

REGIONE PIEMONTE
CONSORZIO INTERCOMUNALE
SOCIO ASSISTENZIALE "VALLE DI SUSÀ"

ESTRATTO DEL VERBALE DI DELIBERAZIONE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL CON.I.S.A. "VALLE DI SUSÀ"

N. 49/2013

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PROGETTO DI "EDUCATIVA DI RETE - SERVIZIO DI INTERVENTI EDUCATIVI E CLINICI ORIENTATI AL TRATTAMENTO DEL BREAKDOWN DELLA RETE RELAZIONALE DEL MINORE" PRESENTATO DALLA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE TIARE' DI TORINO.

L'anno duemilatrecento, addì ventinove del mese di novembre, alle ore 15.45, nella Sala Riunioni del Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale "Valle di Susa" - Piazza San Francesco n. 4, regolarmente convocato, a norma dell'art. 21, comma 2, dello Statuto Consortile, dal Presidente del Consiglio di Amministrazione del Consorzio, si è riunito il Consiglio di Amministrazione del quale sono membri i Sigg.ri:

Dott.ssa Laura MUSSANO	- PRESIDENTE -	PRESENZA SI
Dott. Emanuele BELLAVIA	- VICE PRESIDENTE -	SI
Dott. Nicolò COPPOLA	- COMPONENTE -	NO

Assume la presidenza la Dott.ssa Laura MUSSANO.

Assiste alla seduta il Segretario del Consorzio Dott. Giorgio GUGLIELMO.

Partecipa alla seduta, con voto consultivo, il Direttore del Consorzio, Dott.ssa Anna BLAIS, ai sensi dell'art. 21, comma 4, dello Statuto Consortile.

Il Presidente riconosciuta legale l'adunanza, DICHIARA APERTA LA SEDUTA.

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Dato atto che il Consorzio, ai sensi della vigente legislazione, nonché del vigente Regolamento per l'Assistenza Economica, può effettuare interventi educativi specializzati, utilizzando Cooperative Sociali diverse da quella appaltatrici di servizi, quando le esigenze dell'utente, sia esso minore che adulto, lo richiedano e non siano possibili interventi alternativi;

rilevato che la S.C.S. Tiarè, che opera da anni nell'ambito dell'intervento educativo, sia nelle strutture residenziali per minori, sia nell'educativa territoriale individuale, ha formulato un progetto denominato Educativa di Rete per un "Servizio di interventi educativi e clinici orientati al trattamento del breakdown della rete relazionale del minore", altamente specializzati e alternativi all'inserimento in Comunità Terapeutica;

dato atto che nel territorio Consortile si sono verificati, nell'ultimo anno, casi di minori con problematiche tali da far riscontrare come inefficaci gli interventi "tradizionali";

preso atto che il Progetto formulato dalla S.C.S. Tiarè è stato ritenuto meritevole di sperimentazione anche dall'Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità del Distretto Sanitario di Susa;

rilevato che il progetto assistenziale di rete ha come obiettivo sia quello di privilegiare la valutazione complessa clinico-sociale, facendosi carico del lavoro di integrazione con la famiglia, consentendo il rispetto del tempo soggettivo del minore, sia quello di affrontare, da una prospettiva nuova e più ricca, il disagio dell'adolescente e della sua famiglia, anche in assenza di un consenso all'inserimento in Comunità;

ritenuto di procedere all'approvazione del suddetto Progetto, il cui testo è parte integrante e sostanziale del presente atto;

richiamata la propria competenza in merito ai sensi dell'art. 20, comma 1, dello Statuto Consortile;

dato atto che sono stati acquisiti sul presente atto deliberativo, i pareri favorevoli prescritti dalla normativa vigente in ordine alla regolarità tecnica e contabile da parte del Responsabile di Area Minori, Famiglie, Adulti, per quanto di competenza, e del Responsabile del Servizio Finanziario;

con votazione unanime favorevole espressa in forma palese

DELIBERA

- 1) di dare atto che la premessa narrativa costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;
- 2) di approvare il Progetto della S.C.S. Tiarè di Torino, denominato "Educativa di rete - servizio di interventi educativi e clinici orientati al trattamento del breakdown della rete relazionale del minore", che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa, trattandosi di semplice approvazione di un Progetto, i cui oneri economici sono ancora in via di definizione tra le parti;
- 4) di dare atto che sono stati acquisiti, sulla presente deliberazione, i pareri favorevoli prescritti dalla normativa vigente;

CHIARA\ARCHIVIO\Delibere CdA 2013\Delib. Approvaz. progetto Educativa di Rete.doc



REGIONE PIEMONTE

CONSORZIO INTERCOMUNALE SOCIO ASSISTENZIALE "VALLE DI SUSÀ"

Con.I.S.A. "VALLE DI SUSÀ" - Piazza S. Francesco, 4 - 10059 SUSÀ (TO)

Tel. 0122 648 501 - Fax 0122 629 335

e-mail: conisa.segreteria@conisa.it - www.conisa.it - Cod. Fisc. 96020760011 - P. IVA 07262140010

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Avente ad oggetto: APPROVAZIONE DEL PROGETTO DI "EDUCATIVA DI RETE - SERVIZIO DI INTERVENTI EDUCATIVI E CLINICI ORIENTATI AL TRATTAMENTO DEL BREAKDOWN DELLA RETE RELAZIONALE DEL MINORE" PRESENTATO DALLA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE TIARE' DI TORINO

N.49/2013 DEL 29/11/2013

Pareri prescritti dalla normativa vigente

Parere di regolarità tecnica dell'atto:

FAVOREVOLE/~~NON FAVOREVOLE~~

L'Ufficio competente ad esprimere il suddetto parere è individuato in base alla materia

Susa **29 NOV. 2013**



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Handwritten signature]

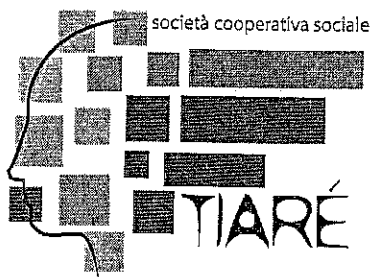
Parere di regolarità contabile dell'atto:

FAVOREVOLE/~~NON FAVOREVOLE~~

Susa **29 NOV. 2013**



**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI
RAGIONERIA**



EDUCATIVA DI RETE.

