

CARTA DEI SERVIZI SOCIALI

Struttura residenziale socio sanitaria x minori

SRS-M

Voc. S.Martino 39, Montecastrilli (Tr)

Regolamento regionale del 4 dicembre 2017, n° 7.

Disciplina in materia di servizi residenziali per minorenni

Art. 31 (Servizio residenziale sociosanitario per minorenni a bassa intensità terapeutico riabilitativa). Modulo 1: per accogliere minori dagli 11 ai 17 anni, nel numero massimo di sei minorenni, più uno per situazioni di emergenza.

1.PROGETTO PSICOEDUCATIVO RIABILITATIVO: 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 il COVID) 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 egosintonici, anafettivi e distruttivi.

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 Attuativo Individualizzato 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 Piano Attuativo Individualizzato 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.

E' 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 ingravescente 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 psicodinamico, 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 il 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 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 premorbo 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

3.1DISTURBI 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

È una 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 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

È 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 fanno proprie.

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

medical 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. E' 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.

3.1.7I 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.

13.1.8 Disturbi 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: Estraniarsi dai coetanei, 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, 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 quella di "disturbo psicotico", una diagnosi provvisoria che non vuole cristallizzare il paziente in una categoria e che è soggetta a verifiche continue nel tempo. E' però fondamentale riconoscere i sintomi prodromici della patologia vera e propria, onde attivare interventi precoci non soltanto psicoterapeutico e farmacologico, ma anche di sostegno ai familiari e, in alcuni casi di tipo educativoriabilitativo (costruzione di una "rete assistenziale" terapeutica).

Risulta infine importante valutare non solo i fattori di rischio individuali ed ambientali ed i sintomi, ma anche le 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 del bambino.
- Continuità tra salute e patologia.
- Continuità tra fanciullezza e vita adulta.
- Collegamento con elementi del contesto di vita del bambino, 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 in età evolutiva comprendono pertanto:

- consulenza alla funzione genitoriale
- supporto psicopedagogico ai genitori
- psicoterapia con i bambini (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 i bambini ed eventualmente per i loro insegnanti;
- colloqui con il bambino;
- sedute osservazione di gioco;
- 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 tranche di terapia, che va a lavorare sugli elementi disfunzionali. La vulnerabilità individuale, ad esempio, viene affrontata con la [ristrutturazione cognitiva](#) e gli stressor 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 bambini (together) per le chiacchiere di rito sull'andamento della settimana trascorsa e il controllo degli homework, successivamente escono e il bambino 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 il bambino 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 neurotrasmettitoriali, 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 i bambini, il Coping Power Program si propone di sostenere i bambini 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 il bambino che in quel momento si sta esercitando nell'applicazione, ad esempio, di una tecnica di auto-controllo 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 Prefazione

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.

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 stressor 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, ancorché, 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 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.

Promuovere la salute circa il rapporto tra minore e tecnologia significa favorire un uso, dal parte del minore medesimo, della tecnologia più consapevole e maggiormente diretto verso lo sviluppo ed il potenziamento delle risorse individuali, funzionali a più alti standard di salute.

Puntiamo ad un Piano Attuativo Individualizzato per il minore, centrato sulla prevenzione, dall'assistenza alla promozione della salute; significa primariamente, sviluppare o modificare, nei minori atteggiamenti culturali, organizzazione cognitiva ed emotiva, comportamenti e fattori psicologici collegati alla problematica dell rapporto con la tecnologia, rilevanti per la salute sia fisica che mentale.

5.2.3 La diffusione della problematica

- 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 le problematiche comportamentali che si intendono affrontare.

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. Si rifiutano di andare a scuola, fare sport... azzerano qualsiasi forma di relazione sociale concreta e reale. Si creano una barriera con il mondo, puntano su relazioni virtuali più rassicuranti, attraverso il web, ricreando proprie identità virtuali più di conforto.

Coinvolgimento da videogame

- Trattasi di un impegno costante, invasivo non controllabile, di utilizzo del web secondo piattaforme dedicate, per giocare anche con altre persone. Risulta clinicamente significativo poiché spesso l'adolescente si costruisce un'identità virtuale, basata su supposte abilità, attraverso dei nickname, affinché nell'interazione virtuale la propria vulnerabilità si riduca.

