



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

La salute mentale degli adolescenti

Documento di studio e di proposta



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

La salute mentale degli adolescenti

Documento di studio e di proposta

Documento elaborato dal gruppo di lavoro sulla salute mentale degli adolescenti, attivato all'interno della Consulta delle associazioni e delle organizzazioni, istituita e presieduta dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza.

Roma, 21 dicembre 2017

Ringraziamenti

Si ringraziano i servizi pubblici e del privato sociale per la disponibilità e la collaborazione offerta ai fini della realizzazione del presente lavoro.

Grafica e Stampa: Marchesi Grafiche Editoriali SpA

INDICE

	PREMESSA - LA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI	5
1.	LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE	7
	1. Le fondamenta dei diritti: la Convenzione sui diritti del fanciullo e la Costituzione italiana	
	2. I principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	
2.	METODOLOGIA	15
3.	I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA NELLE FONTI NAZIONALI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI	21
4.	DENOMINATORI COMUNI EMERSI DAL LAVORO DEI <i>FOCUS GROUP</i>	27
	1. I Servizi: formazione - comunicazione e integrazione	
	2. Aree di particolare vulnerabilità	
	3. Spazi e luoghi in cui attuare gli interventi terapeutici	
	4. Diagnosi precoce, tempi e continuità degli interventi terapeutici	
5.	RACCOMANDAZIONI	35
6.	APPENDICI	41
	1. Appendice: Rilevazione condizione adolescenti con disagio psichico o con disturbo psichiatrico presso i tribunali per i minorenni	
	2. Appendice: Un'esperienza nella Giustizia minorile e di comunità <i>FACT FOR MINORS. Fostering Alternative Care for Troubled minors</i>	
	3. Appendice: <i>Focus group</i> territoriali	
7.	ALLEGATI	85
	1. Griglia per la conduzione dei <i>focus group</i>	
	2. Nota dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza di collaborazione ai servizi intervistati	



PREMESSA

La salute mentale è uno stato di benessere emotivo e psicologico all'interno del quale la persona è in grado di sfruttare al meglio le proprie capacità cognitive ed emozionali, di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e di partecipare in modo costruttivo ai mutamenti dell'ambiente. Si tratta di un elemento fondamentale della salute in generale, tanto da far dire che "non c'è salute senza salute mentale". Questo assume ancora maggiore rilevanza in età evolutiva.

Il presente documento riflette l'esigenza dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza di intervenire in ambiti che le sono propri – la promozione della salute e la garanzia dei diritti delle persone di minore età ad avere pari opportunità nell'accesso alle cure¹ –, attraverso uno strumento di *soft law*, le Raccomandazioni per l'appunto, alle quali si giunge attraverso il ricorso a specifiche metodologie di ricerca, nonché all'utilizzo di opportune forme di consultazione, di ascolto e partecipazione sia delle associazioni e delle organizzazioni che in Italia si occupano di salute mentale delle persone di minore età, sia dei principali *stakeholders* ed operatori territoriali.

L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza è un'Autorità indipendente, *tertium super partes*, le cui azioni sono improntate al rispetto del principio del *best interest of the child* (art. 3 Convenzione sui diritti del fanciullo)².

In premessa, pertanto, preme esplicitare che il principio del superiore interesse della persona di minore età – di derivazione internazionale – è elemento fondamentale dell'ordinamento italiano: esso rappresenta la lente attraverso la quale vanno lette tutte le misure che riguardano il settore dell'infanzia e dell'adolescenza, tanto a livello normativo quanto a livello della loro applicazione nella pratica quotidiana. Lo Stato, in virtù di quanto previsto dalla Costituzione italiana ed in quanto sottoscrittore di accordi internazionali relativi ai diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, deve fornire soluzioni capaci di riflettere la varietà e la peculiarità che contraddistinguono le delicate questioni cui si fa riferimento nel presente documento.

Compito del Garante per l'infanzia e l'adolescenza è quello di promuovere e tutelare i diritti di tutte le persone di minore età presenti in Italia, focalizzando l'attenzione su aspetti critici, vigilando in ordine all'equità di accesso alle cure e all'effettiva esigibilità dei diritti, offrendo riflessioni e ipotesi di soluzione per superare le numerose differenze esistenti tuttora tra le Regioni italiane ed all'interno di ogni Regione.

Un'ulteriore osservazione è relativa alla locuzione "minore" che, invero, non essendo nemmeno un sostantivo ma un aggettivo comparativo sostantivato, rimanda ad una condizione di inferiorità e di debolezza. Ad essa è preferibile, secondo un orientamento internazionale, la locuzione "persona di minore età", che richiama la condizione soggettiva di titolarità dei diritti. Il cambiamento terminologico non è semplicemente l'adeguamento lessicale alle fonti internazionali, ma ha un valore culturale profondo, in termini di riconoscimento alle persone di minore età dello *status* di soggetto di diritto, nel pieno rispetto del principio del *best interest of the child*. Tale affermazione è espressione di un profondo mutamento storico e culturale orientato alla valorizzazione di una cultura puerocentrica, anche se sono ancora tante le sfide attese per passare dal piano dell'affermazione a quello della realizzazione dei diritti.

Promuovere la salute e garantire i diritti delle persone di minore età ad avere pari opportunità nell'accesso alle cure

Non si parla di "minori", ma di persone di minore età

¹ I riferimenti sono alla legge 12 luglio 2011, n. 112 (art. 3 comma 1, lett. e), istitutiva dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza ed alla Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo (artt. 23-27).

² Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (*Convention on the Rights of the Child – CRC*), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata in Italia con legge n. 176 del 27 maggio 1991.



Un'ultima considerazione va fatta in relazione alla scelta di focalizzarsi su quella particolare fase della vita rappresentata dall'adolescenza. La salute mentale ha le sue radici nell'infanzia, ed è fondamentale che venga messo in atto un maggiore investimento dell'intera società civile, a partire dal concepimento, lungo tutto l'arco dell'età evolutiva e in particolare nei primi anni di vita. La ricerca scientifica mostra infatti come la maggior parte dei disturbi psichiatrici che si evidenziano in età evolutiva, se non adeguatamente e tempestivamente individuati e trattati, permangano anche in età adulta, con evidenti conseguenze sulla salute dei soggetti affetti e delle loro famiglie, con inevitabili ricadute sulla società nel suo complesso³. Le ragazze e i ragazzi di oggi saranno inoltre i genitori di domani e la presenza di un disturbo psichiatrico può rappresentare un importante fattore di rischio per la salute mentale dei loro figli.

L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza promuove, infatti, interventi improntati ad una visione preventiva e promozionale, piuttosto che curativa-riparativa ed in tal senso acquisiscono rilevanza gli interventi programmati e realizzati in una logica di rete e di reti tra i servizi e tra le professioni, nonché una lettura multidisciplinare della promozione della salute mentale e della prevenzione e cura dei disturbi neuropsichici.

È infatti opportuno sottolineare che la prevenzione della malattia e del disagio psichico si attua sul piano della promozione della salute e quindi sulla garanzia dell'offerta ai bambini ed agli adolescenti di ambienti di vita non solo salubri ma capaci di essere sufficientemente nutrienti dal punto di vista delle relazioni affettive e stimolanti dal punto di vista educativo, intellettuale ed emotivo.

Filomena Albano

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

³ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) approvato in Conferenza unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013 - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf.

A cura del gruppo di lavoro della Consulta⁴

⁴ Componenti del gruppo di lavoro sulla salute mentale degli adolescenti della Consulta nazionale delle associazioni e delle organizzazioni, istituito presso l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA): Pietro Ferrara Coordinatore, Claudio Bencivenga e Alessandro Padovani esperti designati dall'AGIA; Liviana Marelli e Roberta Castellan del Tavolo Nazionale Affidato; Giovanni Fulvi del Coordinamento nazionale Comunità per Minori; Gloria Soavi, Antonella Costantino e Marilisa Martelli della CRC; Francesco Vitrano dell'Associazione Italiana dei Magistrati per i Minorenni e per la Famiglia (AIMMF); Anna Maria Picarelli e Paola Strocchio di PIDIDA; Maria Luisa Scardina, referente dell'AGIA.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

**1.
La promozione
della salute mentale**



1. La promozione della salute mentale

L'adolescenza è l'età del passaggio e della trasformazione, della ridefinizione dell'identità, spesso accompagnata da incertezza, insicurezza e fragilità, ma anche dalla possibilità di definire nuove traiettorie evolutive. Rappresenta quindi un'occasione particolarmente preziosa per potenziare i fattori protettivi e per rilevare i segnali di rischio. In un contesto in rapido mutamento, anche l'adolescente si è trasformato così come l'espressione del suo disagio che richiede un'attenzione tempestiva e risposte rapide ed efficaci.

È un'importante responsabilità degli adulti saper cogliere e intercettare le istanze degli adolescenti per accompagnarli nella transizione verso l'età adulta e matura. Se si parte dalla considerazione che i periodi di crisi e di trasformazione adolescenziali sono momenti opportuni per ricercare e sviluppare attitudini e potenzialità, allora la sfida per gli adulti diventa quella di trasformare questa fase di crisi in una occasione di pensiero e di costruzione di significati. Diventa così cruciale, per non essere travolti da scelte ispirate ad una mera razionalità economica e per uscire da meccanismi di delega nella gestione del disagio, riuscire a riformulare il modo di intervenire nei differenti contesti in cui le ragazze e i ragazzi vivono e si incontrano. Così come è fondamentale ripensare anche il modo di relazionarsi con tutti i soggetti implicati nella promozione e nella tutela della salute mentale delle persone di minore età. Pertanto sono fondamentali il consolidamento del lavoro di rete e la promozione dello sviluppo delle comunità locali. I diritti dei bambini e dei ragazzi si realizzano grazie all'offerta di occasioni e possibilità concrete di scelta nei luoghi in cui sviluppano le loro personalità, nonché grazie alla presenza di territori e comunità nutritive dal punto di vista relazionale e del prendersi cura.

Il tema della salute mentale in adolescenza abbraccia un'area molto vasta che può assumere diverse sfumature e che implica ruoli differenziati a seconda del punto di vista di chi osserva, sia esso il ragazzo, il genitore, l'insegnante, il pediatra, l'educatore, l'assistente sociale, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile, il cittadino ecc.

È quindi indispensabile un'attenta programmazione di interventi di promozione della salute mentale che coinvolgano i contesti scolastici, educativi e sociali, in associazione ad adeguate strategie di prevenzione, diagnosi precoce e intervento all'interno di servizi specialistici del territorio.

Il disagio è fisiologico ed evolutivo in adolescenza

Nel contesto di questo documento, per "disagio psichico" si intende tutta l'area del disagio caratteristico dell'età adolescenziale che in sé può essere considerato fisiologico e che può evolversi, a seconda di una serie di fattori concatenati, in disturbi. Questa accezione, di per sé abbastanza ampia, permette di considerare anche tutta l'area della promozione della salute, intesa come stato di benessere psico-fisico e sociale, consentendoci di soffermarci sull'importanza dello sviluppo neuropsichico del bambino a partire dalla nascita e nel corso della sua crescita. Per disturbi neuropsichici si intendono invece condizioni patologiche che interferiscono con lo sviluppo del minore di età con sintomi neurologici, comportamentali, relazionali, cognitivi e affettivi tali da condizionare in modo rilevante il funzionamento della persona in diversi contesti (casa, scuola, tempo libero), impedendole di svolgere appieno i compiti evolutivi attesi per l'età. Per poter porre diagnosi di disturbo, inoltre, sintomi e deficit funzionali devono essere chiaramente superiori alla risposta che ci si potrebbe aspettare in base al contesto in cui avvengono. I disturbi neuropsichici rappresentano quindi una realtà clinica articolata che vede coinvolte molteplici dimensioni della vita del minore di età e che necessita di approfondimenti scientifici aggiornati ai quali far corrispondere opportuni interventi tecnici. Tali bisogni richiedono,



oltre alla diagnosi tempestiva, una presa in carico multidisciplinare e continuativa nel tempo, da parte di servizi adeguati, con interventi complessi e coordinati che coinvolgono la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio.

È importante ricordare che il dibattito intorno a quale fosse il ruolo da attribuire al disagio in relazione alla crescita individuale è spesso stato molto acceso. Ci si è interrogati sul considerare la situazione emergente come una disarmonia destinata ad appianarsi spontaneamente, oppure se prendere tempestivamente in considerazione i sintomi con un'attenzione clinica specialistica atta a coglierne l'eziologia ed a garantire interventi precoci.

Questa condizione di equilibrio precario tra i due atteggiamenti riconosce alla base fattori di ordine culturale che talora con fatica hanno tollerato la possibilità di contemplare l'esistenza di disturbi mentali in bambini e adolescenti: la difficoltà con cui gli esperti dialogano con la società civile è tuttora evidente, prova ne sono i comitati in difesa dei bambini che nascono spontaneamente contro la psichiatria in età evolutiva e contro l'approccio diagnostico e i trattamenti terapeutici e farmacologici. La pensabilità culturale del disturbo psichiatrico infantile e adolescenziale resta quindi complessa.

Se gli elementi culturali hanno influenzato l'approccio ai disturbi neuropsichiatrici sia per la società civile sia per quella scientifica, è coerente ipotizzare che abbiano influenzato altrettanto le politiche sanitarie, contribuendo a determinare quei rallentamenti normativi rispetto alla clinica in età evolutiva, oltre ai tagli economici il cui sottotesto è, evidentemente, quello del metterne in dubbio l'indispensabilità.

L'esperienza quotidiana, prima ancora di quella clinica, pone in risalto sempre di più l'esistenza di disturbi psicopatologici che coinvolgono le persone di minore età, molti dei quali assumono dal punto di vista sintomatologico forme nuove precedentemente sconosciute. Questo indica che non solo i disturbi esistono e richiamano attenzione, ma che sembrano anche avere delle caratteristiche "liquide" che li mettono in condizione di mescolarsi ai mutamenti sociali e al progredire tecnologico, delineando quadri sintomatologici in costante evoluzione. Garantire risposte adeguate è quindi un compito che la società deve assumersi responsabilmente, soprattutto in relazione alle possibili evoluzioni di un disagio non rilevato o cui non è stata data risposta adeguata e tempestiva.

Le fondamenta dei diritti: la Convenzione sui diritti del fanciullo e la Costituzione italiana

Nella Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC), il termine salute ricorre nei diversi passaggi del testo, dal Preambolo agli articoli specifici (artt. 18, 23, 24, 25, 26, 27), in cui si evincono i diritti da garantire alle persone di minore età sul piano del loro pieno sviluppo e benessere psico-fisico, della promozione della salute fisica e mentale, della parità di accesso ai servizi, della garanzia di adeguati sistemi di assistenza e protezione e in definitiva del riconoscimento del diritto di ogni fanciullo a raggiungere un livello di vita sufficiente per consentire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale. Inoltre, come sancisce l'art. 19 della CRC: "Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi, i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento".

È fondamentale prendere atto quanto prima di disturbi di natura psichiatrica, diversi dal disagio fisiologico ed evolutivo

La salute è il risultato di uno sviluppo armonico e completo dell'individuo in ogni aspetto della sua vita



Il diritto alla salute è sancito dalla Carta costituzionale

La Convenzione, sebbene stipulata quasi trent'anni fa, rimane attuale perché i diritti in essa enunciati devono ancora trovare piena attuazione sul piano dell'uguaglianza.

La salute, come si evince anche dalla lettura della Convenzione citata, non dipende soltanto dall'assenza di agenti biologici che provocano la malattia, ma è il risultato di un armonico, naturale e completo sviluppo dell'individuo in ogni aspetto della sua esistenza, un bene che va curato e coltivato fin da prima del concepimento e lungo l'intero arco della sua crescita.

In Italia, la salute viene riconosciuta come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. È un diritto riconosciuto dalla Carta costituzionale (art. 32, I comma Costituzione) ed in questo senso, nonché nell'accezione sopra definita, il contenuto del diritto si traduce nella tutela costituzionale dell'integrità psico-fisica e sociale, del diritto a un ambiente salubre, del diritto alle prestazioni sanitarie, anche per gli indigenti. Il diritto alla salute come diritto sociale fondamentale, essendo intimamente connesso al valore della dignità umana (diritto a un'esistenza degna), rientra anche nella previsione dell'art. 3 della Costituzione il quale prevede che "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali...".

La Carta costituzionale sancisce, dunque, il diritto dei cittadini a vedere tutelata la propria salute, come diritto dell'individuo, ma anche della collettività. Non appare superfluo ricordare che il diritto alla salute deve essere garantito anche a tutti gli stranieri presenti in Italia e lo Stato deve assumersi il compito di realizzare tutte le condizioni affinché ciò avvenga. È vigente la garanzia del pieno e uguale godimento del diritto alla salute e al miglior stato di salute personale e collettivo per tutte le persone di minore età presenti, a qualunque titolo, sul territorio italiano, senza alcuna discriminazione. A garanzia di tale diritto è vigente in Italia un Accordo sancito il 20 dicembre 2012 dalla Conferenza Stato-Regioni che prevede tra l'altro l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale dei minorenni stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno, come ribadito dalla legge del 7 aprile 2017, n. 47⁵. Tale previsione va considerata una conquista sociale sul piano dei diritti. In questa maniera, almeno per legge, si è data concretezza all'art. 32 della Costituzione, in modo che tutte le persone di minore età presenti in Italia siano incluse in percorsi assistenziali in un'ottica di equità e di giustizia. Occorre, tuttavia, monitorare che l'applicazione della norma avvenga in maniera eguale su tutto il territorio nazionale, perché poco conosciuta anche dagli stessi operatori territoriali i quali hanno il compito di orientare i migranti che accedono ai servizi a richiedere l'applicazione di un diritto esigibile. Le disomogeneità esistenti in Italia sul piano del diritto alla salute derivano in parte dalla attribuzione della competenza legislativa⁶ in materia di tutela della salute alle Regioni, inclusi i compiti di programmazione e definizione delle priorità sanitarie locali, attraverso la redazione e l'attuazione dei Piani sanitari regionali. Le diverse scelte attuate e le loro ricadute finiscono per determinare un aumento delle disuguaglianze intra e inter-regionali e una elevata disomogeneità nelle risposte con conseguente violazione del principio di equità e di uguaglianza.

Il riferimento al diritto all'uguaglianza (così come sancito dall'art. 2 della CRC) è tanto più necessario alla luce dell'attuale momento storico, contrassegnato non solo da una crisi economica e culturale, ma anche da una crisi di valori e di solidarietà. Le disuguaglianze sociali segnano, ancora oggi, il solco tra la condizione di ben-essere e la condizione di mal-essere delle persone di minore età, per quelli che in Italia nascono e per quelli che arrivano e vivono nel nostro Paese.

⁵ "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" (GU Serie Generale n. 93 del 21 aprile 2017).

⁶ Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".



I principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Alla luce di dette premesse, è possibile affermare che il presente documento è riconducibile ai quattro principi trasversali della Convenzione, di cui approfondisce e sviluppa i temi:

- Principio di “Non discriminazione” (art. 2), attraverso l’analisi della effettività della promozione e della tutela della salute mentale dei bambini e degli adolescenti nelle differenti Regioni italiane. **“Non discriminazione”**
- Principio del “Superiore interesse del minore” (art. 3), che domina e orienta l’attività dell’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza e che ha guidato non solo la redazione del documento, ma anche l’intenzionalità degli operatori che hanno contribuito alla discussione e hanno condotto la ricerca sul campo. **“Superiore interesse del minore”**
- Principio del “Diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo” (art. 6), esplicito nell’affermazione degli obiettivi della ricerca che si estrinsecano nella volontà di:
 - promuovere la salute mentale attraverso interventi di prossimità, adeguati e tempestivi, in grado di garantire la continuità assistenziale e la diagnosi precoce;
 - individuare e promuovere la sostenibilità di un modello auspicabile di presa in carico delle persone con disagio psichico e delle loro famiglie, capace di garantire l’effettività della tutela da parte della comunità territoriale, attraverso una visione olistica e multidisciplinare dei bisogni espressi e latenti.**“Diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo”**
- Principio della “Partecipazione e rispetto per l’opinione del minore” (art. 12), per assicurare allo stesso il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo riguarda, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità. **“Partecipazione e rispetto per l’opinione del minore”**

I servizi e gli interventi nell’ambito della promozione della salute mentale e della prevenzione e trattamento dei disturbi psichiatrici in adolescenza devono pertanto orientare il loro agire secondo i principi sopraelencati, garantendo agli utenti e alle loro famiglie specificità, partecipazione, continuità ed autonomia, che ne sono l’applicazione nel campo oggetto della nostra indagine.

1. specificità

- per età e fase di sviluppo
- per imprescindibilità del coinvolgimento dei contesti, incluso il supporto alle famiglie
- per tipologia di disagio e/o di disturbo (tempestività, appropriatezza, efficacia)
- per eventi di vita significativi e fattori di rischio e protettivi presenti

2. partecipazione

- nell’accoglienza e nell’ascolto, empatici, rispettosi e non giudicanti
- nella condivisione delle informazioni, adeguate e complete
- nel coinvolgimento nelle scelte, pieno, condiviso e corresponsabile

3. continuità

- dei legami e delle relazioni
- dei percorsi, degli interventi e dei servizi
- longitudinale e trasversale



- nell'integrazione interistituzionale e interprofessionale
 - nella formazione permanente e condivisa
4. autonomia
- attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle risorse e dei punti di forza delle persone
 - attraverso l'attenzione a sostenere la capacitazione
 - attraverso il supporto all'inclusione educativa e sociale ed il radicamento territoriale
 - attraverso strategie di prevenzione e contrasto all'istituzionalizzazione e la priorità ad interventi *least restrictive*

La specificità è alla base stessa della Convenzione, specificità dell'età e del ruolo della famiglia e dell'ambiente, che richiede un'assunzione di responsabilità collettiva per garantire il miglior percorso possibile di crescita del bambino e dell'adolescente, e insieme specificità dei singoli e dei loro bisogni, che devono poter ricevere risposte differenziate e mirate. L'attenzione alla specificità dell'età e della fase di sviluppo è particolarmente rilevante in adolescenza, per i rapidissimi cambiamenti evolutivi che amplificano il rischio di trattare i ragazzi con modalità non appropriate ai bisogni della fase di sviluppo che stanno attraversando, come se fossero ancora bambini o invece già adulti. Strettamente connessa è l'imprescindibilità e rilevanza, sia qualitativa che quantitativa, del coinvolgimento dei contesti di vita e in particolar modo della famiglia nella strutturazione degli interventi. Le diverse tipologie di disagio o di disturbo devono poter ricevere interventi mirati, tempestivi, appropriati, basati su prove di efficacia, e rimodulati alla luce degli eventi di vita significativi, dei fattori di rischio e protettivi presenti, della capacità di supporto della famiglia e del contesto. Garantire risposte che siano contemporaneamente età specifiche e disturbo specifiche agli adolescenti rappresenta un cardine essenziale degli interventi. Gli obiettivi evolutivi, il ruolo del contesto familiare e scolastico, la neurobiologia stessa differiscono in modo significativo tra bambini, adolescenti e adulti, anche quando essi siano apparentemente affetti dallo stesso disturbo.

