

CARTA DEI SERVIZI

OfH- Opportunities for Health

Corso C.Tacito 20, Terni

ofh@pec.it

Struttura residenziale socio sanitaria per minori

SRS-PG

Via Strada Monte Vile 22, Perugia

Regolamento regionale del 4 dicembre 2017, n° 7.

Disciplina in materia di servizi residenziali per minorenni

Art. 32 (Servizio residenziale sociosanitario per minorenni a media intensità terapeutico riabilitativa). Modulo 2: per accogliere minori dai 14 ai 17 anni, nel numero massimo di sei minorenni, più uno per situazioni di emergenza, e dei quali massimo due provenienti dall'area penale.

1. PROGETTO PSICOEDUCATIVO RIABILITATIVO: CULTURALE, TECNICO, ORGANIZZATIVO E METODOLOGICO

1.1. Background

Uno sguardo sulla società, per contestualizzare le difficoltà esistenziali delle persone, in grado di concorrere agli eventi che decretano l'invio dei minori, nei vari centri di accoglienza.

Precarietà, insicurezza, rischio (vedasi ad esempio la pandemia di Sars Cov 2) sono i temi che ricorrono oggi più spesso, nel definire la società attuale. Obiettivamente, la percezione del futuro da parte dei cittadini non è più ragionevolmente rassicurante; l'idea di una società sicura e protettiva è venuta meno. Le sicurezze e le autoprotezioni del passato come il lavoro sicuro, la casa, l'investimento scolastico per i figli, la sanità per tutti, una condizione economica accettabile in larghe fasce di popolazione... non sono più pienamente disponibili; non di meno l'indebolimento dei tradizionali strumenti di protezione sociale, l'allentamento dei legami sociali ed il vacillare di valori forti, tendono a rappresentare fattori di condizionamento psicologico nei cittadini verso una condizione di stress sociale permanente. Ma l'assetto socioeconomico attuale della società, non è solamente frutto di forme di autoregolazione intrinseca alla società, di legislazioni azzardate oppure delle politiche che si sono susseguite, poco attente all'impatto sulla salute dei cittadini, pure importanti ma anche frutto dei processi di globalizzazione che stanno investendo, secondo livelli diversi, tutti i paesi del mondo e l'impatto che la globalizzazione stessa sta avendo sul piano psicologico e sociale presso gli individui. Dal nostro punto di vista, i processi globalizzanti soprattutto quelli collegati alla comunicazione, tendono ad influenzare non solamente gli accadimenti sulla scena mondiale ma sempre più tendono a condizionare, la soggettività e la vita quotidiana, delle persone. Il nostro modo di vivere e di pensare è sempre più influenzato da informazioni ed immagini che provengono da altri luoghi del mondo che tendono a delocalizzare, la nostra presenza soggettiva nel mondo, con tutte le implicazioni nella percezione di sé; sempre più entriamo a contatto con altre culture e modelli di pensiero che tuttavia non riusciamo a padroneggiare pienamente finendo per risultare colmi di incognite, financo minacciosi; entriamo sì, a contatto con realtà differenti ricavandone un vantaggio in termini di conoscenza, tuttavia queste differenze non possono essere esperite consapevolmente con il risultato che la realtà circostante ci appare sempre più indifferenziata, senza riferimenti sufficientemente univoci in grado di comprenderla, invero tende ad essere percepita con sempre maggiori gradi di complessità; siamo chiamati ad inseguire cambiamenti sempre più repentini e totali che tuttavia ci sfuggono, parimenti ci sentiamo obbligati a continui processi di adattamento, mai definitivi; siamo immersi in un contesto ambientale ad alta varianza che spesso viene percepito – secondo livelli di consapevolezza diversi da soggetto a soggetto – con effetti negativi sulla capacità propositiva dei soggetti stessi, sulla riduzione della motivazione a mantenere alto il valore sociale delle relazioni e sulla partecipazione stessa alla vita sociale; la globalizzazione riduce sì, le distanze tra persone, culturali, psicologiche...ma non sembra favorire un riconoscimento maggiore tra le persone stesse ed il senso di isolamento rischia di aumentare.

Oggi la vita lavorativa è attraversata da grandi trasformazioni economiche e culturali (si pensi a.e. allo smart working) come si diceva in precedenza che stanno incidendo sulla organizzazione del lavoro e sulla vita stessa delle aziende anche a causa dell'innalzamento del livello competitivo del sistema industriale, inserito in contesto mondiale. L'elevata domanda di prestazioni, soprattutto nel momento della riorganizzazione aziendale può essere una straordinaria fonte di stress e sofferenza: lasciare il dipendente fisicamente ed emotivamente svuotato. L'espansione della tecnologia ha portato ad aspettative più elevate, per la produttività e l'efficienza, è aumentata la pressione sul singolo lavoratore ad operare costantemente a livelli di alte prestazioni. Adattarsi alla cultura del lavoro, sia in una nuova azienda o meno, può essere

intensamente stressante: adattarsi ai vari aspetti della cultura del lavoro, quali modelli di comunicazione, fattori gerarchici, sottili discriminazioni sul posto di lavoro, eventuali aree di lavoro e soprattutto il lavoro, i livelli di competizione tra colleghi, i modelli comportamentali dei superiori, nonché dei collaboratori... possono rappresentare dei fattori di rischio psicosociale. Il contesto lavorativo, per l'insieme dei vissuti e significati psicologici che evoca a seguito degli aspetti culturali scaturiti dalla globalizzazione, capaci ridefinire l'esperienza lavorativa, tende ad assumere caratteri destinati a procurare problemi di adattamento nelle persone e quindi stress. Poiché le circostanze economiche difficili e inedite (alto livello di competizione aziendale su scala mondiale) di questi ultimi anni, hanno portato a rapidi cambiamenti nella forza lavoro e dell'organizzazione del lavoro aumentando ulteriormente il livello di stress nei dipendenti, nei manager e nei dirigenti. I notevoli mutamenti che sono sopraggiunti nel mondo del lavoro stanno conducendo a rischi psicosociali sempre più riscontrabili. I rischi psicosociali, che sono legati al modo in cui il lavoro viene progettato, organizzato e gestito, nonché al contesto economico e sociale ove si attualizza, tendono a produrre un maggiore livello di stress nelle persone al lavoro, con gravi ricadute sulla salute mentale, fisica e sulle modalità di relazione familiare e sociale. Non di meno la globalizzazione ha spostato individui tra varie parti del mondo in cerca di maggiori opportunità di vita: l'integrazione e la convivenza nelle comunità, tra migranti e tra migranti e residenti così come si vanno oggi ponendo all'attenzione dei media e dall'esperienza di ciascuno di noi, costringono individui e gruppi ad un costante confronto con le questioni della diversità. La tematica della convivenza si sostanzia nelle situazioni dove uomini e gruppi si trovano a confrontarsi con le difficoltà del vivere con altrettanti individui e gruppi dove la ricerca di una base di accomunamento sottintende un'attività inedita in grado di produrre stress. A causa di una insufficiente preparazione a produrre nuove regole del gioco sociale, quando quelle presenti rivelano inadeguatezza. In altri termini l'assenza di relazioni adeguate a prevenire o gestire la distruttività e a garantire una possibile modalità di adattamento alla realtà. Quindi: trasformazioni e contingenze economiche pregnanti, condizioni di lavoro con garanzie ridotte per il futuro, nuovi cittadini stranieri con nuove culture, insicurezza urbana e sanitaria, legami sociali sempre più deboli, tendono a rappresentare potenziali elementi di stressor per la famiglia, in grado di concorrere verso lo sviluppo negli adolescenti comportamenti psicopatologici.

1.2. Riferimenti teorici a base del modello psicopedagogico e riabilitativo

Preliminarmente sul piano teorico; partiamo dal concetto di salute e dalla sua promozione. Mentre è relativamente facile definire la malattia o il deficit nelle sue varie forme psichiche e sociali, che conosciamo benissimo per ovvie ragioni, più difficile è spiegare la salute. La salute è anzitutto una conquista personale, frutto di un delicato equilibrio psicofisico, mente-corpo, alimentazione, attività fisica, sessualità, accettazione di sé, educazione e cultura... dipendenze coscienti e inconsce, e scelte valoriali per quanto concerne il proprio modello di vita. Ne discende che promuovere la salute attraverso puntuali strategie educative, significa favorire il completo benessere delle persone in tutte le fasi del ciclo di vita: sul piano fisico, psicologico e sociale e non solo favorire l'assenza della malattia, fisica o mentale. Attraverso strategie di promozione della salute che puntano sullo sviluppo dei determinanti della salute capaci nel contempo di prevenire o gestire le malattie, disabilità... o ridurre gli effetti, al fine di migliorare il livello di benessere realmente percepito dalla persona a tutto vantaggio della qualità della vita.

In quest'ottica, assumiamo in pieno non solo sul piano teorico, ma sul piano strettamente operativo, il modello biopsicosociale che informa il funzionamento

individuale quale sistema di regolazione degli stati di malattia/disagio e di salute. In tal senso, la malattia/disagio rappresenta l'esito di una rottura dell'equilibrio biologico, psicologico e sociale della persona e la salute rappresenta la conservazione o il rafforzamento dell'equilibrio suddetto.

Puntiamo ad un Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato per il minore, centrato sulla Promozione della salute che si interessi quindi alla salutogenesi e non solo alla patogenesi, che tenda a rafforzare l'insieme delle funzioni normali del minore, che stimoli le condizioni migliori, interne ed esterne, perché il minore possa realizzarsi nella pienezza della salute. Quindi un'attenzione maggiore sulla salute superando il modello causalistico, riparativo lungo il versante della malattia, del deficit e della cura a quello della salute e della sua promozione inserito nel più ampio contesto socio-economico ed istituzionale. Un PTRI che sposti l'attenzione dall'assistenza alla promozione della salute, significa primariamente, sviluppare o modificare, nei minori atteggiamenti culturali, organizzazione cognitiva ed emotiva, comportamenti e fattori psicologici collegati a traumi o esperienze negative, rilevanti per la salute sia fisica che mentale.

2. LA PSICOPATOLOGIA IN ADOLESCENZA

2.1 Introduzione

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) i disturbi psicopatologici in età evolutiva si manifestano con una prevalenza pari al 7-10% nei bambini e al 10-16% negli adolescenti e circa il 50% dei disturbi mentali riconosce un esordio prima dei 14 anni di età. È stato stimato che circa il 20% degli adolescenti presentano disturbi psichiatrici. I più frequenti di questi sono i disturbi d'ansia (come gli attacchi di panico, l'agorafobia e il disturbo d'ansia generalizzato), i disturbi dell'umore, i disturbi del comportamento (come l'ADHD e i disturbi del comportamento alimentare) e i disturbi da abuso di sostanze.

Le evidenze degli ultimi anni depongono per un aumento dell'incidenza di disturbi depressivi tra gli adolescenti, in particolare le ragazze (Merikangas KR et al 2010). In uno studio recente veniva fuori come la prevalenza di disturbi depressivi tra gli adolescenti si attestava intorno all'11,2%, contro quella di circa l'8% degli adulti, e le ragazze mostrano un aumento del rischio da 2 a 4 volte più elevato (Avenevoli S, Swendsen J, He JP, et al 2015).

Esiste quindi una continuità tra i disturbi mentali dell'età infantile e quelle dell'età adulta: molti degli adulti con disturbi psicopatologici hanno presentato un disturbo più o meno invalidante già in infanzia o adolescenza, mentre molti dei ragazzi con difficoltà psicopatologiche, diagnosticate o meno al momento del loro esordio, manifesteranno un disturbo psicopatologico in età adulta. Una diagnosi precoce e un tempestivo intervento possono cambiare quindi la storia naturale della malattia mentale e prevenire non solo un decorso inaggravante ed invalidante ma anche elevati costi emotivi, sociali ed economici associati al disturbo.

2.2 Il costo sociale

La presenza di problemi psicopatologici in adolescenza e in età giovanile è associata con un aumentato rischio di disfunzionamento sociale, lavorativo e personale negli anni e decenni successivi, tanto che si ritiene che questa fase di vita, che va dai 10 ai 25 anni, sia da considerarsi il periodo di maggior rischio per l'esordio e lo sviluppo di patologie mentali in età adulta (Copeland WE et al., 2015).

Gli aspetti di disfunzionamento sociale più frequenti nel corso dell'età adulta saranno

rappresentati da bassi livelli occupazionali e scarsi rendimenti scolastici, disoccupazione, condizioni di scarso reddito, abuso di sostanze, aumentata incidenza di suicidalità, rapporti affettivi problematici con maggiore frequenza di separazioni e problemi di genitorialità (incluso aborti e gravidanze non desiderate), aumentato rischio di comportamenti illegali e delinquenti (Fergusson DM et al. 2005-9).

Inoltre, secondo i dati del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), reperibili nel web, sembra in significativo aumento il tasso di suicidalità tra giovani e adolescenti: il suicidio infatti rappresenta attualmente la terza causa di morte nei ragazzi tra i 10 e i 14 anni e la seconda causa di morte tra i 15 e i 34 anni (Curtin SC et al 2016). Secondo dati USA la frequenza di mortalità per suicidi nelle ragazze tra i 10 e i 14 anni sarebbe aumentata del 300% tra il 1999 e il 2014, passando dallo 0,5 all' 1,7% (dati CDC) Tale incremento della suicidalità in età giovanile sembrerebbe correlato alla presenza di stati depressivi, per quelli che avvengono tra i 13 e 18 anni, ed a maltrattamenti familiari per quelli che avvengono prima dei 13 anni (Peyre H, Hoertel N, Stordeur C, et al 2017).

2.3 La Psicopatologia dello sviluppo e dell'adolescenza

La scienza della Psicopatologia dello sviluppo nasce dall'interazione tra diverse discipline e aree di studio, tra cui l'embriologia, le neuroscienze, l'etologia, la psicologia clinica, la psicologia dell'età evolutiva, la psicologia sperimentale, e la neuropsichiatria.

I primi approcci alla costruzione di una teoria della psicopatologia dell'adolescenza, vedono i contributi illustri del mondo psicoanalitico. Per Freud l'adolescenza è un periodo relativamente importante dello sviluppo psichico e sessuale, poiché in questa fase si riattivano le trame pulsionali infantili, per Freud prevalenti, l'adolescente deve però, riuscire a superare il passato per far fronte ai nuovi compiti evolutivi imposti dalle trasformazioni puberali. A seguire Anna Freud con i suoi studi sui meccanismi di difesa precoci dell'età evolutiva, sottolinea la difficoltà di distinguere tra normalità e patologia in quanto "l'adolescenza costituisce per definizione l'interruzione di una crescita pacifica che assomiglia, in apparenza, a una varietà di altre turbe emotive e sconvolgimenti strutturali" (A. Freud, 1957).

Winnicott sostituisce il concetto di pulsione, con quello di bisogno, passando da una concezione biologica ad una maggiormente psicologica dove il buon funzionamento della diade madre- bambino, una madre capace di rispondere prontamente ai bisogni del piccolo, determinando un esito positivo del suo sviluppo psicologico. Melanie Klein all'interno dell'ottica psicomica, costruisce la sua "*teoria delle relazioni oggettuali*" e gli studi sul rapporto ambivalente da parte del bambino verso la propria madre, ha contribuito ad una revisione radicale delle formulazioni proposte da Freud spostando, insieme alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988), l'interesse dal modello psicoanalitico pulsionale di Freud verso le dinamiche relazionali della vita dell'individuo. Bowlby e poi la Ainsworth (1991) focalizzano l'attenzione intorno agli stili di attaccamento su cui si articolerebbero gli esiti dello sviluppo da bambini ad adolescenti e poi adulti in soggetti sicuri, distanzianti ovvero invischiati.

Le rappresentazioni mentali che si strutturano nei bambini e che si consolidano in adolescenza, sarebbero in grado di fornire coerenza a tale costruzione vengono definiti modelli operativi interni del sé e dell'altro; esse emergono dall'esperienza relazionale e presuppongono il funzionamento dell'individuo in termini essenzialmente relazionali.

Per Erikson, l'adolescenza è il momento della formazione dell'identità ben diverso dai processi di introiezione e di identificazione che avvengono nell'età infantile. E' soltanto quando il soggetto è in grado di selezionare alcune fra le sue identificazioni infantili scartandone altre, in accordo con i propri interessi, talenti e valori che egli giunge a formare la propria identità.

Oltre a quello psicoanalitico e psicomodinamico, esistono evidentemente modelli diversi di riferimento per indagare la psicopatologia in adolescenza, ognuno dei quali legato all'approccio teorico di riferimento: cognitivo comportamentale, neurobiologico, evolutivo-interpersonale. Negli ultimi anni i vari approcci hanno fornito tutti significativi contributi alla materia, soprattutto nell'ottica evolutiva longitudinale in grado di prevedere e prevenire i disturbi e migliorare l'esito degli interventi.

La prospettiva evolutiva e longitudinale e la fondamentale continuità del funzionamento caratterizzano questo nuovo paradigma rispetto alla tradizionale psichiatria dell'infanzia e l'attenzione ai modelli individuali di adattamento e disadattamento la distinguono dalla psicologia dello sviluppo. Il suo obiettivo principale infatti è quello di riconoscere le continuità nei percorsi comportamentali adattativi e disadattativi che collegano gli aspetti precoci dello sviluppo ai disturbi dell'età adulta. Essa unisce inoltre gli sforzi operati nel campo della ricerca dalla psicologia accademica all'attenzione all'individualità e alla rilevanza delle esperienze precoci presupposte dalla psicologia clinica (Cicchetti, 1989). Per questa ragione la ricerca longitudinale sui fattori di rischio viene ritenuta per molti versi paradigmatica della psicopatologia dello sviluppo (Sroufe & Rutter, 1984), che viene a costituirsi come approccio comprensivo in grado di integrare elementi derivati da diversi campi di indagine in un complesso programma di ricerca.

L'assunzione di una prospettiva evolutivo-longitudinale permette di comprendere i complessi legami tra adattamento precoce e successivi disturbi alla luce di una considerazione complessa che vede la progressiva trasformazione e riorganizzazione del comportamento come esito dell'intrecciarsi continuo dell'organismo in via di sviluppo nella sua interazione con l'ambiente. Il concetto di continuità nel modello evolutivo, che vede delinearsi di una relazione a doppio legame tra normalità, patologia, infanzia ed età adulta. Viene proposta cioè una coerenza nello sviluppo di ogni individuo, che non è incompatibile o in contraddizione con la nozione di plasticità, ma che anzi ne sottolinea gli aspetti di cambiamento.

2.4 II TRAUMA COME FATTORE DI RISCHIO PSICHICO

Il termine trauma (dal greco τραύμα, ferita) ed è stato introdotto nei primi del 900 dal linguaggio medico chirurgico, per indicare l'azione di un evento violento, di origine esterna, sul corpo e fu ripreso successivamente in Psicologia ed elaborato da numerosi autori (Charcot, Janet, Freud, Ferenczi) per definire una esperienza in grado di provocare una sollecitazione sulla vita psichica di un individuo, tale da non poter essere elaborata con i normali mezzi a disposizione di quest'ultimo, con perturbazioni psicopatologiche che possono connotarsi come transitorie o definitive.

Secondo i vari autori, l'esperienza traumatica non integrata, può diventare "intrusiva" e venire continuamente reiterata oppure, attraverso meccanismi di evitamento e di allontanamento dalla coscienza, può rimanere "dissociata" dal resto dell'esperienza psichica, causando appunto una sintomatologia che può essere fobica/dissociativa, con manifestazioni differenti a seconda del tipo di meccanismo difensivo che prevale: depersonalizzazione, derealizzazione, somatizzazione, ecc.

Sono molteplici le esperienze che possono rappresentare un trauma psicologico per l'individuo: può trattarsi di eventi micro-sociali, come nel caso di aggressioni o abusi, o macro-sociali, come le catastrofi naturali. Il tipo di trauma che la persona sperimenta è solo uno dei tanti fattori che determinano l'impatto del trauma stesso e la probabilità che si sviluppi un disturbo post traumatico nel breve o lungo periodo.

