ilBacchiglione

Rivista on-line

NOVEMBRE - DICEMBRE

2020

INDICE:

COPERTINA pag.1

EDITORIALE
-Il “Piano Straordinario” che i ragazzi si attendono..... pag.3

POLITICHE SOCIO SANITARIE
- L’educatore professionale e il costo della cura..... pag.5
- L’importanza del pronto soccorso psicologico per l’operatore sanitario pag.8

TERRITORIO
- Divagazioni nell’acqua limacciosa..... pag.10

ADOLESCENZA
-Integrarsi per non disintegrare. *Integrazione socio sanitaria nel lavoro d’equipe in adolescenza*..... pag.13

EVENTI
-Recensione evento “L’adolescenza e i gruppi” pag.19

RECENSIONI
- L’educatore geografo dell’umano. Accompagnare famiglie con bambini in situazione di vulnerabilità, di Tuggia Marco pag.21
- Preferisco il paradiso - San Filippo Neri, di Giacomo Campiotti pag.22

APPROFONDIMENTI SCIENTIFICI
- Maltrattamento infanzia in Italia, alto e amplificato dall’emergenza Covid19 ..... pag.23

SOMMARIO pag.25

E-mail: comunicazione@retemaranatha.it

In copertina immagine di stokpic da Pixabay

ilBacchiglione | Editoriale

Image by Cheryl Holt from Pixabay

IL "PIANO STRAORDINARIO" CHE I RAGAZZI SI ATTENDONO

Qualche settimana fa abbiamo celebrato la Giornata internazionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, una ricorrenza che ricorda, qualora ce lo fossimo dimenticato, il fatto che anche i bambini sono soggetti aventi diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici.

In questa occasione il Gruppo CRC (Convention on the Rights of the Child) che nel 2020 compie 20 anni, ha pubblicato l'11° Rapporto di monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, che allarga lo sguardo sull'impatto della pandemia sui quasi 10 milioni di bambini e adolescenti che vivono in Italia. La crisi ha portato alla luce, aggravandole e dilatandole, le criticità che le 100 associazioni del network continuano a rilevare da anni: l'assenza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nella cultura politico-amministrativa e nell'agenda politica e la mancanza di un coordinamento efficace in tale ambito. L'analisi si chiude come sempre con delle raccomandazioni rivolte alle istituzioni competenti per facilitare il cambiamento e fornire suggerimenti su come superare le criticità.

Viviamo costantemente una profonda dissociazione. Da una parte solleciti nelle dichiarazioni di principio sulle quali, nella maggior parte dei casi siamo tutti d'accordo, ma dall'altra profondamente inadempienti nelle scelte che si traducono in programmi, servizi, politiche di largo respiro. Ora potremmo dire che un diritto diventa tale nella misura in cui non ci può essere negato o addirittura tolto, diminuito, assoggettato alle "leggi dell'economia", dei bilanci.

"Si…, il diritto deve essere garantito ma, poi…, bisogna vedere se ci sono le risorse" - spesso sentiamo dire.

In queste settimane saremo nuovamente chiamati alla prova dei fatti tra le dichiarazioni di principio e la necessità di fare delle scelte di politiche coerenti. L'occasione ci viene offerta dall'elaborazione del Piano di Zona 2021. Per i meno pratici il Piano di Zona è una sorta di "piano regolatore" che dopo aver analizzato i bisogni di una comunità, di un territorio, sentiti i soggetti preposti e le principali agenzie educative, stabilisce la "quantità" e la "qualità" delle risorse da mettere in campo per rispondervi in maniera adeguata. Si è detto che quello del prossimo anno sarà un "piano straordinario" data la situazione emergenziale che stiamo vivendo ma, noi sappiamo, che l'emergenza non ha fatto altro che "togliere il velo" e rendere più chiare le note carenze di questi anni. Criticità più volte segnalate dal Tavolo veneto "Un Welfare per i minori", attivo su questi temi da oltre dieci anni, una rete di enti e associazioni che aggrega coordinamenti rappresentativi di centinaia di realtà venete del sociale, del volontariato, del mondo professionale e della scuola. Educatori, medici, insegnanti, psicologi, assistenti sociali, avvocati, animatori, volontari, docenti universitari, amministratori locali, famiglie e cittadini che quotidianamente vivono a stretto contatto con i bambini e i giovani che abitano le nostre città.

Considerando l'importanza del futuro Piano di Zona per la Programmazione sociale e sociosanitaria dei prossimi anni e la complessità-

vastità delle “politiche” inerenti i bisogni sociali e di assistenza sociosanitaria dei minori d’età-genitori-donne-famiglie, è stata predisposta una “Guida pratica” a schede per la partecipazione al tavolo tematico Famiglia, infanzia, adolescenza, minori, donne e giovani. Un documento diretto ai soggetti decisori, sindaci e amministratori dei nostri comuni, che ha il pregio di sottolineare le criticità ma, soprattutto, articola in maniera puntuale e competente alcune proposte/richieste sia sul piano dei contenuti che sul metodo di lavoro.

Alcuni aspetti rilevanti riguardano l’emergenza che stiamo vivendo.

Oggi assistiamo ad un aggravamento della condizione minorile derivante dalla pandemia. Bambini e ragazzi che stanno convivendo con restrizioni inspiegabili per i più piccoli e diventa sempre più dannosa la mancanza di cure per quelli con disagi, disturbi psichici e comportamentali. Vanno, quindi garantiti i servizi di “Tutela Minori” e devono essere rispettate le “prestazioni assistenziali sociosanitarie” (Livelli Essenziali Assistenza, di cui agli art. 24, 25, 32), di competenza del Servizio Sanitario Nazionale a livello distrettuale con tutte le misure previste per i minori a rischio o in situazione di pregiudizio e grave disagio familiare.

Diventa necessario un Piano Regionale per la Tutela e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva con una programmazione anche per progettare il ripristino di opportunità socio-educative che in questa fase sono soppresse.

La violenza alle donne è stata inserita nell’area “Povertà e inclusione sociale”, ma, più che disseminare il territorio di “sportelli famiglia”, fuori “sistema” dovrebbe essere previsto un potenziamento delle attività di prevenzione nei Consultori Familiari, ora del tutto insufficiente, dove accede la maggior parte delle situazioni di conflittualità familiare anche con episodi di violenza fisica e psicologica.

Entrare nel merito di questi aspetti con scelte coraggiose e di potenziamento per promuovere il diritto alla crescita e alla cura dei nostri ragazzi, é urgente e, sicuramente, il miglior modo per celebrare la Giornata internazionale per i diritti dell'infanzia e dell’adolescenza.

Gigi Nardetto

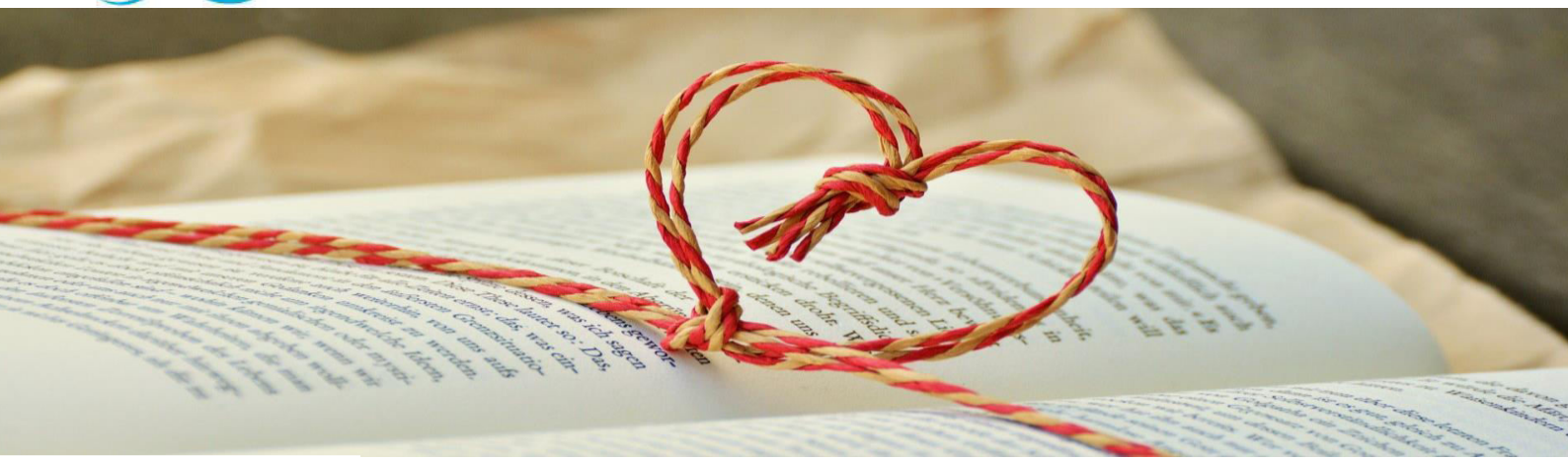


Image by congerdesign from Pixabay

L'EDUCATORE PROFESSIONALE E IL COSTO DELLA CURA

L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario in grado di attuare specifici interventi educativi e riabilitativi ed esprime la sua professionalità nell'ambito di progetti terapeutici elaborati all'interno di un équipe multidisciplinare al fine di promuovere uno sviluppo equilibrato della personalità dei soggetti in difficoltà, nonché il loro inserimento o reinserimento nella comunità (Decreto 8 ottobre 1998, n.520). L'educatore professionale, per poter costruire una relazione educativa nonché un'alleanza terapeutica, deve entrare in relazione con la persona che gli è stata affidata mediante un atteggiamento connotato dall'empatia e deve possedere una sufficiente consapevolezza delle proprie risorse personali adattive, nonché delle sue strategie di coping necessarie per fronteggiare lo stress nello svolgimento di un lavoro caratterizzato dalla compassione (intesa come partecipazione all'altrui sentire e patire) cui segue il rischio di coinvolgimento emotivo. Per empatia si intende la capacità di percepire, senza giudizi, il mondo interiore dell'utente come se fosse il proprio, attraverso la comprensione dei suoi sentimenti (Sabo, 2006). Diversamente, la compassione viene definita appunto come consapevolezza, da parte del professionista, della sofferenza provata dall'utente che ha preso in carico, nonché il suo desiderio di attuare azioni per poterla alleviare, percependo ciò che la persona prova in quel momento (Sabo, 2006). Se tali atteggiamenti empatici e la predisposizione alla compassione sono elementi fondamentali nella professione dell'Educatore Professionale, è proprio attraverso la loro espressione che l'operatore si espone al rischio di sviluppare una serie di disturbi sul piano emotivo, psicologico, comportamentale e identitario definiti come disturbi vicari: uno tra tutti la Compassion Fatigue (Olivato, 2016; Benson & Magraith, 2005).