**Fondamentale
la partecipazione attiva
dei ragazzi e delle loro
famiglie**

La partecipazione attiva dei ragazzi agli eventi che li riguardano rappresenta un altro elemento fondante della Convenzione, partecipazione che deve essere declinata in tutto il percorso, a partire dall'accoglienza e dall'ascolto, dalla chiarificazione del bisogno, dalla acquisizione delle informazioni necessarie a comprendere quanto sta avvenendo per poter giungere a definire il disagio o disturbo sotteso e dalla successiva condivisione delle conclusioni e delle ipotesi di intervento. Per poter giungere ad una reale partecipazione attiva nelle scelte, il coinvolgimento del ragazzo deve essere fin dal primo momento empatico, rispettoso e non giudicante, oltre che adeguato al livello di sviluppo della persona e alle modalità di acquisizione delle informazioni che le sono consone, e deve supportare la crescita della sua *health literacy*. Implica inoltre analogo coinvolgimento attivo e partecipazione della famiglia, in tutte le situazioni ove non siano previste limitazioni in questo senso.

La partecipazione attiva dei ragazzi e delle famiglie rappresenta un ulteriore elemento di specificità degli interventi, che rimodula ulteriormente, personalizzandoli.

Continuità ed autonomia non sono inclusi esplicitamente tra i principi base, ma ne derivano, e sono presenti in molti degli articoli della Convenzione. È evidente l'attenzione costante nel sottolineare la rilevanza della continuità dei legami e delle relazioni per le persone di minore età ed il loro ruolo nel sostenere lo sviluppo, e l'indicazione ad agire per garantire tale continuità con tutti i mezzi e in tutti i contesti, ogni volta che ciò sia possibile.



La rilevanza della continuità dei legami e delle relazioni è, se possibile, ancora maggiore per i ragazzi con disagio o disturbo psichiatrico. La continuità dei percorsi e degli interventi può dover essere prevalentemente trasversale (nel momento in cui è necessaria la gestione coordinata di aspetti diversi e contemporaneamente presenti, spesso anche di lungo periodo) o prevalentemente longitudinale (quando riguarda soprattutto l'accompagnamento del passaggio tra strutture o servizi, ad esempio, in un'ottica di *stepped care*, tra servizi a minore o maggiore intensità di cura, o per il passaggio verso l'età adulta). Per poter essere garantita, richiede il lavoro in équipe multiprofessionale, la costante integrazione interprofessionale e interistituzionale, e percorsi di formazione permanente e condivisa tra professioni e tra servizi.

In più punti infine la Convenzione evidenzia l'importanza di riconoscere le competenze esistenti nei ragazzi e la loro autonomia. Con i ragazzi con disagio psichico o disturbo psichiatrico, e con le loro famiglie, l'attenzione a questo aspetto è davvero molto rilevante, per il rischio di focalizzarsi solo sulle difficoltà e sui problemi e non vedere e non valorizzare sufficientemente le competenze esistenti, i punti di forza e le risorse, di scivolare verso modalità paternalistiche e non supportare lo sviluppo dell'autonomia e la capacitazione delle persone. L'inclusione educativa e sociale e il radicamento territoriale rappresentano volani importanti a supporto dell'autonomia e della capacitazione. Anche l'attenzione a mettere in campo interventi *least restrictive* (scegliendo cioè tra diverse alternative possibili l'intervento che garantisce adeguata efficacia con minore invasività) rappresenta un elemento importante di supporto all'autonomia, e di prevenzione e contrasto all'istituzionalizzazione. Benché infatti a volte il ricorso a interventi residenziali, terapeutici o di allontanamento dal contesto familiare, sia necessario, è noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo delle persone di minore età e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. Essa va pertanto utilizzata solo quando indispensabile, e limitata al tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi previsti.

Continuità ed autonomia si rimodulano costantemente a vicenda e si intrecciano su più livelli, in una dialettica costante, che deve permeare tutte le attività.

Oltre agli elementi di disagio, bisogna evidenziare anche i punti di forza degli adolescenti



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

2. Metodologia



2. Metodologia

La salute mentale degli adolescenti vede coinvolte molteplici dimensioni della vita della persona di minore età. L'obiettivo del gruppo di lavoro, istituito nell'ambito della Consulta nazionale per le associazioni e le organizzazioni, è stato quello di individuare le criticità nell'interfaccia tra i vari sistemi coinvolti e giungere a definire le condizioni minime sostenibili per un corretto e adeguato intervento, in accordo con i principi della Convenzione di New York.

Le Raccomandazioni del gruppo di lavoro si rivolgono a Governo, Regioni, istituzioni, operatori e utenti

Le Raccomandazioni prodotte attraverso il lavoro del gruppo sono rivolte innanzitutto al Governo, alle Regioni e agli altri interlocutori istituzionali, ma potranno essere di indirizzo anche ai singoli operatori e agli utenti. Hanno l'obiettivo di favorire l'integrazione tra i diversi sistemi e garantire la continuità ed efficacia dei percorsi, sulla base delle buone pratiche raccolte e consolidate.

Il presente contributo, pertanto, nasce dall'esigenza di approfondire la conoscenza dei bisogni delle persone di minore età al fine di sviluppare politiche sempre più efficaci ed efficienti, orientate a una effettiva promozione della salute mentale e gestione integrata del disagio e dei disturbi psichici.

Il gruppo, secondo quanto programmato, si è incontrato il 7 febbraio, il 12 maggio e il 15 settembre 2017 presso la sede del CNEL a Roma e ha alternato agli incontri in presenza quelli realizzati a distanza attraverso modalità telematiche.

Il gruppo di lavoro ha stabilito di:

- intercettare, in un'ottica promozionale e preventiva, i segnali di disagio e favorire "il dialogo" tra sistema sanitario e socio-educativo;
- ampliare l'indagine anche alle comunità educative che accolgono minorenni con disagio psichico e non solo alle comunità terapeutiche come previsto in un primo momento;
- individuare le criticità tra i vari sistemi;
- valutare le condizioni minime (livelli essenziali come diritto esigibile) che devono essere garantite;
- identificare quali misure siano necessarie e sostenibili e quali possano essere suggerite come buone prassi e raccomandazioni.

Il gruppo ha iniziato il suo lavoro a partire da alcuni studi epidemiologici, nonché da alcuni dati scientifici rilevati dalla letteratura nazionale e internazionale e da una riflessione sull'organizzazione del sistema italiano in tema di disagio psichico degli adolescenti. In particolare sono state prese in considerazione le osservazioni contenute nel IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva⁷, nel 9° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (anno 2015-2016), elaborato dal Gruppo CRC⁸, nelle Linee guida sui "Processi di so-

⁷ Il IV Piano di azione, elaborato in seno all'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, è stato adottato con decreto del presidente della Repubblica del 31 agosto 2016 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.267 del 15 novembre 2016 - Suppl. Ordinario n. 50 (<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/11/15/16A07780/sg>).

⁸ Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo CRC) è un network attualmente composto da 96 soggetti del Terzo settore che da tempo si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza - <http://www.gruppocrc.net>.



stegno e tutela dei minorenni e delle loro famiglie”, elaborato dal Consiglio nazionale dell’Ordine degli assistenti sociali⁹, nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 che definisce i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)¹⁰, nonché nel documento contenente le Linee di indirizzo per l’accoglienza nei Servizi residenziali per minorenni¹¹.

Sono stati individuati i seguenti *step* di lavoro e il *timing*:

- I step: raccolta e analisi della documentazione esistente e delle ricerche di settore. Prima stesura di un documento dal quale emergano criticità, buone prassi, aspetti da approfondire.
- II step: individuazione della filiera ideale di servizi coinvolti nella prevenzione e presa in carico (sistema complesso che ricomprenda servizi ambulatoriali, socio-sanitari, educativi-ricreativi, residenziali ecc.).
- III step: elaborazione di una griglia di osservazione per i *focus group* a partire da quanto emerso nel I e nel II *step*.
- IV step: raccolta dati nei territori a partire dalla griglia di osservazione elaborata e condivisa dal gruppo e dai casi-studio individuati per competenza e appartenenza territoriale.

Sul piano metodologico si è scelto di operare attraverso *focus group* con soggetti e testimoni privilegiati che lavorano nel settore delle persone di minore età nei diversi ambiti. La metodologia utilizzata, infatti, ha privilegiato una indagine sul campo attraverso casi studio in alcuni territori, rappresentativi del nord, centro e sud Italia, isole comprese, ponendo al centro i bisogni/diritti dei soggetti di minore età, il funzionamento e le disfunzioni del sistema.

Si è proceduto a individuare, per l’analisi dei casi studio, i territori e i relativi referenti. Il territorio nazionale è stato suddiviso in macro-aree, in ciascuna delle quali sono stati identificate delle regioni in cui effettuare le rilevazioni: Nord Est (Emilia Romagna, Veneto), Nord Ovest (Piemonte, Lombardia), Centro-Sud (Lazio) e Isole (Sicilia).

Sono stati adottati i seguenti oggetti di valutazione:

- casi-studio
- ambiti territoriali
- sistema integrato di presa in carico, con una visione alla prevenzione e al post-dimissioni.

Relativamente al metodo di lavoro rispetto ai casi-studio del sistema dei servizi, dopo un approfondito confronto, si è deciso di utilizzare le “sessioni di gruppo”, riunendo intorno a un tavolo soggetti che in un dato ambito territoriale, afferiscono alla filiera dei servizi che si occupano di disagio psichico e di disturbi psichiatrici in adolescenza. Tale metodo di lavoro è stato valutato essere più “economico” in termini di tempo e capace di permettere una visione interdisciplinare. In caso di impossibilità dei servizi a partecipare ai *focus group* territoriali, sono state previste interviste a singoli soggetti rappresentanti i servizi della filiera.

La metodologia di lavoro ha previsto focus group

⁹ <http://www.cnoas.it/files/000003/00000317.pdf>.

¹⁰ Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu.

¹¹ Tale documento, redatto nell’ambito di un tavolo istituzionale promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha visti coinvolti, oltre all’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza, il Ministero della Giustizia, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l’ANCI, nonché membri esperti e coordinamenti nazionali, è stato approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 14 dicembre 2017 (Repertorio Atti n. 172 del 14.12.2017 CU) [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_061739_172%20\(P.%202%20ODG\)%2014dic2017.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_061739_172%20(P.%202%20ODG)%2014dic2017.pdf)



La ricerca si è sviluppata, pertanto, sull'analisi di 8 *focus group*, condotti nelle diverse zone del territorio italiano, come individuate dal gruppo.

Per effettuare l'analisi e procedere in maniera omogenea, al di là delle differenti specificità e appartenenze professionali, si è adottata una griglia di osservazione (Allegato 1) in grado di indagare con la medesima lente di ingrandimento i vari *focus*: eventi sentinella, servizi attivati, risposte fornite, terapie, uso di farmaci, permanenza nel circuito, filiera di presa in carico, supporti alle famiglie, comunità che insistono nel territorio, continuità territorio/comunità e via dicendo.

Ambiti individuati:
area sanitaria
e socio-sanitaria;
area sociale;
istruzione/educazione

La filiera di servizi da coinvolgere nei *focus group* locali ha previsto il coinvolgimento dei tre ambiti individuati: sanitario/socio-sanitario, sociale e istruzione/educazione, in osservanza della logica di interdisciplinarietà che ha guidato il lavoro di ricerca sul campo.

1. Area Sanitaria e socio-sanitaria
 - U.O. di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
 - Comunità terapeutiche di NPIA e servizi privati accreditati
 - Servizi di Psichiatria dell'adulto
 - Servizi per le Dipendenze patologiche
 - Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale
 - Consultori/Sportelli/CIC
 - Area pronto soccorso (eventuale)
 - Pediatria ospedaliera (eventuale)
2. Area Sociale
 - Servizio Sociale professionale di base (ente locale)
 - Servizi affido e adozione
 - Servizi tutele
 - Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) del Ministero della Giustizia
 - Comunità locale e comunità di prossimità (associazioni familiari, associazioni di volontariato, oratori, ecc.)
 - Società sportive
 - Cooperazione sociale
3. Area dell'Istruzione/Educazione
 - Scuola
 - Servizi per la formazione professionale e l'inserimento lavorativo
 - Centri diurni educativi e aggregativi
 - Comunità educative e centri diurni polivalenti

I report, frutto dei *focus group*, sono stati elaborati secondo una logica qualitativa volta a rintracciare tematiche comuni che, seppur declinate in maniera differente a seconda degli interlocutori e dei territori coinvolti, facessero capo a medesimi domini di discussione.

Per valutare anche il punto di vista e le osservazioni della magistratura, è stato inoltre deciso di inoltrare un questionario, con domande concordate dal gruppo di lavoro, sul tema della



salute mentale degli adolescenti ai Tribunali per i minorenni dei territori individuati per la rilevazione di casi-studio. L'esito di questa rilevazione costituisce un'appendice al presente documento (Appendice 1).

L'Autorità garante ha predisposto una lettera da utilizzare per legittimare gli interventi nell'ambito dei lavori della Consulta (Allegato 2).

È stato previsto anche un confronto con il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità nell'ambito del progetto "EU Factors minors", a cui l'Autorità garante ha inviato richiesta di collaborazione e di cui fanno parte alcuni componenti il gruppo di lavoro della Consulta. L'esito di questo raccordo è esposto a complemento di questo documento (Appendice 2).



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

**3.
I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
nelle fonti nazionali con particolare riferimento
alla salute mentale degli adolescenti**



3. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nelle fonti nazionali con particolare riferimento alla salute mentale degli adolescenti

Numerosi documenti normativi recenti evidenziano la rilevanza della salute mentale in età evolutiva e in adolescenza e indicano direzioni per l'intervento.

PANSM: Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale

Il Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale (PANSM) evidenzia i bisogni emergenti della popolazione nell'ambito della salute mentale, e dedica un'attenzione particolare ai disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza per la loro rilevanza e la significatività delle ricadute, raccomandando un approccio in grado di garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, "recovery-oriented";
- livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi;
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

PNP: Piano Nazionale della Prevenzione

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018¹² indica, per la prima volta, la necessità di promuovere il benessere mentale di bambini, adolescenti e giovani, focalizzandosi però prevalentemente sull'uso di sostanze, sugli incidenti stradali e sulle malattie croniche e trascurando invece altri aspetti della salute mentale.

Infine, il IV Piano Nazionale di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva sottolinea che va migliorata la capacità di risposta dei sistemi sanitari nel rispondere alle esigenze dei minorenni svantaggiati. Evidenzia infatti come, in gran parte d'Italia, con differenze tra Regione e Regione, e a volte anche all'interno delle stesse Regioni, i tempi di attesa per la presa in carico di bambini con problemi di neuro-sviluppo e di salute mentale da parte di équipe specialistiche risultano essere ancora molto lunghi, mentre gli operatori di base non hanno acquisito competenze sufficienti a intercettare e identificare precocemente i segnali dei disturbi. Indica pertanto la necessità improrogabile di organizzare e realizzare momenti di formazione interdisciplinare, in linea con una visione olistica della persona di minore età promossa anche dall'Unione europea.

Critiche appaiono invece le fonti istituzionali per quanto riguarda la fotografia dell'esistente, in assenza di sistemi informativi sia specifici che integrati e di report periodici che descrivano in dettaglio il bisogno, le risposte e gli esiti.

Tra i pochi report sufficientemente completi, i rapporti sullo stato di applicazione della CRC, redatti annualmente dal gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza grazie alla collaborazione di un numero molto rilevante di associazioni del settore. Tali rapporti hanno evidenziato ripetutamente che la rilevazione dei dati dei minorenni fuori famiglia permane ancora molto problematica.

¹² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=prevenzione.



Questo non tanto perché manchino i dati quanto per il fatto che in tale ambito permangono diverse fonti di rilevazione che utilizzano modalità e criteri disomogenei (sia in riferimento al periodo interessato dalla rilevazione, sia agli elementi/dimensioni rilevati) di raccolta dati tra Regione e Regione e tra istituzioni preposte¹³. Anche l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, nell'ultimo rapporto intitolato "La tutela dei minorenni in comunità"¹⁴, evidenzia alcune criticità insite nel settore dell'accoglienza dei minorenni in comunità: la presenza sul territorio nazionale di un variegato panorama classificatorio delle strutture residenziali per persone di minore età che rende arduo il confronto tra dati esistenti, oltre all'assenza di un'anagrafe dei minorenni che vivono fuori dalla propria famiglia di origine condivisa fra le diverse istituzioni che se ne occupano (tribunali per i minorenni e correlate procure, Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità del Ministero della Giustizia, enti locali, Regioni, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). I dati raccolti dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza al 31 dicembre 2015 indicano che sono 21.035 i minorenni presenti nelle strutture residenziali, un numero rilevante e che sembra segnare un trend di crescita anche rispetto alla stessa rilevazione effettuata avendo come riferimento temporale l'anno 2014. Da tempo i rapporti CRC segnalano, pertanto, la necessità di garantire la strutturazione compiuta di una banca dati nazionale quale strumento di monitoraggio costante della situazione di tutti i minorenni fuori famiglia d'origine e accolti in affidamento familiare o in comunità attraverso l'estensione a tutto il territorio nazionale del sistema di rilevazione S.in.Ba (Sistema informativo nazionale sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie)¹⁵. Si tratta quindi di carenze che permangono nel tempo e che continuano a rendere impossibile la ricostruzione puntuale e doverosa della storia di ogni persona di età minore al fine di verificare l'appropriatezza della scelta dell'accoglienza e costruire progettualità futura nel suo superiore interesse. Tali carenze rendono difficile qualunque seria programmazione delle politiche minorili e per le famiglie.

La rilevazione dei dati dei minorenni fuori famiglia continua ad essere problematica

Per i disturbi neuropsichici, i rapporti annuali CRC evidenziano come, a fronte di Regioni nelle quali è stato creato negli anni un adeguato sistema di servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) ed è almeno parzialmente garantita ai bambini e alle famiglie la presa in carico e la terapia, ce ne sono molte altre nelle quali mancano le strutture e non vengono erogati gli interventi terapeutici di cui si ha necessità. In alcune Regioni, inoltre, i Servizi di NPIA sono stati inglobati nel sociale, perdendo progressivamente la loro valenza specifica sanitaria. Le mancanze si rilevano, a titolo esemplificativo e rimandando per un approfondimento puntuale all'esito dei *focus group* oggetto dell'analisi di questo lavoro, soprattutto in relazione a:

Per i disturbi neuropsichici manca un adeguato sistema di servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

- servizi territoriali con risorse insufficienti e carenza delle figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici, spesso in difficoltà a erogare tutte le prestazioni necessarie¹⁶;
- strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche. Le comunità terapeutiche per adolescenti sono rare sul territorio nazionale e del tutto assenti in alcune Regioni. Un'altra criticità è rappresentata dalla presenza di strutture (per esempio cliniche) che non possiedono i requisiti fondamentali per un progetto comunitario a carattere familiare, necessario per soggetti in età evolutiva;

¹³ Si veda 9° report CRC anni 2015/16 – pagg. 84/85.

¹⁴ Si tratta della seconda raccolta dati sperimentale elaborata con le procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni e pubblicata nel mese di ottobre 2017:

http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/la_tutela_dei_minorenni_in_comunita.pdf

¹⁵ Anche le Raccomandazioni conclusive ONU 2011 – punto 40 raccomandano all'Italia di creare un registro nazionale dei bambini privati di un ambiente familiare.

¹⁶ Indagine conoscitiva sulla tutela della salute psicofisica dei minori – Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza (<http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2017/06/27/leg.17.bol0845.data20170627.com36.pdf>).



- reparti ospedalieri specifici per il trattamento dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, in particolare a fronte di situazioni di acuzie psichiatrica in adolescenza. Sono attualmente presenti, su tutto il territorio nazionale, un numero estremamente ridotto di letti di ricovero ordinario di neuropsichiatria infantile (336), a fronte di circa 5.000 letti della pediatria e 5.000 della psichiatria. Conseguentemente solo una esigua parte dei ricoveri di adolescenti con acuzie psichiatrica avviene in un reparto di neuropsichiatria infantile, mentre gli altri avvengono in reparti non adatti, compresi quelli psichiatrici per adulti, con il rischio di percorsi di cura inefficienti e inefficaci, e di cronicizzazione.

La stessa Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) da tempo cerca di sensibilizzare Governo, Regioni e cittadinanza sui disturbi neuropsichici in età evolutiva e sulle carenze di risposte che questi ricevono.

Secondo l'OMS un bambino su 5 è affetto da patologie neuropsichiche

L'OMS evidenzia che circa un bambino/adolescente su 5 è affetto da patologie neuropsichiche che variano dalla disabilità intellettiva, ai disturbi dello spettro autistico, alla dislessia, ai disturbi della condotta, fino alle psicosi. Nonostante un aumento medio degli utenti seguiti dai servizi di NPIA del 7% l'anno e la consapevolezza che interventi tempestivi e appropriati possono cambiare la storia naturale della malattia, prevenire le sequele, evitare la cronicizzazione e diminuire in modo rilevante i costi emotivi, sociali ed economici, la SINPIA mette in luce i seguenti punti nevralgici¹⁷:

- diagnosi: solo un utente su 2 riesce ad accedere ai servizi territoriali di NPI per il percorso diagnostico;
- intervento: solo 2 utenti su 3 riescono a ricevere un trattamento terapeutico riabilitativo;
- ricovero: solo un utente su 3, con necessità di ricovero, riesce ad accedere a un reparto di NPIA;
- continuità: solo un utente su 10 riesce a effettuare il passaggio a un servizio per l'età adulta;
- evidenze: solo una parte degli interventi erogati riesce a essere in linea con le evidenze scientifiche.

