

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Un modello di resilienza professionale e aziendale

Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia-
Adolescenza in provincia di Ferrara

Smria / Uonpia



2009-10

Sostenitori e testimoni



Direttore generale dell'Ausl di Ferrara
Fosco Foglietta



Direttore sanitario dell'Ausl di Ferrara
Edgardo Contato



Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Area neuropsichiatria infantile
Elisabetta Fréjaville



Presidente della Provincia di Ferrara
Marcella Zappaterra



Sindaco del Comune di Ferrara
Tiziano Tagliani



Ordinario di pediatria dell'Università di Ferrara
Caterina Borgna



Ordinario di psichiatria dell'Università di Ferrara
Luigi Grassi



Direzione del Dipartimento Attività Integrate Salute Mentale e Dipendenza Patologiche
Elena Bruni, Adello Vanni



Direttori di Distretto e Dipartimento di Cure Primarie dell'Ausl di Ferrara
C. Benvenuti, S. Guerra, V. Parmeggiani, A. Persanti, M.C. Tassinari, A. Tinarelli



Operatori di Smria
Ausl di Ferrara

Indice dei contenuti

Sostenitori e testimoni	2
Indice dei contenuti	3
Presentazione del Direttore sanitario dell'Ausl	5
Introduzione	6
Necessità della popolazione e parametri di attività (domanda-offerta)	14
L'attività del Modulo Organizzativo Sud-Est	16
L'attività del Modulo Organizzativo Ovest	20
L'attività del Modulo Organizzativo Centro-Nord	25
La tutela psicologica all'infanzia e all'adolescenza	29
L'attività del Modulo Organizzativo Continuità Ospedale-Territorio	31
Abstracts su stress, disabilità e rischio in età evolutiva	34
D1 Le richieste di attività integrata a Portomaggiore nel 2008 e primo quadrimestre 2009	35
R2 Progetto orientamento delle Educatrici Professionali del Polo di Portomaggiore	35
S3 La valutazione del linguaggio nella fascia d'età 12-71 mesi in Smria	36
D4 Io Leggo: laboratorio sperimentale sul libro modificato	37
D5 Sviluppo comunicativo linguistico, ipoacusia neurosensoriale e impianto cocleare	38
D6 Criteri organizzativi dell'intervento logopedico nel distretto Ovest	38
R7 Accoglienza, inserimento e valutazione dei tirocinanti del corso di laurea in fisioterapia	40
D8 Laboratorio per i disturbi pervasivi dello sviluppo nelle scuole d'infanzia del sud-est	40
S9 Progetti educativo-riabilitativi nella sede di Codigoro	41
D10 Programma regionale integrato per le persone con disturbo autistico (PRIA)	42
S11 Progetto psiconcologia di Smria (anno 2008)	42
R12 Prevenzione delle difficoltà di apprendimento in età prescolare	43
D13 Progetto dalla palestra alla strada (dipendenza da adulto → autonomia su due ruote)	45
D14 Promuovere la conoscenza della farmacoterapia agli utenti	45
D15 Laboratorio formativo autismo	46
D16 Riflessioni sull'agire fisioterapico nelle pluridisabilità sensoriali complesse	46
R17 Adozione tra prevenzione e cura	47
D18 La CHAT per l'osservazione dei segnali precoci di autismo nei nidi del sud-est	48
R19 Stima dell'offerta teorica di prestazioni di Smria	49
D20 L'educatore professionale: dichiarazione d'identità	50
D21 Intervento riabilitativo di gruppo	51
S22 Il modulo funzionale Affidi alla luce della Direttiva regionale 846/2007	52
S23 Sperimentazione della sintesi vocale come ausilio per la dislessia	53
D24 Il Punto valutazione ausili	54
R25 Carico di lavoro dei neuropsichiatri infantili nel ferrarese (Smria 2006)	55

S26 Un viaggio metropolitano attraverso i disturbi del comportamento alimentare	55
S27 Integrazione degli interventi come fattore di prognosi positiva in un caso emblematico	56
D28 Il progetto riabilitativo e il magazzino ausili on-line nella pagina aziendale	57
D29 Ludoteca Gioco anch'io	57
S30 Rilevazione prescolare del sospetto di deficit attentivo/ipertività (DDAI)	58
S31 Studio dei predittori e dei fattori di rischio suicidario nella preadolescenza	59
S32 Disturbi d'apprendimento e trascuratezza nel contesto familiare	60
R33 Il Servizio Civile Nazionale nell'Ausl di Ferrara: l'esperienza presso Smria	61
R34 Prestazioni fisioterapiche di pazienti con diagnosi primaria di scoliosi (M41) nel 2008	61
S35 Terapia integrata di gruppo nei disturbi specifici di linguaggio prescolari	62
S36 Terapia di gruppo pre-scolare: un modello integrato e interattivo bambini e genitori	63
S37 Illustrazione di un intervento integrato di un bambino figlio di migranti	64
D38 Primo incontro di gruppo con genitori di bambini con spettro autistico	65
R39 Considerazioni di popolazione e di utenza nelle stime sulla disabilità	65
R40 Inserimenti residenziali e semiresidenziali (primo semestre 2009)	67
D41 Comportamenti problema nell'autismo: un'esperienza del Distretto di Smria Sud-Est	67
D42 Screening per i disturbi specifici di apprendimento	68
S43 L'attività del Centro contro la violenza all'infanzia	69
S44 La doppia valutazione nei percorsi di tutela infanzia-adolescenza	69
D45 Certificazioni dei disturbi specifici di apprendimento nel quinquennio 2003-09	70
S46 L'elaborazione delle informazioni nei disturbi specifici di apprendimento	71
S47 La consulenza-continuità ospedale-territorio: da atipia a necessità	73
R48 Utenti di Smria nati sotto i g 1500 transitati in terapia intensiva neonatale	73
S49 Corpo, mente e... psiche inganna?	74
D50 Intervista semistrutturata per la presa in carico del deficit mentale profondo	75
R51 L'intervento terapeutico in bambini con disturbo della coordinazione motoria	76
R52 Movimento e comunicazione	76
R53 Censimento delle competenze: formazione desiderata e offerta	77
R54 La lampada di Aladino: riorganizzazione spazi e attività di Smria	78
R55 Commissione intercultura distretto sud-est, ambito territoriale Portomaggiore	78
R56 Il paziente adolescente: continuità terapeutica nel passaggio Smria-SPT	79
S57 Modalità di rapporto Scuola-Servizio nel distretto sud-est	81
D58 Lavoro di rete sulla comunicazione aumentativa alternativa (CAA) nel Sud-Est	82
D59 Epidemiologia dell'autismo in provincia di Ferrara	82
S60 Navigando s'impara: la scuola di vela come mezzo per crescere insieme	83
Verso l'accreditamento specifico di Smria/Uonpia	85
Indice dei nomi	92
Sedi di Smria/Uonpia	95

Presentazione del Direttore sanitario dell'Ausl

Rinnegare la storia è pericoloso ed eticamente scorretto. Continuare a vivere nella storia significa rinnegare il progresso.

La gestione dei Servizi sanitari è un settore dove la componente innovativa è assolutamente imprescindibile dalla componente professionale, dove l'individuo ha un ruolo fondamentale, sia nella induzione del cambiamento, sia nel modo in cui questo viene realizzato, presentato e percepito. Vi sono servizi dove questi aspetti sono prevalentemente legati ad apporti tecnologici, altri come Smria dove la componente umana è assolutamente prevalente.

In questi servizi la responsabilità che attiene alle donne e agli uomini che compongono l'organizzazione sono enormi. La capacità di fare sistema rete sia interna che esterna in Smria è fortemente legata alla capacità tecnica scientifica e relazionale dei professionisti.

La decisione di un cambio di vertice e di organizzazione in questi casi ha ricadute concrete nel servizio. In questo servizio, tenendo conto in maniera positiva del passato, valorizzando quanto in ciò che è già accaduto vi sia di valore aggiunto anche per il futuro, le scelte sulle persone portano alla valorizzazione delle esperienze, portando a ricadute significative sull'organizzazione, e questa forma è nell'interesse della comunità.

Inserire nuovi professionisti che trasmettano le loro conoscenze agli altri e fanno del confronto uno strumento di rinnovamento è un dovere da cui non possiamo esimerci.

Questo è il percorso che sta interessando Smria dove, alla base del rinnovamento e delle nuove proposte, ci sta la conferenza di servizio dove le componenti tecniche analizzano la storia e guardano al futuro.

Nel percorso intrapreso da questo servizio emerge un principio di saggezza che, nel conoscere, è anche presentare all'esterno la quantità e la qualità del lavoro svolto, la forza dei gruppi di professionisti, nelle organizzazioni date e orientate alla risoluzione dei problemi, la disponibilità al confronto orientato al miglioramento dell'individuo e dell'organizzazione. Questo, comunque, nell'ambito sempre della nostra missione e nell'interesse dei cittadini è il modo migliore per cogliere le criticità e gli spazi di miglioramento per tutta l'organizzazione.

Quello che sta accadendo in Smria è un percorso storico di un servizio strutturato collegato al territorio da innumerevoli sinergie che lo legano a una quantità di problemi interessi, esigenze, complessità, complicità che comunque porteremo a un periodo di confronto costruttivo che alla fine sarà di crescita per tutti e di contributo per tutti i servizi erogati. La nostra Azienda è per tutti un valido esempio da seguire.

Quindi grazie a tutti per l'enorme contributo e l'importante lavoro svolto e che vi attende.

Ferrara, 21 maggio 2010

Edgardo Contato

Introduzione

Il lavoro in équipe era la regola e anche oggi esso rappresenta una modalità di lavoro assai adatta e utile in questa disciplina, anche quando la si pratica in strutture ospedaliere. Tale modalità di procedura garantisce certamente una possibilità di vedere il ragazzo nel suo insieme, ma anche sotto i vari aspetti che presenta, assicurando l'unicità dell'approccio sia nel momento diagnostico che in quello dell'intervento. Ciò sia quando si tratti di patologia *psichiatrica* che *neurologica*, aspetti inscindibili nel concetto unitario della disciplina come è qui in Italia (www.uildm.org).

Giovanni Lanzi 1932 † 2009

Questo opuscolo descrive il percorso di riorganizzazione della struttura complessa dell'Ausl di Ferrara che si occupa di *Salute mentale e riabilitazione infanzia-adolescenza* (Smria) nell'ambito del *Dipartimento assistenziale integrato di salute mentale e dipendenze patologiche* (DAI-SMDP). È un percorso definibile di *resilienza* quello che emerge dalla conferenza di servizio del 2009 in vista dell'accreditamento specifico come Uonpia del Sistema sanitario regionale. Vi contribuiscono tutti gli operatori del servizio, ed è perciò una testimonianza importante.

La resilienza psicologica individuale è il processo di adattamento positivo a fronte di avversità, traumi ambientali, tragedie personali e ogni altra fonte di stress o rischio. Analogamente, la resilienza organizzativa di un servizio sociosanitario è l'adattamento gestionale nei confronti del rischio clinico ed epidemiologico cui è tenuto a far fronte. Per Smria/Uonpia è l'estensione concettuale legittima di un proprio termine tecnico, applicato ad esempio nel descrivere la maturazione di un giovane che cresce in un ambiente caratterizzato da figure parentali litigiose, ristrettezze economiche ed esperienze che richiedono pazienza, intelligenza e creatività. Similmente le risposte ai bisogni della popolazione target e dell'utenza, nonché gli immeritati tagli alle spese si ricalibrano costantemente in una Struttura Complessa che è complessa da tre punti di vista: professionale, territoriale e funzionale. *Resilienza* è, in questo settore, ciò che nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere tradotto con *governanza clinica*, da *clinical governance* (altra cosa è *government*).

Dell'avvio di un nuovo percorso di resilienza di Smria sono testimoni le autorità elencate nella pagina di apertura. Sicuramente erano già state poste solide radici in precedenza. Il culmine è il conseguimento dell'accreditamento formale specifico come unità operativa del sistema sanitario regionale. Altrettanto certamente il cammino continuerà in futuro di fronte a sempre nuove sfide.

Ringraziamenti

La Presidente della Provincia, il Sindaco, il Direttore generale, il Direttore Sanitario dell'Ausl e il Funzionario regionale addetto alle Uonpia onorano della loro presenza e delle loro sentite parole la Conferenza di servizio di Smria il 15/9/09.

Vi è profonda gratitudine per tutti gli operatori che hanno contribuito direttamente e indirettamente alla conferenza di servizio. I direttori aziendali e la direzione dipartimentale hanno dimostrato nel corso degli anni interesse, fiducia e disponibilità per l'area della salute neuropsichica di bimbi e ragazzi del ferrarese.

Un sentito grazie al funzionario regionale del Settore salute mentale e ai direttori delle Cattedre universitarie di psichiatria e pediatria dell'Università di Ferrara che hanno accettato di contribuire con la loro presenza all'evento formativo.

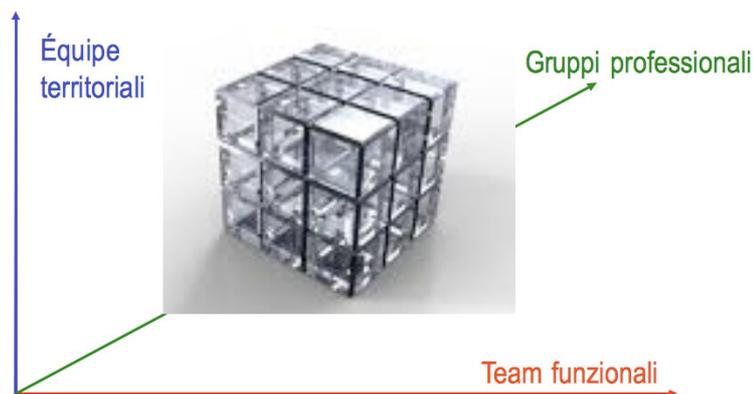
Si è poi grandemente riconoscenti ai responsabili dei distretti e dei settori di cure primarie che hanno acconsentito a far parte attiva delle équipes che discutono i casi della settimana.

Oltre alla riconoscenza, ci si congratula con tutti gli operatori che hanno scritto abstract – per alcuni il loro primo. I relatori dei *report* di modulo organizzativo e le colleghe dell'attività di tutela, abuso, affidi e adozioni hanno competentemente mantenuto la loro prospettiva d'integrazione con tutto il servizio.

Per motivi familiari non era presente Elena Bruni, direttore dipartimentale, la quale di lì a qualche mese avrebbe iniziato il proprio pensionamento. Si ringrazia per la fiducia avuta nell'evento programmato insieme. Così come si ringrazia Adello Vanni, presente e interessato agli sviluppi dell'area infanzia-adolescenza in vista delle sue subentranti nuove responsabilità.

La conferenza di servizio

L'intenzione è di radiografare il servizio in una fase particolare della sua storia. Si valorizzano le équipes territoriali, i team funzionali e i gruppi professionali. Si chiariscono i loro rispettivi compiti. Ci si interroga sulle trasformazioni richieste dalla Regione, come quella prevista dalla LR 4/08 *Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione e altre disposizioni in materia sanitaria e sociale* che rivoluziona le abitudini relative alle certificazioni scolastiche ai sensi della legge 104/92. E si sperimentano nuove e migliori procedure d'accesso, di presa in carico e di passaggio ai servizi dell'età adulta.



Gli aspetti formativi si intersecano con questioni organizzative. È un *aggiornamento sul campo* che richiede lavoro e preparazione da parte di tutti gli operatori. Lo scopo è raccogliere i fatti, analizzarli e discuterli. Emergono nuove idee e si selezionano le prassi. Si torna poi al lavoro quotidiano con rinnovato impegno e motivazione.

L'organizzazione del servizio è riflessa dalle riunioni pre-conferenza tenute in prima mattinata come prologo alle relazioni dei responsabili di strutture semplici (moduli organizzativi). La sincronizzazione

delle équipes territoriali facilita lo scambio d'informazioni, prassi e modelli operativi. La coincidenza anche degli spazi per un giorno indica la volontà d'integrazione interna di un servizio percepito in passato come frammentato.

L'avvio della conferenza avviene con i saluti di autorità locali che, con la loro cortese presenza e le loro parole di continuità e rinnovamento, testimoniano l'importanza data a questo settore della salute presente e futura della popolazione locale.

Nelle relazioni dei responsabili di modulo organizzativo davvero si legge una *struttura complessa*. Nel pomeriggio i docenti universitari di pediatria e psichiatria di Ferrara presiedono alla discussione di una selezione delle presentazioni degli operatori, poiché non tutti i lavori corrispondenti ai riassunti riportati possono essere accomodati in un giorno solo. Vi sono oltre sessanta lavori di professionisti e tecnici che lavorano in un territorio particolare, orgoglioso della propria creatività e unicità. Una ricchezza eterogenea ma generalizzabile ad altre realtà nazionali e internazionali. Si tenta di suddividerli tematicamente in *disabilità, rischio e stress* (i codici *D, R e S* nei titoli).

La complessità di Smria/Uonpia è evidente. Le necessità cui è chiamata a rispondere sono dettate dalle medesime condizioni di salute neuropsichica di tutte le popolazioni infanto-giovanili del villaggio globale contemporaneo. Sono patologie genetiche studiate in collaborazione con istituti universitari, avversità sociali indagate in collaborazione con centri sovraregionali ed eventi critici non diversi da quelli registrati nel pronto soccorso di tutto il mondo. È *salute mentale e riabilitazione dell'infanzia-adolescenza*.

Sono diversi da altre Uonpia la microstoria locale e il tessuto organizzativo, che pure sono in osmosi con la storia e i sistemi regionali ed europei. Cambiano il linguaggio della gente e il gergo di operatori che, come capita in ogni angolo del mondo e ogni disciplina, giocano d'equilibrio tra l'efficienza dello specialismo e l'appropriatezza di una cultura interdisciplinare che si fa inevitabilmente multidisciplinare. L'approccio di *resilienza* che emerge da Smria è una proposta valida per gestire il bisogno di salute neuropsichica della popolazione infantile e giovanile non solo a livello locale.

Tabella: Abstract scritti dagli operatori di Smria

Gruppo	Criterio	n	Esempi
D isabilità	Le condizioni con diritti speciali	23	Patologie neurologiche e psichiatriche che accompagnano la traiettoria di sviluppo del soggetto (paralisi cerebrale infantile, malattie neuromuscolari, epilessia, ritardo intellettivo con o senza base organica, spettro autistico, deficit sensoriali, ecc.)
R ischio	Le situazioni in cui ci si attende un intervento	17	Condizioni in cui vi è probabilità e/o gravità di un possibile danno alla salute neuropsichica del soggetto che può essere prevenuto con lo screening e l'individuazione e trattamento preventivo delle complicanze
S tress	Squilibrio tra richieste e risorse personali	20	Disturbi specifici, generali o pervasivi dello sviluppo non necessariamente con carattere di cronicità, disturbi del linguaggio, disturbi attentivo-cognitivi, emozionali, relazionali, dell'apprendimento, del sonno, e del comportamento alimentare
Totale		60	

Ricapitolando, si tratta di una tappa del percorso d'integrazione e di resilienza nel Dai-smdp di Ferrara. Un evento formativo-organizzativo interno, ma aperto a rappresentanti degli utenti, delle istituzioni sociali, delle scuole e dei servizi sanitari. La sede della conferenza è il Centro di promozione sociale

Il parco, facilmente raggiungibile in bici e auto. Incentivi per realizzare questo evento sono i crediti ECM, differenziati per chi ha contribuito attivamente e quanti vi partecipano meno attivamente.

Il tessuto sociale-sanitario-educativo locale

Nella provincia vi sono ventisei Comuni con responsabilità relative alle disabilità, la tutela minorile e il disagio che emerge dalle famiglie per i problemi più vari. Diversi hanno delegato queste funzioni ad Aziende di servizi alla persona (ASP, ASSP o all'Ausl stessa nel Distretto Sud-Est). L'istituzione Provincia opera come torre di controllo di uno spazio dove s'incrociano soggetti pubblici, privati, terzo settore, autorità giudiziarie e di polizia. Ciascuno di questi Enti ha collegamenti diretti con Regione e/o Stato, che li finanziano e governano (propriamente *government*).

L'occasione della conferenza di servizio è l'incontro preparato nei mesi precedenti tra gli operatori di Smria e il nuovo direttore. C'è un bisogno di raccontarsi e rassicurarsi a vicenda e, per evitare un coro frammentato e non armonioso, le direzioni d'azienda, di dipartimento e dei distretti facilitano un momento di riflessione che metta in luce le buone cose fatte negli anni. Si attua il processo che Jean Piaget chiama *assimilazione-accomodamento*, integrando il nuovo con l'ambiente che lo accoglie.