Coinvolgimento da relazioni virtuali

- Trattasi di 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. Tutto appare più semplice e controllabile da parte dell'adolescente, può coltivare una immagine di sé idealizzata e su quella costruire relazioni virtuali, che purtroppo risultano di impedimento o inutili per la crescita nella realtà a partire dalla esperienza.

Coinvolgimento in Cybersesso

- Trattasi di dipendenza sessuale manifestata attraverso le email, chat, webcam, SMS, MMS. siti pornografici. A causa di disagi interiori collegati all'altro sesso, l'adolescente tende a rifuggere da esperienze reali con l'altro sesso. L'adolescente è alla continua ricerca di informazioni sempre più precise e puntuali attraverso la navigazione in internet. Risulta in grado di compromettere la vita familiare, sociale e scolastica il sovraccarico cognitivo è in grado di influenzare negativamente la maturazione cognitiva dell'adolescente in sviluppo, e quindi la capacità futura di elaborare le informazioni e prendere decisioni.

Nomofobia

- Attribuite alle problematiche conseguenti alla disconnessione, il minore si sente impedito di interrompere la connessione da qualsiasi strumento tecnologico (computer attraverso la rete, lo smartphone), poiché verrebbe meno il controllo della situazione. Da qui tutta una serie di vissuti di smarrimento, esclusione senso di estraneità fino a stati d'animo quali aggressività, ansia e depressione..

Cutting

- Quando l'adolescente si taglia e usa la pelle per lenire altri tipi di sofferenze psichiche. Esso si diffonde attraverso la rete in gruppi di pari attraverso processi emulativi

Vamping

- Gli adolescenti utilizzano la notte per comunicare con altrettanti pari allestendo cybercomunità notturna, dove ritrovarsi e darsi degli appuntamenti virtuali grazie a degli hashtag ben specifici (come #Vamping). Intrattenersi sui social e sui messenger la notte, spesso non dormire affatto la notte finendo per produrre all'indomani irritabilità e nervosismo, distacco dalla realtà, scarsa attenzione, scarso rendimento a scuola.

Binge watching

- Consiste nel guardare programmi televisivi o video, in diretta o in streaming, per un periodo di tempo abnormemente lungo, consecutivamente e senza soste, con immersione totale incidendo sullo stile di vita e sul benessere.

Blue Whale

- Riguarda l'utilizzo da parte dell'adolescente del web e dei social basato su prove (50 prove) secondo una escalation crescente di pericolosità. Le prove sono propinate da un amministratore di un sito web. Sono sfide che assumono via via pericolosità crescente fino, in taluni casi sempre più frequenti, a decretarne la morte. Sottostanno complesse dinamiche interiori da correggere.

Cyberbullismo

Attribuite al fenomeno del bullismo online, ovvero 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 di seguito rappresentate.

- 1. *Flaming* comportamento deviante; trattasi di invio di messaggi violenti e volgari.
- *Denigration* comportamento deviante; invio di messaggi in grado di danneggiare la reputazione o le amicizie di un coetaneo, diffondendo on line, pettegolezzi e/o altro materiale offensivo.