È sempre la SINPIA a rilevare che negli ultimi anni si è evidenziato un significativo incremento delle richieste alle Unità Operative di NPIA e un rapido cambiamento nella tipologia di utenti e famiglie e dei loro bisogni.

Sono aumentati i comportamenti dirompenti, spesso resi esplosivi dal contemporaneo incremento dell'abuso occasionale di sostanze, che assume un ruolo significativo sia nella slatentizzazione del disturbo psichiatrico sia nella complessità della sua gestione. Sono comparse nuove modalità con le quali si manifesta il disagio psichico, attraverso la dipendenza da Internet, l'isolamento in casa, l'aggregazione in bande e molte altre forme. Sono sempre più numerose le condizioni che pongono i ragazzi a un rischio maggiore per la salute mentale, come la presenza in famiglia di un disturbo psichiatrico o di gravi problemi di salute, l'adozione, la situazione dei minorenni migranti e delle loro famiglie, portatori di un forte carico traumatico, e altre situazioni che, analogamente, determinano storie di vita altamente traumatiche.

È contemporaneamente diminuita la tenuta del sistema familiare e ambientale complessivo, più frammentato e isolato dal contesto e gravato dalla presenza di criticità lavorative ed economiche, in particolare quando è necessario assistere in modo intensivo e prolungato un figlio con patologia psichiatrica grave e/o disabilità complessa. Spesso inoltre, si sottovaluta l'im-

¹⁷ http://www.sinpia.eu/appello_NPIA.pdf.



portanza di includere la famiglia nel trattamento della problematica presentata dal figlio, talora per un atteggiamento giudicante, altre volte perché uno spazio dedicato alla cura delle dinamiche famigliari comporterebbe l'impiego di risorse non disponibili.

Emerge, quindi, con chiarezza come le maggiori criticità per l'accesso e per la cura si rilevino nell'ambito dei disturbi psichici e nella fascia di età preadolescenziale e adolescenziale, e nella continuità di cura verso l'età adulta. In circa due terzi dei casi non sono previsti servizi per l'adulto che garantiscano adeguate risposte sanitarie: è il caso delle persone con disturbi specifici di apprendimento, e ancor più delle persone con disabilità o con autismo, che dopo i 18 anni sono spesso considerate esclusivamente di competenza sociale e che quando presentano problemi sanitari complessi trovano risposte puntiformi per specifiche sintomatologie. Per gli adolescenti con disturbi psichici gravi è assai difficoltoso il passaggio verso i servizi di psichiatria dell'adulto: mancano procedure standardizzate e la transizione riesce ad avvenire solo per pochi utenti, con il rischio di un vero e proprio abbandono dell'utente e della sua famiglia.

Infine, nel corso dell'anno 2017, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. i), della legge 112/2011, ha reso, per la prima volta, il parere al V e VI Rapporto governativo al comitato ONU sui diritti del fanciullo¹⁸. In relazione al tema della salute ha osservato che permangono rilevanti disuguaglianze tra le varie aree del Paese, negli esiti delle cure, nell'accesso ai servizi, nelle tipologie e nella qualità dei servizi assicurati; ci sono poi carenze nella continuità delle cure, dalla diagnostica alla presa in carico, in particolare per bambini con problemi e bisogni complessi, e un'insufficienza di azioni di prevenzione e, soprattutto, di promozione della salute.

È per tale motivo che l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza ha accolto con particolare favore l'approvazione dei nuovi LEA, che mirano al superamento delle disuguaglianze territoriali. Tuttavia la nuova fissazione dei livelli essenziali deve essere accompagnata da indicazioni concrete su come poter tradurre nella pratica gli interventi inclusi negli stessi, nonché da un'attenta e analitica valutazione di impatto, relativa allo stato di benessere psico-fisico e sociale delle persone di minore età e alla possibilità di rispondere ai reali bisogni di salute delle persone. A oggi, infatti, il nostro ordinamento sul punto non prevede adeguati strumenti di valutazione ex post delle politiche pubbliche.

Come mette in evidenza lo stesso Ministero della Salute¹⁹ a proposito delle attività di monitoraggio dei LEA: "Gli indicatori di monitoraggio dei livelli di assistenza tra le Regioni manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane e sottolineano costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. È ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro-settentrionali...".

Le criticità maggiori per l'accesso e la cura dei disturbi psichici, riguardano adolescenti e preadolescenti

Ai nuovi LEA devono seguire indicazioni concrete per tradurre in pratica gli interventi

¹⁸ <http://www.garanteinfanzia.org/news/pubblicato-il-primo-parere-dellautorità-garante-linfanzia-e-ladolescenza-al-rapporto>.

¹⁹ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

**4.
Denominatori comuni emersi
dal lavoro dei *focus group***



4. Denominatori comuni emersi dal lavoro dei *focus group*

In questo capitolo vengono descritti, in maniera sintetica, gli esiti dei *focus group* (FG) realizzati in 8 città rappresentative del territorio italiano: Palermo, Roma, Bologna, Ferrara, Milano, Bergamo, Padova e Bassano del Grappa (Vicenza).

Per ogni *focus group*, per la cui analisi puntuale si rinvia all'appendice di questo documento (Appendice 3), sono stati evidenziati sia i punti di debolezza, sia quelli di forza, nella convinzione che, se dalle condizioni di criticità possono partire le indicazioni per un miglioramento della risposta dei servizi ai bisogni dell'utenza, i punti di forza rappresentano degli utili punti di riferimento per la riflessione generale.

Il gruppo di lavoro, ha individuato quattro ambiti principali all'interno dei quali confluiscono le molteplici osservazioni generate. Il primo è relativo all'integrazione dei servizi e alla formazione degli operatori in chiave multidisciplinare con l'obiettivo di creare linguaggi dialoganti; il secondo, intitolato "Aree di particolare vulnerabilità", fa riferimento alle persone di minore età in condizione di particolare fragilità (competenze educative degli adulti di riferimento, adozioni, migrazioni, traumi, dipendenze, abbandoni scolastici, ambito penale) e al sistema di presa in carico; il terzo si riferisce agli spazi e ai luoghi in cui attuare gli interventi (spazi e luoghi informali, educativi, sociali, aree di confine, servizi specialistici, residenzialità educativa e terapeutica), infine, il quarto alla diagnosi precoce e alla continuità degli interventi.

Di seguito, per ciascuno degli ambiti individuati, vengono riportati gli elementi maggiormente significativi emersi dai *focus group*.

1. I Servizi: formazione – comunicazione e integrazione

Un elemento interessante emerso nel sistema di presa in carico della persona di minore età con disagio psichico o disturbi psichiatrici è la questione della formazione del personale coinvolto, direttamente e non, e della comunicazione e integrazione tra i servizi.

Uno dei *focus group*, per esempio, oltre a rilevare l'assenza di programmi di prevenzione e promozione del benessere e della salute mentale, sottolinea la necessità di programmi formativi congiunti con gli operatori delle varie istituzioni.

In altri *focus group* viene evidenziata la necessità, da parte degli operatori, di una conoscenza più puntuale e continua degli ambiti di pertinenza dei vari servizi nel territorio in cui si opera, con particolare riferimento alla conoscenza di raccordi informativi e conoscitivi tra ambito sanitario e sociale.

Difficoltà a trovare personale con esperienza specifica nel campo

Viene esplicitata la necessità di potenziare la formazione degli operatori, anche considerata "la difficoltà a trovare personale con esperienza specifica nel campo". Emerge l'esigenza di moltiplicare e rendere stabili le occasioni di conoscenza e confronto fra operatori di diverso profilo professionale, dirigenti e amministratori dei vari servizi che collaborano all'interno della medesima rete, anche al fine di dare un senso alle ragioni delle difficoltà che vengono evidenziate.



Si riscontra, talvolta, uno scollamento tra i principi generali e la loro concreta applicazione nell'operatività. Una risposta possibile consiste nell'offrire strumenti di maggiore conoscenza e comprensione della realtà organizzativa di appartenenza, sostenendo iniziative di riflessione sulla propria pratica professionale e fornendo strumenti teorici ed operativi che consentano agli operatori di affrontare realtà sempre più complesse, basandosi su una analisi *evidence based* della natura e dell'entità dei fenomeni.

Gli strumenti anche in questo caso possono essere quelli della formazione, ma anche della ricerca valutativa, come attuato in uno dei *focus group* presi in esame.

Quella offerta dalla formazione, al di là dei suoi contenuti e del contributo che può dare all'acquisizione di competenze specifiche, rappresenta un'occasione di contatto e comunicazione tra soggetti che altrimenti avrebbero, secondo la maggior parte degli intervistati nei *focus group*, scarsi tempi e modi per incontrarsi, conoscersi e confrontarsi.

Si sottolinea, mettendo l'accento sulla necessità di integrazione tra i servizi, la necessità di implementare una formazione comune sugli indicatori di disagio e sui segnali di rischio per la salute mentale.

Viene anche evidenziata in diversi *focus group* l'esigenza di linee di indirizzo chiare su differenti aspetti del lavoro, da cui partire per strutturare la formazione (ad esempio per le strutture socioeducative protocolli da seguire nei casi di agiti aggressivi da parte degli utenti minorenni oppure riguardanti l'uso dei farmaci).

Particolare rilievo è stato dato alla scarsa integrazione tra i vari servizi che dovrebbero collaborare tra loro. Spesso si registra nei diversi servizi una rigidità dei ruoli e un'auto-centratura sulle specifiche competenze professionali, con conseguente difficoltà ad uscire dalle proprie logiche e quindi a lavorare "in rete". Mancano in alcune situazioni le condizioni di conoscenza reciproca, di condivisione di obiettivi e di riconoscimento dei ruoli, che rappresentano le precondizioni per il raggiungimento di un'effettiva e adeguata integrazione ai vari livelli.

Vengono per esempio registrate difficoltà a collaborare con le Agenzie sanitarie territoriali, la scuola, i servizi specialistici o con il pediatra di riferimento. La questione non interesserebbe solo gli ambiti sanitari: per esempio viene sottolineata la difficoltà di cogestione dei casi tra le strutture sanitarie (comunità terapeutiche e non) e l'autorità giudiziaria o la difficoltà di contatti con i tutori.

Il problema appare essere da un lato la sempre maggiore carenza di risorse, dall'altro la presenza di culture professionali, sistemi di opinioni e talvolta persino valori diversi, che rendono difficile la collaborazione tra ambiti non omogenei. Buona prassi potrebbe essere, come indicato in più *focus group*, un modello multidisciplinare e integrato socio-sanitario-educativo con la creazione di una "cultura comune" e di un "linguaggio comunicante". In proposito in molti *focus group* si sono ipotizzati l'avvio e la strutturazione stabile di un "tavolo di lavoro integrato" territoriale di confronto ed elaborazione comune tra diverse organizzazioni, istituzioni e professionisti, al fine di implementare il sistema di rete tra i diversi soggetti coinvolti (servizi di NPIA, servizi per le dipendenze, servizi di psichiatria adulti, servizio sociale, comunità educative, comunità terapeutiche, scuola, ecc.).

Indicazioni:

- Realizzazione di un modello multidisciplinare e integrato che favorisca lo sviluppo di culture professionali capaci di dialogare tra loro.
- Implementazione del sistema di rete con una regia chiara e riconosciuta quale "mandato istituzionale" cogente per costruire corresponsabilità delle istituzioni e dei professionisti.

Si riscontra eccessiva rigidità nei ruoli professionali



2. Aree di particolare vulnerabilità (competenze educative degli adulti di riferimento, adozioni, migrazioni, traumi, dipendenze, abbandoni scolastici, ambito penale)

Nella maggior parte dei *focus group* è emerso che tutto il “mondo adulto” appare in crisi rispetto al proprio compito educativo e di socializzazione, in particolare nel momento storico attuale. In quasi tutti i *focus group* si sottolinea che la famiglia e la scuola appaiono in “sofferenza” nel rispondere alle mutate esigenze educative dei ragazzi. Per quanto concerne le famiglie, evidenziano una non adeguata presa in carico da parte dei servizi e la necessità di implementare supporti al contesto familiare attraverso modelli flessibili d'intervento. Si propongono azioni soprattutto rispetto alla introduzione precoce di fattori protettivi nelle situazioni a maggior rischio, quali le adozioni, le migrazioni, le esperienze traumatiche, la presenza di malattie organiche o psichiche in famiglia, la presenza di un disturbo dello sviluppo nel bambino o nei fratelli, attraverso il sostegno alle genitorialità fragili, ai genitori adottivi o provenienti da altre culture e la creazione di luoghi dedicati al “prendersi cura” e di “decompressione”, non necessariamente con caratteristiche sanitarie in senso stretto. Viene posto l'accento sulla difficoltà nella gestione delle cosiddette “separazioni ad alta conflittualità” che sempre più “assorbono le risorse dei servizi sia in termini sanitari che sociali”. Come proposto in un *focus group*, bisognerebbe accompagnare le famiglie alla consapevolezza e al discernimento degli elementi di rischio, del disagio emergente e dei primi sintomi dei disturbi, costruendo un sistema di corresponsabilità tra professionisti, istituzioni e famiglie, soprattutto considerando quest'ultima come uno dei nodi della rete e un partner potenziale e privilegiato negli interventi sulle persone di minore età, come accade già in alcuni territori dove esistono progetti e collaborazioni in questo senso.

Scuola e famiglia appaiono in sofferenza nel rispondere alle esigenze dei ragazzi

Nella maggior parte dei casi, emerge una difficoltà dell'intero sistema dei servizi sanitari, sociali ed educativi a gestire le cosiddette “adozioni ad alto rischio”: si conferma la criticità relativa alle persone di minore età adottate, in particolare per quanto riguarda l'adozione internazionale. La prevalenza di disturbi psichiatrici, l'inserimento in comunità terapeutica ed il ricovero ospedaliero delle persone di minore età adottate sono significativamente superiori a quelli della popolazione generale.

Occorre lavorare preventivamente con le associazioni e gli enti ausiliari che si occupano di formazione/valutazione/abbinamento delle famiglie e “ripensare a processi e a strumenti più appropriati e più in grado di preparare/sostenere le famiglie e la scuola stessa” e formare i servizi specialistici ad identificare e trattare tempestivamente e in modo mirato i disturbi neuropsichici nelle persone adottate. A questo proposito, ad esempio, in un *focus group* è stata riportata l'attivazione di una “équipe adozioni” come strumento importante di rilevazione e interventi per le crisi adottive.

Per quanto riguarda il ruolo delle istituzioni scolastiche risulta importante migliorare la conoscenza reciproca tra servizi e aumentare il livello di collaborazione. Un esempio è costituito dall'attivazione, in alcune scuole, di consulenze, programmi, esperienze ed azioni specifiche (ad esempio una consulenza pedagogica che diviene “un'antenna orientativa e di attivazione delle risorse non stigmatizzante dove l'educatore assume la funzione propria di mediatore nelle relazioni con la famiglia”).

Alcune competenze, possono e devono essere trasmesse e condivise con il personale della scuola. Ad esempio, la gestione quotidiana di utenti con disturbi psichiatrici richiede l'acquisizione di competenze educative parzialmente differenti da quelle utilizzate con i coetanei.



I modi, i luoghi, gli strumenti per rendere possibile questo percorso comune di conoscenza reciproca, di discussione e di confronto sono anche in questo caso quelli della formazione comune e dello scambio interdisciplinare.

In più di un gruppo sono emerse le tematiche delle dipendenze e dell'abbandono scolastico. In entrambi i casi si sottolinea la difficoltà della individuazione di queste fasce di persone di minore età a rischio. Così come risultano problematiche la gestione e la presa in carico delle persone migranti di minore età, che richiedono approfondimenti specifici e percorsi mirati (come ad esempio presentato in due *focus group*).

Il disagio psichico e i disturbi psichiatrici sono inoltre particolarmente presenti nelle persone di minore età coinvolte in fatti aventi rilevanza penale, come sottolineato in differenti *focus*, che risultano anche essere tra coloro che meno ricevono risposte in questo ambito.

Si riscontrano, in questo ambito, assenza di protocolli specifici, difficoltà di relazione con l'autorità giudiziaria, difficoltà a condividere una "flessibilità" di intervento, in modo che i tempi dei provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile tengano conto dei tempi di crescita e di sviluppo del minore con disagio psichico.

Complessivamente nei *focus group* si evidenzia come gli adolescenti a maggior rischio per la salute mentale (adottivi, migranti, utenti del penale ecc.) siano paradossalmente quelli per i quali le risposte sono maggiormente insufficienti ed aspecifiche, pur esistendo alcune buone pratiche locali meritevoli di diffusione.

I minorenni autori di reato, insieme agli adottivi e ai migranti, sono particolarmente a rischio di sviluppo di disagio psichico

Indicazioni:

- Modelli flessibili di intervento che considerano le famiglie dei minorenni con disagio psichico un partner privilegiato nell'intervento e prevedano il loro coinvolgimento attivo.
- Definizione di protocolli formalizzati per minorenni migranti, minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile in ambito penale, minorenni con problemi di dipendenza.
- Implementazione di "équipe adozioni" come strumento importante di rilevazione e interventi precoci e specializzati per le crisi adottive.
- Formazione comune e scambio interdisciplinare che coinvolga le scuole.

3. Spazi e luoghi in cui attuare gli interventi terapeutici

Questo tema è collegato soprattutto agli aspetti più interni ai servizi e al processo decisionale che viene attivato dal contatto e dalla richiesta di intervento. Bisogna ricordare che una parte dei servizi coinvolti nella presente ricerca, in particolare quelli di ambito sociale, non intervengono solo su richiesta diretta delle persone ma anche su segnalazione, con la mediazione di altri servizi o agenzie.

In tutti i *focus group* viene sottolineata la difficoltà delle strutture specialistiche a garantire le risposte tempestive e mirate necessarie agli adolescenti con disturbi psichiatrici. In particolare, viene evidenziata la mancanza di risorse dei servizi territoriali di NPIA e la carenza di strutture diurne e residenziali terapeutiche.

Viene particolarmente richiamata la criticità delle risposte quando vi sia la necessità di un ricovero ospedaliero per un disturbo psichiatrico grave in adolescenza, per l'insufficienza di posti letto nei reparti ospedalieri di Neuropsichiatria Infantile, e sottolineata la traumaticità del sempre più frequente ricovero di persone di minore età (anche al di sotto dei 16 anni) in reparti di psichiatria per adulti.

Criticità delle risposte in caso di necessità di ricovero ospedaliero per disturbo psichiatrico



In diversi *focus group* emerge la necessità di ripensare i luoghi di cura presenti attualmente, in particolare le strutture residenziali terapeutiche, alla luce della trasformazione dei bisogni emergenti, dell'età sempre più bassa in cui emergono disturbi psichiatrici gravi e delle caratteristiche sempre più complesse degli adolescenti.

In alcuni *focus group* emerge chiaramente la tematica della difficoltà riscontrata in alcune strutture per la giovane età e scarsa esperienza specifica di alcuni operatori. Si sottolinea anche una eccessiva omogeneità nelle figure professionali presenti, o una carenza di personale OSS, ma anche di psicologi ed educatori.

È necessaria pertanto una filiera di interventi e servizi - diurni, residenziali e territoriali a valenza socio-educativa e sanitaria - diversamente articolati e in grado di rispondere alle differenti necessità e ai bisogni di una persona di minore età durante la sua presa in carico.

Indicazioni

- Potenziare le risorse dei servizi territoriali di NPIA e le strutture diurne e residenziali terapeutiche.
- Ripensare i luoghi di cura alla luce delle caratteristiche sempre più complesse degli adolescenti.
- Accrescere le risposte al disagio psichico e ai disturbi psichiatrici attraverso "luoghi di mezzo" (centri diurni, centri diurni terapeutici...), flessibili e diversificati.

4. Diagnosi precoce, tempi e continuità degli interventi terapeutici

Quasi tutti i *focus group* evidenziano l'interesse per questa area, dato che la diagnosi precoce e la tempestività della presa in carico rivestono particolare importanza ai fini dell'efficacia degli interventi. Viene sottolineata "la necessità di implementare la fase dell'individuazione precoce del disagio e dei disturbi psichiatrici in adolescenza ed una valutazione corretta del rischio", coinvolgendo ad esempio la scuola, i pediatri e i medici di base, che sembrano a volte sottostimare, fino ad arrivare in alcuni casi, ad ostacolare, le segnalazioni. Vengono descritte situazioni di adolescenti con gravi patologie non conosciute dai servizi, oppure ritardi nelle segnalazioni che compromettono l'efficacia dell'intervento: le persone di minore età arrivano ai servizi specialistici troppo tardi, quando le situazioni "sono esplose". Questa è una tematica strettamente connessa ad altre riportate in questo documento, come quella relativa alla formazione e all'interazione tra i servizi.

I tempi dell'intervento vengono segnalati come criticità da più di un *focus group* in relazione alla scarsa tempestività della presa in carico delle persone di minore età. Il lasso di tempo che intercorre fra il momento della richiesta e quello dell'effettivo contatto tra l'operatore del servizio e il minorenne o un suo familiare a volte risulta essere eccessivo, con il rischio di acuitizzare il quadro clinico e sociale del ragazzo. Tale situazione è ulteriormente problematica nei casi di minorenni inseriti in comunità educativa o quelli ristretti presso gli istituti penali, laddove invece l'intervento di presa in carico e di monitoraggio richiede tempi rapidi di attivazione e tempestività di consultazione specialistica quando necessario. Analogamente, i tempi di accesso ai servizi specialistici e/o di tutela dell'autorità giudiziaria sono spesso troppo lunghi e causa di grandi difficoltà sia per gli operatori sia per gli utenti e i familiari.