I servizi che si occupano di salute mentale e riabilitazione infanzia-adolescenza comunicano con il sanitario, il sociale e l'educativo. Quando uno dei tre vasi comunicanti è sotto pressione, gli altri ne risentono. Le riforme scolastiche influiscono sulle esigenze di salute e di sostegno degli alunni (dislessia, ansia fobica, stress). Le variazioni nei fondi sanitari si ripercuotono nei servizi ai disabili gestiti dai Comuni (autismo, disturbi sensoriali e motori). E l'aziendalizzazione dei servizi sociali non può non influire sugli accessi sanitari e l'integrazione scolastica (adozioni, affidi e società multietnica).

È certamente un'epoca di sfide imponenti. Dopo il periodo di relativo benessere dei primi anni dell'Euro, la recessione economica trova molti impreparati. I settori pubblico, privato e volontario convergono nella consapevolezza di un aumento di bimbi che crescono in povertà. L'immigrazione fornisce energia demografica, ma la diversità culturale fatica a tradursi in arricchimento. I conflitti intra-familiari esitano più di prima in litigiosità giudiziarie. Ci si rende ora conto che fecondazione assistita, terapie neonatali intensive e adozioni internazionali hanno un impatto epidemiologico. La pandemia influenzale distrae il sistema sociale-sanitario-educativo dai temi della salute mentale in nome di presunte altre forme di rischio. Diminuisce l'aiuto che scuole e servizi riescono a erogare.

Il modello di resilienza di Smria in risposta a queste sfide consiste di flessibilità e adattamento positivo. Ci si conferma, asserendola, come struttura *trans*-distrettuale, che svolge un'attività *poli*-funzionale, nell'ambito di un servizio *multi*-professionale. È la rivisitazione del classico modello a matrice.

Un modello a matrice dei servizi di salute mentale è suggerito nel volume di Michele Tansella e Graham Thornicroft *The Mental Health Matrix: A Manual To Improve Services* del 1999. Per Smria si tratta di tre assi – organizzativo, funzionale e professionale – che nel loro insieme costituiscono un rompicapo, un *in-cubo* organizzativo tipo Rubik. L'organizzazione è immersa in una rete



di servizi che facilitano l'acquisizione d'informazioni e competenze. È peraltro dalla rete che provengono gli stimoli di pediatri, assistenti sociali, figure educative e settore privato circa quali finalità di cura e assistenza specialistica ci si aspetta dalla struttura complessa Smria/Uonpia.

La rete delle reti

Nel documento regionale che descrive i *Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* (DGR_{ER} 911/07) la parola "rischio" ricorre diciannove volte in termini clinici ed epidemiologici. Nel *Piano attuativo salute mentale regionale 2009-11* la neuropsichiatria infanzia-adolescenza è definita la *rete delle reti*. Appare ovvia l'assoluta esigenza per questo tipo di servizi di dotarsi di una robusta cornice di resilienza professionale e aziendale (ovvero di *governanza clinica*) con tutti gli strumenti necessari per responsabilizzare operatori e Azienda nei confronti di errori e negligenze di ogni tipo.

Operatori sanitari, assistenti sociali e insegnanti si integrano da anni sull'autismo e le altre disabilità, i rischi del maltrattamento, i disturbi dello spettro autismo-anoressia, l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali, il passaggio ai servizi dell'età adulta e quant'altro costituisce il bisogno di sviluppo di bambini e giovani. È Angelo Fioritti ad aver onorato la salute mentale e riabilitazione dell'infanzia-adolescenza dell'espressione che di solito indica internet (la *rete delle reti* per eccellenza). Indubbiamente è un onere oneroso che richiede risorse e talenti adeguati.

Comprendere questa organizzazione complessa attraverso il racconto degli operatori è l'obiettivo della conferenza di servizio. Responsabili territoriali, leader professionali e referenti funzionali esprimono i loro punti di vista, e a ciascuno si dà la possibilità di raccontare le proprie esperienze individualmente o aggregandosi liberamente secondo le necessità del proprio lavoro.

Ricordando le parole di Giovanni Lanzi nella dedica iniziale, si osserva che il salto di qualità professionale e aziendale del lavoro di équipe è intrinseco a questi servizi e non una moda transitoria. Per chiarezza la tabella che segue riporta definizioni delle regole operative che spesso coesistono. Naturalmente, oltre alle energie positive di ciascuno, va ricordato che vanno messi a disposizione spazi adeguati e risorse di tempo sufficienti per materializzare il ruolo di *rete delle reti*.

Tabella: Varie qualità di lavoro in squadra

<i>Modalità operative</i>	
Gruppo	Ci si aggrega per interesse, fattori storici o anche casualmente (es. appartenenza a una professione, una conferenza, un incidente)
Équipe	Ci si organizza per condividere obiettivi e procedure (es. professionisti sanitari, operatori sociali, insegnanti di una classe)
Team	Ci si incontra per collaborare funzionalmente a nome delle entità organizzative di appartenenza
Tavolo	Si negoziano accordi, modalità operative, protocolli per conto degli Enti di appartenenza
Rete	Si collabora di volta in volta su casi e contingenze diverse (passaggio tra servizi, progetto multicentrico, collaborazione internet)

I gruppi professionali

L'attività di fisioterapisti, psicomotricisti e logopedisti si caratterizza per gli strumenti tecnici utilizzati per valutare e intervenire sugli aspetti funzionali del bambino con disturbi motori, della comunicazione e dell'apprendimento. Il profilo dei fisioterapisti e dei logopedisti è descritto nel Decreto Ministero Sanità 741/1994. Quello del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nel DM_{Sanità} 56/1997.

Il profilo degli educatori professionali è descritto nel DM_{Sanità} 520/1998. Ciò che lo caratterizza non è tanto l'enfasi sulle tecniche e gli approcci, ma la formulazione di progetti che utilizzano ingredienti specialistici diversi. La progettualità è una competenza ovviamente condivisa anche con i terapisti della riabilitazione.

In Italia la professionalità degli psicologi è disciplinata dalla Legge 56/1989. Data la varietà della formazione ed eterogeneità delle scelte individuali, vi è ben poco di cui gli psicologi non si occupano. Pur essendo in grado di fornire indicazioni su indagini diagnostiche, farmaci e ausili, non hanno tuttavia la responsabilità di prescriberli. Essa spetta invece a medici specialisti in psichiatria, neurologia, fisiatria, pediatria e neuropsichiatria dell'infanzia-adolescenza.

I neuropsichiatri infantili italiani si trovano a dover negoziare i confini della propria identità professionale con i colleghi pediatri che si occupano di neurologia, i fisiatri e i foniatri che si interessano di pediatria, i neurologi e gli psichiatri con interesse per i disturbi a componente genetica, e con gli psicologi e gli psicoterapeuti che si perfezionano nello sviluppo.

Un ulteriore gruppo professionale è quello dei non clinici. Si tratta di operatori in funzione di segreteria che si occupano generosamente delle relazioni col pubblico, compresa l'accoglienza telefonica. Interfacendosi con l'amministrazione dipartimentale e aziendale, ricordano ai clinici i doveri legati al budget, il protocollo e la modulistica.

In Smria è previsto che i gruppi professionali s'incontrino annualmente e in occasione di iniziative di aggiornamento, riunioni sindacali e altre vicende condizionate, appunto, dall'appartenenza professionale.

Le équipe territoriali

Collaborare in modo organizzato e funzionalmente paritetico è efficace, sicuro e indispensabile per molte attività che producono servizi di *welfare*, comprese quelle di neuropsichiatria infantile e psicologia clinica dell'età evolutiva. L'attività clinica che queste figure integrano assieme a terapisti della riabilitazione e educatori professionali è diversa da quella di professionisti autonomi o che lavorano contigui in un poliambulatorio, dipendenti o meno di un reparto ospedaliero o un consorzio sociale sovrazonale.

Come nel poliambulatorio la responsabilità delle procedure di presa in carico e trattamento resta di ciascun operatore individuale. Tuttavia è l'équipe a essere responsabile delle decisioni più importanti: *a)* assegnazione o rinnovo del referente del caso, *b)* convalida diagnostica, *c)* decisioni di inizio-fine trattamento o follow-up, *d)* dimissione del paziente, *e)* passaggio ad altri servizi.

Culturalmente le équipes di neuropsichiatria e psicologia dell'età dello sviluppo hanno radici varie, dalla *psychiatrie de secteur* del Centre Alfred-Binet al *team work* del Maudsley Hospital. Non si tratta di *reseau* o *network*, dove l'identità di *rete* è debole, transitoria e qualitativamente meno affidabile di una *squadra* che consistentemente migliora nella realizzazione dei propri obiettivi (*goals*).

L'organizzazione in équipes territoriali mira a ottimizzare le fasi della presa in carico a partire dall'accoglienza. Seguono quindi le decisioni relative all'assegnazione di un referente clinico, la convalida diagnostica, la scelta dei trattamenti e la dimissione di bambini ragazzi con complessità sociali, sanitarie e educative l'una diversa dall'altra. Qualunque sia la declinazione della squadra multidisciplinare, è fondamentale che si operi facilitando la comunicazione tra i settori sociale, sanitario e educativo in cui gli utenti vivono. Nel far ciò conviene mantenere sia la propria identità professionale (fisioterapista-psicomotricista, logopedista, psicologo e neuropsichiatra), sia il proprio ruolo di squadra, per meglio collaborare *in rete* con colleghi delle altre organizzazioni assistenziali, con la scuola e con le famiglie.

L'équipe territoriale si materializza nelle riunioni settimanali. Le riunioni sono sincronizzate nella medesima mattina nelle varie sedi per facilitare che pediatri, medici e assistenti sociali partecipino alle riunioni quando vi sono casi che desiderano discutere, evitando che gli operatori appartengano a più équipes. È una novità che comincia a essere apprezzata e utilizzata dai partner di rete che così condividono le informazioni e decisioni diagnostiche, di trattamento e di passaggio ad altri servizi.

Il lavoro clinico in équipes non risolve tutte le situazioni complesse, per le quali si può ricorrere a team funzionali di secondo livello. L'équipe si limita a sfruttare con efficienza il pensiero tecnico multidisciplinare in una dimensione ottimale. Il suo focus sono le tappe del ciclo produttivo di Smria, dall'accoglienza alla dimissione.

I team funzionali

Oltre all'incontro settimanale con la propria équipe, ogni operatore si incontra mensilmente con il proprio team funzionale (che possono essere anche più di uno) Considerando i gruppi professionali che si riuniscono annualmente, il cubo organizzativo di Smria si traduce, per ciascun operatore in 60-70 riunioni annuali. Il numero di team funzionali individuati è sei. Un numero maggiore porterebbe a troppe riunioni. Un numero minore obbligherebbe a un'eccessiva aggregazione di temi e argomenti.

Nel ferrarese il modello del team funzionale è portato avanti nella tutela minorile, nei disturbi pervasivi dello sviluppo e nella continuità ospedale-territorio. I tavoli per far *rete* sui temi dell'adolescenza e l'ambulatorio pluriprofessionale organizzato come secondo livello neuromotorio non qualificano come *team*. Anche per la scuola ci si è trovati a organizzarsi per diagnosi e profili dinamico-funzionali in modalità diverse da quelle del team funzionale.

Nei team funzionali si affrontano programmi, progetti e percorsi (o *prodotti*) importanti per la Regione (es., autismo, anoressia, disabilità), e si cerca di prevenire i rischi di danno giudiziario e finanziario per l'Azienda (es., tutela, ricoveri, rette). Gli operatori possono partecipare a più team, ma non a più équipes

territoriali, dove è svolto il lavoro di primo livello. I team funzionali, coordinati mensilmente da un referente (eventualmente a rotazione), possono anche raccordarsi con altre organizzazioni per l'aggiornamento e la stesura di proposte. Le proposte sono vagliate dal Coordinamento di Smria che si riunisce ogni quindici giorni alternando formati *small* con solo referenti di équipe territoriale (solitamente il venerdì) e *large* con anche i referenti di team funzionali (solitamente il mercoledì).

Nel 2010 è in corso una formazione sul campo finalizzata al *team building*, definire le competenze di ciascuno, e completare il sistema di resilienza per fronteggiare il carico di lavoro e il *burnout*.

Tabella: Argomenti dei corsi-team funzionali del 2010

<i>Team</i>	<i>Attività funzionale</i>
Adolescenza e terapie	Rapporti con le agenzie di filtro dei casi (consultorio giovani, scuole, Sert, medicina di base, ecc.)
Liaison	Continuità ospedale-territorio nel settore della psicopatologia (es. TIN, DCA, pediatria, pronto soccorso)
Neuroscienze cliniche	Consulenze 2° livello neuromotorio, liaison neurodiagnostica, interfaccia con l'associazionismo volontario
Scuola	Disturbi specifici di apprendimento, Legge 104/92, consulenze agli istituti scolastici
Sviluppo	Disturbi pervasivi dello sviluppo e disabilità intellettive (ritardo mentale)
Tutela e rischio	Maltrattamento (sia abuso, sia negligenza), problematiche della genitorialità biologica, affidataria e adottiva

In conclusione, l'evento formativo pone le basi di una sinergia positiva per la quale si ringraziano tutti i colleghi. È un ritorno *modernizzato* al modello d'équipe, affrontando i problemi in termini di domanda-offerta e percorsi di consumo, anziché sulla base dei comparti tradizionali (neurologia, psichiatria, pediatria, fisiatria, psicologia, genetica e scienze sociali). Il salto qualitativo che si realizza localmente potrebbe estendersi ad altre realtà. È bello che a Ferrara si siano create le condizioni strutturali e umane per considerare una proposta di efficienza, appropriatezza e trasparenza riguardante la salute mentale e riabilitazione dell'infanzia-adolescenza.

*Stefano Palazzi**

Direttore di Smria
DAI-SMDP Ausl Ferrara

* MD MPH PhD MRCPsych (Medico-chirurgo specialista in neuropsichiatria infantile e in neurologia, Master of Public Health Columbia University, NYC, Dottorato di ricerca in scienze psichiatriche, Member Royal College of Psychiatrists)

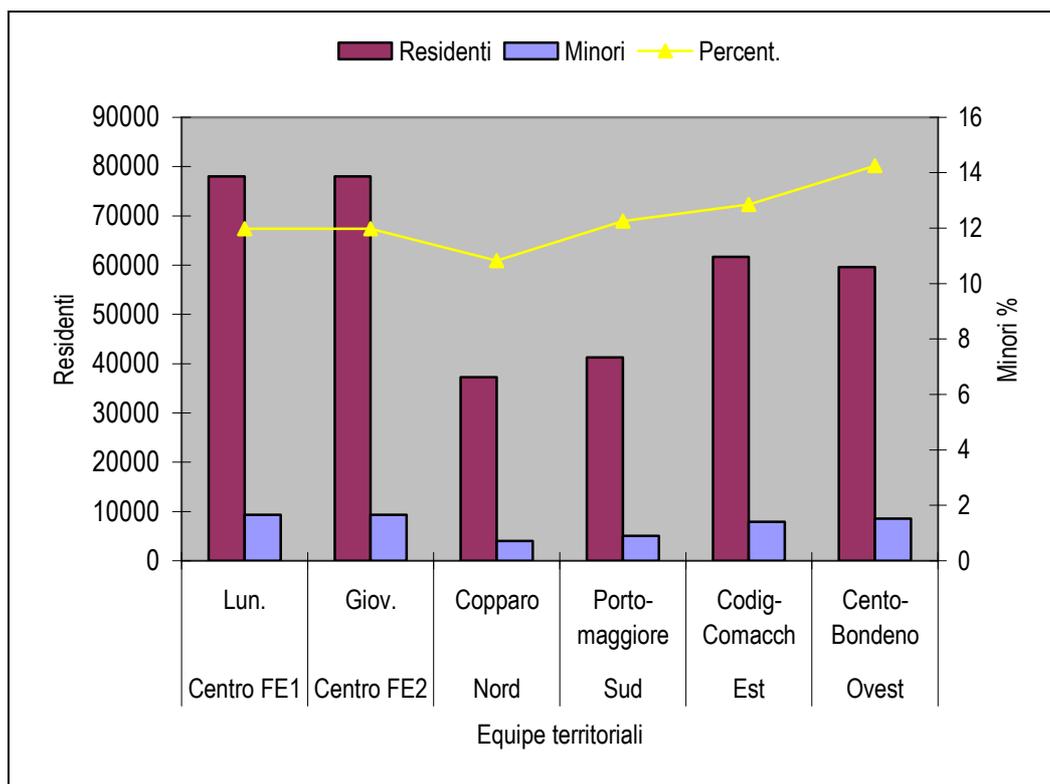
Necessità della popolazione e parametri di attività (domanda-offerta)

Stefano Palazzi (np)

Vi sono due impostazioni complementari di analisi dei servizi: quella basata sul *target* demografico di popolazione consente di inferire i bisogni di salute; quella impostata sui *prodotti*, intesi come prestazioni, tempi di attesa e altri indicatori, dà un'idea della dinamica tra domanda-offerta. Si possono fornire elementi utili a entrambi gli approcci.

La provincia di Ferrara ha 45 000 minori dei 18 anni. In generale le stime epidemiologiche considerano che circa il 15% della popolazione in età minorile abbia manifestazioni compatibili con una diagnosi di disturbo neuropsichico. Nella provincia di Ferrara l'attività di Smria potrebbe interessare 6500 bambini e ragazzi. Come nelle altre Uonpia dell'Emilia Romagna, Smria ne segue o conosce circa la metà.

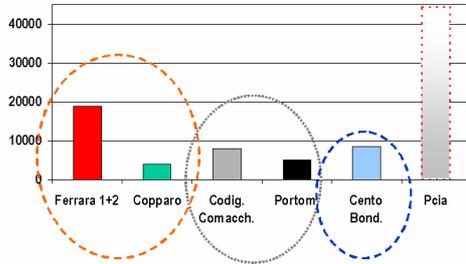
La linea chiara nel diagramma che segue illustra in percentuale quanti afferiscono alle sei équipe territoriali. Si va dall'11% del copparese al 14% del centese. Alle due équipe del capoluogo spetta una proporzione del 12%.



Le due équipe del capoluogo sono collocate nel Centro di neuropsichiatria infanzia-adolescenza di via Messidoro 20, che occupa metà del secondo piano dell'Ospedale riabilitativo San Giorgio, a km 5 dal centro città. L'utenza è suddivisa casualmente in base al giorno in cui avviene il colloquio di accesso. Come per le altre équipe, è possibile scambiarsi pazienti se vi è motivo. È atteso che le équipe del Centro urbano (FE1 e FE2) si trasferiscano nella sede attuale dell'ospedale Sant'Anna, che è previsto inizi a insediarsi a Cona, a km 10 dalla città a fine 2010.

Illustrazione sintetica dei parametri di bisogno e di attività

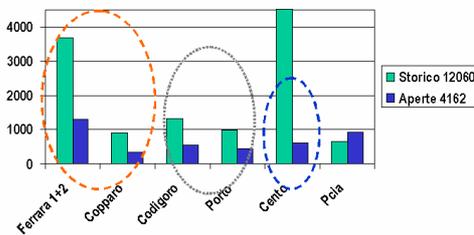
Popolazione di riferimento



Gli istogrammi a lato riflettono il *bisogno* di salute mentale e riabilitazione della popolazione 0-18 anni dei 26 Comuni della provincia. La demografia dei distretti socio-sanitari suggerisce vi siano tre équipes nel Centro-Nord (Ferrara 1, Ferrara 2 e Copparo), due équipes nel Sud-Est (Codigoro-Comacchio e Portomaggiore) e un'équipe nell'Ovest (Cento-Bondeno).

Popolazione utente

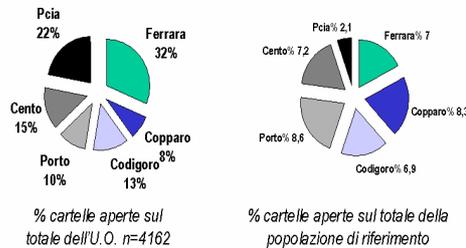
Cartelle agosto 2009



L'attività *offerta* da Smria è rilevata da un sistema gestito dalla New Team di Cesena che produce Efeso per i servizi psichiatrici dell'età adulta ed Elea per le Uonpia della RER. Ad agosto 2009 il sistema di Smria contava 4162 cartelle aperte e 12060 cartelle chiuse. Il sistema consente vi siano più cartelle per utente. L'elaborazione dei dati non è ancora automatizzata. (www.newteamssoftware.it)

Cartelle aperte di Smria

agosto 2009



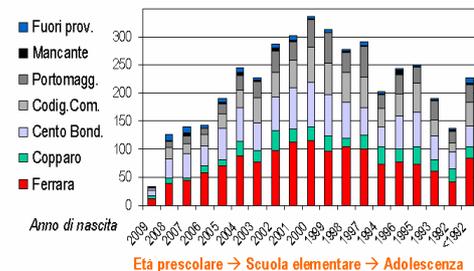
È un territorio rurale.