- *Exclusion* comportamento deviante; dove l'adolescente decide di escludere intenzionalmente un coetaneo da un gruppo online ("lista di amici"), da una chat, da un game interattivo o da altri ambienti protetti da password. Talvolta gli studenti per indicare questa modalità prevaricatoria utilizzano il termine "bannare".
- 4. *Harassment* comportamento deviante di rilievo giudiziario; poiché viola norme del codice penale. invio di messaggi molesti, scortesi, offensivi, insultanti, disturbanti, che vengono inviati ripetutamente nel tempo. Si differenzia dal Flaming per la persistenza nel tempo e della asimmetria di potere tra il cyber-bullo e la vittima.
- *Impersonation* comportamento deviante di rilievo giudiziario; poiché viola norme contenute nel codice penale, trattasi dell'adolescente che viola l'account di qualcuno (perché ha ottenuto consensualmente la password o perché è riuscito, con appositi programmi, ad individuarla) può farsi passare per questa persona e inviare messaggi (E-mail) con l'obiettivo di dare una cattiva immagine della stessa, crearle problemi o metterla in pericolo, danneggiarne la reputazione o le amicizie.
- *Cyberstalking* comportamento di rilievo giudiziario; poiché viola norme del codice penale, si caratterizza come comportamento persecutorio, minaccioso e particolarmente intimidatorio dove la vittima inizia a sentirsi preoccupata per la incolumità fisica. Il cyberbullo, oltre a minacciare la vittima di aggressioni fisiche può diffondere materiale riservato in suo possesso (fotografie sessualmente esplicite, videoclip intimi, manoscritti personali) nella rete.
- *Outing and Trickery* comportamento deviante che nei casi più gravi può assurgere a comportamento criminale; trattasi di una forma di cyberbullismo attraverso la quale, il cyberbullo, dopo aver "salvato", le confidenze spontanee (outing) di un coetaneo (SMS, Chat, etc), o immagini riservate ed intime, decide, in un secondo momento, di pubblicarle su di un blog e/o diffonderle attraverso email.
- *Cyberbashing* comportamento di rilievo giudiziario; poiché viola norme del codice penale, quando un ragazzo o un gruppo di ragazzi picchiano un coetaneo, mentre altri riprendono l'aggressione con il videotelefonino. Le immagini vengono, poi, pubblicate su internet e visualizzate da utenti ai quali la rete offre, pur non avendo direttamente partecipato al fatto, occasione di condivisione on line (possono commentare, aprire discussioni, votare il video preferito o più "divertente", consigliarne la visione ad altri...).

6. MODELLO INTERVENTO PSICOEDUCATIVO

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

AREA TECNO-EDUCATIVA

Viviamo in un ecosistema digitale. 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 ma inevitabilmente possono arrecare deviazioni versus la problematicità. La tecnologia positiva si pone l'obiettivo di disegnare modelli di interazione positiva tra uomo e macchina, computer...

La sfida tecnologica ha prodotto sempre più esperienze. Non solo fatto comunicativo ma relazioni e affetti. 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.

La tecnologia positiva creando nel soggetto situazioni prevalentemente di simulazione, aumenta le situazioni di flow che migliorano le capacità cognitive.

La tecnologia positiva come realizzarla 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 Eudaimoniche, 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.

Favorire la nascita di 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.

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.

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 il 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 (a.e.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 rappresenta 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 basati su feedback per conoscere lo stato di performance.

AREA EDUCATIVA-ESPERENZIALE

Trattasi di interventi, azioni capaci di 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:

"DIGITAL DETOX: 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 psicotecnologici 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 la personalità del soggetto investito. Il presupposto teorico a base della nostra proposta progettuale esperenziale, 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.

Programma in 4 gg/3 notti

- **1° giorno**

San Donato Val di Comino Azienda Agricola 'Le Case

L'azienda agricola-agrituristica "Le Case Marcioglie" 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, pernotta

● **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 consapevolezze in grado di scomporre e ricomporre il funzionamento mentale ed emotivo.

AREA PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Sono previsti colloqui psicologici individuali e di gruppo al fine di rimuovere aree di criticità psicologica e relazionale, alla base del comportamento tecnologico.

7. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

7.1 Sono previste riunioni di staff, d'équipe

Secondo la frequenza e i partecipanti di seguito rappresentati:

- **planning operatori:** il Coordinatore della struttura Dott.ssa M.Volpini redige un planning mensile circa gli adempimenti clinici e formali, sulla scorta del P.T.I. > P.A.I., 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 e l'analisi delle schede di osservazione e valutazione;
- **riunione di staff, mensile,** che vede la presenza del Responsabile della struttura, lo Psicologo e l' équipe della struttura;

- secondo una cadenza bimestrale, alla presenza del Coordinatore della struttura Dr.ssa M.Volpini, viene effettuata una verifica insieme agli operatori territoriali, sociali e sanitari, con la finalità di rendere comuni gli aggiornamenti sui processi psicopedagogici relativi ai minori e analizzare eventuali adattamenti e correzioni da apportare ai vari PAI di ciascun minore.