Evidentemente, esperienze diverse possono generare reazioni simili ed esperienze simili possono attivare reazioni diverse: è per questo che nella diagnosi dei disturbi correlati a

eventi traumatici e stressanti, si deve tenere in grande considerazione l'aspetto eziologico e dunque il momento evolutivo in cui l'evento/i traumatico/i si sono presentati nella vita dell'individuo. Di rilievo è anche la variabile della occasionalità o della continuità del trauma subito per cui, circostanze apparentemente poco impattanti, laddove vengano reiterate nel tempo, possono rappresentare una esperienza traumatica per l'individuo.

Secondo l'attuale nosografia proposta dal DSM-5, i Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, sono stati classificati come categoria autonoma, indipendenti dai disturbi d'ansia, nei quali erano inseriti fino alla precedente edizione e vengono indentificati nel Disturbo acuto da stress (Acute Stress Disorder, ASD); Disturbo da stress post-traumatico (Post traumatic Stress Disorder, PTSD); Disturbi dell'adattamento (Adjustment Disorders, AD); Disturbo reattivo dell'attaccamento (Reactive Attachment Disorder, RAD); Disturbo da comportamento sociale disinibito (Disinhibited Social Engagement Disorder, DSED).

Attaccamento e trauma

Le esperienze infantili negative e il trauma precoce possono influire profondamente sulla traiettoria dello sviluppo del futuro adolescente ed adulto.

Diversamente dal passato, dove venivano ritenuti dotati di una plasticità adattiva in grado di assorbire tracce di eventi traumatici precoci, i bambini sono oggi considerati una popolazione particolarmente vulnerabile: l'immatùrità dei loro sistemi di rappresentazione simbolica, ostacola il processo di attribuzione di significato all'evento/i traumatici subiti o assistiti.

Recentemente si è infatti riconosciuto l'impatto traumatizzante delle esperienze negative avvenute ad altri, vicini (per esempio ad un care giver o un compagno di classe) sulla base delle quali, i piccoli pazienti riorganizzerebbero le loro reazioni istintive (in modalità di attacco/fuga/freezing/disperazione). Riferendosi in particolare all'impatto delle diverse tipologie di traumi sullo sviluppo del bambino, altri autori riconoscono due tipi di trauma:

- "Tipo I" eventi singoli, circoscritti e tendenzialmente inaspettati, il cui ricordo è relativamente completo e dettagliato e che generalmente producono nel bambino sintomi di ripetizione, evitamento, ipervigilanza, dispercezioni e percezioni erronee del corpo
- "Tipo II" esposizioni prolungate e ripetute a circostanze esterne estreme, in cui l'elemento di ripetizione è accompagnato da un senso di anticipazione che mobilita strategie di coping tese ad affrontare il pericolo, quali ad esempio il diniego o la dissociazione; nei bambini inducono ottundimento affettivo, rabbia, intorpidimento.

Per quanto concerne il trauma di tipo II, spesso si riscontrano segni dell'evoluzione in adolescenza e poi in età adulta, con possibili esiti in disturbo della personalità di tipo borderline, narcisistico o anti-sociale, disturbi di personalità multipla, in aggiunta ai disturbi dissociativi, disturbi del Sé e della corporeità (dismorfofobie, disturbi dell'immagine corporea, disturbi dell'identità, disturbi alimentari).

In generale la "*funzione genitoriale*" ed il ruolo dell'attaccamento sono considerati come principali fattori predittivi della capacità di adattamento del bambino a fronte di situazioni traumatiche ed è stata quindi oggetto di studio, sia essa stessa come fattore di rischio che come fattore protettivo della risposta del bambino ad eventi traumatici esterni.

Traumi visibili e d invisibili

Le perturbazioni precoce di una adeguata funzione di attaccamento con il caregiver, aumentano infatti il rischio di sviluppare dei disturbi traumatici complessi e la presenza

di diversi sintomi che non sono sempre semplici da identificare, comprendere o trattare.

Oggi si parla di trauma "visibile", laddove il momento traumatico viene riconosciuto socialmente e definito attraverso la nosografia precisa dei manuali diagnostici e poi c'è il trauma "invisibile", quando questo non è (non è ancora) comunemente visto e riconosciuto, dagli altri e tantomeno dalla propria coscienza.

Fra i traumi visibili possiamo certamente annoverare i casi di maltrattamento e di abuso concreto, come l'abuso fisico o sessuale, il neglect, l'umiliazione, il bullismo. Ci sono poi i maltrattamenti e gli abusi *sottili e nascosti*, difficili da individuare se non attraverso una indagine attenta del modello di attaccamento in auge in quella coppia genitore-figlio ed in quella famiglia (ed anche nella famiglia del genitore), come la mancanza di confini sani tra i protagonisti di quella interazione, l'irretimento implicitamente proposto dalle dinamiche presenti in famiglia o dalle aspettative trigerazionali, l'inversione di ruoli con figura genitoriale o anche l'iperprotezione di un genitore ansioso ed onnipotente.

Diventa più chiaro come ciò possa produrre nel bambino, una mancata possibilità di riconoscimento dei propri bisogni, una sana differenziazione dal genitore, vissuti di insicurezza e rabbia repressa, confusione degli aspetti interni da quelli esterni a sé. L'intero funzionamento e la capacità autoregolativa del bambino possono venire minacciate producendo nel suo percorso evolutivo, problemi di disregolazione emotiva e mancanza di integrazione, difficoltà nella cura di sé, disturbi dell'identità/integrità, incapacità di proteggere il proprio Sé, senso di frammentazione, conflitti interni.

I diversi quadri clinici che ne conseguono attengono alle aree psicopatologiche note e spaziano dai disturbi dell'umore a quelli del comportamento alimentare e delle dipendenze fino a tutti i comportamenti a rischio, all'autolesionismo ed alla violenza in genere, ai comportamenti antisociali, nonché ai gravi quadri di personalità borderline e dissociativa (derealizzazioni, depersonalizzazioni, allucinazioni).

Le forme del trauma: neglect ed abuso

Lo sviluppo della personalità e dell'identità negli esseri umani dipende dalla prospettiva e dallo stile di cura che il bambino riceve dalle sue figure dell'attaccamento. La cura di sé ha origine nelle azioni di cura ricevute da parte dei primi altri significativi per noi (genitori, caregivers, nonni, insegnanti, amici) e tali azioni, imitate ed internalizzate, recerebbero ciascuno in grado di prendersi cura di sé stesso.

Naturalmente è possibile che i caregivers falliscano nel fornire il necessario rispecchiamento, il modello salutare e la validazione dell'esperienza, la continuità nella cura, mostrando distrazione o al contrario iper-attenzione ansiosa (*genitori elicottero*). In questi casi, le conseguenze sono diverse da quelle del maltrattamento attivo (inteso questo come una azione di maltrattamento o abuso conclamata) ma sia il neglect (abuso nascosto) che l'abuso conclamato, finiscono per colpire l'immagine che il bambino e poi il ragazzo, costruisce di sé; il suo sentimento ed atteggiamento verso se stesso, i comportamenti che assume nei confronti degli altri.

Il neglect precoce così come il trauma conclamato, disturbano fortemente il modo in cui i ragazzi imparano a prendersi cura di loro stessi e a gestire le proprie emozioni e sensazioni, anche fisiche. I pazienti che crescono in ambienti incuranti e abusivi non hanno dei modelli di cura del sé internalizzati (Chu, 1998; Ryle, 2002) specie se nessuno gli ha insegnato i comportamenti e gli atteggiamenti che portano a sentimenti di stima (autostima).

Poiché i bambini piccoli non conoscono i propri bisogni, ma li provano e basta, dovrebbero ricevere dal proprio caregiver la definizione e legittimazione dei propri bisogni: in questo processo di rispecchiamento, il bambino impara a riconoscerli (per es. "Sei solo stanco e hai bisogno di riposarti" quando il bambino piange per la

stanchezza) identificarli e valutare comportamenti adatti per gestirli. Così nello snodo dell'adolescenza sarà in grado di rafforzare quella struttura o diversamente strutturare la propria debolezza.

Quando il caregiver non è stato attento o non è stato capace (*adulto fragile*) di entrare in sintonia e di riconoscere i bisogni del bambino, questo processo di riconoscimento, gestione e normalizzazione delle emozioni e dei conseguenti pensieri e comportamenti fallisce, producendo effetti profondi sull'adolescente e sul futuro adulto.

Per le caratteristiche di quel caregiver o della cultura di quella specifica famiglia, il neglect si sviluppa con alcuni bisogni e non con altri (si ai bisogni materiali, no a quelli emotivi), oppure nei confronti di bisogni specifici che vengono negati (bisogno per l'espressione emotiva e la sua trasmissione possono essere repressi dal caregiver): il bambino impara ad ignorare specifiche parti di sé che poi, nelle nuove richieste evolutive dell'adolescenza non sarà facile reintegrare.

Molte vittime di grave abuso emotivo e di neglect imparano ad ignorare le proprie emozioni e bisogni: alcuni pensano persino di non averne nessuno, o che non c'è nulla che possano fare per soddisfarli, specialmente se vivono in contesti "poli-traumatizzanti" (es. famiglia abusante in zone di degrado o di guerra)

Gli effetti del "sentirsi invisibile", non visto, e trascurato hanno un profondo impatto sul bambino e sul futuro adulto. I bambini che hanno imparato a disattivare le risposte automatiche non sviluppano le abilità di base come la co-regolamentazione, la regolazione emotiva, e la cura di sé.

Dall'altra parte, alcuni bambini cercano di essere invisibili per evitare il maltrattamento: in alcuni casi, i bambini si adattano per sopravvivere cercando di essere invisibili per evitare il maltrattamento o l'abuso, alimentando forme interne di conflitto tra alcune loro parti che vorrebbero essere viste disperatamente, altre sanno che non è sicuro e non lo permetteranno. Questi apprendono che i loro bisogni non sono importanti ed imparano a tenersi tutto dentro: da adolescenti possono presentare un aspetto apparentemente normale, ma quando identificano i bisogni e vorrebbero esprimerli, potrebbero tendere a ripetere ciò che hanno imparato, cioè ignorarli, dissociando parti di sé.

D'altro canto, essere visti per la prima volta può avere un profondo impatto su di loro a tal punto che potrebbero minimizzare i comportamenti negativi o i rischi per "averne di più" (comportamenti antisociali).

A partire dal descritto paradigma del Trauma e dai moderni modelli psicoanalitici di sviluppo della mente, dove l'inconscio svela piuttosto che rimuovere i bisogni profondi negati o inibiti, insieme ad una visione "interazionista" dei vari fattori predisponenti, favorevoli e precipitanti del disagio psicologico, si è costruito negli ultimi anni un modello di presa in carico, consultazione ed intervento che dà spazio al riconoscimento dei compiti evolutivi richiesti all'adolescente in un cruciale momento della vita e alla funzione dei vari contesti nei quali questi compiti si svolgono: famiglia, scuola, linguaggi, globalizzazione, trasformazione tecnologica (Fornari).

In quest'ottica l'adolescente risulterebbe segnato dagli eventi del suo sviluppo evolutivo passato e dalle caratteristiche dell'attaccamento sperimentato, ma potenzialmente in grado di recuperare in una "seconda nascita" la possibilità di recuperare quei deficit: mostrerebbe sofferenza quando invece si realizza una condizione di blocco nell'acquisizione dei compiti evolutivi richiesti dalla sua fase di vita, dove si affronta la strutturazione del sé adulto (ingresso in società, confronto con il corpo, emersione di pulsioni sessuali, definizione del percorso di studi o professionale).

Emerge la consapevolezza che la promozione di questa crescita e l'uscita da questo blocco non dipenda solo dalla situazione affettiva del mondo interno al ragazzo, ma

anche dalla natura delle dinamiche che si sviluppano tra lui ed il contesto che gli ruota intorno: in primis la famiglia, il padre e la madre, la rete della scuola, i contesti sociali ed aggregativi reali o virtuali, i modelli culturali di cui si nutre.

L'intervento sull'adolescente, dovrà dunque coinvolgere tutto il contesto di crescita dove il ragazzo si muove, in un processo che parte dal bilancio delle competenze necessarie per affrontare quei compiti evolutivi descritti e necessari da restituire al ragazzo (e alla famiglia). Per questo può essere utile comprendere che l'adolescente può essere il primo a segnalare un deficit nel funzionamento familiare (in un'ottica sistemica) o della comunità/società intera e che il suo disagio in realtà sia l'eco di una fragilità dell'adulto che al suo fianco, non è (o non è stato) capaci di restituirgli stabilità e fiducia in una tappa evolutiva cruciale, nello snodo della definizione della forma stabile di sé.

L'obiettivo è raggiungere il ragazzo lì dove si trova: nel chiuso della stanza dove si ritira, dentro le chat di gruppo dove esalta l'astinenza da cibo o espone il sollievo del suo autolesionismo, nelle maratone di videogiochi dove lenisce il suo carico d'ansia, dietro l'affermazione di controllo dato dalla resistenza alla fame autoimposta.

I dati dell'OMS ci dicono che solo 1 adolescente su 11 tenta il suicidio come segnale di una psicopatologia: gli altri usano l'atto autolesivo o il tentativo suicidale per segnalare il disperato bisogno di non perdere il contatto con una realtà che richiede loro compiti nuovi che non conoscono e che (comprensibilmente) possono avere difficoltà a compiere. L'attenzione va infatti tenuta sulle nuove forme della sofferenza: quella per amore, per solitudine, per insicurezza e come queste si declinano nelle varie forme di isolamento e ritiro oppure di reattività manifesta, oppositività, sadismo e sovraesposizione in rete. Possiamo concludere che l'adolescente segnala il suo dolore attraverso il suo agito psichico (il sintomo) ma anche per ridurre il danno di un disagio che vive quotidianamente (così come spesso accade per l'uso di sostanze). L'obiettivo dell'intervento non è di far sparire il sintomo, ma di lenire il disagio che lo provoca, cercando di integrarlo nelle aree della mente più sane e funzionanti, renderlo "ragionevole" avendo, in qualità di adulti, il coraggio di accompagnarli verso la realizzazione di sé che dovrà essere sempre all'interno della loro specifica storia, ambiente e cultura. Come operatori, della salute dell'adolescente, conoscere gli strumenti della tecnologia, la rete internet, i social, la realtà virtuale dove i ragazzi si muovono e crescono, diventa in quest'ottica un'esigenza fondamentale dove potersi orientare per colmare il gap che ci separa da loro ed orientarsi. Diventa cruciale interfacciarsi con chi progetta i videogiochi e la realtà virtuale, conoscere ed applicare la "gamification", i serious games, la realtà aumentata per ridefinire con il loro linguaggio una teoria della mente competente ed tipi di intervento efficaci sia nel fare diagnosi prettamente nosografica che evolutiva.

2.5 LA QUESTIONE DELLA DIAGNOSI

Il traguardo diagnostico ideale è quello di raggiungere un giusto equilibrio tra valutazione dei dati obiettivi (tra cui i sintomi) e quelli soggettivi dell'osservatore esterno competente, di fronte all'interazione che l'adolescente che abbiamo davanti stabilisce l'ambiente. Non di meno sono significative le valutazioni riguardo alle dinamiche familiari e della coppia genitoriale (Carbone 2005). Oltre a tutto l'apparato psicodiagnostico (test, reattivi, osservazioni, interviste, ecc) varie le metodiche e gli strumenti in uso per conoscere l'adolescente ed il suo disagio: citiamo per esempio Kernberg (1984) con l'uso dell'intervista per la diagnosi dell'adolescente, correla la storia dei sintomi con la relazione terapeutica. Utili sono anche le categorie di valutazione di massima, come quelle proposte da Laufer (1984) che individua tre categorie di indagine, il funzionamento difensivo, la situazione di stallo e la conclusione prematura dello sviluppo. Altri autori, come Novelletto 1986, propongono un approccio integrato con il pensiero psicoanalitico: in questa direzione l'autore ha sviluppato il

concetto di "diagnosi prolungata", una sorta di trattamento di prova in cui l'operatore può rendersi conto dello stadio dello sviluppo dell'adolescente, dei suoi rimaneggiamenti difensivi e può valutare il rapporto fra investimenti narcisistici e investimenti oggettuali e saggiare la propensione alla terapia. Da un punto di vista descrittivo della nosologia psichiatrica classica, può venirci d'aiuto il DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzato da psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella clinica che nella ricerca. Il Manuale, ora rinnovato nella sua quinta edizione, fornisce un elenco di Disturbi dell'adolescenza, solitamente diagnosticati per la prima volta nei primi 14 anni di vita e che, ovviamente, non sono sufficienti a riassumere tutte le forme patologiche riscontrabili. I bambini o gli adolescenti, infatti, possono presentare anche quadri sintomatologici descritti nella sezione dedicata agli adulti, come il Disturbo Depressivo, Ossessivo, le Fobie Specifiche, la Fobia Sociale, l'Ansia Generalizzata. Inoltre, possono mostrare problemi che richiedono attenzione clinica, ma che non sono definiti dal DSM come disturbi mentali (ad esempio Problemi Relazionali, Lutto non complicato, disturbi con l'immagine di sé di tipo pre morboso e tipici della fase di vita). Ogni disturbo viene valutato su 5 assi in grado di garantire il maggior numero di informazioni anche per quanto riguarda le condizioni fisiche, gli eventi psicosociali stressanti e la valutazione globale del funzionamento), esse sono ancora lontane dal fornire una visione esaustiva della psicopatologia. Inoltre, il carattere prevalentemente descrittivo di questo sistema diagnostico e la scarsa attenzione agli aspetti evolutivi e relazionali dei disturbi non ne permettono una efficace utilizzazione per quanto riguarda l'età evolutiva. Il recente PDM-2 (MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO 2018) per molti versi, rivoluziona questa idea di diagnosi in numerose direzioni, puntando l'attenzione sulla personalità in ottica globale, non solo sulla psicopatologia ma anche sulle "risorse" del soggetto come suggerisce la "psichiatria positiva". Invece di rivolgersi ad una classificazione per tratti della personalità, il PDM recupera lo stile di personalità, con la qualitativa del caso clinico e le osservazioni fenomenologiche, differenziando i livelli di organizzazione della personalità (sana, nevrotica, borderline e psicotica), studiando tematiche di base del soggetto (come la dialettica tra fiducia e sfiducia) e la dinamica dei conflitti interni. Molto interessante (e sicuramente utile dal punto di vista clinico) risulta essere la differenziazione tra le patologie di personalità internalizzanti ed esternalizzanti. Per completezza nella rassegna degli utili strumenti di riferimento nella costruzione di interventi di salute in adolescenza, specialmente in ambito psicosociale, citiamo l'ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, lo strumento elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere e misurare la salute e le disabilità della popolazione, anche quella adolescente. Non è propriamente una classificazione che riguarda solo le condizioni di persone affette da particolari anomalie fisiche o mentali, ma è applicabile a qualsiasi persona che si trovi in qualsiasi condizione di salute, dove vi sia la necessità di valutarne lo stato a livello corporeo, personale o sociale. Si tratta di una vera e propria rivoluzione della percezione del disagio, che tiene conto per la prima volta di fattori ambientali. L'ICF rappresenta uno strumento importante per i professionisti del campo sanitario e dei settori della sicurezza sociale, delle assicurazioni, dell'istruzione, dell'economia, del lavoro, e in ambito politico e legislativo. L'ICF può essere infatti utilizzato come strumento educativo (per es., per la progettazione di curricula e l'identificazione dei bisogni educativi); clinico (per es., nell'assessment dei bisogni, nella scelta dei trattamenti, nell'assessment di orientamento, nella riabilitazione e nella valutazione dei risultati); come strumento di politica sociale (per es., per la progettazione e la realizzazione di piani d'intervento e servizi); come strumento di ricerca (per es., per misurare i risultati dei servizi sanitari); come strumento di raccolta e registrazione di dati (per es., in demografia, negli studi su particolari popolazioni) (www.erickson.it).

Di seguito elencati alcuni tra i disturbi mentali più comuni relativi all'infanzia e

all'adolescenza.