Anche in presenza di buone prassi nella gestione del disagio e dei disturbi psichiatrici in adolescenza, la continuità dei progetti terapeutici è spesso insidiata dall'integrazione non ottimale tra servizi. È il caso di quegli adolescenti che dopo aver concluso un percorso residenziale terapeutico necessitano di un ulteriore intervento ambulatoriale intensivo che spesso risulta difficoltoso da garantire da parte dei servizi di NPIA, oppure nel delicato percorso di transizione verso la maggiore età, dove il passaggio tra servizi di NPIA e servizi di Psichiatria adulti non sempre riesce ad assicurare la continuità delle linee terapeutiche precedentemente intraprese.

Si rileva una integrazione non ottimale tra i servizi coinvolti

Indicazioni

- Individuazione precoce del disagio e dei disturbi psichiatrici in adolescenza.
- Tempi precoci di presa in carico.
- Formalizzazione di protocolli per minorenni inseriti in comunità educativa con disagio o disturbi psichiatrici.
- Formalizzazione di protocolli per garantire la continuità dei percorsi terapeutici tra servizi residenziali e territorio.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

5. Raccomandazioni



5. Raccomandazioni

Le presenti Raccomandazioni, frutto della ricerca sul campo, costituiscono uno degli strumenti di *soft law* di cui si avvale l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza nell'espletamento dei suoi compiti istituzionali.

Esse sono rivolte innanzitutto al Governo centrale ed a quelli regionali, ciascuno per le parti di rispettiva competenza nell'ambito del quadro normativo vigente in Italia, ma anche agli altri interlocutori istituzionali. Inoltre acquistano valore di indirizzo per gli operatori dei territori, per gli utenti e le loro famiglie.

Fondamentale rispettare i principi di specificità, partecipazione, continuità e autonomia

Si raccomanda innanzitutto che tutti i servizi e gli interventi nell'ambito dei disagi psichici e dei disturbi psichiatrici in adolescenza siano effettivamente improntati ai principi di specificità, partecipazione, continuità e autonomia derivanti dai principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e già descritti, che sono purtroppo risultati ancora scarsamente applicati.

Le ulteriori Raccomandazioni si strutturano in una prospettiva delineata da sette fattori principali, concepiti in un *continuum* dinamico orientato al miglioramento del sistema di prevenzione, presa in carico e cura della salute mentale in età evolutiva e, *in primis*, nel periodo dell'adolescenza, quali:

- dispersione delle risorse *versus* unitarietà e adeguatezza delle risorse;
- specializzazione *versus* visione di insieme;
- singole responsabilità *versus* governo del lavoro in rete e cura della comunità locale;
- frammentazione delle competenze *versus* continuità dei percorsi;
- informazioni settoriali *versus* monitoraggio complessivo;
- cura *versus* promozione della salute;
- rigidità delle risposte *versus* flessibilità, complementarità e innovazione.

Dispersione delle risorse *versus* unitarietà e adeguatezza delle risorse

È necessaria una congrua assegnazione di risorse all'ambito della salute mentale in adolescenza - quantitative e qualitative, economiche, di personale e di servizi (inclusi quelli diurni e residenziali) a valenza sociale, educativa, sociosanitaria e sanitaria - tale da consentire una adeguata programmazione nazionale e regionale mirata ad assicurare interventi mirati, tempestivi, appropriati, efficaci sia a livello di promozione della salute mentale che di presa in carico e di cura.

Da evitare il ricovero di minorenni con disturbi psichiatrici in strutture dedicate agli adulti

Particolare attenzione andrebbe dedicata ad evitare che ragazzi di minore età con disturbo psichiatrico si trovino di necessità ricoverati in reparti di psichiatria per adulti per la carenza di strutture specifiche per l'età evolutiva.

A tal proposito va ricordato che la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (art. 4 CRC) esorta gli Stati membri ad adottare tutte le misure necessarie a garantire l'effettività dei diritti in essa contenuti, dedicando per tale scopo il massimo delle risorse disponibili.



Specializzazione *versus* visione di insieme (effettiva integrazione socio-sanitaria)

È necessario garantire una visione di insieme all'ambito della salute mentale in adolescenza, strutturando luoghi stabili di coordinamento (tavoli) a livello nazionale, regionale e locale tra le istituzioni preposte e le professionalità coinvolte.

I processi e gli interventi di promozione, prevenzione e cura della salute mentale in età evolutiva devono essere connotati da almeno tre fattori: investimento, prossimità e lavoro qualificato di rete. La finalità principale risulta l'organizzazione di un sistema di servizi contigui dove ogni passaggio sia strettamente connesso a una visione d'insieme. Occorre ricordare che nei servizi coesistono professionalità differenti, con presupposti epistemologici e metodologici eterogenei, e che gli interventi efficaci richiedono la contemporanea presenza di specializzazione e integrazione, ragion per cui appare opportuno implementare una formazione trasversale che permetta il dialogo tra linguaggi diversi e avvicini l'uno al punto di vista dell'altro nella condivisione di una visione comune.

Occorrono investimenti in prossimità e lavoro qualificato in rete

Singole responsabilità *versus* governo del lavoro in rete e cura della comunità locale

È necessario adottare una visione complessiva che valorizzi l'apporto di ciascuna professionalità (neuropsichiatra, assistente sociale, pediatra, pedagogista, educatore, psicologo, terapeuta della riabilitazione, insegnante) e di ciascun servizio coinvolto, ognuno portatore di un sapere "differentemente esperto" indispensabile a garantire sia la specificità degli interventi, sia il potenziamento e il buon funzionamento delle reti inter-istituzionali.

Il buon funzionamento, la specificità e l'adeguata presenza di risorse di ciascun servizio coinvolto è fondamentale per poter garantire risposte mirate e necessarie ed è la base della strutturazione di una rete integrata efficace. È importante sottolineare come l'assenza o l'insufficiente funzionamento di nodi essenziali della rete ne determina il malfunzionamento complessivo.

Una specifica attenzione, in questa ottica, va posta alla sensibilizzazione e formazione interdisciplinare e alla reciproca trasmissione di competenze, coinvolgendo anche gli operatori educativi e scolastici e i soggetti della comunità locale. In questa direzione è necessario valorizzare ed implementare la programmazione di interventi educativi e socio-sanitari nei contesti scolastici dedicati ai bambini, ai ragazzi e alle famiglie. Da qui l'importanza di realizzare servizi e interventi di prossimità, grazie ad operatori e professionisti - istituzionali e non - qualificati, specificamente formati, costantemente aggiornati e soprattutto capaci di dialogare in rete tra loro e di creare relazioni empatiche con le famiglie e con le persone di minore età.

Serve una visione complessiva che valorizzi l'apporto di ciascuna professionalità (assistente sociale, pediatra, pedagogista, educatore, psicologo...)

Frammentazione delle competenze *versus* continuità dei percorsi

È necessario assicurare la continuità dei percorsi – non solo dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale - ma anche con gli ambiti sociali ed educativi.

Si tratta di un elemento fondamentale in tutta l'età evolutiva, già dalla gravidanza, in considerazione dell'importanza che rivestono i primi anni di vita per lo sviluppo neuropsichico del bambino e che assume particolare rilevanza in adolescenza per la numerosità degli interlocutori

Va garantita la continuità dei percorsi intrapresi in ambito sociale ed educativo



coinvolti. La continuità deve essere organizzata in relazione alla specificità di ciascun percorso di presa in carico (a valenza prevalentemente educativa, socioeducativa, sanitaria ecc.) per garantire una reale risposta ai bisogni evolutivi e di cura del soggetto in età evolutiva, garantendo tempi rapidi e congrui di presa in carico in tutti gli ambiti. In particolare, in caso di disturbi psichiatrici gravi, è necessaria la presenza di un'adeguata rete dei servizi coordinata da un *case-manager* del polo territoriale capace di connettere e integrare gli interventi potenzialmente offerti dai vari snodi dei servizi, attraverso la strutturazione di luoghi stabili di confronto.

In tutti i contesti, ed in particolare in quelli sanitari specialistici, particolare attenzione e priorità andrebbe dedicata alle situazioni con maggiori fattori di rischio per la salute mentale, come ad esempio le situazioni di grave incuria, maltrattamento o abuso, le situazioni traumatiche, i minorenni migranti, le adozioni, le persone di minore età che convivono con familiari portatori di grave malattia cronica o disabilità, gli adolescenti sottoposti a procedimento penale.

Informazioni settoriali *versus* monitoraggio complessivo

Serve sistema di monitoraggio della salute mentale di bambini e adolescenti

È necessario garantire la strutturazione di un adeguato sistema di monitoraggio della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, dello stato dei percorsi e dei servizi ad essa dedicati e degli esiti raggiunti, elemento indispensabile per consentire una programmazione adeguata.

È opportuno poter usufruire di informazioni specifiche ed approfondite in ciascun ambito e servizio coinvolto (informazioni che purtroppo spesso sono ancora assenti, insufficienti o incoerenti, e nella quasi totalità dei casi prive di indicatori di esito) con modalità che ne permettano l'integrazione con quelle degli altri servizi che agiscono nell'ambito della salute mentale in età evolutiva, onde poter delineare un quadro di insieme e poter meglio individuare linee di miglioramento in tempi reali.

Cura *versus* promozione della salute

Integrare rete educativa e sociale con rete specialistica e dedicata

È necessario mettere in campo un modello di intervento ed un sistema dei servizi che sia in grado di integrare l'indispensabile rete educativa e sociale con l'altrettanto necessaria rete specialistica dedicata, sinergia indispensabile per definire ed attuare gli adeguati percorsi di promozione della salute e di cura complessi e rispondenti alle continue trasformazioni delle condizioni del ciclo di vita.

Operare secondo una logica che mira sia alla promozione della salute mentale sia all'individuazione precoce dei disturbi per consentire un intervento tempestivo che possa riattivare il percorso evolutivo e prevenire la cronicizzazione significa investire risorse certe per potenziare i servizi territoriali – socio-educativi, sanitari specialistici, della giustizia – e per creare politiche attive di presa in carico precoce e di sostegno alla genitorialità, attraverso la presenza di una "comunità educante" consapevole e attenta ai bisogni dei suoi cittadini.



Rigidità delle risposte *versus* flessibilità, complementarità e innovazione

È necessario diversificare le risposte superando la rigidità di soluzioni precostituite, totalizzanti e scarsamente dialoganti tra loro e favorendo invece la promozione di risposte flessibili e integrate, rapidamente attivabili, ad intensità variabile a seconda dei bisogni, anche a carattere diurno – semiresidenziale, domiciliare –, tra loro dialoganti e capaci di costruire complementarità nei processi di prevenzione, presa in carico e cura, sostenibilità e attivazione di risorse informali del contesto.

**Promuovere risposte
flessibili e rapidamente
attivabili**



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

6. Appendici



1. Appendice

Rilevazione condizione adolescenti con disagio psichico o con disturbo psichiatrico presso i tribunali per i minorenni

Il gruppo di lavoro, complementariamente all'attività di ricerca sul campo svolta attraverso i *focus group* territoriali, ha deciso di svolgere una analisi delle problematiche più significative e delle buone prassi che i giudici minorili hanno rilevato in relazione a quei minorenni con disagio psichico o con disturbo psichiatrico presso cui è pendente un fascicolo, di natura civile o penale, presso i tribunali per i minorenni (TM).

L'indagine è stata svolta attraverso la somministrazione di un questionario aperto rivolto ai magistrati dei Tribunali per i Minorenni di Palermo, Genova, Caltanissetta, Catania e Milano. Di seguito si riportano, in relazione a ciascun *item*, alcune evidenze emerse dall'analisi.

1) Quali sono nella vostra esperienza le problematiche più significative e le prassi che si sono rivelate più virtuose nella gestione degli adolescenti con disagio psichico o con disturbi psichiatrici e provvedimenti del TM?

Il procedimento, di solito per limitazione della responsabilità genitoriale (art.333 c.c.) a seguito di segnalazioni dei servizi socio-sanitari o delle autorità scolastiche di disturbi del comportamento in ambito scolastico o sociale, prevede approfondimenti sulla condizione del minore d'età a opera del servizio di NPI, nonché accertamenti sulla personalità dei genitori a cura del servizio di psicologia dell'Azienda pubblica di servizi alla persona, competente territorialmente, oltre che approfondita indagine socio-ambientale. In una prima fase si tentano, previo affidamento del/la minore d'età al servizio sociale in base al luogo di residenza del nucleo, attività di sostegno e recupero della genitorialità e misure di trattamento dei disturbi del/la minore d'età in ambito domestico con previsione, in alcuni casi, anche di programmi scolastici individualizzati, o se possibile, del servizio di educativa domiciliare.

2) Quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose per gli adolescenti che hanno necessità di un intervento in comunità terapeutica per un disturbo psichiatrico?

Nel caso di insufficienza o inefficacia delle misure di supporto al minore d'età e alla famiglia (e soprattutto nei casi di mancata collaborazione di quest'ultima per incapacità dei genitori a comprendere il bisogno e il disturbo del/la figlio/a), viene disposto l'inserimento del/la minore d'età presso struttura abilitata al trattamento di disturbi del comportamento, psichiatrici o del disagio psichico, previa indicazione del servizio di NPI incaricato dell'osservazione, che, in collaborazione con il servizio sociale affidatario, dovranno elaborare un progetto di cura e trattamento e interloquire con i responsabili della struttura prescelta e poi con il servizio specialistico del luogo ove la struttura si trova ubicata.

In mancanza di tale progetto, ovvero del dovuto monitoraggio della situazione, accade, tuttavia, che il trattamento di cura del minore d'età venga disperso, frammentato e ritardato. Non c'è continuità nella presa in carico tra servizi nel caso in cui si renda necessario un cambiamento di struttura per differenti motivi: le strutture specialistiche, nel momento dell'accoglienza, ricominciano le attività di osservazione e in alcuni casi i servizi di NPI del nuovo territorio formulano nuove diagnosi.



Nelle situazioni più gravi, prima del collocamento del/la minore d'età presso la struttura specialistica, viene effettuato un ricovero ospedaliero presso il reparto di NPI del territorio a seguito del quale l'invio alla struttura specialistica risulta più efficace sia per la certezza della diagnosi formulata (molto spesso anche con esami più approfonditi anche di tipo strumentale), sia per il conseguente progetto di cura e trattamento.

È importante in ogni caso un progetto dettagliato e un monitoraggio approfondito, oltre che il coinvolgimento dei genitori (se hanno qualche risorsa funzionale allo scopo) o di altre figure adulte di riferimento (famiglie solidaristiche o case famiglia) se i minori d'età non possono essere reinseriti in famiglia.

3) Quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose relative all'individuazione di disagio psichico o disturbi psichiatrici in adolescenti coinvolti in procedimenti penali e alla strutturazione di interventi mirati?

In quest'ambito il disturbo psichico può essere rilevante anche al fine della valutazione della capacità di intendere e di volere e quindi può accadere che nel corso del processo penale, a seguito delle valutazioni dell'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) e degli psicologi incaricati, venga esperito un accertamento mediante perizia.

Qualora fosse sussistente la capacità di intendere e di volere l'applicazione degli istituti penali (quali la messa alla prova, ovvero il perdono giudiziale ecc.) e ancora l'applicazione ed esecuzione della pena non possono non tenere conto della condizione di salute mentale del minore d'età imputato o condannato.

Anche nel caso di sussistenza di vizio parziale o totale di mente, la valutazione di pericolosità del minore d'età deve essere considerata per l'applicazione della misura di sicurezza, che nei casi più gravi è il collocamento in una comunità specializzata.

Anche in questo caso è fondamentale il progetto di cura e trattamento del minore d'età.

4) Quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose per sostenere e integrare la responsabilità di genitori che non accettino o si rifiutino di sottoporre i propri figli a un intervento sanitario per un disagio psichico o per un disturbo psichiatrico?

Al fine di indirizzare i compiti genitoriali vengono emessi provvedimenti in limitazione della responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 333 c.c. oppure, viene avviato un procedimento per dichiarazione di decadenza della responsabilità genitoriale e nominato un curatore speciale quale rappresentante processuale, vengono in maniera più serrata prescritti ai genitori comportamenti di cura e trattamento del figlio/a prospettando la possibilità di perdita della titolarità della posizione giuridica.

Nei casi più gravi di potenziale abbandono del figlio, avviato il procedimento per dichiarazione di adottabilità del minore d'età, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 184/1983, viene sospesa la responsabilità genitoriale e nominato un tutore al fine delle decisioni di maggior interesse per il minore d'età. Anche nell'ambito di tale procedimento vengono comunque tentate attività di re-



cupero della genitorialità con le prescrizioni previste dall'art. 12 della legge n. 184 sopra citata.

5) Quali sono a vostro giudizio le prassi più efficaci, sanitarie, giuridiche, sociali, educative per prevenire la comparsa di disagio psichico o disturbi psichiatrici nelle persone minorenni che hanno subito gravi e continuative esperienze sfavorevoli infantili?

Si ribadisce la necessità di una conoscenza approfondita e specialistica della condizione sanitaria ed educativa del/la minore d'età e la formulazione di un progetto di cura ed educazione individualizzato che tenga conto della situazione specifica delle relazioni familiari, della possibilità di recupero ovvero dell'impossibilità con conseguente individuazione, in questo caso, di una soluzione alternativa alla permanenza presso la famiglia d'origine (adozione, affidamento, casa-famiglia).

6) Quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose per gli adolescenti con un disagio psichico o con un disturbo psichiatrico tali da mettere in discussione la loro permanenza nella famiglia adottiva?

L'insorgere di un disturbo psichico o un disagio del minore d'età adottato determina spesso una sensazione profonda di estraneità da parte dei genitori adottivi. Non riconoscono e di conseguenza non accettano la malattia perché non c'è legame di sangue e compare il "fantasma" dei genitori d'origine in tutta la loro negatività e distruzione. In queste situazioni, anche inconsapevolmente, di fronte alla paura, all'impotenza, all'incapacità di aiutare il figlio, nei genitori adottivi si manifesta un movimento di espulsione e di rifiuto e un protettivo (per i genitori) senso di non appartenenza di quel figlio (cosa terribile per quest'ultimo). Inizialmente i genitori adottivi collaborano per l'inserimento presso una comunità specialistica, ma poi non vogliono che il figlio torni a casa, così realizzando la soluzione espulsiva.

7) Quali sono le problematiche più significative e le prassi più virtuose per i minori stranieri non accompagnati con un disagio psichico o con un disturbo psichiatrico?

Si tratta di un problema molto grave. Il disagio psichico dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) ha bisogno di specializzazioni ulteriori, psichiatri transculturali e preparati. Sono pochissimi in tutto il territorio nazionale.

Il viaggio dei MSNA è già un percorso disfunzionale alla salute mentale di moltissimi e quando arrivano nel nostro Paese si manifesta tutto il vissuto e la personalità non armonicamente formata e densa di criticità.

Anche le strutture d'accoglienza, già poco attrezzate per i minori d'età italiani, sono assolutamente inadeguate per i MSNA con disturbi psichiatrici.

Il sistema è da costruire e le soluzioni adottate, che rimarcano quelle utilizzate per gli italiani minori d'età, sono tutte da ridisegnare in base alla categoria particolarmente vulnerabile dei MSNA.



Osservazioni finali

- 1) Non sembrano esserci prassi consolidate e definite, e pare ci si muova sempre partendo dalle peculiarità del caso e costruendo delle reti operative che si aggregano estemporaneamente.
- 2) Non sempre precisati appaiono i limiti tra gli interventi di tutela e quelli definiti strettamente "di cura". Talora non appare identificato l'obiettivo dell'intervento – il minore d'età o il nucleo familiare –, con casi in cui i genitori chiedono l'intervento per le difficoltà di gestione del minore di età. (Si interviene a tutela del minore di età o a salvaguardia del contesto familiare). Ancora, non sempre definiti appaiono le distinzioni tra gli aspetti sanitari e quelli sociali del disagio rilevato. Questo comporta il rischio della psichiatrizzazione oppure della banalizzazione del problema sociale.
- 3) Non sempre si ragiona su di un intervento di continuità e spesso interventi ipotizzati in un modo vengono poi realizzati in modo differente. Si assiste a una sorta di adattamento al territorio snaturando il progetto.
- 4) Si rendono poi necessari molti collocamenti in comunità terapeutiche per impreparazione delle comunità educative territoriali ad affrontare manifestazioni di sofferenza frettolosamente definite "psichiatriche". In realtà le comunità educative dispongono di personale sempre meno qualificato (educatori molto giovani e psicologi neolaureati che non costituiscono un riferimento autorevole per il ragazzo problematico di poco più giovane) e sempre più frequente è il ricorso alle comunità terapeutiche in assenza di una vera diagnosi psichiatrica.
- 5) La mancata definizione delle responsabilità economiche fra i servizi sociali e quelli sanitari nuoce in modo significativo alla possibile costruzione di un pensiero dedicato alla "fatica della nuova adolescenza", connotata da una adultizzazione precoce dei comportamenti accanto a enorme solitudine e immaturità affettiva, latitanza educativa da parte degli adulti significativi e possibilità concreta per i ragazzi di sperimentare condotte sessuali, e uso di sostanze varie e di mezzi telematici in assenza di un contenimento maturo e significativo.
- 6) L'intervento del tribunale gioca sulla dicotomia intervento per ristabilire la norma/intervento per riconoscere i diritti. Il primo attiene alla definizione delle sanzioni, mentre il secondo alla costruzione di contesti più tutelanti per salvaguardare lo sviluppo delle persone di minore età.
- 7) Sono carenti, se non del tutto assenti, strutture sanitarie, sia in termini di reparti ospedalieri, sia in termini di comunità terapeutiche, che si occupano specificamente degli adolescenti con disagio psichico.

Intervento parte dalle peculiarità del caso. Obiettivo dell'intervento talvolta poco identificato. Interventi condotti in maniera disomogenea

Molti collocamenti in comunità. Difficoltà di creare un pensiero dedicato alla "fatica della nuova adolescenza". Strutture carenti.



2. Appendice

Un'esperienza nella Giustizia minorile e di comunità *FACT FOR MINORS. Fostering Alternative Care for Troubled minors*

*EUROPEAN PROJECT CO-FINANCED BY THE EUROPEAN COMMISSION –
DIRECTORATE GENERAL JUSTICE AND CONSUMERS*

Gli studi condotti a livello europeo sul tema dei minorenni autori di reato che presentano forme di disagio ovvero disturbi di tipo psico-patologico evidenziano un incremento delle presenze all'interno dei servizi della Giustizia²⁰. Il tema costituisce un segmento estremamente complesso anche in Italia, nonché elemento di particolare criticità a più livelli, istituzionale e operativo, ponendo soggetti diversi dinanzi a continue sfide.