Servizio di interventi educativi e clinici orientati al trattamento del breakdown della rete relazionale del minore.

Anna Vaccaneo, Manlio Giammaria

Premesse.

L'esperienza acquisita in questi anni nell'ambito dell'intervento educativo (nelle strutture residenziali per minori e nell'educativa territoriale individuale) ci ha permesso di individuare alcune complessità del trattamento del breakdown relazionale cui non sembra possibile dare risposta se non attraverso un differente punto di vista organizzativo e operativo.

L'esperienza di educativa territoriale, nell'accezione del rapporto individuale 1:1, in supporto all'intervento socio assistenziale o sanitario, sovente si dimostra inefficace nei casi in cui la sintomatologia del minore è il riscontro di una alterazione della relazione nel campo familiare, quando ad esempio si ha evidenza che la sintomatologia si esprima esclusivamente o prevalentemente nei confronti dei genitori.

Ciò non significa che il minore non offra rilevazioni di alterazione comportamentale negli altri luoghi frequentati (scuola, gruppi di intrattenimento, ecc), ma che effettivamente il disagio sia riferito alla comunicazione con le figure primarie che ovviamente si esprimono proiettivamente anch'esse a largo raggio, ovunque sia diffusa la presenza del figlio, e non soltanto all'interno delle mura di casa.

In queste situazioni è nostra esperienza che l'intervento educativo sul minore non riesca ad andare oltre (quando è possibile) ad una decantazione della tensione (spesso momentanea) e che la manifestazione sintomatica rimanga comunque embricata in modo indissolubile con le figure genitoriali e/o con i micro e macro ambienti sociali in cui il minore vive.

Questo comporta, nella maggioranza dei casi, solo una posticipazione della prescrizione di inserimento in comunità con un dispendio di energie eccessivo, paradossalmente superiore a una decisione interventista indifferenziata, con l'esito aggiunto del carico emotivo di una delusione generata dal senso di fallimento.

Allo stesso modo abbiamo osservato come alcuni interventi residenziali tendano a prolungarsi oltre il dovuto a causa della difficoltà di intervenire, in modo complesso e integrato, sull'ambiente relazionale che ri-accoglie il minore, il quale a sua volta, una volta dimesso, si trova in una rete di relazioni assai meno protetta e stabile di quella che ha sperimentato in Comunità. Questo delicato territorio si lega in modo indissolubile al tema della valutazione e della definizione dei criteri di dimissibilità dalle comunità, argomento ancora piuttosto vago e spesso definito soltanto da misurazioni di ordine economico o di necessità istituzionali. Il progetto assistenziale di rete ha come obiettivo

anche quello di privilegiare la valutazione complessa clinico-sociale, facendosi carico del lavoro di integrazione nel rientro in famiglia (o in altra situazione destinata) e consentendo così il rispetto del tempo soggettivo del minore.

Talvolta in effetti si propone un pericoloso spazio di instabilità tra la presa in carico della rete dei servizi e la condizione di rientro a casa, se pur non molto frequente, anche se la dimissione è stata preparata ed ha previsto una progressiva ripresa di relazioni complesse extracomunitarie. Diverso è infatti il passaggio di un minore da una struttura ad altra, ove l'integrazione e la ripresa dei passaggi evolutivi viene condotta con il sostegno dell'equipe interna.

Il pagamento della retta residenziale è infatti spesso economicamente incompatibile, per le istituzioni, con un intervento intensivo di rete sul territorio che finisce pertanto per poter essere predisposto solo immediatamente dopo la dimissione. Si deve tener conto che anche il solo il repentino spostamento del peso specifico della presenza e della distribuzione dei nodi della rete (Comunità-Territorio) definisce in questa fase un'instabilità nella esperienza del minore che lo porta a dolorose regressioni.

La possibilità di erogare un intervento di rete in continuità con la dimissione permetterebbe di accompagnare il percorso del minore alla ripresa dell'esperienza di relazione esterna in accordo con una progressiva presa in carico socio-sanitaria: costituire quindi una sorta di "propagine" della rete comunitaria che si integri progressivamente con la rete dei Servizi fino a rendersi non più necessaria, e produca un migliore "svezzamento" ad esperienze di relazione nuove e meno protette che in ambito residenziale.

Allo stesso modo è talvolta problematica la dimissione del minore da una condizione di ricovero ospedaliero quando la necessità di conoscenza del minore e della sua rete relazionale si scontra con una situazione non più sintomatica e di apparente stabilità presentata nella ultima fase della permanenza in reparto. In questi casi la valenza di un lavoro che si può definire come un "processo di dimissione", in effetti potrebbe incidere fortemente sulla qualità prognostica del caso: una esperienza di ricovero, se ben compresa nel suo significato dinamico-relazionale, può diventare unica e risolutiva.

Accanto a queste condizioni pertinenti il progetto del minore, abbiamo potuto osservare come possa essere proficua la riproduzione di un modello di lavoro integrativo sovrapponibile alle prospettive teoriche della specificità residenziale anche nel lavoro sul territorio.

In particolare facciamo riferimento a quelle situazioni in cui un singolo caso attiva diverse funzioni professionali (o servizi); quando il nucleo di elaborazione e osservazione integrata degli aspetti emergenti nel lavoro domiciliare risiede nel servizio di NPI, l'orizzonte da cui si pone lo sguardo mostra frequentemente scorci di una complessità che ha caratteristiche assai diverse quando può essere letto da un vertice meno coinvolto.

Essere titolare della responsabilità clinica sul minore e contemporaneamente contenitori delle proiezioni diffuse nel campo rende infatti molto più difficile la definizione di un percorso che sappia accogliere il bisogno del paziente in una dimensione di integrazione della patologia del campo, che meglio esprime il vero problema.

La possibilità di disporre, come risorsa osservativa, di un'educativa integrata esterna al campo, può talvolta permettere l'integrazione di sfaccettature spesso veicolate da

emozioni e proiezioni così forti da non risultare di facile composizione e attraverso una visione più allargata, permette percorsi di cura più allargati ed efficaci.