La Compassion Fatigue

Per Compassion Fatigue si intende il costo della cura nelle professioni d'aiuto che si occupano di persone colpite da gravi malattie, lutti o disastri e si definisce come uno degli effetti a lungo termine di molteplici e ripetute esperienze di compassione, una sorta di saturazione della possibilità di compatire con l'altro che provoca un esaurimento profondo a livello cognitivo, emozionale, comportamentale, spirituale, psicosomatico, di performance lavorativa e delle relazioni umane (Fingley, 1995; Yassen, 1995). I sentimenti di profonda comprensione e partecipazione per la persona che soffre, seguiti dal tentativo di eliminarne la causa o a diminuirne la sofferenza, possono portare ad un accumulo di stress da compassione che il professionista non riesce più a sopportare (Palestini et al, 2009; Radey & Figley, 2007). È importante saper prevenire la Compassion Fatigue, nonché riconoscerla e attuare di conseguenza specifici interventi dato che, come afferma Stamm, la Compassion Fatigue "è una conseguenza indesiderata, naturale, prevedibile, evitabile ma anche curabile" (Hooper.,et al., 2010).

I fattori di rischio della Compassion Fatigue

Gli educatori professionali che soffrono di Compassion Fatigue rischiano di diventare inefficaci durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, proprio perché hanno difficoltà a relazionarsi empaticamente con gli utenti poiché inconsapevolmente attuano un progressivo distanziamento emotivo dall'altro in quanto paziente (Jacobson, 2006). I fattori di rischio che

incidono sullo sviluppo della Compassion Fatigue sono legati alla scarsa cura di sé, al rifiuto o alla mancanza di strumenti per poter gestire e controllare i fattori di stress che trovano origine nello svolgimento del lavoro, alla mancanza di soddisfazione nell'esercizio della propria professione nonché la presenza di esperienze traumatiche personali non risolte o rielaborate (Fingley, 1995; Yoder, 2010). Altri fattori che possono contribuire alla comparsa della Compassion Fatigue sono la presenza di disturbi d'ansia o dell'umore, strategie di coping disfunzionali e disadattive, la giovane età del professionista, nonché il lavorare da molti anni nello stesso ambito o reparto (Rossi., et al, 2012; Newell & MacNeil, 2010; Van Hook & Rothenberg, 2009). Inoltre, nello sviluppo della Compassion Fatigue possono incidere le dinamiche organizzative, come una scarsa collaborazione tra colleghi, una cattiva gestione dei ruoli all'interno dell'unità operativa, turni di lavoro troppo stancanti, nonché l'ambito lavorativo nel quale l'educatore professionale lavora e l'età dei pazienti presi in carico, nello specifico bambini e adolescenti rappresentano una tipologia di utenti maggiormente rischiosa (Maytum, 2004).

Tra le conseguenze più evidenti della Compassion Fatigue è possibile riscontrare nel professionista una generale diminuzione di sentimenti positivi, l'incremento dell'insoddisfazione nel lavoro e sentimenti di perdita di speranza, nonché l'esaurimento psicologico ed emozionale e il possibile manifestarsi di condotte devianti, tra cui l'uso di droghe e l'abuso di alcool (Jacobson, 2006). In altri casi il professionista decide di lasciare il proprio posto di lavoro o ricercare nuove occasioni lavorative che non prevedano il coinvolgimento diretto con i pazienti (Davis & Palladino, 2011; Figley, 2002).

Promuovere la Compassion Satisfaction per prevenire la Compassion Fatigue

Per Compassion Satisfaction si intende la sensazione e la percezione che il professionista prova nello svolgere un buon lavoro, ossia la soddisfazione che sente nel momento in cui esercita la sua professione. L'educatore professionale, in questo caso, percepisce che la sua presenza, i suoi gesti e le sue parole di compassione sono significative per l'altro che soffre. La Compassion Satisfaction appartiene all'operatore che sente di vivere il proprio lavoro in modo pieno e realizzato, provando piacere nell'avere un ruolo a contatto con persone in difficoltà o in condizioni di malattia, sentendosi utile e capace di svolgere quel compito (Bobbo, 2015; Figley; 1995). In letteratura vengono individuate alcune strategie che possono essere utilizzate per massimizzare la Compassion Satisfaction e per prevenire quindi la Compassion Fatigue. In particolare, Yassen (1995) ha elaborato il Modello Ecologico di prevenzione, nel quale rientrano diverse strategie di tutela dell'equilibrio psicologico ed emotivo (Self-Care Strategies): per il professionista è infatti importante riuscire a prendersi cura di sé attraverso, per esempio, lo svolgimento di un regolare esercizio fisico, l'espressione spirituale (all'interno di un culto strutturato o no), il contatto con la natura o il volontariato. È inoltre importante che sia capace di chiedere aiuto nei momenti di difficoltà, nonché di sapersi porre dei limiti di tempo e di impiego delle proprie risorse mentali, fisiche e psicologiche. Yassen (1995) inoltre sottolinea l'importanza di una gestione orientata e oculata dell'organizzazione del lavoro, la programmazione di una supervisione attenta e competente a disposizione degli operatori esposti al rischio, nonché un piano completo di formazione continua riguardante questi temi. Inoltre, altri autori propongono una valutazione continua e capillare dei livelli di stress raggiunti dagli operatori attraverso test dedicati, nonché la predisposizione di un piano a livello aziendale che si occupi di gestire possibili casi di Compassion Fatigue (Mc Cammon & Jackson Allison, 1995; Dunning, 1990). Risulta quindi importante garantire un ambiente lavorativo sano che preveda carichi di lavoro adeguati, responsabilità eque e un piano strategico di turnazione ritmica degli operatori da settori maggiormente stressanti ad ambienti meno faticosi dal punto di vista emotivo. Inoltre, è importante promuovere percorsi di supervisione e di metariflessione, attraverso i quali favorire l'apprendimento di strategie di self-care e la riflessione del professionista rispetto alle proprie strategie di coping, lo sviluppo di una propria consapevolezza sulle proprie potenzialità e limiti e accompagnarlo nel trovare un equilibrio tra l'impegno e il desiderio di occuparsi degli altri e la necessità di occuparsi anche di sé stessi. Questo perché soltanto raggiungendo una piena soddisfazione nell'esercizio della propria professione sarà possibile per ogni operatore mantenere o recuperare quell'integrità personale che permette di mantenere un equilibrio emotivo sia nella sfera personale che professionale.

Un caso particolare: uno studio osservazionale

sugli studenti del corso di laurea triennale in Educazione Professionale durante il tirocinio formativo

Nel luglio 2018 è stata realizzata una indagine osservazionale che visto il coinvolgimento di 103 studenti del corso di studi in Educazione professionale dell'Università degli Studi di Padova, di cui 30 iscritti al primo anno (29,1%), 30 del secondo anno (29,1%) e 43 del terzo anno (41,8%). Gli studenti erano 11 maschi (10,7%) e 92 femmine (89,3%). L'età media degli studenti era 22,09 (DS 2,67, min 20 e max 39). Il 15,5% degli studenti svolgeva il tirocinio nell'ambito delle dipendenze, il 22,3% nell'ambito della disabilità adulta, il 12,6% nell'ambito degli anziani con deficit cognitivi, il 20,4% nell'ambito di utenti adulti con deficit psichici, il 2,9% nell'ambito della malattia cronica, il 21,4% nell'ambito della disabilità o disagio nell'età evolutiva, l'1,9% nell'ambito della neuropsichiatria infantile e infine il 2,9% in altri ambiti non meglio specificati. La maggioranza degli studenti non lavorava e studiava contemporaneamente (61,2%), ma aveva esperienze di volontariato (61.2%). È stato scelto di utilizzare il test ProQol Versione 5, un questionario self-report composto da trenta item che prevede una modalità di risposta con una scala Likert a sei livelli (0=mai, 1=raramente, 2=poche volte, 3= piuttosto spesso, 4= spesso, 5= molto spesso) (Bride et al, 2007) e i cui risultati hanno una validità basata sulla frequenza temporale di somministrazione. Tale questionario permette di misurare e quindi conoscere i livelli di Compassion Satisfaction, di Burnout e di Compassion Fatigue. Dai risultati è emerso che il 21,36% degli studenti coinvolti in questo studio era a rischio di sviluppare Compassion Fatigue. Tra questi, l'età media era di 21.71 anni (±1.419), si trattava di studenti iscritti prevalentemente al secondo anno (47,6%) e che svolgevano il tirocinio nell'ambito dei servizi psichiatrici per adulti.

Conclusioni

Visti i risultati dell'indagine presentata, si può quindi dedurre quanto sia importante, fin dalla preparazione universitaria e durante tutta la carriera professionale, favorire negli educatori professionale l'acquisizione di specifiche Self-Care Skills al fine di tutelarli dal rischio di sviluppare disordini vicari (come la Compassion Fatigue e/o Burnout) a cui una professione d'aiuto in ambito socio-sanitario inevitabilmente espone (Bobbo, 2018; Bottaro 2019).

È fondamentale, inoltre, favorire l'acquisizione di specifiche Social skills che permettano al professionista, prima studente, uno scambio arricchente con altri colleghi o esperti, e che gli consentano allo stesso tempo di rapportarsi efficacemente con il paziente (Bobbo, 2018; Bottaro, 2019). Concludendo, risulta importante garantire un processo di accompagnamento rivolto agli educatori professionali, al fine di favorire la capacità di tollerare l'incertezza e la frustrazione che possono provare durante lo svolgimento della professione e sostenerli nel saper gestire eventuali incidenti critici che possono insorgere (Bobbo, 2018; Bottaro; 2019).

Chiara Bottaro, Educatrice Professionale

Dottoressa magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Bibliografia di riferimento

AA.VV. (2010). Il "Core Competence" dell'educatore professionale. Edizioni Unicopli, Milano.

Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Australian family physician, 34(6), 497.

Bobbo N (2018). Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali, Studium Educationis, 1(1):142-151.

Bobbo Natascia (2015) La fatica della cura. Cleup, Padova.

Bottaro C. Compassion Satisfaction e disturbi vicari tra gli studenti di Educazione Professionale durante il loro tirocinio formativo. Uno studio osservazionale come punto di partenza per l'implementazione delle azioni didattiche e di tutoring future. Journal of Health Care Education in Practice. Padova University Press. 2019

Davis, K. C., & Palladino, J. M. (2011). Compassion Fatigue among Secondary Special Education Teachers: A Case Study about Job Stress and Burnout. Online Submission, 1:1-68.

Dunning C. (1990). Mental health sequelae in disaster workers: prevention and intervention, International Journal of Mental Health, 19 (2):91-103.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. Journal of Clinical Psychology, 58(11): 1433-1441.

Figley C. R (editor) (1995). Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat traumatized, Routledge, New York, London.

Jacobson, J. M. (2006). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Reactions among employee assistance professionals providing workplace crisis intervention and disaster management services. Journal of Workplace Behavioral Health, 21(3-4): 133-152.

Maytum J.C., Heiman M.B. Garwick A.W. (2004). Compassion Fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. Journal of Pediatric Health Care, 18:171-179.

Mc Cammon S.L., Jackson A.E. (1995). Debriefing and treating emergency workers; in Fingley C. R (editor) Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat traumatized, Routledge, New York, London, pp. 115-129.

Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. Best Practices in Mental Health, 6(2): 57-68.

Olivato, D. (2016). L'Educatore Professionale tra Compassion Fatigue e Compassion Satisfaction.

Palestini, L., Prati, G., Pietrantoni, L., & Cicognani, E. (2009). La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: Un contributo alla validazione italiana della Professional Quality of Life Scale (ProQOL). Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 15(2): 205-227.

L'IMPORTANZA DEL PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER L'OPERATORE SANITARIO

La recente epidemia COVID-19 ha messo in evidenza quanto sia fondamentale assistere con un supporto psicologico tempestivo non solo le vittime di eventi emergenziali, ma anche i soccorritori/operatori, essi stessi soggetti ad un rischio più o meno elevato di sviluppare disturbi psicologici-psichiatrici.

Secondo il Centro di Ricerca EngageMinds Hub dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Milano- in collaborazione con la Società Italiana di Management e Leadership in Medicina (Simm) e con il Segretariato Italiano Giovani Medici (Sigm) - sette operatori sanitari su dieci, cioè il 70%, impegnati nel fronteggiare l'emergenza Covid-19 nelle Regioni italiane più colpite dall'epidemia da Coronavirus hanno mostrato sintomi di burnout.

Addirittura nove su dieci hanno dichiarato di avere avvertito, nei mesi più drammatici dell'emergenza sanitaria, sintomi di stress psico-fisico. Il 65% dei rispondenti ha dichiarato di essersi sentito più irritabile del normale, il 62% di avere avuto maggiori difficoltà ad addormentarsi, poco meno del 50% di aver sofferto di incubi notturni, circa il 45% di aver avuto crisi di pianto e il 35% palpitazioni. Per quanto riguarda lo stress lavorativo, un operatore sanitario su tre mostra segni di alto esaurimento emotivo (la sensazione di essere emotivamente svuotati, logorati ed esausti) e uno su quattro moderati livelli di depersonalizzazione (ovvero, la tendenza ad essere cinici, trattare gli altri in maniera impersonale o come "oggetti", sentirsi indifferenti rispetto ai pazienti e ai loro familiari).

Secondo INAIL "la situazione di emergenza espone il personale sanitario a una serie di fattori di rischio specifici e legati alla cura del paziente contagiato, ma anche a cambiamenti sostanziali nel lavoro per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, relazionali e relativi alla sicurezza, che contribuiscono all'accrescimento di stress psico-fisico".

Il prolungarsi nel tempo dell'emergenza sanitaria può portare ad un aumento di pressione e paura e comportare una cronicizzazione dello stress legato al lavoro, che, se prolungato nel tempo e accompagnato da elevata intensità, può determinare un esaurimento delle risorse psicologiche e in alcuni casi favorire l'emergenza del burnout.

La "sindrome del burnout" descritta per la prima volta negli anni 1970 da da H. Freudenberger tra gli operatori di un reparto di igiene mentale è un tipo specifico di disagio psicofisico connesso al lavoro che interessa, in varia misura, diversi operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali, quando viene gravemente compromessa la possibilità di scaricare le tensioni accumulate.

Mentre il burnout rivolge l'attenzione maggiormente all'esito sulle prestazioni lavorative, è stata descritta un'altra sindrome, la compassion fatigue, più centrata sui vissuti e ad esordio più rapido.

La compassion fatigue (CF) è stata chiamata anche "costo della cura", quasi il prezzo emotivo da pagare per coloro che si prendono cura degli altri e si manifesta con stanchezza emotiva e fisica, umore depresso e bassa performance lavorativa. Ne è stato individuato anche un contrappeso costruttivo la compassion satisfaction.

Altre due sindromi Secondary traumatic stress (STS) e il Trauma vicario (VT) hanno a che fare entrambe con la capacità di contagio dei traumi sugli operatori sanitari che vi sono esposti per ragioni di soccorso o cura. Presentano lo stesso corredo sintomatologico del disturbo post traumatico da stress, tuttavia il Trauma vicario presenta solo un sottotipo di sintomi ossia i cambiamenti negativi nel tono dell'umore mentre mancano le altre caratteristiche più floride del Disturbo post traumatico da stress.

Infine abbiamo il Disturbo acuto da stress (ASD) e il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) descritte nel DSM-V che presentano la stessa costellazione sintomatologica (iperattivazione fisiologica, evitamento, sintomi dissociativi, umore negativo) che, nel primo caso, si manifesta con una durata breve, mentre nel secondo parliamo di una vera e propria cronicizzazione. Si presentano quando le situazioni traumatiche vengono vissute direttamente ossia quando l'operatore si è trovato a contatto con la morte altrui o in pericolo di morte esso stesso.

Molto spesso in situazioni di maxi-emergenza e catastrofi è stato descritto un forte impatto psichico sui soccorritori e le sintomatologie rilevate

saranno probabilmente superate nella maggior parte dei casi spontaneamente, senza necessità di interventi terapeutici specialistici. Tuttavia anche gli operatori più esperti in determinate circostanze personali e/o situazionali possono trovarsi coinvolti e diventare vulnerabili. Il coinvolgimento di bambini, la morte di colleghi, le gravi mutilazioni dei corpi delle vittime, i fallimenti nella missione di soccorso, le scelte difficili possono da sole o incrociandosi con fasi di vita personale caratterizzate da particolare fragilità fare da detonatori.

Il Pronto soccorso psicologico è un intervento fortemente raccomandato da OMS come primo approccio alla crisi e va proprio nella direzione di gestire meglio lo stress iniziale prevenendo o mitigandone le degenerazioni patologiche e indirizzare il processo di recupero.

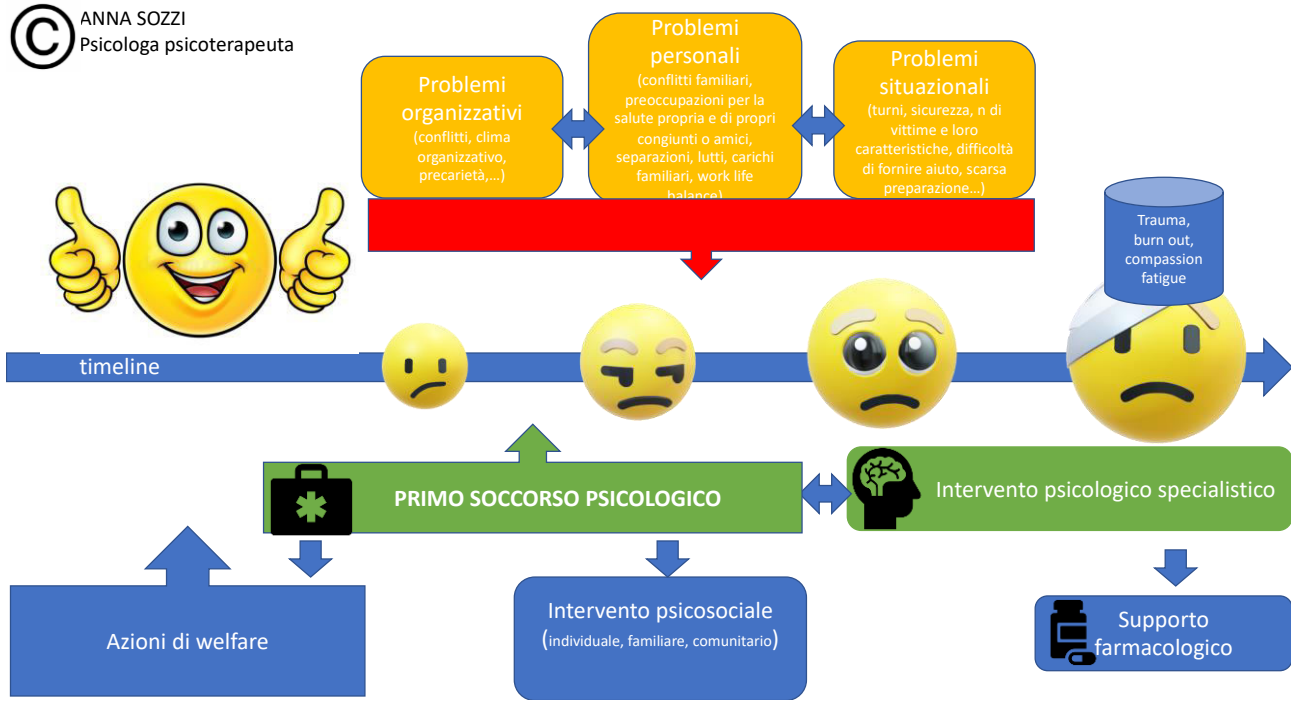
Il "Pronto soccorso psicologico potrebbe aumentare la percentuale di remissioni spontanee post trauma e migliorare significativamente il grado di benessere… Intervenire nella fase di codifica, consolidamento, immagazzinamento e primo recupero dell'esperienza traumatica, significa avere la possibilità di operare sull'esperienza soggettiva del ricordo prima che i contenuti traumatici si siano cristallizzati. Inoltre tempi e i modi del ristabilimento delle condizioni di sicurezza e fiducia si saldano con le componenti traumatiche e, a seconda di come vengono condotti, possono gravare o alleggerire significativamente le condizioni psichiche della vittima." (Il primo colloquio in emergenza E. Pedrelli, A. Sozzi in (a cura di) C. Iacolino "Dall'emergenza alla normalità. Strategie e modelli di intervento nella psicologia dell'emergenza", ed. Franco Angeli).

Certamente la pandemia COVID-19 è stato un evento particolarmente dirompente per gli operatori soprattutto perché le sue caratteristiche hanno limitato i fattori protettivi che di norma agiscono come ammortizzatori, quali il supporto sociale e la impossibilità di utilizzare tutta la gamma delle strategie di coping personali e collettive. Inoltre alcune caratteristiche dell'emergenza stessa come l'invisibilità, la sua diffusione nello spazio e nel tempo hanno costituito importanti fattori aggravanti.

Nell'infografica viene descritta la finestra di opportunità per questo intervento che andrebbe somministrato non appena l'operatore avverte i primi segnali di stress quali demotivazione, ansia, insonnia, rabbia, frustrazione, stanchezza cronica che sono spesso accompagnati da un fastidioso corredo somatico.

Dopo una disamina delle condizioni generali e delle risorse lo psicologo valuterà la necessità di un invio psicologico specialistico oppure orienterà l'utente ad interventi psicosociali di bassa soglia di tipo individuale, familiare o comunitario. L'intervento psicosociale potrebbe contemplare anche azioni di miglioramento del clima organizzativo o dei problemi situazionali legati alle condizioni operative nelle quali viene erogata la prestazione lavorativa o volontaria.