3. LE PATOLOGIE PIU' RAPPRESENTATE NELL'INFANZIA ED ADOLESCENZA

3.1 DISTURBI DELL'UMORE

3.1.1 La Depressione maggiore

La clinica chiaramente definita è rara in adolescenza, manifestandosi il più delle volte sotto forma di "equivalenti depressivi" e rappresenta una delle patologie più frequenti. E' necessario distinguere lo stato depressivo patologico dai sentimenti depressivi tipici dello sviluppo normale dell'adolescente: l'umore depresso fisiologico è intermittente, instabile e sensibile alla situazione ambientale. Dunque per la distinzione è utile il criterio della temporalità del sintomo, la maggiore o minore costanza, la sua rigidità o flessibilità. La depressione in adolescenza è ricca di connotazioni ansiose e la sintomatologia è caratterizzata da sintomi non specifici tra cui molto frequenti sono le lamentele somatiche, soprattutto per nella fascia 13-16 anni.

L'adolescente depresso si manifesta con vissuti di angoscia e irritabilità, è spesso disforico, irrequieto e stanco, ansioso e, a tratti, oppositivo ed aggressivo nei confronti dei genitori e degli insegnanti.

Indicatori utili per il disturbo depressivo/ansioso sono il calo del rendimento scolastico, insonnia, disturbi del sonno e del risveglio al mattino. Invertendo il ritmo sonnoveglia, sarà stanco ed abulico, riducendo motivazione e relazioni con i coetanei, vissute come insoddisfacenti e minacciose per il confronto con la realtà.

Nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo riguardante i disturbi dell'umore, il Disturbo depressivo maggiore (DDM) è la forma più diffusa di depressione nei bambini e negli adolescenti. Per soddisfare la diagnosi, devono essere presenti almeno cinque sintomi per almeno due settimane, che indichino un cambiamento significativo rispetto al funzionamento precedente. I possibili sintomi sono: umore depresso (o irritabilità); marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività; significativa perdita o aumento di peso oppure aumento o diminuzione dell'appetito (nei bambini anche incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali); insonnia o ipersonnia; agitazione o rallentamento psicomotorio; faticabilità o mancanza di energia; sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati; ridotta capacità di pensare o concentrarsi o indecisione; pensieri ricorrenti di morte; ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio. I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

3.1.2 Distimia

E' un forma di depressione meno grave. Nel DSM-5, i criteri per bambini e adolescenti sottolineano che deve essere presente un umore depresso o irritabile per almeno un anno, durante il quale il bambino o l'adolescente presenta due o più dei seguenti sintomi: scarso appetito o iperfagia; insonnia o ipersonnia; scarsa energia o astenia; difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni; sentimenti di disperazione.

Nei soggetti in età evolutiva la sintomatologia si presenta secondo modalità peculiari e differenti rispetto all'età adulta: ad esempio l'anedonia nei bambini può manifestarsi nella diminuzione dell'attività di gioco; la difficoltà nella concentrazione concentrarsi può rendersi evidente in un calo del rendimento scolastico. L'irritabilità è rilevante

quando il bambino, inizia ad avere maggiori conflitti con i pari oppure presenta comportamenti oppositivi.

3.1.3 Depressione narcisistica

E' una condizione rilevante e tipica dell'età adolescenziale, caratterizzata da una condizione di fragilità narcisistica in cui il dolore mentale è conseguente al fallimento di aspettative, onnipotenti e megalomane, spesso frutto della proiezione dei genitori e che i figli fannoproprie.

Nascono dal divario, tra i desideri, le aspirazioni e le reali capacità del ragazzo: da qui che nascono intensi sentimenti di mortificazione, umiliazione e vergogna. Manifestano bassa autostima ed l'incapacità di trasformare le aspirazioni e sogni a livello di realtà.

Le rotture sentimentali, l'insuccesso scolastico, il tradimento di un amico, le critiche dei compagni, i rimproveri dei familiari, a causa di un'eccessiva fragilità narcisistica, suscitano potenti reazioni di vergogna e mortificazione spesso alla base di gesti autolesivi ed anche suicidali

3.1.4 Il disturbo d'ansia

Rappresentano la patologia psichiatrica più comune in età evolutiva (MeriKangas et al., 2010; Kessler, Avenevoli, Costello, 2012) e si stima che un terzo degli adolescenti soddisferà i criteri per un disturbo d'ansia all'età di 18 anni (MeriKangas et al., 2010).

In letteratura il dibattito sul peso dei fattori ambientali e dei fattori genetici nel determinare lo sviluppo dei disturbi d'ansia è particolarmente acceso. I fattori in grado di determinare l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi d'ansia in età evolutiva sono i fattori genetici, il temperamento del bambino ed i fattori ambientali, i quali comprendono lo stile educativo genitoriale ed eventualmente l'ansia del genitore. Il DSM 5 identifica le seguenti categorie diagnostiche per i disturbi d'ansia:

Disturbo d'ansia di separazione, Mutismo selettivo, Fobia specifica, Disturbo d'ansia sociale, Disturbo di panico, Agorafobia, Disturbo d'ansia generalizzata, Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica Disturbo d'ansia con altra specificazione, Disturbo d'ansia senza specificazione. Tra i più frequenti:

3.1.5 Il disturbo d'ansia sociale

Si caratterizza per preoccupazioni eccessive, sentimenti d'imbarazzo e forte disagio, nell'affrontare situazioni di esposizione sociale o di prestazione che possono portare ad un progressivo ritiro e comportamenti di evitamento rispetto a tutte quelle situazioni ritenute ansiogene (stati spesso confusi dalla famiglia come timidezza).

Generalmente questo disturbo ha esordio prima dei 20 anni e tende a protrarsi nell'età adulta, con una frequenza (prevalenza per anno) di circa il 15% tra gli adolescenti e del 7/9% tra gli adulti .

Il disturbo d'ansia può esitare in diverse forme:

I) agorafobia, caratterizzata da sensazioni di disagio, ansietà o vera e propria paura con comportamenti di evitamento per alcune specifiche situazioni come stare in spazi molto aperti (come le piazze, da cui il nome) o, viceversa, molto chiusi , in mezzi pubblici (metropolitana etc), in luoghi affollati (negozi, file, centri commerciali), allontanarsi troppo dalla propria abitazione. La frequenza di agorafobia tra gli

adolescenti è di circa il 2,5%, più di 3 volte superiore agli adulti (circa lo 0,8%) (1).

ii) **disturbo di panico**, è caratterizzato da episodi di paura intensa o disagio accompagnati da una rilevante sintomatologia fisica e/o mentale, (palpitazioni, tachicardia, sudorazione, tremori, difficoltà di respiro "fame d'aria", vertigini, senso di sbandamento, paura d'impazzire, paura di morire o di poter avere un infarto imminente o un ictus. Tali episodi hanno un inizio improvviso e tipicamente inatteso, durano in genere pochi minuti, ma lasciano una intensa paura che possano ripetersi.

Spesso possono essere legati a luoghi e situazioni particolari, come luoghi chiusi o affollati, in quel caso si definiscono complicati da comportamenti agorafobici (con o senza le caratteristiche dell'agorafobia).

3.1.6 Il disturbo ossessivo compulsivo

Il disturbo ossessivo compulsivo è un quadro clinico fortemente invalidante. È caratterizzato dalla presenza di pensieri intrusivi e ripetitivi associati ad alti livelli d'ansia e spesso accompagnati da prolungati comportamenti volti a neutralizzare il pensiero ossessivo e l'ansia.

Le manifestazioni sintomatiche si associano ad un elevato grado di disagio e di limitazione nel funzionamento sociale, lavorativo e affettivo. La persona che soffre del Disturbo Ossessivo Compulsivo riconosce la natura patologica del proprio disagio e che le proprie ossessioni e compulsioni sono eccessive e irragionevoli.

I temi più frequenti delle ossessioni riguardano lo sporco, i germi e/o le sostanze disgustose; le persone con il Disturbo Ossessivo Compulsivo possono temere di procurare inavvertitamente danni a sé o ad altri, di poter perdere il controllo, di diventare impulsivi, aggressivi, perversi ecc.. Possono avere dubbi persistenti rispetto al proprio orientamento sessuale, rispetto alle decisioni da prendere, ecc. Inoltre altri temi frequenti delle ossessioni sono l'ordine e la simmetria, la religione e possono assumere anche una "veste" magico-scaramantica. Le compulsioni riguardano principalmente: controllo, lavaggio e pulizia, iterazione di parole o frasi, iterazione di movimenti specifici, ordine e simmetria.

In età evolutiva, l'esordio si ha tra i 9 e 11 anni. Il decorso è cronico, con peggioramento della sintomatologia in seguito a eventi stressanti e il tasso di remissione spontanea è minimo.

3.1.7 I Disturbi della Condotta

Rientra nella categoria dei Disturbi da Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta (DSM5), caratterizzati da condizioni che implicano problemi di autocontrollo delle proprie emozioni e dei comportamenti. In tali disturbi i problemi descritti si esprimono attraverso comportamenti che violano i diritti altrui, come nel caso di aggressioni, distruzione della proprietà, o che pongono la persona in netto contrasto con le norme sociali o con figure che rappresentano l'autorità.

Nel DOP prevalgono emozioni di rabbia e irritazione comportamenti di polemica e sfida. La prevalenza del disturbo varia tra l'1 e l'11%, con una stima media del 3,3% circa. L'incidenza può subire variazioni a seconda dell'età e del genere del bambino. Nelle fasce di età precedenti all'adolescenza, il disturbo sembra presentarsi con più frequenza nei maschi, piuttosto che nelle femmine (1,4:1), tale predominanza maschile non è, tuttavia, sempre riscontrata nella fascia adolescente e adulta. La frequenza del **disturbo oppositivo provocatorio** risulta maggiore nelle famiglie in cui un genitore presenta un disturbo antisociale ed è più comune nei figli di genitori biologici con

dipendenze da alcool, disturbi dell'umore, schizofrenia, o di genitori con una storia di disturbo da deficit di attenzione e iperattività o di disturbo della condotta.

Si caratterizza per la presenza frequente e persistente di umore collerico/irritabile (va spesso in collera, è spesso permaloso o contrariato, è spesso adirato e risentito), comportamento polemico/provocatorio (litiga spesso con persone che rappresentano l'autorità, sfida spesso apertamente o rifiuta di rispettare le regole, irrita deliberatamente gli altri, accusa gli altri per i propri errori), vendicatività. Tali sintomi devono presentarsi nell'interagire con almeno una persona diversa da un fratello e sono, spesso, parte di modalità di interazione problematiche con gli altri.

L'esordio dei primi sintomi si verifica prevalentemente in età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza; un esordio dopo i sedici anni è molto raro in entrambi i sessi (Kazdin, 1997). Spesso il disturbo precede lo sviluppo di un Disturbo della Condotta; si associa, inoltre, al disturbo oppositivo provocatorio il rischio di sviluppare disturbi d'ansia, disturbo depressivo, pur in assenza di un disturbo della condotta.

È improbabile che i bambini che non hanno mostrato comportamenti aggressivi nella prima infanzia sviluppino livelli elevati di aggressività nelle età successive (Shaw, Gilliom & Giovannelli, 2000). Fattori di rischio sembrano essere elementi temperamentali, ambientali e genetici.

Secondo un modello cognitivo-comportamentale della rabbia e dei comportamenti aggressivi in età evolutiva le emozioni e i comportamenti aggressivi del bambino sono regolati dal modo in cui il bambino percepisce, elabora e media gli eventi ambientali, piuttosto che dagli eventi in sé (Nelson & Finch, 2000). La rabbia si pone, dunque, come reazione soggettiva ai problemi e agli eventi frustranti quotidiani.

3.1.8 I Disturbi Borderline e dell'area psicotica

Genericamente è possibile raggruppare sotto questa voce una costellazione di sintomi manifestati e lamentati dagli adolescenti, quali: inquietudine inspiegabile e continua, allarme, angoscia panica, vissuti di trasformazione corporea, diminuita capacità di discriminare le percezioni del mondo esterno, percepito come estraneo e minaccioso, tendenza al ritiro, perdita di interessi, riduzione delle relazioni con i coetanei, pensieri magici ed inconsueti, sospettosità e senso di estraneità rispetto all'ambiente familiare fino allo stordimento ed alla confusione, deficit dell'attenzione e della concentrazione, scadimento del rendimento scolastico, comportamenti violenti in famiglia, ossessioni e gravi compulsioni.

Si parla di "BREAKDOWN" EVOLUTIVO (Laufer) quando un evento critico precede il manifestarsi della psicopatologia e costituisce un indicatore diagnostico di viraggio verso un disturbo grave, ma è inadatto a definire il tipo di disturbo che si può sviluppare. Tra i vari esiti: l'estraniarsi dai coetanei, la tendenza alla masturbazione coatta, improvvise aggressioni nei confronti di un genitore edipico, repentina fobia della scuola, sforzo di riportare il corpo pubere allo stato prepubere, la tendenza ad infliggere danni o lesioni al corpo, tentativi di suicidio.

Date le caratteristiche di instabilità ed evoluzione delle strutture del sé, in adolescenza è buona norma considerare la diagnosi di disturbo "borderline" o di disturbo "psicotico", una diagnosi provvisoria che non dovrebbe cristallizzare il paziente in una categoria e che è invece soggetta a verifiche continue nel tempo. In generale è utile considerare il disturbo mentale in età evolutiva, come il fallimento dei compiti evolutivi e valutare tutti gli agenti che concorrono alla definizione di tale fallimento (contesto sociale, familiare, condizionamenti culturali, contesto di vita, ecc). È per questo fondamentale riconoscere precocemente i sintomi prodromici della patologia vera e propria, onde

attivare interventi precoci non soltanto psicoterapeutici e farmacologici, ma anche di sostegno ai familiari e, in alcuni casi di tipo educativo-riabilitativo e la costruzione di una "rete assistenziale" terapeutica.

E' utile evidenziare alcuni pattern tipici nei ragazzi con disturbi borderline e psicotici in esordio, che possono orientare in merito sia il genitore che l'insegnante, oltre che il medico di famiglia o il pediatra. Essi sono: disregolazione affettiva ed instabilità emotiva, facile passaggio all'atto, ansia elevata e reazioni fobiche, possibili condotte devianti o delinquenti, difficoltà scolastiche sia nel profitto che nella condotta che nelle relazioni con i pari, assenza di motivazione (sport, scuola, socialità), sessualità disregolata, compulsioni o ossessioni, esposizione a possibili dipendenze (anche da alcool e sostanze), atti autolesionistici, umore depresso, pensieri suicidari.

Risulta infine importante sottolineare non solo i fattori di rischio individuali ed ambientali ed i sintomi, ma anche le molte risorse e il potenziale di reversibilità connessi alla fase adolescenziale.

4. APROCCI TERAPEUTICI

Negli ultimi anni gli psicologi e i professionisti della salute mentale che si occupano di sofferenza in età evolutiva riconoscono la necessità di riferirsi ad un modello teorico multifattoriale che tenga conto di:

- Conoscenze delle tappe dello sviluppo normale dell'adolescente.
- Continuità tra salute e patologia.
- Continuità tra adolescenza e vita adulta.
- Collegamento con elementi del contesto di vita dell'adolescente, in linea con l'approccio bio-psico-sociale.
- Individuazione dei fattori di rischio della psicopatologia e fattori protettivi.
- Individuazione precoce di pattern di comportamento prodromici di difficoltà di adattamento e disagio giovanile.
- Inoltre sempre più gli stessi clinici che si occupano di sofferenza dei bambini e degli adolescenti insistono nello sviluppo e realizzazione di programmi d'informazione e prevenzione della psicopatologia in età evolutiva. Molti sono gli studi scientifici che indicano la terapia cognitivo comportamentale (CBT) come un trattamento psicoterapico con elevata efficacia per numerosi disturbi psicologici a esordio infantile.

La letteratura scientifica indica anche che l'efficacia dei trattamenti di psicoterapia cognitivo comportamentale aumenta la propria efficacia se prevede il coinvolgimento dei genitori.

Un contributo fondamentale nello studio della psicopatologia in età evolutiva è certamente la teoria dell'attaccamento (J. Bowlby) che sottolinea l'importanza del legame affettivo-relazionale tra mamma e bambino nello sviluppo successivo del bambino. I genitori devono quindi essere sostenuti nel loro ruolo educativo e affettivo in quanto sono loro i veri esperti del loro bambino, sia quando sta bene sia quando soffre.

Gli interventi psicologici da noi messi in atto per tutti i soggetti in età evolutiva comprendono pertanto:

- consulenza alla funzione genitoriale
- supporto psicopedagogico ai genitori
- psicoterapia con gli adolescenti (individuale o di gruppo)

- percorsi psicoeducativi.

Per la progettazione dell'intervento psicologico più utile per un bambino specifico è necessario un percorso di assessment psicodiagnostico che preveda:

- colloqui con i genitori;
- compilazione di interviste e questionari sia per i genitori sia per gli adolescenti ed eventualmente per i loro insegnanti;
- colloqui con l'adolescente;
- sedute osservazione di gioco/attività;
- valutazione del livello cognitivo ed eventuali approfondimenti neuropsicologici.

Diversi sono i protocolli CBT (terapia cognitivo comportamentale) evidence based per la terapia della psicopatologia infantile, ad esempio:

- il Cool Kids Program (R.Rapee) per la terapia dei disturbi d'ansia;
- il Coping Power Program (Lockart) per il trattamento dei disturbi del comportamento
- Il Cool Kids Program

Il programma si basa sul modello d'ansia sviluppato da Rapee e collaboratori, in cui fattori genetici, stile genitoriale, vulnerabilità individuale e eventi esterni concorrono a generare il disturbo d'ansia; per ognuno dei fattori, il protocollo prevede una tranches di terapia, che va a lavorare sugli elementi disfunzionali. La vulnerabilità individuale, ad esempio, viene affrontata con la ristrutturazione cognitiva e gli stressors esterni vengono affrontati attraverso l'insegnamento di abilità sociali, la parte che riguarda il lavoro con i genitori prevede un intervento che riduca l'iperprotettività verso il figlio e favorisca il supporto all'esposizione, e via dicendo. A questo proposito, il punto su cui Rapee torna spesso, e sottolinea come principale, è la centralità dell'esposizione alle situazioni ansiogene; se abbiamo pochi incontri, il nostro lavoro deve vertere quasi esclusivamente sull'esposizione.

Il Cool Kids Program include i genitori nel trattamento in modo diretto e in modo indiretto. I genitori partecipano attivamente con una modalità che Rapee chiama "*Together, separate, together*", riferendosi ai momenti del lavoro per ogni sessione: inizialmente i genitori entrano nella stanza con i preadolescenti (together) per le chiacchiere di rito sull'andamento della settimana trascorsa e il controllo degli homework, successivamente escono e il preadolescente rimane da solo a lavorare con il terapeuta (separate) e alla fine della seduta tornano per condividere il lavoro svolto (together). Nelle terapia di gruppo, si osserva una modalità indiretta di partecipazione degli adulti che ha inaspettati effetti benefici: Rapee racconta che i genitori, rinchiusi nella stanza affianco ad aspettare la fine delle due ore di terapia dei figli, si trasformano in un gruppo di mutuo auto aiuto, con esiti sorprendenti.

I principi basilari – inclusi anche nel Cool Kids Program- della terapia cognitiva per i disturbi d'ansia con i bambini e con gli adolescenti sono i seguenti:

- Introdurre i genitori e l'adolescente al concetto di legame tra emozioni - situazioni – pensieri.
- Insegnare a monitorare e identificare i pensieri ansiosi.
- Spiegare l'effetto delle distorsioni cognitive tipiche del pensiero ansioso.
- Insegnare tecniche per trovare prove contro le proprie previsioni, sulla base dell'esperienza passata e della conoscenza

generale.

- Insegnare a identificare e mettere in discussione le conseguenze dell'evento temuto e insegnare la capacità di generare "pensieri calmanti" basati su una valutazione realistica dell'evento ansiogeno.
- Esposizione graduale e riduzione delle condotte di evitamento

4.1 Il Coping Power Program

Il Coping Power Program (CPP) (Lochman e Wells, 2002) è un programma di intervento di prevenzione secondaria e trattamento multimodale di comprovata efficacia (Lochman e Wells, 2004; van de Wiel et al., 2007; Zonnevylle-Bender et al., 2007) rivolto alle famiglie e ai bambini di età compresa tra i 7 e i 14 anni per la gestione ed il controllo dell'aggressività, e della rabbia.

