S.M.L. (2010) *Minori, Famiglia, Comunità: una relazione complessa. Dall'analisi del contesto agli strumenti operativi*, Milano, FrancoAngeli.
 - Gabrielli G. (a cura di) (1996), *Minori, Luoghi comuni. Crescere in comunità*, Capodarco di Fermo Comunità Edizioni.
 - Girelli C., Achille M. (2000) *Da istituto per minori a comunità educative. Un percorso pedagogico di deistituzionalizzazione*, Trento, Centro Studi Erickson.
 - Gregorio D., Tomisich M. (a cura di) (2007) *Tra famiglia e servizi: nuove forme di accoglienza dei minori*, Milano, FrancoAngeli.
 - Macario G. (a cura di) (1992) *Comunità per minori e progetto educativo*, Quaderni: Educare in comunità, n. 1., Firenze, Edizioni Giunta Regionale Toscana,
 - Macario G., Pilarski M. (1992) *Educare in comunità: progetto educativo e qualità dell'intervento*. Atti del convegno 30-31 marzo 1992, Quaderni: Educare in comunità, n.3., Firenze, Edizioni Giunta Regionale Toscana
 - Maccallini A., Di Berardo G., Vigliani C. (a cura di) (2003) *Quale comunità per quale minore. Esperienze a confronto*, Milano, Franco Angeli.
 - Mallardi A. (1994) *Le comunità alloggio per minori della provincia di Torino: dieci anni di*

esperienza, Torino, Copinform.

- Pati L. (1996) *L'educazione nella comunità locale: strutture educative per minori in condizioni di disagio esistenziale*, Brescia, La scuola, II ed. riv.
- Ricci S., Spataro C. (2006) *Una famiglia anche per me. Dimensioni e percorsi educativi nelle comunità familiari per minori*, Trento, Centro Studi Erickson.
- Zappa M. (2008) *Rifare comunità. Aprirsi a responsabilità condivise per chiudere davvero gli Istituti*, Milano, FrancoAngeli.
- Regogiosi, Novara, (2007) *I bulli non sanno litigare*, Carrocci Faber, Roma
- Regogiosi, Misti, Terzi (2006) *Giovani possibili- adolescenti e nuovo welfare di comunità* ed. Meridiana

VI.4 Le professioni: l'apporto pedagogico

Lo sguardo educativo e le competenze professionali che lo orientano sono spesso ai margini dei servizi per la presa in carico dell'adolescenza con disturbi psichici in fase di esordio. Spesso l'educatore viene chiamato a stare nella relazione con l'adolescente, ma il suo sguardo educativo è considerato marginale nell'individuazione di percorsi di presa in carico e di cura, patrimonio del sapere clinico, sanitario.

Ci sono però esperienze, riflessioni che evidenziano come l'integrazione di saperi e competenze sia fondamentale per creare un luogo terapeutico: la terapeuticità non è data solo dalla presenza di professioni sanitarie (e dalla somministrazione di farmacoterapia, psicoterapia...), ma crediamo dalla capacità di un determinato contesto di contenere (angosce, paure, agiti, violenze...) e al contempo promuovere relazioni, opportunità, competenze, consapevolezza, legami.

Tale contesto a nostro avviso si crea anche grazie all'apporto delle competenze educative: non solo perché gli educatori spesso volte "stanno" con i ragazzi quotidianamente e quindi sono coloro che traducono nel quotidiano la progettualità terapeutica individuale e di gruppo, ma perché l'accompagnare un adolescente, un ragazzo, una bambina per un periodo della sua vita, è "una faccenda" educativa che attraversa i temi della progettualità, dello "stare con", dell'attivazione di resistenze e di opportunità nella relazione di cura, nella definizione di una "scena educativa" nel quotidiano, nel costruire luoghi in-comune, luoghi di riflessione dove vulnerabilità, fragilità, violenza trovano opportunità di confronto e di - svelamento di significati.

In alcuni dei testi già indicati e in quelli che seguono, viene evidenziato l'importanza dell'integrazione tra discipline scientifiche diverse per la creazione di una rete di servizi, per la presa in carico integrata degli adolescenti.

È stato approfondito in particolare il profilo dell'educatore professionale e lo sguardo pedagogico, solitamente meno preso in considerazione.

- Archer M., (2006) *La conversazione interiore. Come nasce l'agire sociale*, Trento, Erickson
- Archer M., (2009) *Riflessività umana e percorsi di vita. Come la soggettività umana influenza la mobilità sociale*, Trento, Erickson
- Attili G. (2007), *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente. Normalità, patologia, terapia*, Milano, Raffaello Cortina Ed.
- Bateson G., (1976) *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi
- Bion W. R., (2009) *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando Editore
- Crispiani Piero, (1998) *Itard e la pedagogia clinica*, Napoli, Ed. Tecnodid
- Crispiani Piero, (2008) *Pedagogia clinica: la pedagogia sul campo, tra scienza e professione*, Bergamo, Ed. Junior,
- Crispiani Piero, Catia Giacconi, Diogene (2008), *Manuale di diagnostica pedagogica*, Bergamo, Ed Junior
- Crispiani, Catia Giacconi, Hermes, (2008), *Glossario pedagogico professionale*, ed Junior, Bergamo
- Di Lernia Felice, (2009), *Ho perso le parole*, Bari, ed. La meridiana
- Folgheraiter F. (2006) *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Trento, Centro Studi Erickson.
- Lizzola Ivo (2009), *Di generazione in generazione. L'esperienza educativa tra consegna e nuovo inizio*, Milano, ed. Unicopli.
- Lizzola Ivo, (2006), *Persone e legami nella vulnerabilità*, Milano, Unicopli

- Lizzola Ivo, (2009), *Aver cura della fragilità*, Roma, Ed. Carrocci
- Malaguti Elena, *Educarsi alla resilienza*, Trento, Centro Studi Erickson
- Miller A., (1990) *L'infanzia rimossa. Dal bambino maltrattato all'adulto distruttivo nel silenzio della società*, Milano, Garzanti
- Palmieri C., Prada G., (2010) *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*, Milano, Franco Angeli
- Rigon Giancarlo, Zucchi Lucia, Cocever Emanuela, (2011) *Sofferenza psichica e cambiamento in adolescenza, Intervento integrato: approccio clinico e educativo*, Trento, Centro studi Erikson
- Ripamonti Chiara A., (2011), *La devianza in adolescenza*, ed. Il Mulino
- Salmone Igor, 2003, *Il segno dell'altro. Per una propedeutica dell'esperienza educativa*, Milano, FrancoAngeli
- Salomone Igor, 1997, *Il setting Pedagogico*, Roma, ed. Carrocci
- Sartori Franca, (2010) *La resilienza, come affrontare la sofferenza e riscoprire la forza interiore*, Ed. Centro Studi Evolution, Verona

VI.5 La famiglia

In adolescenza la famiglia è ancora molto presente nella vita del giovane, all'interno però di un equilibrio dinamico estremamente delicato, nel quale è necessario da un lato comprendere e gestire le gravi problematiche emergenti (che spesso sono sentite come un vero e proprio fulmine a ciel sereno) e allo stesso tempo permettere all'adolescente di sperimentarsi nelle sue parti funzionanti e avviarsi quindi in un percorso di crescita e autonomizzazione.

Le famiglie possono trovarsi molto in crisi e disorientate in seguito ad una diagnosi psichiatrica o ad un *break down* di un figlio adolescente.

Possono quindi essere necessari interventi di supporto individuale e/o di coppia ai genitori o di terapia familiare, ma soprattutto può essere opportuna la strutturazione di gruppi di sostegno, creando un luogo in cui i genitori possano condividere e confrontare difficoltà, fatiche, dubbi riguardo la gestione della attuale situazione, ma anche possibilità e modalità di fare fronte ai problemi e di trasformare progressivamente le difficoltà.

I testi che seguono aprono riflessioni.

- Ardesi S., Filippini S., (2008) *Il servizio sociale e le famiglie con minori. Prospettive giuridiche e metodologiche*, Roma, Carrocci Faber
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., a cura di (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Padova, Fondazione Zancan
- Cirillo S., (2005) *Cattivi genitori*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Collins J., Collins M., (1997) *Il servizio sociale. Introduzione alla metodologia. Strategie e tecniche per il cambiamento*, Trento, Erickson
- Cyrulnik B., Malaguti E., (2005) *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Trento, Erickson
- Folgheraiter F, (2007), *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Trento, Erickson
- Formenti L., (2000) *Pedagogia della famiglia*, Milano, Guerini Studio
- Galli S., Tomè M., (2008) a cura di, *La tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Milano, FrancoAngeli
- Ghezzi D. e Vadilonga F, (1996) a cura di, *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Jones K, Cooper B., Ferguson H., a cura di (2009) *Lavoro per bene. Buone pratiche nel servizio sociale*, Trento, Erickson, 2009
- Maci Francesca (2011), *Lavorare con la famiglia nella tutela minorile*, Trento, Centro Studi Erikson
- Mazzoleni C., (2004) *Empowerment Familiare. Il lavoro psicosociale integrato per promuovere benessere e competenze*, Trento, Erickson
- Milani P, a cura di, (2005) *Manuale di educazione familiare*, Trento, Erikson
- Milani P, *Il sostegno alla genitorialità nel lavoro con le famiglie*, in Rivista Studi Zancan, n°4, luglio/agosto 2004
- Niccolai A., (2004) *Chi si prende cura dei genitori?*, Roma, Armando Editore
- Novara D., (2009) *Dalla parte dei genitori. strumenti per vivere bene il proprio ruolo educativo*, Milano, Franco Angeli

VI.6 Strumenti per l'operatore

Qui di seguito sono indicati alcuni testi utili per l'operatore pedagogico nell'ambito della relazione con adolescenti con disturbi psichici in fase di esordio.