Anna Sozzi, *Psicologa psicoterapeuta*
Vicepresidente SIPEM SoS Federazione
Membro della Consulta del volontariato del Dipartimento Nazionale della Protezione civile



DIVAGAZIONI NELL'ACQUA LIMACCIOSA

"Se finisco fuori strada, è perché qui succede continuamente, con tante strade fatte d'acqua. Da queste pagine, in altre parole, potrà non venir fuori un racconto, una storia, bensì il fluire di un'acqua limacciosa "nella stagione sbagliata dell'anno". A volte appare azzurra, a volte grigia o bruna; invariabilmente è fredda e non potabile. Il motivo per cui mi ingegno a filtrarla è che contiene tanti riflessi, tra i quali il mio. (Brodskij, 1991)

L'articolo che segue è il frutto delle riflessioni di tre operatori (Francesca Cimbaro, assistente sociale area minori, Marco Parente - comunità Fatima, OSMC -, Stella Avelli -Comunità Murialdo-) che seguono dei fratelli adolescenti, collocati fuori famiglia, ognuno in una diversa comunità. Sono stati i ragazzi a imporci di seguire "il fluire dell'acqua limacciosa" spesso sbagliata delle loro vite, imponendoci di sbrogliare i loro riflessi attraverso un lavoro complesso, fluido, denso di sfumature mai uguali tra loro, spesso "indigeribile", ma sempre partecipato con una parte di noi a tal punto che noi stessi rientriamo nel racconto, pur relegato a non essere visto perché racconta "chi viene visto a fatica perché è nato nella parte meno luminosa del mondo e rischia di vivere tutta la vita nella sua parte più oscura".

Il lavoro che ci ha guidato e continua a guidarci è il costante tentativo di rimuovere gli ostacoli che impediscono ai ragazzi che seguiamo di sperimentare il loro percorso di vita perchè *"se anche fosse la stagione sbagliata dell'anno (…) contiene tanti riflessi,* ***tra i quali il mio****"*. A tal proposito Mauro Boarelli infatti afferma, in relazione all'idea neoliberista del merito*: "Tutti possono gareggiare nella competizione per avere successo nella vita, nessuno ne è formalmente escluso a causa delle sue origini sociali, ma la gara è truccata, perché le condizioni di partenza sono disuguali e i sostenitori del merito non si preoccupano di rimuovere gli ostacoli che danno origine a questa disparità* (Boarelli, 2019)." Rimozione degli ostacoli non significa abbandonare la componente del *"mio riflesso"* né per i ragazzi né per noi operatori perché, sempre seguendo le riflessioni di Boarelli questi afferma, citando Richard Sennet, che *"****il significato profondo dell'autonomia non sta – come in genere si pensa- nella capacità di separarsi dagli altri, ma in quella di percepire gli altri, di stabilire una relazione che è -al tempo stesso- identificazione e differenziazione****. Questo comporta che gli individui riuniti intorno a questa relazione accettano il fatto che non riusciranno a comprendersi reciprocamente in modo integrale, in modo trasparente. Rimane sempre uno spazio di incomprensione, una zona opaca: l'accettare che non si possano comprendere cose dell'altro garantisce l'eguaglianza nella relazione. L'autonomia presuppone connessione ed estraneità, vicinanza e impersonalità. (…) Ai fondatori del welfare (…) sembrava irrazionale fornire risorse senza precise indicazioni sul loro impiego, ma il risultato fu che l'amministrazione non imparò ad ammettere un'autonomia in coloro che serviva*." (Boarelli, 2019). Forti di tali convinzioni, non ci siamo posti né tra noi operatori né con i ragazzi come "gli esperti risolutori" poiché: *"Gli esperti sono disabilitanti anche perché il loro intervento sempre più pervasivo impedisce la trasmissione dei saperi informali e delle competenze tra generazioni diverse, all'interno della famiglia e delle strutture comunitarie, tra pari e spinge ai margini della considerazione pubblica gli ideali di indipendenza, autodeterminazione, autosufficienza."* (Boarelli, 2019).

*Più propriamente riteniamo che sia utile porsi, come sostiene Ivan Illich (ibidem) nella dimensione di quella che definisce "****la società conviviale*** *cioè la società in cui lo strumento moderno sia utilizzabile dalla persona integrata con la collettività, e non riservato a un corpo di specialisti che lo tiene sotto il proprio controllo". E in questo non abbiamo mai avuto timore né tra noi né con i ragazzi di attraversare il conflitto evitando logiche manichee e cercando di continuare a visualizzare, pur focalizzandoci su ogni singolo progetto, la complessità del sistema relazionale all'interno del quale siamo chiamati a lavorare, perché "Il conflitto è parte integrante dell'esperienza sociale. E'attraverso il conflitto che gli individui e i gruppi sociali costituiscono una dimensione storica, mutano se stessi nel*

tempo e proiettano queste mutazioni su ciò che li circonda, ridefiniscono in continuazione le proprie forme sfuggendo al pericolo sempre incombente di rimanere confinati entro identità fisse e immutabili, schiacciati entro un eterno presente. (…) A differenza del conflitto, lo scontro è modellato intorno alla contrapposizione tra entità assolute, astratte, assunte a priori senza bisogno di verifiche: il bene contro il male, la sicurezza contro l'insicurezza, il nuovo contro il vecchio. Citando Mark Fischer, infatti, afferma che: "Nella logica dello scontro, le identità sono (…) ben distribuite, e a noi non resta che subirne gli effetti o farcene scudo per reagire contro l'avversario. Nella logica del conflitto, al contrario, siamo costretti ad assumerci dei rischi, a inventare ipotesi e strategie d'azione con cui rispondere alle sfide impreviste della situazione." (Boarelli, 2019)

Abbiamo, infatti, più o meno consapevolmente, ma, anzi, naturalmente, rivisitato costantemente le scelte agite, rendendole partecipi sia a noi stessi che ai ragazzi seguendo, inconsapevolmente, il ***"principio della mano che nasconde"*** ossia, secondo quanto afferma Albert Hirschmann: *"Scoprì, innanzitutto, che il successo dei progetti derivava in gran parte da quello che definì il principio della mano che nasconde"* (…) perché "*le scelte non avvengono esclusivamente sulla base di un calcolo di razionalità economica"* identificando il principio della mano che nasconde come *"un meccanismo di transizione attraverso il quale coloro che devono assumere decisioni imparano ad affrontare il rischio. Imparano attraverso l'errore, ed è l'errore che li induce all'azione."* (Boarelli, 2019)
Siamo infatti convinti che *"si* debba andare *invece nella direzione di un operatore che attraverso la descrizione della realtà costruisce connessioni, propone nuove forme possibili, ristruttura significati, individua strategie d'azione. Un operatore (…) che sia in grado di mettere in gioco le proprie mappe mentali e le proprie interpretazioni della realtà operando secondo uno stile orientato alla reciprocità e alla capacità di inserirsi nei progetti in corso".* Perché *(ibidem) "è molto diverso lavorare in un'ottica che si fida esclusivamente della potenzialità risolutiva della risposta tecnica o sviluppare capacità di mobilitazione delle energie"* operando "*in una prospettiva coevolutiva"* in quanto *"La migliore rete che sostiene non è infatti quella che viene tessuta intorno a un utente inconsapevole, ma quella che lo vede informato e partecipe (…)".* Infatti *"Attraverso lo scambio, il confronto, anche l'evidenziazione delle differenze, sarà possibile identificare il nuovo punto di vista, non corrispondente alla giustapposizione, alla somma delle letture parziali, ma ad una rielaborazione collettiva che le comprende e le supera".* (Anna Maria Campanini, Ingrosso, 2006)

Il nostro lavoro, quindi, si caratterizza per essere un costante fattivo esercizio per "allentare le parentesi dell'io" come ben afferma Byung-Chul Han citando Peter Handke: *"H. contrappone alla stanchezza che non ha parole, non ha vita, che divide, una stanchezza che si esprime, che vede e riconcilia. La stanchezza come "plus del minus di Io" dischiude un tra, allentando le parentesi dell'io. Non solo vedo l'altro, ma io sono anche l'Altro e "al tempo stesso l'Altro è me".* ***Il tra è uno spazio della cortesia come in-differenza, in cui "niente e nessuno domina o è anche solo predominante****." Nel divenir-meno dell'io la forza di gravità dell'essere si sposta dall'io al mondo. Mentre la stanchezza dell'io come stanchezza solitaria è priva di mondo, nega il mondo, questa è una stanchezza fiduciosa del mondo". Essa "schiude" l'io, lo rende permeabile al mondo. Produce una nuova "dualità" che nella stanchezza solitaria è completamente annullata. Il soggetto vede ed è visto, tocca ed è toccato: "una stanchezza come frutto della disponibilità, anzi come appagamento dell'essere toccato e dell'essere io stesso capacità di toccare". Questa stanchezza rende per la prima volta possibile un soffermarsi, un indugiare.* ***Il Meno-io si esprime come un più-mondo."*** (Han, 2012) Proprio cercando di perseguire tale *Meno-io* proviamo a mantenere lo sguardo ampio sui progetti dei minori che seguiamo, evitando il facile e comune scadimento in azioni di mera reazione al fine di ricomprendere, costantemente, *tutti i riflessi dell'io.* Un io che dobbiamo continuare a immaginare non per come sarà tra un mese, due mesi, un anno, ma per come dovrà essere quando, alla maggiore età, per norma sociale, sarà autonomo, *identificandosi e differenziandosi*. Perché come ben dice un altro ragazzo che è stato inserito da adolescente in comunità educativa: *"ho sempre saputo che voi mi avevate in mente…non da qui a due mesi, ma da qui a tre anni fino a quando sarei stato maggiorenne…è questo è stato fondamentale per me, perché sapevo che mi avevate in testa e che vi preoccupavate di me…questo mi ha permesso di crescere e di fare le mie scelte".*
Concludendo, quindi, non possiamo che condividere, utilizzando le parole di Byung-Chul

Han che, per impedire che i ragazzi diventino muti *"ciascuno nella sua personale stanchezza, non la nostra, ma la mia qui e la tua là* (ibidem)", non si possa che continuare a correre il rischio di non "vivere dell'eguale" perché *"chi vive dell'eguale, muore dell'eguale"* (ibidem).

Francesca Cimbaro

BIBLIOGRAFIA

Boarelli, M. (2019). *Contro l'ideologia del merito.* Ed. Laterza.

Brodskij, I. (1991). *Fondamenta degli Incurabili.* Ed. Adelphi.

Han, B.-C. (2012). *La Società della stanchezza.* Ed. nottetempo.

Ingrosso, M. (2006). *La promozione del benessere sociale, Progetti e politiche nelle comunità locali.* Ed. Franco Angeli.

Image by Gerd Altmann from Pixabay

INTEGRARSI PER NON DISINTEGRARE

Integrazione socio sanitaria nel lavoro d'equipe in adolescenza

1. La salute nella nostra società e in adolescenza

Da diversi anni mi porto dietro un'immagine che presento quando cerco di far comprendere il senso e l'importanza dell'integrazione sociale e sanitaria. Al centro un cerchio bianco con la parola SALUTE. Intorno sette cerchi, ognuno di un colore dell'arcobaleno, con dentro i "nomi" di altrettanti "sistemi" di relazioni che compongono ogni società organizzata, quindi anche la nostra: SANITÀ, SOCIALE, FORMAZIONE E SCUOLA, LAVORO, AMBIENTE, FORMAZIONI SOCIALI, GIUSTIZIA E LEGGE.