Le basi teoriche del Coping Power Program, di matrice cognitivo-comportamentale e derivato dagli studi sull'eziologia dell'aggressività, sono fondate sul Contextual SocialCognitive Model (Lochman e Wells, 2002). Secondo questo modello i fattori di rischio biologici (fattori genetici, complicanze neonatali, anomalie neuro trasmettitoriali, fattori genetici e temperamentali ecc) conducono allo sviluppo di un disturbo del comportamento dirompente in età evolutiva, esclusivamente se associati ai fattori di rischio ambientali sopracitati.

L'iterazione dei fattori di rischio biologici ed ambientali predispongono lo sviluppo di una modalità di elaborazione dell'informazione sociale distorta e deficitaria che induce il bambino (prevalentemente) a percepire e valutare i segnali sociali interpersonali come ostili e a reagirvi con condotte comportamentali aggressive (Lochman e Dodge, 1994); e inoltre a sviluppare delle strategie di Problem Solving interpersonale scarse ed inefficaci che gli inducono a valutare l'aggressività come l'unica e la più efficace possibilità da utilizzare per la modulazione emotiva e per la regolazione delle relazioni interpersonali (Lochman e Lenhart, 1993; Lochman e Wells, 2003).

Il Coping Power Program è un trattamento multimodale effettuato in setting di gruppo. Per quanto riguarda la struttura degli interventi con gli adolescenti, il Coping Power Program si propone di sostenere gli stessi nel modulare i segnali fisiologici delle emozioni e in particolare della rabbia, nel riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking) nell'acquisire strategie per un maggior autocontrollo nel risolvere in modo adeguato situazioni conflittuali attraverso l'apprendimento di abilità sociali e di problem solving. Inoltre è previsto l'utilizzo di contratti comportamentali (chiamati "traguardi") in cui vengono stabiliti obiettivi minimi scolastici (individuati durante gli incontri con insegnanti) al cui raggiungimento è associato un sistema a premi.

Tra i principali strumenti che vengono impiegati dal Coping Power Program si annoverano l'interazione di ogni partecipante con il gruppo dei pari e il role-playing. In particolar modo, il percorso di trattamento si basa su numerose attività di "provocazione strutturata" in cui i membri del gruppo fungono da attivatori emotivi per l'adolescente che in quel momento si sta esercitando nell'applicazione, ad esempio, di una tecnica di autocontrollo al fine di incrementare in vivo, durante una situazione in cui il bambino è emotivamente attivato, l'apprendimento delle tecniche di gestione della rabbia.

La componente dedicata ai genitori, invece, è strutturata in incontri di gruppo strutturati in sessioni di Parent Training che hanno l'obiettivo di sviluppare e potenziare le competenze genitoriali relative a diverse aree quali: la promozione dell'organizzazione e delle abilità di studio, la modulazione dello stress genitoriale, l'utilizzo di appropriate pratiche educative, l'incremento della comunicazione familiare e la progettazione di momenti di condivisione con i figli.

4.2 L'approccio psicoeducativo

L'adolescente proietta parte di sé nel contesto relazionale: per questo diventa di estrema importanza comprendere le dinamiche del funzionamento del contesto in cui il ragazzo è inserito. Valutando limiti e potenzialità del contesto, e rilevata una problematica, inquadrata dal punto di vista diagnostico, l'unico supporto possibile è quello che tiene conto di una presa in carico a più livelli: il lavoro efficace si definisce quello coordinato tra Distretto Sociale del Comune, Consultorio Materno Infantile, Tribunale dei minori, Servizio di Salute Mentale e Comunità d'Accoglienza per Minori o Comunità terapeutiche Psichiatriche per Adolescenti.

Con gli adolescenti infatti risulta spesso importante una presa in carico multipla, in cui l'intervento coordinato di diversi operatori uniti da un progetto condiviso di intervento si costituisce come trama relazionale che rende possibile lo sviluppo di un'esperienza di scambio. *"La presa in carico multipla, diluendo l'eccitamento e suddividendo l'investimento tra persone in diversi contesti relazionali, restando però uniforme nella visione unica di sviluppo progettuale, offre una risposta che favorisce inoltre quel processo di differenziazione così difficile per pazienti involuti nell'area preedipica, bloccati in quella equazione tra dipendenza e sviluppo, insolubile senza l'ingresso del "terzo". Un "terzo" che con questa modalità di intervento si sviluppa attraverso l'incontro tra gli operatori che pensano insieme, si scambiano i punti di vista, condividendo il susseguirsi dei vissuti durante il percorso, costituendo in tal modo un'area affettiva in cui il paziente si sente pensato e con-tenuto, non già da un genitore unico e onnipotente, ma da un insieme capace di relazione e creatività"* (Tagliagambe F., Argonauti 2005).

In particolari condizioni l'intervento riabilitativo (per esempio con un educatore) può precedere quello psicoterapico, inizialmente non sempre praticabile e in alcuni casi non appropriato.

Il rapporto con la figura professionale dell'educatore favorisce l'occasione per investimenti affettivi che risultano per il ragazzo maggiormente tollerabili e più modulabili attraverso il non necessario uso della parola all'interno della relazione, rianimando la vita psichica con "azioni concordate" che acquistano un significato di autonomia. L'educatore rappresenta un oggetto reale di attaccamento ed identificazione, che funge da mediatore tra il mondo reale e l'immaginario.

L'intervento educativo viene quindi svolto nel contesto della vita dell'adolescente e mira all'aumento della responsabilità prima che alla consapevolezza del comportamento, ed è infatti raggiunto attraverso strategie comportamentali (Maggiolini, Pietro Polli Charmet, 2005). In questo contesto il sostegno scolastico attuato dall'educatore interviene direttamente sul piano dello sviluppo cognitivo ed emotivo, rappresentando per l'adolescente una grande risorsa ed un rifornimento narcisistico.

5. PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENTE COLLEGATA ALL'USO DELLE TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE

5.1 Il contesto

Negli ultimi anni la diffusione della tecnologia informatica ha introdotto notevoli cambiamenti nello stile di vita di ogni individuo ed ha rappresentato anche un importante elemento di innovazione e supporto alla didattica nelle scuole di ogni ordine e grado. L'uso del PC e di tutti i "gadget informatici" (cellulari al primo posto) è ormai un elemento caratterizzante la vita quotidiana di ognuno di noi. I ragazzi, possessori di questi strumenti in età sempre più precoce, hanno fatto della loro presenza un mezzo

indispensabile per le proprie dinamiche di relazione interpersonale. Telefonini e social network in internet rappresentano per i giovani delle estensioni illimitate alle proprie possibilità di comunicazione e rapporto con gli altri. Per loro, inoltre, queste tecnologie multimediali si caratterizzano anche come delle importanti risorse da imparare a conoscere a scuola e da utilizzare in quel contesto per potenziare l'efficacia della propria formazione culturale. La didattica, infatti, risulta ampiamente facilitata dall'ingresso di queste strumentazioni nel mondo dell'insegnamento. Ma quest'uso enormemente intensificato di cellulari e PC negli ultimi anni ha cominciato a far emergere anche problemi nuovi legati proprio al loro abuso o utilizzo disfunzionale tra i giovani e gli adolescenti.

E' necessario uno sguardo alla società, alla famiglia, alla scuola e ai minori per contestualizzare la problematica della dipendenza tecnologica presso i minori stessi.

- La società

Viviamo in epoca di forte impulso tecnologico che ha riguardato tutti i settori della società, dall'economia, alla sanità, dalla produzione alla comunicazione. La tecnologia circonda e sempre più accompagna e determina il comportamento sociale lavorativo dell'intrattenimento e della vita sociale. I nostri figli crescono in questo alveo tecnologico e la loro mente si forma alla disposizione all'interesse ed alla capacità d'uso verso lo strumento tecnologico. Sempre più entriamo a contatto con un mondo virtuale, senza limiti, nel quale comunichiamo, ci relazioniamo, che a volte sostituisce quello reale. Le chat, i video, le email, i social network ci permettono di entrare in contatto con l'altro per discutere, informarsi, vedere foto e video. Sempre più spesso sia l'immigrato digitale che il nativo finiscono per allontanarsi dalla vita reale carica di insoddisfazioni, conflitti, lacerazioni e a rifugiarsi in un ambiente virtuale, percepito più rassicurante sostenuti da una illusione di controllo e di potere. E spesso può rappresentare il prodromo di una dipendenza da Internet e device collegati. La società soffre dell'indebolimento dei tradizionali strumenti di protezione sociale, dell'allentamento dei legami sociali del vacillare di valori forti di enormi trasformazioni economiche, finendo per rappresentare fattori di condizionamento psicologico nei cittadini verso una condizione di stress sociale permanente. In grado, lo stress sociale, di condizionare la tematica della convivenza sociale; la quale si sostanzia nelle situazioni dove uomini e gruppi si trovano a confrontarsi con le difficoltà del vivere con altrettanti individui e gruppi dove la ricerca di una base di accomunamento sottintende un'attività inedita in grado di produrre a sua volta ulteriore stress. A causa di una insufficiente preparazione a produrre nuove regole del gioco sociale, quando quelle presenti rivelano inadeguatezza. In altri termini l'assenza di relazioni adeguate a prevenire o gestire la distruttività e a garantire una possibile modalità di adattamento alla realtà. Trasformazioni e contingenze economiche pregnanti, condizioni di lavoro con garanzie ridotte per il futuro, nuovi cittadini stranieri con nuove culture, insicurezza urbana e legami sociali sempre più deboli, tendono a rappresentare potenziali elementi di stressors in grado di concorrere verso lo sviluppo di comportamenti egosintonici, anafettivi, distruttivi e di isolamento. Viviamo oggi in una società globalmente "digitale", per questo antropologicamente nuova con forti legami con l'assetto psicologico dei minori e con la dinamica evolutiva dei minori stessi.

- La scuola

Se vista dal versante istituzionale appare sempre più debole, sempre alle prese con problemi riorganizzativi dove il ruolo dell'insegnante tende a perdere sempre di più la valenza educativa e di autorevolezza: soverchiato sovente da una famiglia che tende a sostituirlo. Luogo di giudizio piuttosto che di apprendimento; dove il ruolo maieutico dell'insegnante non trova spazio, né nell'organizzazione né nella cultura, così come l'esperienza mutualistica di apprendimento tra compagni di classe quale realistica

opportunità di apprendimento stesso; favorendo in tal senso la distanza dall'apprendimento e dalla scuola soprattutto per i soggetti più vulnerabili. Ha perso la sua autonomia e ruolo guida nei processi della società dove la formazione dei giovani sembra essere qualcosa di standardizzato e stereotipato finendo per alienare il giovane stesso. Una scuola più a rimorchio della società ed alle sue trasformazioni più deleterie meno capace di guidare i mutamenti della società stessa, contrastando le logiche del mercato a favore della valorizzazione dei giovani secondo le loro disposizioni. Una scuola quindi ancora troppo standardizzata che non favorisce percorsi su misura per i giovani quindi più flessibile e per questo più inclusiva. Una scuola a cui tendere non solo come luogo di apprendimento, ma un insieme di spazi aperti da vivere con continuità, dove sia possibile cimentarsi con le proprie risorse, interessi, attitudini e passioni.

- La famiglia

Sempre più impegnata in sforzi organizzativi e relazionali, al suo interno, lascia che si apra un varco nell'uso incontrollato della tecnologia da parte dei propri figli. Sempre più debole nello svolgere la funzione educativa non riesce a produrre un argine verso una gestione meno totalizzante e più consapevole del mezzo tecnologico da parte dei propri figli. Anche se negli ultimi anni i genitori hanno colmato il gap digitale che in passato li separava dai figli tuttavia il livello di cultura tecnologica, ancora troppo ridotto, non sembra essere in grado di aiutare i propri figli ad una gestione del mezzo tecnologico più distaccata, più educativa capace di essere una delle opportunità di crescita dei propri figli. Molti giovani trascorrono Più tempo on line che a scuola. È un mondo nuovo e diverso. Non c'è un corpo nel mondo digitale. Ma, La novità rispetto al passato è che questi ragazzi sono dei pionieri. Prima i genitori, i formatori, gli educatori, erano una guida, ora non conoscono il mondo che vivono i figli. E quindi molto spesso non possono prepararli. Varie ricerche hanno evidenziato come il 20% dei ragazzi ha genitori che ignorano tutto il loro mondo on line.

- I minori

Circa il rapporto dei giovanissimi con la tecnologia oltre alle 'ragioni' di cui poc'anzi socioculturali vi sia una naturale predisposizione alla tecnologia rispetto alle generazioni più adulte influenzata anche dalle capacità socioeconomiche delle famiglie. Di fronte, alle enormi risorse e potenzialità che il mezzo tecnologico sottende vi sono anche dei rischi soprattutto per i minori. Infatti l'abilità tecnica di gestione e uso delle tecnologie non sempre corrisponde all'uso consapevole e responsabile delle stesse da qui lo sviluppo di nuove patologie e comportamenti devianti a seguito della comunicazione mobile digitale: a.e. autoreclusione, isolamento, contenuti lesivi, forme di autolesionismo, cyberbullismo, cybersesso... è necessario aggiungere che il rapporto con il dispositivo tecnologico secondo linee evolutive dei minori prestabilite può condurre a comportamenti disfunzionali, additivi e financo compulsivi. Sul piano educativo i minori spesso si imbattono durante l'esplorazione del web, in contenuti quantomeno inappropriati, aggressivi, sessuali con scarsi strumenti concettuali per affrontarli. Le nuove norme UE in materia di protezione dei dati personali pur dedicando una attenzione ai minori, per quel che concerne i loro dati personali ai fini di marketing o di creazione di profili, tuttavia, non appaiono sufficienti a tutelare il minore, durante la navigazione; infatti vi sono rischi che il minore può correre come l'uso improprio dei dati personali, la violazione del profilo, il furto d'identità, diffusione di informazioni false che lo riguardano. I nostri figli sono cresciuti in un mondo di gratificazioni istantanee. Ma non ci sono app per creare relazioni profonde, sentimento, legame. Nei momenti di stress i nostri ragazzi, non chiedono più a noi, ma alle app che offrono un sollievo temporaneo. Siamo sempre meno in grado di gestire frustrazioni, ancorchè, come noto, la frustrazione è qualcosa di

importante per crescere. E le relazioni, quelle profonde sono faticose. Il ragazzo passa 6 ore al giorno in media con il proprio cellulare. I ragazzi lo controllano in media ogni 10 minuti. L'utilizzo degli smartphone ha diviso anche le due generazioni: genitori/figli. La distanza digitale, diventata distanza relazionale. È che il genitore conosca la vita del figlio, anche quella on line. La tecnologia dà l'illusione, spesso, di essere supportati dal mondo sociale. Ma ricerche internazionali dicono che non ci tocchiamo più; vi è la sensazione che siamo tutti uguali, che possiamo arrivare ovunque.

5.2 Riferimenti teorici a base del modello psicopedagogico

5.2.1 La promozione della salute

La salute è anzitutto una conquista personale, frutto di un delicato equilibrio psicofisico, mente- corpo, alimentazione, attività fisica, sessualità, accettazione di sé, educazione e cultura... dipendenze coscienti e inconsce, e scelte valoriali per quanto concerne il proprio modello di vita. Ne discende che promuovere la salute attraverso puntuali strategie psicoeducative, significa favorire il completo benessere delle persone in tutte le fasi del ciclo di vita: sul piano fisico, psicologico e sociale e non solo favorire l'assenza della malattia, fisica o mentale. Attraverso strategie di promozione della salute che puntano sullo sviluppo dei determinanti della salute capaci nel contempo di prevenire o gestire le malattie, disabilità... o ridurre gli effetti, al fine di migliorare il livello di benessere realmente percepito dalla persona a tutto vantaggio della qualità della vita.

5.2.3 La diffusione della problematica della dipendenza tecnologica

Il modo in cui viene diagnosticata la dipendenza dalla tecnologia può differire da paese a paese, tuttavia ricerche negli Stati Uniti e in Europa mostrano che tra l'1,5% e l'8,2% della popolazione soffre di dipendenza da Internet e da dispositivi correlati. La dipendenza da tecnologia è riconosciuta come un problema di salute diffuso in altri paesi, tra cui Australia, Cina, Giappone, India, Giappone, Corea e Taiwan, che hanno istituito Centri dedicati per affrontare questo problema in crescita.

Il 51% dei ragazzi tra i 15 e i 20 anni ha difficoltà a prendersi una pausa dalle nuove tecnologie tanto da arrivare a controllare in media lo smartphone 75 volte al giorno. Il 7% lo fa fino a 110 volte al giorno, secondo il sondaggio online condotto dall'Associazione Di.Te. (Associazione Nazionale Dipendenze Tecnologiche, Gap e Cyberbullismo) su un campione di 500 persone di età compresa tra i 15 e i 50 anni. Ma a preoccupare psicologi ed educatori è un altro dato: fino al 13% degli adolescenti iperconnessi sono a rischio dipendenza patologica.

Di notte i giovani sono fuori dal controllo dei genitori e possono essere più liberi di chattare, guardare video su Youtube, puntate di Serie tv fino al punto da esserne ossessionati e non poterne fare più a meno. Tale fenomeno sembra favorire, inoltre, comportamenti patologici come il sexting, il cyberbullismo e la diffusione di materiale privato in rete.

Una indagine svolta dall'Osservatorio Nazionale Adolescenza nel 2017, su tutto il territorio nazionale ha messo in luce che il 62% degli adolescenti rimane sveglio fino a tarda notte per chattare, parlare o giocare con gli amici e partner, a guardare video o serie TV in streaming, e un 15% si sveglia sistematicamente, anche dopo essersi addormentato, per controllare le notifiche sui social network.

5.2.4 La tipicità delle problematiche psicopatologiche collegate all'uso della tecnologia

Di seguito alcune problematiche comportamentali che si intendono affrontare.

Fomo

- Ovvero Fear of missing out , letteralmente la "paura di rimanere escluso' dalle comunicazioni via telefono o via internet e quindi dal mondo delle relazioni virtuali, della visibilità social, dunque dalla vita: Comporta lo spasmodico controllo della ricezione di campo o dei feedback dei partecipanti alla rete di contatti, rispetto al proprio agire, pensare essere, continuamente pubblicato per essere visibile a tutti.

Hikikomori

- Trattasi di manifestazioni di disagio e disfunzionalità che conducono gli adolescenti ad isolarsi, rifiutando la realtà, rimanendo per lo più in casa, al massimo uscire di notte o di primo mattino quando le relazioni sociali sono impossibili.

Dipendenza da videogame

- Trattasi di un impegno costante, invasivo non controllabile, di utilizzo del web secondo piattaforme dedicate, per giocare anche con altre persone. una sorta di fuga dalle relazioni reali e concrete percepite come minacciose. L'adolescente predilige la comunicazione on line, tende a stringere rapporti unicamente virtuali, utilizzando ad esempio le mail o le chat, sino a sostituire il bisogno di coltivare e mantenere rapporti concreti e reali.

Dipendenza da Cybersesso

- Trattasi di dipendenza sessuale manifestata attraverso le email, chat, webcam, SMS, MMS. siti pornografici attraverso cui l'adolescente tende a rifuggire da esperienze reali con l'altro sesso.

Nomofobia

- Attiene alle problematiche conseguenti alla disconnessione, il minore si sente impedito di interrompere la connessione da qualsiasi strumento tecnologico (computer attraverso la rete, lo smartphone

Vamping e Binge watching

- Gli adolescenti utilizzano la notte per comunicare con i pari allestendo cybercomunità i, dove ritrovarsi e con appuntamenti virtuali grazie a degli hastag specifici e si impegnano a guardare programmi televisivi o video, in diretta o in streaming, per un periodo di tempo abnormemente lungo, consecutivamente e senza soste, con immersione totale che incide sullo stile di vita e sul benessere.