Sono testi che aiutano a sviluppare "attrezzi del mestiere" facilitanti la complessa azione della relazione educativa, che possono orientare alcuni pensieri, meglio delineare il campo d'intervento. Ovviamente non si possono sostituire all'operatore, alla sue risorse, competenze e fatiche.

Sono stati ritenuti utili e preziosi inoltre perché possono aiutare a meglio comunicare e documentare il percorso educativo e terapeutico avviato con gli adolescenti.

Sono suddivisi in 3 parti:

Colloquio di potenziamento con genitori

- Winnicott D. W., (1993) *Colloqui con i genitori*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Calvo V., (2007) *Il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto*, Bologna, Il Mulino
- Cirri M., (2009) *A colloquio. Tutte le mattine al centro di salute mentale*, Milano, Feltrinelli
- Sclavi M., (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori
- Formenti L., (2003) "Una metodologia auto narrativa per il lavoro sociale", in *Animazione Sociale*, Dicembre
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., a cura di (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Padova, Fondazione Zancan

Lo sviluppo della rete di fronteggiamento, Conferenze Group

- Folheraiter F., (2007) *La logica sociale dell'aiuto*, Trento, Erickson
- Cinzia Canali, Tiziano Vecchiato e James K. Whittaker (2008) *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia*, Padova, Fondazione E. Zancan

Test Pedagogici

- Il T.M.A. di Bruce Bracken.

Il T.M.A. è un test professionale per la valutazione dell'autostima di bambini e adolescenti compresi fra i 9 e i 19 anni che può essere utilizzato dagli specialisti dell'educazione, come ausilio per impostare una programmazione educativa che tenga conto del "fattore autostima".

- AMOS TEST. Prove di valutazione per ragazzi dagli 8 ai 15 anni, da somministrare ai ragazzi. E' una batteria di valutazione e autovalutazione delle abilità di studio, degli stili cognitivi e delle componenti motivazionali dell'apprendimento, che consente di riconoscere i punti di forza e i punti deboli delle strategie di studio dei ragazzi, e di avviare attività mirate alla promozione di metodi di studio efficaci e al sostegno delle componenti di motivazione legate ai processi di apprendimento.

La batteria si compone di strumenti di facile somministrazione per la valutazione dei differenti aspetti coinvolti nell'attività di studio (autoregolazione, consapevolezza strategica, convinzioni, attribuzioni, abilità cognitive, ecc.).

Le prove della batteria possono essere somministrate integralmente o singolarmente, a seconda delle componenti strategiche dell'apprendimento che si ritiene utile valutare.

- TINV. Test di intelligenza non verbale dai 6 agli 80anni (piace molto perché sono tutte schede con disegni e figure da scegliere).

I risultati sono paragonabili a quelli della Wish-R. Il TINV è nato per valutare le abilità cognitive di persone per le quali i normali test di intelligenza risultano non adatti o di impossibile somministrazione, vedi persone con problemi linguistici, non udenti o affette da afasia o da deficit motori e/o neurologici, è ugualmente applicabile a persone bilingui, che non parlano la lingua locale (immigrati) o svantaggiate dal punto di vista socioeconomico.

Le istruzioni possono infatti essere fornite anche solo con semplici indicazioni gestuali; la risposta viene data risolvendo dei problemi e indicando la soluzione esatta scegliendo tra varie possibilità.



Il test valuta il ragionamento analogico, il ragionamento sequenziale e le classificazioni per categorie in due modalità distinte: illustrazioni di oggetti noti e figure geometriche.

Oltre ai punteggi grezzi, ai punteggi standard e ai dati percentili, il TINV consente di ottenere anche valori di età di sviluppo e tre quozienti di intelligenza non verbale. L'elevato contenuto linguistico o la complessità delle risposte motorie richieste nella maggior parte dei test di intelligenza attualmente disponibili possono gravemente penalizzare la valutazione delle abilità cognitive delle persone con particolari difficoltà a livello di linguaggio o di abilità fino-motorie. Si rischia perciò di sottovalutare di molto la loro intelligenza e di arrivare così a diagnosi errate. Una situazione tipica, e sempre più ricorrente, è quella dell'assegnazione alla classe idonea di alunni stranieri non italofoni.

- TEMA. Test di memoria e apprendimento dai 5 anni ai 19 anni compiuti. Da somministrare ai ragazzi.

Consente di ricavare 7 indici e punteggi di memoria, un indice della capacità di apprendimento e un indice di attenzione e concentrazione. Basato su prove di tipo verbale (memoria di storie, rievocazione libera di parole, oggetti, sequenze di cifre, coppie associate di parole, sequenze anterograde e retrograde di lettere e cifre) e non verbale (memoria di volti umani, di configurazioni spaziali e figure astratte, di sequenze di forme, di posizioni nello spazio, imitazione motoria di sequenze di movimenti della mano), il TEMA è lo strumento più moderno, largamente usato a livello internazionale, per la valutazione della memoria e dell'apprendimento. Le difficoltà di apprendimento che si riscontrano nella scuola sono spesso riconducibili - più o meno direttamente - a disturbi di memoria.

- TAD Test - Ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza (dai 6 ai 19anni). Da somministrare al ragazzo, all'insegnante e all'educatore/genitore.

È uno strumento multidimensionale costituito da tre scale - rispettivamente per l'alunno, per gli specialisti e per i genitori - ognuna delle quali fornisce informazioni complementari per individuare l'entità dei problemi emozionali del ragazzo. Le istruzioni per somministrare il test, attribuire i punteggi e interpretare i risultati sono illustrate in modo chiaro e dettagliato. Il TAD si basa sul DSM-III-R (Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, dell'American Psychiatric Association, 1988), un sistema di diagnosi largamente accettato dagli specialisti per identificare e classificare i disturbi dell'ansia e dell'umore. Esso, inoltre, è stato creato sulla base dei risultati delle ricerche psicologiche più recenti che dimostrano in modo chiaro l'influenza di tali disturbi sui processi cognitivi e sul rendimento scolastico.

- TEST SEDS - Valutazione dei problemi comportamentali ed emozionali. Per ragazzi dai 5anni e mezzo ai 18. Non è somministrato ai ragazzi, ma compilato dagli educatori.

Il test SEDS (Social Emotional Dimension Scale) consente di individuare precocemente i ragazzi che possono aver bisogno di speciali attenzioni o interventi per i loro disturbi psicologici, colti fin dalle primissime manifestazioni. Questo test può essere utilizzato dagli psicologi e dagli insegnanti per individuare gli alunni a "rischio" di problemi comportamentali e relazionali e quindi per rilevare molto precocemente la necessità di speciali attenzioni educative o di interventi terapeutici.

Le categorie comportamentali prese in esame sono:

- evitamento dell'interazione con i compagni;
- interazione aggressiva;
- evitamento dell'interazione con l'insegnante/l'educatore;
- i comportamenti inappropriati;
- reazioni depressive;
- reazioni fisiche di paura.

I punteggi ottenuti rimandano ad un Quoziente Comportamentale, che può evidenziare situazioni che vanno da "nessun problema" a "rischio elevatissimo".

VI.7 Sitografia

Siti per ricerche bibliografiche e documentali

www.biblioteca.istitutodegliinnocenti.it/indew.jsf

La Biblioteca Innocenti Library è stata costituita nel 2001 come Progetto di cooperazione fra l'Istituto degli Innocenti di Firenze e il Centro di Ricerca Innocenti (Innocenti Research Centre) dell'UNICEF. La Biblioteca è specializzata in materia di diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

www.cismai.org

Sono scaricabili i protocolli operativi e le linee guida approvate dal CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) in materia di tutela, diagnosi e cura integrata dei minori in condizione di pregiudizio.

www.minori.it

Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Sulla base delle diverse tipologie di documentazione sono stati sviluppati quattro cataloghi (bibliografico, normativo, filmografico e statistico), consultabili da Catalogo unico, e due banche dati relative ai progetti ex L.285/97 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza).

www.fondazionezancan.it/pubblicazioni/studi_zancan

STUDI ZANCAN- POLITICHE E SERVIZI ALLE PERSONE

La Fondazione "E.Zancan" pubblica, dal 2000, una rivista bimestrale per promuovere attività di riflessione e di ricerca sulle politiche ed i servizi sociali e socio-sanitari. E' suddivisa in 3 sezioni: Politiche e servizi; Approfondimenti monografici; Esperienze e documentazione.

www.francoangeli.it/riviste/elenco_sommari.asp

MINORI E GIUSTIZIA:

Rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia. E' stata fondata, nel 1992, dall'Associazione dei Magistrati per i Minorenni e la Famiglia.

www.francoangeli.it/riviste/elenco_sommari.asp

MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA:

Rivista interdisciplinare di studi psicologici e sociali inerenti la tutela e la cura del minore.

www.francoangeli.it/riviste/elenco_sommari.asp

RIVISTA DI STUDI FAMILIARI:

La rivista vuole essere uno strumento di aggiornamento continuo per rispondere adeguatamente alle domande di comprensione e di intervento familiare che interrogano una pluralità di discipline e di professionisti

http://www.mulino.it/edizioni/riviste/scheda_rivista.php?issn=1824-078X

www.mulino.it/edizioni/riviste/scheda_rivista.php?issn=1824-078X

PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO

Pubblicata dal 1997, "Psicologia clinica dello sviluppo" ospita contributi originali di teoria, ricerca clinica e sperimentale sullo sviluppo normale e patologico del bambino.

www.psychomedia.it/pmindex/areas1.htm

PSYCHOMEDIA

Salute Mentale e Comunicazione. Il Portale Italiano di Psichiatria e Psicologia.