Nello specifico, la Giustizia minorile e di comunità si ritrova a fronteggiare un doppio livello di complessità: da una parte, le difficoltà insite nella costruzione di percorsi individualizzati di presa in carico, adeguati ai bisogni specifici dei minori di età e giovani adulti autori di reato; dall'altra, la necessità di stabilire efficienti forme di collaborazione fra servizi diversi, organizzati secondo differenti livelli di articolazione e processi di regionalizzazione. Ambiti di difficoltà su cui si innestano ulteriori elementi di fragilità determinatesi dal lungo e faticoso trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte dai Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale attraverso il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008. Riforma che, oltre a disciplinare la transizione in termini di risorse, di personale e strumentali, definisce altresì le linee di indirizzo per la tutela della salute dei detenuti e delle persone di minore età sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria in ambito penale. Processo complesso e ad oggi non completamente consolidato - basti pensare che le funzioni della sanità penitenziaria nella Regione Siciliana risultano essere state trasferite ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 2015 n. 222 entrato in vigore il 5 febbraio 2016 - che richiede una riflessione anche sul piano della cultura dei servizi capace di accompagnare un trasferimento di funzioni tra organizzazioni profondamente diverse.

Complessità, quindi, che a più livelli si sovrascrive ad altri elementi di laboriosità, tra questi la capacità dialogica e cooperativa fra i servizi della giustizia e servizi sanitari-territoriali che non di rado risultano nei fatti assai difficoltosi, frammentati e talvolta distanti dalla realizzazione di quel modello multi-agenzia e multi-attore richiesto a più voci nei principali documenti comunitari e nazionali e che in ogni caso genera non sempre un'apprezzabile eterogeneità, in termini di diritto all'accesso alle cure nel territorio nazionale. Criticità peraltro messe in luce durante i lavori affrontati dagli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, nel corso dei quali è stata evidenziata "l'esigenza di promuovere l'ammmodernamento delle procedure attualmente seguite". Procedure che "richiedono significativi interventi, nella prospettiva di rendere effettivo il diritto della popolazione detenuta ad una adeguata tutela della salute in carcere. I maggiori problemi riscontrati riguardano la disomogeneità delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché l'inefficiente programmazione della spesa per la garanzia di un'offerta sanitaria adeguata"²¹.

²⁰ Cfr. OIJJ, Mental Health resources for Young Offenders.

²¹ C.f.r. *Documento finale* elaborato, a conclusione degli STATI GENERALI SULL'ESECUZIONE PENALE, da un Comitato di



In particolare il Comitato degli esperti degli Stati Generali ha esortato a riservare “un’attenzione maggiore ... alle esigenze di cura e tutela della salute delle persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche. La considerevole presenza di soggetti con varie tipologie di disagio psichico è stata più volte segnalata come elemento di criticità nella gestione della vita detentiva, nonché di stress per il personale che opera a diretto contatto quotidiano con essi, peraltro senza una specifica formazione. Per questo si ritiene opportuno prevedere interventi normativi che consentano per le persone affette da tali patologie l’espiazione della pena in forme alternative, compatibilmente con le esigenze di sicurezza. Tali forme dovranno armonizzarsi con le esigenze di cura, equiparando la posizione di chi è affetto da grave patologia psichiatrica a quella di chi è affetto da grave patologia fisica”²².

Alla luce di tali criticità, il Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità ha fortemente sostenuto la candidatura del progetto Europeo “*Fact for Minors. Fostering Alternative Care for Troubled minors*” - JUST/2015/RCHI/AG/PROF - promosso e coordinato dal Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) e co-finanziato dalla Direzione Generale Giustizia e Consumatori della Commissione Europea - che si pone l’obiettivo generale di aumentare l’efficienza del sistema di protezione dei minorenni autori di reato affetti da disagio psicologico e/o disturbo psichiatrico, migliorare le procedure e i percorsi di presa in carico e trattamento nonché di rafforzare la cooperazione multi-agenzia.

È proprio partendo da questa istanza corale di integrazione che il Dipartimento, in ragione della *workstream* assegnata, ha individuato alcuni soggetti per la costituzione di un “*National Advisory Board (NAB)*”, attori chiave chiamati a farsi garanti della massima efficacia e concretezza alle azioni in corso di sperimentazione su tre realtà nazionali (Verona, Palermo, Roma), anche attraverso la facilitazione dell’implementazione delle attività progettuali, al fine di giungere all’eventuale sottoscrizione di accordi nazionali che rendano efficaci ed effettivi i modelli operativi sperimentati. Strategia operativa in risposta al bisogno di costruzione di un’integrazione sinergica, peraltro in linea con i dichiarati obiettivi di tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza contenuti nel “Piano nazionale di salute mentale”.

Quest’ultimo declina due azioni prevalenti quali il coordinamento e gestione integrata degli interventi e la formazione specifica, mirata e congiunta come condizioni su cui investire per il miglioramento dell’assistenza nei disturbi psichici delle persone di minore età sottoposte a provvedimento penale.

L’importanza del progetto europeo “*Fact for Minors. Fostering Alternative Care for Troubled minors*”, coordinato dal CNCA e co-finanziato dalla Direzione Generale Giustizia e Consumatori della Commissione Europea

esperti che si è avvalso del lavoro di 18 Tavoli tematici composti da operatori penitenziari, magistrati, avvocati, docenti, esperti, rappresentanti della cultura e dell’associazionismo civile. Il Documento finale intende offrire un compendio delle linee di intervento che ritiene più qualificanti per dare un volto nuovo all’esecuzione penale. Il Comitato di esperti, individuati per predisporre le linee di azione degli “*Stati generali sull’esecuzione penale*” sono stati nominati con d.m. 8 maggio 2015 e d.m. 9 giugno 2015 di costituzione e integrazione dei componenti.

²² S.C.f.r. *Documento finale*, STATI GENERALI SULL’ESECUZIONE PENALE, cit.



Coordinamento e gestione integrata degli interventi; formazione specifica, mirata e congiunta per migliorare l'assistenza

Il Tavolo di lavoro nazionale, i cui lavori sono a tutt'oggi in corso, si è posto quindi il chiaro obiettivo generale di aumentare l'efficacia e la qualità del sistema di protezione di minorenni e giovani autori di reato affetti da disagio psicologico e/o disturbo psichiatrico, sostenendo il miglioramento delle procedure dei percorsi di presa in carico e trattamento attraverso la partecipazione ad azioni di *capacity building* orientate alla cooperazione multi-agenzia. Impegno il cui risultato sarà esplicitato attraverso l'elaborazione di linee guida che individuino principi e modelli di lavoro integrato capaci di aumentare la collaborazione fra i servizi della Giustizia, della Sanità e del Terzo settore impegnati nella cura di questo specifico segmento di utenza, in una logica operativa di costruzione di un efficiente modello di lavoro multi-agenzia e multi-attore.



3. Focus group territoriali

In premessa si presentano le domande che hanno fatto da guida nella conduzione dei *focus group*. Le domande sono state sintetizzate nella seguente griglia di osservazione.

GRIGLIA PER LA CONDUZIONE DEI FOCUS GROUP	
NOME e TIPOLOGIA DEI SERVIZI PARTECIPANTI (se servizio ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, etc)	
TERRITORIO in cui insiste	
MODALITÀ DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE- PTI (nel caso di NPIA), di PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO – PTRP, di PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO	
MODALITÀ DI CONDIVISIONE DEL PTI, DEL PTRP E PEI	
MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA, TUTORI O MODALITÀ DI COSTRUZIONE DI UNA NUOVA RETE FAMILIARE	
MODALITÀ DI RELAZIONE E COMUNICAZIONE CON ALTRI ENTI E STRUTTURE (scuola, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, etc) PRESENZA DI FORME DI RACCORDO E LEADERSHIP PER GLI OPERATORI COINVOLTI	
GESTIONE DEI DIFFERENTI LIVELLI DI INTENSITÀ TERAPEUTICA	
MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI (fughe, ricorso alle forze dell'ordine ad esempio nelle strutture residenziali) E DELL'ACUZIE	
MODALITÀ DI GESTIONE DEL POST ACUZIE e dell' <i>HANDOVER</i> transizione tra ospedale e territorio	
GESTIONE DEL PROCESSO VALUTATIVO-DIAGNOSTICO E INTERVENTI SUCCESSIVI CON TARGET SPECIFICI (adolescenti autori di reato, adolescenti stranieri non accompagnati, altri)	
GESTIONE DELLE RELAZIONI CON AUTORITÀ GIUDIZIARIA	
PROGRAMMA DI MONITORAGGIO DEGLI ESITI	



Temi guida: superiore interesse del minore, promozione della salute mentale, prevenzione.

1) Specificità

- per età
- tempestività e appropriatezza
- per eventi di vita
- per coinvolgimento dei contesti incluso il supporto alle famiglie

2) Partecipazione

- adeguata informazione e pieno coinvolgimento nelle scelte
 - del minore
 - delle famiglie(accoglienza empatica, rispettosa e non giudicante)

3) Continuità

- dei legami e delle relazioni
- longitudinale e trasversale
- integrazione interistituzionale e interprofessionale
- formazione

4) Autonomia

- valorizzazione punti di forza
- *least restrictive* (il meglio meno invasivo) dose minima efficace e *primum non nocere* (minimo intervento e minima invasività)
- contrasto all'istituzionalizzazione
- radicamento territoriale e inclusione sociale



BASSANO DEL GRAPPA (VICENZA)

Data: 22 agosto 2017

Sede: Sala 1 Ospedale Bassano del Grappa (Vicenza)

Conduttore: Alessandro Padovani

Sono rappresentati i seguenti enti:

Neuropsichiatria Infantile ULSS 7 Pedemontana

Centro Adolescenza ULSS 7

Servizio Tutela Minori ULSS 7

Servizio Sociale Area Minori Comune Bassano del Grappa

CNCA Veneto

Cooperativa Adelante

Fondazione Pirani

Cooperativa La Goccia

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

Premessa condivisa dai partecipanti: territorio ove i servizi hanno sviluppato una positiva tradizione di lavoro congiunto e inter-istituzionale e prodotto linee guida e protocolli operativi.

- Problema principale reperimento di strutture adeguate per i collocamenti in comunità. In Veneto esistono solamente due CTRP accreditate e, quindi, utilizzo delle comunità educative con limiti e difficoltà significative.
- I Servizi delle ASL, per carenza di personale, garantiscono sempre più il trattamento farmacologico e la fase della diagnosi, ma sono in difficoltà a seguire / accompagnare i percorsi di intervento.
- Mancanza di un documento di presentazione delle comunità e servizi accreditati nell'ambito tutela adolescenza in ambito regionale.
- Indicazioni per favorire un modello di servizi unificato tra neuropsichiatria e psichiatria.
- Gran parte del lavoro e delle risorse del sistema servizi viene dedicato alla gestione delle "urgenze", a scapito della prevenzione e dell'integrazione / sviluppo delle filiera; quindi spesso si utilizzano le comunità residenziali quando il danno è evidente. Tale situazione deriva anche dalle carenze e dai problemi di funzionamento del sistema complessivo.
- Il gruppo pone in evidenza due aspetti ritenuti prioritari: migliorare la diagnosi precoce e gli elementi di esordio; l'integrazione delle competenze nel percorso di intervento / trattamento in modo da attuare le adeguate sperimentazioni, ponendo in evidenza la continuità e stabilità dei riferimenti operativi dei vari servizi.
- Questione "acuzie": fase critica ove il sistema dei servizi si frammenta e disarticola – esigenza di una figura di *case manager* per coordinare il lavoro complessivo.
- Esigenza di definire gli elementi dei percorsi educativi e di promozione ed i piani di trattamento clinico, in modo da favorire una adeguata sinergia ed integrazione dei programmi complessivi.
- Problema della continuità terapeutica con la maggiore età: la stima dei partecipanti sul passaggio ai servizi dell'adulto si colloca dal 5 al 10%.
- Esigenza di modelli di trattamento specifici per le situazioni di antisocialità: ad oggi nel territorio non esiste una linea specifica per tali problematiche, tanto più se esistono provvedimenti penali.



- Il gruppo rileva la situazione delle cosiddette “separazioni ad alta conflittualità”, che sempre più assorbono le risorse dei servizi sia in termini sanitari che sociali.
- Adolescenti adottati: il gruppo rileva che circa il 30% dei programmi in corso riguarda tale situazione.

IN SINTESI

Aree critiche

- Carenze strutture adeguate per i collocamenti in comunità
- Difficoltà nel seguire e/o accompagnare i percorsi di intervento
- Indicazioni per favorire un modello di servizi unificato tra neuropsichiatria e psichiatria
- Gestione delle “urgenze” a scapito della prevenzione
- Diagnosi precoce ed elementi di esordio
- Gestione delle “acuzie” (fase critica dove il sistema dei servizi si frammenta e disarticola – esigenza di una figura di *case manager* per coordinare il lavoro complessivo)
- Esigenza di definire gli elementi dei percorsi educativi e di promozione e i piani di trattamento clinico
- Problema della continuità con la maggiore età
- Esigenza di modelli di trattamento specifici per le situazioni di anti-socialità
- Gestione delle separazioni ad alta conflittualità
- Adolescenti adottati.

Buone prassi

- Lavoro congiunto e inter-istituzionale tra i servizi
- Definizione e stesura di linee guida e protocolli operativi



BERGAMO

Data: 27 giugno 2017

Sede: Consultorio Familiare ATS Bergamo – Via Borgo Palazzo 130

Conduttori: Antonella Costantino – Liviana Marelli

Sono rappresentati i seguenti enti:

UONPIA – ASST BG Ovest

UONPIA – ASST PGXXIII – BG

Comunità Terapeutica accreditata Cooperativa Aeper – Bergamo

DSM – ASST BG EST

ATS Bergamo

Consultorio Adolescenti Bergamo

Servizio minori e famiglie – Ambito Valle Seriana

Servizio Affidi Ambito 1 – Bergamo

Oratori e parrocchie – Diocesi di Bergamo

Comunità educative e cooperazione sociale – AEPER Bergamo

Ufficio scolastico BG – Bergamo

Assistenza scolastica – Bergamo

Assessorato istruzione – Comune di Bergamo

Coordinamento dirigenti scuole primarie e secondarie di BG

CSI BERGAMO

ENGIM LOMBARDIA – istruzione e formazione professionale

SINTESI DEI PRINCIPI TEMI SVILUPPATI

Il gruppo, molto interessato e coinvolto nel lavoro proposto, ha trattato le questioni a partire dalla propria esperienza professionale e istituzionale diretta seguendo un ordine comunicativo che ha favorito le complementarità tra le diverse questioni poste che sono quindi state affrontate attraversando i diversi argomenti.

Non si è trattata la questione dei minorenni migranti soli perché il territorio è coinvolto solo marginalmente da queste situazioni e i professionisti presenti non avevano ruoli e esperienze di presa in carico di MSNA (si riconosce che in ogni caso anche questi minorenni hanno spesso “storie pesanti”).

– Difficoltà/incapacità/ ritardo nell' intercettazione precoce del disagio e dell'adolescente “a rischio”

Ci sono adolescenti con gravi patologie non conosciuti dai servizi. Il numero di ragazzi “non intercettati” dai servizi è elevato.

È difficile l'interpretazione dei segnali di disagio.

Come implementare questa “capacità/sensibilità” perché diventi prassi anticipatoria. Contestualmente si sottolinea la necessità di trovare “una misura, un equilibrio” evitando di attivare procedure “automatiche”, quasi “poco pensate”, che “anticipano troppo”.



– **Il rischio di “isolamento e separatezze” dei mondi sanitario/terapeutico/sociale /educativo**

I Servizi lavorano spesso da soli, non c'è una “mappa” delle opportunità e dei servizi e quindi spesso non si conosce, non si valorizza, non si mette in relazione.

Rimane la frammentazione del sistema e l'obiettivo non raggiunto dell'integrazione socio-sanitaria.

I servizi sono “isole” che funzionano ma spesso “non si parlano” (se non per volontà e scelta dei singoli professionisti).

Le ridefinizioni degli “assetti istituzionali” hanno ricadute organizzative importanti e occorre accompagnare i processi, garantire connessioni, evitare eccessive burocratizzazioni al fine di non disperdere le connessioni raggiunte (governare i processi di trasformazione in atto: dalle ASL alle ATS/ASST).

– **Necessità di luoghi territoriali di sintesi e di co-costruzione di una cornice comune e di linguaggi dialoganti: il tavolo territoriale di corresponsabilità tra risorse, enti, professionisti**

Occorre invece costruire “tavoli permanenti territoriali/tavolo di regia” che siano soprattutto un luogo del pensiero, della conoscenza reciproca e dei servizi e delle rispettive competenze, luogo della costruzione di alleanze e di sinergie, luogo di valorizzazione delle opportunità della possibile innovazione (re-immaginare risposte diverse).

Il territorio diventa quindi un luogo/bene su cui investire per implementare il lavoro di rete sul caso individuale (si conosce il territorio e le sue risorse, quindi si discernere meglio) e per “infrastrutturare” meglio il territorio stesso quale luogo che “esprime il bisogno” ma anche la possibilità di risposta.

In tale contesto è possibile “cambiare ottica”: da fornitori di servizi separati a partner corresponsabili (è una “questione comune, di tutti”).

Da questione individuale (problema di “qualcuno”, di “chi ce l'ha in mano”) a sistema organizzato sinergico e complementare.

Il territorio è il luogo delle buone prassi, il luogo su cui investire (costruire la mappa dei servizi esistenti nel territorio per conoscerli, renderli comunicanti, evitare sovrapposizioni e vuoti).

Occorre avviare e rendere strutturale il tavolo territoriale della corresponsabilità tra enti, servizi, professionisti.

– **I tempi della presa in carico**

Sono troppo lunghi. NPI 18 mesi. Ci sono tempi di attesa troppo lunghi e questa situazione “carica” gli altri luoghi/operatori in modo “esplosivo”.

Occorre differenziare le linee di priorità per gli accessi in NPI.

C'è la necessità di una presa in carico repentina con tempi di attesa breve.

Emerge la necessità di confrontarsi su “quando ha senso un ricovero” e come “il ricovero” sta in relazione con il “dopo”.

– **La difficoltà di continuità progettuale**

La NPI non può essere l'unica risorsa. Quando ha senso il ricovero? Può essere una risposta “deviante”, dopo il ricovero spesso c'è il “vuoto cosmico” e spesso non c'è un progetto successivo (causa a volte di ricoveri prolungati, inutili).

Le situazioni spesso stanno “a bagnomaria” o ricorrono a privati e arrivano alla NPI tardi e senza storia/conoscenza pregressa.



Mancano luoghi/realità/servizi intermedi (es. Centri/comunità diurne flessibili).
Occorre evitare “stigma” e “patologizzazione” perché dal “terapeutico” difficilmente si “rientra nella normalità”.

– **Tra sociale-educativo – terapeutico**

L'esperienza indica la necessità di riconoscere “reciprocità” e conoscenza/valorizzazione delle competenze attraverso la costruzione di relazioni continuative (vedi anche tavolo territoriale permanente/di regia).

Le comunità educative accolgono prevalentemente adolescenti con disagio psichico e in carico alla NPI. Spesso i minorenni arrivano in comunità educativa “perché non c'è posto nelle terapeutiche”.

Si tratta di una questione complessa che merita approfondimento: sulle competenze, sulle identità, sull'adeguatezza. Spesso si parte dal provvedimento del TM (a volte unico strumento per intervenire a fronte di resistenze/fatiche dei genitori).

La comunità educativa può essere una risposta anche per adolescenti con disagio psichico (si concorda che la risposta non può essere sempre e solo la terapeutica) ma occorre: avere chiari i criteri di filtro e di invio, discernere nel superiore interesse del minorenne e non a partire da “ciò che c'è”, sostenere competenza e adeguatezza delle risposte, fare rete stabile con servizio sociale, NPI, scuola (torna il tema della “rete stabile”) evitando discontinuità nella presa in carico, discontinuità e vuoti tra la valutazione e la presa in carico successiva.

Occorre anche definire chiaramente la competenza territoriale dei minorenni in carico alle comunità educative: a quale servizio di NPI fa riferimento l'educatore? Alla NPI del territorio in-viante, servizio spesso lontano geograficamente con cui è difficile stabilire collaborazioni di rete? Il servizio NPI del territorio dove è ubicata la comunità? Non sempre questo avviene e anche per questa ragione i tempi si allungano e non si è in grado di dare risposte appropriate e si verificano gravi discontinuità nella presa in carico.

Occorre quindi definire in modo chiaro la responsabilità della presa in carico e costruire complementarietà tra sociale – educativo (valorizzando l'approccio non stigmatizzante del “socio-educativo”), evitando sottrazioni e deleghe improprie: occorre costruire “complementarietà funzionale”.

Si tematizza la questione che anche nelle comunità educative i minorenni accolti assumono psicofarmaci. Si tratta di una questione seria e recente (oggi molti minorenni in comunità educativa assumono farmaci su prescrizione NPI). Occorre quindi definire le responsabilità, i mandati e le garanzie stante che nelle comunità educative non c'è personale sanitario (protocolli).

La capacità di rispondere positivamente e adeguatamente alla questione relativa all'assunzione dei farmaci attraverso la costruzione chiara di protocolli operativi e di corresponsabilità potrebbe rendere meno difficoltosa e appropriata l'accoglienza di minorenni con disagio psicopatologico nelle comunità educative.

La comunità terapeutica (ancora numericamente scarse in Lombardia) recupera anche la dimensione dei “luoghi comuni e della normalità” (approccio educativo) e non può essere pensata come “salvifica e risolutiva”. La comunità terapeutica non è “realità segregata e segregante” ma ha valore se con evidenti e concrete relazioni e connessioni con il territorio in cui vive, mantiene positive relazioni di rete con i servizi (NPI, ospedali, ecc.) e può avere accesso prioritario e garantito a “ricoveri brevi” tutte le volte che è necessario.