La SALUTE, "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 Costituzione) è il "risultato", la sintesi, di tutti i "sistemi", come la luce bianca è la "sintesi" dello spettro visibile dei colori.

Ci deve essere coerenza tra tutti i sistemi che organizzano le relazioni tra le persone, i gruppi, le formazioni sociali, altrimenti la SALUTE, per ognuno e per tutti, non si mantiene, non si raggiunge, non si recupera.

Particolare attenzione va posta alla integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema dei servizi sanitari perché la persona è una... dove finiscono i bisogni sociali e cominciano i bisogni sanitari? o viceversa? Da 35 anni normative nazionali e scelte ragionali hanno spaccato e divaricato competenze e responsabilità in questo settore (il "sociale" ai Comuni, la "sanità" alle Aziende Sanitarie) con conseguenze drammatiche soprattutto sulle persone fragili: minorenni, disabili, persone con sofferenza psichica o mentale, persone con problemi di dipendenza, anziani, soprattutto se non autosufficienti.

Anche nelle Regioni che si sono poste la questione, come in Veneto, dove fin dall'approvazione della Legge 833/78 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" è stata fatta la scelta della delega delle competenze sociali dei Comuni alle Aziende ULSS, i rischi, da un lato di una sanitarizzazione dei bisogni e dell'eccessiva medicalizzazione delle risposte, dall'altro della deresponsabilizzazione dei Comuni, devono impegnare a monitorare l'organizzazione dei servizi sanitari, sociali, sociosanitari e le effettive modalità di integrazione rispetto alla centralità della persona e dei suoi bisogni di salute.

Rispetto all'adolescenza o, meglio, alle adolescenze, l'approccio alla salute che propongo, si caratterizza per diversi aspetti che vale la pena anche solo accennare.

- Nelle diverse fasi dell'adolescenza il rapporto dei "cittadini in crescita" (come li chiamava Alfredo Carlo Moro) con gli adulti in genere e con istituzioni e servizi (sanitari, scolastici, sociali...) in particolare è orientato alla diffidenza se non all'opposizione più o meno dichiarata. Il tema "salute", come molti altri, è percepito e affrontato in modo molto diverso dalle/gli adolescenti e dagli adulti e, di conseguenza, la responsabilità di questi ultimi è anche quella di rispettare la persona nella costruzione della propria identità.

- L'adolescenza è il tempo "privilegiato" per l'esperienza del limite; di conseguenza, i comportamenti "a rischio", dal punto di vista del corso di vita e dei "pericoli" come dal punto di vista della "cultura" del rischio... sono in diretta relazione con il tema della "salute" in senso ampio. D'altra parte c'è un nesso inscindibile tra "rischio" e "identità" che viene declinato in modi diversissimi dagli adolescenti, ma spesso rappresenta un "fattore comune" da analizzare e comprendere per poter accompagnare correttamente i percorsi di crescita.

- È diffusa la convinzione che l'adolescenza sia un'età "difficile" che spesso viene accostata all'idea che sia una sorta di "malattia", determinando polarizzazioni e generalizzazioni. È ancora attuale quanto si scriveva in un vecchio rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza: "Occorre aver ben presente che ci sono anche altre infanzie e altre adolescenze. Esse rappresentano, fortunatamente, la maggioranza delle situazioni. Non vi è solo il bambino abusato e violato, non solo il ragazzo delle baby–gang (...); non solo il bambino "problema" ma anche quello "normale"; non solo il bambino sfruttato ma anche quello che abbastanza serenamente studia e gioca; non solo il bambino che soffre le carenze affettive e le trascuratezze dei suoi genitori ma anche quello amato, seguito, sostenuto, stimolato dalla sua famiglia. Ma se questo è vero è necessario da una parte rimuovere dall'immaginario collettivo l'idea che l'infanzia e l'adolescenza siano solo un problema al quale guardare con apprensione e in posizione di sostanziale difesa e, dall'altra, sviluppare azioni che non siano solo dell'emergenza, dell'assistenza e della protezione, ma anche dello sviluppo della "normalità", della promozione e del benessere." *(Da "Non solo sfruttati e violenti", 2001)*

2. Costruzione dell'identità in adolescenza

Occuparsi dell'adolescenza non vuol dire (solo) preoccuparsi, ma comprendere i molteplici "piani" che si intersecano in questa fase della vita, cercando di identificare non tanto "modelli" interpretativi, quanto una serie di "punti" da collegare in modo diverso, individualizzato, rispetto alla situazione di ogni persona che si trova in questa fase, in queste fasi, della vita.

Come per il gioco di "unire i punti per indovinare la figura risultante", si propongono una serie di "parole"/"punti" che possono aiutare ad orientarsi nelle fasi dell'adolescenza rispetto ad alcuni "piani":

- Dimensioni prevalenti di "attenzione esistenziale" che tratteggiano una possibile transizione verso l'età adulta.

- Due dei molteplici piani dell'identità in costruzione, quella "personale" e quella "sociale"

- I piani delle "criticità" e delle "potenzialità" per non farsi sopraffare dalle prime e per essere aperti alle seconde.

- Il piano delle "piste" di ricerca e di proposta, con una sequenza di "modalità di presenza" degli adulti che potrebbe riguardare anche i "professionisti": compagnia, accompagnamento, affiancamento... non sono alternative, ma complementari e, spesso, compresenti.

Fasi	**Dimensioni prevalenti**	**Identità personale**	**Identità sociale**	**Criticità**	**Potenzialità**	**Piste**
Preadolescenza	gruppo associazionismo	diversità corporeità essere ascoltati genere linguaggio "dio"	esperienza regole sfida uso riti partecipazione internet	omologazione tagliare fuori virtuale morte gregge trasgressione aggressività	conoscenza avventura giocarsi creatività speranza rete integrazione	rispetto ascolto appassionare ***compagnia***
Adolescenza	sé discontinuità	carattere musica comunicazione essere capiti senso "fede" orizzonte	informazione consumo opposizione notte/giorno confusione fatica confronto	conflitto limite mercificazione solitudine branco abuso violenza	rischio comprensione protagonismo coraggio compromettersi recupero servizio	proposta patto chiarezza ***accompagnamento***
Prima giovinezza	cambiamento "adultità"	orientamento responsabilità progettare futuro	attese impegni comunicazione cittadinanza	tensioni prolungare frammentazione tempo	consapevolezza felicità/infelicità autonomia	discernimento ***affiancamento***

Il rischio di "disintegrarsi" tra tutti questi, ed altri, "punti" è forte; la volontà e, forse, anche la necessità di "integrare" anche "punti" distanti ed incongruenti sono evidenti.

La non linearità della costruzione dell'identità, soprattutto in adolescenza, implica un approccio multidimensionale in chi ha a cuore la felicità ed il futuro di queste persone; soprattutto nel caso di un intervento sull'adolescenza, di tipo sociale, psicologico, terapeutico, educativo... questo non può che tradursi in un'azione multiprofessionale integrata.

Gli adolescenti costruiscono "Identità Itineranti" che gli adulti possono "incontrare", ma ad alcune condizioni.

Per incontrare le identità itineranti occorre trovare gli "incroci" e i "crocevia" dove si "intrecciano" i percorsi delle e degli adolescenti:

• dai disagi marginali all'assunzione della categoria della "marginalità" come indicatore della situazione giovanile; una marginalità più o meno sopportata e subita anche in relazione alle opportunità che vengono offerte;

• dall'autismo sociale all'omologazione in una "normalità radicale" che spinge comunque all'isolamento.

Quindi come risposta all'incertezza del presente e di un futuro, che è visto in modo diverso dagli adulti che stanno vicino alle e agli adolescenti, c'è spesso una "chiusura sociale"... ma anche il contrario:

• dalla voglia e paura di sé alla voglia e paura di "alterità sociale";

• dalla "normalità", passando per la "diversità" e a volte per la "devianza", verso una "diversa normalità".

Le "strade" e, quindi, gli "incroci" dove si possono incontrare le identità itineranti delle e degli adolescenti non sono, solo o tanto, "luoghi" fisici, ma "codici" e "canali" comunicativi, che si attraversano, accavallano, sovrappongono che gli adulti hanno dimenticato o non hanno mai conosciuto perché sono propri dei "tempi nuovi".

Le identità itineranti tracciano percorsi che sono: disomogenei... compresenti... discontinui... a volte invisibili... se gli adulti, e soprattutto i professionisti, che vogliono incontrarli, accompagnarli, affiancarli non si integrano il rischio è che le adolescenze, e soprattutto le persone che le vivono, si "disintegrino".

3. Adolescenze e salute

L'"evoluzione" del concetto di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è particolarmente interessante se vista "dalla parte" delle e degli adolescenti. Nel 2006, con una definizione certamente più realistica di quella del 1948 che indicava un improbabile "completo stato di benessere fisico, psichico e sociale" ha indicato la salute come una risultante di stili di vita, aspetti e percezioni culturali ed età della persona.

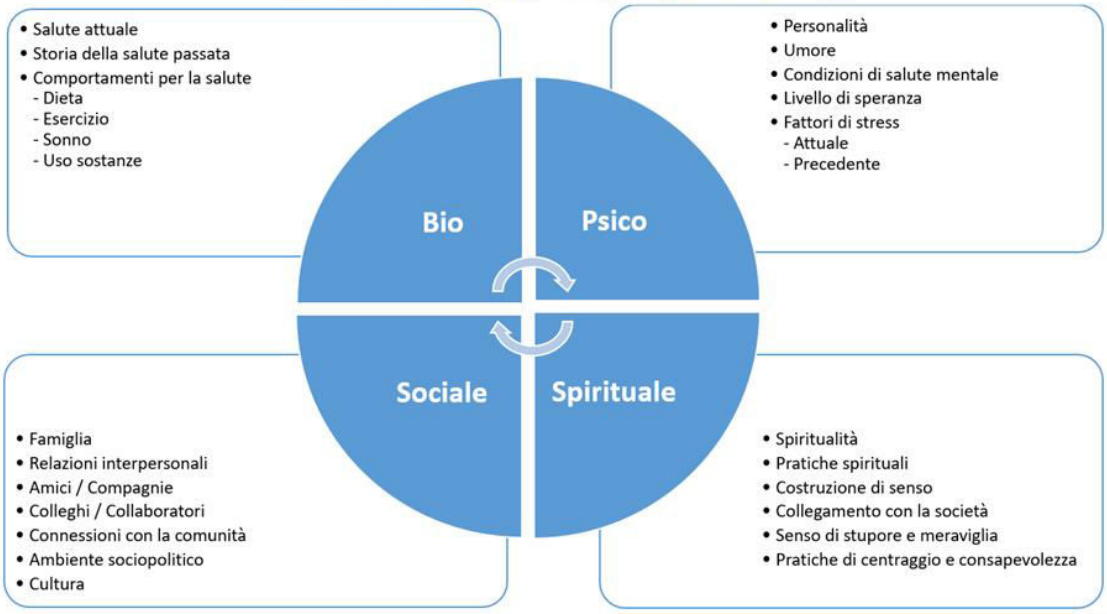
La progressiva attenzione ad una visione sistemica, a partire da una concezione olistica dell'essere umano e della società, ha posto le basi di una visione unitaria in cui come la persona è un tutt'uno e non una somma di parti separate, così anche l'organizzazione sociale è considerata un insieme unitario. Nel 1986 vengono considerati i "prerequisiti della salute" come quelle condizioni e risorse iniziali in cui tutti devono essere messi per poter raggiungere il proprio "massimo" di salute; è proprio con la carta di Ottawa che si tracciano le linee per la promozione della salute.