Consultare la Sezione Setting e Terapia: Terapia nelle Strutture intermedie.

www.psychomedia.it/aep/index.html

Rivista telematica "Adolescenza e psicoanalisi"

www.pss.irs-online.it/

PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE:

La rivista interdisciplinare si propone come testimone critico e interlocutore attivo delle politiche e degli sviluppi dei servizi sociali e sanitari.

www.segnalo.it

Il sito www.segnalo.it è connesso al Blog <http://polser.wordpress.com/>, che ricerca materiali informativi disponibili sulla rete web. Presenta una sezione dedicata alle ricerche bibliografiche suddivise per numerose aree tematiche fra le quali: Servizi Sanitari, Servizi Sociali, Terzo settore, Organizzazione dei Servizi, Professioni, Aree Problematiche (Famiglie, Minori, Handicap, Servizi Psichiatrici, Devianza...)

www.terapiadicomunita.org

TERAPIA DI COMUNITÀ

Rivista di psicologia della Comunità Terapeutica IL PORTO (www.ilporto.org). Si occupa di temi strettamente pertinenti al tema del lavoro in comunità terapeutica con giovani adulti.

Associazioni e coordinamenti nazionali italiani

www.cnca.it (Coordinamento Nazionale delle Comunità d'Accoglienza)

www.cncm.it (Coordinamento Nazionale delle Comunità per Minori)

www.cismai.org (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)

www.sinpia.eu (Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza)

ALLEGATI

1. Strumenti per la mappatura

Scheda per la mappatura

N. Item	Area	Indicatore	Razionale	Riferimento temporale	Tipologia di dato/punteggio	Standard	Fonte dei dati	Suggerimenti per la compilazione
1	Risorse	Il tema del disagio psichico degli adolescenti è stato dibattuto all'interno dei tavoli del Piano di Zona (Tavolo minori o tavolo salute mentale)	La discussione nei tavoli del piano di zona esprime interesse verso il tema del disagio psichico degli adolescenti	Ultimo anno (2009) e attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire documentazione)	Ufficio di Piano	Il confronto tra diversi soggetti che si occupano di disagio psichico negli adolescenti è un elemento qualificante
1 Risposta e osservazioni								
2	Risorse	Sono state realizzate intese di programma sul disagio psichico degli adolescenti a livello distrettuale	Le intese di programma sono strumenti di applicazione delle pratiche locali	Attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire il documento)	Ufficio di Piano	La realizzazione di un documento sul tema condiviso è un elemento qualificante
2 Risposta e osservazioni								
3	Risorse	Sono state allocate risorse sul disagio psichico degli adolescenti a livello del Piano di Zona Distrettuale	Lo stanziamento di risorse adeguate sul disagio psichico degli adolescenti costituisce una misura dell'impegno in questo ambito da parte degli Enti Locali	Attuale	Si / No	Si (se è possibile acquisire documentazione sui servizi/progetti/eventi realizzati)	Ufficio di Piano	Indicare se possibile il budget pro-capite (rispetto agli abitanti)
3 Risposta e osservazioni								
4	Partecipazione	n. delle associazioni o dei gruppi organizzati di familiari, utenti e cittadini che si occupano di disagio psichico degli adolescenti (anche in maniera non esclusiva)	La presenza di associazioni o gruppi organizzati, partecipanti e attivi esprime la loro capacità di organizzazione mobilitazione	Attuale	Si /No	Almeno una organizzazione o gruppo organizzato	UONPIA Ufficio di Piano Associazioni	Specificare quante associazioni e quanti gruppi e la loro tipologia (familiari, volontari), indicare, se possibile, il n. di associati.
4 Risposta e osservazioni								
5	Partecipazione	Esistono riunioni dei servizi di neuropsichiatria che vedo la partecipazione di familiari, utenti e associazioni	La partecipazione di familiari, utenti, associazioni negli ambiti di confronto esprime l'orientamento dei servizi pubblici a valorizzarne un ruolo attivo	Attuale	Si / No	Si	UONPIA	Ci si riferisce a riunioni di qualsiasi tipo (ad es. programmazione delle attività)
5 Risposta e osservazioni								
6	Iniziative	Sono state realizzate iniziative con impatto pubblico sul tema del disagio psichico degli adolescenti	La realizzazione di iniziative pubbliche, migliorando nella popolazione la conoscenza del fenomeno, contribuisce a ridurre lo stigma sociale	Ultimo anno (2009) e attuale	Descrittivo-Buone Prassi	Almeno una iniziativa (se possibile acquisire la documentazione)	ASL, Uonpia, Ufficio di Piano, associazioni	Specificare da chi sono state organizzate, da chi sono state partecipate e in quale contesto
6 Risposta e osservazioni								

Traccia utilizzata per le interviste al Servizio di neuropsichiatria infantile, alle Associazioni di familiari, a soggetti del terzo settore impegnati nella gestione di servizi per l'accoglienza del disagio psichico degli adolescenti, a dirigenti di istituzioni scolastiche.

A) Situazione

A1) Breve presentazione della situazione generale del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per quanto concerne la presa in carico di adolescenti con disagio psichico (con particolare riferimento al Polo Territoriale)

A2) Ci può fare un esempio di un successo significativo che ritiene abbia ottenuto il Suo Servizio?

A3) Ci può fare un esempio di una situazione che vive il Suo Servizio particolarmente carente o critica?

B) Valutazione Esperienza ASSOCIAZIONI

B1) Esistono associazioni (di familiari, volontari, ecc.) con le quali il Suo Servizio collabora? Se sì, in quale modo?

B2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

B3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

B4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Domande da rivolgere alle Associazioni di familiari del territorio.

B1) In quanto familiare come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?

B2) Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra la sua associazione e i servizi?

C) Valutazione Esperienza COOPERATIVE SOCIALI

C1) Esistono cooperative sociali con le quali il suo servizio collabora e che gestiscono servizi e/o progetti sul territorio?

C2) In caso di risposta positiva, parlando di questa esperienza, come Servizio riuscite ad avere la percezione dell'andamento della situazione degli adolescenti con disagio psichico che avete inviato?

C3) Quale ruolo avete nella gestione di servizi o progetti gestiti dal privato sociale?

C4) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

C5) Per quanti degli adolescenti inseriti ha costituito un significativo miglioramento?

C6) Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel successo?

C7) Per quanti ha costituito un peggioramento?

C8) Secondo Lei, quale fattore è stato, in genere, determinante nel fallimento?

C9) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste

realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Domande da rivolgere alle cooperative sociali

B1) In quanto operatore/educatore come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?

B2) Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra la sua cooperativa e i servizi?

D) Valutazione Esperienza

ISTITUTI SCOLASTICI

D1) Ci può descrivere le modalità di collaborazione tra il suo Servizio e gli Istituti Scolastici del Territorio?

D2) Saprebbe descriverci quali sono le modalità attraverso cui operano gli Istituti Scolastici del Territorio e quali siano i punti di forza su cui poggiano?

D3) Esistono delle modalità, formali o informali, attraverso cui viene gestita la collaborazione?

D4) Esistono dei motivi per i quali si rende difficoltosa la collaborazione tra il Suo Servizio e queste realtà? In che modo secondo Lei tali difficoltà potrebbero essere superate?

Domande da rivolgere agli Istituti scolastici

B1) In quanto Dirigente scolastico/insegnante come valuta l'operato dei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza?

B2) Ci può descrivere il livello e le modalità di collaborazione tra il Suo Istituto e i Servizi?

E) Bisogno implicito e prospettive

E1) Esaminando il dato degli adolescenti con disagio psichico afferenti al Suo Servizio, quanti sono secondo Lei quelli tra questi che si trovano in una situazione che non risponde alle loro necessità differenziando tra Polo Territoriale, strutture residenziali, semiresidenzialità e progetti di supporto territoriale?

E2) Secondo il Suo parere quali sono le aspettative espresse dai ragazzi e dalle ragazze in carico al Suo servizio in relazione alle differenti modalità di presa in carico?

E3) Le vengono in mente casi in cui questo desiderio, esplicitamente espresso, abbia trovato accoglimento grazie a delle risorse già presenti sul territorio?

E4) Alla luce di queste riflessioni, quale dovrebbe essere la situazione ideale (sottolineando il concetto di ideale) verso cui dirigere la presa in carico di adolescenti con disagio psichico? Un aumento delle risorse, un aumento della flessibilità dei servizi, maggiore integrazione

2. Studio di caso per la formazione degli operatori

Il caso è stato predisposto e utilizzato in occasione dei due giorni di workshop formativi nazionali che si sono tenuti a Giulianova il 15 e 16 marzo 2011.

Analisi del caso

UNITA' ORGANIZZATIVA MATERNO-INFANTILE, ETA' EVOLUTIVA E FAMIGLIA.

Oggetto: minore Sofia Luigi, nato il 2/01/1995, residente a Giulianova (PD). Relazione psico-sociale.