Considerando il numero di cartelle sul denominatore degli utenti (torta di sinistra) e dei residenti (torta di destra) si ha un confronto tra attività e bisogno.

A Ferrara città l'attività è proporzionalmente superiore al bisogno. Fuori Ferrara si osserva l'inverso.

Età degli utenti di Smria

Cartelle aperte agosto 2009



La distribuzione per età degli utenti di Smria è *bimodale*.

Un primo picco si osserva a 8-9 anni d'età (terza elementare).

Il secondo picco di frequenza è a 14 anni.

(Il picco dei nati prima del 1992 è un artefatto dovuto all'accumulo di cartelle che erano ancora da archiviare – problema successivamente risolto anche grazie all'avvio di un progetto di passaggio alla rete dei servizi per giovani disabili finanziato dalla Provincia).

L'attività del Modulo Organizzativo Sud-Est

Lorenza Zeriola (ps)

Tabella: Gli 11 Comuni del Distretto Sud-Est con il numero di cartelle aperte Smria per anno di nascita (agosto 2009).

Residenza	0-17	Cartelle	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	
Codigoro		164	13	5	8	5	7	10	12	12	16	17	11	10	11	13	3	3	1	7	
Comacchio		286	17	11	12	16	22	17	12	22	18	28	26	17	18	11	11	11	7	7	3
Goro		46	4		3	1	3	4	6	2	3	2	2	4	4	1	3	1	1	2	
Lagosanto		55	4		2	1	7	1	6	4	4	3	5	5	4		2		4	3	
Massa fisc.		46			2	6	3	2	7	4	4	4	2	1	3	1	4	1	1	1	
Mesola		66	4		1	3	6	5	6	6	8	5	3	4	3	4	1	3	3		1
Migliaro		26	1		1		2	2	4	3	1	3		3	2	1	2	1			
Equipe Cod-Com	7929	689	43	16	29	32	50	41	53	53	54	62	49	44	45	31	26	20	17	20	4
Argenta		257	14	9	22	17	17	15	19	23	23	22	12	17	14	10	5	7	6	5	
Migliarino		50	4	3	4		2	2	3		4	7	5	6	4	3		2	1		
Ostellato		74	3	1	3	5	4	8	14	3	10	9	3	2	1	4	2		1	1	
Portom.		164	10	8	5	4	6	9	18	9	17	12	12	12	9	9	10	3	6	5	
Equipe Portom.	5051	545	31	21	34	26	29	34	54	35	54	50	32	37	28	26	17	12	14	11	
Sud-Est	12980	1234	74	37	63	58	79	75	107	88	108	112	81	81	73	57	43	32	31	31	4
Smria	44189	4208	226	138	191	202	250	243	290	277	312	336	302	287	226	245	191	142	140	126	34

DATI DI ATTIVITÀ Ecco la squadra; Dotazione organica; Distretto Sud Est; Dotazione organica; Distretto Sud Est; Dotazione organica; Distretto Sud Est; Psicologi n. 6; 4 Codigoro di cui n. 1 con responsabilità di struttura semplice ore 119 settimanali; 2 Portomaggiore ore 76 settimanali; Neuropsichiatri infantili n. 2; Codigoro n. 1 ore 38 settimanali; Portomaggiore n. 1 ore 38 settimanali; Casi in carico Distretto Sud Est: ; divisi per gli 11 Comuni; Movimento utenti; Il servizio eroga 70 prestazioni al giorno nelle due sedi , ovvero si; occupa di 70 bambini al giorno in; modo diretto o indiretto; Totale delle prestazioni erogate da Smria del Distretto Sud Est nel 2008; Cosa e quanto eroghiamo?

La presente relazione sui dati di attività del 2008 è redatta dal Responsabile del Modulo Organizzativo e da Franca Emanuelli con la costante revisione di tutti gli operatori afferenti alle sedi di Codigoro e Portomaggiore. La tabella che segue riporta la dotazione organica del MO del Distretto Sud Est.

Ore settimanali	N	Codigoro-Comacchio	Portomaggiore
Ft	4	86	54
Lg	5	80	72
EP	4	72	72
EP Pria	1/2		20
Ps (incluso Resp. MO)	6	119	76

Nel 2008 vi sono variazioni in negativo nella dotazione organica di alcune figure professionali:

- Psicologi: a Portomaggiore entrambe le psicologhe, nell'anno preso in esame hanno effettuato molti mesi di assenza per malattia, sostituite da un contratto libero professionale di 30 ore settimanali e da un aumento di 10 ore del contratto libero professionale dello psicologo che presta servizio a Codigoro
- Neuropsichiatria Infantile - n. 1 a Codigoro con legge 104/92 per 3 giorni mensili

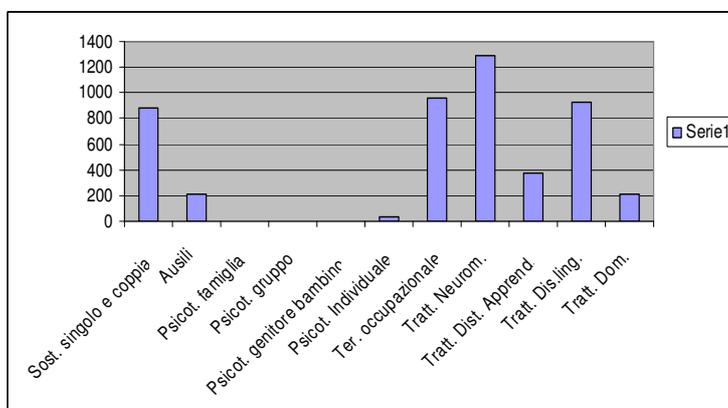
COSA EROGHIAMO Distribuzione delle prestazioni dirette all'utenza; Prestazioni di presa in carico; Prestazioni di presa in carico; Il grafico definisce in modo chiaro che le; prestazioni di presa in carico; rappresentano il lavoro della riabilitazione; mentre il lavoro dei dirigenti Medici e; Psicologi è prevalentemente dedicato al; follow up, alla supervisione dei trattamenti; in atto e al coordinamento dei percorsi di; rete.

Nel 2008 risultano le seguenti prestazioni:

	Percorso diagnostico	Presenza in carico	Visite specialistiche	Totale
Prestazioni dirette sull'utente	1793	5290	1002	11.116
Prestazioni sulla rete interna				3031
Prestazioni sulla rete esterna				2227
Gestione documentale				1102
				17.476

Per meglio entrare nel merito abbiamo voluto capire come si articolano i flussi di dati delle prestazioni, tenendo conto anche delle attività che compongono i Prodotti *Accoglienza Valutazione Diagnosi e Presa in carico*, che sono i processi assistenziali caratterizzanti l'organizzazione del MO territoriale.

La scomposizione delle aree di attività fornisce la rappresentazione di una tipologia di lavoro che si articola su diversi piani: non è sufficiente una presa in carico di *Specialistica ambulatoriale*, ma ha bisogno di diversi soggetti nei diversi contesti, anche esterni al servizio territoriale, coordinati dai professionisti Smria. Questo tipo di lavoro è il punto di forza di un servizio territoriale di NPI.



Il grafico definisce in modo chiaro che le prestazioni di presa in carico rappresentano il lavoro della riabilitazione, mentre il lavoro dei dirigenti medici e psicologi è prevalentemente dedicato al follow up, alla supervisione dei trattamenti in atto e al coordinamento dei percorsi di rete. Il *buco* delle voci di psicoterapia deve indurre ad una riflessione sulle risorse a disposizione e sulle priorità del servizio rispetto a questo tipo di prestazioni. Vi sono infatti solo 29 sedute di psicoterapia di tipo individuale sul totale di 5290 prestazioni

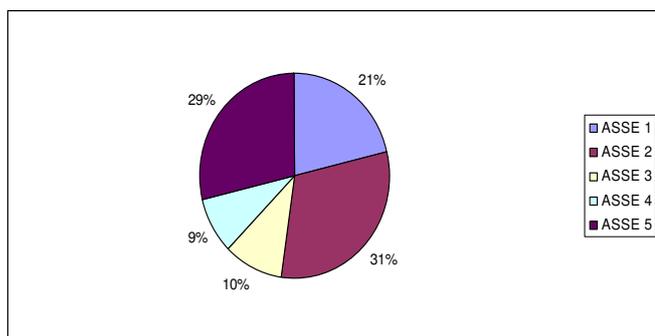
CRITICITÀ CLINICA EMERSA DAI DATI Quesiti; Il servizio Smria; vuole dare tutte le risposte di psicoterapia possibili? vuole analizzare i carichi di lavoro in relazione ai bisogni assistenziali emergenti? vuole valutare nuovi modelli di intervento? vuole scegliere nuove forme organizzative? (cosa in distretto, cosa in azienda, cosa in rete); Flusso dei dati; Punto di forza servizio territoriale Smria; Le aree evidenziano una modalità di lavoro articolata; La presa in carico non è di tipo; "Specialistica ambulatoriale", ma vede; coinvolti diversi soggetti e diversi contesti; anche esterni al servizio territoriale; coordinati dai professionisti Smria.

Ciò porta ad alcuni quesiti: il servizio Smria vuole dare tutte le risposte di psicoterapia possibili? vuole analizzare i carichi di lavoro in relazione ai bisogni assistenziali emergenti? vuole valutare nuovi modelli di intervento? vuole scegliere nuove forme organizzative? (cosa in distretto, cosa in azienda, cosa in rete)

Altre osservazioni rispetto ai dati di attività del Distretto Sud Est comprendono come si distribuiscono le prestazioni, nei flussi relativi ai percorsi (talora indicati come "Prodotti") di accoglienza valutazione e diagnosi, nonché di presa in carico, che sono i processi assistenziali caratterizzanti l'organizzazione del MO territoriale. Effettivamente la presa in carico non è di tipo specialistico-ambulatoriale, ma vede coinvolti diversi soggetti e diversi contesti, anche esterni al servizio territoriale, coordinati dai professionisti Smria.

CLASSIFICAZIONE ICD 10 Percentuali per assi diagnostici; Osservazioni in Asse V; N. 172 diagnosi in cui le "situazioni psicosociali; anomale" sono in comorbilità con sindromi descritte; in altri assi. Ciò comporta che il responsabile del caso; non sia necessariamente il referente della funzione; di Tutela; N. 281 casi complessi in cui le "situazioni; psicosociali anomale" rappresentano la problematica; Prevalente. Il responsabile del caso corrisponde in genere al referente della funzione di Tutela; Osservazioni in Asse V.

Riguardo alle diagnosi, si è guardato ai 1038 casi in carico. In linea con quanto definito a livello regionale e attraverso il sistema di raccolta dati ELEA, si utilizza la classificazione internazionale ICD 10. La rappresentazione per assi diagnostiche è la seguente:



Asse 1: sindromi cliniche psichiatriche 334 diagnosi

Asse 2: sindromi o disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico 481 diagnosi

Asse 3: livello intellettivo 155 diagnosi

Asse 4: condizioni mediche associate con sindromi o disturbi psichici e comportamentali 139 diagnosi

Asse 5: situazioni psicosociali anomale associate 172 diagnosi (+ 281 casi ex cnpia)

Sull'asse V abbiamo individuato 172 casi in cui le "situazioni psicosociali anomale" sono in comorbilità con le sindromi descritte negli altri assi. Ciò comporta che il responsabile del caso non sia necessariamente il referente della funzione di Tutela. Sono presenti inoltre n. 281 casi complessivi in cui le "situazioni psicosociali anomale" rappresentano la problematica prevalente per cui il responsabile del caso corrisponde in genere al referente della funzione di Tutela. Sono implementate le attività in rete con il "Modulo Funzionale per lo studio e il trattamento della violenza all'infanzia" attraverso consulenze dirette alle equipe territoriali e presa in carico congiunta.

Il lavoro di rete

Rispetto al lavoro di rete, la diversità delle problematiche presenti richiede un lavoro clinico supportato da attività con diverse interfacce esterne. La presa in carico oltre che multiprofessionale necessita dell'intervento di più soggetti esterni al servizio.

Vogliamo quindi porre attenzione alle aree diagnostiche ed alle interfacce privilegiate che vengono rappresentate nella successiva tabella

Asse	Interfaccia
1: Sindromi cliniche psichiatriche	Famiglia, istituzioni educative
2: Sindromi o disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico	Scuola, famiglia, rete di integrazione locale
3: Livello intellettivo	Scuola - rete di integrazione locale (piani di zona)
4: Condizioni mediche associate con sindromi o disturbi psichici e comportamentali	Servizi sanitari territoriali e ospedalieri
5: Situazioni psicosociali anomale associate	Servizi sociali e autorità giudiziarie rete di integrazione locale (piani di zona)

Il lavoro di rete con i servizi territoriali risulta articolato e complesso e tenta di rispondere il più possibile alle esigenze riabilitative dei casi in carico. Il MO è consapevole dell'impegno di energie che usa per il monitoraggio dei progetti che viene fatto in un unico momento con tutti i soggetti coinvolti. Pensiamo che la condivisione degli obiettivi di presa in carico diviene prestazione di qualità.

Nel 2008 il MO Smria Sud Est ha programmato e realizzato le seguenti Attività di rete strutturate:

- Gruppo gravi disabilità all'interno dell'Ufficio di Piano del Distretto Sud Est (Attività di monitoraggio e programmazione degli interventi sui minori e sui care giver)
- Commissioni UVAR (Unità di Valutazione delle Abilità Residue – Programmazione e verifica dei percorsi che gli utenti disabili svolgono presso centri residenziali o semiresidenziali pubblici e convenzionati)
- Passaggio casi ai 18 anni (Progetto Orientamento con il Servizio Sociale: lo Smria Sud Est coinvolge l'educatore del Servizio Sociale almeno dai 17 anni per predisporre un progetto di continuità assistenziale che vede coinvolta in prima persona la famiglia del disabile; Percorso passaggio casi con il SPT Sud Est (Documento condiviso con l'area psichiatria adulti)

Progetti di presa in carico integrata con il territorio:

- "A MUSO DURO" – Progettazione e partecipazione alle giornate sulla CAA con l'Associazione Il volo ed il CSC – Partecipazione alle attività pianificate nel Distretto Sud Est
- Progetto di rete CSC/ Smria Sud Est ed Associazione "il Volo" di Massa Fiscaglia per l'implementazione degli strumenti di CAA
- Progetto Leggermente Atletici, in rete con il Comune di Comacchio, Cooperativa Girogirotondo O.n.l.u.s. di Comacchio
- Progetto Sud Est in Vela, in rete con Circolo Nautico di Volano
- Pet therapy- Sud Est a 4 zampe, in rete con la Associazione Sociale Sportiva Chiamamilla, Centro protezione del cane del Basso Ferrarese

- Arti marziali, in rete con il Comune di Codigoro, Centro TKD estense, Oratorio Salesiano di Codigoro
- Movimento e musica in rete con il Comune di Comacchio (Progetto Gioco Sport),
- Associazione Sportiva e culturale "Centro Danza Musica e movimento", Associazione "Senza Età"

Attività con la scuola che declinano nel nostro contesto l'Accordo di Programma Provinciale:

- Il MO Smria Sud Est ha redatto da alcuni anni un documento per la condivisione dei percorsi integrati fra Scuola e Smria / Sud Est
- Modalità concordata fra servizio e scuola per la conduzione degli incontri previsti dalla legge 104
- Incontri collegiali di programmazione e verifica dell'attività con i Dirigenti scolastici
- Partecipazione ai Gruppi H di Istituto

Attività con la scuola

- Eventi Formativi su DSA
- Gruppo di approfondimento con insegnanti referenti delle Direzioni Didattiche in tema DSA
- Condivisione dello strumento di osservazione IPDA che rileva a 5 anni i segnali predittivi per i DSA
- Supervisione agli insegnanti nel lavoro di screening sui DSA
- Attività di formazione sull'autismo per insegnanti ed educatori
- Incontri di formazione sulla tematica dell'autismo
- Laboratori permanenti di formazione in ambulatorio alla presenza degli insegnanti che partecipano al progetto di integrazione scolastica del bambino con autismo
- Utilizzo di uno strumento di osservazione sugli aspetti di comunicazione del bambino piccolo (CHAT)

Attività di rete prevalenti di comunicazione alternativa aumentativa (CAA):

- Progettazione e supervisione di spazi scolastici attrezzati per la documentazione e costruzione di materiali sulla CAA

Stranieri immigrati:

- Protocollo con la Direzione Didattica di Portomaggiore per facilitare l'accesso degli stranieri al Servizio Smria con l'attività di mediazione ,
- Partecipazione al Tavolo della Consulta sull'immigrazione

La maggior parte dei progetti ed attività sono maggiormente descritti negli abstract, redatti dagli operatori coinvolti nelle azioni specifiche.

Progetti di Volontariato Civile " Riabilitare col gioco" - Terza edizione.

- Partecipano N. 3 Volontari del Servizio Civile. Dal 2010 le sedi di svolgimento del progetto saranno Codigoro e Portomaggiore

Partecipazione diretta ai progetti regionali (PCI, DCA, Requisiti specifici ed Indicatori NPJA)

DOVE VOGLIAMO ANDARE Rapporto ospedale territorio; in particolare per la gestione di casi ad alta complessità: PCI – DCA – Adolescenti psichiatrici – Bambini prematuri – Autismo – Pazienti oncologici; In collaborazione con Servizio consultazione ambulatoriale e continuità ospedale-territorio di Smria.

Dove vogliamo andare? Attraverso l'analisi delle attività, i professionisti che operano sul Distretto Sud Est, individuano alcuni ambiti di intervento da implementare:

- Centri aggregazione adolescenti attraverso attività di supervisione dei casi inseriti
- Partecipazione agli Uffici di Piano
- Costruzione di una rete stabile di opportunità di utilizzo di spazi e tempi che favoriscono lo sviluppo di progetti riabilitativi finalizzati all'integrazione sociale e i livelli di autonomia nella vita quotidiana
- Rapporto ospedale territorio, in particolare per la gestione di casi ad alta complessità, come PCI – DCA – Adolescenti psichiatrici – Bambini prematuri – Autismo – Pazienti oncologici, in collaborazione con Servizio consultazione ambulatoriale e continuità ospedale-territorio dell'U.O. Smria

L'attività del Modulo Organizzativo Ovest

Manuela Colombari (ps)

Nota: In occasione della Conferenza di servizio la relazione è stata fatta precedere da un'ipotesi di ragionamento su quale carico di lavoro, in termini di prestazioni e di pazienti, ci si può aspettare da un servizio che ha in gestione risorse di personale della dirigenza e del comparto (v. abstract 19).

Tabella: I 6 Comuni del Distretto Ovest con il numero di cartelle aperte Smria per anno di nascita (agosto 2009). Gli utenti di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico sono "tradizionalmente" visti presso il Centro di Ferrara nonostante competano per l'integrazione sociosanitaria al Distretto Ovest.

Residenza	0-17	Cartelle	<'92	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'002	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Bondeno		136	12	2	5	12	12	9	6	8	11	11	10	7	3	10	5	3	5	5	
Cento		511	13	14	26	8	34	26	28	28	35	39	46	31	29	34	33	26	27	26	8
Mirabello		31	1	4		1	1	3		3	1	3	2	2	1	3	1	3	1		1
S.Agost.		90	2	4	4	7	6	6	6	10	9	8	6	3	4	3	5	1	4	2	
Poggio R.		110	6	4	4	5	5	7	7	7	9	10	3	12	6	9	7	2	6		1
Vigar. M.		75	2	2	2	2	5	7	3	9	9	8	7	5	6	1	4	1	1	1	
Equipe	8494	953	36	30	41	35	63	58	50	65	74	79	74	60	49	60	55	36	44	34	10
Smria	44189	4208	226	138	191	202	250	243	290	277	312	336	302	287	226	245	191	142	140	126	34

L'analisi delle due tabelle che seguono mostra che a fronte di circa 9.800 ore disponibili per attività clinica (che non prevedono malattie e quindi si riducono) troviamo 10369 prestazioni. Ragionando dal punto di vista dei pazienti riusciamo quindi a garantire, al puro livello quantitativo, tutto il possibile erogabile in termini di prestazioni; ragionando invece dal punto di vista dell'organizzazione del servizio bisogna tenere presente che alcuni trattamenti vengono effettuati in gruppo. Infatti, una delle logopediste, che effettua anche trattamenti sui disturbi di apprendimento, lavora su questi solo con terapie di gruppo così come le fisioterapiste quando intervengono sulle scoliosi. Tale considerazione comporta che le ore impegnate degli operatori si riducono rispetto alle prestazioni totali (contate in 10.369) di circa 900 unità arrivando quindi a 9469. Il tempo di insaturazione è pari a 331 ore/anno distribuite su tredici operatori; ciò si può considerare in modo duplice, positivo, perché significa che il servizio si è svolto completamente, ma anche preoccupante perché i margini lasciati per prendere in carico nuovi utenti (in relazione all'aumento della popolazione che attualmente supera già abbondantemente le 9000 unità) e per il minimo imprevisto rischiano di risultare insufficienti.