Su questa linea, successivamente, sono stati identificati i "determinanti della salute" come i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, più in generale, di un gruppo di persone, di una comunità, della popolazione.

Determinanti della salute

Non modificabili	*Socio-economici*	*Ambientali*	*Stili di vita*	*Accesso ai servizi*
Genetica	Reddito	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Servizi sanitari
Età	Contesto socio-culturale	Area di residenza e abitazione	Uso/consumo di sostanze	Servizi sociali
	Relazioni personali e sociali	Ambiente sociale e culturale	Fumo/Alcool	Trasporti
			Farmaci	Attività produttive
			Attività sessuale	Attività ricreative

Modello bio-psico-socio-spirituale per un benessere globale



Un'azione per la salute che tenga conto dei determinati della salute, se è necessaria per tutti, risulta evidente che rispetto all'adolescenza si caratterizza per alcuni tratti particolari.

In particolare, per agire conseguentemente, si ritiene necessario comprendere che:

- storicamente molto poco possono agire le e gli adolescenti rispetto ai determinanti Socio-economici e Ambientali, mentre andrebbero colti e valorizzati in questa logica la "nuova" consapevolezza e l'attivismo nel pretendere un equilibrio tra la vita delle persone, le società e la natura;

- l'Accesso ai servizi da parte delle e degli adolescenti risente del "sospetto" e della "sfiducia" verso percorsi più o meno istituzionali stabiliti dagli adulti, per cui vengono privilegiate piste di ricerca autonome, trasversali e, non raramente, provocatorie ed oppositive (ad esempio per tutta la sfera del "loisir");

- la questione degli Stili di vita, alla luce della costruzione dell'identità e del ruolo che gioca il "rischio" in questo processo dovrebbe ammonire dal giudicare o, peggio, sanzionare sistematicamente i comportamenti "devianti" delle e degli adolescenti in questo ambito; sarebbe conveniente trattare molti di questi segnali e sintomi nell'ambito di un necessario "rischio educativo".

Questo è tanto più vero se, riprendendo la dimensione della "marginalità" che, anche se in modi ed intensità diverse, caratterizza tutte le "adolescenze", si tiene conto che la stessa Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS, nel 2008, definisce una cornice concettuale che si riferisce non solo ai fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), ma anche a quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle diseguaglianze nella salute). Per questo lo scrivente "rinomina" spesso i "determinanti della salute" come i "discriminanti della salute"... Anche per questo chi si occupa di infanzia e adolescenza deve assumere questa prospettiva come orientamento generale e specifico, ponendo cioè attenzione ad ogni singola situazione personale.

Sulla necessità dell'adozione del modello bio-psico-sociale per affrontare le tematiche della salute la convinzione è abbastanza generalizzata e non si può e si deve tornare indietro dall'assunto fondamentale che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Ma si è andati avanti perché la "Commissione Salute" dell'Osservatorio Europeo su Sistemi e Politiche per la Salute, nel 2010, arriva a definire la salute come "lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di benessere, che consente alle persone di raggiungere e mantenere il proprio potenziale personale nella società".
Viene aggiunto un "quadrante" a quello che ora si può individuare come un modello bio-psico-socio-spirituale. Viene riconosciuta importanza e attenzione alla sfera "immateriale", alla dimensione esistenziale, che diventa necessaria al pari delle altre per cercare di raggiungere un benessere globale..e sappiamo tutti quanto questa

componente sia centrale e, forse, addirittura distintiva, costitutiva, dell'età della adolescenza.

Chi si occupa della salute degli adolescenti, coerentemente con la concezione integrata di salute che si è sviluppata, è tenuto ad adottare una strategia di analisi multidimensionale della condizione della persona in età adolescenziale ed una serie di azioni integrate, di sistema, tra le professionalità ed i soggetti coinvolti.

4. Processi di aiuto e professioni: l'integrazione necessaria e possibile

Le e gli adolescenti sono portatrici e portatori (come tutti) di bisogni articolati e complessi, che vanno letti e analizzati con l'attenzione a non ridurre la persona al bisogno che esprime o manifesta; la necessaria analisi delle relazioni tra i bisogni non deve far perdere di vista la persona ed il suo percorso di crescita; solo un approccio ed una metodologia di azione quotidiana integrati possono favorire la definizione di corretti ed adeguati progetti personalizzati di assistenza e, soprattutto, la loro realizzazione.

Le professionalità che intervengono sui bisogni delle persone non sono abituate a lavorare in modo integrato, in molti casi anche quando "lavorano insieme". Le cause di questa situazione che ostacola il raggiungimento di obiettivi comuni sono diverse e vengono da lontano; si accennano soltanto alcuni aspetti:

- le professioni nascono per la necessità di "specializzarsi" in un campo di intervento così da garantire una maggiore competenza, questo, in genere, ha determinato la costruzioni di percorsi formativi molto approfonditi in campi (sempre più) circoscritti;
- la tendenza, comprensibile e corretta, a tutelare le professioni attraverso "albi" ed "ordini" ha favorito l'identità professionale, l'appartenenza, lo "spirito di corpo"... ma anche la difesa delle proprie specificità verso possibili, vere o presunte, "invasioni di campo" di altre professioni;
- lo squilibrio tra i sistemi sanitari e quelli sociali, che si coglie anche nella diversa normativa che riguarda le rispettive professioni, ha determinato diffidenze e asimmetrie, conflitti "gerarchici" a volte insormontabili: con i 22 profili professionali sanitari (L. 43/06) che si aggiungono alle professioni di Medico (declinata per le tante specializzazioni previste) e di Psicologo mentre sul versante sociale, visto che non è stato mai approvato lo specifico decreto previsto dall'Art. 12 della L. 328/00, c'è il solo profilo dell'Assistente sociale ed è ancora "nel guado" tra transizione di tanti Educatori "sociali" verso un riconoscimento formale e sostanziale;
- la divisione in sistemi più o meno rigidi, ma comunque "autoreferenziali" (il sistema dei servizi sanitari, il sistema dei servizi sociali, il sistema dei servizi scolastici...) dove sono inserite le professionalità che operano a servizio delle persone ha ulteriormente ridotto le possibilità e complicato le modalità di interazione, collaborazione, cooperazione, integrazione tra esse.

Ritengo una carenza grave la mancata percezione della necessità di una formazione comune di tutte le professioni di servizio alla persona, a partire dalla formazione di base. La valorizzazione e la condivisione del "sapere comune" che deve essere alla base delle professioni sanitarie e sociali (ma anche educative) nasce dalla consapevolezza delle connessioni tra i bisogni di salute e che questi non sono la persona che li manifesta per cui tutte queste professioni, per quanto "specialistiche" hanno come riferimento la persona nella sua globalità, con un approccio olistico che non riguarda tanto "tecniche" o "rimedi", ma, appunto la consapevolezza che la complessità della persona richiede una attenzione complessiva ed una conseguente integrazione coerente delle azioni.

Le diverse professionalità impegnate nella costruzione di "percorsi di salute" rivolti alle e agli adolescenti oltre che per la competenza si devono caratterizzare per l'umanità e l'unitarietà.

Nel lavoro quotidiano, grazie alla disponibilità e alla consapevolezza di quanti operano a servizio delle persone, c'è collaborazione, ma troppo spesso, soprattutto verso l'adolescenza, mancano criteri unitari, protocolli operativi cogenti e metodologie condivise... elementi necessari per garantire il diritto alle opportunità di crescita dei bambini e bambine, ragazzi e ragazze, soprattutto se in difficoltà.

I sistemi socio-sanitari regionali hanno cercato di organizzare risposte idonee e sostenibili con cure integrate nei territori, ma ancora poco si è fatto per costruire una strategia di promozione e di tutela dell'adolescenza, sia rispetto ai percorsi che all'integrazione professionale.

Infatti, troppo spesso, i servizi sanitari e sociali destinati all'adolescenza non entrano in una

gestione integrata dei servizi (distretti sanitari e ambiti sociali con essi coincidenti, ma anche collegamento con i dipartimenti sanitari interessati: prevenzione, salute mentale, dipendenze patologiche...); mancano risposte qualificate e coerenti a tenere insieme le fasi di: valutazione della domanda, predisposizione dei progetti personalizzati, attuazione e valutazione dei progetti.

La carenza di un lavoro sistematico per progetti personalizzati e la permanenza di un sempre meno giustificabile lavoro per prestazioni caratterizza il modo in cui operatori sanitari e sociali operano per la salute, anche, verso le e gli adolescenti.

I progetti personalizzati vanno costruiti con principi e modalità condivisi che riguardano tutti gli elementi di quello che lo scrivente indica come il "Tangram dell'integrazione sociosanitaria":

1. L'assetto istituzionale/ territoriale dell'integrazione

2. Programmazione integrata sociale e sanitaria

3. Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza

4. L'assetto organizzativo/ gestionale dell'integrazione

5. Processi, percorsi, procedure

6. I modi dell'integrazione professionale

7. Le specificità dell'integrazione sociale e sanitaria per settori di intervento

In particolare, anche per l'area dell'adolescenza, le *dimensioni "operative" dell'integrazione sociale e sanitaria* (i punti dal 3 al 6) devono essere declinate su almeno quattro direttrici:

- valutazione multidimensionale del bisogno e delle risorse, per costruire una adeguata mappa personalizzata di necessità e fragilità, ma anche di capacità e potenzialità;

- costruzione di progetto personalizzato coerente con l'Art. 21 "Percorsi assistenziali integrati" del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e con gli articoli specifici che riguardano i minorenni (24, 25, 32), applicando il comma ricorrente in molti articoli del capo sull'Assistenza sociosanitaria: "L'assistenza distrettuale alle persone (...) è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione";

- monitoraggio in itinere e valutazione di efficacia, individuando risultati attesi di salute misurabili, verificabili nel progetto personalizzato, che va costruito insieme all'adolescente, alla sua famiglia e, per quanto possibile, ai soggetti coinvolti nei processi di crescita;

- garanzia della "continuità dell'assistenza", cioè l'accompagnamento costante, con intensità modulata rispetto alle diverse necessità, attraverso un governo delle responsabilità che garantisca un rapporto sostanziale e continuo tra i diversi "luoghi" (consultorio, servizi sociali comunali, dipartimenti sanitari...) che, insieme e in diversa misura, sono chiamati a sostenere il percorso di salute delle e degli adolescenti.