La storia familiare e la situazione di provenienza

L. è l'unico figlio della coppia convivente composta dal signor M., 45 anni e dalla signora O., casalinga, 36 anni che si è unita nel 1994 tramite un'inserzione televisiva presentata da M.

Il signor M. proveniva, a quel tempo, da una separazione giudiziale che aveva portato all'affidamento del figlio M., oggi quindicenne, alla relativa madre.

La signora O. arrivava dalla provincia di Ancona, con una situazione personale già problematica. Era solita vagabondare senza meta, con i mezzi pubblici, in modo solitario; presentava difficoltà personali di tipo psicorelazionale fin da bambina, forse in relazione alla perdita precoce ed improvvisa della propria madre (avvenuta all'età di 8 anni). O., rispondendo all'inserzione, ha lasciato la propria abitazione senza dire nulla ai familiari i quali per una settimana non hanno avuto sue notizie e l'hanno poi raggiunta apprendendo che aveva intenzione di restare a vivere presso l'abitazione del signor M.

La coppia vive in una casa di proprietà del signor M. che si trova in condizioni di evidente trascuratezza, in una zona periferica piuttosto isolata; la nonna paterna di L., la signora G., di anni 73, vive in una sezione della medesima casa. Le relazioni familiari sono caratterizzate da disfunzionalità e da forte conflittualità.

Il padre svolge l'attività di operaio; possiede un certo numero di cavalli da corsa, nel terreno adiacente alla casa, anche questi, pare, piuttosto trascurati. La madre invece non ha mai svolto alcuna attività lavorativa.

Entrambi i genitori sono portatori di una situazione personale problematica, rispetto alla quale non esprimono sufficiente riconoscimento né un bisogno di cambiamento.

Non sono state individuate nel contesto delle famiglie allargate materna e paterna risorse adeguate o disponibili a svolgere per L. un riferimento stabile.

Interventi della magistratura minorile

Nel luglio 2002 viene segnalata alla Procura della Repubblica la condizione di grave deprivazione, trascuratezza, incuria (materiale ed affettiva) nonché di quasi totale isolamento sociale del minore, rilevata principalmente dalla scuola, cui corrispondeva un atteggiamento di assoluta opposizione ed incapacità dei genitori ad una collaborazione con il servizio sociale: il bambino registrava moltissime assenze da scuola, quando frequentava, si presentava sporco, maleodorante, vestito in modo inadeguato, inadeguato nei comportamenti e nelle relazioni con i compagni, con un linguaggio molto povero ed incomprensibile (abituato a stare da solo oppure in compagnia degli animali di casa). Le assenze scolastiche parevano essere dovute a ricorrenti raffreddori, ma sostanzialmente ad un gestione bizzarra della situazione da parte della madre.

Quest'ultima, quando aveva contatti con gli insegnanti parlava esclusivamente di sé e delle sue difficoltà con il padre di L., un uomo da lei definito violento e disinteressato alla vita familiare ("lascia andare a pezzi la casa, non aggiusta la caldaia, non acquista il cibo, se si arrabbia, si arriva spesso alle mani"). Non è mai andato in porto un invio motivato della madre al Servizio di Psichiatria.

A giugno 2003 con un 1° decreto TM viene disposto l'affidamento del minore al servizio sociale e prescritto ai genitori di collaborare con tale servizio. Ciò ha permesso la realizzazione di un progetto minimo che prevedeva l'inserimento del minore in un Centro Educativo Diurno, l'avvio di una valutazione del minore, lo svolgimento di alcuni colloqui con i genitori.

Nell'ottobre 2003, con un nuovo decreto, viene disposto il collocamento del minore in ambiente

protetto, confermato l'affidamento al Servizio Sociale, avviata una consulenza tecnica d'ufficio ed infine nominato Tutore del minore il sindaco di Giulianova.

Da allora, nonostante le chiare conclusioni della c.t.u., che valuta come gravi ed irrecuperabili le funzioni genitoriali della coppia M. e O., il TM non si è ancora espresso in merito al futuro di L.

L'esperienza della 1a comunità educativa

L. viene collocato in una comunità educativa di Giulianova in forma residenziale nell'ottobre 2003, dopo un periodo di frequenza diurna. Rientra in famiglia a settimane alterne trascorrendo a casa la giornata della domenica, mentre i genitori, sempre a settimane alterne, possono far visita al figlio presso la comunità nella giornata di sabato ad orari stabiliti (cosa che di fatto fa soltanto la madre).

Frequenta la scuola elementare della città supportato da un insegnante di sostegno e da un operatore socio-sanitario.

La permanenza di L. in comunità nel primo anno e mezzo ha permesso un generale miglioramento delle competenze personali del minore, in un percorso evolutivo progressivo reso possibile con molta probabilità da uno stile di vita quotidiana ordinata, scandita da ritmi regolari, capace di garantire e rispondere ai suoi bisogni e di stimolarne lo sviluppo rispetto ai compiti dell'età.

L. si è adattato in breve tempo alla nuova condizione di vita, dimostrando di investire in modo significativo le proprie risorse nel nuovo contesto, riconoscendolo come ricco di novità ed esprimendo grande interesse nei confronti delle varie e normali attività quotidiane che per lui costituivano spesso qualcosa di sconosciuto e contemporaneamente entusiasmante (mangiare tutti insieme con il tavolo apparecchiato, prendersi cura di sé e delle proprie cose, ritrovare tutti i giorni, a determinate ore, determinate attività, il gioco, la merenda ...). È stato quindi possibile aiutarlo ad inserire nella sua giornata, condividendo li o svolgendoli autonomamente, momenti della vita quotidiana quali mangiare, vestirsi, lavarsi, svolgere attività che richiedono un certo livello basilare di abilità cognitive e prassi che sino ad allora non esperite dal bambino.

L. ha potuto frequentare regolarmente la scuola avviando un percorso di apprendimento che partiva da una situazione di grave ritardo negli apprendimenti dovuto al fatto che, fino alla seconda elementare, quando era in famiglia, aveva frequentato pochissimo la scuola ed aveva vissuto in condizioni di precarietà e di povertà di stimoli, all'interno di una famiglia socialmente isolata e connotata da modalità relazionali deprivanti che non potevano favorire un percorso evolutivo adeguato.

Avendo una ridottissima esperienza trascorsa di socializzazione, con l'ingresso in comunità e a scuola, L. ha dovuto imparare a collocarsi all'interno del gruppo e ad orientarsi nelle varie situazioni, a partire da una condizione personale di grande svantaggio. Nel tempo trascorso, L. è stato capace di affrontare con importanti progressi il compito di modificare le proprie abitudini e modalità di relazione, iniziando a sperimentare relazioni costanti sia con i compagni che con gli adulti, imparando a riconoscere e rispettare le basilari norme del vivere comune (ad es. accettando di fare la doccia), utilizzando in maniera più appropriata il linguaggio che, da povero e poco comprensibile, è divenuto più strutturato ed arricchito di nuovi vocaboli appresi. Questo importante percorso ha richiesto a L. molto impegno e motivazione unitamente alla fatica dovuta ad un cambiamento che ha riguardato complessivamente tutta la sua vita. Tale fatica ha comportato momenti di difficoltà che talvolta L. ha espresso, sia in comunità che a scuola, alternando ad un funzionamento complessivamente abbastanza adeguato, improvvisi ed apparentemente ingiustificati momenti di chiusura, reazioni aggressive ed, ancora, vissuti di sfiducia e disistima.

Dopo il primo periodo, come si diceva, di generale miglioramento e di grande vivacità, negli ultimi mesi è subentrata in L. una difficile fase di stallo, determinata dal protrarsi del tempo di attesa delle decisioni giuridiche e dalla conseguente impossibilità di formulare un progetto con una direzionalità ed un orientamento univoci. L. manifesta un disagio personale che esprime attraverso stanchezza ed apatia che si sommano al perenne stato d'ansia e d'allarme ed alle difficoltà di autoregolazione. In quest'ultimo periodo inoltre L. ha vissuto per due volte (la seconda recentemente) la separazione dalla figura educativa di riferimento, eventi che gravano sul suo intenso bisogno di continuità di relazioni e di stabilità.

Il rapporto attuale con la famiglia d'origine

Entrambi i genitori non hanno ostacolato la permanenza del figlio nella nuova situazione. Il grande cambiamento e miglioramento che si è verificato in lui in modo molto evidente, che, a modo loro, hanno notato e forse riconosciuto, non ha però sortito un effetto diretto e personale



nei genitori che non operano alcun confronto con la propria condizione disfunzionale. Con ciò esprimono l'incapacità di creare un collegamento tra il miglioramento sviluppato in L., a seguito dell'uscita di casa, e le proprie difficoltà e problematiche sia genitoriali che personali. Per quanto riguarda la relazione con L. dopo l'inserimento in struttura, la madre è sembrata adattarsi alla distanza dal figlio. Si è sempre recata a trovarlo intrattenendosi però molto con gli educatori, cercando uno spazio per sé dove raccontarsi, più che per trovare condivisione e confronto rispetto all'essere genitore. Tale modalità indifferenziata e centrata su di sé ha sempre caratterizzato anche il rapporto tra la madre di L. e gli operatori del servizio lasciando poche possibilità per un lavoro specifico.

Il padre è risultato essere sempre poco coinvolto ed interessato alla vita di L. Fanno eccezione alcune occasioni in cui il signor M. ha dimostrato maggior interesse e la propria presenza effettiva. Di fatto un maggior suo interessamento ci sembra essere stato sollecitato dall'intervento dell'autorità, o, quantomeno, da situazioni da lui percepite come "d'autorità": sappiamo ad esempio essersi recato in udienza in Tribunale, aver presenziato agli incontri presso il consulente tecnico nominato d'ufficio, aver seguito l'iter di preparazione al battesimo di L. organizzato dalla comunità.