Risorse di personale anno 2008

1 np TP	meno 200 ore annuali	per attività aziendali (2° liv. Neuromotorio, gruppo regionale neuromotorio, ecc)
2 ps NPIA a TP (responsabile MO e un contratto LP a 36 ore)	meno 85 ore annuali	permesso sindacale
2 ps PCIA (un TP e un contratto LP 18 ore)	Meno 290 ore annuali Meno 190 ore annuali	per M.Funzionale aziendale Affidato per attività aziendale adozione
2 lg TP + 1 lg PT a 31 ore	=	
1 ft a TP + 1 PT a 31 ore + 1 PT a 8 ore	=	
2 ed TP + 1 a PT 24 ore	meno 900 ore annuali	1 ed. TP per tutto l'anno (gravidanza), sostituito con 7 mesi di contratto LP a 30 ore sett.
1 ed PRIA 8 ore sett. da settembre 2008	=	

Popolazione target = 8494 al 31.12.2007)

	NPIA	PCIA	Totale servizio
Prevalenza	7,22 %	1,7%	8,92% senza sovrapposizione NPIA PCIA
Prevalenza s/scoliosi	6,54%	1,7%	8,24%
Prevalenza scoliosi (58)	0,68%		0,68
Prevalenza per Comune Cento			9%
Prevalenza per Comune Bondeno			7,2%
Prevalenza per Comune Sant'Agostino			7,8%
Prevalenza per Comune Mirabello			7,1%
Incidenza	2,47%	0,7%	3,17% con scoliosi
incidenza senza scoliosi (17 entrati su 48 richieste)	2,27%	0,7%	2,97% senza scoliosi
Utenti rientrati NPIA/nuovi entrati	16,7%		
Nuovi utenti con < 1 anno (37)	0,43%		
Prestazioni	9181	1188	10369

In conclusione, si potrebbe considerare che i risultati in termini di impegno di lavoro che emergono dai dati esaminati potrebbero se non far ricredere, quantomeno volgere ad un maggiore ottimismo il Ministro della Funzione Pubblica nella sua legittima preoccupazione circa la produttività dei dipendenti pubblici.

Vorrei dedicare ora alcune parole per illustrare come avveniva nel 2008 la presa in carico dei pazienti nel Distretto Ovest dopo una diagnosi di patologia. Alla ricerca di una ottimizzazione gli interventi la decisione veniva assunta in un'equipe tematica (es. riunione di tutte le logopediste e di tutti i responsabili dei casi) che aveva luogo due volte all'anno, e nella quale si teneva conto della suddivisione oraria tra lavoro di valutazione e lavoro di trattamento (4/22 settimanali per dipendente TP). Qui venivano valutati in modo comparato tutti i bambini diagnosticati e i criteri di scelta erano rappresentati da:

1. gravità diagnostica (es. disturbi semplici di articolazione del linguaggio non sono trattati oppure una ipoacusia con impianto cocleare o un disturbo della comprensione e della produzione del linguaggio ha la priorità su un DSA)
2. età anagrafica: ad es. (vedi *abstract* su intervento logopedico) dei 142 bambini con disturbo del linguaggio (F80.X) solo 88 hanno un'età compresa fra i 3 ed i 10 anni e per questi si può ragionare sull'ipotesi di trattamento; per i rimanenti 54 (con età superiore ai 10 anni) non viene ipotizzato alcun trattamento logopedico, ma soltanto controlli e 2 incontri scolastici annuali nel caso il bambino usufruisca di insegnante di sostegno o nel caso i genitori o il servizio ritengano utile una pianificazione degli obiettivi scolastici.
3. *compliance* dei genitori.

Analisi prestazioni su paziente anno 2008

Numero di prestazioni annuali settore NPIA	Percentuale di bambini
due o più prestazioni settimanali (da 100 a 180 prest/anno per un totale di circa 15% delle prest/anno del Distretto)	2%
Tra una e due prestazioni settimanali (da 45 a 99 prest/anno per un totale di circa 42% delle prest/anno del Distretto)	10%
da 15 a 44 prest/anno per un totale di circa 32,3% delle prest/anno del Distretto	19%
Da 6 a 14 prest/anno per un totale di circa 7% delle prest/anno del Distretto	42%
Da 2 a 5 prest/anno per un totale di circa 3% delle prest/anno del Distretto	16%
1 sola prest/anno per un totale di circa 0,7% delle prest/anno del Distretto	11%
Numero prestazioni annuali su bambino scorporato per ruolo	Media prest.pro-capite
Dirigenti settore NPIA	3,9
Dirigente Neuropsichiatra (prest indirette = 50%)	3
Dirigente psicologo (prest indirette = 45%)	4,8
Dirigenti settore PCIA (prest indirette = 35%)	6,8
Personale comparto (prest indirette = 9,4%)	24

2003	2004	2005	2006	2007	2008
19	18,9	18,5	16,8	16,2	14,9

Trend prestazioni annuali NPIA/bambino

Praticamente il 90% delle prestazioni è rivolto al 31% dei pazienti che riceve da un minimo di un ciclo di 15 trattamenti/anno ad un massimo di 180, mentre il rimanente 10% delle prestazioni è rivolto al 69% di pazienti al quale viene offerto un numero di prestazioni inferiore alle 14/anno. Più dettagliatamente, un

numero esiguo di pazienti (2%) riceve il 15% di tutte le prestazioni in regime di altissima utilizzazione del servizio; si tratta di bambini con patologie molto serie che sono in fase intensiva di trattamento; la metà è nata dopo il 2003, il 90% dopo il 1999. Ci sono poi due casi particolari: uno già maggiorenne con distrofia per il quale viene continuato il trattamento domiciliare su accordi con la medicina di base distrettuale e il reparto di anestesia, e l'altra che lo diventa quest'anno per la quale è stato svolto un lavoro intensivo in fase di dimissione, intervenendo sul possibile margine di parziale autonomia. Da notare che i pazienti gravi non sono tutti inclusi in questa fascia di popolazione grande utilizzatrice del servizio perché molti di essi sono in una fase più avanzata di trattamento che richiede meno interventi, ed alcuni sono collocati, a causa di un mix esplosivo che unisce alla gravità della patologia del bambino anche una seria difficoltà della famiglia a gestire il problema, in comunità. Ad una parte più esigua di pazienti, invece, vengono offerte meno di 5 prestazioni/anno e solo l'11% di pazienti si trova a ricevere una sola prestazione. Si tratta in quest'ultimo caso di pazienti grandi (di solito sopra i 14 anni) meno gravi che si trovano in fase di dimissione o, se più piccoli, vengono visti per un controllo.

Infine, si può vedere come il *trend* complessivo dell'offerta clinica pro-capite sia caratterizzato dalla progressiva diminuzione delle prest/anno su bambino, diminuzione seria derivata dalla progressiva riduzione del tempo dedicato all'attività clinica rispetto ad una popolazione *target* che è incrementata, al pari dei nuovi accessi; si pensi che negli anni 2002/2003 il solo settore NPIA, a parità di personale, offriva ai cittadini tra le 11.000 e le 11.500 prest/anno contro le 9181 del 2008 con una contrazione corrispondente al lavoro clinico di quasi due unità intere di personale. Ciò valga ad affermare che se un servizio lavora da anni a pieno ritmo, cioè senza avere tempi di insaturazione significativi, qualunque ulteriore attività non destinata direttamente ai pazienti riduce necessariamente quest'ultima. Si potrebbe poi svolgere una riflessione sul fatto che se l'attività non destinata direttamente ai pazienti ha nel tempo una ricaduta in termini di maggiore qualità del servizio offerto ai cittadini allora il costo è ampiamente ripagato. Purtroppo in assenza di indicatori chiari su questo specifico punto, siamo costretti a registrare troppo spesso il desiderio dei genitori dei pazienti in carico che spesso chiedono un'attenzione ed un tempo dedicato a loro ed al loro figlio – che certo non cambierebbe né la diagnosi né il trattamento in senso stretto – ma andrebbe nella direzione di offrire un lavoro a tutto tondo sul problema che è la cifra caratterizzante del lavoro dei servizi territoriali per l'infanzia e che sosterebbe l'accettazione e la comprensione della patologia del figlio e quindi un migliore inserimento familiare e sociale. Desiderio che siamo consapevoli di non poter soddisfare adeguatamente a causa della carenza di tempo.

Questo emerge chiaramente dai dati delle prestazioni/paziente scorporati per ruoli; infatti sia la NPI, sia le psicologhe della NPIA, si trovano a fare rispettivamente 3 e 4, 8 prestazioni/anno per paziente delle quali circa il 50% di tipo indiretto (incontri scuola, discussione caso etc.). Questo significa che con il carico di pazienti attuale, considerato che per alcuni casi la frequenza è decisamente maggiore di 3 o 4 all'anno, più di qualche bambino non viene visto nemmeno una volta all'anno dal responsabile del caso, ma soltanto da operatori del comparto. Ciò è dubbio possa rappresentare una presa in carico di qualità ed uno standard sul quale attestarsi e rende impossibile qualsiasi ulteriore aumento dei casi in carico al servizio se non a costo di una decisione di tagli significativi rispetto allo standard attuale dell'erogato in particolare dei dirigenti.

Tabella: Analisi nuovi ingressi 2008 PCIA

<i>Libero accesso per separazioni conflittuali con problemi emotivi figli</i>	<i>Approfondimenti per Servizio Sociale</i>	<i>Tutela con richiesta Tribunale minorenni</i>
15	9	36

Tabella: Tempi di attesa NPIA

<i>Tempi di attesa</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Per accesso /accessibilità	0-2 anni: 14 gg;	0-2 anni: 13 gg;		
	3-5 anni: 55 gg;	3-5 anni: 77 gg;		
	6-10 anni: 46 gg;	6-10 anni: 75 gg;	54 gg.	58 gg.
	11-13 anni: 33 gg;	11-13 anni: 70 gg;		
	14-17 anni: 53 gg.	14-17 anni: 46 gg.		
Per diagnosi (Tempestività ingresso/diagnosi)	Media 39 gg. 72 gg.	Media 55 gg. 42 gg.	73 gg.	58 gg.

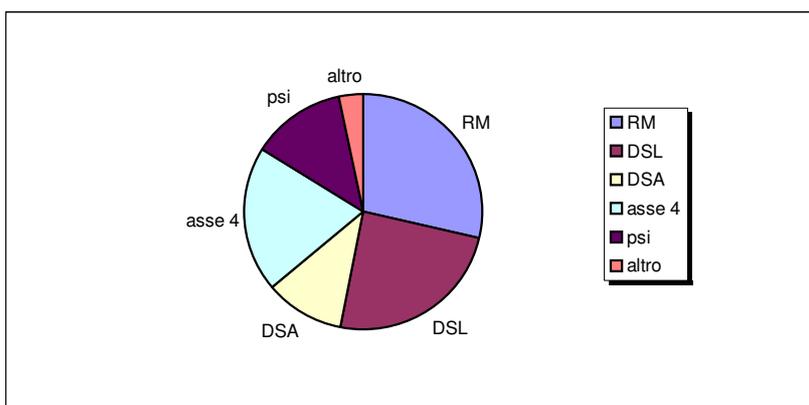
Passando a considerare i dati relativi all'accesso al servizio per il settore NPIA vediamo che il dato di incidenza riportato in tab. 2 pari al 2, 47% (2, 27% senza scoliosi) è in linea con quello distrettuale di tutti gli anni passati che si è attestato da anni (dal 2000 ad oggi) tra il 2, 3% ed il 2, 7% a fianco di un costante aumento della popolazione *target* passata negli anni da circa 7500 unità a 8494; da notare che la costanza dell'indice di incidenza unita all'aumento della popolazione significa incremento del numero assoluto dei

casi in ingresso. Questo testimonia dello sforzo del servizio di offrire ampia accessibilità al cittadino senza troppo comprimere le possibilità di intervento successivo, ad eccezione delle psicoterapie che come già detto sono state ridotte drasticamente fino ad essere considerate una prestazione quasi non erogabile se non in casi eccezionali, nonostante esista un bisogno dei cittadini che finisce per essere lasciato di fatto in gestione al privato, anche se da parte del servizio non viene data nessuna specifica indicazione di rivolgersi ad un privato.

Si può rilevare come il *trend* dei tempi di attesa medi per l'accesso si attesti sui due mesi circa ed in aumento negli anni, ma questa media generale è in parte fuorviante in quanto non suddivisa per fascia di età – ad esempio la prima visita ai bambini che hanno meno di 12 mesi è garantita entro dieci giorni – e poco rappresentativa di quello che realmente accade; andrebbe quanto meno calcolata la media suddivisa per fascia di età e accompagnata da valore di minimo e di massimo; forse sarebbe anche opportuno legare l'analisi dei tempi di attesa alla diagnosi successivamente elaborata perché si potrebbe verificare, ad esempio, quanto il *triage* di entrata in atto da alcuni anni sia efficace ad individuare le priorità da assegnare. Sicuramente, tuttavia, indica un fatto che non possiamo negare: l'aumento dei tempi di attesa per l'accesso.

Il passo successivo all'accesso riguarda il percorso di valutazione e la restituzione della diagnosi ai genitori; l'intervallo di tempo che intercorre tra questi due momenti è un dato particolare perché oscilla in modo significativo negli anni senza un *trend* chiaro, e si attesta sui due mesi circa. Anche se ciò corrisponde alla grossolana sensazione di chi nel servizio lavora sarebbe opportuno che il sistema di elaborazione dati fornisse anche un riferimento alla fascia di età ed alla patologia, oltre all'indicazione del minimo e del massimo. Esistono patologie che arrivano al servizio già diagnosticate (es. sindrome di Down) ed altre che richiedono tempi lunghi per la diagnosi; sarebbe utile poterle valutare per ri-pensare e ri-organizzare il funzionamento del servizio. Ad esempio nel 2007 i tempi di attesa per la diagnosi erano differenziati ed erano inferiori per diagnosi poi rivelatesi di disturbo del linguaggio (F80.X) rispetto a quelli per diagnosi di disturbo di apprendimento (F81.X).

Certificazioni ex L. 104/92 anno scolastico 2009/10



Le certificazioni in essere nell'anno 2009 nel Distretto sono un totale di 175 pari al 2% della popolazione target; dal grafico si vede che le tre categorie che coprono i ¾ di tutta la patologia certificata sono il ritardo mentale senza patologia associata in asse 4, tutte le diagnosi asse 4 e disturbi specifici di linguaggio; rimangono i disturbi

specifici di apprendimento che coprono l'11% dei casi, la categoria denominata "psi" che comprende disturbo oppositivo provocatorio, disturbo di personalità (1 caso), forme di depressione ed ansia, DDAI, e similari. e la categoria altro che comprende fundamentalmente i disturbi dello spettro autistico e quelli della coordinazione motoria.

Potrebbe rimanere un dubbio circa l'opportunità di considerare la percentuale del 2% di certificazioni su pop target come valido riferimento; certamente il 2% corrisponde semplicemente all'atteso di ritardo mentale quindi potrebbe risultare decisamente basso il numero delle certificazioni fatte. Certo è che da diversi anni questa percentuale nel distretto è attestata su questo valore anche se progressivamente aumenta il numero assoluto a causa dell'aumento della popolazione. Ciò nonostante alcune riflessioni, anche se non risolutive del problema, devono essere fatte. A livello generale, l'età 0-17, che definisce la popolazione target del servizio, non sarebbe esattamente l'età utilizzabile per il parametro certificabilità; si pensi ai bambini di età inferiore ai tre anni che rimangono a casa con i genitori oppure ai ragazzi maggiori di 16 e 17 anni che frequentano corsi professionali non statali oppure ancora ad alcuni casi particolarmente gravi che escono dal percorso scolastico terminata l'età dell'obbligo. Forse quindi la pop. target da prendere come parametro potrebbe essere quella 3-15.

Un'ultima annotazione su un fenomeno che richiederebbe un'analisi approfondita (che non sono riuscita a fare) cioè quello delle adozioni di minori stranieri, visto che le adozioni italiane si sono progressivamente ridotte significativamente. Negli ultimi anni la sensazione è che stiano aumentando i bambini adottati con problemi seri, talvolta "solo" psicologici, se così si può dire considerato l'impatto che questo avrà sul futuro del bambino, legati a violenze, traumi ed abusi sessuali subiti anche in tenerissima età, talaltra dovuti anche a ritardo mentale, patologie organiche, seri ritardi globali di sviluppo ecc.

Sarebbe necessario un cospicuo investimento di energie sia per aiutare il genitore adottivo che spesso ha bisogno innanzitutto di un percorso di sostegno rispetto all'assunzione del proprio ruolo genitoriale adottivo con un bambino fortemente problematico sia per un percorso di valutazione e trattamento, spesso intensivo e prolungato nel tempo, del bambino non appena ciò si riveli utile.

L'attività del Modulo Organizzativo Centro-Nord

Isabella Merlin (np)

Nota: Nel Centro di Ferrara convergono le attività del MO Centro Nord e le funzioni centralizzate del team che si occupa di tutela, abuso, affido e adozione. Alla relazione sull'attività territoriale segue quindi quella sulle attività funzionali.

Tabella: I 9 Comuni del Distretto Centro-Nord con il numero di cartelle aperte Smria per anno di nascita (agosto 2009).

Residenza	Target	Cartelle	Perc	<'92	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Berra		50		2	2	5	5	8	5	4		3	4	1	6			2		1	1	1
Copparo		185		13	10	11	17	10	10	11	6	11	14	15	12	14	15	2	10		3	1
Formign.		32		1		1	4	3	2	3	4	1			5	2	1	1		1	3	
Jolanda s.		39		2	1	3	2	3	2	3	1	1	1	4	2	2	6	2			3	1
Ro		25			1		2	1	1		2	4			5	2	2	3		2		
Tresigallo		55		3	10	1	2	5	3	3	2	7	6	2	5	1	2	1	1			1
Eq.Copparo	4034	386	9,6	21	24	21	32	30	23	24	15	27	25	22	35	21	26	11	11	4	10	4
Ferrara		1371		78	39	60	71	72	75	94	104	93	109	109	92	73	84	66	57	44	38	13
Masi t.		15		2					2	2		1	1	2	2		1	1			1	
Voghiera		44		4	2	1	2	2		5		3	5	2	4	4	3	4	2	1		
Eq. FE 1+2	18681	1430	7,7	84	41	61	73	74	77	101	104	97	115	113	98	77	88	71	59	45	39	13
Smria	44189	4208	9,5	226	138	191	202	250	243	290	277	312	336	302	287	226	245	191	142	140	126	34

Risorse

Materiale in dotazione Auto: 3 Fiat (2 Tipo – una per la sede di Copparo – e 1 Panda)

Tutte le stanze sono dotate di apparecchiature informatiche in rete utilizzate per la registrazione delle attività e come strumenti diagnostici e terapeutico-riabilitativi.

Il materiale per l'osservazione psicodiagnostica e per la riabilitazione è abbastanza adeguato e aggiornato. Test Cognitivi e Scale di Valutazione Psicodiagnostica, insieme con gli ausili per la riabilitazione neuromotoria, sono da considerarsi una dotazione specifica e necessaria, così come le attrezzature e arredi all'interno degli ambulatori.

Spazi La sede di Ferrara è situata al secondo piano di un'ala dell'Ospedale Riabilitativo San Giorgio .Le stanze, ampie e luminose, dotate ognuna di un bagno. Di questi uno è attrezzato per i disabili e uno per il cambio dei bambini piccoli.