– **La relazione con la famiglia**

Emergono difficoltà di relazione con la famiglia soprattutto da parte della **scuola** che avverte la distanza tra “ciò che dice lo specialista” e il ruolo della scuola che “deve eseguire” (sottrazione di identità e di ruolo). Spesso i genitori appaiono “confusi” e la percezione da parte della scuola è che siano in aumento le “famiglie rivendicative” con tratti e comportamenti di “chiusura, ritiro, difesa”.

Emerge quindi l’indicazione di “rompere questo circuito” per assumere il compito di accompagnare le famiglie alla consapevolezza e al discernimento costruendo il sistema di corresponsabilità capace di rendere evidente il legame e le alleanze tra professionisti, istituzioni e famiglie (rapporto fiduciario) quale prassi abituale del lavoro (coinvolgimento attivo delle famiglie).

Occorre investire (formazione, rete, attivazione delle risorse della società civile, associazioni ecc.) sul “lavoro con le famiglie”, consapevoli che oggi molti adolescenti convivono con genitori/pazienti molto gravi, con patologie croniche pesanti, SLA, pazienti psichiatrici ecc...

È una questione molto seria su cui si riflette ancora troppo poco ma rappresenta un grave rischio di malessere per i minorenni che vivono in situazioni familiari segnate da gravi patologie.

Occorre investire sulla formazione degli operatori perché sappiano cogliere il “segnale predittivo” con competenza e affinare le competenze comunicative con le famiglie (superamento del deficit comunicativo) e evitare rischi di “stigmatizzazione”, distanze e conflitti.

– **La scuola**

È passaggio importante per l’adolescente e la sua famiglia (in proposito vedi anche sopra). In particolare la scuola segnala la fatica delle famiglie di cogliere il disagio segnalato dalla scuola (evitamento).

Emerge la necessità di “recuperare” la capacità/funzione di ascolto dell’insegnante e di sostenere (anche con formazione) questa competenza della scuola per evitare disagio negli insegnanti, sottrazione a fronte di informazioni ricevute (“come gestisco ciò che so?”), delega impropria.

– **Il mondo adulto**

C’è una perdita di competenza del mondo adulto che ha perso la capacità di discernere tra patologia e comportamento non patologico (quale fase evolutiva dell’adolescente, trasgressione, devianza, non patologia). Occorre evitare il rischio di “patologizzare tutto” e recuperare la capacità autorevole di entrare in relazione con il comportamento a rischio, darsi il tempo del discernimento, tollerare di “non avere sempre e subito la risposta”.

Equilibrio e autorevolezza di un mondo adulto che non soccombe ma individua strategie di fronteggiamento (insieme).

– **Il penale**

Situazione poco conosciuta. I ragazzi in carico al penale e in messa alla prova arrivano in misura molto bassa in ospedale. È una questione che andrebbe meglio approfondita.

– **Il post 18 anni**

Permane il problema della connessione tra NPI e psichiatria adulta – CPS. Si tratta di una priorità su cui lavorare.



– **Le adozioni**

Si conferma la criticità relativa ai minorenni adottati (adozione internazionale in particolare). Il ricovero dei minorenni adottati ha valori altissimi (13% contro l'0,8% degli adottati sulla popolazione pari età). Occorre lavorare preventivamente con le Associazioni e gli Enti ausiliari che si occupano di formazione/valutazione/abbinamento delle famiglie e ripensare a processi strumenti più appropriati e più in grado di preparare/sostenere le famiglie e la scuola stessa (in proposito vedi "linee guida MIUR").

BUONE PRASSI

Il Progetto P.I.P.P.I – in sperimentazione anche su questo territorio, è valutato positivamente per approccio non colpevolizzante e metodologia partecipativa, di rete. Da implementare e estendere sull'intero territorio nazionale con adeguate coperture economiche e di risorse professionali (organico dei servizi sociali).

CPS adulti – in relazione alle sperimentazioni consolidate dei servizi/centri diurni, di domiciliarità leggera, di inserimento abitativo e lavorativo quali risorse e opportunità di flessibilizzazione della presa in carico (da proporre anche per i minorenni).

La Consulenza pedagogica nelle scuole – l'esperienza condotta indica che questo servizio "è un'antenna orientativa e di attivazione delle risorse non stigmatizzante" dove l'educatore assume la funzione propria di mediatore nelle relazioni con la famiglia.

IN SINTESI

Aree critiche

- Intercettazione precoce del disagio adolescenziale
- Rischio di "isolamento e separatezze" dei mondi sanitario/terapeutico/sociale/ educativo.
- Mancanza luoghi territoriali di sintesi e linguaggi dialoganti
- Tempi troppo lunghi di presa in carico
- Difficoltà nella continuità progettuale
- Necessità di riconoscere "reciprocità" tra sociale-educativo-terapeutico (comunità)
- Relazione con le famiglie
- Scuola
- Difficoltà del mondo adulto (scuola-famiglia-società civile) nel gestire il disagio adolescenziale
- Aspetti correlati al penale
- Difficoltà nella gestione dei casi al compimento e nel post 18 anni
- Adozioni difficili

Buone prassi

- Progetto P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione con la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenze per ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine)
- Progetto CPS Adulti (servizi/centri diurni, di domiciliarità leggera, d'inserimento abitativo e lavorativo quali risorse e opportunità di flessibilizzazione della presa in carico) da estendere ai minori d'età
- Consulenza pedagogica nelle scuole



BOLOGNA

Data: 21 Giugno 2017

Sede: Urban Center Bologna - Sala Borsa - Piazza Nettuno 3

Conduttori: Marilisa Martelli – Gloria Soavi

Sono rappresentati i seguenti enti:

Comunità educativa-integrata Scalo TIS Notturmo Fondazione Augusta Pini ed Istituto del Buon Pastore Onlus di Bologna

Ordine Assistenti Sociali Regione Emilia Romagna

UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, AUSL Bologna

UOS Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, AUSL Bologna

Servizio Sociale Tutela Minori, Area Adolescenza Comune di Bologna

Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione Università di Bologna

Consorzio Gruppo CEIS

Associazione GRD e Referente Famiglie nel Comitato Utenti Familiari e Operatori (CUFO) del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna

Ordine degli Avvocati di Bologna

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

Il numero dei partecipanti è stato pari al numero degli inviti effettuati. Nonostante gli impegni, l'orario, e l'afa del periodo, tutti si sono presentati con grande puntualità all'incontro. La sede individuata, volutamente scelta tra quelle non connotate in termini di servizio socio-sanitario, è dedicata ad eventi e iniziative culturali, ed è situata nella Sala Borsa, nel centro di Bologna.

La sessione è durata, come concordato, poco più di un'ora e mezza.

Una conduttrice ha introdotto l'incontro, illustrato gli scopi del lavoro e guidato il gruppo, mentre l'altra è intervenuta con domande specifiche per completare gli ambiti.

L'atteggiamento è stato particolarmente partecipativo e collaborante e il clima cordiale. Spesso, per rafforzare le affermazioni, sono stati evocati dai partecipanti casi ed esperienze comuni.

Alla fine dell'incontro, è stata sottolineata l'importanza che fosse stato avviato dall'Autorità garante questo percorso di monitoraggio.

È stata espressa soddisfazione per il confronto su questo specifico tema, ritenuto da tutti "delicato e complesso" ma "cruciale".

È stato anche sottolineato il piacere di avere potuto condividere contenuti in un gruppo definito "alla pari" e in un ambiente "stimolante e costruttivo, senza le tensioni quotidiane", e chiesto di essere tenuti al corrente degli sviluppi del lavoro anche nell'ambito di una giornata dedicata.

L'incontro si è concluso con un brindisi beneaugurante.

Criticità e Aree di debolezza

- Necessità di messa a sistema delle buone prassi presenti su un territorio tradizionalmente ricco di storia e di sperimentazioni e necessità di coordinamento delle azioni svolte dai diversi enti ed istituzioni.



- Necessità di ripensare agli spazi per gli adolescenti anche in luoghi decontestualizzati e necessità di andare loro incontro “fuori” dagli spazi istituzionali deputati. I ragazzi oggi sono “guardati” ma non sono “visti”. Cercano luoghi a loro congeniali in cui potere fermarsi.
- Ritrovare luoghi di “parola”. Oggi gli adolescenti si scrivono anche se sono seduti in gruppo, l'uno accanto all'altro.
- Necessità per le attuali forme di disagio e di disturbo di una lettura complessa: vale a dire multidisciplinare e transculturale.
- Necessari interventi specifici contestuali per gli adulti di riferimento, siano essi genitori o docenti.
- Necessità di elaborare con la scuola programmi comuni di formazione resi oggi scarsamente possibili a causa dell'autonomia degli istituti. La scuola come interlocutore unitario è quasi del tutto scomparso, con una parcellizzazione di iniziative e realtà fortemente disomogenee.
- Necessità di potenziare ulteriormente i luoghi di cura.
- Necessità di competenze specialistiche adeguate agli attuali contesti (es. cyberbullismo, dipendenze tecnologie digitali...).

Azioni di miglioramento specifiche per i servizi rappresentanti la sanità

- I servizi vanno modificati in base ai nuovi bisogni. Con decisione vanno sperimentati o rafforzati quelli oggi necessari (ad es. interventi per urgenza, attività transculturali).
- Larga parte degli interventi è necessario oggi attuarli coinvolgendo attivamente i genitori nel processo di cura. Questo comporta una formazione diversa già in sede universitaria, perché non è la medesima cosa la delega o l'invio ai servizi per gli adulti.
- Vanno potenziati, i luoghi di cura per i ragazzi: mancano posti letto per adolescenti – posti in acuto in comunità integrate – luoghi per osservazione breve – luoghi di sollievo per crisi intrafamiliari.
- Vanno aumentate le offerte di borse lavoro, le occasioni di formazione specifiche, i progetti lavorativi.
- Va dedicato tempo alla interlocuzione con la magistratura per soluzioni a tempo breve, specifiche e flessibili, dopo la segnalazione il processo appare rigido e poco governabile.

Azioni di miglioramento specifiche per i rappresentanti dei servizi sociali

- Necessità di creare una cultura comune ancora più della formazione reciproca, tra il mondo della sanità e del sociale.
- Sono da privilegiare canali più flessibili e condivisi con l'autorità giudiziaria.
- Le segnalazioni arrivano troppo tardi quando le situazioni “esplodono”.
- Necessario fare una valutazione puntuale sulle situazioni che hanno creato maggiore conflittualità e supervisione comune su tutte le situazioni che hanno “messo in ginocchio” i servizi.
- Necessario rivedere le prese in carico comuni tra servizi: chi fa cosa non è spesso così chiaro.
- Necessità di rinforzare gli interventi di consulenza transculturale già in essere in sanità.



Azioni di miglioramento specifiche per i rappresentanti delle comunità

- “I ragazzi sono molto guardati e poco visti, a volte si sentono più visti online”. Ascoltare le loro indicazioni per luoghi di “approdo” e luoghi di “scalo”.
- Vanno ripensati i luoghi presenti e riproposti. È stata sperimentata la “terapia in strada” (T.I.S.) e un consultorio specifico come esempio della necessità di andare incontro in “luoghi altri” agli adolescenti. “Affollato anche il marciapiede”, di fronte al luogo.
- MSNA: il sistema attuale è più povero qualitativamente, non essendo sempre presenti le figure educative 24 ore su 24. Ma l'équipe trasversale integrate per i MSNA funziona.
- Il problema della precarietà è trasversale, non è più di fasce marginali, e quantitativamente rilevante.

Azioni di miglioramento specifiche per rappresentanti dei familiari

- Necessari luoghi per i genitori di decompressione ad esempio non dichiaratamente psicoterapeutici o di aiuto mutuo aiuto connotati, quasi “ludici” nell'impostazione.
- I genitori spesso si sentono classificati e giudicati. Necessarie figure molto formate per evitare questo processo.
- Ancora da sviluppare il lavoro specifico nei riguardi di genitori di altre culture e dei genitori adottivi.

Azioni di miglioramento specifiche per rappresentante dell'Università

- Necessaria una formazione “di base” non concentrata su temi “emergenti” che attirano largo pubblico (esempio caso eclatante di bullismo). Ma non creano autonomia educativa (di fronte a nuovi casi i docenti non sono autonomi nel governarli).
- È necessario incontrare i genitori non solo quando emerge un problema, ma accompagnarli nel tempo nel loro compito educativo.
- È necessario riflettere insieme per trovare i luoghi e gli spazi in cui il genitore si senta invitato e non giudicato.
- I comportamenti a rischio crescono dalla scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado, indicando la necessità di interventi di prevenzione già nella scuola secondaria di primo grado.
- Non sono isolati, ma sono spesso tra loro collegati (ad esempio abuso di alcool, comportamenti sessuali a rischio e dipendenza dalla rete).
- L'utilizzo e la diffusione delle tecnologie ha portato nuove forme di rischio e di disagio (dipendenza dalla rete, cyberbullismo, utilizzo di informazioni trovate sul web per condurre diete non controllate etc..) “nessuno chiede cosa fanno i ragazzi online”.

Azioni di miglioramento specifiche per rappresentante giuristi

- È necessaria una rete di servizi che dovrebbe offrire un sostegno psicologico specifico oltre che all'adolescente, ai genitori. È indispensabile e carente l'intervento multidisciplinare per sostenere la genitorialità, elaborare il senso di fallimento genitoriale, coinvolgere figure educative aggiuntive.
- È necessaria un'adeguata attività di sostegno e di accompagnamento al nucleo adottivo da parte dei servizi sociali. Criticità nel percorso dell'adozione, soprattutto internazionale, sono talvolta sottovalutate. Sono state avviate in ambito privato, ricerche per la creazione di Gruppi di coppie con l'intento di interagire con gli enti, prevedendo Protocolli d'intesa con il TM e i Servizi Sociali, deputati alla ricerca di soluzioni, nel momento in cui l'accoglienza nel nucleo familiare adottivo comincia a fallire e alternative al collocamento in strutture, con le quali, spesso, non vi è poi per i genitori adottivi la possibilità di avere un progetto di recupero con il minore.



- Una prassi competente e professionalmente qualificata presente sul territorio di Bologna è il Team ADHD. Ciò che è particolarmente utile, oltre il progetto terapeutico individuale, è soprattutto l'organizzazione di gruppi di *Parent Training* e di *Counseling* familiare.

IN SINTESI

Aree critiche

- Necessità di messa a sistema delle buone prassi
- Ripensare a luoghi per gli adolescenti "fuori" dagli spazi istituzionali
- Necessità di creare luoghi "di parola" (posti in cui gli adolescenti possano tornare a parlare e a parlarsi considerate le difficoltà nella comunicazione dovuta all'eccessivo utilizzo dei social media)
- Necessari interventi specifici contestuali per gli adulti di riferimento (genitori o docenti).
- Elaborare con la scuola programmi comuni di formazione
- Necessità di potenziare ulteriormente i luoghi di cura
- Formazione su competenze specialistiche adeguate agli attuali contesti e forme di disagio (per esempio cyberbullismo, dipendenze tecnologie digitali...)

Buone prassi

- Sperimentazione di interventi multiprofessionali a partire dalla prima consultazione
- Presenza di un *day service* dedicato a urgenze ed emergenze adolescenziali
- Formazione agli insegnanti sulla disregolazione affettiva
- Rafforzamento degli interventi sul corpo e mediati dalla musica
- Presenza di équipe trasversale integrata (ETI) e unità di valutazione multidimensionale (UVM)
- Presenza di una consultazione transculturale con clinici (per minori stranieri non accompagnati e famiglie migranti)
- Attività di rilevazione nei confronti di tutti i "minori stranieri non accompagnati" in prima accoglienza (incontro fatto in comunità dopo almeno due mesi in struttura) nell'ambito del progetto Fami
- Positiva attivazione per individuazione disagio adolescenti coinvolti in procedimenti penali (valutazione strutturata e presa in carico immediata, consulenza in pronto soccorso)



FERRARA

Data: 7 Luglio 2017

Sede: Dipartimento di Salute Mentale - Asl di Ferrara - Via Ghiara 38

Conduttori: Gloria Soavi - Marilisa Martelli

Sono rappresentati i seguenti enti:

Dipartimento di Salute Mentale ASL di Ferrara

Coordinamento Tavolo Adolescenza Provinciale – Conferenza socio-sanitaria Asl di Ferrara

DSM – Responsabile Programma Esordi Psicotici

Consultorio Giovani – Dipartimento Cure Primarie

Servizi educativi e domiciliari. Coop Sociale "Il Germoglio"

Ufficio Diritti minori – Comune di Ferrara

Settore minori ASP Servizi alla persona

Osservatorio Adolescenza Progetto Promeco – Comune di Ferrara

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

Criticità

- È stata sottolineata la necessità di implementare la fase dell'individuazione precoce del disagio in adolescenza ed una valutazione corretta del rischio: i "sensori" non sempre funzionano. In particolare si è rilevata la criticità rispetto ai pediatri e ai medici di base, la scuola spesso ostacola le segnalazioni.
- Implementare una formazione comune sugli indicatori di disagio.
- Difficile la individuazione della fascia a rischio degli adolescenti che abbandonano la scuola.
- Tema delle comunità di accoglienza per le crisi in adolescenza.
- Posti letto per minorenni in acuto – luoghi sanitari-sociali per osservazione breve, luoghi di sollievo per crisi intrafamiliari.
- Potenziare ulteriormente i luoghi e i percorsi di prevenzione, cura e riparazione: carenza di personale psicologico.
- Carenza nella presa in carico delle famiglie degli adolescenti con problemi psichici.
- Sui minori stranieri non accompagnati: l'organizzazione non è pronta, specie per le ragazze, ragazzine prese dalla strada, gravemente traumatizzate, problema di approccio culturale, di lingua e di strumenti.
- Trattamenti familiari in acuto e interventi familiari di prevenzione.
- Mancanza di risorse di psicologi per interventi sia preventivi che di presa in carico.
- Il centro sovradistrettuale di secondo livello sul maltrattamento e sull'abuso è stato dimensionato e si occupa solo dell'abuso, riconosciuta come criticità dal momento che il trauma da violenza è una delle possibili cause di psicopatologia in adolescenza.

Buone prassi e punti di forza del territorio

- Tavolo provinciale adolescenza garantisce connessioni e sinergie fra tutti gli attori del territorio.
- Organizzazione territoriale: modello integrato interdisciplinare con interventi multidisciplinari centrato sul destinatario, superando le barriere fra le varie unità operative del DSM e fra i vari servizi.



- Superamento nella sanità del vecchio modello alla minore alla maggiore età.
- Connessione fra servizio di prevenzione e individuazione del disagio psicopatologico (Promeco, Consultorio Giovani, Servizio Sociale, UOMPIA per la presa in carico).
- Servizio di prevenzione nelle scuole per l'individuazione del rischio e del disagio in adolescenza (Promeco – 39 Istituti coinvolti).
- Protocolli e *Check-List* per *Screening* fra i servizi e scuola.
- Programma centrato sul destinatario sui disturbi mentali in adolescenza, ampliamento del concetto degli esordi psicotici, presa in carico dai 14 anni.
- Dati di applicazione ed efficacia del protocollo.
- Integrazione fra sociale e sanitario con équipe integrate socio-sanitarie infanzia-adolescenza per le situazioni complesse (ETI).
- Equi adozioni come strumento di rilevazione per le crisi adottive.
- Collaborazione fra servizi pubblici e terzo settore sugli adolescenti con disagio sociale e psicologico e supporto domiciliare.
- Attivati i tutori volontari per i minori non accompagnati.

Azioni di miglioramento specifiche per i servizi sanitari

- Implementare e diffondere maggiormente i percorsi di segnalazione corretta del disagio per evitare falsi positivi e falsi negativi per scuola e pediatri.
- Maggiore competenza culturale e formativa nelle UONPIA per la intercettazione e definizione della psicopatologia in adolescenza.
- Individuazione di posti letto per le crisi in adolescenza nelle strutture sanitarie, si è attivato un tavolo con le strutture ospedaliere del territorio.
- Attivare una maggiore valutazione degli esiti dei programmi di intervento in atto per il disagio psicologico degli adolescenti.

Azioni di miglioramento specifiche per i servizi sociali

- Maggiori strumenti di connessione con la scuola per l'intercettazione precoce.
- Necessità di implementare modelli flessibili di intervento rispetto alle genitorialità fragili e supporto nel contesto familiare.
- Maggiori strumenti per seguire i ragazzi stranieri di seconda generazione.
- Dare risposte adeguate alle forme di maltrattamento fisico di cui sono vittime i ragazzi stranieri di seconda generazione (segnalazioni del tribunale per i minorenni).

Azioni di miglioramento specifiche per i servizi di prevenzione

- Implementazione degli istituti scolastici coinvolti, protocolli per l'individuazione del disagio.
- Da implementare interventi rivolti alla famiglia che verranno riprogrammati e integrare le funzioni consultoriali.
- Maggiore connessione con il servizio sociale.

Azioni di miglioramento specifiche per i servizi educativi del privato sociale

- Implementare la comunicazione per una connessione maggiore fra la rete educativa del privato sociale con i servizi sanitari per attività di prevenzione.