Nel rapporto con il figlio, connotato storicamente dall'alternarsi di "assenza" ed "ostilità", nel tempo si è potuto osservare un movimento di ricerca di condivisione del tempo con lui: occasionalmente si è recato a trovarlo in comunità, al momento del rientro in famiglia si presenta a prenderlo e lo tiene con sé tutta la mattina mentre svolge svariate faccende. In questo improvviso occuparsi del figlio, si evidenziano però caratteristiche e modalità scarsamente adeguate, confusive e destabilizzanti per L.: nelle visite in comunità il padre non osserva i giorni e gli orari concordati, ma coinvolge il figlio in brevi "improvvisate" poco comprensibili per L. che di conseguenza presenta ed esprime agitazione e destabilizzazione (subentrano episodi di regressione e di disorganizzazione).

Dal punto di vista psicologico, appare funzionare con diverse modalità e a differenti "livelli" in modo, a tratti, imprevedibile. A volte sembra essere sufficientemente organizzato e strutturato pur mantenendo un importante deficit nella regolazione che lo porta a vivere perennemente in uno stato di allerta: ogni piccolo rumore è fonte di interruzione della sua attività e del flusso dei pensieri anche quando è all'interno di un contesto relazionale contenitivo. Sembra in questo senso non aver potuto mutuare dall'ambiente, nelle fasi cruciali dello sviluppo, nessun sistema efficace di autoregolazione. Fabio presenta poi una modalità concreta di funzionamento, tendenzialmente coartata, con un evidente deficit nella capacità di mettere in parole e rappresentare ciò che sente. Di fronte ad esperienze, sia reali/esterne che interne, che possono evocare ansia ed incertezza, tende ad utilizzare esclusivamente due strategie difensive. La prima che, seppur pervasiva gli garantisce comunque il mantenimento di un minimo di organizzazione, consiste nel ricorso all'evitamento (es. non parla mai di eventi importanti che lo hanno coinvolto e tende ad ignorare i commenti che vengono fatti). La seconda, meno evoluta, comporta la scarica motoria e la regressione e produce in lui movimenti di disorganizzazione importanti ed evidenti. Nel corso del sostegno psicologico attuato fino ad ora, si è dimostrato assolutamente ipersensibile a qualsiasi piccola variazione della routine e fortemente destabilizzato dal cambiamento nelle figure adulte di riferimento. Gli eventi non previsti tendono a scombussolarlo e a fargli esperire livelli elevati di ansia che poi, come sottolineato, rischiano di sopraffarlo, in quanto non è in grado di farvi fronte.

Negli ultimi mesi il bambino ha mostrato il bisogno di ricevere dall'esterno e continuamente stimoli e sollecitazioni per aiutarlo a contrastare una tendenza al ritiro e all'apatia.

Va tenuto presente che L. da diverso tempo è stato spettatore di una non sufficiente alleanza tra le varie figure che si occupano di lui. Alcune volte ha alimentato con la fantasia lievi sfumature di disaccordo ma in altre occasioni è stato coinvolto in comunicazioni esplicite ed aggressive nei confronti degli operatori e delle suore elicitando in lui dolorosi conflitti di lealtà che ha cercato di fronteggiare aumentando il ricorso a modalità di chiusura.

Il minore è seguito dall'equipe del Servizio di NPI (Neuropsichiatria Psicologia Infantile) in un programma che comprende un lavoro di aiuto e di sostegno individuale, costante, a cadenza settimanale, teso a garantirgli un accompagnamento nel percorso che lo porterà ad una definizione della sua prossima situazione di vita.

Inserimento in una comunità educativa per adolescenti

Dovendo ipotizzare per L. una prospettiva di permanenza nel lungo tempo in un contesto

extrafamiliare, si valuta importante, se non necessario, il suo collocamento in un ambiente adeguato alla sua età, in grado di garantire stabilità e continuità della relazione con le figure adulte di riferimento e, non ultimo, in una situazione di vita quotidiana dove possa conoscere e sperimentare un modello familiare e genitoriale funzionale alla propria crescita.

Su questa base il Servizio Sociale propone un passaggio del minore ad altra struttura che di fatto avviene nella primavera del 2006.

Da subito L. presenta quello che sarà l'elemento di fondo di questa fase: difficoltà nel controllo degli impulsi sessuali. Dopo qualche giorno L., anche se risulta poco chiara la dinamica, "abusa sessualmente" di un ragazzo ospite della comunità già peraltro vittima di un abuso da parte di un zio materno. Il ragazzo seguito dal Centro Specialistico del territorio dichiara il fatto all'operatore che lo segue settimanalmente. Dopo varie verifiche, che mai porteranno a definire chiaramente i fatti, segue una denuncia alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni con vari sopralluoghi e verifiche alla comunità che viene accusata anche di non essere stata in grado di gestire adeguatamente la vicenda. Questo tema si sgonfierà nel proseguo dei mesi per lasciare, invece il posto ad un più costruttivo lavoro teso ad affrontare i problemi di L. Il tema, comunque, sembra non essere stato nuovo sia agli operatori del Servizio Sociale, sia a quelli della precedente struttura, ma non ritenuto importante e/o attendibile dai primi o taciuto per convenienza dai secondi.

Dalle relazioni successive redatte dagli operatori della comunità emerge: "Il controllo della sessualità rimane il problema di fondo di L. che tende a toccare gli altri ragazzi a fare indirette proposte di pratiche "omosessuali" ad avere atteggiamenti ambigui in particolare con i ragazzi più giovani di lui. E', anche per questo, in trattamento farmacologico ed è seguito settimanalmente da una psicologa che lo ha in carico da qualche anno e da uno neuropsichiatra infantile. Dai colloqui psicologici emerge un quadro di rilevante disturbo di personalità in soggetto con manifestazioni psicotiche. Varie volte viene segnalata l'ipotesi che le pulsioni incontrollate della sfera sessuale potrebbero anche sfociare in esiti "pericolosi" per ragazzi più piccoli e meno in grado di attivare le adeguate difese".

Nel giugno 2009 il Tribunale per i Minorenni giunge a decretare in via definitiva la decadenza dalla potestà nei confronti di entrambi i genitori, il mantenimento del collocamento del minore presso la comunità, incarica il Servizio Sociale a disporre tutte le misure necessarie per il sostegno della situazione e nomina di un tutore. Rigetta la richiesta di adottabilità. L. ha in questo momento 14 anni.

Definizione di un adeguato progetto

L'esperienza della comunità procede sostanzialmente positivamente su gli altri aspetti della vita di L.

Rispetto alle sue autonomie L. ha acquisito una buona capacità di tenere in modo sufficientemente ordinato pulito i suoi spazi. Sa gestirsi piccole disponibilità economiche, pur con i suoi limiti: spende la paghetta settimanale per acquisto di modellini di auto che conserva in buon ordine, quasi maniacale. Riconosce, in ogni caso il denaro e sa calcolare spesa e resto con precisione.

L. è in grado di muoversi in autonomia nel territorio: va a scuola usando regolarmente i mezzi pubblici, ed è in grado di andare e tornare dai colloqui psicologici da solo.

Anche in relazione alla cura del corpo e al vestiario ha acquisito un sufficiente livello di autonomia e capacità di auto organizzarsi.

A scuola ha acquisito la capacità di portare a termine un compito assegnato. Il suo inserimento scolastico è avvenuto in modo abbastanza adeguato anche dopo la fine della scuola media. Ha mantenuto l'insegnante di sostegno. Manifesta attitudini e volontà di apprendimento sufficienti accompagnati da interesse molto più evidente per la cura degli animali e le macchine agricole, molto più scarso per le attività di orticoltura.

La tenuta nel tempo è ancora molto scarsa: L. regge compiti chiari, non eccessivamente pesanti, limitati nel tempo. Quando le attività pratiche richiedono di essere realizzate in gruppo L. entra facilmente e rapidamente in conflitto con i coetanei e tende ad abbandonare il compito.

Nelle relazioni resta particolarmente aggressivo sia verbalmente sia con facili agiti, soprattutto quando è sotto stress.

L. in comunità continua ad essere molto reattivo sia verso i coetanei che con gli adulti a qualsiasi osservazione, critica, suggerimento. È sospettoso, prende qualsiasi riferimento a lui come una osservazione o una accusa. Risponde normalmente in malo modo, non sa accettare se non con fatica i no e le richieste di maggiore impegno e attenzione. In queste occasioni grida in modo

sconclusionato e si allontanava sbattendo le porte. Questa modalità gli preclude la possibilità di costruirsi reazioni amicali e significative anche con i pari con i quali si relaziona a battute, piccoli battibecchi, sottili offese. Con gli adulti è spesso silenzioso, non sa confrontarsi in modo adeguato oppure introduce nella discussione elementi incongruenti e non attinenti al tema del dialogo. Spesso borbotta sottovoce oppure fa gridolini o gesticola esageratamente. Ricerca il contatto fisico in maniera esagerata ed inadeguata confondendo maschi e femmine.

All'esterno non è in grado di costruirsi dei punti di riferimento relazionali importanti né a scuola né nel territorio.