Coerentemente con quanto esposto, i *principali obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria orientata ai bisogni di salute delle e degli adolescenti*, da coniugare in riferimento alle specificità territoriali, possono essere i seguenti:

- Costruire un sistema territoriale di percorsi di prevenzione, di presa in carico personalizzata e di continuità assistenziale nell'integrazione tra sanità e sociale e nel dialogo costante con gli altri "sistemi" di vita degli adolescenti (famiglia, scuola, tempo libero...).

- Implementare l'area della prevenzione del disagio adolescenziale che rappresenta un aspetto centrale del sistema regionale dei servizi alla persona ed alla comunità ed è strettamente interconnessa con le azioni di promozione dell'agio, del benessere e con le azioni che favoriscono la partecipazione attiva di cittadini e organizzazioni pubbliche e private alla vita della comunità.

- Rafforzare e consolidare il personale sanitario e sociale, competente e dedicato, dei servizi territoriali orientati all'adolescenza, con una costante "manutenzione" della formazione e dell'aggiornamento professionale integrati e dei percorsi di integrazione, attraverso il monitoraggio e la valutazione delle situazioni.

Dr. Stefano Ricci

RECENSIONE EVENTO
"L'ADOLESCENZA E I GRUPPI"

Il webinar dal titolo "L'adolescenza e i Gruppi", tenutosi il 20 novembre 2020, ha fornito diverse chiavi di lettura utili agli operatori che si trovano a lavorare con gli adolescenti difficili nelle istituzioni. L'evento, organizzato dal Gruppo "Adolescenza"-AEPEA, sezione italiana, coordinato dal dott. Rizzo e dal dott. Perulli, che hanno rispettivamente introdotto e concluso il webinar, si è svolto tramite piattaforma online.

La dott.ssa Bonafede ha moderato l'incontro, che ha visto la partecipazione attiva di molti professionisti interessati a vario titolo alle vicende psicologiche e psicopatologiche legate a questa fascia d'età.

L' Associazione Europea di Psicopatologia del Bambino e dell'Adolescente, precedentemente citata con l'acronimo francese AEPEA, è nata nei primi anni '90 a Parigi, grazie al contributo di importanti clinici dell'età evolutiva, e ha come obiettivo quello di implementare la riflessione scientifica, pratica e teorica, nell'ambito della psicologia e psichiatria del neonato, del bambino e dell'adolescente. Al suo interno comprende una sezione italiana, attualmente presieduta dalla prof.ssa Fava Vizziello, di cui fa parte il gruppo "Adolescenza", organizzatore dell'evento.

Il webinar ha approfondito il tema "Gruppo evolutivo e branco" grazie al contributo del dott. Daniele Biondo. Il relatore sin da subito ha sottolineato come nell'adolescenza, fase dello sviluppo che permette ad ogni ragazzo di compiere il processo di individualizzazione andando verso la definizione del proprio sé, svolga un ruolo molto importante il gruppo che funge da "acceleratore della crescita", offrendo all'adolescente nuove e differenti possibilità di identificazione e confronto.

Riprendendo alcune concettualizzazioni bioniane, il dott. Biondo ha definito diversi livelli del funzionamento del gruppo, all'interno dei quali i gruppi spesso oscillano. Nel primo tipo di funzionamento, quello *evolutivo,* vi è la possibilità di coalizzarsi tra pari per la crescita, di esplorare nuove emozioni, imparando a scoprire e conoscere sé stessi attraverso il rapporto con l'altro per andare verso la definizione della propria identità. A seguire, nel livello di funzionamento detto *regressivo,* prevale una dimensione di gruppo come corpo che si rappresenta in modo unanime, dove la regressione, propria di questo funzionamento, permette al gruppo stesso di ottenere quel sostegno narcisistico che è mancato in origine, di ricostruire il proprio ideale dell'io e di trovare nutrimento per le proprie identificazioni. Infine, è stato presentato il livello più primitivo, quello definito *'branco'*, in cui non c'è opportunità di crescita ed emerge potente la distruttività di una gruppalità che non presenta una capacità di mentalizzazione del proprio vissuto bensì passa direttamente all'azione, agendo nei differenti contesti di vita il proprio dolore. Il branco è un gruppo che si configura con una psiche frammentata in cui i differenti nuclei del sé non sono integrati e comunicanti tra loro, ma bensì separati e indipendenti.

L'accento sul funzionamento gruppale degli adolescenti in istituzione si è posto come una chiave di lettura utile al lavoro del gruppo degli operatori, spesso inserito in dinamiche potenti di investimenti con vissuti intensi nella relazione con i ragazzi. Quello che è divenuto evidente, grazie allo scambio attivo tra il relatore e i diversi partecipanti, è l'importanza per chi si trova a contatto vivo con l'esperienza, molto spesso dolorosa e bisognosa dell'adolescente, di dare un senso ai vissuti emotivi e

alle attività educative svolte con i ragazzi. Il ripensare e ricostruire a posteriori gli accadimenti nella relazione' diviene capace di ricucire i legami tra l'esperienza e il significato più profondo che essa elicita. In tal senso quindi un lavoro educativo psicodinamicamente orientato può favorire l'équipe curante, supportandola con letture delle dinamiche individuali, gruppali e istituzionali. In questo webinar, la psicoanalisi viene quindi presentata con vesti integrate nel lavoro all'interno delle istituzioni, non da intendersi solo come portavoce di interpretazioni, ma anche al servizio della componente educativa. Alcune adolescenze difficili appaiono non trattabili se non in un contesto gruppale, dove accanto alla relazione duale si inserisce l'istituzione educativa e terapeutica che ha il difficile compito di integrare le diverse parti del sé del minore.

L'educatore nel concreto può svolgere questo prezioso lavoro di integrazione attraverso attività intermedie che gli consentono di avvicinarsi al dolore psichico e lo sguardo psicoanalitico può supportarlo e guidarlo in questo.

L'evento sembra dare voce ad un proposito condiviso tra i più di ottanta partecipanti presenti: quello di promuovere il gruppo evolutivo piuttosto che il branco, attraverso una sinergia tra figure professionali capaci di costruire reti reali di crescita.

Beatrice Mason

Giulia Sernagiotto
Psicologa

Image by Alexandra_Koch from Pixabay

I NOSTRI CONSIGLI

Libri:

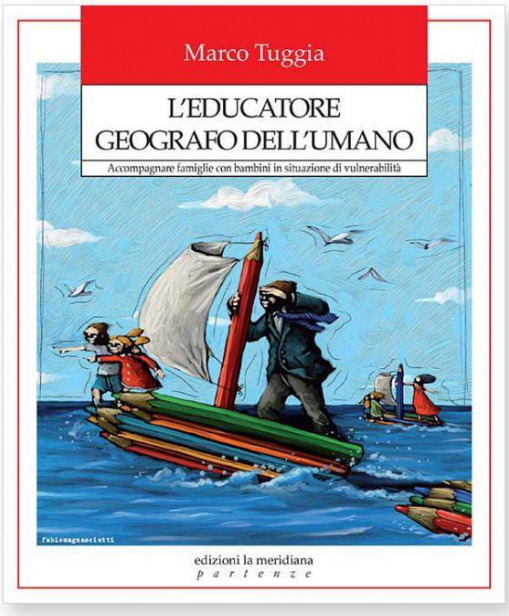
L'EDUCATORE GEOGRAFO DELL'UMANO
Accompagnare famiglie con bambini in situazione di vulnerabilità di Tuggia Marco

L'autore del libro, pubblicato a novembre 2020, è Marco Tuggia, pedagogista e formatore, membro di LabRIEF (laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare) dell'università degli Studi di Padova.

L'educatore come geografo dell'umano è un'immagine che rappresenta il modo di esprimersi di una professione che fa della prossimità la cifra del proprio essere ed agire in équipe. *Prossimità* come avvicinamento, come tensione, talvolta faticosa, volta a co-immaginare nella progettazione e poi a co-attualizzare nella pratica, i *prossimi passi* che le persone che sperimentano delle fragilità possono e vogliono compiere per una vita migliore.
Le famiglie che vivono in situazione di vulnerabilità è come se si trovassero metaforicamente in una barca nel mare in tempesta; gli educatori non guardano dalla riva quello che accade ma sono anch'essi su quella barca. La responsabilità dei professionisti dell'educazione sta, però, nel salire a bordo con una strumentazione tecnica fatta di mappe, bussole, funi, che non assicura di conoscere a priori quale sia la direzione giusta da prendere, ma che aiuta a cercarla e a mantenerla nel cuore della bufera. L'educatore si pone a fianco delle famiglie non come protagonista della scena, bensì come facilitatore di processi e relazioni che, nell'ottica della resilienza, restituiscano un senso del loro vivere.
Una professione come quella educativa ha bisogno di una struttura e di strumenti di lavoro che le consentano di governare con maggiore consapevolezza il proprio agire. L'autore propone un metodo di lavoro con le famiglie in situazione di vulnerabilità inteso come "percorso di accompagnamento", che basa le sue radici fin dal primo incontro con quella famiglia. L'autore afferma che, per decidere di intraprendere un percorso educativo assieme, è necessario conoscersi reciprocamente al fine di cercare convergenza nella lettura della situazione e quindi nella definizione di obiettivi condivisi. Serve, quindi, un metodo per la *conoscenza educativa*.

Questa proposta di metodo permette all'educatore di rileggere ciò che accade a sé e agli altri, non solo in termini di qualità della relazione generata, ma soprattutto come processo che sta generando quel tipo di relazione.
La prima fase del metodo è quella della *prossimità umana immaginata*. Nel percorso di avvicinamento al bambino, alla sua famiglia, al loro ambiente di vita, è inevitabile far i conti con le immagini che si generano a partire dai racconti che altri professionisti hanno fatto rispetto a quel nucleo familiare. La seconda fase è quella della *prossimità umana temporanea*, una nuova prossimità promossa dall'incontro fisico e ravvicinato con le persone le cui storie sono state fino a quel momento narrate da altri. Il conoscersi reciprocamente, tramite il fare insieme, permette ad operatori e famiglie di costruire una nuova vicinanza, chiamata *prossimità umana condivisa*. La quarta e ultima fase del metodo che Tuggia propone è definita *prossimità umana vissuta,* e si realizza nel momento in cui progetto e realtà si mettono a confronto in maniera dialettica, accettandone e valorizzandone tutte le provocazioni. Successi e insuccessi, blocchi e ripartenze, conflitti e sintonie, delusioni e speranze, frustrazioni e desideri, rabbia e gioia sono segni concreti di una storia vissuta e di una professione educativa che si muove all'interno del delicato ma al tempo stesso prezioso mondo della quotidianità e della relazione.