In sintesi:

La proposta di un intervento organizzato su diversi livelli funzionali e attraversato da una lettura delle proposte assistenziali ed educative più allargata (che consenta una corretta attribuzione di compiti alle figure professionali coinvolte e la prescrizione del diverso peso specifico necessario a ogni singola situazione) potrebbe consentire una attenuazione della gravosità deposta normalmente sui nodi della rete, rendendo meno necessari degli inserimenti in Comunità, più rapide le dimissioni, consentendo di affrontare da una prospettiva nuova e più ricca (e individualizzata) il disagio dell'adolescente e della sua famiglia anche in assenza di un inserimento in comunità.



La Cooperativa Tiaré s.c.s. , fondata a Torino nel 2007 e con sede a Torino in via Baretto 45, si presenta come un contenitore di servizi disposti a filiera, in grado di fornire interventi differenziati ma allo stesso tempo competenti alla costruzione creativa di risposte di cura .

La convenzione con diversi enti su scala nazionale ci ha reso competenti all'integrazione delle risposte fornite ai minori e alle loro famiglie sia in accordo con quanto offerto dai Comuni che in

associazione al lavoro sanitario delle locali ASL.

Il personale reclutato per questo tipo di progetto è sia interno all'organizzazione che esterno ad essa, ma sempre valutato preventivamente per la capacità di adeguarsi al modello di lavoro.

Educativa di rete

Il progetto proposto si articola su due livelli: il primo tiene conto degli strumenti che ci è consentito mettere in campo e delle precisazioni sul peso specifico di ognuno di essi all'interno del progetto.

Il secondo li articola ed integra in diverse composizioni che diventano il linguaggio con cui siamo in grado di costruire gli interventi, inserendo quantitativi differenziati di clinica.

Primo livello: gli strumenti

Gli strumenti prevedono:

- educativa individuale a domicilio
- arte terapia individuale
- laboratorio individuale di video terapia
- laboratorio radio
- musicoterapia individuale
- supervisore delle figure professionali
- coordinatore clinico del progetto
- coordinatore educativo del progetto
- assistente sociale

Educativa a domicilio

Per educativa domiciliare s'intende la messa in campo di personale dotato di esperienza e selezionato in base ad alcune caratteristiche che abbiamo visto essere fondamentali

nelle diverse tipologie di pazienti. Ciò significa che non sempre la persona reclutata ha uno specifico titolo educativo, ma a volte si tratta di un OSS o di altra professionalità (psicologo) che però risponde umanamente e come formazione alle necessità di intervento.

Non sempre è sufficiente una sola figura educativa, e non solo per questioni di monte ore globale: le funzioni che ci sembrano necessarie per sostenere una situazione clinica di crisi del sistema familiare sono spesso declinate su due registri, uno di sostegno al paziente nell'espressione del proprio disagio, l'altro di avvio del processo di mentalizzazione e perciò impegnato nella specifica direzione della riflessione.

Se spesso è possibile riunire questi aspetti in un'unica figura, a volte si tratta invece di semplificare le rappresentazioni per aiutare tutto il nucleo a dialogare e abbassare il livello di conflittualità del campo, affidando a due persone i diversi compiti.

In quest'ultimo caso diventa molto importante la comunicazione interna all'equipe con stesura di un diario di bordo¹ che possa aiutare l'integrazione dei diversi movimenti messi in atto dal paziente poiché non sempre le competenze alla mentalizzazione sono direttamente proporzionali alla chiarificazione dei contenuti intrapsichici agevolata dal lavoro protesico.

L'educatore di sostegno viene guidato alla costruzione di una relazione di fiducia col paziente e alla costruzione di una serialità rituale che consenta il ripristino della funzione di regolazione emotiva.

La posizione di identificazione col minore pone l'educatore a forte rischio di attacco da parte della famiglia che proietterà le proprie tensioni sulla coppia neo formata.

In questi casi si rende fondamentale la presenza di un secondo educatore che possa mediare diluendo la rappresentazione del paziente come oggetto dell' "amore patologico" dei genitori attraverso il continuo flusso di immagini composte dalle diverse posizioni affettive che il caso globale comporta e l'immissione del significato di ogni evento in corso.

In altre parole il "mentalizzatore" deve porsi come luogo di rappresentazione dei conflitti, sostenendo il processo d'identificazione compiuto dal collega e depotenziando l'angoscia della sua separazione dalla famiglia.

L'educatore individuale cercherà di portare il paziente fuori dalla casa, o comunque fuori dallo spazio di ritiro scelto dal minore, agevolando l'espressione dei desideri soggettivi.

Inizialmente potrà tuttavia rendersi necessario un periodo di affiatamento in cui il ragazzo mostrerà di aver bisogno di mettere in comune i territori individuali per assicurarsi che i suoi contenuti siano visibili e condivisibili nel loro significato.

E' tuttavia preferibile delegare la permanenza in casa e il compimento delle mansioni afferenti al paziente all'interno del nucleo (condivisione pasti, partecipazione a eventi significativi) all'educatore ausiliario, portatore di una rappresentazione "funzionale" del paziente all'interno della comunicazione della rete parentale.

La supervisione degli educatori si rende indispensabile per evitare che quei movimenti identificativi diventino semplicemente amplificatori di un conflitto interno alla famiglia, evento questo molto frequente.

¹ Il Diario di Bordo è un software di gestione dell'informazione testuale relativa al minore che permette un'integrazione delle osservazioni e una rilettura delle stesse per tempo, operatore, tipologia di intervento, permettendo anche una rilettura analitica e specifica della stessa. Il diario di bordo è di proprietà della Cooperativa Tiarè che ne cura anche la commercializzazione.

Quindicinalmente viene dunque dedicato uno spazio di un'ora e mezza per l'elaborazione degli eventi e la costruzione di indicazioni progettuali educative. Mensilmente lo spazio è seguito dall'incontro di integrazione degli elementi derivati dai laboratori concomitanti.

Laboratorio artistico individuale

Il riconoscimento dell'approccio relazionale attraverso forme artistiche come strumento di lavoro efficace con tutte le tipologie di pazienti è ormai universalmente accolto; sono tuttavia molto numerose le tipologie d'intervento, comprendendo anche interventi di evidente natura pedagogica o di intrattenimento.

Nella nostra esperienza l'intervento di arteterapia individuale assume il senso di una prima definizione della condivisione di un contenitore comune (relazionale) in cui spazio e tempo hanno la funzione di permettere la serialità di una esperienza di relazione e la costruzione di un clima di comunicazione su un versante non esigente e ludico.