Blue Whale

- Riguarda l'utilizzo da parte dell'adolescente del web e dei social basato su un numero di sfide secondo una escalation crescente di pericolosità. in taluni casi sempre più frequenti, fino a decretarne la morte.

Cyberbullismo

- Attiene al fenomeno del bullismo online, attraverso l'impiego delle tecnologie e dei sistemi di comunicazione come chat, sms, foto, video, e-mail. Le azioni prevaricatorie digitali si configurano come comportamenti perseguibili dalla giustizia, poiché infrangono le norme contenute nel codice penale (ex: 615, 594, 528, 600 ter) e nella Legge sulla privacy (ex: art. 161, D.L. 196 del 2003) possono comportare sanzioni penali ed amministrative. Il Cyberbullismo può assumere varie forme come la denigrazione della vittima, l'esclusione, l'insulto, lo stalking, la violenza filmata spesso di gruppo.

6. MODELLO TERAPEUTICO RIABILITATIVO E PSICOEDUCATIVO: LA SFIDA DELLA TECNOLOGIA POSITIVA

Viviamo dunque in un ecosistema digitale dove le tecnologie sono sempre più pervasive. Viviamo sempre a contatto con sistemi digitali di vario tipo a breve dovremmo confrontarci con realtà aumentata o mista e virtuale. Tutte queste tecnologie di informazione e comunicazione supportano le nostre attività quotidiane e cercano di migliorare la nostra qualità della vita anche se inevitabilmente possono arrecare deviazioni versus la problematicità.

La sfida della tecnologia positiva è quella di disegnare invece, modelli di interazione positiva tra uomo e macchina, individuo e computer..

La sfida tecnologica ha prodotto sempre più esperienze a riguardo non solo come fatto comunicativo ma anche relazionale ed affettivo.

La tecnologia positiva si pone l'obiettivo della crescita personale e sociale dell'individuo. Nasce dalle neuroscienze cognitive (simulazione corporeità e presenza) e dalla Psicologia positiva ovvero, conoscere le virtù e le capacità dell'individuo e promuoverle. Per esempio la tecnologia positiva creando nel soggetto situazioni prevalentemente di simulazione, aumenta le situazioni di flow che migliorano le capacità cognitive.

Sono previste 3 aree di intervento: tecno-educativa, educativo-esperienziale e psicosociale.

AREA TECNO-EDUCATIVA

1- La tecnologia positiva a favore dei minori ospiti

Attraverso tecnologie Edoniche ovvero capaci di procurare piacere > effetti positivi:

- estendere il rapporto pensiero azione
- ridurre l'impatto negativo
- aumentare la resilienza
- costruire nuove risorse psicologiche
- aumentare lo sviluppo psicologico

Attraverso tecnologie Eudainomiche, capaci di favorire l'autorealizzazione:

- sono esperienze dove l'individuo si sperimenta su misura, mediante serious games, conosce se stesso in rapporto ad attitudini, motivazioni...
- Flow, esperienza ottimale che aumenta la performance > sfida e capacità di azione; il soggetto è presente è immerso e si sente coinvolto;

- tecnologie sociali, ovvero capaci di favorire l'integrazione sociale, comunità di pratiche > i numeri di un gruppo interattivo formano una cultura di esperienze pratiche.

Attraverso la partecipazione a Networked Flow; rappresenta un processo di rete che permette di raggiungere alte vette creative non raggiungibili da soli il cui risultato finale non è la semplice somma degli apporti ma produce una nuova essenza.

Alla base c'è la difficoltà a comprendersi a causa delle diversità che va superata:

- i membri condividono un'emozione > obiettivi,
- sono in una situazione di stare > liminalità,
- l'attività comune è lo strumento per uscire da questa situazione > intenzione collettiva.

2- Progettare e realizzare esperienze di interazione tecnologica ottimale

- Dalla usabilità all'user experience. Dal concetto di usabilità secondo lo standard ISO a quello user experience che include ciò che l'utente prova in termini emotivi e affettivi e alla attribuzione di sensi di valore di un determinato prodotto interattivo,
- dalla presenza, all'interno di un ambiente reale o virtuale dove può realizzare le proprie intenzioni, al flow ovvero quando il livello di sfide percepite sono comparabili alla capacità personali dell'utente ovvero una esperienza ottimale ricavata da una motivazione intrinseca,
- le implicazioni per design, ovvero va potenziata la qualità percettiva dei contenuti dell'interfaccia, va potenziato l'affordance diretto, presenza nucleare e l'affordance mediato, presenza estesa.

3- L'uso della RV (Realtà virtuale) per promuovere il cambiamento

Trattasi di un ambiente tridimensionale generato dal computer dove il minore interagisce con altri soggetti e con l'ambiente come se fossero e ne facessero parte. Offre una dimensione, dove il minore si misura, si confronta, rivede se stesso; quindi il modo migliore per avere un effetto, e "fare" ovvero promuovere una azione e riflettere (metacognizione) su cosa viene fatto. Generando:

- immersione sensoriale nell'ambiente 3 generato dal computer attraverso vari strumenti: dispositivi di visualizzazioni > (casco), uno o più sensori di posizione (tracker),
- non immersione sensoriale ovvero sostituisce il casco con un normale monitor o più monitor, che grazie a speciali occhiali, consentono la visione tridimensionale.

La principale opportunità offerta dalla RV è la possibilità di partecipare attivamente nella creazione e nello sviluppo della propria conoscenza. Ovvero il cambiamento è legato allo scoprire e al fare in prima persona.

Altra opportunità offerta dalla RV immersiva, come tecnologia cognitiva è quella di alterare in maniera diretta e rapida i processi cognitivi legati alla corporeità all'interno di direttrici rieducative differenti.

La RV favorisce la conoscenza del mondo attraverso un apprendimento di tipo sensomotorio, più coerente con la natura umana se rapportato all'apprendimento di tipo simbolico-ricostruttivo mediato dal linguaggio e dalla scrittura.

L'utente costruisce attivamente la sua esperienza, grazie ad una tecnologia immersiva che non solo gli fornisce la sensazione di essere fisicamente presente nel mondo virtuale che lo circonda ma, soprattutto, gli consente di interagire con esso. Altra opportunità della realtà virtuale come tecnologia sociale (es "second life") è un mondo

virtuale multiutente online che ha per obiettivo i processi di cambiamento di tipo sociale; gli incontri all'interno del mondo virtuale appaiono come reali scambi tra essere umani coordinati dall'avatar. La RV rappresenta un laboratorio dell'identità: possiamo giocare con le nostre identità per vedere come sono e come reagiscono. La realtà virtuale offre un contesto controllato al cui interno situazioni che sono graduali e graduate, sono in grado di tarare le difficoltà del minore. La RV in pratica

A titolo esemplificativo utilizziamo, tra gli altri, il software NEUROVR.

Il software consente di utilizzare ambienti virtuali completamente personalizzabili in rapporto al progetto rieducativo. Prevede numerose ambientazioni di vita quotidiana reale dove il minore può inserire elementi 2D o 3D, di animali, auto, uomini... per personalizzare le scene e per aumentare la sensazione di confidence e intimacy con la scena virtuale complessiva.

Prevede l'impiego di strumentazione:

- PC INTEL CORE i5 con almeno 8GB di RAM e scheda grafica dedicata
- Casco WUZIX WRAP 1200 vr

L'uso dei SG (Serious Game) quale strategia educativa

Lo scopo del gioco non è solo il gioco. Essi hanno una valenza educativa preminente. L'intrattenimento attraverso il gioco rappresentano il mezzo per raggiungere finalità pedagogiche. Rappresentano finalità di apprendimento. Costituiscono un fenomeno di massa che coinvolge ampi strati di popolazione adolescenziale. I SG sono costituiti da scopi e regole, strutturati su base competitiva verso se stessi o verso gli altri per motivare e basi su feed back per conoscere lo stato di performance.

AREA EDUCATIVA-ESPERENZIALE

L'area educativa-esperenziale si sostanzia in attività di contatto strutturato tra caratteristiche di personalità e disturbi ivi comprese le risorse del minore con ambienti congrui selezionati ad hoc; possono trattarsi di ambiti teatrali, fotografici, pittorici... e ambientali/paesaggistici, al fine di assolvere ad obiettivi di supporto terapeutico e di promozione della salute.

A titolo esemplificativo per quanto riguarda le dipendenze tecnologiche abbiamo previsto il programma di seguito rappresentato.

Trattasi di un programma capace disintossicare il minore dalla dipendenza tecnologica, attraverso la 'scoperta della realtà'. Sono previsti programmi di immersione in ambienti fortemente caratterizzati dal presupposto reale in grado di favorire un distacco cognitivo ed emotivo con il mezzo tecnologico.

A titolo esemplificativo, tra le varie iniziative in fase di progettazione e organizzazione, di seguito il programma

"ENRICH THE MIND"

UNA PERCORSO A FORTE IMPATTO ESPERENZIALE PRESSO PARCO
NAZIONALE D'ABRUZZO, LAZIO E MOLISE

Posto che i ragazzi investiti possiedono un profilo mentale tecnologico molto strutturato, quale prodotto di un avvio precoce del percorso di apprendimento

tecnologico; si assume che tutto il loro sviluppo adolescenziale sia stato condizionato esclusivamente da contenuti tecnologici all'interno di una specificità di vita per lo più virtuale. Rendendo la vita mentale e l'organizzazione della stessa, tutta ruotante intorno a contenuti psico-tecnologici secondo varie tipologie. Il loro dialogo mentale è tutto riversato su aspetti e comportamenti tecnologici con scarse o assenti interazioni familiari e sociali reali. Le circostanze di vita di un adolescente c.d. normale fatte di attualizzazioni di interessi, attitudini e di apprendimenti vari, ai nostri ragazzi sono stati preclusi, da una sorta di deprivazione sociale e culturale, quale esito del forte investimento tecnologico profuso. Lo shock emotivo e mentale viene concettualizzato dalle scienze del comportamento come un trauma in grado di cambiare l'assetto di personalità del soggetto investito. Il presupposto teorico a base della nostra proposta progettuale esperienziale, dovrebbe favorire un cambio di personalità e di organizzazione mentale. Nell'esperienza che andremo a realizzare a valere su giovani tecnologici, selezionati secondo criteri prestabiliti, lo shock emotivo e mentale si attualizzerà non tanto a partire dall'evento 'traumatico' in sé, bensì in rapporto al carattere inedito dell'esperienza per il soggetto. Va da sé che tale esperienza può rivelarsi utile per qualsiasi forma psicopatologica.

Esempio del Programma in 4 gg/3 notti

1° giorno San Donato Val di Comino Azienda Agricola 'Le Case'

L'azienda agricola-agrituristica "*Le Case Marcieglie*" si trova a San Donato Val di Comino, nel Versante Laziale del Parco Nazionale d'Abruzzo, Lazio e Molise.

L'amore per la terra, le tecniche ed i segreti per coltivare ed allevare, tramandati dai nostri avi. L'Agriturismo offrirà servizi di ristorazione ed accoglienza, ivi comprese esperienze educative tra uliveti, boschi, fonti e sentieri del Parco Nazionale D'Abruzzo Lazio e Molise e della Riserva Naturale del lago di Posta Fibreno.

San donato Val di Comino è un borgo di case antiche ai piedi di Monte Pizzuto, in provincia di Frosinone, nel Versante 'Laziale del Parco Nazionale d'Abruzzo Lazio e Molise. A sud si apre sulla Valle di Comino, a nord confina, attraverso le montagne del Parco, con l'alta Valle del Sangro.

Ore 10,00 - arrivo, accoglienza e sistemazione

Accoglienza e presentazione del gruppo, conoscenza della struttura ospitante e degli operatori della '*Cooperativa Camosciara*' di supporto alle varie attività.

Organizzazione del gruppo: regolamento, turni di cucina, pulizia, ecc., programmazione del menù per i due giorni, organizzazione delle camere e sistemazione in struttura.

Ore 14.30 - lavori in Azienda

Visita agli animali e lavori di manutenzione dei ricoveri degli animali e

degli steccati. Merenda con pane e miele e ciambellone

Ore 18.00 - attività di impasto (per preparare dolci per la colazione), preparazione cena, cena pernotta

- **2° giorno**

Escursione al Vallone di Forca d'Acero

Una giornata immersi nel verde, nel Vallone di Forca D'Acero dove da millenni uomini e donne modellano e plasmano il profilo del monte... pastori, boscaioli, carbonai, briganti, soldati, contadini... dai Borboni agli eserciti della seconda guerra, luogo di battaglie. Tutto sullo sfondo di contadini e montanari Sandonatesi che con la loro caparbia non hanno abbandonato questi luoghi continuando a vivere e far vivere la montagna. Tra muri a secco, uliveti, boschi aie e nascondigli, tra storia e natura, leggende e tradizioni i ragazzi ascolteranno la voce di chi ha fatto di questi luoghi la propria vita.

Ore 7:00 – colazione e lavori in Azienda

Accudimento degli animali...dare da mangiare ai vari animali (conigli, galline, asini, vacche, pecore capre ecc.), conoscere cosa mangiano come si comportano e il carattere di ogni animale. Pulire i contenitori e mettere l'acqua.

Ore 10.00 - escursione Vallone S. Donato e Roccia dei Tedeschi con pranzo al sacco

Percorso ad anello. San Donato V. C. – M. Pizzuto – Roccia dei Tedeschi – Glie Pince – S. Donato V. C.

Ore 17:00 - rientro, doccia e condivisione delle esperienze, preparazione cena, pernottamento

- **3° giorno**
Pescasseroli e la Cicerana

Pescasseroli è il centro più importante del Parco Nazionale d'Abruzzo. E' situato nell'alta valle del fiume Sangro, all'estremità settentrionale di una vasta conca, circondata da montagne bellissime e da immensi boschi centenari in una delle zone montane più suggestive d'Italia per la selvaggia bellezza paesaggistica e per la straordinaria varietà della flora e della fauna, in un'ampia pianura a 1.167 m. sul mare.

La Cicerana è una delle valli più selvagge del Parco Nazionale d'Abruzzo, a 1560 m sul livello del mare, nel comune di Lecce nei Marsi. Negli angoli più nascosti di questo meraviglioso territorio sopravvivono antiche foreste di faggi, come nella Selva Moricento, proposta dal Parco come "Patrimonio mondiale dell'umanità" presso l'UNESCO, dove i patriarchi raggiungono i 500 anni di vita. In queste foreste primigenie trovano riparo alcune rare specie di animali come l'Orso bruno marsicano, il Lupo Appenninico e tante altre.

L'Ecorifugio della Cicerana nasce dal recupero e dalla riconversione ecologica di una villetta costruita per una tentata speculazione edilizia nei decenni passati e bloccata poi dall'Ente Parco.

Il rifugio è completamente autonomo ed è fornito anche di acqua non potabile, di elettricità e di riscaldamento.

L'Ecorifugio della Cicerana è raggiungibile attraverso il percorso T1 e poi T5 della sentieristica del Parco Nazionale d'Abruzzo, dista circa 4 km dal Passo del Diavolo per un dislivello complessivo di 160 m.

Ore 7:00 – colazione, partenza per Pescasseroli Eco Rifugio

Ore 10:00 - sistemazione in Rifugio, Escursione nella Riserva

Integrale Moricento con appostamento all'Orso -

Pranzo al sacco

Dopo una breve e piacevole escursione attraverso il sentiero T5 (Le Prata – Campo Moricento) in silenzio e con occhio attento ci si fermerà per tentare l'avvistamento dell'orso bruno marsicano.

Ore 17:00 - rientro in rifugio, doccia condivisione dell'esperienza cena. Pernotto

- **4° giorno**

Partenza

Ore 5;00 - sveglia, colazione e breve escursione per appostamento all'Orso **Ore**

10.30 - rientro in Rifugio e ritorno in struttura

I ragazzi saranno accompagnati da nostri Educatori addestrati alla funzione; in tutte le fasi che compongono l'esperienza, dalla quale trarre nuove consapevolezza in grado di scomporre e ricomporre il funzionamento mentale ed emotivo.

AREA PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Il protocollo di intervento prevede:

- 1- Valutazioni psicodiagnostiche e visite psichiatriche e, se del caso, prescrizioni farmacologiche
- 2- Trattamenti psicoterapici e colloqui di supporto psicologico individuale e di promozione della Salute.
- 3- Interventi di gruppo.

Tutte le attività si muovono lungo due direttrici: rimuovere aree di criticità psicologica e relazionale ed individuazione e mobilitazione delle risorse individuali.

7. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

7.1 Sono previste riunioni d'equipe

Secondo la frequenza e i partecipanti di seguito rappresentati:

- **planning operatori:** il Coordinatore della Struttura organizza un planning mensile circa gli adempimenti clinici e formali, sulla scorta del PTI, la programmazione degli incontri con i vari soggetti socioistituzionali interessati, le trasferte degli educatori, gli incontri di equipe e con la direzione centrale;

- riunione settimanale di équipe alla presenza del Responsabile sanitario della Struttura al fine di monitorare la situazione dei minori, sia di gruppo che individuale, verificare la programmazione e l'andamento rispetto al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal PTI, l'aggiornamento della Cartella Sociosanitaria del minore;

Tutte le informazioni discusse vengono registrate e condivise in verbali inseriti nel Sistema gestionale informativo GISS, consultabili dagli operatori così da favorire la circolazione dell'informazione tra le figure professionali coinvolte, nel rispetto della normativa sulla privacy.