Mantiene le relazioni con i genitori con delle visite alla comunità soprattutto della madre (settimanalmente) e ogni 15 giorni con un rientro presso la famiglia d'origine ritenuto irrinunciabile. La situazione familiare nel tempo è peggiorata: modalità volgari e violente del padre e regressione nella relazione con la madre. Emerge una relazione affettiva abbastanza significativa con la madre e molto più debole con il padre. La madre continua ad avere relazioni saltuarie con altri uomini che non nasconde al figlio. Il padre è assolutamente, vorrebbe un figlio "macho" e indipendente come lui che però non va quasi mai a casa, fatica a reggere i lavori, beve, si limita a richiami e a dare prescrizioni al figlio senza preoccuparsi del fatto che lui stesso non è in grado di essere punto di riferimento dotato di un minimo di coerenza.

La comunità nel tempo ha "imparato" a gestire L.; l'ambiente comunitario con le sue figure educative rappresenta un significativo punto di riferimento per il ragazzo. Contemporaneamente gli operatori della struttura si sentono inadeguati a rispondere alle difficoltà presentate da L. Il Servizio Sociale (psicologa e neuropsichiatria infantile) segnala spesso la necessità di una diversa collocazione in struttura terapeutica più adatta. Segnala, inoltre, il permanere di una situazione di possibile "pericolo" che L. rappresenta nei confronti dei ragazzi più piccoli accolti in comunità. Poi, però, non se ne fa niente e la situazione viene mantenuta in stallo con una sostanziale assenza di progettazione in grado di rispondere ai reali bisogni di L. La situazione è spesso oggetto di verifiche d'equipe, supervisioni, periodici incontri tra Servizi Sociali ed equipe di comunità senza arrivare mai ad una concreta decisione. Anche all'interno dell'equipe esiste una certa dialettica tra la tentazione di continuare, ritenendo l'attuale situazione, la migliore possibile e la constatazione di una situazione di stallo che potrebbe essere superata solo da una scelta forte, unilaterale di dimissioni. Periodicamente L. presenta le sue difficoltà e la sua "pericolosità".

Dal Piano Terapeutico si rileva:

- Diagnosi: disturbo della personalità in soggetto con manifestazioni psicotiche
- Farmaco: Risperdal 1 mmg cps
- Posologia: 1 mmg x 2
- Durata: 1 anno

GRIGLIA DI LAVORO

1° parte - ANALISI

- Individuare gli elementi caratteristici della storia di L.
- Quali sono stati i passaggi cruciali, gli interventi effettuati dai soggetti?
- Come valutare gli interventi dei vari soggetti nell'ottica dell'intervento precoce visto che la situazione di L. è conosciuta sin dalla nascita?

2° parte - PROGETTAZIONE

- Quali sono gli elementi che determinano la situazione di stallo?
- Come avviare una progettazione in grado di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di L.?
- Quali interventi possibili e da parte di chi? Quali scelte per superare l'attuale situazione?

3. Scheda per la presa in carico di ragazzi e famiglie

Riferimenti da progetto:

Fase 5: *Attivazione laboratori territoriali di sperimentazione*

Attività 3: Presa in carico dei giovani che evidenziano specifiche situazioni di disagio.

L'azione si rivolge agli adolescenti con problematiche di carattere emozionale, sociale e comportamentale, ma anche a coloro che hanno la necessità di un sostegno educativo-relazionale volto a ridurre le possibilità di abbandono precoce della carriera scolastica;

La "presa in carico" è azione in grado di combinare promozione della salute, prevenzione ed intervento precoce all'interno di un approccio sociale (e scolastico) globale.

Si tratta di "azioni pilota" che si svolgono in territori specifici (quelli in cui già i gruppi del Cnca operano e sono stati oggetto della mappatura e della individuazione delle buone prassi) con particolare attenzione tematica:

- Lombardia: difficoltà relazionali in ambito familiare
- Abruzzo: disagio psicosociale di ragazzi che hanno subito calamità naturali con conseguente sradicamento dal proprio contesto abituale di vita;
- Puglia: disagio psicosociale di ragazzi che vivono in contesti ad alta intensità mafiosa e che vivono una quotidiana discrasia culturale tra modelli e stili di vita, identità e valori di riferimento

L'attività di "presa in carico" (erogazione di servizi mirati) si occupa di "gestione di interventi preventivi consistenti nella capacità di individuare nei ragazzi i segni di potenziali comportamenti di disagio/disturbo psico-relazionale e comportamentale e di gestione di interventi delle situazioni di crisi".

L'erogazione diretta di servizi mirati pertanto identifica ragazzi specifici a cui vengono offerti/gestiti interventi di *accompagnamento* verso percorsi di ricostruzione della propria identità personale, relazionale, emotiva. Le prestazioni previste possono quindi essere di sostegno psicologico, di accompagnamento educativo, di supporto alla costruzione di relazioni positive ed alla riqualificazione del contesto sociale di riferimento.

I destinatari/fruitori: n. 60 ragazzi complessivamente (circa 20 per regione) individuati attraverso le segnalazioni della scuola, dei servizi territoriali o sulla base delle conoscenze dirette delle organizzazioni federate.

I progetti e i servizi di riferimento possono quindi essere:

- Comunità educative residenziali;
- Comunità diurne;
- Centri di aggregazione giovanile, spazi adolescenti;
- Centri di counselling e psicoterapia;
- Educativa domiciliare e/o territoriale;
- Tutoring, percorsi di avvio all'autonomia, orientamento lavoro, borse lavoro.

La "restituzione" dei singoli progetti di Presa in carico (PIC) avviene attraverso una scheda riassuntiva che deve essere compilata per ogni ragazzo/a.

La scheda è molto sintetica e ipotizzata per rispondere agli obiettivi dell'azione.

SCHEDA DI RESTITUZIONE PRESA IN CARICO INDIVIDUALE

REGIONE:.....
 COMUNE:.....
 Quartiere/zona (se rilevante).....

Identificativo	Età	Sesso	Tipologia del disagio evidenziato	Intervento attuato	Soggetti/rete coinvolta	Durata dell'intervento (ipotesi)	Valutazione dell'intervento (gli esiti)
Iniziali nome oppure Numero progressivo			<p>Esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ insuccesso scolastico ▪ difficoltà relazionali con i pari/con gli adulti ▪ isolamento, ritiro ▪ bullismo ▪ comportamenti devianti (penale minorile o no) ▪ disagio familiare <p>BREVE DESCRIZIONE DEL DISAGIO</p>	<p>Esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ counselling ▪ inserimento comunità.. ▪ tutoring individuale ▪ inserimento gruppi CAG ▪ supporto scolastico mirato ▪ facilitazione uso risorse territorio.. <p>BREVE DESCRIZIONE INTERVENTO</p>	Indicare gli operatori coinvolti nella PIC... se utile e possibile distinguendo i singoli ruoli e le modalità di coinvolgimento nella rete		Laddove l'attività è ancora in corso indicare gli obiettivi raggiunti e gli obiettivi futuri

4. Scheda di osservazione

Riferimenti da progetto:

Fase 5: Attivazione laboratori territoriali di sperimentazione

Attività 3: Presa in carico dei giovani che evidenziano specifiche situazioni di disagio

Dimensioni di riferimento:

- Intrapsichica (autonomia, autoregolazione, percezione del sé)
- Interpsichica (relazione con gli altri, adattabilità, cooperazione)

Aree di osservazione:

- Affettivo/relazionale
- Personale/emotiva
- Esecutiva
- Comunicativa/espressiva

Area affettivo/relazionale:

ITEMS	Sempre	Spesso	A volte	Mai
Interagisce positivamente con gli altri				
Ha rispetto delle cose altrui				
Interviene nelle discussioni di gruppo				
Mostra gelosia se vengono manifestate attenzioni agli altri				
Interagisce allo stesso modo con i compagni				
Attira l'attenzione su di sé				
Preferisce la compagnia di un/alcuni compagno/i				
Mostra comportamenti anti-sociali				
Nelle dinamiche di gruppo tende ad isolarsi				
Mostra comportamenti ps-sociali				
Collabora con gli altri nel raggiungimento di obiettivi comuni(es. giochi di squadra..)				
Riconosce la differenza tra relazioni simmetriche e asimmetriche				
Ricerca la relazione duale				
Riconosce l'autorità				
E' propositivo				
Ricerca la vicinanza dell'adulto				
Viene emarginato				
Si isola				
Accetta la presenza di nuovi compagni o adulti				
Mostra comportamenti aggressivi nei confronti dei propri compagni				
Si integra facilmente				
In una situazione di competizione tende ad ostacolare anche violentemente l'altro				
Costruisce relazioni empatiche riconoscendo i bisogni dell'altro				
E' attento al parere dell'altro				
Nella relazione tende a primeggiare denigrando l'altro				
Accetta i rimproveri				
Nella relazione ricerca il contatto fisico				
Accetta di lavorare con tutti rispettando limiti e risorse di ciascuno				
Partecipa alle fasi di organizzazione dei giochi di gruppo				
Si impone sugli altri				
Attira l'attenzione su di sé mettendo gli altri in secondo piano				
Si rapporta agli altri mettendo in atto comportamenti fisici e verbali indesiderati				
Ha rispetto degli spazi comuni				
È il punto di riferimento per i compagni porta elementi di distrazione				
Accetta gli scherzi, gli attacchi dei compagni senza offendersi o vendicarsi				