Rispetto a un intervento di tipo verbale è presente quindi il valore aggiunto di uno strumento che si interpone nello spazio intersoggettivo trasformandolo, grazie alla sua flessibilità e al potere regressivo e universale, in area transizionale capace di accogliere le rappresentazioni proiettive del paziente e del terapeuta, promuovendone l'elaborazione e il cambiamento.

L'attitudine all'espressione preverbale dei minori rende in particolare questo strumento molto importante per il "racconto" e la ricostruzione di una biografia soggettiva, consentendo allo stesso tempo di rappresentare i personaggi della propria storia senza sentire la minaccia del loro riconoscimento da parte del mondo.

Il linguaggio espressivo dell'arte è sempre disinvestito sul piano delle aspettative idealizzate dell'adulto perché anche nell'esperienza del bambino esso ha a che fare col mondo della fantasia e delle relazioni primarie.

La creazione di un setting capace di confortare e accogliere diventa dunque il fondamento su cui riporre quelle funzioni protettive e di cura che molto si differenziano dalle sale di terapia classiche.

Chi accompagna la creazione di un disegno viene visto sempre come poco giudicante, disponibile all'ascolto e attento e interessato, al limite assimilato proiettivamente alle figure delle maestre dei primi anni di vita.

E' dunque essenziale che il terapeuta non disegni mai, si ponga soltanto come ausilio alla realizzazione dei lavori, capace di fornire indicazioni tecniche efficaci a "riparare", trasformare o compiere adeguatamente i prodotti artistici. In altre parole è un facilitatore dell'attribuzione di senso e di valore al prodotto artistico, senza che vi sia alcuna aspettativa in proposito.

La vicinanza attenta e presente del operatore veicola il transfert e fornisce simbolicamente (nei materiali scelti, nelle forme plasmate, nel processo creativo in toto) le informazioni dinamiche di funzionamento. Il conduttore, al pari delle altre tecniche, diventa oggetto di trasferimento delle proiezioni in una dimensione diversa e più accessibile, specialmente ai minori che sono in qualche modo più vicini cronologicamente all'esperienza primaria.

Il disegno si presta dunque sia alla comunicazione in forma autistica delle fasi più precoci dello sviluppo che a quelle più avanzate di terzalizzazione e poi di intersoggettività.

Il lavoro pittorico diviene stimolo ed effetto della regressione agevolata dal rapporto e l'osservazione del processo consente di osservare la struttura operativa ma anche e soprattutto quella difensiva del paziente.

Proprio perché portatore di informazioni profonde e private, il disegno deve essere conservato, protetto, impreziosito dal valore della sua conservazione, restando sempre nell'atelier (lo spazio individuale scelto come comune) e mai offerto alla vista degli altri, salvo i particolarissimi casi in cui questo diventa necessario per il paziente.

Un laboratorio individuale deve essere in prima scelta condotto in luogo stabile e ben protetto, fuori da casa. I materiali offerti al paziente, di qualità buona e ben rappresentati nelle loro funzioni simboliche (sia quelli di controllo che quelli di facilitazione), devono anch'essi restare pertinenza del contenitore.

Tuttavia il conduttore può inserire nella sua funzione anche quella di trasferimento al luogo di lavoro, permettendosi un acting superiore allo psicoterapeuta di altri orientamenti.

Una o due incontri settimanali sono indicati nelle fasi di accompagnamento all'ingresso in comunità e altrettante nel condurre il paziente alla dimissione.

Laboratorio Video individuale.

L'utilizzo dello strumento della telecamera nella relazione con gli adolescenti ha comportato nella nostra esperienza l'ampliamento esponenziale delle opportunità di contatto in quelle situazioni in cui l'espressione psicopatologica ergeva resistenze di particolare gravità.

Esse non solo si manifestano in quei casi la cui valutazione diagnostica protende verso lo spettro psicotico, ma anche e specialmente in situazioni in cui il paziente è posto in un atteggiamento di difesa narcisistica, borderline e antisociale, diventando sensibile alla costruzione di uno spazio espressivo altrimenti rifiutato.

La fragilità dell'Io è certamente un requisito che soddisfa ampiamente la buona riuscita di un lavoro terapeutico a breve termine quale quello offerto da un setting di alto valore espressivo ma anche capace di costruire una serialità di compiti e rituali tranquillizzanti e ristrutturanti.

Ma sono quelle manifestazioni patologiche vicine allo spettro della patologia del Sé che maggiormente mostrano la potenzialità dello strumento, attraverso l'offerta di un linguaggio e di una collocazione tridimensionale del rapporto terapeutico senza che esso sia percepito come intrusivo e minaccioso.

La seduzione di una funzione di specchio, che falsifica in maniera simmetrica all'espressione patologica (della negazione del bisogno dell'altro), ma che offre di concerto alla solitudine narcisistica una presenza relazionale alleata, è davvero potente.

Il paziente, tendenzialmente disposto al ritiro dell'investimento relazionale per cause diverse e singolari, viene accolto in uno spazio la cui definizione esplicita è quella della amplificazione dell'espressività soggettiva. Il conduttore si pone come complice nella costruzione di una scena rappresentativa individuale, mantenendo sempre una posizione

laterale al paziente. Il paradigma sotteso è dunque diverso dalla relazione di cura classica (io sono qui per te) in cui viene svelato il desiderio inconscio, ma diventa in qualche modo esplorativa della posizione ed esperienza del soggetto nel mondo (ti mostro come e dove tu sei e vuoi essere) in una apparente grammatica del conscio che non compromette il desiderio.

L'artefatto consentito dal differimento dell'immagine e dall'utilizzo dei software ha la grande proprietà di rendere bello ciò che rischia di essere terrificante ed è di fatto soltanto una risorsa per la tollerabilità del contatto con se stessi, lasciando intatte le caratteristiche dell'Io; esso risulta sempre riconoscibile al soggetto, dunque familiare e frequentabile, perfino desiderato.

Rivedere le immagini è una necessità espressa dalla maggior parte dei pazienti, spinti dalla curiosità della dimensione narcisistica: in ogni caso è tollerabile e ben accetta, diventando fonte di stimolazioni positive per la coerenza presente nella promessa di una rappresentazione non violata delle proprie difese.