Laura Ruffato,
Educatrice professionale



Film:

PREFERISCO IL PARADISO,
SAN FILIPPO NERI
di Giacomo Campiotti

"Preferisco il paradiso" è un film italiano , con regista Giacomo Campiotti ed è uscito nelle sale cinematografiche nel 2010. La pellicola racconta la storia di San Filippo Neri, interpretato da Gigi Proietti, un sacerdote di mezza età molto determinato e sempre pronto ad amare il prossimo. Il protagonista si incammina dalla campagna maremmana a piedi scalzi per arrivare a Roma con l'intento di partire per le Indie. Ha con sé due libri molto frusti, di cui una bibbia, un piccolo porta monete in cuoio e una lunga tonaca con stretta in vita una corda. Una volta giunto nella capitale il sacerdote non riesce ad intraprendere il suo viaggio e, in attesa di novità, rimane ospite di una ricca famiglia di sarti.

Fin da subito vede il disagio e la quantità di poveri per le strade, soprattutto di bambini e di ragazzi. Notando queste problematiche si domanda se il suo destino sia veramente quello di partire o forse quello di aiutare in primis i più piccoli sfortunati di Roma. Inizia così ad approcciarsi con gli adolescenti e con i preadolescenti cercando di instaurare un bel rapporto: più di una semplice amicizia, quasi un rapporto paterno, ma senza mai superare la sottile linea metaforica del ruolo genitoriale, mai troppo severo e sempre giusto e paritario verso tutti i ragazzi. Una difficile sfida in quanto sono tutte persone che hanno subito dei disagi nella propria breve vita e che per questo diffidano dell'aiuto del prete. Comunque lui si impegna per riuscire a dare loro un sostegno sia economico che amorevole.

Il film ci invita a mettere a fuoco e a riflettere su un concetto che molti danno per scontato, cioè il contributo che potremmo donare al prossimo e ai bisognosi: se tutti lo facessimo come sarebbe la società? Sicuramente si può ragionare sul fatto che Filippo è riuscito, senza un paio di scarpe e dando tutto quello che aveva, a sostenere i giovani indigenti rimanendo comunque felice. Preferisco il paradiso è un ottimo esempio di aiuto e di quanto con poco uno possa fare moltissimo rimanendo felice anche senza ricchezza; i beni materiali frequentemente non sono una vera fonte di gioia: aiutano e sono essenziali, ma spesso ci nascondono l'indispensabile per l'anima cioè il vero amore.

San Filippo Neri con il suo entusiasmo e la sua determinazione proverà a comprendere il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, accompagnando i giovani nel loro percorso di crescita, spesso duramente colpito dal dolore e dall'indifferenza. L'impegno e la dedizione non mancheranno, ma riuscirà nel suo intento di salvataggio? Riuscirà a compiere la sua missione e ad educare i piccoli sfortunati romani? Partirà per le indie o no? Di certo gli imprevisti non mancheranno mai!

Angelo G.

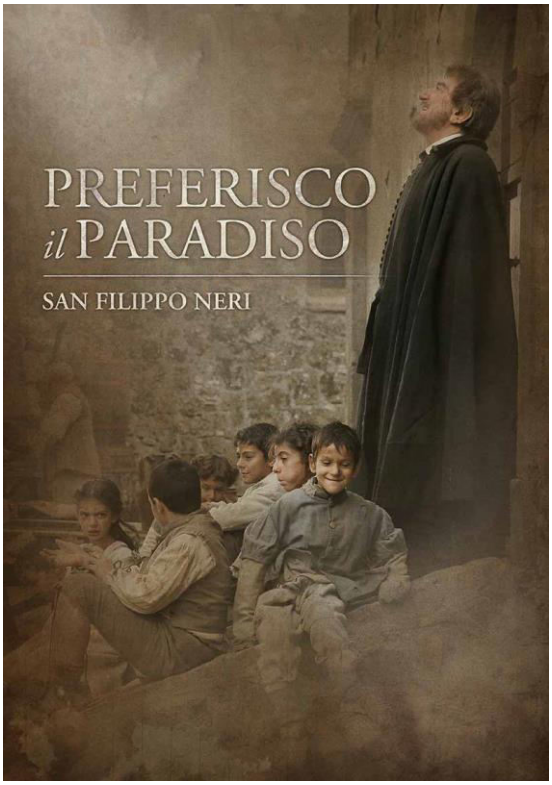


Image by Alf-Marty from Pixabay

MALTRATTAMENTO INFANZIA IN ITALIA ALTO E AMPLIFICATO DALL'EMERGENZA COVID19

Resta alto in Italia il rischio maltrattamento all'infanzia, amplificato anche dalle conseguenze sociali ed economiche dell'emergenza coronavirus. È quanto emerso dalla III edizione dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia di Cesvi, dal titolo "Restituire il Futuro".

L'Indice – curato da Cesvi e sviluppato sotto la guida di un comitato scientifico di altissimo livello è stato presentato in occasione di un incontro digitale, moderato dalla giornalista del TG2 Francesca Romana Elisei, che ha visto la partecipazione della Ministra alle Pari Opportunità, professoressa Elena Bonetti.

Il fenomeno del maltrattamento sui bambini è forse la peggiore tra le emergenze sociali sia per la sproporzione di forze tra il maltrattante e il maltrattato sia per il tradimento della fiducia che i bambini ripongono negli adulti. Tutte le forme di maltrattamento hanno conseguenze gravi non solo sui bambini/e, ma anche sulla società: gli ex bambini maltrattati, sono oggi adulti che vivono con un pesante fardello di dolore che spesso scaricano sui propri figli, generando un circuito vizioso di trasmissione intergenerazionale. In Italia si stima che 47,7 minorenni su 1.000 siano seguiti dai servizi sociali. Di questi quasi 100.000 sono vittime di maltrattamento*.

L'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia analizza la vulnerabilità al fenomeno del maltrattamento dei bambini nelle singole regioni italiane, attraverso l'analisi dei fattori di rischio presenti sul territorio e della capacità delle amministrazioni locali di prevenire e contrastare il fenomeno tramite i servizi offerti. Il risultato è una graduatoria basata su 64 indicatori classificati rispetto a sei diverse capacità che rappresentano la struttura portante dell'Indice: capacità di cura di sé e degli altri, di vivere una vita sana, di vivere una vita sicura, di acquisire conoscenza e sapere, di lavorare, di accesso a risorse e servizi. Quest'anno inoltre l'Indice include anche un intero capitolo dedicato all'analisi del periodo Covid-19, che evidenzia come l'emergenza e il lockdown abbiano moltiplicato i fattori di rischio per il maltrattamento all'infanzia, complice anche l'abbassamento dei livelli di monitoraggio dovuti all'interruzione di molte attività dei servizi sociali.

IL QUADRO NAZIONALE. A livello generale, il quadro finale dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia è quello di un'Italia a due velocità: si conferma l'elevata criticità dei territori del Sud Italia che rispetto alla media nazionale registrano peggioramenti sia tra i fattori di rischio che tra i servizi, pur con diversi livelli di intensità. Solo la Sardegna registra un peggioramento dei fattori di rischio e un miglioramento dei servizi. Le otto regioni del nord Italia sono tutte al di sopra della media nazionale, mentre nel mezzogiorno si riscontra un'elevata criticità: le ultime quattro posizioni dell'Indice sono occupate da Campania (20°) Calabria (19°), Sicilia (18°) e Puglia (17°). La regione con la maggiore capacità nel fronteggiare il problema del maltrattamento infantile, sia in termini di contesto ambientale che di sistema dei servizi è invece, come negli anni precedenti, l'Emilia-Romagna, seguita da Trentino-Alto Adige (2°), Friuli-Venezia Giulia e Veneto che si scambiano il terzo e il quarto posto, e Toscana, confermata alla quinta posizione.

L'Indice, complessivamente, vede dodici regioni al di sopra della media nazionale (erano tredici nel

2019): tutte le otto regioni del Nord Italia, tre dell'Italia Centrale (Toscana, Umbria e Marche) e una del Sud (Sardegna). Campania, Puglia, Sicilia, Calabria, Basilicata, Abruzzo e Lazio si confermano regioni a "elevata criticità", che combinano una situazione territoriale particolarmente difficile sia per i fattori di rischio che per l'offerta di servizi. A queste si aggiunge il Molise, precedentemente posto sulla media nazionale. Sardegna e Umbria rientrano nella categoria delle regioni "reattive" che combinano un fattore ambientale critico con un'offerta più dinamica di servizi dedicati al maltrattamento. Tra le regioni "virtuose" – con bassi fattori di rischio e un buon livello di servizi sul territorio – si confermano invece Emilia-Romagna, Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana e quest'anno, in aggiunta rispetto al 2019, anche il Piemonte che, pur perdendo una posizione per i fattori di rischio migliora nei servizi. Tra le regioni "stabili" si collocano tre regioni: la Lombardia, come nella precedente edizione, la Valle d'Aosta collocata tra le regioni virtuose nell'Indice 2019 e le Marche.

L'IMPATTO DELL'EMERGENZA COVID-19. Dall'analisi sull'emergenza Covid-19 è emerso che la crisi che ne è derivata ha enfatizzato sia le criticità che i punti di forza strutturali già esistenti nelle varie regioni italiane in relazione al rischio di maltrattamento all'infanzia. In aggiunta, stanno emergendo i contorni di traumi di natura diversa a seconda dei territori della Penisola, e più direttamente legati all'asimmetria del contagio: mentre nel Nord Italia emergono con più frequenza traumi di natura primaria spesso legati ai lutti e alla loro difficile rielaborazione, nelle regioni del Sud si registrano le criticità derivanti da un maggiore disagio economico, acuito dalla crisi, e con un impatto su bisogni primari come l'accesso al cibo.

«La terza edizione dell'indice – continua la Presidente di Cesvi, Gloria Zavatta – mette in luce la necessità di disporre di dati più puntuali sull'entità del maltrattamento all'infanzia nel nostro paese e ridurre il divario sociale ed economico delle regioni del Mezzogiorno tramite l'attuazione pratica dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Socioassistenziale). Inoltre, si conferma la necessità di adottare strategie di intervento a medio-lungo termine in grado di modificare in modo strutturale i comportamenti umani e promuovere politiche specifiche e mirate. A tal proposito Cesvi pone attenzione sul concetto della resilienza intesa come la strategia strutturale non solo di carattere "difensivo" ma anche di tipo propositivo e costruttivo, che permette agli individui di superare gli effetti dolorosi del maltrattamento all'infanzia, facendo leva sulle proprie risorse interne, trasformando forme di stress estremamente deleterie in occasioni di crescita. La resilienza non è una capacità innata, ma può essere sostenuta e sviluppata negli adulti e nei bambini anche grazie dall'azione di professionisti.

Cesvi Fondazione Onlus

Il Bacchiglione è un periodico bimestrale di

Novembre - Dicembre 2020

numero 24 - Anno 2020

Autorizzazione Tribunale di Padova n. 513 16/2/1976
Direttore Responsabile Lucio Babolin

INFO:

Sede di Cittadella (PD) - Località S. Maria, Via Case Bianche n. 16
Tel. 049.9401846

E-mail: comunicazione@retemaranatha.it