7.2 La metodologia d'intervento

Finalità generali; la finalità generale è prendersi cura dei ragazzi in situazioni di grave difficoltà socio-psico-sociale, 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 relazioni dovranno fornire risposte ai bisogni psicologici, affettivi e materiali dei ragazzi;
2. realizzare progetti ed interventi di sostegno psicologico e psicopedagogico intensivi ed estensivi qualificati, specifici per ogni minore in rapporto alla particolare problematica psicopatologica.
3. 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.
4. 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 (famigliari, scolastici, sportivi, etc.) con i quali l'adolescente è chiamato quotidianamente a confrontarsi. Perché avvenga questa positiva interazione, tra il ragazzo 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 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:

1. 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;
2. 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;
3. 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 e nel reinserimento sociale.

iii) Circa gli obiettivi educativi 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 e senso della democrazia, atteggiamenti contro ogni forma di discriminazione, relazioni improntate sul rispetto della dignità dell'altro, senso della giustizia e della legalità. Va da se 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 (e non) 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 rieducativo dalla varie forme di dipendenza verso il raggiungimento delle condizioni 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, 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 dall'Educatore in turno. 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 sottofascicoli (legale, sanitario, documenti personali, orientamento scuola-lavoro, P.T.I. e PAI), vengono conservati nelle modalità sopra descritte, il Responsabile insieme all'Educatore di riferimento del minore effettua, di norma mensilmente, una relazione di aggiornamento sull'andamento del 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 <http://ofhsrl.eu/a.t.tecnologico/area-di-accesso-riservata/> 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 cinque sezioni:

- la prima contenente i dati socioanagrafici 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 seconda contenente il Piano Trattamento Individualizzato (P.T.I.)
- la terza contenente il progetto individualizzato (P.A.I.), come sopra descritto, concordato e sottoscritto dai Servizi Sociali ed eventualmente Sanitari;
- la quarta contenente sia le schede di osservazione effettuate dagli operatori e le loro relazioni mensili, sia le comunicazioni e le segnalazioni indicate dai servizi territoriali, sociali e sanitari;

La Cartella Sociosanitaria permette a tutti gli operatori anche esterni, di poter visionare agevolmente i dati e le informazioni e intervenire anche in caso di eventuali sostituzioni. Al fine di avere una memoria sulla vita organizzativa interna alla Struttura e per informare l'operatore del cambio turno, sulle dinamiche giornaliere all'interno della Struttura SRS-M, è stato predisposto un Diario Giornaliero che viene compilato, dall'operatore alla fine di ogni turno + un Report mensile circa l'andamento sulla presa in carico di ogni minore da parte dell'Educatore designato.

8.II PROGETTO ATTUATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.)

E' necessario un adeguato supporto per 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. 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' questo l'aspetto veramente promotivo del Servizio Residenziale Sociosanitario che, per il semplice fatto di essere ospiti della struttura, si può ben ipotizzare, abbiano sperimentato la discontinuità delle cure e della presenza dei genitori, della regolarità delle risposte ai loro bisogni, primari o secondari che siano. L'aiuto nel recupero della dimensione della continuità relazionale sarà supportato dalla possibilità di concordare insieme con il ragazzo, le modalità di utilizzo degli spazi e delle risorse offerti dalla Comunità, 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.: in particolare i ragazzi con problematiche collegate all'uso dei vari devices, hanno necessità di ritrovare la regolarità della vita quotidiana in tutti i suoi aspetti. 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 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 da poter poi utilizzare, da adulto, anche fuori nel mondo circostante, e che possono aiutare, in ultima analisi, a reintegrarli in un percorso di vita indipendente e relazionale sano. Il Progetto Attuativo Individuale individuerà azioni e percorsi tesi 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 équipe larga, di gestione educativa. In particolare prevediamo:

Sulla base del P.T.I. dove sono definiti obiettivi educativi, sociali e sanitari, secondo tempi e modalità e specifiche viene elaborato il P.A.I.