7.2 Le finalità generali dell'intervento

La finalità generale è prendersi cura dei ragazzi in situazioni di grave difficoltà socio-psicosociale, offrendo accoglienza in ambienti residenziali di tipo familiare ed interventi riabilitativi, educativi e di sostegno finalizzati a salvaguardare e promuovere il benessere fisico e psichico del minore, nel rispetto delle esigenze affettive ed emotive di ciascuno. In particolare intendiamo:

1. fornire ai ragazzi un ambiente di vita molto simile ad una famiglia. L'ambiente fisico e le
2. relazioni dovranno fornire risposte ai bisogni psicologici, affettivi e materiali dei ragazzi;
3. realizzare progetti ed interventi di sostegno psicologico e psicopedagogico intensivi ed estensivi qualificati, specifici per ogni minore in rapporto alla particolare problematica psicopatologica.
4. sostenere i genitori nell'adempimento e sviluppo del loro ruolo, secondo le possibilità specifiche collegate alle proprie capacità di sostegno alla crescita sana del minore.
5. limitare il periodo di permanenza del ragazzo nella Struttura allo stretto necessario; utile alla conclusione del percorso rieducativo/riabilitativo e/o collegato alle determinazioni del Tribunale dei Minori

i) Circa gli obiettivi evolutivi a cui tendere

A seconda del momento e della fase della vita che stiamo vivendo la salute corrisponde a specifici bisogni che debbono poter essere soddisfatti. Per un adolescente o preadolescente, sono le esigenze di confronto con il suo mondo fisico ed emozionale che cambia, con effetti dentro e fuori di lui; il passaggio dalla tutela familiare, pur sempre un punto di riferimento e di affettività (anche se spesso in condizioni estreme quali quelle riguardanti i nostri minori) alla scelta del sociale. La possibilità di conoscere approfondendo gli aspetti culturali del suo tempo e della tradizione, della storia e della politica. Il senso del tempo libero come manifestazione di libertà ed espressione di sé. La salute adolescenziale, vista in un'ottica di comunità, dipende dal grado di armonia e dialogo funzionale tra i vari sotto-sistemi (sanitari, famigliari, scolastici, sportivi, etc.) con i quali l'adolescente è chiamato quotidianamente a confrontarsi. Perché avvenga questa positiva interazione, tra il ragazzo/a e l'ambiente circostante è necessario che tutte le parti del sistema abbiano "competenze", per cogliere in se stessi e negli altri, punti di forza e di debolezza, al fine di trovare quelle convergenze di base per attuare strategie efficaci al fine di aumentare il benessere dei nostri ragazzi.

ii) Circa gli obiettivi di sviluppo psicosociale a cui tendere

La dimensione psicosociale dello sviluppo tende ad informare qualsiasi progetto compreso quello riabilitativo ed educativo. Particolare attenzione verrà prestata pertanto all'ambiente di vita, sia fisico che psicologico della Struttura residenziale. L'organizzazione della nostra Struttura oltre a soddisfare i naturali i

bisogni materiali, alloggio, nutrimento e altri bisogni primari del minore in un'ottica della massima personalizzazione e aderenza, ha il compito di creare un ambiente sostitutivo della famiglia che meglio possa rispondere ai bisogni collegati alla personalità in formazione, del ragazzo: in particolare i bisogni di identificazione, di costruzione dell'individualità, di relazione, di appartenenza, di espressione, di autonomia e di riservatezza. Segnatamente una modalità operativa del Servizio Residenziale Sociosanitario tesa:

- a farsi carico nella prassi della condivisione della protezione, della salvaguardia, della soddisfazione dei bisogni e delle necessità complessive dei soggetti in età evolutiva accolti;
- a favorire nei soggetti accolti una maturazione psicologica, relazionale e sociale, in vista del loro reinserimento in famiglia o comunque dell'adeguato inserimento nella vita attiva;
- nell'ottica della promozione della salute favorire lo sviluppo ed il potenziamento delle risorse personali del minore: sia per aumentare il livello di salute sia per contrastare il disagio interiore sia per favorire l'ingresso nella vita adulta.

iii) Circa gli obiettivi psicoeducativi a cui tendere

Tutte le varie attività educative sono impostate per alleggerire il peso delle ferite, rafforzare le risorse personali, aiutare il minore a riprendere il cammino nella vita, tuttavia parte rilevante delle attività educative, a partire dalla loro organizzazione, dovranno favorire lo sviluppo di comportamenti sociali e valoriali: altruismo e senso di solidarietà, motivazione alla partecipazione alla vita pubblica, atteggiamenti contro ogni forma di discriminazione, relazioni improntate sul rispetto della dignità dell'altro, senso della giustizia e della legalità. Va da sé che l'apprendimento delle predisposizioni valoriali, di cui poc'anzi, sono molto influenzate dai modelli di riferimento, delle persone significative che ruotano intorno al minore, capaci di esprimere tali atteggiamenti valoriali. In quest'ottica le qualità valoriali dell'operatore professionale con i quali il minore entrerà contatto, risultano preminenti ai fini della identificazione del minore con tali atteggiamenti valoriali.

iiii) Circa gli obiettivi istituzionali da garantire

L'attività operativa del Servizio Residenziale Sociosanitario ha la finalità di offrire immediata disponibilità all'accoglienza sia per garantire interventi che consentano il processo riabilitativo dalle varie forme psicopatologiche verso il raggiungimento delle condizioni di salute atte a favorire il rientro nell'ambiente familiare. Segnatamente:

1. garantire una accoglienza immediata, in risposta alla urgenza di situazione di disagio psicosociale, temporanee o perduranti, con il soddisfacimento dei bisogni primari;
2. fornire un'attenta analisi della situazione psicopatologica e dei bisogni e caratteristiche personali al fine della predisposizione di un percorso riabilitativo;
3. elaborare un progetto individuale per ogni ragazzo, strutturando un intervento "a termine";
4. creare un ambiente sostitutivo della famiglia;
5. garantire la presenza di modelli positivi di comportamenti adeguati allo scopo di favorire dinamiche maggiormente socializzanti e sviluppare la dimensione

comunicativa;

6. garantire la possibilità di aiutare i minori ad acquisire e recuperare risorse personali e a progettare e realizzare il proprio futuro;

7. favorire il reinserimento familiare e socio-ambientale;

8. ricercare le opportune condizioni per l'inserimento del minore in idonee attività produttive o lavorative al raggiungimento della maggiore età o al termine del percorso rieducativo;

9. favorire la costante partecipazione di tutte le istituzioni coinvolte.

Garantire la possibilità di poter seguire individualmente i singoli ragazzi/e, in una prospettiva di rete con i servizi territoriali, tesa a favorire il contatto e la relazione dei minori ospitati con tutto il territorio.

7.3 Documentazione degli ospiti modalità di aggiornamento, consultazione e custodia

L'aggiornamento dei registri viene effettuata giornalmente dallo Psichiatra, Psicologo Educatore ed Infermiere nelle parti interessate. La custodia dei documenti cartacei avviene tramite apposito archivio chiuso a chiave mentre i documenti contenuti nel pc sono ovviamente protetti da password; fascicoli individuali cartacei ed informatici, divisi in sotto-fascicoli (legale, sanitario, documenti personali, orientamento scuola- lavoro, PTI), vengono conservati nelle modalità sopra descritte. E' in fase di avvio un sistema gestionale informatico denominato GISS che permetterà la gestione efficiente e più alti livelli di privacy di tutte le informazioni a valere su ogni minore.

E' possibile accedere alla Cartella Sociosanitaria del minore ed ai suoi aggiornamenti, da parte dell' Ente che ha in carico il minore, anche attraverso il sito <https://www.ofhsrl.eu> nella pagina dedicata, mediante una apposita password che viene fornita dalla Struttura.

Parte integrante del piano di intervento è l'organizzazione della Cartella Sociosanitaria, che si comporrà di tre sezioni:

- la prima contenente i dati socio anagrafici e residenziali relativi al minore e alla famiglia;
- la seconda contenente la parte relativa alla costruzione del profilo sociale del minore e sanitaria, con l'indicazione delle eventuali patologie mediche, della terapia farmacologica seguita e delle relazioni mediche;
- la terza contenente il progetto individualizzato (PTI), come sopra descritto, concordato con i Servizi Sociali e Sanitari inviati i minori;

Il DIARIO ASSISTENZIALE GIORNALIERO da compilare al termine di ogni turno permette di avere memoria sull'andamento della permanenza in Struttura dei minori da tutti i punti di vista e permette all'Operatore entrante in turno di avere una visione chiara dei problemi e delle circostanze che dovrà affrontare

8. II PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (PTI)

La costruzione del PTRI si fonda su un adeguato supporto al minore versus: la valorizzazione del sé, con l'accrescimento del livello di autostima, l'acquisizione dell'identità di genere, l'elaborazione delle esperienze tipiche di questa età di tipo affettivo ed eventualmente, anche sessuali, le problematiche legate alla tendenza alla solitudine e all'isolamento; il confronto e la chiarificazione delle difficoltà relazionali con i coetanei e con gli adulti, familiari ed extrafamigliari; infine il sostegno per la riduzione dei comportamenti a rischio, dispersione e/o ritardo scolastico, difficoltà nell'

inserimento scolastico e lavorativo.

A tal fine sarà importantissimo per i minori sperimentare la routine delle azioni all'interno del Servizio Residenziale sociosanitario, come alzarsi al mattino, mangiare, andare a scuola, fare i compiti, lavarsi, andare a dormire la sera, ognuna con ritmi e tempi condivisi, con il sostegno e la presenza costante dell'Educatore e delle altre figure impegnate in servizio.

L'aiuto nel recupero della dimensione della continuità relazionale sarà supportato dalla possibilità di concordare insieme con il ragazzo/a, le modalità di utilizzo degli spazi e delle risorse offerti dalla Struttura, con l'individuazione, a seconda dei casi e nel rispetto di regole condivise, di compiti e spazi personali; educazione all'uso delle cose, alla corretta gestione dei tempi, ad esempio per mangiare, per andare a scuola, per fare i compiti, per giocare, ecc.

La presenza dell'operatore garantisce il supporto costante e l'accoglienza nelle attività e nei piccoli problemi della quotidianità e della vita in comune, con il coinvolgimento affettivo del minore nelle vicende. Questo clima fatto di regole, non per la rigidità ma per garantire la costanza degli interventi di cura, aiuta il ragazzo a costruire riferimenti stabili e definiti dentro di sé in grado di rendere maggiormente possibile i processi riabilitativi da porre in essere.

Il PTI individuerà azioni e percorsi tesi alla cura, al recupero e al potenziamento di abilità e competenze. Essi saranno proposte in base agli obiettivi individuati e alle inclinazioni personali documentate (ad esempio, musica, pittura o sport). Alcuni potranno essere effettuati fuori dalla Struttura, altri saranno effettuati all'interno della Struttura stessa: interverranno in questi casi le competenze specifiche delle professionalità della equipe larga, di gestione educativa. A partire dalla conoscenza del minore e del suo contesto familiare di origine, si procederà ad individuare le attività in rapporto ad obiettivi definitivi e modalità di conseguimento, sia breve che a lungo termine.

La cui metodologia s'incenterà su:

- l'anamnesi personale nel processo riabilitativo; finalizzata ad individuare gli aspetti critici a livello sanitario, sociale e educativo; l'individuazione degli obiettivi intermedi di crescita personale e sociale, in riferimento alla situazione particolare e adeguati al tempo di permanenza. Per quanto riguarda le attività da svolgere all'interno della Struttura si procederà alla valutazione iniziale delle abilità possedute dal minore e delle sue caratteristiche peculiari, come temperamento, livello intellettuale, sensibilità, interessi, attraverso colloqui, sulla scorta dei risultati, procederà alla stesura del PTRI. Esso conterrà indicazioni pratiche e dettagliate degli interventi relativi a ciascuna delle aree, al fine di potenziare e stimolare quelle più carenti. Verrà monitorato l'andamento rispetto al raggiungimento degli obiettivi e verranno proposte eventuali e opportune modifiche al piano individualizzato settimanalmente durante la verifica con gli operatori della Struttura;

- l'anamnesi familiare nel processo di ricongiungimento familiare e/o di inserimento nella vita attiva; finalizzata ad individuare criticità e potenzialità della famiglia di origine; l'individuazione degli obiettivi che possano permettere il rientro del minore laddove possibile e le modalità operative di sostegno proposte; indicazioni relative all'attivazione di adeguate forme di coinvolgimento della famiglia di origine nell'intervento riabilitativo e psicoeducativo sul minore, la presa in carico delle problematiche della famiglia in funzione della situazione contingente del minore: compatibilmente con il disposto del Tribunale dei Minori; indicazioni della metodologia di intervento sul minore, nei processi finalizzati allo scambio con il territorio e alla

collaborazione con la rete dei servizi. Fino all'inserimento nel mondo del lavoro o scolastico.

9. MODALITA' DI COMUNICAZIONE E RACCORDO CON I GENITORI, I TUTORI E CAREGIVERS

i) le comunicazioni con i Tutori avvengono per lo più tramite mails; il raccordo viene promosso attraverso visite in Struttura o presso i luoghi di residenza o lavoro dei Tutori;

ii) le comunicazioni ed il raccordo con i genitori avviene per lo più per vie telefoniche e attraverso l'organizzazione di visite in Struttura o presso i Servizi sociali o Sanitari che hanno in carico il minore; ai familiari sono comunicate e con loro condivise, laddove consentito e nel rispetto delle normative sulla privacy, le informazioni relative ai percorsi terapeutici e riabilitativi predisposti per il minore

iii) sono previsti rientri in famiglia secondo le frequenze e le modalità concordate con i Servizi sociali e sanitari di riferimento, con la famiglia e, se del caso, autorizzate dal Giudice e/o dal Tutore.

10. SELEZIONE, FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E ORGANIZZAZIONE DELLA FORMAZIONE

10.1 La selezione degli operatori

E' stata eseguita dalla direzione della Società, sulla base dei seguenti criteri tecnici ed umani:

1. esperienze formative e professionali con problematiche che attengono il rapporto tra tecnologia e minori;
2. esperienze professionali pregresse pluriennali a contatto con minori in strutture complesse di tipo socio assistenziale e sanitario;
3. qualità valoriali;
4. solidità interiore e stabilità emotiva;
5. capacità di gestire le emozioni limitando il coinvolgimento eccessivo;
6. capacità empatica e di trasferimento affettivo;
7. predisposizione alla realizzazione personale nel lavoro con minori;
8. costanza e coerenza;
9. capacità relazionali e di lavorare in gruppo.

10.2. Sono previsti due tipi di formazione

i) seminari e convegni organizzati dalla direzione con cadenza semestrale anche non in presenza; su temi che riguardano bisogni formativi emersi durante il semestre precedente, a valere sullo sviluppo professionale specifico del personale operante in Struttura ovvero viene favorita la partecipazione di tutto il personale a momenti formativi organizzati dalla Struttura a partire da bisogni formativi emersi durante la gestione quotidiana della Struttura stessa.

Durante le fasi di avvio anno 2022/2023, della Struttura, sono previsti i seguenti percorsi formativi rivolti al personale clinico e partecipato a tutto il personale:

Corso On Demand-Il ritiro sociale negli adolescenti | Clinica del ritiro sociale

Corso On Demand - Corpi Borderline Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di

personalità > ECM

Corso On Demand - La cura del Sè traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento> ECM

Corso On Demand - Trauma e Attaccamento | Training intensivo > ECM

Corso On Demand - Trauma Lectures > ECM

Corso On Demand - I Fantasmi nel se'. La cura della dissociazione indotta dal trauma> ECM

Corso On Demand - Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale > ECM

Corso On Demand - Le dinamiche narcisistiche nella contemporaneità

Corso On Demand - L'Adolescente. Dialogo con Matteo Lancini

Corso On Demand - Sessualità tipica e atipica

Corso On Demand - Adolescenti con gravi disturbi di personalità > ECM

Corso On Demand -La cura del Sè traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento > ECM

Corso On Demand - Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta

ii) Una formazione esperienziale; che non si sostanzia nell'insegnamento, come trasferimento di informazioni come puro accumulo di conoscenze, nozioni; dove c'è qualcuno che insegna, che ha cose da insegnare (di contenuto specialistico), depositario di un sapere e qualcuno che ha cose da apprendere, portatore di non sapere. Bensì più centrata sulla valorizzazione del sapere dei partecipanti, ponendolo in continuo dialogo, aperto ed immaginativo, con i limiti e le possibilità dell'azione e della realtà; che cerca di attribuire senso alla elaborazione rielaborazione, dei codici e i quadri di riferimento culturali e psicologici utilizzati per interpretare ed intervenire sulla realtà.

Una formazione prevalentemente orientata alla creazione di strumenti socio-mentali funzionali alla creazione delle condizioni perchè il soggetto, partecipante alla formazione, possa tenere un discorso sul suo sapere, sulla sua esperienza, sulla percezione di sé in rapporto agli altri...; perchè possa imparare a cogliere le connessioni, psicologiche e culturali, in rapporto alle peculiari modalità di attualizzazione del proprio comportamento sociale ed educativo. Una formazione che in termini di apprendimento allude allo sviluppo di una competenza, di ordine prevalentemente socio-affettivo, relativa alla capacità di muoversi lungo i confini simbolici- culturali che delimitano gli ambiti di appartenenza e che fondano le identità e, alla capacità di costruire codici di traduzione che permettano la comunicazione, fra ambiti di significazione diversi. Parimenti in grado di favorire un' apprendimento di competenze atte alla gestione di contesti relazionali ad alta varianza, dove la varianza viene operazionalizzata come risorsa che se individuata tempestivamente, è in grado di produrre un guadagno relazionale. Una formazione che sul piano organizzativo permette, periodicamente, a soggetti diversi di incontrarsi, di confrontarsi per poi selezionare problemi comuni e partecipare alla loro soluzione. Più in generale, permettere agli operatori di sviluppare competenze culturali, informative e psicosociali in grado di fungere da supporto per il dispiegamento ottimale del PAI. In tal senso sono

previsti incontri di gruppo con cadenza mensile della durata di due ore coordinati dallo Psicologo.

E' prevista la supervisione da parte dello Psicologo/Psicoterapeuta sia sul sistema di relazione tra Educatori e sia sul sistema di relazione Educatori e minori e tra la struttura ed il sistema socio-istituzionale con il quale la Struttura stessa dialoga.

10.3 Destinatari dei servizi offerti accesso diretto ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico

Il Servizio Residenziale Sociosanitario, si rivolge a soggetti di età minore per un numero massimo di 6 minori di ambo i sessi e di età compresa tra 11 e 17 anni, offre la disponibilità di N°1 (uno) posto per rispondere ad eventuali esigenze di pronta accoglienza. I destinatari dei nostri servizi:

- minori con forme di psicopatologia che necessitano di un percorso promotivo e riabilitativo;
- ai minorenni temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo, ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184 (Diritto del minore ad una famiglia); ai minorenni abbandonati o negli altri casi di cui all'articolo 403 del codice civile; ai minorenni stranieri non accompagnati di cui all'articolo 2 della legge 7 aprile 2017, n. 47 (Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati), non aventi cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trovano per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che sono
- altrimenti sottoposti alla giurisdizione italiana, privi di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per loro legalmente responsabili in base alla normativa vigente, nonché ai minorenni stranieri non accompagnati vittime di tratta e di grave sfruttamento ai sensi dell'articolo 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero);
- ai minori di anni 21 nei casi di cui al regio decreto legge 20 luglio 1934, n. 1404 (Istituzione e funzionamento del tribunale per i minorenni), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 27 maggio 1935, n. 835;
- minori con forme di psicopatologia che necessitano di un percorso promotivo e riabilitativo provenienti dall'area penale: massimo 2 minori.

Le attività saranno realizzate e gestite con la partecipazione integrata dei Servizi sociali e dei Servizi sanitari del territorio, delle famiglie, con il Tribunale dei Minori competente. In particolare è garantita:

1. la reperibilità nell'arco delle 24 ore con i Servizi, Sociali e di Pronto intervento del territorio, con le Autorità Giudiziarie e di Pubblica Sicurezza;
2. l'assolvimento di tutte le necessità primarie: 2 colazioni e 2 pasti giornalieri completi a persona;
3. l'assolvimento delle necessità di abbigliamento personale e messa a disposizione di prodotti per l'igiene personale e per gli indumenti;
4. l'assolvimento delle necessità di carattere sanitario attraverso l'utilizzo dei servizi A.S.L.;
5. la predisposizione di un Piano Terapeutico Riabilitativo (PTRI) e relativa Cartella

Sociosanitaria per ogni minore accolto;

6. Il collegamento con il Case Manager i Servizi Sociali e Sanitari del territorio ed altre istanze deputate per l'elaborazione di un progetto riabilitativo e psicoeducativo personalizzato per ogni singolo minore al fine di superare la fase emergenziale e creare le condizioni psico- socio-educative per le dimissioni dalla Struttura;
7. l'assolvimento dell'igiene degli ambienti e della biancheria da letto e da bagno che verrà fornita in modo giornaliero o settimanale; l'assicurazione dei minori ospiti a copertura dei rischi di infortunio di cui possono essere vittime ed artefici gli stessi, durante la loro permanenza nella Struttura e fuori;
8. l'assistenza completa per 24 ore giornaliere, 365 gg all'anno; con turni di sei/otto ore ciascuno, durante i quali saranno costantemente presenti, 2 o più /Operatori secondo le esigenze assistenziali in rapporto al numero di minori presenti in Struttura, mentre la notte sarà sufficiente N°1 operatore, come da normativa.

11. L'ACCESSO AI SERVIZI, DIMISSIONI E MODALITA' DEL RELATIVO FUNZIONAMENTO

11.1 Modalità di Accoglienza, aspetti organizzativi e tecnici della presa in carico

L'ingresso al Servizio Residenziale Sociosanitario SRS-M, avviene su richiesta dell' ASL di competenza. La domanda di inserimento del minore in Struttura può essere effettuata anche per telefono, direttamente alla segreteria. Tutte le richieste vengono registrate e valutate, in apposite schede che riportano la data di ricevimento: i riferimenti al Servizio sociale o Sanitario richiedente e le informazioni utili a descrivere la tipologia del caso. Dopo attenta valutazione della documentazione clinica, se non è possibile prevedere l'accoglimento per ragioni collegate alle caratteristiche del minore in rapporto ai criteri di eleggibilità alle cure del minore stesso viene comunicato immediatamente al soggetto richiedente, altrimenti la richiesta viene accolta per essere valutata in modo più approfondito.

Secondo le seguenti modalità:

viene richiesto ai Servizi inviati di favorire la venuta del minore in Struttura insieme alla famiglia ed i Servizi stessi in quella occasione il minore conosce la Struttura e chi vi lavora insieme agli altri ospiti nel contempo la Struttura conosce il minore ed il suo contesto familiare;

qualora non fosse possibile per il minore venire in Struttura per ragioni varie ospedalizzazione, inserito in altra Struttura, impedimenti familiari... sarà la Struttura a recarsi presso il luogo di residenza del minore.