La fotografia infatti, corredata da musiche, scritte o sfondi introdotti ad arte per ogni singolo caso, restituisce sempre quanto il paziente ha pensato di aver voluto dare di sé.

La persistenza nella memoria nella macchina della serie d'immagini diventa inoltre una serialità cronologica che costruisce la biografia del soggetto in una proiezione temporale simbolica, capace di stimolare la funzione storiografica così fondamentale nella costruzione del significato del sé.

La consegna del materiale, sempre compiuta dopo brevi percorsi, ha in genere una funzione specifica del qui ed ora, come se fornisse consistenza al rapporto ma fosse in genere disinvestita del valore conservativo e introiettivo.

Questo si crea progressivamente nel tempo ed è in genere delegato al conduttore/terapeuta, che si predispone alla conservazione del materiale per poi proporlo mesi dopo come memoria elaborata di un percorso evolutivo. In quel momento avviene nel paziente il riconoscimento dentro di sé delle emozioni contenute nel video attraverso la persona del terapeuta, che conferma così l'esistenza di un valore intrinseco del soggetto e la realtà stessa del proprio sé.

Il paziente diviene consapevole a quel punto del significato delle proprie comunicazioni e comincia a desiderare la condivisione di esse con le persone significative della propria vita.

Nell'approccio delle fasi acute il processo è certamente contratto ma acquista un valore speciale per la questione della fiducia così fortemente compromessa dai traumi recenti.

Il progetto con il tecnico diviene un territorio di condivisione dell'obiettivo, cosa inedita nell'esperienza dell'adolescente che alla presa in carico ha sempre la forte angoscia della perdita dei legami primari.

Così il laboratorio video diventa anche territorio di elaborazione del controllo, attraverso la riedizione e la manipolazione delle immagini prodotte, che tuttavia sono governate dal conduttore/regista e rimangono comunque fedeli.

In un rapporto intensivo iniziale può essere anche d'aiuto la determinazione di un focus, un tema che consenta al paziente di esercitare quel processo di difesa che nella fase acuta appare importantissimo e che conduca alla chiusura del lavoro con un prodotto finale entro breve tempo.

Le caratteristiche necessarie all'attuazione del lavoro sono dunque quelle riferite al setting: il conduttore, lo spazio, il materiale, il tema e il prodotto.

La supervisione si rende necessaria per la gestione del controtransfert e il tempo di impegno è moltiplicato per l'elaborazione corretta del materiale che fa della post produzione un momento forse ancora più delicato di quello dedicato al rapporto diretto col paziente.

Laboratorio radio

La comunicazione è in un certo senso lo strumento principe per il nucleo operativo della psiche, l'area di interfaccia col mondo che consente la costruzione della propria identità di adulto.

In questo spazio sono visibili gli aspetti che caratterizzano lo stile individuale di rapporto, anche e soprattutto nella loro distorsione legata a esperienze primarie sofferte e incomplete.

Ed è questo lo spazio in cui l'azione terapeutica ha la sua sede, a nostra precisa opinione soprattutto in una dimensione di gruppo.

Spesso la configurazione immatura degli aspetti d'identità nei giovani non consente l'accesso a psicoterapie individuali come nella condizione adulta, traendo invece ampio profitto dall'immissione nel gruppo del proprio stile di relazione, indicando la collocazione del disagio e permettendo di interagire in una dimensione complessiva che agevoli i processi di elaborazione e il riavvio del movimento evolutivo interrotto.

Nel nostro modello gli strumenti di cura nel gruppo sono scelti non tanto sulla necessità di applicare specifiche tecniche educative, quanto sul valore di cura che viene attribuito alle attività che hanno come denominatore comune la comunicazione, permettendo la creazione di spazi che danno voce ai vissuti e sostengono nell'esplorazione della potenza della propria espressività.

I fenomeni di esclusione sociale che accompagnano la patologia psichiatrica adulta in qualche modo sono cementificati proprio nell'adolescenza, fase in cui è fondamentale il confronto con adulti capaci di rendersi riferimento ideale per poi essere attaccati e discussi nella ricerca della propria identità.

L'identificazione con gruppi di pari acquista un valore essenziale, fondativo in questo momento della vita: l'isolamento psichico in cui si rischia i cronicizzare il disagio e l'alienazione trovano un terreno fertile nell'assenza di un adeguato accompagnamento per quei giovani pazienti le cui capacità di adattamento sono elevate, fornendo competenze alla negazione dei bisogni profondi, sacrificati in nome dell'identità che alcuni gruppi devianti riescono a fornire in modo semplice.

Più grave ma più evidente è invece il dolore di quella fetta di adolescenti in cui la sofferenza non ha altro sfogo se non nel reale isolamento o nella franca psicopatologia.

In entrambe queste situazioni il sostegno delle cure diviene particolarmente importante nell'evitare la progressione del disagio e l'avvio alla "carriera" di paziente.

La caratteristica dei nostri interventi è quella di utilizzare gli strumenti che abbiano una potenzialità terapeutica e che quindi contengano nella loro strutturazione l'architettura teorica che ne sostenga l'impiego, rendendo leggibile il contenuto e armonico il linguaggio rispetto alla complessità degli interventi messi in campo per ciascun soggetto, qualunque essi siano dall'orizzonte pratico.

Sin dal momento in cui avevamo cercato di ampliare la scelta degli interventi terapeutici sul territorio avevamo pensato alla costruzione di un laboratorio radio come un contenitore di più elementi sinergicamente capaci di sostenere i ragazzini nel loro percorso.

Consapevoli della complessità della programmazione di un palinsesto, avevamo individuato comunque alcuni specifici ambiti dell'organizzazione di una radio web come confacenti alle nostre necessità, ipotizzando di riuscire ad ampliare l'attività nel corso del tempo.

La radio "terapeutica" secondo noi non è tanto importante rispetto al contenuto di ciò che trasmette (per quanto questo abbia certamente un valore e non sia per questo un aspetto trascurato o trascurabile), ma che sia principalmente basata su un concetto di comunicazione partecipativa, rispondendo alle priorità stabilite dal gruppo organizzatore così che sia facilitata l'identificazione con la stessa.