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'incentrerà su: - l'anamnesi personale nel processo educativo; finalizzata ad individuare gli aspetti critici a livello sanitario, sociale e educativo; l'individuazione degli obiettivi intermedi di crescita personale sociale, in riferimento alla situazione particolare e adeguati al tempo di permanenza; le indicazioni per una dimissione stabile e duratura. 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 P.A.I.. 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 sia settimanalmente durante la verifica con gli operatori della Comunità, che mensilmente, durante la verifica plenaria e sia con il Case Manager; - 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 educativo 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.

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

- i)* le comunicazioni con i Tutori e le famiglie avvengono per lo più tramite mails; il raccordo viene promosso attraverso visite in struttura o conducendo i minori presso il proprio Tutore;
- 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;
- iii)* sono previsti rientri in famiglia secondo le frequenze e le modalità concordate con i Servizi sociali, l'Assistente sociale di riferimento, con la famiglia e, se del caso, autorizzate dal Giudice e/o dal Tutore.

10. SELEZIONE, FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E ORGANIZZAZIONE

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;
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 degli Educatori a convegni organizzati, all'interno del panorama regionale o nazionale, in grado di soddisfare bisogni formativi specifici il cui numero annuale varia in funzione del rapporto tra l'offerta e i bisogni formativi emersi.

Durante le fasi di avvio della struttura sono previsti i seguenti percorsi formativi rivolti a medici, psicologi ed educatori:

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	
Corso On Demand-La cura del Sè traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento.	
Corso On Demand-Trauma e Attaccamento Training intensivo	
Corso On Demand-Trauma Lectures 2020	
Corso On Demand-I Fantasmi nel se'. La cura della dissociazione indotta dal trauma	
Corso On Demand-Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale	
Webinar-Design Thinking Seminars	
Corso On Demand-L'Adolescente. Dialogo con Matteo Lancini	

ii) Una formazione esperenziale; 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 quindicinale/mensile della durata di due ore coordinati dallo Psicologo.

E' prevista la supervisione da parte dello Psicologo sia sul sistema di relazione tra Educatori e sia sul sistema di relazione Educatori e minori e tra la struttura ed il sistema socioistituzionale con il quale la struttura stessa dialoga.

10.3 Responsabile della formazione

Responsabile della formazione sia dal punto di vista del fabbisogno e sia gestionale organizzativo, è la Dr.ssa M.Volpini, Psicologo.

10.4 Destinatari dei servizi offerti

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;

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 Attuativo Individualizzato (PAI) e relativa Cartella Sociale ed Educativa 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, 1 o 2 Educatori secondo le esigenze educative in rapporto al numero di minori presenti in struttura, mentre la notte sarà sufficiente N°1 operatore, come danormativa.

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

11.1 Modalità di Accoglienza, aspetti organizzativi della presa in carico

L'ingresso al Servizio Residenziale Sociosanitario SRS-M, avviene sia su richiesta dei Servizi Sociali del Comune di residenza del minore, direttamente da 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. Se non è possibile prevedere l'accoglimento per ragioni collegate alle caratteristiche del minore viene comunicato immediatamente al soggetto richiedente, altrimenti la richiesta viene accolta e si procede all'inserimento del minore. 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 inviati;
- decreto del Tribunale per i Minorenni se già predisposto ovvero se previsto;
- 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.

11.2 Accoglienza, il primo contatto

Il primo contatto del minore che accede alla struttura SRS-M, è con il Coordinatore della Struttura o con l'Educatore di turno. 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...; 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 accogliimento" vero e proprio è poi attuata dall'intera équipe di lavoro (ed in seguito dalla comunità sociale allargata con cui la struttura dialoga ed interagisce), insieme agli altri minori che già risiedono nella struttura, attraverso le routine quotidiane di famigliarizzazione 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. 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, ovvero il prolungamento della permanenza fino al ventunesimo anno di età.