IN SINTESI

Aree critiche

- Individuazione precoce del disagio/valutazione corretta del rischio
- Formazione comune sugli indicatori di disagio
- Individuazione adolescenti che abbandonano la scuola
- Mancanza comunità di accoglienza per le crisi
- Mancanza di posti letto ospedalieri per minorenni in acuto
- Carenza psicologi nelle strutture
- Difficoltà nella presa in carico delle famiglie
- Minori stranieri non accompagnati
- Trattamenti familiari in acuto
- Il centro sul maltrattamento si occupa solo di abuso

Buone prassi

- Tavolo provinciale adolescenza
- Organizzazione territoriale/modello integrato
- Superamento del vecchio modello dalla minore alla maggiore età
- Servizio prevenzione
- *Screening* tra i servizi e scuola
- Dati di efficacia del protocollo
- Programma centrato sul destinatario
- Integrazione tra sociale e sanitario con équipe integrate
- Équipe adozioni per le crisi adottive
- Collaborazione tra servizi pubblici e terzo settore
- Tutori volontari per Minori stranieri non accompagnati



MILANO

Data: 30 Giugno 2017

Sede: Aula B – Polo Scientifico Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
– via Francesco Sforza, 35

Conduttori: Antonella Costantino – Liviana Marelli

Sono rappresentati i seguenti enti:

Ospedale Sacco – UONPIA

Centro Diurno

UONPIA

Servizio Sociale comune di Milano

Coordinamento Servizio Affidato Milano

SERT

Psichiatria

Comunità educativa

Caritas Ambrosiana e Federazione Oratori Milanesi

Educativa domiciliare

Comunità terapeutica

Pediatra

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

- **Autonomia:** sottolineare “autonomia quale processo di capacitazione (a cavallo tra partecipazione e autonomizzazione) - contrasto all’istituzionalizzazione e evitare la “catena scontata delle sequenze” (disturba, va allontanato) – capacitazione verso responsabilità, consapevolezza, competenza, discernimento
- **Specificità.** Attenzione a non confondere la specificità con settorializzazione, frantumazione, separatezza. Occorre sostenere la specificità attraverso un lavoro di rete, rapporti fiduciosi tra professionisti e istituzioni e integrazione.
- I servizi devono avere un atteggiamento pro-attivo e non colludere con situazioni cristallizzate e garantire invece tempestività – appropriatezza – efficacia- - incisività.
- Il diritto di essere trattato adeguatamente.

La presa in carico (PIC) – la diagnosi precoce – i tempi.

Esiste un “problema” relativo all’età. Dopo i 14 anni (dopo l’età pediatrica) quale connessione tra pediatri e medici di base?

Occorre “governare” i passaggi tra pediatra - MMB – UONPIA.

Mancano snodi e connessioni e c’è difficoltà a mettersi in contatto tra istituzioni e professionisti.

Occorre tenere presente che “il contesto si spaventa molto a fronte di manifestazioni di disagio psichico. Occorre quindi “lavorare prima della diagnosi” e assumere la diagnosi non come problema assumendo e agendo la differenza tra “etichetta/paura” e bisogno reale.

Occorre individuare cure non standardizzate per essere efficaci (cure centrate sull’intensità di cura piuttosto che sulla diagnosi): ciò che facciamo ha ragione di essere se serve. Occorre quindi l’impegno a verificare la “beneficità” di ciò che facciamo (uscire dalla routine stereotipata dei “protocolli”).



Esiste lista d'attesa con tempi lunghi.
Occorre scegliere e condividere target e priorità di PIC.

Integrazione – rete – corresponsabilità

“L'utente è la patata bollente di cui liberarsi”. Occorre individuare luoghi di complementarietà per superare scollamento e separatezza (per “uscire dalla superbia”). Occorre costruire corresponsabilità delle istituzioni e dei professionisti e favorire integrazione, dialogo (linguaggi comunicanti).

Luoghi territoriali di integrazione con una regia chiara e riconosciuta quale “mandato istituzionale” cogente per superare/evitare sfaldamento, solitudine, sottrazione, delega.

C'è consapevolezza della complessità del contesto, occorre allora “fare rete” anche per una rinnovata capacità di “lettura dei fenomeni” (evitare risposte stereotipate).

Come allora un sistema complesso può generare una PIC condivisa, a partire da conoscenze condivise, linguaggi dialoganti: è la sfida attuale e per il futuro.

RETE: intesa come “rete sul caso individuale” (tra professionisti coinvolti, integrazione, corresponsabilità, reperibilità).

RETE: quale luogo strutturato (e condotto/regia) tra istituzioni e competenze professionali per “ragionare a bocce ferme” è “lavorare sul contesto e sulla costruzione delle corresponsabilità/integrazioni.

Dopo il 2000 la “riorganizzazione dei servizi” non ha favorito la complementarietà (l'integrazione socio-sanitaria) ma ha invece prodotto settorializzazione. Occorre invece ricominciare a costruire reti di corresponsabilità.

Occorre connettersi e mettere insieme “quello che c'è” per riqualificarlo.

La terra di mezzo

Carenza di risorse diurne, di “luoghi di mezzo” (centri diurni, centri diurni terapeutici.). Le risorse in tale ambito sono molto poche, occorre quindi lavorare per accrescere le risposte “di mezzo”, flessibili e diversificate.

Educativo e terapeutico

Nelle comunità educative sono in aumento le accoglienze di minorenni con disagio psicopatologico (anche con somministrazione di farmaci). Si evidenziano tempi lunghi per la presa in carico NPI e per le connessioni tra la comunità, il Servizio sociale inviante e UONPIA/NPI. Questa frammentazione, isolamento, tempi lunghi possono essere causa di una “tenuta ridotta” delle accoglienze nelle comunità educative. Non c'è rete.

In Comunità educativa non dovrebbero esserci ragazzi con disagio psicopatologico. Il gruppo non condivide questa affermazione, ma insiste sulla necessità della rete, presa in carico precoce, della corresponsabilità e della reperibilità. Solo così è possibile favorire la dimensione/approccio dell'educativo in correlazione con il sanitario, senza deleghe ma anche senza frammentazioni e autoreferenzialità colpevolizzanti

La Comunità terapeutica non è “l'ultima spiaggia”. La comunità terapeutica deve ragionare “a partire dai bisogni” e garantire risposte personalizzate e flessibili: quindi chi si prende la responsabilità della “trasgressione ragionata delle regole?”, come coniughiamo “risposta al bisogno e regole?”, quale flessibilità tra bisogno e regole? Quale sostegno istituzionale alla



flessibilità? Chi media con il mandato del TM? E con l'avvocato di parte? Dove sta il superiore interesse del minore?

La comunicazione

Occorre ripensare alla comunicazione e apprendere come governarla per trasmettere cultura e non allarmi.

"I punti di vista differenti si mediano con una sintesi comunicativa e attraverso una regia autorevole". In tale contesto occorre assumere che il punto di vista dei singoli risponde al vero e gli psichiatri non hanno l'evidenza della realtà".

La società civile

È soggetto interagente importante e portatore di "valore aggiunto". Occorre tenere conto dell'eterogeneità dei diversi contesti territoriali e co-costruire (tendere a costruire sempre) condizioni territoriali di incontro e confronto valorizzando relazioni pro-attive con il terzo settore, volontariato, oratori, scout, assunti come partner nella fase di "co-costruzione della conoscenza, della corresponsabilità, del dialogo e dell'interlocuzione".

Gli Oratori, le associazioni di volontariato possono essere "luoghi di cura", importanti risorse di territorialità tessitori di reti tra le persone (valore della prossimità). Questo sistema "virtuoso" può favorire tempi più brevi di individuazione precoce.

Come supportare "chi tesse le reti?", come renderli luoghi/opportunità competenti e "utili"? Un obiettivo da raggiungere.

Prevenzione

"C'è la desertificazione della prevenzione" e si prende in carico solo in fase acuta, molto dopo l'esordio.

Occorre intensificare "l'aggancio precoce" nella fascia 0/6 implementandone l'uso universale e "accompagnando gli educatori/animatori" nella capacità di lettura dei segnali senza spaventarsi e sapendo a chi fare riferimento (ancora la rete stabile).

Ambito importante di prevenzione sono anche "le terre di mezzo": doposcuola, oratori, associazioni, centri diurni, comunità diurne: quali elementi "arrivano prima" si intercettano prima a scuola, in oratorio, in comunità: Quale prassi ci possiamo dare per evitare che questi dati si perdano? Ancora una volta la rete stabile territoriale.

Individuare i "segni precoci" è la strada da seguire, evitando di "non vedere" perché "tanto non ci sono soluzioni".

Le relazioni familiari

È necessario e fondamentale il coinvolgimento attivo delle famiglie perché il lavoro va fatto a partire dai genitori. (Manca un servizio per la famiglia e il CF non bastano).

I problemi sono al 99% nella relazione minore/famiglia, consapevoli che non tutte le "famiglie sfasciate" hanno problemi psichiatrici.

Come sostenere resilienza (occorre indagare di più sull'implementazione dello sviluppo della resilienza).

La competenza adulta

C'è una perdita di competenza del mondo adulto che ha perso la capacità di discernere tra patologia e comportamento non patologico (quale fase evolutiva dell'adolescente, trasgressione, devianza non patologia). Occorre evitare il rischio di "patologizzare tutto" e recuperare la



capacità autorevole di entrare in relazione con il comportamento a rischio, darsi il tempo del discernimento, tollerare di “non avere sempre e subito la risposta”. Equilibrio e autorevolezza di un mondo adulto che non soccombe ma individua strategie di fronteggiamento (insieme). Occorre saper distinguere tra “rabbia” e “patologia”.

La scuola

È importante il coinvolgimento della scuola e degli insegnanti. Spesso il coinvolgimento della scuola è fino alla fine della secondaria di primo grado e poi si perde. La scuola è disorientata, non riesce a distinguere tra “disturbi del comportamento” e patologia. Importanza di luoghi di confronto comune (ancora la RETE).

Dipendenze

Occorre riflettere: il ragazzo al SERT “senza rete fuori” non ha alcun “futuro di salute”. Ancora rete e costruzione di sinergie/corresponsabilità.

Adozioni

È una priorità di presa in carico.

Si conferma la criticità relativa ai minorenni adottati (adozione internazionale in particolare). Il ricovero dei minorenni adottati ha valori altissimi (13% contro l'0,8% degli adottati sulla popolazione pari età). Occorre lavorare preventivamente con le Associazioni e gli Enti ausiliari che si occupano di formazione/valutazione/abbinamento delle famiglie e ripensare a processi strumenti più appropriati e più in grado di preparare/sostenere le famiglie e la scuola stessa (in proposito vedi “linee guida MIUR”).

Penale

Il “disagio psicopatologico” attraversa e comprende anche i minorenni “del penale”.

Msn

I MSNA “arrivano” ed è difficile “fare previsioni/preventivi”. I MSNA che oggi arrivano evidenziano segni di disagio psichico e in questo ambito occorre attrezzarci (vedi buona prassi a Milano).

BUONE PRASSI

- **Il progetto P.I.P.P.I** – in sperimentazione anche su questo territorio, è valutato positivamente per approccio non colpevolizzante e metodologia partecipativa, di rete. Da implementare e estendere sull'intero territorio nazionale con adeguate coperture economiche e di risorse professionali (organico dei servizi sociali)
- **Progetto Bridge - Comasina** – attivazione di processi di cura territoriali (ora concluso ma utile e da riattivare).
MSNA – protocolli in atto comune di Milano.



IN SINTESI

Aree critiche

- Presa in carico/diagnosi precoce/tempi
- Integrazione – rete – corresponsabilità
- Terra di mezzo (si sottolinea una carenza di risorse diurne, di “luoghi di mezzo” come centri diurni, centri diurni terapeutici...)
- Ambito educativo e terapeutico (comunità)
- Comunicazione tra professionisti e tra servizi
- Società civile (intesa come necessità di collaborazione con altre risorse territoriali, come per esempio associazioni di volontariato, oratori, scout...)
- Mancanza di prevenzione
- Relazioni familiari
- Competenza adulta
- Scuola
- Dipendenze
- Adozioni
- Ambito penale
- Minori stranieri non accompagnati

Buone prassi

- Progetto P.I.P.P.I.
- Progetto Bridge-Comasina
- Protocollo Minori stranieri non accompagnati (MSNA)



PADOVA

Data: 25 Luglio 2017

Sede: Aziende Sanitarie Padova - ULSS 6 - Complesso Socio Sanitario Dei Colli, via dei Colli n. 4, Padova

Conduttori: Alessandro Padovani – Roberta Castellan

Sono rappresentati i seguenti enti:

UOC di NPI

Tutela minori comune Padova)

CBM (Centro bambino maltrattato)

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

Fino ai 18 anni non lasciano niente alla psichiatria e mantengono stretto rapporto con la famiglia e la scuola. Gli psichiatri hanno iniziato a chiedere la collaborazione di NPI perché non hanno né preparazione né esperienza nell'approccio a questo paziente .

Nella presa in carico, fin dal ricovero, i genitori vengono integrati nell'animazione e progetto. È stato istituito un protocollo per il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta (documentazione richiesta).

Progetto esterno (finanziato) di presa in carico dei minori nel contesto familiare (documentazione richiesta).

Da ottobre 20 infermieri faranno un corso di formazione interno su come gestire il paziente adolescente con disturbo psichico durante il ricovero.

Criticità

- I posti letto sono stati resi disponibili da poco tempo e sono pochi
- Non ci sono servizi pubblici residenziali. Nutrita lista d'attesa
- Il privato non è adeguatamente coinvolto
- Necessità di fare un grosso lavoro con i genitori
- Mancanza di personale in reparto: pochi OSS, non ci sono né educatori né psicologi
- Dipendenze: numerose positività alle sostanze. Monitoraggio del SERT ma poi non c'è contatto e presa in carico. Sensibilità soggettiva dell'operatore
- Penale: non ci sono specifici protocolli
- Psichiatria: obiettivo di integrare SERT e NPI
- Stranieri: difficoltà con bambini adottati
- Viene sottolineata la mancanza di normativa, alcune patologie vengono tutelate (lg 104) altre no e mancano le risorse, tagli troppo elevati
- La sensibilità di chi sta ai vertici fa la differenza
- Importanza della cultura e della formazione



IN SINTESI

Aree critiche

- Mancanza posti letto
- Residenzialità pubblica
- Privato non adeguatamente coinvolto
- Difficoltà lavoro con i genitori
- Poca varietà di personale in reparto
- Dipendenze
- Penale (non ci sono specifici protocolli)
- Psichiatria (da integrarsi con SERT e NPI)
- Adozioni
- Soltanto alcune patologie sono tutelate dalla legge/tagli elevati
- Cultura e formazione

Buone prassi

- I rapporti con scuola e famiglia
- I genitori vengono integrati fin dal ricovero
- Protocollo per il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta
- Progetto esterno di presa in carico dei minori nel contesto familiare
- Formazione per infermieri sulla gestione del paziente adolescente in ricovero



PALERMO

Data: 18 Luglio 2017

Sede: Ambulatorio Adolescenti Azienda Sanitaria Provinciale

Conduttore: Alessandro Padovani

Sono rappresentati i seguenti enti:

NPIA ASP Palermo

Ambulatorio Adolescenti ASP

NPI Ambulatorio Autismo ASP

Centro Giustizia Minorile Palermo

USSM Palermo

Servizio Sociale Comune Palermo

Area educativa, Associazione Inventare Insieme

Cooperativa Canto di Los

Associazione Solco Palermo

Comunità per adolescenti Istituto Don Calabria

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

- Recente definizione di un'area organizzativa "di confine" tra ambulatorio adolescenti e psichiatria, con elaborazione di protocolli per il passaggio in età adulta in psichiatria.
- Servizi territoriali ritenuti importanti: esperienza dei centri diurni, terminata nel 2012, essenziale per un presidio territoriale e come servizio intermedio.
- Difficoltà di adottare una logica del servizio stabile a favore di interventi progettuali legati a logiche di finanziamento temporaneo.
- Assenza di posti letto per ricovero in emergenza e assenza di una rete di comunità terapeutiche con collocamento degli adolescenti anche fuori regione.
- Ruolo attivo e "forte" della magistratura, che pone il problema della relazione/conflitto tra criteri di natura giuridica e ottica della cura e libertà della cura.
- Lavoro con le famiglie: esperienza positiva di gruppi psicoeducazionali attivati anche con famiglie di adolescenti.
- Ambito penale: aumento di casi con problemi di policonsumo di sostanze e disturbi psichiatrici, problemi nei tempi della presa in carico sanitaria e carenza di luoghi di accoglienza adeguati e accessibili.
- Necessità di ricomporre sul programma di intervento i diversi servizi / operatori.
- Assenza di programmi di prevenzione e promozione del benessere continuativi rivolti all'infanzia e adozione di progetti temporanei.
- Necessità di programmi formativi congiunti con gli operatori delle varie istituzioni.



IN SINTESI

Aree critiche

- Adottare una logica di servizio stabile
- Assenza posti letto per ricovero/assenza di una rete di comunità terapeutiche
- Conflitto tra clinico e penale
- Problematica delle dipendenze
- Necessità di ricomporre sul programma di intervento i diversi servizi
- Assenza di programmi di prevenzione e promozione del benessere
- Formazione tra operatori e istituzioni

Buone prassi

- Definizione di un'area organizzativa di confine tra ambulatorio adolescenti e psichiatria
- Servizi territoriali ritenuti importanti
- Lavoro con le famiglie



ROMA²³

FOCUS GROUP 1

Data: 18 Luglio 2017

Sede: Gruppo Appartamento di Roma

Conduttore: Pietro Ferrara

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

L'incontro ha visto la partecipazione di figure rilevanti della comunità, psicologo, tutore, medico, che hanno aderito a questa iniziativa nonostante il periodo estivo renda non semplice gestire disponibilità e turnazioni del personale.

La sede coinvolta è situata in zona semi-centrale e accoglie per la maggior parte minori provenienti dalla zona di Roma Nord-Est, con alcune eccezioni di minori provenienti anche da Roma Sud.

La durata dell'incontro è stata di un'ora e mezza circa.

Sono stati illustrati dal conduttore gli scopi del lavoro e poi sottoposte ai presenti le domande specifiche per completare i vari ambiti.

Si è notato notevole coinvolgimento e interesse per questa iniziativa da parte di tutti i partecipanti. Spesso i presenti hanno portato come esempio casi ed episodi realmente accaduti in cui sono stati personalmente coinvolti.

Alla fine dell'incontro, è emersa grande fiducia nei possibili cambiamenti che questo percorso di monitoraggio potrà apportare alla gestione delle comunità.

È stata messa in evidenza inoltre in modo unanime da parte dei partecipanti, l'importanza di poter far sentire la propria voce sulle questioni più pratiche che riguardano la vita di comunità, questioni che spesso le norme non permettono di gestire in modo sufficientemente adeguato.

Criticità e aree di debolezza

1. Relativamente agli incontri stabiliti per costruire il progetto educativo si sottolinea l'importanza della partecipazione delle varie figure professionali (personale del servizio sanitario di provenienza, TSRME, responsabile comunità, tutore) ma emerge anche la frequente assenza del tutore, ruolo spesso ricoperto dal delegato del sindaco, impossibilitato a garantire la propria presenza, e a tal proposito si è evidenziata l'importanza di facilitare l'attuazione della Legge 47/2017 che introduce un albo di tutori volontari presso i singoli TM.
2. Per quanto riguarda le figure professionali che circondano il minore si sottolinea l'importanza di educatori non troppo giovani ma con una maturità esperienziale e anagrafica che permetta loro un rapporto col minore autoritario quando necessario, e senza confondimento di ruoli e coinvolgimenti non sani.
3. Riguardo la relazione con enti e strutture si rileva:
 - Difficoltà a prendere rapporti con i pediatri di riferimento del minore, per cui si fa spesso affidamento ad un pediatra che offre la propria disponibilità su base completamente volontaria e gratuita.

²³ A Roma sono stati realizzati tre *focus group* in altrettante realtà comunitarie. Nella sintesi vengono riportati i dati emersi in tutti e tre i *focus*.



- Difficoltà ad iscrivere il minore nella Asl presente nel territorio della comunità in quanto questo procedimento richiede la collaborazione del tutore, non sempre reperibile, e da qui l'esigenza di una maggiore autonomia sanitaria da parte della comunità, almeno per gestire le situazioni più banali.
- Difficoltà nel rapporto con le istituzioni scolastiche (docenti in posizione di rassegnazione riguardo ai possibili progressi del minore proveniente dalla comunità, frequente intervento dell'educatore che pur non avendo un ruolo genitoriale, interviene per informare i docenti sui bisogni particolari del minore, frequente riconoscimento di bisogni speciali soltanto ai minori che usufruiscono della Legge 104/92, timore e rifiuto da parte degli insegnanti a somministrare farmaci nell'ambiente scolastico).

Si porta all'attenzione anche il caso di un minore per il quale, mancando la delega del tutore, si è dovuto attendere mesi prima di poterne effettuare l'iscrizione scolastica.

4. Sulla gestione di eventi critici sono emerse le seguenti criticità elencate attraverso l'esposizione della storia di una persona di minore età che aveva tentato il suicidio.

Si è intervenuto seguendo questi step:

- Per prima cosa si è tentato di contattare il tutore e da qui è emersa la frequente difficoltà a prendere contatto con il tutore.
- Si è tentato successivamente di contenere gli agiti del minore, ma l'équipe era composta esclusivamente da personale femminile e da qui è emersa l'esigenza di personale misto (femminile e maschile) nell'équipe in grado di contenere anche fisicamente, gli agiti più aggressivi e potenzialmente pericolosi della persona di minore età.
- Si è infine chiamata l'ambulanza che ha condotto il minore in ospedale.
- Dopo la dimissione dall'ospedale, il minore è stato condotto in un'altra casa famiglia in quanto la precedente si era dichiarata incapace di gestire la gravità del caso.

Dal caso sopra citato è emersa inoltre l'esigenza di dare un riconoscimento economico e professionale anche alle comunità di accoglienza non propriamente terapeutiche. Permettendo al personale almeno di somministrare farmaci nei casi che lo richiedono (cosa che già avviene nelle comunità non terapeutiche, qualora ci fosse un operatore che vada ad assumersi la piena responsabilità di questa azione e delle relative conseguenze). Un secondo caso reale presentato è stato quello di un minore fuggito da una comunità. Da questo caso è emersa l'impossibilità nelle comunità di intervenire bloccando fisicamente la persona minore di età.

Non sono emersi dati sulla somministrazione di farmaci consigliati.

5. Sulla gestione del post acuzie è emersa la scarsa efficienza ed organizzazione dei servizi sanitari territoriali, soprattutto facendo riferimento alla neuropsichiatria infantile, con tempi di attesa molto lunghi.
6. Per quanto riguarda le relazioni con l'autorità giudiziaria, si è messo in evidenza uno scollamento tra tribunale per i minorenni e ambito penale, con ripercussioni sui tempi di affido che si allungano per mancata risoluzione appunto, delle questioni penali.
7. Difficoltà a gestire "adozioni fallite" (in aumento).