Ci interessa quindi la potenzialità emotiva che questo strumento può veicolare e mettere in gioco, organizzando il desiderio originato dall'identificazione del gruppo nel coinvolgere i potenziali ascoltatori in un lavoro complesso che sostenga gli individui alla partecipazione dei processi sociali di comunicazione e scambio.

Poichè immaginiamo che un laboratorio di questo tipo abbia diverse fasi (progettazione, realizzazione, montaggio, trasmissione, ecc), ci rendiamo conto della sua complessità, che tuttavia afferisce a due specifiche funzioni nel suo intento di cura:

- funzione educativa di sostegno
- funzione di cura e cambiamento.

Ovviamente esse sono integrate almeno in parte e difficilmente scomponibili per la loro compresenza nell'ambito dei progetti di presa in carico dei pazienti.

Laboratorio di musicoterapia individuale

L'approccio alla relazione attraverso la musica non può prescindere, in un intervento individuale, dall'interesse che l'adolescente può presentare per l'ascoltare o il suonare.

In uno spazio quindi che si costruisce attraverso la soddisfazione di un desiderio (più o meno stabile e strutturato) è possibile organizzare dei progetti dove l'ascolto o il suonare si sviluppino come esperienze di riconoscimento reciproco nella relazione 1:1 organizzate e naturalmente temporalizzate secondo la progressive capacità di condurre tale relazione in contesti progressivamente più complessi in cui esporla a maggiori stimolazioni (sala di prova, organizzazione di suoni più complessi a più attori, biblioteche musicali, presenze a concerti).

L'apprendimento prima e la condivisione dell'ascolto o la realizzazione di un "prodotto" ritmico o musicale comune, finiscono per costruire la progressione di una esperienza che, apparentemente non esigente dal punto di vista relazionale, costruisce una serialità di esperienza di spazio tempo e compito

Secondo livello: l'integrazione in un progetto di cura del campo relazionale.

Utilizzo dell'educatore

Più che indirizzarsi al compito generico che l'educatore normalmente rivolge al suo paziente ci sembra importante decodificare la specifica funzione che esso compie nelle diverse situazioni: in questo modo appare chiaro come sia delicata la scelta della persona cui affidare il minore e la guida da offrire nel susseguirsi degli eventi.

Le funzioni sono ovviamente compiute attraverso quegli interventi che dell'educatore sono la specificità (accompagnamento in attività, sostegno a svolgere compiti, ecc) e che non possono che essere declinate nelle singole situazioni.

Funzione educativa

Nell'esistenza di un'organizzazione di gruppo che prevede la collaborazione di più individui (e si fonda sostanzialmente su di essa, rendendo indispensabile il coordinamento e la sincronia) si identificano le caratteristiche attribuibili al setting della cura: esso è dato anche da una specifica gerarchia organizzativa (cui corrisponde una simbologia precisa) ed una attribuzione conseguente di compiti differenziati a ciascuno, alla presenza di una figura esterna che fornisce il senso dinamico e interpretativo della scena.

In altre parole l'identificazione del "laboratorio educativo" come un contenitore dalle caratteristiche definite e stabili, se pur plasticamente modificabili nell'orientamento del gruppo, ci permette di definirlo anche in rapporto alla sua funzione educativa (e spesso peri-terapeutica), assumendo le caratteristiche di elementi di contenimento e di riflessione per il paziente.

Vi è una specifica necessità di fornire anche una certa costanza nelle figure di riferimento all'interno del gruppo, cosa che tuttavia non necessariamente deve coinvolgere gli attori esterni, potendo restare confinata alla funzione del referente della Cooperativa per ogni singolo progetto.

Per i ragazzini cui dedichiamo le nostre prestazioni (ovvero nell'ambito della psicopatologia) è comunque importante che l'intervento a matrice educativa possa fornire anche quegli elementi di modulazione degli aspetti emozionali e di mediazione con le regole del mondo, cosa che forse non si rende necessaria in condizioni "fisiologiche". In altre parole la preparazione al lavoro con questa tipologia di minori contempla necessariamente una disposizione maggiore all'attenzione ai segnali comunicativi di quanto si osservi in assenza di patologia.

L'accompagnamento con figure professionali a conoscenza del complesso intervento clinico sul paziente è per noi fondamentale per poter integrare le informazioni e

restituire allo stesso risposte coerenti nel processo di cura, oltre che agevolare la partecipazione in una rete sociale non protetta.

In questo specifico orizzonte si delineano le due possibili disposizioni verso il paziente che sono definite coi termini di "educatore specchio" ed "educatore simbiotico" nel manuale teorico di riferimento della cooperativa.

L'utilità di ritmi regolari e predefiniti, quali quelli esistenti nella quotidianità del soggetto in aggiunta ad eventuali impegni costruiti ad hoc, si rivela parte necessaria alla ricostruzione della stabilità interna nei pazienti.

Essere parte di un processo la cui esistenza dipende in modo reciproco dalla partecipazione di ciascuno è uno di quegli aspetti di strutturazione della personalità che è sperimentata normalmente da tutti nel corso della vita, ma la cui esistenza è spesso negata o interrotta dagli episodi traumatici gravi che coinvolgono gli adolescenti psicopatologici.

Dalla costanza delle esperienze relazionali positive deriva poi quel senso di sicurezza sul quale si fonda effettivamente la costruzione della stima di sé, aspetto questo compreso nella funzionalità del setting, fornendo ai singoli un'importante informazione sulla loro "consistenza" e sulla costruzione del senso di responsabilità legato alla funzione svolta all'interno del gruppo.

Funzione ricostruttiva.

Gli aspetti più specifici che riguardano la cura sono afferenti alla potenzialità che un laboratorio a carattere espressivo esprime nella sua capacità di definirsi come uno spazio che riesce a dar voce ai propri vissuti: in questa direzione si orienta la possibilità di rendere l'affiancamento educativo un vero e proprio "laboratorio".

Rivelandosi uno spazio di comunicazione in cui il rispecchiamento appartiene alla sfera delle rappresentazioni del sé, esso infatti si presta a diventare contenitore delle proiezioni profonde che tuttavia sono elaborate in chiave strettamente.

Come la pittura, la recitazione, la produzione musicale, anche l'espressione radiofonica contiene da un lato rappresentazioni idealizzate della propria immagine e si presta allo stesso tempo a plasmarsi come parete riflettente le fantasie del trasmettitore, diventando veicolo di istanze profonde.