Nel caso che possa essere inserito viene organizzato l'ingresso del minore in Struttura che dovrà caratterizzarsi secondo le seguenti modalità:

Un colloquio psichiatrico ed uno psicologico

Riunione di gruppo con gli altri ospiti per favorire l'integrazione

L'accettazione del regolamento interno della Struttura

Nel caso che la Struttura sia satura, la richiesta viene inserita in una lista di attesa. La lista - che serve per i successivi contatti in relazione alle disponibilità - viene costantemente monitorata e aggiornata dalla Struttura. I criteri di priorità per l'accettazione delle domande in lista di attesa sono: ordine di arrivo della richiesta e caratteristiche del minore così come segnalate dai Servizi Sanitari o Sociali inviati. I Servizi Sociali e Sanitari, in sostituzione della famiglia che richiedono l'inserimento del

minore nella Struttura sono obbligati a rimettere i seguenti documenti: comunicazione scritta di richiesta di inserimento emesso da soggetti invianti;

- decreto del Tribunale per i Minorenni se già predisposto ovvero se in corso di definizione;
- documentazione sanitaria del minore;
- regolamentazione dell'Ente/Servizi affidatario sulle modalità delle visite dei genitori e/o parenti del minore (possibilità di telefonare al minore, numero di incontri autorizzati, eventuale possibilità di uscita ecc.).

Nel caso di inserimento non programmato (per situazioni di emergenza e pronta accoglienza) è comunque sempre necessaria almeno la richiesta scritta di accoglienza.

Al momento dell'accoglienza viene sottoscritto dall'ospite un form contenente una lista dei beni personali, dei documenti ed ausili vari inerenti il caso. L'organizzazione applica criteri per la salvaguardare dei beni personali (intesi in senso lato) del paziente dandogliene opportuna comunicazione nel caso di danneggiamento o smarrimento.

11.2 Accoglienza, il primo contatto

Il primo contatto del minore che accede alla struttura SRS-M, è con il Responsabile sanitario e/o Coordinatore della Struttura. La prima accoglienza ha lo scopo di far sentire protetto il minore in un "luogo sicuro", attraverso relazioni empatiche, un ambiente gradevole e rassicurante: un momento di riconoscimento della identità e della dignità individuale. Si passa alla fase di registrazione e compilazione della prima parte della Cartella Sociosanitaria, che prevede l'inserimento dei dati anagrafici, i dati sulla provenienza, dati familiari, diagnosi pregresse,...; poi si passa alle procedure di inserimento con la consegna di abiti e biancheria pulita, la scelta dello spazio fisico da occupare, la presentazione agli altri ospiti della casa. Le figure che il minore incontra per prime, hanno il compito di creare da subito un legame con lui, anche solo a livello pratico, finalizzato a prepararlo alla vita di comunità, spiegando regole, diritti, doveri e ruoli dei vari operatori. Evidentemente la "funzione di accoglimento" vero e proprio è poi attuata dall'intera equipe di lavoro, insieme agli altri minori che già risiedono nella Struttura, attraverso le routine quotidiane di familiarizzazione e svolgimento delle attività in comune. Il gruppo in questa visione, si conferma essere uno strumento facilitante l'integrazione ed il sentirsi parte di un tutto.

11.3 Dimissioni, modalità e organizzazione

Se non intervengono fattori ostativi collegati al comportamento stesso del minore (comportamenti abnormi o a rischio legalità) i tempi di permanenza dei minori all'interno della struttura dipendono per lo più dal raggiungimento degli obiettivi previsti nei progetti personalizzati individuali (comunque non superiori a quelli individuati dalla normativa), volti prioritariamente alla tutela del minore e all'integrazione nel contesto comunitario accogliente, alla scolarizzazione, allo svolgimento di corsi di formazione professionale e all'inserimento nel mondo del lavoro e naturalmente il superamento delle varie forme di psicopatologia che hanno condotto il minore in struttura. In linea con il criterio della continuità assistenziale, laddove sia possibile, il ricongiungimento familiare o la possibilità di reinserimento costruttivo nella propria famiglia d'origine rappresentano ulteriori obiettivi, raggiunti i quali, si può ritenere concluso il percorso comunitario. Al raggiungimento del diciottesimo anno di età, se il minore si trova ancora inserito in progetti di formazione scolastica o professionale, su richiesta dei Servizi sociosanitari competenti, si può prevedere la richiesta di un prosieguo

amministrativo fino al completamento del processo riabilitativo

11.4 Gestione dei farmaci

La prescrizione dei farmaci è cura dello Psichiatra, la loro custodia e somministrazione è in capo all'infermiere. I farmaci verranno tenuti in un apposito armadio chiuso a chiave, sito nella stanza colloqui/segreteria.

La gestione del farmaco non si esaurisce alla mera somministrazione dello stesso, ma implica il coinvolgimento del minore (in termini di comprensione della prescrizione e raggiungimento della compliance terapeutica), del personale (che viene formato sulle attese della terapia farmacologica e possibili effetti collaterali o complicanze ed informato sulle variazioni delle prescrizioni dalla lettura della Cartella sociosanitaria e dalle riunioni di equipe) delle famiglia/del tutore (laddove sia possibile stabilire una alleanza nel percorso terapeutico del minore) sul significato del farmaco e sull'effetto atteso, del farmaco all'interno della terapia, nonché dell'interazione con altri farmaci assunti dal minore, in caso di comorbidità

Circa la comunicazione al MMG/PLS, le prescrizioni verranno comunicate tramite email criptata nel rispetto dei vigenti criteri della privacy, con gli eventuali aggiornamenti/variazioni del caso

Circa la distribuzione e la tenuta verranno applicati precisi protocolli da parte dell'infermiere che comunica con gli educatori per garantire un ambiente idoneo e sicuro con adeguati sistema di sicurezza

Gli educatori sono informati ed aggiornati su eventuali modifiche dei piani terapeutici nelle riunioni di equipe settimanali ed attraverso gli aggiornamenti scritti della Cartella Sociosanitaria

11.5 La valutazione dell'eleggibilità alle cure: consenso informato e invio dell' autorità giudiziaria

I criteri di eleggibilità alle cure stabiliti ricalcano la bassa intensità assistenziale della Struttura: riguarderanno aspetti clinici diagnostici aspetti collegati all'impatto interno ed esterno alla Struttura, del minore il patrimonio di risorse personali e famigliari che possiede.

Per quanto riguarda il consenso informato, tutto il piano terapeutico descritto nel PTRI a seconda delle diverse fasi, procede previo ottenimento del consenso informato scritto da parte dei genitori, laddove sia presente la condizione di potestà genitoriale, o del tutore.

Tale consenso, verrà opportunamente registrato e conservato attraverso i form predisposti ed archiviati secondo le normative vigenti in materia di privacy. Tutto il Piano Terapeutico verrà comunque sviluppato all'interno delle indicazioni e prescrizioni poste in essere da parte dell'Autorità Giudiziaria.

12. TIPOLOGIA, MODALITA' E ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI SECONDO UNA PROGRAMMAZIONE STANDARD (EVIDENCE BASED MEDICINE/NURSING)

I percorsi di cura e la presa in carico dell'assistito vengono gestiti a seconda del bisogno terapeutico, riabilitativo, promotivo e socio-assistenziale del minore.

Segnatamente l'oggetto di presa in carico ricomprende:

trattamenti di esordio, trattamenti della fascia di transizione dall'adolescenza alla prima età adulta, trattamento dei disturbi di personalità, trattamento dei disturbi alimentari, trattamento dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, e degli interventi in età evolutiva: in inspecie oggetto d'elezione è rappresentato dai disturbi derivanti dal un alterato rapporto con le tecnologie (vedi disturbi da dipendenze tecnologiche)

La presa in carico passa per la valutazione socio-psico-educativa posta in essere dall'equipe multidisciplinare che distingue il grado di impatto assistenziale semplice o complesso e ne decreta i pesi circa i livelli di sinergia tra le diverse figure professionali che compongono l'equipe multidisciplinare.

Nel caso di bisogno assistenziale complesso, verrà allertata l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dei Servizi inviantiche potrà prevedere:

immediato avvio di protocolli di valutazione diagnostico neuropsichiatrica e psicologica, sincronizzazioni con le azioni educative all'interno del piano di attività giornaliero (sia interno che esterno alla struttura), coinvolgimento immediato attraverso l'individuazione del Case manager dei Servizi territoriali, attivazione di protocolli di continuità di cura presso i Reparti Ospedalieri o i Servizi ambulatoriali delle ASL. segnalazione immediata al MMG/PLS, monitoraggio interno rafforzato sull'adeguatezza del PTRI, colloqui con i genitori/tutori settimanali, supervisione rafforzata del personale coinvolto.

Stesura del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato

La valutazione e la presa in carico dei bisogni del minore si snoda secondo due direttrici:

- la prima considera le risorse possedute dal minore, sia sul piano personale che socio-ambientale, e che possono essere di tipo psicologico, relazionale, culturale,
- la seconda va a considerare i deficit collegati al disagio e/o alla psicopatologia e che si esprimono sul piano del funzionamento del pensiero, del comportamento, delle relazioni, includendo in questa duplice osservazione anche la valutazione del nucleo familiare, sempre al fine di predisporre un piano di sostegno e di facilitazione del percorso di riabilitazione e terapia del minore: il supporto fornito ai familiari va infatti inteso nell'ottica del guadagno in salute che ne trae il minore.

Essa si basa sull'utilizzo del colloquio clinico e di strumenti diagnostici quali scale standardizzate e test clinici per la valutazione delle abilità personali e sociali e della personalità.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni terapeutico-riabilitativi avviene attraverso la sinergia delle diverse figure professionali che compongono l'equipe multidisciplinare della Struttura.

Tipologia degli interventi di cura, socio-assistenziali e/o riabilitativi

La tipologia degli interventi di cura, socio-assistenziali e/o riabilitativi si sostanzia nella individuazione delle linee guida vigenti e si concretizza in interventi integrati di tipo psicologico e psicoterapico individuale e di gruppo, farmacologico (se del caso), psicoeducativo e socioeducativo attraverso percorsi esperienziali anche di tipo innovativo: tra le tipologie di intervento più prettamente riabilitativo citiamo gli interventi tecnologici di supporto alla persona (Realtà Virtuale).

Gli strumenti in uso sono quelli classici dell'anamnesi clinica, psicologica, sociale e socio- ambientale, la valutazione psicodiagnostica e psichiatrica, i colloqui clinico-psicologici, gli interventi di gruppo, l'apprendimento di tecniche a mediazione corporea,

l'utilizzo della tecnologia positiva per il recupero di funzioni cognitive, psicomotorie funzionali al corretto sviluppo evolutivo, la simulazione in contesti di realtà virtuale e dumentata per fornire occasioni altre di apprendimento e di riapprendimento anche di funzioni psicosociali complesse (come per es la solidarietà, l'empatia, l'altruismo).

Modi e tempi di erogazione dei servizi

- Circa i tempi di erogazione dei servizi, essi vengono predisposti all'interno del PRTI, e durate le riunioni di equipe settimanali. Le diverse figure dell'equipe lavorano in modo sincrono, non in funzione della singola professionalità, ma in sinergia tra loro; la pregnanza dell'intervento si estrinseca attraverso la presa in carico durante tutto l'arco della giornata dei bisogni del minore; l'educatore si occupa della presa in carico degli aspetti di vita quotidiana, dei rapporti tra i minori e le altre figure e con il mondo esterno; l'infermiere gestisce l'erogazione dei farmaci ed interviene nel caso di medicazioni o contribuisce ai programmi di prevenzione e di promozione della salute; lo psicologo e/o psicoterapeuta svolge i colloqui individuale e settimanalmente gli incontri di gruppo; lo psichiatra/responsabile sanitario segue il contenimento e la cura degli aspetti psicopatologici; gli operatori ed le altre figure di supporto, seguono gli aspetti pratici collegati alla pulizia ed alla cura degli ambienti.

Tutte le figure svolgono attività di automonitoraggio rispetto alla gestione competente dei protocolli attraverso questionari di autovalutazione somministrati semestralmente dal Coordinatore e rispondono ai requisiti di qualità interna che la Società stessa si è posta, sia in termini di funzionamento interno che relativamente alle relazioni con Enti esterni.

- La durata presumibile della presa in carico dell'assistito sarà di un sei mesi rinnovabile (come da normativa regionale), sebbene sarà nostra cura limitare al minimo la permanenza del minore in Struttura; laddove sia possibile sosteniamo e valorizziamo le risorse interne sia del minore che del nucleo sociale e familiare di appartenenza.
- Le predisposizioni e registrazioni circa la verifica dell'andamento del PTRI saranno svolte al bisogno e comunque almeno ogni 3 mesi. Sulla base dell'esito della verifica si considera la possibilità di apportare modifiche al PTRI. Registrazioni circa l'eventuale revisione del PTRI a fronte di rilevazione/mutamento dei bisogni assistenziali, compreso l'eventuale trasferimento ad altro setting assistenziale e riabilitativo.
- Individuazione del responsabile del caso (case manager) e del referente familiare formale e/o informale (caregiver).
- Se la famiglia mantiene ancora la potestà genitoriale, vengono individuati i genitori come referenti per l'andamento del PTRI del minore e come caregiver nel periodo di reinserimento; altrimenti sarà individuato il tutore.
- Le eventuali forniture di farmaci, in funzione della psicopatologia e della comorbilità del minore, potranno essere gestite in accordo con le farmacie, gli ospedali o i distretti sanitari pertinenti del territorio.

Il PTRI dovrà essere condiviso nei tratti essenziali, negli obiettivi specifici e nelle procedure in uso, a seconda delle caratteristiche del minore, con lo stesso, con la famiglia, con il curatore o col tutore, attraverso incontri strutturati con l'equipe multidisciplinare, cercando di costruire alleanza con i diversi soggetti individuati.

Circa i disservizi/non conformità

Per quanto concerne eventuali disservizi o scostamenti tra la qualità erogata e quella

attesa, la Struttura definisce in modo adeguato e conserva registrazioni, su come sono stati affrontati detti disservizi o scostamenti. Sono ricompresi anche i disservizi segnalati a seguito di eventuali reclami degli utenti o loro rappresentanti.

La procedura dell'analisi dei disservizi:

- l'analisi dei processi manageriali, clinici e assistenziali per l'individuazione delle fasi in cui è possibile che si verifichino disservizi/non conformità;
- la correzione del disservizio/non conformità, l'adozione di azioni per tenerlo sotto controllo, la gestione di eventuali conseguenze;
- la valutazione dell'esigenza di azioni per eliminarne la causa in modo che non si ripeta o non si verifichi altrove;
- l'attuazione di ogni azione necessaria ed il riesame dell'efficacia di ogni azione correttiva intrapresa;
- l'introduzione se necessario, di modifiche al sistema di gestione dell'organizzazione, ivi compresi la cancellazione o la distruzione di materiale non più utile e superato dagli eventi.

12.1 Organigramma, aree sanitarie impegnate, metodologia, frequenza, setting, figure professionali coinvolte e relative responsabilità

AREA PSICHIATRICA

Responsabile sanitario

In qualità di psichiatra/neuropsichiatra, coordina l'attività diagnostico/ terapeutico/ riabilitativa all'interno della Struttura, lavorando in stretto contatto con i neuropsichiatri dei servizi invianti e referenti sul territorio. Le suddette attività a secondo della loro specificità verranno svolte presso la Struttura.

AREA COORDINAMENTO DELLA STRUTTURA

Psicologo e/o Psicoterapeuta/Educatore professionale

Il Coordinatore della Struttura si occupa della funzionalità, dell'efficacia della Struttura e della capacità di risposta adeguata alle esigenze che sorgono dai diversi referenti interni (ospiti, operatori) ed esterni (famiglie, servizi socio-sanitari, territorio, ecc.). Rileva e regola i bisogni informativi interni e verso l'esterno. Ha uno sguardo d'insieme dell'intero progetto, oltre ad interessarsi dell'assistenza degli ospiti (di cui conosce la storia, le difficoltà e le potenzialità), considera tutti gli aspetti che compongono il servizio: e' il referente della rete istituzionale, cura le relazioni con i servizi, con il territorio ed all'interno dell'equipe. Promuove ed elabora i progetti educativi degli ospiti, coordina gli educatori e i professionisti dell'équipe distribuendo compiti e incarichi specifici, stimolando il reperimento e l'elaborazione delle informazioni e delle esperienze verso un miglioramento continuo del servizio. E' responsabile della gestione del budget e della gestione interna del personale. Dovranno essere predisposti modelli formativi per gli operatori capaci di promuovere il coinvolgimento dei minori e dei propri familiari rispetto al percorso riabilitativo e strutturare una verifica dell'adeguatezza del modello stesso in termini di efficacia.

Monitora i servizi offerti interni ed esternalizzati, in collaborazione con il Responsabile qualità della Società attraverso l'utilizzo di check list ed dei questionari di soddisfazione degli utenti e di valutazioni periodiche delle prestazioni degli operatori. Queste ultime si basano questi su vari indicatori generali e specifici. Tra i primi rientrano i livelli di

coinvolgimento nelle attività, l'attaccamento al lavoro, la capacità di lavorare in gruppo ... tra i secondi, quelli che misurano variabili oggettive (per es il livello di pulizia o la gradevolezza dei pasti, la puntualità nell'aggiornare la cartella sociosanitaria, o di svolgere con solerzia le pratiche che coinvolgono di altri enti...) ed in generale i livelli di adeguatezza dei singoli compiti affidati, a seconda dello specifico profilo professionale. L'esito della valutazione periodica, ogni sei mesi, verrà comunicato ai diretti interessati, durante le riunioni di equipe per fornire loro un feedback sulle prestazioni svolte che, se necessario, verranno riviste e modificate, a seconda degli esiti dei processi di valutazione. Si occupa anche della gestione degli eventi avversi sia per la prevenzione degli stessi anche attraverso la formazione del personale, sia per la comunicazione ai pazienti ed ai care givers, sia per l'impatto che l'evento può aver avuto agli educatori nonché della comunicazione esterna che della gestione stragiudiziale dei possibili contenziosi.

Tutta l'attività del Coordinatore deve essere documentata tracciabile ed archiviata nel rispetto della normativa della privacy.

L'intero processo di valutazione deve vedere la partecipazione di un supervisore esterno alla struttura, il Responsabile qualità. Nondimeno sia la procedura sia gli esiti debbono essere validati dalla direzione della società.

La direzione si impegna secondo una cadenza annuale a favorire detta valutazione di tutte le aree che sostanziano la gestione della struttura, secondo una modalità documentabile; e, se del caso, favorirne la rivalutazione dei processi e degli obiettivi. Segnatamente:

- lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami della Direzione
- le informazioni su efficienza ed efficacia dei processi manageriali, clinici e assistenziali con presi gli andamenti relativi a:
 - a) soddisfazione del cliente e feedback dalle parti coinvolte
 - b) clima aziendale e soddisfazione degli utenti
 - c) misura degli obiettivi di qualità raggiunti
 - d) gestione dei disservizi o non conformità
 - e) risultati della valutazione dei processi clinici/assistenziali e gestionali
 - f) appropriatezza clinica e sicurezza
 - g) prestazioni dei fornitori interni ed esterni di prodotti e servizi
 - h) risultati delle visite di verifica interne ed esterne
- l'adeguatezza delle risorse (umane, infrastrutture, tecnologie)
- l'efficacia dei progetti di miglioramento intrapresi (sul piano organizzativo, tecnico-professionale e tecnologico)
- le opportunità di miglioramento
- i) il rispetto dei requisiti previsti dall'accreditamento come da normativa vigente

Va da sé che tutto il lavoro di valutazione e rivalutazione verrà comunicato alle parti interne interessate secondo una organizzazione che garantisca l'efficacia.