12.TIPOLOGIA, MODALITA' E ORGANIZZAZIONE DEGLI INTEVENTI SECONDO UNA PROGRAMMAZIONE STANDARD

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

DR.M.MATTEUCCI Psichiatra, Responsabile sanitario (**AREA PSICHIATRIA**)

Dott.ssa A.D'IPPOLITO, Psicologo e Psicoterapeuta (**AREA PSICOTERAPIA**)

Dott.ssa M.VOLPINI, Psicologo, Coordinatore organizzativo ed educativo (**AREA PSICOLOGIA**)

Dott.ssa TORCASIO VALENTINA, Infermiere (**AREA ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA**)

Dott.ssa A.CORSO Eucatore Professionale

Dott.ssa A.CETRONI Eucatore Professionale

Dott.ssa E. ELIA Eucatore Professionale

M.T.NARCISI O.S.S.

i) Visite Psichiatriche condotte dal Dr.M.Matteucci Psichiatra, 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) Psicoterapia e Colloqui psicologici di sostegno, individuali e di gruppo con i minori sono condotte dallo Psicologo e Psicoterapeuta Dr.ssa A.D'Ippolito e dalla Dott.ssa M.Volpini, Psicologo; con cadenza settimanale o bisettimanale a secondo dei casi, della durata di 45 min..

iii) Attività tecno-psico-educativa coordinata dalla Dott.ssa M.Volpini, Psicologo. Le cui modalità variano, in funzione della tipicità tecnologica utilizzata e delle caratteristiche psicopatologiche e di personalità del minore.

iv) Colloqui individuali e di gruppo educativi, con i minori sono condotti dall' Educatore e supervisionati dalla Dott.ssa M.Volpini, Psicologo, con cadenza settimanale/quindicinale (a secondo dei casi), nella Struttura in stanza dedicata e 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.

v) Sono previsti Colloqui individuali con i minori da parte del Coordinatore della struttura Dott.ssa M.Volpini, non con cadenza strutturata o quando viene ravvisata la necessità di prevenire o gestire problematiche di rilievo educativo o educativo-organizzativo.

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

vii) 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 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 Dott.ssa M.Volpini, 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 gruppale 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 ed Educatori* con cadenza settimanale 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.

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

Le disponibilità del territorio nel quale è collocata il Servizio SRS-M, 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. Ci si impegnerà, a stabilire contatti non solo per raggiungere quel patrimonio di informazioni - da monitorare costantemente - funzionali sia all'organizzazione di interventi pratici, sport, cultura, formazione, sia all'impostazione dei servizi di orientamento scolastico-professionale.

Il modello di funzionamento della Struttura prevede, quale punto fondamentale, programmi di intervento co-progettati tra gli operatori della Comunità, dei Comuni e, se del caso, dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza sul territorio, secondo le seguenti modalità: comunicazione delle conoscenze e informazioni relative ai casi ospitati, nel rispetto della normativa sulla privacy; utilizzo di un metodo di lavoro concordato ai fini di garantire l'integrazione tra i diversi Servizi sociosanitari (quando i minori provengono da altri territori diversi dove insiste la Struttura) e la gestione integrata e coordinata delle attività. Di seguito l'elenco dei soggetti con i quali attualmente la Struttura ha stabilito rapporti funzionali per programmi DIGITAL DETOX.

Segnatamente:

- PARCO NAZIONALE ABRUZZO MOLISE
- Cooperativa "LA CAMOSCIARA" Civitella Alfedena (AQ)
- COMUNE CIVITELLA ALFEDENA (AQ)

14. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DA PARTE DEI MINORI

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 semestralmente.

15.STRUMENTI DI VALUTAZIONE DA PARTE DEI SOGGETTI CHE RAPPRESENTANO I DIRITTI DEI MINORI

Lo strumento adoperato è il questionario SMPDM (Scala Misurazione Percezione Diritti Minori); trattasi di 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 e i minori stessi con cadenza semestrale.

16. LE PROCEDURE PER ASSICURARE QUALITA' GESTIONALE

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

- La formazione finalizzata allo sviluppo professionale degli operatori
- La formazione esperenziale 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 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

17. POCEDURE 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.

18. RETTA PRATICATA, PRESTAZIONI RICOMPRESE E FONTI DI FINANZIAMENTO

La retta praticata ammonta ad € 220,00 (duecentoventieuro) 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 ivi compresa la progettazione;
- 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;
 - per la vita di relazione 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, di DIGITAL DETOX.

Le fonti di finanziamento provengono da ASL, Comuni, soggetti privati invianti.

TERNI, GENNAIO 2021