Area personale/emotiva

ITEMS	Sempre	Spesso	A volte	Mai
Mostra atteggiamenti/comportamenti aggressivi nei confronti delle cose				
Attribuisce al proprio impegno il suo successo				
Ha cura delle proprie cose				
Contiene la propria rabbia				
Utilizza valutazioni negative assumendo comportamenti aggressivi				
Verbalizza le proprie emozioni negative				
Verbalizza le proprie emozioni positive				
Necessita di sollecitazioni e richiami				
Mostra autostima				
Riconosce i propri errori				
Riconosce le proprie qualità, capacità, abilità				
Cerca spontaneamente l'aiuto				
Mostra interessi				
Parla di sé, della propria storia personale				
Si assume responsabilità				
Reagisce in maniera spropositata alle ingiustizie				
Esprime le emozioni (es. pianto, tristezza in volto..)				
Adegua comportamenti al contesto				
Mostra capacità critica				
Prevede e valuta le possibili conseguenze delle sue azioni				
Crea situazioni di conflitto				

Area esecutiva

ITEMS	Sempre	Spesso	A volte	Mai
Se stimolato all'azione da un adulto, risponde efficacemente				
Esegue i compiti assegnati				
Partecipa attivamente alle attività proposte				
Porta a termine un compito/attività iniziato				
Prende l'iniziativa				
Esegue un ordine ricevuto				
Rispetta le regole concordate di esecuzione di compiti assegnati				
Trova soluzioni creative nelle situazioni/problema				
Richiede il sostegno di un adulto				
Svolge il compito in autonomia				
Demanda agli altri la responsabilità di compiti spettanti a sé				

Area comunicativa/espressiva

ITEMS	Sempre	Spesso	A volte	Mai
Utilizza frasi complesse				
Utilizza un linguaggio povero				
Si sovrappone all'altro nelle conversazioni				
Utilizza aggettivi e toni dispregiativi quando si rivolge agli altri				
Utilizza forme di comunicazione non verbale				
Rispetta i tempi e turni nelle conversazioni				
Ha difficoltà nella comunicazione				
Sa ascoltare l'altro e rispetta il proprio ruolo nella conversazione				
Ha un ruolo attivo nella comunicazione con i propri compagni e con gli adulti				
Utilizza espressioni brevi e poco articolate				
Predilige gli scambi nel piccolo gruppo				
Interrompe l'altro nelle conversazioni				
Utilizza forme comunicative aggressive verso i compagni				
Utilizza forme comunicative aggressive verso gli adulti				
Adegua lo scambio comunicativo allo status del destinatario				

NELL'ATTESA...

IL SEMINARIO INIZIA
ALLE 14...
CI SI VEDE ALLE 15...
IO ASPETTO SINO ALLE 16,
SE ALLE 17 NON VI HO
ANCORA VISTO, ALLE 18
MI SPIACE MA ME NE
VADO!



NON SIAMO POI
COSI' POCHI!...

HAI CONTATO
PURE I RAGAZZINI
CHE GIOCANO LI'
FUORI!!!



FARE QUALCOSA
PER I GIOVANI A
RISCHIO VA BENE!...
... MA DIRE CHE HANNO
BISOGNO DI UNA BELLA
SCOSSA, QUI ALL' AQUILA,
MI PARE ECCESSIVO!!



SPAZI DI AGGREGAZIONE

ABBIAMO BISOGNO
DI UN **CESSE** DI POSTO
PER INCONTRARCI!

OCCUPATO!!

SI SBRIGHI!



Frenno '14



IL LOGO

SALUS



LE LINEE NERE
RAPPRESENTANO
UN LABIRINTO!

E CHE
SIGNIFICA
LA "ESSE"?

"SAPRO'
USCIRNE"?!
||



Greusóu



E' MOLTO IMPORTANTE
AVERE UN PO' DI "SALUS"
IN ZUCCA !!



LA PRESA IN CARICO
NON PUO' CHE ESSERE
GLOBALE

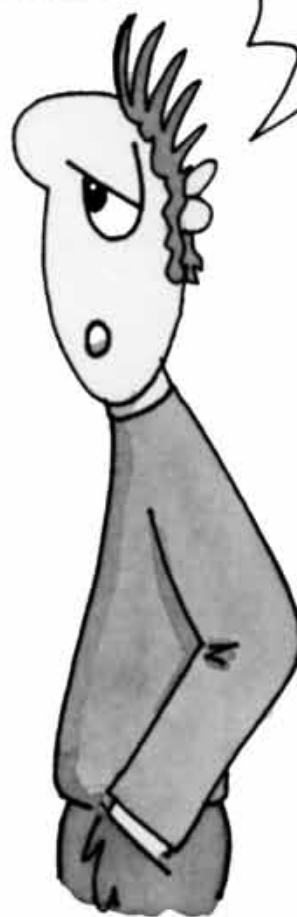
MA LA VOGLIAMO
GLOBALIZZARE,
QUESTA BENEDETTA
ADOLESCENZA?!!



Forus's

... BISOGNA INIZIARE
A PARLARE DI "RELAZIONE
PROBLEMATICA"!

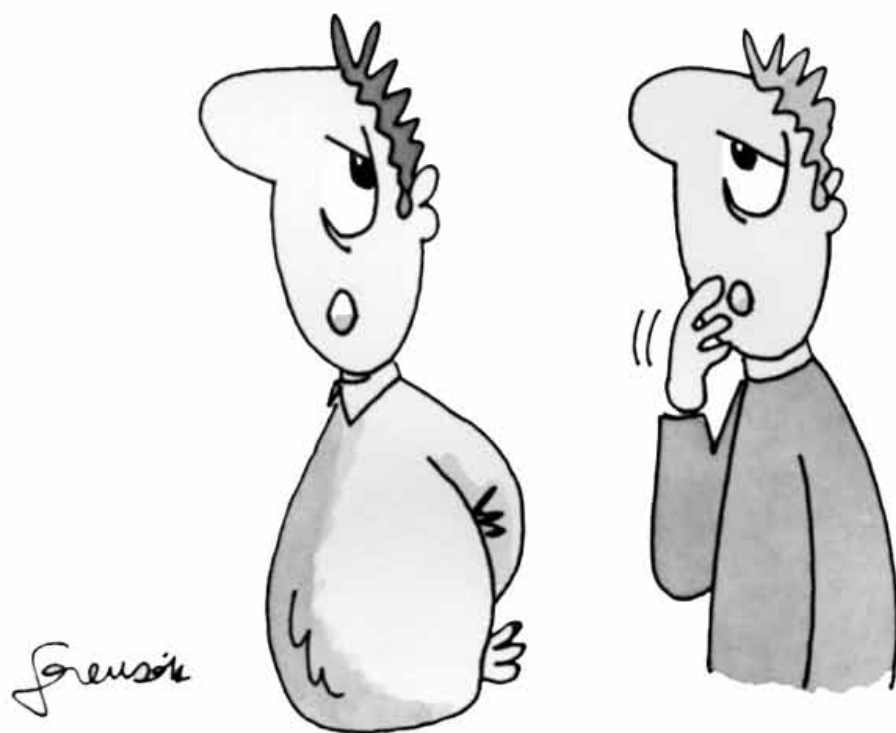
E' UN PEZZO CHE
CERCO DI FARTELO
CAPIRE, MAMMA!!



IL LIBRO BIANCO
DELLA "SINPIA"

PERCHE'
"BIANCO"?!

BHO'!...
FORSE HANNO
SCRITTO SOLO
LA COPERTINA!





DAI "POSTI DI AGGREGAZIONE" AI "POSTI LETTO IN OSPEDALE"!...
... ANDIAMO BENE !!!



IMPORTANZA DEL FINANZIAMENTO

IL PROGETTO È
STATO PIENAMENTE
REALIZZATO!

BENE!

LEI "FINANZIA",
IO "MENTO"!!

Grezzo '11

TAVOLA ROTONDA

DALLE TENDE
AL FUTURO CHE CI
ATTENDE !!



LA SFIDA PIU' GRANDE
NON E' TANTO SAPER
FAR BENE QUELLO CHE
SI FA, BENSÌ' COLLABO-
RARE INSIEME PER FARLO
MEGLIO!

SEI IL SOLITO
EGOISTA! QUESTO
CONCETTO SPETTAVA
A ME DIRLO !!

Frederic



IL TERREMOTO HA
EVIDENZIATO LE
CARENZE CHE GIÀ
ERANO PRESENTI

SONO CROLLATI ANCHE
I CENTRI DI AGGREGAZIONE
CHE AVREMMO VOLUTO
COSTRUIRE !!