Pur tuttavia le stanze sono numericamente insufficienti e, nonostante le programmazioni e le prenotazioni, il rischio di sovrapposizioni è costante. Si tenta comunque di mantenere distinte le connotazioni di tre delle stanze a seconda che si debbano visitare bambini piccoli, bambini della prima e seconda infanzia o si debbano tenere incontri/colloqui con adolescenti e adulti.

Nella sede di Copparo le stanze corrispondono ai bisogni degli operatori presenti. Le *criticità* – in corso di soluzione - riguardavano il bagno, corridoi e sala d'attesa in comune con altri servizi; la sala d'attesa era in realtà uno slargo del corridoio sconnesso e difficile da pulire; la palestra per la riabilitazione troppo piccola; le stanze degli operatori sono ancora disposte su piani diversi.

Supporto amministrativo: Il Distretto Centro-Nord è dotato di personale amministrativo part-time e personale addetto alla segreteria con funzioni amministrative. Per gran parte del 2008 la segreteria ha potuto funzionare grazie alla disponibilità del personale "addetto" che ha garantito un'apertura della segreteria dalle 8 alle 17 e ha svolto diverse attività: dal raccogliere e registrare le richieste di visita, al protocollo, al rapporto con il pubblico, alle fotocopie di vari documenti, al ticket, ecc. Nel 2009 inserirà ulteriormente: la prenotazione al CUP dei colloqui di accesso, la preparazione e la registrazione delle cartelle, il sostegno organizzativo alle attività di medicina legale che mensilmente si svolgono negli spazi del servizio.

Tabella: Risorse umane

Personale	2008		2009	
	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Direttore U.O. Smria	0	0	1	0
Coordinatore	1		1	
Amministrativo *1	1	0	-1	0
Ausiliario con funz amministrative	2	0	2 + 1	0
Medico NPI *2	3 + 1/2	1/2	2 + 1/2	1/2
Psicologo *3	6 + 1/2 + 1/2	1 + 1/2	5 + 1/2 + 1/2 + 1/2	1 + 1/2
Fisioterapista *4	5	1	-2	1
Educatore	4 + 1/2 + 2 PRIA	1 + 1/2 + 1/3 PRIA	4 + 1/2 + 2 PRIA	1 + 1/2 + 1/3 PRIA
Logopedista	4 + 1/2	1 + 1/2	4 + 1/2	1 + 1/2

* Mobilità – Pensionamento

*1 Segreteria: dal 2008, è priva del personale amministrativo, prima per malattia e, in seguito, stabilmente per mobilità.

*2 Medico NPI: con il pensionamento del Direttore dell'U.O. nel 2007, si è subito provveduto ad un incarico di NPI per 30 ore settimanali: da ottobre 2007 a ottobre 2008 si sono succeduti 2 medici NPI. Nell'ottobre 2008 assunzione del Direttore dell'U.O.; nel febbraio 2009 trasferimento di un medico NPI e sua sostituzione con un incarico.

*3 Psicologo: con il pensionamento di due psicologi (giugno 2007 e gennaio 2008) vengono assunti, dal febbraio 2008, 2 psicologi con contratto libero professionale di 32 ore settimanali. Nel 2009, le ore di uno psicologo si riducono da 32 a 20 (-12 ore).

*4 Fisioterapista: da ottobre 2008 si ha la mobilità di un fisioterapista; da aprile 2009 si ha il pensionamento di un fisioterapista, da aprile 2009 i fisioterapisti sono 3.

Attività clinica

L'attività tipica del Servizio si può articolare in Attività Clinica (Diagnostica e Terapeutico-Riabilitativa) e Attività Clinica Diagnostica Integrata con l'attività di Agenzie Educative o Organi Giudiziari e altri Servizi/Istituzioni che, a sua volta, si articola in A) *adempimenti previsti per l'integrazione scolastica, legge 104/92*; B) *attività integrata con il Servizio Sociale e gli Organi Giuridici (Tribunale Ordinario Minorile, Procura* (di questo parlerà la dr.ssa Soavi di seguito).

L'Attività Clinica rappresenta l'ambito prevalente di intervento. Si articola in valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi neurologici e psicopatologici dell'età evolutiva. La permanenza all'interno del Servizio va da qualche anno a tutto l'arco dell'età evolutiva a seconda della gravità della patologia. Attualmente vengono utilizzati protocolli diagnostici e di trattamento messi a punto negli anni, frutto di confronto e condivisione tra tutti i Distretti, al fine di rendere omogenei i percorsi e gli interventi in tutti gli ambiti territoriali.

Patologie prevalenti

Disturbo del Linguaggio e Disturbi dell'Apprendimento	Vista la difficoltà di una loro prevenzione è importante un'individuazione precoce. A questo proposito è stata avviata una collaborazione con le agenzie educative e scolastiche che si è tradotta in una formazione permanente che coinvolge personale educativo e personale sanitario. I DSA rappresentano circa il 15% dell'utenza del Distretto, in linea con i dati regionali. Una ricerca dell'Ufficio Scolastico Provinciale, per l'anno scolastico 2008/2009, ha messo in evidenza che, tra le certificazioni per richiesta dell'insegnante di sostegno alla scuola media di 1° grado, il 25% conteneva la diagnosi di DSA. (vedi abstract).
Autismo e Disturbi Dello Spettro Autistico	Rappresentano una delle patologie più severe e complesse nell'ambito della psichiatria infantile. La formazione, in linea con gli approcci diagnostici e terapeutici più attuali, ha coinvolto sempre più operatori del Servizio, ma anche i pediatri e i medici di base, gli educatori e gli insegnanti e i genitori nell'ottica di fornire conoscenze e competenze sempre più specifiche e pertinenti a tutti coloro che fanno parte del progetto di cura del bambino. L'analisi dei dati mette in evidenza che l'utenza corrisponde a quella attesa, con un'incidenza del 1,8/1000.
Disturbo Neuromotorio	le gravi Disabilità Neuromotorie rappresentano una patologia cronica che rimane a lungo all'interno del Servizio (fino al diciottesimo anno di età) richiedendo interventi plurimi e plurisettemanali sia sul bambino che sulla famiglia. Il Distretto si avvale della consulenza del II° livello aziendale (Dr.ssa Folegani) e del III° livello regionale (Dr. Ferrari). Un accenno particolare alla <i>Patologia Neurosensoriale e Pluriminorazioni</i> : negli ultimi tre anni è raddoppiato il numero di bambini con età 0-36 mesi che presenta ipovisione e/o sordità associato a Ritardo o a Patologia Neuromotoria. Da anni ci si avvale della consulenza del Dott. Von Prondzinski esperto nelle problematiche dei Deficit Sensoriali (abstract Barbara Caselli).
Punto Valutazione Ausili	Dal 2006, in collaborazione con l'Istituzione del Comune di Ferrara, è possibile fornire agli operatori sanitari, agli insegnanti e alle famiglie di pazienti in carico di tutta l'Unità Operativa Smria, consulenze sugli strumenti hardware, software e ausili per la comunicazione (vedi abstract A. Croci e C. Lamponi).
Disturbi Emozionali e comportamentali nell'Infanzia e nell'Adolescenza (Disturbi da Deficit di Attenzione e Iperattività)	sono spesso in comorbidità con Disturbi del Comportamento, dell'Affettività e delle Emozioni. Da diversi anni il Distretto si occupa di questa problematica che rappresenta un fenomeno in continua crescita. Un'importante attività formativa di tipo cognitivo-comportamentale ha portato all'acquisizione di strumenti specifici ("il metodo") e alla messa a punto di una metodologia di intervento individuale o di gruppo in cui centrali sono le difficoltà specifiche ma anche le problematiche emozionali spesso connesse (vedi abstract C. Lodi e W. Buriani; R. Contrino, D. Vezzali e G. Stagni).

Tra le patologie meno frequenti, ma che richiedono un importante impegno sul piano clinico, ci sono:

- Sindromi Affettive: per i disturbi depressivi è stato messo a punto un protocollo valutativo frutto di un lavoro di confronto e di condivisione tra i diversi Distretti, in seguito ad una formazione specifica.
- Disturbi della Regolazione.
- Esordi Psicotici.
- Disturbi del Comportamento Alimentare: è previsto per il 2009 un gruppo regionale per monitorare i percorsi e l'andamento di questi disturbi.
- Crisi Acute in Età Evolutiva (Break-Down): il Servizio territoriale non è strutturato ed organizzato per fronteggiare le urgenze-emergenze: non sono presenti spazi idonei per i ricoveri e nemmeno semiresidenze o residenze ad alta intensità di cura per la patologia psichiatrica.

Tra gli interventi terapeutici va sempre più affermandosi il trattamento di gruppo: gruppi per i bambini e gruppi per i genitori. (vedi abstract). È al terzo anno la realizzazione di un progetto con il volontariato civile (quattro volontari per anno) coinvolto molto proficuamente in questa attività, attività che è anche potenziata da questa collaborazione (vedi abstract).

Gli adempimenti previsti per *l'Integrazione Scolastica (Legge 104/92 e DGR 2/2008)* presuppongono da un lato una puntuale attività clinica e dall'altro iter procedurali specifici previsti dagli accordi di programma stilati fra U.O Smria, Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni e Provincia. Con l'entrata in vigore della legge regionale 4/2008 per richiedere l'insegnante di sostegno per la frequenza scolastica è necessaria la certificazione rilasciata dalla "Commissione per l'accertamento delle disabilità".

Organizzazione

Dall'inizio del 2009 sono gradualmente avvenute alcune modifiche per quanto riguarda l'*organizzazione del personale, le modalità di accesso al servizio dei nuovi utenti e la modalità di distribuzione dei casi.*

Nel Distretto Centro-Nord gli *operatori sono organizzati* in 1 Modulo Distrettuale, 1 Modulo Aziendale-Continuità Ospedale Territorio, 1 Modulo Funzionale Aziendale per le adozioni e 1 Modulo Funzionale Aziendale per le situazioni di maltrattamento

L'obiettivo, di questi anni, è stata, l'integrazione prima tra i vari operatori della Neuropsichiatria Infantile e successivamente tra la NPE e la Psicologia Clinica (PCIA). Gli strumenti utilizzati sono stati i diversi protocolli clinici sulle patologie prevalenti (Autismo, DDAI, Disturbo del Linguaggio e dell'Apprendimento ecc), lo stesso strumento di classificazione diagnostica, la stessa cartella, la stessa modalità di rilevazione dei dati informatici, uno spazio comune di discussione dei casi che affluivano al Servizio: "*il portale*", a cui partecipano tutti i dirigenti, diventa lo spazio settimanale di discussione e distribuzione delle richieste di valutazione, sia provenienti dai genitori che dalle Istituzioni, che vengono assegnate in base alla sintomatologia presentata, ai vari referenti specifici: il coinvolgimento nella valutazione o nel trattamento degli operatori del comparto avviene attraverso il Coordinatore.

Con l'arrivo del Direttore della Struttura Complessa, nell'ottobre 2008, questo processo di integrazione continua con l'introduzione di una nuova "prospettiva": dalle équipes specializzate per patologia si passa alle équipes multiprofessionali. Dal primo di agosto 2009, infatti, per la città di Ferrara, sono stati istituiti due tavoli di discussione (Ferrara 1 e Ferrara 2), in ognuno dei quali sono presenti contemporaneamente operatori della dirigenza e del comparto.

- L'*accesso al Servizio*, dal novembre 2008, non avviene più attraverso la raccolta delle segnalazioni da parte di un operatore della segreteria, ma tramite la prenotazione al CUP. Una serie di aggiustamenti hanno portato a fissare 2 aperture settimanali con 4 posti di visita ciascuna per Ferrara e 1 apertura settimanale con 3 disponibilità a Copparo: per ogni apertura sono stati riservati 1 posto in aggiunta per le urgenze o per le richieste di visita per i bambini sotto l'anno di età. Ad ogni apertura CUP è stata collegata una équipe, Ferrara 1 lunedì pomeriggio, Ferrara 2 il giovedì mattina e Copparo il lunedì mattina.
- Dal 1 agosto 2009 sono prenotabili colloqui informativi di accesso, esenti dal pagamento del ticket, che permettono di raccogliere informazioni sul motivo della richiesta, sulla situazione dell'ambiente di vita, sulle condizioni del bambino e allo stesso tempo permettono di informare la famiglia su quelle che sono le caratteristiche e le possibilità del Servizio. Tali colloqui vengono svolti da medici o psicologi. Ogni équipe si trova a discutere settimanalmente i colloqui informativi e a decidere il percorso per la valutazione e la presa in carico.

Conclusioni

Scheda riepilogativa utenza centro-nord 2008							
	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	>18	TOT
Utenti	97	182	465	224	168	36	1172
% Int Ut	8, 2	15, 4	39, 6	19, 1	14, 3	3, 1	
Popolaz Target	4173	3972	6354	3652	5150		
Prevalenza	2, 3	4, 5	7, 3	6, 1	3, 2		
Nuovi Casi	59	89	201	67	38	4	458
Incidenza	1, 4	2, 2	3, 1	1, 8	0, 7		
N° Prestaz.	1720	5414	9477	3270	1746	132	21759
% Prestaz	7, 9	24, 8	43, 5	15	8	0, 6	
Prestaz x utente	17, 7	30	20, 3	14, 5	10, 3	3, 6	

L'analisi dei dati conferma il trend distrettuale nei vari anni:

- la prevalenza maggiore, 7, 3, è nella fascia di età 6-10 anni, seguita da quella della scuola media, 6, 1: entrambe, visto i bassi valori di incidenza 3, 1 e 1, 8, sono, oltre che l'espressione dei nuovi casi, anche il risultato di accumulo dalle età precedenti.
- Al terzo posto come prevalenza, 4, 5, la fascia 3-5 anni che per il Distretto è una novità e fa pensare ad una buona risposta del lavoro con i PLS e le Scuole d'Infanzia.
- Sempre all'ultimo posto l'incidenza nella fascia d'età adolescenziale: pochi i casi nuovi

Interessante, ma sempre in linea con l'andamento del Distretto, notare il rapporto tra la percentuale interna degli utenti e percentuale delle prestazioni.

- Nella fascia 0-2 anni e in quella 6-10 anni sono praticamente uguali, questo sta a significare un buon investimento
- Nella fascia 11-13 anni e 14-17 anni la percentuale degli utenti è di molto superiore alla percentuale delle prestazioni: questo sta a significare che ricevono mediamente meno prestazioni degli altri, confermato anche dal numero di prestazioni per utente.
- Nella fascia 3-5 anni la percentuale delle prestazioni è quasi 10 punti superiore a quella degli utenti, questo sta a significare che l'attenzione per questi soggetti è molto alta, confermata anche dal numero di trattamenti per utente è quasi il doppio e il triplo di quello di altre fasce d'età.
- Se scorriamo i dati dell'ambito territoriale di Ferrara da quelli di Copparo e li paragoniamo alla serie storica si può notare come, in termini di numero assoluto, Copparo si mantiene stabile, mentre Ferrara ha una riduzione di utenza in carico di circa 150-180 unità.

Tra le possibili giustificazioni:

- Il grande e rapido turn-over dei dirigenti ha portato ad una saturazione del sistema.
- Le sostituzioni rapide, ma con un monte ore settimanale ridotto rispetto all'orario del dirigente sostituito (la somma dei periodi scoperti e delle ore mancanti corrisponde all'orario di un dirigente a tempo pieno)
- Sempre maggiore richieste di ore mediche da parte delle commissioni per l'accertamento della disabilità e della commissione UVAR (*in questa commissione noi siamo presenti per una fascia d'età 18-25 anni, fascia fuori dalla competenza del Servizio).
- La partecipazione a tavole di discussione del protocollo "percorsi per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggior età" (deliberato maggio 2009, da sperimentare nell'ambito del Distretto Centro-Nord).
- Partecipazione ai tavoli regionali per l'autismo (PRI-A).
- Partecipazioni ad attività in veste di formatori: questo per tutte le figure professionali).
- Un dirigente medico con incarico MO

La tutela psicologica all'infanzia e all'adolescenza

Gloria Soavi (ps)

Una delle funzioni trasversali del nostro Servizio, ribadita dall'atto aziendale e in applicazione delle leggi nazionali e regionali in vigore, è la tutela della salute psicofisica dell'infanzia e dell'adolescenza a rischio psicopatologico in tutte quelle situazioni legate a condizioni e relazioni familiari inadeguate ed anomale .

Occuparsi della tutela psicologica dei bambini e degli adolescenti significa infatti farsi carico non solo della difesa del loro benessere psicofisico, ma anche del diritto di essere accompagnati nella loro crescita da un contesto favorevole verso la piena realizzazione della propria soggettività in divenire . Questi concetti vengono ribaditi giustamente dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, che costituisce una cornice importante, sottolineando la necessità di intervenire nelle situazioni del contesto di riferimento primario, cioè la famiglia, quando si verificano condizioni di forte rischio o addirittura di danno per la sua crescita. Ho scelto questa fra le tante definizioni perché mette in luce i due aspetti strettamente connessi fra loro su cui intervenire: il minore da una parte e la sua famiglia, quando questa non è in grado di assolvere alle funzioni di cura e crescita di cui dovrebbe essere portatrice.

Vari sono gli interlocutori dello Smria in questo ambito, consideriamo i più importanti: interfaccia privilegiato è il Servizio Sociale, con cui il nostro servizio lavora in attività integrata, interviene sulla complessità delle situazioni e ne garantisce una presa in carico complessiva.

Le attività sono regolate da un protocollo provinciale: il PUAPS che prevede le tipologie delle problematiche, le modalità di attivazione e di presa in carico, e ne definisce i percorsi di collaborazione nel rispetto delle diverse competenze. Il PUAPS è stato un punto di arrivo importante poiché garantisce l'omogeneizzazione degli interventi e definisce in maniera condivisa le modalità di collaborazione ed integrazione in quest'ambito fra lo Smria e tutti i servizi sociali dei vari comuni a livello provinciale.

L'altro interlocutore importante è rappresentato dalle Autorità Giudiziarie, sia Minorile che Ordinario, infatti in genere ci si attiva su mandato degli Organi Giudiziari sia Minorili che Ordinari che segnalano ai servizi socio-sanitari le situazioni famigliari disfunzionali con la richiesta di valutarne la problematicità e i possibili percorsi riparativi.

Un altro interlocutore con cui il servizio collabora attivamente è il Terzo settore (associazioni educative, associazioni famiglie, ecc.) che rappresenta una importante risorsa per l'attivazione di interventi di accoglienza dei bambini e di sostegno alle famiglie in difficoltà.

<i>Ambiti</i>	<i>L'organizzazione</i>
La tutela si articola in interventi complessi di valutazione, diagnosi e trattamento dei minori e delle loro famiglie.	La funzione di tutela nello Smria, come ribadito dalla L.R. 14/08 (Norme per le giovani generazioni) chiama in causa la specializzazione della componente sanitaria-psicologica nell'ambito di un'accentuata integrazione per tutte le funzioni di protezione e tutela dei minori
In particolare si viene a contatto con una genitorialità sofferente ed inadeguata che esprime vari livelli e gradi di problematicità (condotte trascuranti, maltrattanti ed abusanti, spesso associate a problemi psichiatrici, uso di sostanze, ecc.) che possono rappresentare un rischio o provocare danni all'evoluzione psico-fisica dei bambini.	E' articolata in una attività territoriale distribuita per tutti i distretti della provincia all'interno delle singole equipe e in attività centralizzate in Moduli Funzionali o Equipe di secondo livello che si occupano di Abuso e maltrattamento, Adozioni e Affidi.
Negli anni si è potuto rilevare situazioni famigliari problematiche con una minore rilevanza del disagio socio-economico, ma più caratterizzate da un forte disagio relazionale: la disfunzionalità genitoriale è infatti trasversale a tutte le classi sociali, e interessa anche classi sociali medio alte.	Il modulo sulle adozioni informa, prepara ed accompagna le coppie che desiderano adottare e ne sostiene la genitorialità all'arrivo del bambino. E' utile ricordare che le prestazioni devono essere erogate entro tempi definiti dalla legge.
Un problema emergente è rappresentato dalle genitorialità di culture diverse, che impone una attenzione particolare a stili educativi diversi dai nostri, su cui spesso è difficile incidere in maniera significativa.	Il modulo affidi accoglie le disponibilità individuale o familiare all'accoglienza e le connette alle esigenze dei progetti sui minori che vivono situazioni di disagio in famiglia.
Bisogna purtroppo sottolineare come negli ultimi anni si intervenga maggiormente nelle situazioni di danno conclamato o con situazioni famigliari già compromesse, piuttosto che intervenire in maniera preventiva a causa di problemi di organizzazione e carenza di personale.	Queste due ultime attività verranno più ampiamente descritte negli abstract del pomeriggio.