AREA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Il responsabile della formazione è uno Psicologo e Psicoterapeuta; organizza la formazione del personale ed insieme all'equipe definisce il fabbisogno formativo del personale medesimo nei criteri e nelle priorità. Nel caso in cui la formazione verrà acquisita all'esterno, sarà garantita la condivisione delle conoscenze anche agli altri operatori. Il responsabile della formazione deve favorire processi di formazione per l'inserimento di nuove figure comprese eventualità legate al ruolo attraverso verbali.

Attraverso anche l'ausilio di esperti deve fornire materiali sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, privacy ed anticorruzione in modo documentato. Tutta la formazione all'inserimento lavorativo deve poter essere valutata in termini di efficacia attraverso opportune check list.

Tutta l'attività di organizzazione della formazione del Responsabile deve essere documentata tracciabile ed archiviata nel rispetto della normativa della privacy.

Il piano di formazione predisposto dal Responsabile avrà durata annuale e può essere modificato ed aggiornato sulla base dei bisogni formativi, tecnici e organizzativi, emergenti.

AREA CLINICA PSICOTERAPIA

Psicologo e Psicoterapeuta

Con il compito di condurre interventi di psicoterapia individuale/gruppo con gli ospiti. L'attività psicodiagnostica e di coordinamento psicoeducativo incluso il sostegno alle famiglie e caregiver.

AREA ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA

Infermiere

Si occupa della conservazione e somministrazione dei farmaci e che mantiene i contatti con gli specialisti ed i medici di medicina generale per la gestione degli aspetti sanitari e terapeutici. Si occupa di verificare la sicurezza del minore nei trasferimenti presso i centri di cura esterni e verifica la custodia ed il trasferimento dei suoi referti clinici.

AREA EDUCATIVA DI BASE

Si basa sulla figura dell'Educatore professionale e/o sociosanitario che si occupa della costruzione e della significazione dei percorsi e delle attività esperienziali all'interno e all'esterno della Struttura, come parte integrante del processo terapeutico e promotivo del minore coinvolto. Si può avvalere della sinergia con le attività di realtà associative e di volontariato del territorio, come anche della relazione con le aziende e gli Enti locali per l'inserimento lavorativo o l'attivazione di tirocini professionalizzanti o stage formativi.

AREA EDUCATIVA ESPERIENZIALE A VALENZA TERAPEUTICA

Operatori ed Educatori specializzati e Figure Tecniche di supporto in grado di accompagnare, guidare e motivare gli ospiti attraverso l'immersione in esperienze intensive di contatto con la natura: l'estraneamento dagli abituali contesti e comportamenti, il recupero della dimensione corporea, la sperimentazione della motricità e della fatica fisica, il riconnettersi con stimoli edificanti, vengono utilizzati come stimoli in grado di resettare meccanismi cognitivi ed emozionali disfunzionali, utili anche per una risignificazione del sé. Lo shock emotivo e mentale viene concettualizzato dalle scienze del comportamento come un trauma in grado di cambiare la personalità del soggetto investito. Il presupposto teorico a base della nostra proposta progettuale esperienziale, dovrebbe favorire un cambio di personalità e di

organizzazione mentale. L'esperienza è pensata particolarmente utile a valere su giovani con dipendenze tecnologiche: selezionato secondo criteri prestabiliti, lo shock emotivo e mentale si attualizzerà non tanto a partire dall'evento 'traumatico' in sé, bensì in rapporto al carattere inedito dell'esperienza per il soggetto. Va da sé che le attività educative esperienziali potranno ricomprendere laboratori o eventi di contatto riferiti a teatro, danza, musica e specifiche attività sportive... in funzione del percorso riabilitativo.

AREA TECNOLOGICA EDUCATIVA A VALENZA TERAPEUTICA

Educatore professionale/Tecnico della riabilitazione che a partire dai presupposti forniti dalle neuroscienze cognitive (simulazione corporeità e presenza) e dalla Psicologia positiva ovvero, conoscere le virtù e le capacità dell'individuo e promuoverle, offrirà percorsi riabilitativi sperimentali attraverso simulazioni fornite dalla Tecnologia della Realtà Virtuale. La tecnologia positiva creando nel soggetto situazioni prevalentemente di simulazione, aumenta le situazioni di flow che migliorano le capacità cognitive. In tal senso sperimentare specifiche circostanze in ambiente di simulazione, ma fortemente verosimile, crea infinite opportunità di conoscenza di sé e di apprendimento, anche correttivo rispetto a convinzioni o costrutti cognitivo emozionali disfunzionali, alla base di numerosi disturbi.

AREA SOCIOASSISTENZIALE

Operatore Socio Sanitario con il compito di rispondere alle esigenze pratiche, fisiche, alimentari, di pulizia ed igiene degli ospiti, operare per il migliore confort degli ambienti e promuovere il rispetto e la conservazione dei beni e dei locali in comune.

Riepilogo schema tecnico-organizzativo

- i) Visite Psichiatriche condotte dal Responsabile sanitario, con cadenza settimanale ovvero secondo modalità che possono variare da caso a caso: prescrizioni, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e altre attività collegate al ruolo come da normativa.
- ii) Attività infermieristica svolta dall'infermiere:somministrazione farmaci
- iii) Psicoterapia e Colloqui psicologici di sostegno, individuali e di gruppo con i minori sono condotte dallo Psicologo e/o Psicoterapeuta; con cadenza giornaliera o settimanale, a secondo dei casi, della durata di 45 min..
- iv) Attività tecno-psico-educativa coordinata dall'Educatore/Psicologo Le cui modalità variano, in funzione delle caratteristiche psicopatologiche e di personalità del minore.
- v) Colloqui individuali e di gruppo educativi, con i minori sono condotti dall' Educatore, vertono principalmente:
 - sulle caratteristiche della permanenza in Struttura;
 - sulla relazione tra pari e tra educatore minore;
 - sull' analisi dei bisogni e delle attese;
 - sulle implicazioni psicosociali del percorso educativo (scuola, attività varie...);
 - sulla promozione della personalità e delle risorse personali.

vi) Sono previsti Colloqui individuali con i minori da parte del Coordinatore della struttura, non con cadenza quindicinale o quando ne viene ravvisata la necessità di prevenire o gestire problematiche di rilievo educativo-comportamentale o educativo-

organizzativo.

vii) Sono previste attività esterne alla Struttura di carattere ludico, sportivo e riabilitativo condotte da Educatori.

viii) Sono previsti Colloqui psicologici con il personale, presso la sede centrale della Società OFH, su richiesta del personale stesso; secondo problematiche che attengono il rapporto tra vita personale, familiare e attività lavorativa.

12.2 Incontri di formazione di gruppo, metodologia, frequenza, setting, figure professionali coinvolte e modalità di composizione dei gruppi

i) *Incontri di gruppo con gli Educatori ed il personale tutto*, coordinati dallo Psicologo-psicoterapeuta, con cadenza mensile della durata di due ore; al fine di offrire agli operatori uno spazio di ascolto per le loro difficoltà lavorative al fine di gestire lo stress lavoro-correlato, e i rischi psicosociali (facilmente presenti nelle professioni di aiuto); anche attraverso l'adozione di strumenti, questionari, dedicati, per la valutazione (SMS-A Scala Misurazione Stress lavoro- correlato e QMRP-A Questionario Misurazione Rischi Psicosociali,) e di favorire lo scambio di esperienze e la discussione grupale in un setting dedicato, anche al fine di evitare decrementi nei livelli di motivazione e conseguenti cali nella qualità delle prestazioni soprattutto relazionali, erogate;

ii) *Incontri di gruppo con i minori, su temi specifici, valoriali e culturali* coordinati dall'Educatore della Struttura, con cadenza settimanale/quindicinale in funzione del tema, della durata di due ore; tra i temi trattati più spesso, vi saranno il concetto di legalità, la relazione uomo-donna, il contrasto alla dipendenza tecnologica, particolari temi all'attenzione dell'opinione pubblica estratti da giornali o televisione (terrorismo, politica, attualità...), come favorire l'integrazione, l'inserimento sociale o lavorativo, come favorire lo sviluppo della relazione tra pari, sulla educazione sessuale, sul rispetto per l'ambiente e discussione di film selezionati a partire dai pregnanti bisogni culturali e/o psicoeducativi dei minori in Struttura.

iii) *Incontri di gruppo tra Psicologo-Psicoterapeuta ed Educatori*
Incontri con cadenza mensile della durata di due ore; l'obiettivo è quello di fornire maggiori elementi di conoscenza agli Educatori su nuclei psicopatologici, aspetti della personalità e vissuti dei minori, rilevanti dal punto di vista del progetto psicoeducativo e della relazione competente.

iv) *Incontro di sostegno e orientamento alle famiglie*
Trattasi di colloqui di orientamento, formazione e supporto alla famiglia nella gestione dei sintomi e nel monitoraggio della farmacoterapia, dei presidi sanitari (se presenti) delle cure in generale. Sono previsti colloqui interni alla struttura, per valutazione e conoscenza delle dinamiche familiari e, nel caso si rilevasse la necessità di una presa in carico della famiglia.

Particolare attenzione viene posta ai casi di famiglie di minori stranieri o provenienti da aree disagiate (immigrati, esuli, rifugiati) che vertono in situazioni di disagio o problematicità economica o abitativa o che vivono in contesti a rischio di abbandono, maltrattamento o abuso.

13. MODALITA' D'INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DEI SERVIZI TERRITORIALI E GIUDIZIARI, CON L'ASSOCIAZIONISMO E CON IL VOLONTARIATO.

Le disponibilità del territorio nel quale è collocata il Servizio SRS-PG, aiutano a definire le diverse azioni possibili da progettare per i minori ospiti. Pertanto sono state definiti alcuni protocolli d'intesa con altrettante realtà del territorio, (di cui più avanti nel dettaglio) verrà effettuato un continuo aggiornamento sulle strutture ed opportunità offerte dal territorio finalizzate allo sport, cultura, formazione, e sia all'impostazione dei servizi di orientamento scolastico-professionale e lavorativo.

Il modello di funzionamento della Struttura prevede, quale punto fondamentale, programmi di intervento co-progettati tra gli operatori della Struttura i Servizi inviati e le realtà di cui precedentemente: comunicazione delle conoscenze e informazioni relative ai casi ospitati, nel rispetto della normativa sulla privacy; utilizzo di un metodo di lavoro concordato centrato sui bisogni e le risorse del minore.

Collaborazione con la rete dei Servizi Sanitari ed Ospedalieri

Sulla base delle specifiche necessità e dei bisogno di cura, a seconda dei vari ambiti specialistici, la Struttura invierà i minori presso i medici dei reparti specialistici ed ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali (pediatria, ostetricia e ginecologia, consultori familiari, servizi riabilitazione adulti, etc.) semiresidenziali e residenziali, previa richiesta del pediatra o del medico medicina generale

Verrà individuato per ogni minore il pediatra di libera scelta ed il medico di medicina generale (PLS/MMG);

Collaborazione con la rete dei Servizi Scolastici e Formativi
Sulla base dell'emergenza di Bisogni educativi Speciali, l'Area socio educativa e psicoeducativa, entra in contatto con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei minori ospiti, nelle scuole di ogni ordine e grado. Una volta avviato l'iter presso la scuola, l'educatore di riferimento attua il monitoraggio ed attiva azioni tese a verificare le modalità di apprendimento, il profitto scolastico, i comportamenti, le modalità integrazionali del minore nel contesto classe, i modelli di relazione con l'insegnante, le attitudini nelle varie materie scolastiche e le eventuali carenze.

Relazioni con l'autorità Giudiziaria

Rispetto agli adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria (Tribunale dei Minori) si darà esecutività ai decreti che l'Autorità avrà predisposto per ogni minore secondo modalità organizzative decise dall'equipe multiprofessionale. Se si tratta di prescrizioni di carattere sanitario, saranno prese in carico dall'Area clinica; se sono di carattere organizzativo (proibizioni e limitazioni) esse saranno gestite dall'Area educativa.

Relazioni con i Servizi di Trattamento delle Dipendenze

Sulla base delle diagnosi e valutazioni dei minori con dipendenze da sostanze, si stabiliranno collaborazioni funzionali con i Servizi SERT del territorio in accordo con i Servizi inviati. .

Relazione con i Servizi di Salute mentale

A compimento della maggiore età verranno stabiliti, laddove vi sia un bisogno di salute mentale da portare a termine, verranno promosse interlocuzioni con i servizi di salute mentale per adulti per garantire la continuità assistenziale in accordo con i Servizi invianti.

Partecipazione a programmi di rete

Si intende promuovere la conoscenza la relazione e la costruzione di reti con analoghe Strutture sul territorio regionale e nazionale capaci di favorire anche lo scambio tecnico professionale ivi compresi i centri sanitari e sociosanitari riferiti a particolari patologie pediatriche.

Nondimeno l'adesione a programmi e nuove normative di livello regionale e nazionale

Caratteristiche delle informazioni condivise

Nel rispetto delle normative sulla privacy e sulla conservazione dei dati sensibili degli utenti, l'organizzazione assicura la fluidità della circolazione delle informazioni tra tutte le figure professionali e gli attori impegnati nei processi interni alla Struttura e tra questi ed i soggetti, esterni; ivi compresi caregivers e familiari. Ciò avviene attraverso circostanze documentabili (verbali di riunione, emails, messaggi whatsapp) e di esse, viene conservata traccia in supporto cartaceo o in supporto elettronico Gestionale GISS.

Tutte le informazioni devono essere individuabili con numero, data e firma dell'autore Particolare rilevanza assume la raccolta dei materiali inerenti le leggi e gli accordi regionali e nazionali attinenti il nostro di riferimento, che dovranno essere conservati ed archiviati con facile e rapido accesso, assicurando anche l'individuazione e la reperibilità degli aggiornamenti e revisioni in materia.

Nell'organizzazione viene adottata una politica di miglioramento continuo dei servizi e delle prestazioni e tutte le indagini e le eventuali misure di miglioramento customer satisfaction saranno pubblicate sul sito web annualmente. Ai vari attori parte del processo, vengono sottoposti strumenti di rilevazione dei livelli di soddisfazione dei servizi offerti di seguito rappresentati.

14. QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEI MINORI OSPITI

Lo strumento adoperato è il questionario QSRMC (Scala Soddisfazione Residenziale Minori in Struttura);trattasi di strumento obiettivo destinato a conoscere e misurare la percezione che hanno i minori circa la loro permanenza in Struttura in rapporto al funzionamento della stessa. Esso verrà somministrato ai minori trimestralmente.

15. QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DI SODDISFAZIONE DELLE FAMIGLIE O DEI RAPPRESENTANTI DEI MINORI (TUTORI)

Verrà impiegato Strumento obiettivo, utile a conoscere e misurare la percezione che hanno i soggetti che rappresentano i diritti dei minori circa la soddisfazione dei diritti del minori stessi, in rapporto al funzionamento della Servizio. Esso verrà somministrato sia ai famigliari dei minori sia ai tutori, semestralmente.

16. QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEGLI ENTI

Trattasi della percezione che i soggetti esterni, che dialogano con la Struttura, sviluppano nei confronti della Struttura.Esso verrà somministrato annualmente.

17. SCALA DI MISURAZIONE DELLO STRESS AZIENDALE

Scala incentrata su pensieri stati d'animo sensazioni fisiche e comportamenti collegati allo stress lavorativo. Contiene items relativi a dimensioni psicologiche e fisiologiche. esso verrà somministrato agli operatori semestralmente.

18. QUESTIONARIO SUL CLIMA ORGANIZZATIVO

Il questionario misura la qualità del clima organizzativo interno alla struttura e viene somministrato con cadenza semestrale. I risultati e gli esiti vengono comunicati e condivisi con il personale per ridurre deficit relazionali e comunicativi ed aumentare l'efficacia dei processi. Esso verrà somministrato agli operatori semestralmente.

19. STRUMENTI E MATERIALI DI REGISTRAZIONE/ CONSERVAZIONE DELLE INFORMAZIONI

- GISS SISTEMA GESTIONALE INFORMATICO
- CARTELLA SOCIO SANITARIA
- DIARIO ASSISTENZIALE GIORNALIERO
- CHECK LIST
- PROTOCOLLI VERBALI DI RIUNIONE
- EMAILS
- CHAT INTERNE
- MODULI CONSENSO INFORMATO

20. LE PROCEDURE PER ASSICURARE QUALITÀ GESTIONALE

Si basano essenzialmente su strumenti obiettivi di valutazione, formazione e cultura aziendale.

- La formazione finalizzata allo sviluppo professionale degli operatori
- La formazione esperienziale degli operatori per aumentare la soddisfazione lavorativa e ridurre lo stress lavorativo
- Il pieno godimento dei diritti dei lavoratori
- La Carta Etica della Società
- Consulenza psicologica individuale rivolta agli operatori
- Strumenti obiettivi di monitoraggio della esperienza di vita dei minori all'interno della Struttura
- Programmi di sviluppo organizzativo della Struttura in relazione ai bisogni psicosociali e famigliari degli operatori
- L'organizzazione si impegna a verificare periodicamente la conformità della Carta dei servizi rispetto ai servizi e prestazioni svolte, gli standard di qualità ivi compreso il miglioramento continuo dell'organizzazione e delle modalità assistenziali. L'aggiornamento periodico deve poter prevedere l'apporto delle Associazioni dei genitori e di altre organizzazioni del volontariato.
- L'organizzazione si impegna a monitorare e documentare eventuali eventi avversi o infortuni, comportamenti volontari o involontari con ricadute su di sé da parte degli ospiti.

Comunica i risultati ai livelli interni dell'organizzazione nondimeno ai medici di medicina generale o i pediatri che hanno in carico i minori coinvolti.

21. PROCEDURE PER ATTIVARE RICORSI NEI CONFRONTI DEI RESPONSABILI PREPOSTI ALLA GESTIONE DEI SERVIZI.

Per quanto concerne le procedure per attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi siamo in grado fornire tutta la collaborazione e l'assistenza necessaria, se richiesta, per favorire eventuali ricorsi da parte dei soggetti interessati.

22. ASPETTI STRUTTURALI E PROBLEMATICHE DELLA SICUREZZA

L'organizzazione effettua controlli periodici trimestrali, sullo stato dell'infrastruttura, sulle suppellettili e gli arredi in un'ottica di prevenzione dei rischi per gli ospiti, il personale ed i visitatori. Garantisce un budget annuale per la manutenzione ordinaria e straordinaria.

Per quanto concerne la prevenzione dei rischi, ed eventi avversi, sulla base del DVR, l'organizzazione effettuerà incontri periodici trimestrali per l'identificazione del rischio e la promozione della cultura della sicurezza, rivolta sia al personale che agli utenti, a cura del Coordinatore. Queste attività verranno registrate attraverso opportuni verbali e/o plug in audio che verranno conservati in appositi archivi in formato cartaceo o elettronico tramite GISS.

23. RETTA PRATICATA, PRESTAZIONI RICOMPRESSE E FONTI DI FINANZIAMENTO

La retta praticata ammonta ad € 264,00 (duecentosessantaquattro euro) giornaliera, esente da IVA. Ai fini della determinazione della retta dei servizi sociosanitari residenziali per minorenni, tengono conto dei costi relativi:

- per attività di psicoterapia e psicologia clinica individuale e di gruppo;
- per attività di psichiatria;
- per il personale, comprensivi di formazione, coordinamento e supervisione;
- per le assicurazioni e la sicurezza;
- acquisto strumenti e programmi di realtà virtuale;
- per la consulenza di esperti su temi specifici;
- per la gestione da parte di esperti di ambiti di azione psicoeducativa all'esterno;
- relativi all'uso e alla manutenzione dei locali, ivi comprese le utenze;
- per il vitto;
- per la pulizia;
- per il vestiario degli ospiti quando impossibilitata la famiglia;
- per la vita sociale degli ospiti;
- per i trasporti;
- per la realizzazione delle attività previste all'interno della Struttura;
- per l'amministrazione e i costi generali;
- per le attività di sanificazione dell'ambiente.

Non sono ricompresi i costi relativi a programmi esterni alla Struttura (ad es. Programma: "Enrich the Mind" visite specialistiche private, per attività esterne ludiche).

Le fonti di finanziamento provengono da ASL, Comuni.