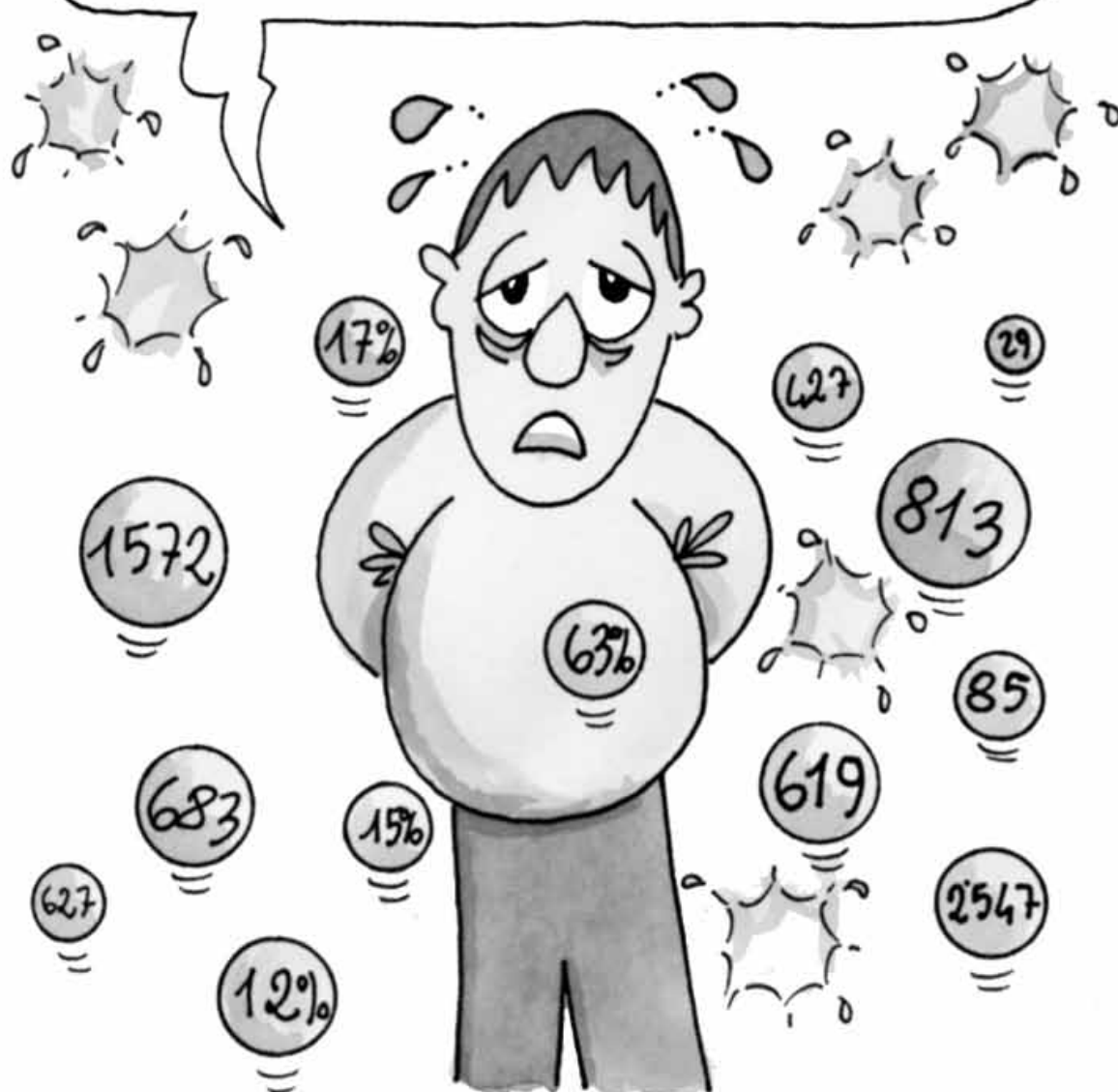
Greco '14

E' INUTILE PIANGERSI
ADDOSSO! ... BISOGNA
RIMBOCCARSI LE MANICHE
E GUARDARE SPERANZOSI
VERSO IL FUTURO!!

PSSS...
E' DI LA', IL
FUTURO!

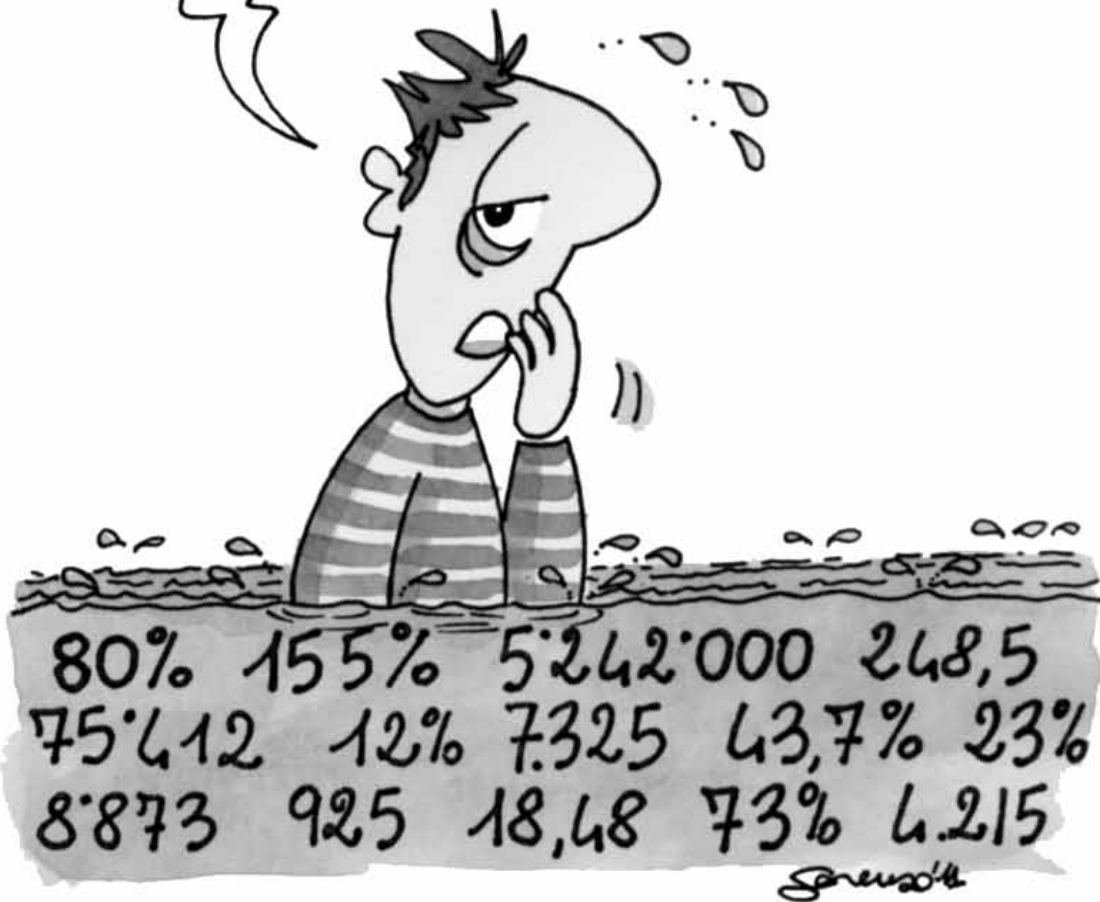


...CI HANNO DATO
I DATI, MA ME LI SONO
SCOR-DATI !!



CALAMITÀ NATURALI

... DOPO IL TERREMOTO
PURE L'INNONDAZIONE
DEI DATI !!...



S'E' FATTO TARDI!
PER CONCLUDERE IL TUO
INTERVENTO TE NE DO
50!

EURO?!

NO, SECONDI!



CONCLUDENDO ...

ABBIAMO INIZIATO IL
SEMINARIO CON IL SOLE
E FINIAMO CON PIOGGIA,
FULMINI E TUONI! ...
... SARANNO MICA FINITI
I FINANZIAMENTI ?!!!



6. Scheda del progetto *L'altra città* - Federazione Scs Cnos Salesiani per il sociale



L'ALTRA CITTÀ


Strategie di inclusione sociale dei giovani a rischio con pratiche di sviluppo di comunità.



Periodo: 15/07/2010 – 14/07/2011


Sedi:

1. Ass. Santa Chiara – Palermo
1. Coop. Sociale Momo – Cuneo
1. Opera Salesiana – L'Aquila




DESTINATARI

- 420 adolescenti/giovani (140 per sede)
- 105 adulti (35 per sede)




OBIETTIVO GENERALE

sperimentare un modello di intervento (nazionale e dal forte radicamento locale) che favorisca l'inclusione dei giovani a rischio e in condizioni di marginalità che vivono in comunità locali svantaggiate



OBIETTIVI SPECIFICI

- conoscere il tessuto sociale che caratterizza i territori (dal punto di vista delle *reti formali ed informali*) e mappare risorse e opportunità di aggregazione, educazione e cultura rivolte ai giovani
- attivare forme di confronto e coordinamento (*formali ed informali*)
- coinvolgere, formare e sostenere gruppi di adolescenti e giovani in una prospettiva di impegno nel proprio contesto di vita
- favorire il consolidamento di forme di associazionismo giovanile che abbiano come focus principale la propria azione sociale il territorio.



Mappatura delle risorse/problemi adolescenti e giovani

2.1 Mappatura-adulti: attraverso interviste a campione e questionari rivolti al livello istituzionale e del privato sociale.


2.2 Mappatura-giovani: attraverso focus group, questionari ed osservazione partecipante nei luoghi di vita maggiormente frequentati dai giovani della comunità.



Attivazione di reti di collaborazione e progettazione partecipata locale:

3.1 Creazione della rete attori sociali.

3.2 Progettazione partecipata: la rete, incontrandosi periodicamente, riflette, condivide e progetta risposte ai giovani del territorio.



Cantiere del cambiamento

4.1 Laboratorio adulti: incontri formativi e ideazione di attività specifiche in sinergia tra giovani ed adulti.

4.2 Cantiere giovani:

- azioni di aggregazione e socializzazione;
- laboratori giovani: formazione e micro-esperienze di cittadinanza.

4.3 Incontri strutturati: strutturazione formale dei gruppi attivati per favorire sostenibilità del lavoro avviato.



AZIONI TRASVERSALI

- Formazione iniziale ed in itinere
- Monitoraggio e valutazione
- Comunicazione e informazione