La potenzialità espressiva di un "laboratorio educativo", che allo stesso tempo introduce elementi di autostima importanti quando avvicina l'individuo al proprio ideale di sé (attraverso il processo di identificazione con l'educatore), si mostra capace di muovere la comunicazione anche in quei ragazzini particolarmente sofferenti per le deprivazioni o i traumi affettivi del passato.

Esso in qualche modo rende reale la possibilità di trovarsi in uno spazio in cui si è ascoltati, promuovendo i processi proiettivi che permettono una bonifica "operativa" attraverso il comportamento stesso dell'educatore.

L'esistenza tuttavia di un contenitore stabile che offre esigenze specifiche di contesto e di contenuto (ad esempio il programma della giornata) fornisce quelle parti di confine che hanno una specifica relazione col principio di realtà e che possono contribuire alla costruzione di comunicazioni in cui gli aspetti emotivi trovano una valida modulazione senza configurarsi in minacce di tipo persecutorio come spesso occorre in alcune forme di disturbi, rivelandosi validi sostegni alla funzione di "reverie".

Vi è poi l'aspetto dell'integrazione con gruppi "normali" di coetanei: anche se culturalmente è frequente incorrere in reti disponibili e predisposte all'accoglienza di persone portatrici di disagio, non sempre esse si mostrano funzionali proprio per la complessità dei quadri clinici e per la delicatezza necessaria all'approccio al di là della volontà positiva di vicinanza.

La condivisione di un compito, con il sostegno delle figure professionali specificamente formate, è certamente uno dei migliori strumenti di integrazione grazie al quale fornire esperienze di socializzazione esterna alle reti protette del circuito di cura.

In alcuni casi si innescano infatti in queste occasioni dei circoli virtuosi che fanno riferimento al modello del mutuo aiuto e che appaiono come risorse incredibilmente preziose per gli adolescenti disagiati.

-L'organizzazione.

L'articolazione dell'utilizzo dei diversi strumenti è flessibile e individualizzata ed è definita in accordo con i curanti e i familiari in rapporto alle specifiche manifestazioni e necessità del contesto.

Innanzitutto va compiuta una prima distinzione che riguarda a chi è rivolto il servizio, differenziando due fasce specifiche di età che richiamano bisogni diversi.

Per i minori fino ai 14 anni si rende necessario investire maggiormente sull'affiancamento educativo e sull'utilizzo dell'arte terapia e laboratorio video, mentre per gli adolescenti di 14-18 anni oltre a questi la partecipazione alla radio si mostra di grande aiuto.

Il modello relazionale e l'intersoggettività sono stati per noi motivo di attenzione particolare per le osservazioni cliniche derivate dall'esperienza nel campo della psicopatologia dell'adolescente; alla questione del rapporto fondamentale che l'individuo ha con le figure di riferimento è in qualche modo attribuita la responsabilità dello stile evolutivo mostrato.

L'implicazione clinica ci ha permesso di studiare modelli di cura che a oggi hanno confortato le riflessioni con sensibili risultati.

Le applicazioni in campo terapeutico di questo modello ci sostengono nel creare contenitori adeguati al linguaggio dei giovani che abbiano potenzialità anche per situazioni ove non è richiesta la residenzialità, vuoi per una buona persistenza della rete sociale privata del soggetto, vuoi per una progressione del percorso di cura cui è stato già premesso il percorso in comunità o in situazioni più avanzate.

Supervisione degli operatori

Questo spazio quindicinale della durata di tre ore può essere compiuto in continuità delle due aree (clinica ed educativa) solo in parte perchè il lavoro di supervisione deve essere mantenuto differenziato nell'orientamento e nel metodo: gli educatori devono trovare infatti non solo un confronto sugli aspetti derivati in modo diretto dalla relazione col paziente e con la sua famiglia, ma anche, e soprattutto, devono trovare indicazioni

operative al proseguimento del lavoro. Le linee guida devono saper integrare i bisogni reali e quelli fantasmatici espressi nel percorso.

I terapeuti indirizzano invece lo strumento di supervisione all'analisi del contenuto emerso e alla formulazione di un progetto integrato che possa armonizzare le tecniche e sbilanciare eventualmente la loro frequenza in favore di una o dell'altra. E' inoltre molto importante che vi sia un passaggio fluido di informazioni cliniche per una lettura integrata delle risposte al trattamento, mantenendo una rotta comune.

Una formulazione ideale di un incontro di supervisione prevede quindi lo spazio di un'ora e mezza con gli educatori (cui segue la stesura di un pei per i quindici giorni successivi), un'ora e mezza di lavoro con i terapeuti.

Poichè non sempre saranno numerose le presenze professionali potrà eventualmente essere compiuta una parte finale comune.

Coordinamento operativo e interfaccia con la famiglia

Non sempre è necessario che il coordinamento operativo abbia altra funzione se non quella di costruire le tabelle orarie di presenza, il raccordo delle informazioni concrete e degli appuntamenti da rendere noti al gruppo.

Quando invece l'attività degli educatori è fortemente sbilanciata su presenze di vicinanza e sostegno che non necessitano di un lavoro clinico di integrazione, la figura del coordinatore operativo può diventare più estesa.

La partecipazione della famiglia allo sviluppo del progetto è specifica di ogni caso, spaziando da una richiesta attiva di presenza e interazione alla completa delega ai servizi competenti, fungendo in questo caso soltanto da partecipanti all'organizzazione.

Il coordinamento organizzativo può essere svolto da un educatore esperto in coordinamento o da un assistente sociale in quei casi in cui ad esempio siano messe in campo questioni come esperienze lavorative protette che necessitano di una conoscenza specifica della materia.

Coordinamento progettuale

Una riunione generale, della durata di un'ora e mezza a cadenza mensile, si rende necessaria per integrare le informazioni e creare il progetto clinico - educativo del mese successivo. Questo spazio è l'effettivo protagonista del lavoro di integrazione e decodificazione delle informazioni cliniche, il luogo della ricomposizione delle rappresentazioni del paziente utili e fondamentali per l'orientamento del progetto intero.