Aree di miglioramento

Un obiettivo che si è cercato di raggiungere in questi anni, davanti alla complessità crescenti delle situazioni, è stata l'omogeneizzazione degli interventi in tutti i distretti attraverso una costante formazione sia con docenti esterni che sul campo, per arrivare ad acquisire le più recenti ed efficaci modalità

d'intervento. In particolare si sono approfondite le tematiche relative alla valutazione delle competenze genitoriali e al trattamento dei genitori disfunzionali.

Si sono approfondite inoltre le modalità diagnostiche del disagio infantile nelle situazioni di separazione conflittuale e contesa dei figli, che è risultata negli anni una casistica in forte aumento.

Un altro strumento messo a punto e in fase di approfondimento è la formulazione di percorsi interni e prassi operative consolidate e condivise da tutti i professionisti dell'area clinica, attraverso protocolli condivisi. Oltre ai protocolli interni sono in corso di aggiornamento e perfezionamento protocolli di buone prassi per l'intervento integrato fra servizi sulla genitorialità, sia nei percorsi valutativi che di presa in carico, con altri Servizi Sanitari, come il Sert e il Servizio Adulti.

La tutela nel Distretto Centro Nord

- Per quanto riguarda l'attività di tutela distrettuale del Distretto Centro Nord nel 2008 sono stati presi in carico 180 minori segnalati dal Servizio Sociale Minori, nella maggior parte dei casi si tratta di situazioni segnalate dalle Autorità Giudiziarie
- La Casistica prevalente si riferisce a: separazioni conflittuali, trascuratezza, violenza in famiglia, sospetto abuso e maltrattamento, ecc.
- Richieste d'intervento prevalenti: valutazione delle competenze genitoriali, valutazione delle relazioni familiari e dello stato psicologico del bambino
- Diagnosi prevalenti: asse V, associate ad altre diagnosi
- Tipologia di interventi: sono interventi complessi sia per la diagnosi della situazione familiare che va integrata con la valutazione clinica del bambino o dell'adolescente, per proporre un progetto di recuperabilità dei genitori. Nei casi di irrecuperabilità parziale o totale delle funzioni genitoriali si mettono in atto interventi sostitutivi alla famiglia (che comportano l'allontanamento dei minori, in comunità o in affidamento etero familiare, consulenza alle strutture, sostegno sia alla famiglia che al minore). Da sottolineare positivamente come negli anni si faccia più ricorso per i bambini piccoli all'affido familiare rispetto al collocamento in comunità di accoglienza
- Dopo la fase di valutazione vi è l'esecuzione del mandato dell'Autorità Giudiziaria che comporta una serie di interventi clinici integrati a interventi sociali e le verifiche periodiche della situazione.
- Il Centro contro la violenza all'infanzia
- Per quanto riguarda i Moduli funzionali volevo accennare brevemente all'attività in questi anni del Centro contro la violenza all'infanzia che si occupa di attività di diagnosi e cura di protezione nei casi di maltrattamento, abuso sessuale e violenza assistita e che fa capo al Distretto Centro Nord.
- Il Centro ha lavorato in questi anni nell'ottica di garantire il diritto alla salute e alla cura a chi ha sperimentato situazioni traumatiche in famiglia e che necessita, per ridurre la cronicizzazione del disagio, di interventi precoci, efficaci e specialistici. Negli ultimi 7 anni (2001-2008) ha seguito 414 minori minori (dai 2 ai 17 anni) di tutta la provincia di Ferrara.

Percorsi clinici:

- I minori vittime di abuso, maltrattamento e di ogni forma di violenza sperimentano un trauma che è più grave in relazione all'età e al rapporto con l'abusante (si pensi alle forme di violenza causate dai genitori), e necessitano di una presa in carico precoce per evitare che si strutturino quegli effetti a breve e a lungo termine sulla loro personalità che sono ben noti in letteratura.
- Quindi diventa fondamentale una corretta valutazione del trauma e una sua riparazione attraverso strumenti adeguati. La particolare natura e le caratteristiche della violenza sui minori rende necessario un lavoro rigoroso sulle aree colpite del sé e del mondo delle relazioni, per ristabilire una fiducia nell'altro e nel mondo degli adulti, che lo sperimentare violenza ha profondamente colpito.
- Diagnosi differenziale di abuso o maltrattamento
- Valutazione del trauma
- Intervento di riparazione sul trauma
- Interventi di sostegno psicologico sui minori autori di abuso, sui fratelli delle vittime, sul genitore o familiari protettivi

Oltre l'attività clinica di valutazione

- Consulenza specialistica sociale, psicologica, legale ai colleghi, alle istituzioni, ecc. nelle situazioni di rischio o danno conclamato
- Accompagnamento tutelante del minore nel percorso giudiziario con supporto psicologico nelle audizioni
- Difesa legale del minore vittima nei casi di conflitto d'interesse con i genitori
- Consulenza legale agli operatori e alle famiglie

Le buone prassi della rete

- In questi anni si è lavorato molto attraverso i tavoli provinciali per la costruzione di rapporti con le reti istituzionali per la segnalazione e la presa in carico precoce delle situazioni a grave rischio di pregiudizio o danno nei casi di sospetto abuso e maltrattamento. Si sono infatti consolidati e costruiti protocolli importanti sia con la scuola (Protocollo fra servizi socio-sanitari e la scuola) per la segnalazione tempestiva delle situazioni di pregiudizio sia con la Magistratura e l'Ufficio Minori della Questura per le segnalazioni e l'ascolto del minore vittima.
- È in fase di sottoscrizione da parte delle istituzioni coinvolte un importante protocollo fra lo Smria in particolare il Modulo del Centro contro la violenza all'infanzia e il Modulo Aziendale-Continuità Ospedale Territorio e le strutture ospedaliere
- Protocollo con le strutture Ospedaliere di pronto soccorso e i reparti di pediatria di tutta la provincia per la segnalazione e presa in carico precoce delle situazioni di sospetto abuso e maltrattamento
- Questa connessione fra strutture organizzate esistenti nel nostro servizio e le strutture ospedaliere provinciali garantisce una collaborazione multidisciplinare su tutte quelle situazioni che accedono ai pronti soccorsi pediatrici e una presa in carico precoce per la messa in campo di azioni adeguate di protezione e cura.

L'attività del Modulo Organizzativo Continuità Ospedale-Territorio

Ernesto Stoppa (ps)

Liaison psychiatry, the recognition and management of psychiatric problems in the general medical setting, is an essential component of many doctors' work. Depression, anxiety and somatization disorders occur in about 50% of cases presenting to primary care physicians.

Lloyd G & Guthrie E (eds), Handbook of Liaison Psychiatry, 2007

Quando qualche anno fa è stato costituito il MO Continuità Ospedale-Territorio affidato a uno psicologo, poteva essere interpretato come un'atipia e una scommessa. A distanza di tempo la scommessa è stata in qualche modo vinta (v. lavoro nella Sezione degli abstract).

Concretamente:

1. È una organizzazione gestionale della SC Smria; ha dimensione Aziendale; è cornice per le attività di interfaccia con gli ospedali
2. Assicura continuità di cura tra Ospedale e Territorio e viceversa, fluidità e personalizzazione del percorso assistenziale
3. Assicura le consulenze cliniche richieste per completamento diagnostico, "sorveglianza dello sviluppo", approfondimenti "funzionali" anche in chiave prognostica con attività mono o pluriprofessionali
4. Monitora e presidia l'andamento dei ricoveri (sistema informativo Aziendale e Dipartimentale) e garantisce flussi informativi
5. Propone e organizza piani formativi e di ricerca

Il contesto strutturale dei rapporti con gli stabilimenti Ospedalieri è legato alla distribuzione degli stessi in Provincia con la loro differenziazione funzionale (la Pediatria non è uniformemente rappresentata, esiste una Azienda Ospedaliero-Universitaria, ecc...) e geografica (nel Distretto Ovest, facile il ricorso a Ospedali di Bologna).

L'attività negli ultimi 18 mesi fotografa questa realtà polimorfa:

- 3 gli ospedali con reparti pediatrici coinvolti (Sant'Anna, Delta e Cento)
- Molti i reparti interessati, alcuni con continuità, altri più occasionalmente (Pediatria e neurologia pediatrica, chirurgia Pediatrica, Terapia intensiva neonatale, Neurologia, Medicina Riabilitativa, Medicine generali, Terapia Intensiva e rianimazione, Endocrinologia..)
- 7 i percorsi organizzati con procedure che stanno per essere verificate nella loro efficacia e che sono comunque stati utilizzati a fini di Accreditamento (diagnosi etiologica Autismo, patologie di interesse Neurologico, malattie genetiche implicantemente Ritardo Mentale, ecc..). 2 sono progettualità più ampie (Psicooncologia e Terapia Intensiva Neonatale)
- Altri sono *in progress* (DCA, psicofarmacologia e ADHD - vedere Sezione abstract).

Territorio aziendale



Il sistema informativo registra per questo periodo 97 casi che, tenuto conto, di come i colleghi dell'Ospedale ci contattino con grande "pudore", conoscendo l'eccezionalità della nostra disponibilità, riservando la richiesta ai casi gravi, conoscendo gli attuali limiti del sistema di registrazione dati e la carenza della comunicazione interna, sono senz'altro sottostimati rispetto all'attività reale; intervistati, i colleghi Dirigenti Smria infatti parlano di contatti con gli Ospedali in incremento e pressoché settimanali.

La corretta rappresentazione dell'attività, rimane un ambito di miglioramento importante.

A proposito di dati, con l'aiuto del Controllo di Gestione dell'Ausl, abbiamo cercato di dimensionare, anche se in modo incompleto, quanti sono i bambini/ ragazzi, 0 – 17 anni residenti in provincia di Ferrara che nel 2008 sono stati ricoverati negli Ospedali per problematiche affini alla nostra area d'intervento (banca dati Aziendale SDO):

- Ricoveri che appartengono alle MDC 1-19-20 (categorie che riassumono DRG affini alla disciplina)
- Ricoveri in Azienda PUO: 43 (letti 10 Delta 2 Cento..2 Bondeno ?) Ricoveri al S.Anna Medicina Generale 12
- Neuroriabilitazione 27
- Area Pediatrica 323 (letti 40 Chirurg. Ped=11, PED.=29)
- Ricoveri altri Luoghi in Regione (Bologna) 41
- Ricoveri fuori Regione Liguria(Gaslini) 8 Lombardia (Besta, Bosisio, Altri)12
- Toscana (Meyer, Stella Maris,)12, Veneto4, ALTRI..8

Sicuramente alcuni percorsi sono governati come accesso ai III livelli, altri sono indispensabili come risposta a bisogni che non hanno risposte in loco (è il caso dei gravi disturbi Psicopatologici in Adolescenza, dei Disturbi del DCA ecc..), altri percorsi possono essere del tutto indipendenti e potrebbe essere interessante studiarli. Si può anche notare come il numero dei ricoverati nella Provincia per problematiche attinenti alla disciplina sia comunque rilevante e se fosse vero ciò che viene riportato in letteratura, che per almeno la metà di questi piccoli pazienti / ragazzi, occorrerebbe un intervento specifico di Salute Mentale.

Se i numeri dimensionano la cornice e, una volta attendibili e certi, possono definire i macro sistemi, lo scorrere delle esperienze singole e la riflessione su queste possono comunque porre quesiti sui percorsi, sui successi, su eventuali errori o criticità.

Tabella: Alcune brevi storie

Il caso (nome fittizio)	L'intervento
ANTONIO: bambino di 18 mesi, in difficoltà a respirare ed alimentarsi autonomamente. Dopo vari ricoveri e lunghe degenze viene il momento dell'andata a casa. Le preoccupazioni di tutti perché fosse garantita l'assistenza necessaria. Con la collaborazione del Pediatra di Libera Scelta. Antonio oggi è a casa, ha in dotazione gli strumenti necessari, ha i supporti riabilitativi, i controlli N.P.I., i genitori sono sostenuti psicologicamente e organizzativamente.	La continuità di cura, la rete assistenziale e la Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti a così alta Complessità ha funzionato, potrebbe non essere sempre è così . In questa situazione la continuità assistenziale non è stata attivata ma qui a mio avviso, l'allerta è anche trans generazionale (adulti problematici con bimbi così piccoli sono un tutt'uno..), e spesso è solo il Servizio Sociale che tiene uniti pezzi. Ci si aspetta che l'integrazione dei Servizi, non solo come espressione meramente organizzativo-gestionale, contribuisca a superare questi rischi clinici (anche realtà come il SERT può conoscere situazioni simili).
MARINA: bambina di 17 mesi segnalata perché selettiva nell'alimentazione, talvolta inconsolabile quando piange. Notevoli i problemi familiari con ricoveri psichiatrici.	È inconfutabile che la malattia del corpo sviluppi sequele di disturbi psichici in una sorta di continuità bio-psico-somatica e che anche le relazioni e i contesti si ammalino. Sono proprio queste le ragioni della necessità della Psicologia e psichiatria di Liaison. Anche fuori dall'Ospedale (Territorio appunto nell'ambito di organizzazioni efficaci.
MAURO ragazzo di 17 anni, conosciuto in Chirurgia Pediatrica per l'amputazione di un braccio .Segnalato ai Servizi competenti al momento della dimissione. Dopo poco nuovo contatto da parte del padre perché la madre di Mauro e anche i suoi fratellini minori hanno manifestato grandi disturbi psicologici.	Le reazioni violente in reparto del ragazzo, prima e dopo gli esami, hanno preoccupato tutti, ragazzo, genitori, ricoverati e personale del reparto.
FRANCO, 11 anni, ha un importante disturbo dello sviluppo di difficile collocazione diagnostica; coesistono sintomi da spettro artistico, disturbo oppositivo provocatorio, dubbi cognitivi. La necessità di approfondimenti strumentali (RMN) ha portato Smria ad attivare tale richiesta all'Ospedale.	

Queste situazioni mostrano la crescente esigenza di approfondimenti strumentali in pazienti molto complessi accanto all'esigenza di assetti più strutturati dell'ordinario funzionamento dei reparti ospedalieri esistenti. Sussiste quindi il problema di riorganizzare i reparti secondo le necessità, attivando sinergie formative, integrative di personale e di abilità. Alternativamente diventano necessarie le risorse fuori provincia.

Attualmente, la massima forma delle difficoltà di incontro concreto tra Ospedale e Territorio è rappresentata dalla gestione delle Emergenze Urgenze e del post ricovero in Adolescenza; gli accordi esistenti sono vacillanti e le strutture di ricovero faticano a rispondere adeguatamente....

Avviandomi a concludere, desidero fare una ulteriore segnalazione legata all'esperienza sin qui condotta con l'Ospedale. Il lavoro compiuto, nei diversi reparti, ha dimostrato che l'Ospedale non è solo un *partner indispensabile per le cure, ma può essere anche filtro inesauribile di vite e di narrazioni*

esperienziali, sulle quali è possibile avviare percorsi preventivi di salvaguardia e sviluppo della Salute Mentale. L'Ospedale diventa un crocicchio dove singole realtà possono trasformarsi in "fenomeni" significativi se trovano occhi e orecchie attente.

Abbiamo lavorato insieme ai colleghi della Neurologia per la valutazione dello sviluppo di 8 bambini, dai 9 ai 42 mesi di vita, figli di mamme con grave epilessia trattata farmacologicamente anche in gravidanza. I dati dimostrano bambini nel range della norma.

La discussione successiva con i colleghi è stata però incentrata su una impressione di madri per così dire *sotto tutela*, accompagnate e sostituite dalle proprie madri o suocere nonostante fossero madri efficienti con livelli culturali medio alti. Tre di questi bambini avevano *competenze di sviluppo* buone ma descritti da queste madri, nei questionari, significativamente come poco autonomi, poco capaci e poco efficienti.

In psicopatologia conosciamo il rischio delle "profezie che si autoavverano" e talvolta modificare percezioni, aspettative ed attese può significare cambiare traiettorie di sviluppo; aver avuto modo di discutere di questo mi fa pensare che tutti, compresi i colleghi neurologi, siamo diventati più ricchi e forse ad altre madri nelle stesse condizioni, sarà dedicata altrettanta attenzione.

Esperienze analoghe si vivono in Terapia Intensiva Neonatale.

Accanto alle eventuali sequele tipiche della grande prematurità di carattere neurologico/neuromotorio/sensoriale che portano da subito verso percorsi riabilitativi, ci sono sequele più subdole che compaiono più tardi e attengono più agli aspetti funzionali, psicologici, comportamentali che arrivano ai servizi riabilitativi dopo 2, 3, 4 anni.

Ascoltare i genitori, sostenerli nella loro genitorialità, offrire loro chiavi interpretative adeguate del comportamento dei bambini, monitorarne lo sviluppo, contribuisce a rinforzare la *resilienza* loro e dei loro bambini.

Supportare l'organizzazione del reparto nelle risposte ai bisogni plurimi che si manifestano, significa fare sistema di "care"

A questo punto, appare evidente come io concepisca anche la Prevenzione Secondaria- Promozione della Salute, come valore (mission), della Continuità Ospedale-Territorio.

Bambini e Adolescenti (e i loro genitori), più sono in grado di attraversare positivamente esperienze stressanti e avversità, meno faranno ricorso in futuro ai servizi sanitari.

Tale valore permette di essere presenti anche a "monte" dei disturbi Psicopatologici e non solo "a valle" con gli interventi e le specialità di cura.

CONCLUSIONI

1. più Salute Mentale all'interno dell'Ospedale con una nostra presenza più organizzata
2. Reciprocità delle relazioni tra Ospedale e Territorio
3. Ospedale come comunità di cura e dell'acuzie ma anche contesto elitario in cui individuare bisogni di promozione della Salute per formare bambini e adulti più "resilienti", anche fornendo input alle organizzazioni aziendali di I° livello
4. La ricerca è un sistema di elaborazione e di rilancio della quotidianità clinica.

Aree di miglioramento:

- Miglioramento della rappresentazione e della comunicazione interna per avere dati certi
- Miglioramento delle sinergie tra percorsi clinici e sistema formale- economico –organizzativo
- Miglioramento dei percorsi sulle Emergenze-Urgenze e ricoveri in Adolescenza; ruolo degli Ospedali locali e dell'Area Vasta

Abstracts su stress, disabilità e rischio in età evolutiva

Operatori di Smria con tirocinanti, volontari, frequentatori e collaboratori esterni

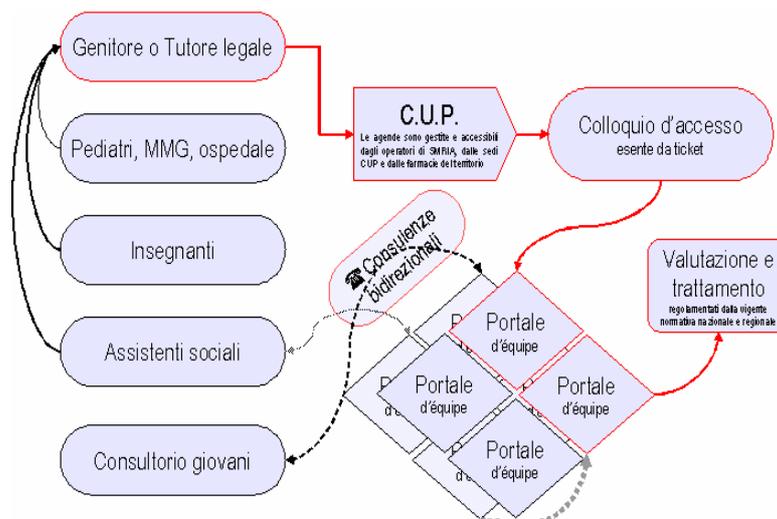
Ha avuto pieno successo la consegna che gli operatori di Smria contribuissero alla conferenza di servizio riferendo le proprie esperienze *da cui hanno appreso qualcosa* (questa era l'indicazione fornita).

Vi sono circa un abstract a testa, tendenzialmente strutturati come riassunti di convegni scientifici. Si è tentata la revisione e selezione dei testi con modalità *peer review*, concordando tre parole chiave per classificarli: *stress, disabilità e rischio*.

Per stress si è inteso il concetto classico di Selye per cui gli *stati* di disagio neuropsichico possono originare da risposte inadeguate dell'individuo agli stimoli ambientali. Vi si ricomprendono le manifestazioni sintomatiche di un'ampia gamma di disturbi psicopatologici che insorgono in età evolutiva, dalle perdite traumatiche ai comportamenti-problema.