BUONE PRASSI E PUNTI DI FORZA

- Si evince una buona organizzazione del primo incontro in cui si costruisce il piano educativo individualizzato (PEI): a questo incontro a cui partecipano assistente sociale di provenienza, TSRME, tutore (quando non è nella persona del sindaco) si decide anche la data dell'inserimento del minore, privilegiando per l'ingresso, momenti in cui nella comunità non ci sono gli altri minori per evitare una loro accoglienza affettiva esplosiva che potrebbe disorientare il minore appena accolto.
- Emerge un'organizzata e periodica revisione delle informazioni sul minore: la prima revisione del PEI viene fatta dopo un mese dalla data dell'inserimento e successivamente, ogni 2 settimane, si fa una riunione dell'équipe (composta da educatore e psicologo in veste di supervisore) per condividere i dati del PEI; ogni tre mesi invece si compila una scheda del minore (vedi Allegato) alla presenza di psicologo, assistente sociale e tutore (quando non è il sindaco).
- Emerge una modalità di incontri del minore con la famiglia di origine, del tipo vigilata, alla presenza cioè di personale che sappia evitare sconvolgimenti emotivi e regressioni nel minore, andando a vanificare gli sforzi fatti dalla comunità per riportare equilibrio e serenità nella vita del minore stesso.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROPOSTE DA TUTTI I PRESENTI

- Promuovere negli operatori una formazione continua e mirata che abbia l'esperienza alla base, soprattutto con gli adolescenti, e cercare di limitare i *turnover* degli operatori.
- Per garantire una continuità relazionale alle persone di minore età.
- Favorire un migliore inserimento della comunità nel contesto sanitario territoriale agendo su due versanti: velocizzando gli aspetti burocratici e permettendo un intervento più attivo del tutore.
- Programmare percorsi assistenziali privilegiati, adeguati alle esigenze di cura dei minori in comunità.



FOCUS GROUP 2

Data: 14 Luglio 2017

Sede: Gruppo Appartamento di Roma

Conduttore: Pietro Ferrara

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

L'incontro ha visto la partecipazione del responsabile della comunità, un educatore, uno psicologo, un assistente sociale, un tutore che hanno da subito offerto la loro collaborazione a questa iniziativa mostrando grande interesse.

La sede coinvolta è situata in zona un po' periferica di Roma ma immersa nel verde e in questa struttura giungono minori di età compresa tra 0 e 18 provenienti da tutti i municipi romani: circa la metà dei minori ha comunque un'età media di circa 12 anni.

La durata dell'incontro è stata di due ore circa.

Sono stati illustrati dal conduttore preliminarmente gli scopi del lavoro e poi sono state sottoposte ai presenti le domande specifiche per completare i vari ambiti.

È emersa da parte dei partecipanti grande voglia di condividere la propria esperienza comunitaria sottolineandone pregi e difetti.

I presenti hanno riportato casi realmente accaduti che li hanno visti coinvolti personalmente. Alla fine dell'incontro, è emersa grande speranza nei possibili interventi migliorativi che questo progetto potrà apportare alla gestione delle comunità.

Criticità e aree di debolezza

- Riguardo le relazioni con enti e strutture si riferiscono, nei casi in cui la persona di minore età cambi residenza, numerose difficoltà burocratiche nell'iscrizione ad un'altra struttura scolastica e difficoltà nel reperire un pediatra di riferimento
- Sulla gestione di eventi critici, si riporta il caso di una ragazza di etnia rom di 17 anni per la quale si è intervenuto portandola in Questura, non riuscendo a gestire il caso in comunità, e il caso di un ragazzo rom ricoverato per difficoltà di gestione in comunità
- Sulla gestione degli interventi valutativo-diagnostici con target specifici, si riporta il caso di un MSNA per il quale già era stato fatto un progetto con un tutore. Il minore aveva commesso reati e veniva valutato periodicamente dal NPI
- Si evidenziano i limiti sia di personale che di numero dei TSRME, per accedere ai quali i minori accolti nelle comunità non possono attingere ad una lista prioritaria. Si riporta a questo punto il caso di un ragazzo nigeriano con difficoltà a seguire un percorso logopedico nel Ssn a causa delle numerose persone in lista d'attesa, e questo ha spinto ad intraprendere una terapia privata che inevitabilmente ha pesato sull'economia della comunità. Inoltre è emerso che ci sono professionisti come NPI, che danno la loro disponibilità a visitare questi minorenni ma ai quali ci si rivolge sempre "per conoscenza"
- Emerge il fatto che ci sono Municipi in cui il numero di tutori è troppo esiguo per il numero di bambini ad essi assegnati e inoltre ci sono lungaggini burocratiche
- Si sottolinea la difficile continuità del percorso psicoterapeutico nel servizio pubblico e questo spinge gli operatori a proseguire il percorso delle persone di minore età nel privato



Buone prassi e punti di forza

- Al momento dell'ingresso del minore viene compilato il pei e una scheda di accoglienza. Il PEI viene successivamente presentato al Servizio sociale di riferimento (quello del territorio in cui egli è residente).
- Il PEI viene periodicamente condiviso con il Servizio sociale e con il tutore.
- Le modalità di coinvolgimento della famiglia vengono decise in base al provvedimento preso dal tribunale.
- Con una certa periodicità si fanno riunioni tra gli operatori per discutere su eventuali progressi o problematiche del minore.
- Due volte a semestre il responsabile prende contatto telefonico o personale con tutori, assistente sociale e tribunale delle persone di minore età.
- Le relazioni con l'autorità giudiziaria vengono gestite tramite l'assistente sociale.

Azioni di miglioramento proposte da tutti i presenti

- Necessità di canali privilegiati nelle ASL in grado di fornire un servizio adeguato alle esigenze di cura del minore in comunità.
- Evitare di arruolare operatori con un'età troppo vicina a quella degli adolescenti.
- Potenziare la formazione degli operatori vista la difficoltà a trovare personale con esperienza specifica nel campo.



FOCUS GROUP 3

Data: 21 luglio 2017

Sede: Comunità residenziale psico-socio educativa per minorenni con disagio psichico - Roma

Conduttore: Anna Maria Picarelli

Presenti:

- Presidente e Rappresentante legale dell'Associazione, Responsabile della Comunità: supervisiona l'andamento generale dei progetti e il funzionamento globale della struttura;
- Responsabile clinica: si occupa della gestione dei progetti terapeutici e coordina l'equipe di lavoro;
- Neuropsichiatra: referente per l'aspetto sanitario del progetto del minore attraverso un monitoraggio costante degli utenti;
- Supervisore dell'equipe;
- Equipe di coordinamento: composta da un referente area valutazioni in ingresso, fase ambientamento e rapporti con i servizi inviati, un referente area famiglie e terapeuti, un coordinatore che ha il compito di tenere le fila dei singoli progetti raccordando il lavoro di rete con le attività interne;
- Responsabile attività laboratoriali: coordina i vari laboratori e ne verifica i progetti;
- Conduttori laboratori: professionisti esperti della materia, coadiuvati dagli operatori della Comunità;
- Terapeuti: professionisti esterni che operano all'interno del centro clinico della Comunità;
- Operatore di riferimento: assegnato ad ogni utente, tiene le fila del progetto del minore, attraverso delle verifiche strutturate;
- Gruppo operatori: cura la quotidianità del progetto residenziale sostiene l'utenza nel lavoro motivazionale, supporta il minore nei vari passaggi del progetto, sia verso l'interno che verso l'esterno;
- Referente area ricerca: segue i vari progetti di ricerca attivi all'interno della Comunità.

SINTESI DEI PRINCIPALI TEMI SVILUPPATI

Modalità di costruzione del piano di trattamento individuale – PTI (nel caso di NPJA), di progetto terapeutico riabilitativo personalizzato – PTRP, di progetto educativo individualizzato

Il progetto individualizzato viene formulato in accordo con i Servizi di riferimento del minore, sanitari e/o sociali, dopo un primo periodo di osservazione quotidiana in comunità. Viene condiviso con il minore stesso e tarato sulle sue possibilità e inclinazioni, con la finalità generale di riattivare il ciclo evolutivo interrotto. Il progetto prende in considerazione sia aspetti educativi che più strettamente terapeutici. Per quanto riguarda i primi sono relativi ad un lavoro sulle autonomie personali (cura di sé, dei propri spazi, organizzazione delle proprie attività), ad una ripresa del percorso scolastico/formativo, di attività sportive o comunque esterne alla comunità per supportare il reinserimento sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente terapeutici, questi riguardano l'attivazione di una terapia individuale, se e quando possibile l'attivazione di un percorso di terapia familiare, il monitoraggio di un piano farmacologico attraverso colloqui strutturati con la NPI della Struttura, la presenza ad un gruppo terapeutico cui prendono parte tutti gli ospiti della Struttura e la partecipazione a laboratori creativo espressivi.



Questi ultimi hanno il duplice obiettivo di far sperimentare al minore un senso di autoefficacia, valorizzando le sue risorse, e lavorare sulle sue modalità di relazione, supportando tale aspetto nell'interazione in gruppo con gli altri pari.

Ad ogni ospite viene assegnato un operatore di riferimento che tiene le fila del progetto monitorandone l'andamento.

Modalità di condivisione del PTI, del PTRP e PEI

Il progetto viene condiviso con i servizi di riferimento, tramite riunioni di rete e in forma scritta, attraverso relazioni di aggiornamento, con la famiglia e con il minore stesso.

Inoltre, l'equipe discute dell'andamento del progetto durante la riunione clinica settimanale, insieme alla responsabile clinica e alla NPI. Ogni tre mesi, il progetto viene rivisto e aggiornato dal coordinatore, la NPI, l'operatore di riferimento insieme al minore stesso.

Modalità di coinvolgimento della famiglia, tutori o modalità di costruzione di una nuova rete familiare

La famiglia viene coinvolta sin dai primi incontri di avvicinamento del minore alla comunità. La presenza di una referente specifica di tale area, facilita lo strutturarsi di punti di riferimento chiari per i familiari. Vengono organizzati con regolarità incontri di monitoraggio nei quali si condivide l'andamento del progetto del minore, in modo da rendere la famiglia partecipe e attiva nel percorso di cura. Se possibile viene attivata anche una terapia familiare, presso il centro clinico della comunità, con professionisti esterni.

Modalità di relazione e comunicazione con altri enti e strutture (scuola, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, etc)

Con i servizi di riferimento, sociali e sanitari, vengono fatte riunioni di rete a cadenza regolare. Inoltre trimestralmente vengono inviate relazioni di aggiornamento dell'andamento del progetto, oltre a note di comunicazioni su eventi o aggiornamenti significativi nell'arco dei tre mesi. La NPI è l'interfaccia medica con tutti i servizi o i riferimenti di tale area.

Esiste la figura di un referente area scuola che si relaziona con gli istituti scolastici, garantendo una continuità del percorso e che supporta la stessa scuola nella gestione delle criticità del minore inserito. La NPI partecipa agli incontri GLH come specialista per un ulteriore supporto a tale area.

Presenza di forme di raccordo e leadership per gli operatori coinvolti

Nell'organizzazione della comunità, esistono varie figure con diverse responsabilità che garantiscono la continuità e un raccordo su ogni area: referente area servizi, mantiene i contatti con i servizi di riferimento dal momento dell'inserimento e per tutta la durata del progetto, referente area scuola, con la stessa funzione di raccordo, referente area famiglie, si interfaccia con i familiari attraverso incontri strutturati per un confronto sul progetto del minore. La responsabile clinica, inoltre, definisce la linea clinica e terapeutica per ogni minore inserito, tenendo in considerazione i vari operatori coinvolti e le varie aree attivate.

Gestione dei differenti livelli di intensità terapeutica

Il percorso comunitario si basa su un approccio multidisciplinare clinico-educativo: le dinamiche psicopatologiche del singolo ragazzo, vengono integrate con quelle del gruppo, necessarie alla definizione sia dei progetti terapeutici specifici, sia dell'intervento nella quotidianità. Il percorso



terapeutico è caratterizzato da tutti gli interventi necessari ai bisogni dei minori ospiti: farmacologico, psicoterapeutico, educativo, relazionale, espressivo, secondo una modalità integrata e adeguata alla complessità che ogni individuo presenta. La NPI si occupa dei monitoraggi della terapia farmacologica, attraverso colloqui strutturati settimanalmente, interfacciandosi direttamente con i NPI titolari del caso, come anche con le Strutture ospedaliere se dovesse risultare necessario un ricovero. Nei momenti di maggiore criticità possono essere attivate figure aggiuntive che seguono individualmente il minore, oltre agli operatori presenti quotidianamente.

I progetti individualizzati, inoltre, vengono tarati a secondo del diverso livello di intensità terapeutica necessario, caso per caso.

Modalità di gestione degli eventi critici (fughe, ricorso alle forze dell'ordine ad esempio nelle strutture residenziali) e dell'acuzie

Per quanto riguarda la gestione degli eventi critici, in caso di fuga oltre alla segnalazione telefonica alle forze dell'ordine, viene fatta direttamente nella questura di competenza una denuncia di scomparsa, contestualmente vengono informati i servizi di riferimento e la famiglia, quando presente.

In caso di crisi e di acuzie, viene chiamato il pronto intervento sanitario 118 e si accompagna il minore presso il pronto soccorso.

Spesso contemporaneamente vengono allertate le forze dell'ordine se la crisi è particolarmente grave e c'è un rischio per l'incolumità del minore stesso o degli altri ospiti presenti. Servizi e famiglia vengono sempre informati contestualmente.

Modalità di gestione del post acuzie e dell'handover transizione tra ospedale e territorio

Nel passaggio dal ricovero al collocamento in comunità, l'obiettivo generale è quello di aiutare il minore ad un reinserimento sociale, riattivando tutte le risorse del territorio che possono facilitare tale processo: scuola, centri sportivi, centri di aggregazione. Tale progettualità viene sempre condivisa con i servizi di riferimento del caso. Alcune volte, prima che il minore sia pronto a riprendere le attività esterne in maniera autonoma, lo si inserisce in attività interne all'Associazione, in modo da potersi sperimentare inizialmente in un contesto maggiormente protetto (centro diurno polifunzionale del Fiore del Deserto, nel quale sono presenti diversi laboratori occupazionali, gestiti da personale specializzato).

Gestione del processo valutativo-diagnostico e interventi successivi con target specifici (adolescenti autori di reato, adolescenti stranieri non accompagnati, altri)

I minori inseriti in comunità spesso hanno già una diagnosi, negli altri casi vengono attivati i servizi territoriali o viene fatta una valutazione interna. Per ogni specificità si attivano tutte le risorse possibili specializzate in tale area.

Gestione delle relazioni con autorità giudiziaria

Le relazioni con l'Autorità giudiziaria, vengono mantenute sia in forma scritta, attraverso relazioni di aggiornamento, sia in forma di colloqui verbali. I minorenni vengono sempre accompagnati da un coordinatore o responsabile della comunità in caso di incontri con l'autorità giudiziaria.



Programma di monitoraggio degli esiti

Il referente dell'area ricerca si occupa di analizzare i vari casi, dall'apertura della struttura ad oggi, a seconda dei vari progetti di ricerca attivati. Questo permette un'analisi più accurata anche degli esiti dei vari progetti. Emergono, però, delle criticità relative a tale area, spesso infatti risulta difficoltoso riuscire a reperire informazioni dettagliate rispetto al proseguimento del progetto nel dopo comunità.

IN SINTESI

Aree critiche

- Tempi di programmazione dei ricoveri
- Mancanza di linee guida rispetto ad agiti di violenza
- Difficoltà di coinvolgimento tra i vari servizi
- Nei casi di cambio residenza ci sono difficoltà burocratiche nell'iscrizione a un'altra struttura scolastica e a reperire un pediatra di riferimento
- Gestione eventi critici
- Gestione interventi valutativo-diagnostici
- Limiti di accessibilità dei TSMREE (servizi territoriali per la Tutela della Salute Mentale e la Riabilitazione in Età Evolutiva). I minori delle comunità terapeutiche non possono avere una lista prioritaria
- Numero di tutori troppo esigui nei municipi in confronto al numero di bambini a loro assegnati
- Difficile continuità del percorso psicoterapeutico nel servizio pubblico.
- Frequente assenza del tutore
- Educatori troppo giovani
- Relazione con enti e strutture (pediatri di riferimento, autonomia sanitaria da parte della comunità terapeutica, difficoltà con le istituzioni scolastiche)
- Eventi critici (difficoltà di contatto col tutore, contenere gli agiti, gestione dei farmaci).
- Gestione post acuzie (tempi di attesa)
- Relazioni con l'autorità giudiziaria (scollamento tra tribunale per i minorenni in ambito penale con ripercussioni sui tempi di affido che si allungano per mancata risoluzione delle questioni penali)
- Difficoltà a gestire le "adozioni fallite" (in aumento)
- Percorso di dimissione



Buone prassi

- Formazione permanente
- Basso *turn-over*
- Calendarizzazione ferie/festività per gli operatori di comunità
- Diffusione delle informazioni sul minore a tutti i componenti dell'équipe
- Protocollo emergenza
- Progetto "Compagno Adulto" per il reinserimento sociale
- PEI (Piano educativo individualizzato) e scheda accoglienza
- PEI periodicamente condiviso con il servizio e con il tutore
- Coinvolgimento della famiglia in accordo con il tribunale
- Riunione tra gli operatori sui casi
- Buona organizzazione del primo incontro (con i servizi) in cui si costruisce il PEI
- Periodica revisione delle informazioni sul minore e revisione del PEI
- Incontri con la famiglia di origine
- Relazioni con l'autorità giudiziaria per tramite dell'assistente sociale



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

7. Allegati



1. Allegato 1

GRIGLIA PER LA CONDUZIONE DEI <i>FOCUS GROUP</i>	
NOME e TIPOLOGIA DEI SERVIZI PARTECIPANTI (se servizio ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, etc)	
TERRITORIO in cui insiste	
MODALITÀ DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE- PTI (nel caso di NPJA), di PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO – PTRP, di PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO	
MODALITÀ DI CONDIVISIONE DEL PTI, DEL PTRP E PEI	
MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA, TUTORI O MODALITÀ DI COSTRUZIONE DI UNA NUOVA RETE FAMILIARE	
MODALITÀ DI RELAZIONE E COMUNICAZIONE CON ALTRI ENTI E STRUTTURE (scuola, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, etc)	
PRESENZA DI FORME DI RACCORDO E LEADERSHIP PER GLI OPERATORI COINVOLTI	
GESTIONE DEI DIFFERENTI LIVELLI DI INTENSITÀ TERAPEUTICA	
MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI (fughe, ricorso alle forze dell'ordine ad esempio nelle strutture residenziali) E DELL'ACUZIE	
MODALITÀ DI GESTIONE DEL POST ACUZIE e dell'HANDOVER transizione tra ospedale e territorio	
GESTIONE DEL PROCESSO VALUTATIVO-DIAGNOSTICO E INTERVENTI SUCCESSIVI CON TARGET SPECIFICI (adolescenti autori di reato, adolescenti stranieri non accompagnati, altri)	
GESTIONE DELLE RELAZIONI CON AUTORITÀ GIUDIZIARIA	
PROGRAMMA DI MONITORAGGIO DEGLI ESITI	



Temi guida: superiore interesse del minore, promozione della salute mentale, prevenzione

1) Specificità

- Per età
- Tempestività e appropriatezza
- Per eventi di vita
- Per coinvolgimento dei contesti incluso il supporto alle famiglie

2) Partecipazione

- Adeguata informazione e pieno coinvolgimento nelle scelte
- Del minore
- Delle famiglie
(Accoglienza empatica, rispettosa e non giudicante)

3) Continuità

- Dei legami e delle relazioni
- Longitudinale e trasversale
- Integrazione interistituzionale e interprofessionale
- Formazione

4) Autonomia

- Valorizzazione punti di forza
- *Least restrictive* (il meglio meno invasivo) dose minima efficace e *primum non nocere* (minimo intervento e minima invasività)
- Contrasto all'istituzionalizzazione
- Radicamento territoriale e inclusione sociale



2. Allegato 2

Agli interessati

Oggetto: Consulta delle associazioni e delle organizzazioni preposte alla promozione e alla tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. gruppo di lavoro: Disagio psicopatologico negli adolescenti – Richiesta collaborazione.

Nell'ambito delle competenze che la legge attribuisce all'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, con decreto del 10 novembre 2016, è stata istituita la Consulta delle associazioni e delle organizzazioni preposte alla promozione e alla tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 luglio 2012, n. 168.

Uno dei gruppi di lavoro in cui è articolata la Consulta - Il disagio psicopatologico negli adolescenti - nasce dalla considerazione che il disturbo psichico, il cui esordio si colloca nell'età adolescenziale, richiede la predisposizione di un ventaglio di risposte, soluzioni, risorse che devono tenere conto dell'integrazione tra il sociale ed il sanitario e devono ricomprendere la famiglia, l'ambiente e le istituzioni.

Il gruppo, costituito ai sensi del DPCM 168/2012 da rappresentanti della Consulta delle associazioni e delle organizzazioni, nonché da esperti, si pone l'obiettivo di dimensionare il fenomeno e di individuare un modello auspicabile di trattamento del disagio psichico in adolescenza che ne garantisca la continuità assistenziale.

A tal fine è stata predisposta una griglia di osservazione utile a rilevare, nei differenti territori della nostra penisola, le criticità in atto nei percorsi di presa in carico, ma anche le buone pratiche attivate. La metodologia utilizzata sarà quella delle "sessioni di gruppo" attraverso le quali si intende riunire intorno ad un tavolo soggetti che in un dato ambito territoriale, oggetto di studio, afferiscono alla filiera dei servizi che si occupano di disagio psichico e di disturbi psichiatrici in adolescenza.

Nella logica del consolidamento delle reti che contraddistingue l'operatività di questa Autorità, si chiede la vostra disponibilità a partecipare all'incontro che sarà organizzato dai componenti del gruppo di lavoro della Consulta.

La vostra collaborazione sarà utile alla definizione dei lavori del gruppo istituito nell'ambito della Consulta ed in definitiva alla tutela degli interessi delle persone di minore età con disagio psichico o disturbo psichiatrico e delle loro famiglie.

Si ringrazia e si inviano cordiali saluti.

Filomena Albano



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Via di Villa Ruffo, 6
00196 Roma
(+39) 06 6779 6551
segreteria@garanteinfanzia.org
www.garanteinfanzia.org