La frequenza così alta di incontri (spesso in quattro settimane non emergono modificazioni sufficienti a motivare, in altri contesti, riunioni di integrazione clinica) deriva dal significato stesso del progetto, ideato come flessibilmente disposto ad analizzare il bisogno del paziente in una dimensione dinamica che possa eventualmente prevedere l'inserimento in comunità, sia per l'insorgenza di stati critici acuti che per la riflessione in itinere dell'insufficiente distanza dalla famiglia.

Solo dopo aver stabilizzato il campo sarà possibile diluire gli incontri e osservare con altri orizzonti il progresso in corso, ma di ciò non si può determinare in partenza la distribuzione temporale.

Il coordinatore progettuale è una figura clinica deputata a contenere nella mente tutti gli aspetti clinici frammentari e spesso contrastanti prodotti dalla cura e dalla gestione del campo. E' solo questa prospettiva che si rende capace di fornire la rotta generale di un progetto con adolescenti psicopatologici ed è quindi questo un momento irrinunciabile del progetto.

L'immagine del paziente derivata da questo incontro è quella che viene portata nel successivo incontro con gli invianti per la condivisione delle riflessioni e la eventuale ulteriore integrazione di quelle parti di cura deputate alle istituzioni (dialogo col tribunale, colloqui con i genitori, orizzonte farmacologico, ecc).

Al coordinamento progettuale partecipano non solo gli educatori ma anche il supervisore, dopo aver prodotto una relazione sintetica di quanto osservato nelle quattro settimane.

Insieme al report di sintesi dell'incontro, queste compongono la "cartella clinica" dell'intervento.

La specificità di questa riunione risiede nella potenza della funzione di rielaborazione integrata delle informazioni cliniche derivate dalle osservazioni.

L'impronta dell'analisi e della formulazione successiva di indicazioni è riferita al modello psicodinamico, cui possono essere aggiunti elementi a carattere psicodiagnostico qualora si rilevasse l'esigenza di una misurazione anche quantitativa di aree specifiche del funzionamento psicologico del paziente.

Viene infatti prodotto un elaborato complesso in cui volutamente si mantengono integralmente i report delle diverse figure professionali, onde costruire una immagine "processuale" della rappresentazione del paziente.

I prodotti artistici del rapporto arte terapeutico, i filmati nati dalla relazione con il tecnico video e radiofonico ed eventuali altri materiali a carattere clinico ottenuti direttamente dal paziente sono invece inclusi nella riflessione critica e analitica del rispettivo terapeuta.

Una scheda "tecnica" riassuntiva dell'intervento è aggiunta in accompagnamento alla consegna conclusiva del progetto per rendere utilizzabile il lavoro nel futuro della presa in carico.

Consulenza clinica.

I colloqui individuali col paziente non sono una condizione determinante, ma possono essere previsti in diverse situazioni.

Spesso l'esperienza ci ha reso evidente quanto immatura possa rivelarsi la condizione psicologica dei minori psicopatologici, ancora poco disponibili a rinunciare a una posizione diadica di rapporto, sia esso giocato con l'adulto che con i coetanei.

In questi casi la costruzione della fiducia verso le figure poste ad accompagnare il minore necessita di una maggior cautela e di continue ripetizioni di offerte di terzialisazione.

Allo stesso tempo la costruzione di una geografia rappresentata in modo quasi esplicito da ruoli primari riconoscibili rende ragione della collocazione di clinici in posizione apicale e idealizzabile, collocando per contro il sistema strutturale di regole frustranti al di fuori del rapporto preferenziale a distanza dal sostegno educativo/protesico.

Gradatamente questa apparente frammentazione delle funzioni deve consentire di attribuire al paziente la complessità della mente, tramutando in simbolico quanto inizialmente invece deve apparire concreto e accessibile.

I colloqui clinici sono intesi in due forme: quelli a carattere di "consulenza", volti soprattutto alla valutazione delle condizioni cliniche ed eventuale indicazione a modifiche di terapie farmacologiche in corso (da intendere dunque con una figura medica) o come propedeutici a una psicoterapia (quindi anche con una figura psicologica) e capaci di produrre una dimensione diagnostica da integrare nel coordinamento progettuale.

Una struttura complessiva di questo tipo permette infatti di costruire una serie di ipotesi diagnostiche che possono essere richieste nel caso specifico dai Servizi o dai genitori, aggiungendo una funzione potenzialmente attivabile nel caso lo si ritenesse necessario.

Servizi accessori

Come detto nel corso del testo, la possibilità di attivare, accompagnare, sostenere il minore in un percorso scolastico o lavorativo concomitante alla fase di intervento è una delle competenze accessorie della filiera di Cooperativa.

In casi in cui infatti queste attività fossero parte necessaria al percorso, una figura di formazione specifica da assistente sociale verrà inclusa nell'equipe perchè possa offrire una distinta attenzione al contatto con la scuola nelle parti organizzative e di confronto, oppure costruire la struttura circostante alla occupazione lavorativa protetta, sia nei termini formali che di verifica.

Letto, confermato e sottoscritto
in originale firmato

IL PRESIDENTE
f.to Dott.ssa Laura MUSSANO

IL SEGRETARIO
f.to Dott. Giorgio GUGLIELMO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo pretorio del Consorzio il:
_____ e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

Susa, lì _____

IL SEGRETARIO
Dott. Giorgio GUGLIELMO

Copia conforme all'originale, per uso amministrativo
Lì _____

VISTO:

IL SEGRETARIO
Dott. Giorgio GUGLIELMO

Il sottoscritto Segretario, visti gli atti d'ufficio, attesta che la presente deliberazione ai sensi dell'art. 140, D. Lgs. 267/2000:

è stata trasmessa in elenco, con lettera prot. n. _____ in data _____ ai Capigruppo Consiliari come prescritto dall' art. 125 D. Lgs. 18/08/2000 n. 267 (il relativo testo è disponibile presso la Sede Consortile - Ufficio Segreteria).

E' stata dichiarata immediatamente eseguibile (art. 134, comma 4, D. Lgs. 267/2000)

E' divenuta esecutiva ai sensi di legge in data _____

decorsi dieci giorni dalla pubblicazione all'Albo Pretorio (art. 134, comma 3, D. Lgs. 267/2000)

Susa, lì _____

IL SEGRETARIO
Dott. Giorgio GUGLIELMO

Copia conforme all'originale, per uso amministrativo
Lì _____

VISTO:

IL SEGRETARIO
Dott. Giorgio GUGLIELMO