Per disabilità ci si è riferiti invece a tutti i *tratti* e patologie croniche che danno *diritto* ad attenzioni speciali. Si tratta di condizioni che possono o meno avere un riconoscimento giuridico, come la legge 104 del 1992. A volte è peraltro discutibile se tali portatori di *condizioni diverse* debbano necessariamente essere considerati portatori di minorazioni (ovvero di handicap, parola che si sta iniziando a considerare obsoleta internazionalmente).

Infine sotto il termine rischio si è fatta rientrare ogni circostanza che si associ ad *aspettative* di un intervento professionale. Si va dalle urgenze sanitarie alle emergenze sociali, includendo anche le situazioni di tutela minorile. È un concetto ampio che negli anni ha assunto importanza al di là degli aspetti giuridico-legali come approccio probabilistico alla governance clinica a tutti i livelli gestionali (*risk management*).



SPal.

D1 Le richieste di attività integrata a Portomaggiore nel 2008 e primo quadrimestre 2009

Andreghetti M.L. (ps), Dal Pozzi L. (ed)

Gli accessi all'Area della Tutela possono essere motivati da manifestazioni sintomatiche nel minore oppure da elementi di problematicità all'interno del contesto di riferimento in quanto molteplici fattori concorrono alla salute mentale di un bambino.

Tabella: Le domande di tutela pervenute nel 2008 e nel primo quadrimestre 2009.

Fattore di rischio	Invio Serv. Soc. *'08	I quad. '09	Invio Autorit. Giudiz. **'08	I quad. '09	Libero Accesso ***'08	I quad. '09	Totale Accessi '08	I quad. '09	Già In carico Smria '08	I quad. '09
Separazioni conflittuali			8	9	1	2	9	11	3	4
Sessualizzazioni precoci		2	6			1	6	3		
Perdita relazione d'amore			3	6	2	1	5	7		2
Patologie accudimento			4	3		2	4	5	2	3
Agiti delinquenti		1	3				3	1		
Genitori psich./tossicodip.	1		2	4			3	4		
Totale	1	3	26	22	3	6	30	31	5	9

A monte: * Istituzioni educative, Ospedale/Servizi Specialistici, Telefono azzurro, privati cittadini. ** Procura Ordinaria, Procura Minorile, Tribunale Ordinario, Tribunale Minorile. *** Famiglie.

Uno stile relazionale fortemente conflittuale tra i membri della coppia genitoriale è il fattore di rischio più rappresentato. La posizione centrale del figlio lo espone al rischio di venire caricato di aspettative contrapposte, non commisurate alla sua soggettività ma orientate da bisogni rivendicativi degli adulti. Alcuni bambini vengono soverchiati da eccessi di attenzione e cura; altri sono impotenti spettatori di pesanti scontri verbali o scene di violenza domestica; alcuni dovranno fare i conti con adulti che spariscono all'improvviso; altri con genitori che ricompaiono dal nulla in cui erano stati lasciati cadere per anni.

Da notare l'alto numero di ingressi per sovraesposizione sessuali e quello abbastanza significativo di figli di pazienti psichiatriche e/o dipendenti da sostanze per i quali, con l'intento di compensare le carenze genitoriali, si elaborano specifiche progettualità, spesso di natura coercitiva.

Pochi, ma degni di attenzione, sono quegli adolescenti che, in quanto autori di agiti pesanti, sono già entrati nel circuito penale.

L'inviante è pressoché sempre l'autorità Giudiziaria, spesso attivata dalle coppie stesse che, attraverso battaglie legali che possono durare anche anni in quanto collusive col bisogno di funzionare in termini di torto/ragione, tendono a mantenere attivo il legame tra loro. Molte volte sono re-ingressi, esito di ricorsi legali contro decreti emessi sulla base di precedenti relazioni delle quali gli operatori sono chiamati a rispondere in prima persona.

Anche l'accesso spontaneo può rivelarsi strumentale ai fini del mantenimento del conflitto, attraverso la ricerca di relazioni cliniche che sostengano le rispettive posizioni.

Negli ultimi mesi sono in evidente aumento gli accessi, a fronte della permanenza all'interno del Servizio di parte dell'utenza pregressa per la quale si è in attesa del riscontro dell'autorità giudiziaria. (20 su 30 del 2008). Questo rende pressoché impossibile garantire il rispetto dei tempi imposti dall'Autorità Giudiziaria che già difficilmente si coniugano con quelli clinici.

R2 Progetto orientamento delle Educatrici Professionali del Polo di Portomaggiore

Andreotti A. (ed), Dal Pozzi L. (ed)

Finalità Presa in carico in collaborazione tra Servizio Smria e Servizio Sociale Adulti di utenti nella fase di passaggio dall'infanzia all'età adulta (età compresa tra i 16-18 aa).

Procedure Generali: Monitoraggio degli utenti disabili frequentanti gli Istituti Scolastici Superiori; Attuazione di percorsi misti tra Scuole e Servizi territoriali; Creazione di momenti di informazione destinati alle Scuole e alle famiglie sulle risorse della Rete dei servizi.

Procedure Individuali: Incontri tra gli operatori Smria (gli Educatori Professionali e il rispettivo Referente del caso) e gli operatori del Servizio Sociale (Educatore Professionale e Assistente Sociale) referenti del progetto per il passaggio di informazioni sui casi; Compresenza degli operatori dei due Servizi a scuola negli ultimi incontri L104/92; Incontri informativi con le famiglie per la definizione del percorso individualizzato di orientamento; Verifica dei presupposti per l'orientamento a una "Borsa Lavoro" attraverso l'attivazione di un percorso lavorativo personalizzato; Accompagnamento delle famiglie e dei ragazzi nei percorsi di conoscenza delle strutture (laboratori protetti, centri socio-educativi diurni o strutture residenziali) che li accoglieranno

Tabella: Numero di interventi complessivamente attivati da Smria dal 2006 al 2009

Anno	n° pazienti in carico (16-18 aa)	N° progetti
2006	18	2
2007	16	6
2008	18	1
2009 (I° quadrimestre)	20	4

Il Progetto ha garantito 1) la continuità di presa in carico attraverso l'inserimento immediato dell'utente nel nuovo percorso individuato e condiviso dai Soggetti interessati al termine del percorso scolastico, evitandogli lunghi periodi di inoperosità; 2) il sostegno continuativo alle famiglie; 3) il potenziamento di un linguaggio comune tra i vari Servizi della rete di riferimento (Scuola, Famiglia, Associazioni, Cooperative Sociali ecc.).

S3 La valutazione del linguaggio nella fascia d'età 12-71 mesi in Smria

Arvieri E. (lg), Borini M. (lg), Giorgi V. (lg), Lodi C. (lg), Lunghini G. (lg), Marchetti A. (lg) Marchetti C. (lg), Mascellani F. (lg), Miani E. (lg), Monti E. (lg) (lg), Muratori G. (lg), Sitta A. (lg), Valenti R. (lg), Zambonati N. (lg)

FINALITÀ: la compilazione di un elenco dei test in uso per la valutazione delle competenze comunicative e linguistiche dei bambini afferenti al Servizio compresi nella fascia d'età 12-71 mesi; la verifica dei test maggiormente utilizzati per la valutazione del linguaggio, la loro frequenza d'uso, la disponibilità di utilizzo nei diversi distretti, la riflessione sulla validità degli strumenti utilizzati.

METODI: sono stati presi in esame 153 bambini valutati nell'ambito linguistico, afferiti nell'anno 2008 e i test somministrati. È stato redatto un elenco dei test e il loro relativo utilizzo per ogni distretto.

RISULTATI: è emerso che alcuni test sono stati utilizzati in maniera prevalente, in particolare: TVL (Test di Valutazione del Linguaggio, *Cianchetti et al.*, ed.Erickson) permette un'indagine approfondita sia sul versante recettivo che espressivo, è di rapida somministrazione e di semplice applicazione, indaga una fascia ampia d'età, è generalmente gradito ai bambini (86 bambini); Prove di Valutazione della Comprensione Linguistica (*Rustioni*, ed.OS Firenze) è di rapida applicazione e permette un approfondimento della comprensione morfo-sintattica per brevi intervalli d'età (58 bambini); Test di Valutazione dell'Articolazione (*Fanzago*, Padova) unico strumento in uso per la valutazione delle competenze fonetico-fonologiche (54 bambini); TPL (Test di Primo Linguaggio, *Axia*, ed.OS Firenze) e Questionario sullo Sviluppo Comunicativo e Linguistico nel Secondo Anno di Vita (*Camaioni e al.*, ed.OS Firenze) si confermano come strumenti efficaci per la valutazione precoce della competenza comunicativa e delle prime abilità linguistiche (36 bambini); la Competenza Narrativa, negli aspetti della comprensione e della produzione, viene indagata attraverso: Bus Story Test (The Renfrew Language Scales, ed. Speechmark, 1997), La Festa della Mamma (*Bruni*, Centro di Foniatria di Padova), Descrizione di Figura complessa (*Bickel*), (46 bambini).

Altri test sono meno utilizzati, ma comunque rilevanti per i dati che forniscono: BVN (Batteria per la Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva, *Bisiacchi et al.*), Ripetizione di frasi (*Zardini e Caselli-Ossella*) Prassie Orali, TCGB (Test della Comprensione Grammaticale per Bambini, *Chilosi e Cipriani*), Lessico Attivo (*Brizzolara*).

Una riflessione particolare meritano le Bayley Scale of Infant Development (20 bambini) e il Profilo Psico Educativo PEP 3 (15 bambini). Sono scale che valutano il quoziente di sviluppo complessivo e che prevedono al loro interno sub-test specifici per indagare il linguaggio recettivo e espressivo. Questi test vedono la logopedista attivamente partecipe in un gruppo multi-professionale.

CONCLUSIONI: le informazioni condivise dalle logopediste della Struttura Complessa Smria hanno permesso di effettuare una ricognizione degli strumenti d'indagine valutativo/diagnostica attualmente in uso nei tre Distretti; una revisione e una condivisione delle finalità e delle modalità di applicazione dei vari test; ha infine fatto emergere il bisogno di elaborare un protocollo valutativo comune, quale occasione di ulteriore confronto e accrescimento professionale.

D4 Io Leggo: laboratorio sperimentale sul libro modificato

Arvieri E. (lg), Cenacchi A. (ed), Folegani P. (np)

In seguito alla partecipazione a alcune giornate di formazione introduttive alla Comunicazione Aumentativa Alternativa è nata, all'interno del Polo di Cento di Smria, la proposta di creare un gruppo di lavoro a cui potessero partecipare operatori del servizio, genitori i cui bambini afferiscono al servizio, insegnanti e educatori che lavorano nelle scuole materne in cui gli stessi bambini sono inseriti.

Finalità 1) Condivisione e confronto di conoscenze e pratiche relative all'utilizzo della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), con particolare riferimento al libro modificato. 2) Messa in rete di più agenzie che si occupano dei bambini utenti del Servizio (famiglia, scuola, Servizio). 3) Produzione materiale utile ai bambini seguiti e, per estensione, a tutta la classe di scuola materna di appartenenza. 4) Autoformazione per i partecipanti al progetto.

Casi seguiti Il gruppo di lavoro era composto da referenti di 3 bambini i quali, secondo la classificazione internazionale ICD-10, presentano:

4 anni: sindrome di Down (Q90), ritardo mentale lieve (F70.0)

5 anni: sindrome del Cri Du Chat – anomalia cromosomica (Q99), ritardo mentale medio (F71.0)

6 anni: sindrome di Williams – anomalia cromosomica (Q99), ritardo mentale lieve (F70.0)

Il gruppo di lavoro era costituito da una npi, da una logopedista, da un'educatrice, per quanto riguarda gli operatori Smria; da insegnanti di sostegno statali e da educatrici comunali per quanto riguarda gli operatori scolastici; da una mamma per quanto riguarda i familiari (inizialmente erano due).

Procedure Il gruppo si è tenuto da gennaio a giugno 2008 per un totale di 5 incontri di 2/3 ore ciascuno. Come sede degli incontri sono stati utilizzati alternativamente due ambulatori del Servizio ben conosciuti dai partecipanti e dotati entrambi di computer con programmi simboli PCS e Boardmaker.

L'obiettivo del gruppo è stato individuato in itinere, vagliando le proposte portate da ciascun partecipante. Una volta focalizzato l'obiettivo, che consisteva nella creazione di un libro modificato, si è proceduto al confronto circa la metodologia da utilizzare e alla realizzazione pratica, con relativa divisione di compiti.

L'esperienza quindi, oltre a costituire laboratorio pratico finalizzato a una produzione, ha assunto le caratteristiche di una formazione sul campo.

Fasi di lavoro: Ricerca dell'obiettivo comune motivante l'esperienza; Scelta condivisa di un libro da adattare; Adattamento semplificato del testo del libro originale; Fotocopiatura delle immagini del libro originale (testo escluso); Traduzione testo semplificato con utilizzo simboli PCS (*Picture Communication Symbols*) e/o Boardmaker; Assemblaggio immagini e testo semplificato per la realizzazione del libro modificato

Cosa si è imparato dall'esperienza? Il laboratorio ha permesso di implementare le tecniche che consentono la realizzazione di libri modificati.

Altresì da questa esperienza i partecipanti hanno avuto confermata la convinzione che il lavoro in sinergia tra istituzioni diverse, che si occupano degli stessi bambini diversamente abili, contribuisce a costruire un sapere condiviso e un linguaggio comune che produce una buona prassi facilitante per il bambino e per la valorizzazione delle sue competenze, nonché per la sua integrazione all'interno del gruppo classe.

È stata espressa da parte dei partecipanti soddisfazione per il percorso condiviso, elemento non secondario per la buona riuscita di ogni processo di apprendimento.

D5 Sviluppo comunicativo linguistico, ipoacusia neurosensoriale e impianto cocleare

Arvieri E. (lg), Marchetti A. (lg), Monti E. (lg)

Lo studio del percorso riabilitativo di un caso clinico di anni 8, affetto da ipoacusia neurosensoriale bilaterale congenita, portatore di impianto cocleare, offre lo spunto per analizzarne lo sviluppo linguistico: *sintattico morfologico, lessicale semantico e fonologico*. La riflessione induce a mettere in relazione lo sviluppo linguistico alla metodologia riabilitativa utilizzata, che in tempi diversi, si è avvalsa di tre codici comunicativi: *verbale, gestuale, simbolico*.

Procedure Il caso preso in esame frequenta attualmente la terza elementare.

Il trattamento logopedico ha inizio, all'età di 20 mesi; l'obiettivo iniziale è stimolare e potenziare l'aspetto comunicativo, pertanto l'utilizzo del metodo bimodale *gestuale* con la *lingua italiana dei segni* (LIS) e *verbale* è sembrato il più adatto alle necessità del momento.

L'impianto cocleare (IC) è effettuato all'età di 26 mesi; in seguito all'intervento chirurgico il trattamento focalizza l'attenzione sull'allenamento acustico utilizzando la lettura labiale e il metodo bimodale. Il passaggio graduale al solo metodo oralista è dettato dall'evoluzione linguistico comunicativo del bambino. L'ingresso alla scuola elementare mette nuovamente di fronte a una scelta metodologica: lo sviluppo linguistico raggiunto dal bambino si presenta limitato per l'accesso ai contenuti più astratti dell'apprendimento, pertanto si decide di integrare con i simboli di Mayer-Johnson *Picture Communication Symbols* (PCS) della comunicazione aumentativa alternativa (CAA.).

PCS è inizialmente utilizzato per comprendere il contenuto della lettura e per migliorare le difficoltà morfologiche e sintattiche del testo scritto.

Risultati Attualmente la comprensione verbale è decisamente superiore alla produzione anche perché è stata rinforzata dai messaggi extra verbali e dal codice gestuale precedentemente acquisito.

L'inventario fonetico è completo, permangono semplificazioni fonetiche e distorsioni della liquida <gl> dell'affricata sonora <g> e della fricativa sonora <z>. Lo sviluppo lessicale è pari a un'età di 5 anni testata con il Peabody. Lo sviluppo morfosintattico in comprensione è pari a un'età di 5-6 anni con il *Test di Comprensione Grammaticale per Bambini* (TCGB); la produzione appare ancora carente con omissioni di preposizioni e avverbi e utilizzo del verbo al tempo presente e in terza persona: pertanto le concordanze di genere e numero sono ancora gli errori prevalenti che si evidenziano nell'uso spontaneo del linguaggio verbale orale e scritto.

Conclusioni Le metodiche riabilitative logopediche derivano sostanzialmente da due grandi scuole, quella gestuale e quella oralista; quest'ultima inoltre segue tre indirizzi principali: la lettura labiale che potenzia l'abilità espressiva, l'utilizzo dell'amplificazione offerta dalla tecnologia e il metodo cognitivo oralista.

Consapevoli che la riabilitazione logopedica maggiormente accreditata nei soggetti con I.C. è il metodo oralista con particolare riguardo all'allenamento percettivo acustico eseguito in maniera sistematica, nella nostra esperienza vogliamo tuttavia mettere in evidenza che in assenza di difficoltà cognitive (Leiter-R 91) l'utilizzo di un percorso riabilitativo che comprenda una metodica mista: metodo bimodale nel periodo prechirurgico e cognitivo oralista successivamente, ha consentito di stimolare lo sviluppo comunicativo verbale del soggetto con buoni risultati, ritenendo inscindibile la produzione linguistica dai suoi contenuti e prevenendone eventuali cadute cognitive tipiche.

- La sordità prelinguale, a cura di A.Martini e O.Schindler, Torino, 2004, Omega Ed.

D6 Criteri organizzativi dell'intervento logopedico nel distretto Ovest

Arvieri E. (lg), Marchetti A. (lg), Monti E. (lg), Filippi B. (ps)

FINALITÀ Attraverso l'analisi dell'attività delle logopediste del distretto Ovest nel 2008, verificare la validità dei criteri utilizzati per l'ottimizzazione delle risorse .

PROCEDURA 1) Raccolta di dati relativi a tutti i trattamenti in essere dal 1/1 al 31/12/08 (età, sesso, diagnosi, numero di sedute, individuale/gruppo). 2) Raccolta di dati relativi alle attività di valutazione (età, sesso, ore dedicate, valutazione di linguaggio/apprendimento/altro). 3) Accorpamento dei dati e analisi quantitativa e qualitativa.

<u>Valutazioni</u> (ore 438 = 18 settimane lavorative, 24 ore sett. su 36 dedicate ai pazienti)			<u>Controlli</u> (ore per controlli logo 344 annuali pari a 14 settimane lavorative)	
Anno 2088	N	%	N	%
Maschi	67	69%	53	68%
Femmine	29	31%	25	32%
Età 0 – 3	7	7,30%	10	13%
Età 3 - 5.11	25	26%	24	30%
Età 6 – 9	49	51%	10	13%
Età 10 – 13	15	15,70%	34	44%
Linguaggio	30	31,00%	37	47%
Apprendimento	64	67%	25	32%
Altro	2	2,0%	16	21%
Totale	96		78	

Le valutazioni logopediche si articolano su 8-10 ore settimanali; la restituzione diagnostica ai genitori avviene a distanza di tre mesi circa dalla prima visita.

- Ore disponibili e programmate per trattamento 2852 (22 ore settimanali per logo a tempo pieno e 18 per part time)
- Pari a 94 settimane lavorative; lo scarto rispetto a disponibili (2852) è dovuto a malattie, appuntamenti disdetti, riunioni aziendali, etc

Linee di decisione su chi inserire in trattamento logopedico I trattamenti sono rivolti, nel 70% circa dei casi, ai disturbi di linguaggio e di apprendimento; nel distretto si contano 142 bambini con diagnosi F80.X e 109 bambini con diagnosi F81.X; non tutti costoro sono in trattamento in base a scelte specifiche del distretto.

<i>Bimbi in trattamento lgp nel 2008</i>	N	%
N° bambini	71	
Maschi	49	69
Femmine	22	31
- DSL	33	46,5
- DSA	17	24
F90.0, h 90.3, g11, f70, f84.9, q35, f83, g80	21	29,5
Trattamenti a cicli	60	84,50%
Trattamenti continui	11	15,50%
Trattamento individuale	36	50,5
Gruppo da 2 bambini	16	
Gruppo da 3 bambini	15	49,5
Gruppo da 4 bambini	4	

Il primo criterio di scelta è rappresentato dalla gravità diagnostica (es. disturbi semplici di articolazione del linguaggio non vengono trattati) unito all'età anagrafica: dei 142 bambini F80 solo 88 hanno un'età compresa fra i 3 e i 10 anni; per i rimanenti 54 (con età superiore ai 10 anni) non viene programmato alcun trattamento logopedico, ma soltanto controlli e 2 incontri scolastici annuali nel caso il bambino usufruisca di insegnante di sostegno o nel caso i genitori o il servizio ritengano utile una pianificazione degli obiettivi scolastici.

Per quanto riguarda gli 88 bambini F80.X con età inferiore ai 10 anni, il trattamento è stato programmato solo per 33 applicando un terzo criterio: compliance genitori, possibilità degli stessi di accompagnarlo in trt e fascia età tra 3 e 7/8 anni.

Criteri assimilabili sono stati utilizzati per i bambini con disturbi di apprendimento: dopo i 9 anni vengono fatti soltanto incontri con genitori, controlli, e eventuali incontri scolastici; per i bambini di età fra i 7 e i 9 anni, che nel 2008 erano 43, i trattamenti sono stati programmati solo in gruppetti da 2 a 4 bambini ciascuno, e il trattamento è stato realizzato per 17 casi applicando il criterio della compliance genitoriale e della possibilità di accompagnare il figlio in trattamento.

Da segnalare che le altre patologie in carico logopedico, che rappresentano il secondo gruppo come entità (30% circa), sono tutte di gravità superiore rispetto a F80.X e F81.X e hanno la priorità rispetto ai problemi di linguaggio e apprendimento.

RIFLESSIONI Considerato che utilizzando i criteri sopra descritti il tempo per arrivare alla restituzione diagnostica si attesta sui 3 mesi e l'attesa per iniziare un trattamento logo (dopo il colloquio di restituzione) è di circa 6 mesi per casi non urgenti e 1 o 2 mesi per quelli urgenti, la domanda che si pone è quella se continuare in questo modo o se privilegiare nettamente la fase diagnostica dedicandole un tempo maggiore e riducendo le ore dedicate ai trattamenti.

Ovviamente la modalità seguita da alcuni anni era basata sul tentativo di bilanciare i tempi di attesa fra trattamento e diagnosi, per non lasciare i genitori in ansia nella consapevolezza che il figlio ha bisogno di terapia ma l'attesa per questa è decisamente prolungata.

R7 Accoglienza, inserimento e valutazione dei tirocinanti del corso di laurea in fisioterapia

Azzalli D. (ft), Baio G. (ft), Cardi B. (ft), Caselli B. (ft), Chiccoli P. (ft), Cinti M. (ft), Coatti L. (ft), Comellini M. (ft), Fornito M.E. (ft), Gianisella G. (ft), Masini E. (ft), Toselli T. (ft), Venturoli S.

I fisioterapisti dello Smria sono da molti anni formatori del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Ferrara sia come docenti che come tutor di tirocinio, impegnati in modo differente durante i 3 anni del corso.

Gli studenti effettuano tirocinio clinico per tre settimane durante il II° anno e cinque settimane il III° anno. La formazione risultante ha carattere di abilitazione alla professione da cui l'impegno dei tutor a formare e valutare con modalità condivise gli studenti tirocinanti.

Il momento in cui lo studente accede al servizio in cui sta per svolgere tirocinio clinico ha una particolare influenza sul successo del suo inserimento nell'equipe riabilitativa. Da questo momento dipenderà anche l'imprinting che caratterizzerà l'esperienza di tirocinio e si gettano le basi del contratto formativo che si stipula tra tutor e studente. La formalizzazione di tale percorso d'accoglienza può facilitare il suo svolgimento e permettere la correzione di eventuali problematiche.

Si sceglie di focalizzare l'attenzione sulla fase di Accoglienza & Inserimento nell'equipe riabilitativa dello Smria di tirocinanti frequentanti il II° anno del Corso di Laurea in Fisioterapia (tirocinio che dura tre settimane) poiché è al II° anno che vi accedono per la prima volta e necessitano di informazioni il più possibili dettagliate.

Obiettivi Durante l'anno 2008 i fisioterapisti dello Smria si sono impegnati a elaborare una procedura di accoglienza, inserimento e valutazione del tirocinante del II° anno presso lo Smria per rendere condivise tra professionisti tali attività di formazione.

Metodi Il gruppo di lavoro, formato da tutor fisioterapisti dello Smria dell'ASL di Ferrara, dopo aver prodotto una prima stesura della procedura in oggetto, ha sperimentato la stessa durante l'estate del 2008 con gli studenti tirocinanti del II° anno del Corso di Laurea in Fisioterapia.

A seguito di segnalazioni derivate dalla sperimentazione, a opera dei fisioterapisti e degli studenti interpellati, nell'ottobre 2008 sono state apportate alcune modifiche al percorso documentato.

Durante i lavori sono stati coinvolti tutti i fisioterapisti tutor di tirocinio dello Smria dell'ASL di Ferrara tramite condivisione della fase di stesura della procedura, della sperimentazione della stessa e dell'analisi dei risultati ottenuti. Sono stati interpellati gli studenti interessati in termini di aspettative sul tirocinio e di gradimento del percorso seguito durante la sperimentazione. È stata richiesta la collaborazione dei Coordinatori del CdL in Fisioterapia della Facoltà di Medicina di Ferrara.

Conclusioni Attualmente la procedura ha una forma finale approvata dai fisioterapisti tutor di tirocinio coinvolti. In seguito alla sua approvazione da parte del Direttore di Struttura Complessa, verrà utilizzata come modalità di accoglienza unica e condivisa da tutto il servizio per gli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia che accederanno la prima volta a tirocinio clinico presso lo Smria dell'ASL di Ferrara.

D8 Laboratorio per i disturbi pervasivi dello sviluppo nelle scuole d'infanzia del sud-est

Baio G. (ft), Benazzi E. (ps), Miani E. (lg), Massari A, Tenani D. (ed), Trambaiolo E. (ed)

Questo progetto nasce dall'evidente incremento del numero dei bambini con diagnosi di DPS nell'anno scolastico 2008-09 e dalla necessità che questi bambini siano trattati in modo adeguato e coerente al Servizio, a Scuola, in famiglia e in ambito extra-familiare.

Lo scopo di questo laboratorio che coinvolge gli operatori dello UO Smria e gli insegnanti delle scuole dei Circoli di Comacchio, Codigoro, Mesola comprese le paritarie, è di poter investire su un corpo docente preparato a affrontare i DPS a Scuola creando una cultura e una formazione sull'autismo che diventi un patrimonio stabile nel tempo .

Procedure: Partecipano al laboratorio 13 insegnanti, curricolari e di sostegno che hanno nella loro sezione un bambino con DPS, gli operatori del Team Autismo di Codigoro, l'educatrice PRIA e la psicologa tirocinante.

Sono stati programmati cinque incontri della durata di tre ore ciascuno, a partire da febbraio a giugno 2009 presso la sede Smria del Servizio. Gli incontri prevedono momenti formativi attraverso lezioni frontali, momenti di condivisione e discussione casi con filmati, esperienze e materiale realizzati da entrambe le parti. Gli argomenti trattati riguardano: un'introduzione della diagnosi e del trattamento dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, la valutazione con particolare riferimento alla PEP-3, un accenno alla filosofia TEACCH e in modo specifico alla strutturazione del tempo e dello spazio, la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA).

In ogni incontro viene discusso un caso che è in carico al Servizio e inserito in una delle scuole rappresentate dalle insegnanti presenti; gli operatori puntualizzano gli aspetti diagnostici, riabilitativi e illustrano le potenzialità emergenti nelle diverse aree di sviluppo; le insegnanti preparano una presentazione del loro bambino, delle attività che svolgono in sezione e in aula predisposta. Si condividono le esperienze, progettando attività concrete da utilizzare in ambito scolastico.

Risultati: Nel corso degli incontri è emersa la capacità da parte delle insegnanti di trovare strategie e modalità di intervento più mirate per questi bambini, grazie alla loro partecipazione attiva nella costruzione del lavoro. La condivisione delle esperienze e del materiale ha reso possibile l'avvio alla costruzione di una rete di scambio tra le singole insegnanti e tra le diverse scuole.

Conclusione: Pur non essendo ancora conclusa l'esperienza, si evidenzia che quando sono condivisi gli strumenti di conoscenza e d'operatività, diventa semplice discutere dei bambini in carico perché le esperienze individuali possono diventare esperienze di gruppo: una scoperta, un'idea, una soluzione può diventare patrimonio di molti.

Vista la sollecitazione da parte degli insegnanti, riteniamo utile proseguire l'attività del laboratorio anche per il prossimo anno scolastico coinvolgendo i docenti degli asili nido.

S9 Progetti educativo-riabilitativi nella sede di Codigoro

Baio G. (ft), Burolo A. (ed), Cardi A. (ps), Chiccoli P. (ft)

Nel corso degli anni, il confronto tra le esperienze degli operatori dell'UO Smria ha prodotto la consapevolezza di non riuscire a fornire risposte adeguate rispetto ai bisogni espressi da un certo target di utenti, legato alla fascia degli adolescenti/pre-adolescenti, a patologie specifiche e alla carenza dei trasporti nel nostro territorio.

Per i minori in carico l'area dell'abilità più carente è risultata essere quella della socializzazione, da cui la scelta di lavorare con progetti educativo-riabilitativi in rete, fuori sede e di gruppo.

Si è lavorato, di conseguenza, in modo intensivo sulle autonomie individuali, sulle abilità sociali, sullo sviluppo delle competenze motorie e della comunicazione.

Poiché l'esigenza di socializzare risultava comune a più patologie, si è reso necessario l'utilizzo del lavoro in team multiprofessionale.

Tabella: progetti educativo-riabilitativi a Codigoro nel 2008

TAEKWONDO	progetto per 7 minori in carico con disturbi del comportamento, della regolazione e auto-regolazione e con lievi patologie neuromotorie. Ciclo di trattamento di 10 incontri della durata di 1 ora e 30 di lavoro diretto escluso il trasporto effettuato con mezzo AUSL, incontri di preparazione, presentazione e restituzione alle singole famiglie. Operatori coinvolti: Educatrice Professionale, Fisioterapista, Volontario Civile e Maestro d'arte di Taekwondo.
MOVIMENTO & MUSICA	progetto per 7 minori in carico con ritardo mentale, s. di Down, patologie neuromotorie e disturbi della sfera affettiva. Ciclo di trattamento di 9 incontri della durata di 1 ora e 30 di lavoro diretto escluso il trasporto effettuato con mezzo AUSL, incontri di preparazione, presentazione e restituzione alle singole famiglie. Operatori: Educatore Professionale, Fisioterapista, Volontario Civile e insegnante della ASD "senza età".
PET-THERAPY	progetto per 5 minori in carico con ritardo mentale, mutismo elettivo, disturbi d'ansia e problemi comportamentali. Ciclo di trattamento di 10 incontri della durata di 1 ora e 30 di lavoro diretto escluso il trasporto effettuato con mezzo AUSL, incontri di preparazione, presentazione e restituzione alle singole famiglie. Operatori: Educatore Professionale, Psicologo, Volontario Civile e Operatore Cinofilo.

A fronte della proposta di 19 minori, hanno aderito completando i percorsi proposti in 16 ragazzi; 1 lascia il progetto "taekwondo" a metà percorso per evidenti problemi di autostima, 2 non aderiscono al progetto

“movimento & musica” uno per problemi di trasporto e uno per scelte concordate tra il servizio e la famiglia. Per quanto riguarda il progetto “pet-therapy” l’adesione è stata costante, ma durante il percorso si è dovuto intervenire sulla famiglia di 2 bimbi per garantire la continuità della frequenza dei figli.

Il risultato positivo di queste esperienze s’è evidenziato nel raggiungimento dell’obiettivo principale perseguito, quello della socializzazione, attraverso un’ importante adesione dei minori ai progetti, la soddisfazione espressa dalle famiglie, la partecipazione attiva alle attività svolte da parte dei ragazzi e la richiesta sia da parte delle famiglie che del minore che le attività vengano riproposte con le stesse modalità (trasporto per i minori, realizzazione sul territorio in ambiente non sanitario e presenza di diverse professionalità).

D10 Programma regionale integrato per le persone con disturbo autistico (PRIA)

Bega B. (ed), Trambaiolo E. (ed), Ferrari G. (ed)

Il PRIA è stato avviato dalla Regione Emilia Romagna al fine di offrire appropriata assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico e la sua realizzazione è stata prevista nell’arco del triennio 2008-10. Questo programma ha previsto uno stanziamento di fondi che il Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara ha deciso di destinare all’assunzione di tre educatori professionali con contratto di tre anni part-time a 30 ore settimanali così ripartite nei vari distretti. L’obiettivo del PRIA è garantire equità, tempestività e appropriatezza della diagnosi, della presa in carico e del trattamento dei bambini con DPS.

Nella patologia autistica, che ha un decorso cronico, il trattamento psico-educativo, condotto nei diversi ambiti di vita del bambino, può portare a un significativo miglioramento della QdV a cui consegue una riduzione dei comportamenti problematici.

METODO: l’aumento delle abilità e il miglioramento dell’adattamento sociale sono gli obiettivi dell’intervento riabilitativo per l’autismo. L’approccio psicoeducativo, previsto dal programma TEACCH, è il nostro metodo di lavoro per il raggiungimento di tali obiettivi. La presa in carico del bambino avviene in maniera globale, cioè condividendo il lavoro sul bambino con la famiglia e con tutti i contesti sociali da lui frequentati (es. scuola). La nostra assunzione ha permesso di ampliare non solo il trattamento individuale in ambulatorio, ma anche i rapporti con l’ambiente di vita del soggetto.

RISULTATI: La nostra, seppur ancora breve, esperienza ci porta a dire che per poter lavorare con l’autismo, in quanto patologia complessa e differenziata, è assolutamente necessaria una prima formazione teorica di base, un periodo di affiancamento a un operatore più esperto per l’osservazione e comunque una costante formazione teorico-pratica attraverso la partecipazione a corsi, convegni e seminari oltre che mediante la condivisione di esperienze con enti sociali e sanitari, associazioni e specialisti.

Questo tipo di percorso ha agevolato il nostro lavoro e ci ha permesso la presa in carico del bambino considerando tutte le sue caratteristiche e interagendo costantemente con le dinamiche del suo ambiente di vita.

CONCLUSIONI: La possibilità di avere tre operatori in più dedicati esclusivamente all’autismo ha permesso in ogni distretto una valutazione precoce e una presa in carico tempestiva dei bimbi piccoli, l’aumento del numero dei trattamenti e inoltre si è potuta così garantire una rete di relazioni più strutturata e costante con le scuole e le famiglie.

Un fattore determinante sta nel continuo aumento dei casi che, unito alla necessità di un trattamento in tutte le fasi di vita del soggetto con autismo, grava sul carico di lavoro di referenti medici e operatori del comparto.

I continui spostamenti che gli educatori devono sostenere per spostarsi sul territorio sia distrettuale che interdistrettuale determinano un enorme impiego di tempo che potrebbe essere impiegato per i trattamenti o per eventuali incontri con scuola e famiglie.

S11 Progetto psiconcologia di Smria (anno 2008)

Benazzi E. (ps)

Il Progetto Psiconcologia Smria (anno 2008) è stato pensato come gruppo di lavoro per riflettere su: assistenza, cura e indicazioni cliniche, nella presa in carico delle patologie oncologiche, di fine vita e di lutto specificamente per l’età evolutiva nel nostro territorio

Il gruppo di lavoro, composto da operatori che seguivano direttamente bambini oncologici e professionisti interessati all'argomento, tra cui due Psicologhe della Clinica Psichiatrica, ha fatto un percorso formativo nel 2004-2006-2007.

Il gruppo è partito dalla riflessione che il numero di pazienti oncologici in età evolutiva è limitato rispetto ai pazienti adulti, abbiamo casi in carico ad alta complessità che richiede una gestione multiprofessionale.(www.ministerosalute.it)

Procedure: Al progetto, coordinato da una Psicologa Smria, ha lavorato il gruppo composto, in origine, da venti operatori rappresentanti di tutte le figure professionali del Servizio, che negli anni precedenti aveva partecipato alla formazione. Ha lavorato anche una Psicologa del Reparto Pediatrico dell'Az. Ospedaliera S.Anna di Ferrara.

Sono stati programmati sei incontri della durata di tre ore ciascuno da aprile a dicembre 2008 presso la biblioteca della sede Smria in Via Messidoro a Ferrara..

Il primo incontro è stato allargato anche ai professionisti della Clinica Psichiatrica.

Negli incontri successivi sono stati esaminati cinque casi clinici: di cui tre in carico, uno deceduto e uno dimesso per guarigione da malattia oncologica.

Ogni discussione del caso ha toccato: percorsi funzionali e disfunzionali per una corretta presa in carico, aspetto emotivo degli operatori, indicazioni e report finale degli incontri.

Risultati: Dalle discussioni del gruppo di lavoro sono stati individuati percorsi funzionali ed aspetti critici.

A seguito della discussione di un caso complesso è stata concordata la presa in carico di un bambino oncologico in fase terminale tra U.O. Smria e la Psicologa del R.P. S. Anna. La famiglia è rimasta in carico dopo la morte del bambino.

Per la prima volta è stato inserito nel programma di studi del III anno CdL in Fisioterapia un modulo con tema "La psiconcologia e le cure palliative in età evolutiva".(www.unife.it/medicina/fisioterapia)

Interrogativi sulla problematicità della costruzione di un protocollo operativo e sulla gestione delle risorse.

Percorsi funzionali individuati dal gruppo di lavoro	Aspetti critici individuati dal gruppo di lavoro
Opportunità di creare una rete Ospedale Territorio per dare aiuto costante alle famiglie, in particolare modo nelle situazioni di "terminalità".	Presa in carico del paziente ad alta complessità e della sua famiglia da parte dell'operatore in totale solitudine: senza condivisione e supervisione del trattamento in itinere.
All'interno del reparto ospedaliero trovare "canali comunicativi" tra operatori, per governare il percorso di cura.	L'intervento terapeutico giornaliero fatto da un solo operatore, ne aumenta lo stress e la responsabilità nei confronti della famiglia: "non si può mai assentare".
Accudire i "piccoli" oncologici utilizzando tecniche psicoterapiche, mediate dal gioco, che si è dimostrato un potente canale cognitivo e un contenitore emotivo.	Un operatore da solo non può mai farsi carico di situazioni complesse: il rischio è di creare un rapporto "malato".
Dare il trattamento con sistematicità; a domicilio.	L'accettazione da parte dell'operatore di "fare da solo", senza "pretendere" una condivisione del percorso.
Lavorare con il Pediatra, almeno una volta la settimana, per condividere il percorso di assistenza a domicilio.	Spesso la famiglia è soggetta ad una "cappa depressiva" che le impedisce di fare progetti per il futuro.
Organizzazione scolastica e colloqui con gli Insegnanti.	Mancanza di un protocollo operativo a livello territoriale.
Entrare nella cultura della famiglia, accogliendone l'idea del soprannaturale e del magico, per fare un intervento di benessere globale: bambino-famiglia.	
Pensare in équipe l'intervento, fin dal suo inizio, è strategico per il trattamento.	

R12 Prevenzione delle difficoltà di apprendimento in età prescolare

Benazzi E. (ps), Miani E. (lg), Sitta A. (lg)

Negli ultimi anni è nata l'esigenza di promuovere una collaborazione e un confronto fra l'Ausl e le Scuole dell'Infanzia del Comune di Comacchio per comprendere e prevenire le difficoltà di apprendimento nella scuola Primaria. L'obiettivo fissato dalla Direzione Didattica era di condividere a livello territoriale, modalità di intervento e di costruire un percorso di continuità tra Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria.

Risulta importante rilevare precocemente la mancata acquisizione di specifiche abilità di base e dei prerequisiti al fine di predisporre adeguate strategie di prevenzione primaria volta a limitare gli insuccessi scolastici fin dalle prime fasi della scolarizzazione. Si tratta quindi di evidenziare semplici difficoltà, non di identificare un disturbo, la cui diagnosi a questa età sarebbe impossibile e scorretta.

Il progetto è nato nel settembre 2005, da un incontro in Direzione Didattica, con la Dirigente Scolastica, il nostro Servizio rappresentato da una psicologa e da due logopediste e i Docenti rappresentanti delle 2 Scuole dell'Infanzia Statali e delle 4 Scuole Paritarie del Comune di Comacchio.

PROCEDURE Un corso di formazione attraverso 3 lezioni frontali di 3 ore ciascuna, agli insegnanti riguardanti: 1) i problemi comportamentali, lo sviluppo motorio e del linguaggio, le abilità cognitive e i prerequisiti di letto-scrittura e calcolo nel bambino. 2) presentazione del Questionario osservativo IPDA (*Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento*) da somministrare ai bambini dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia. Si compone di 43 item suddivisi in due sezioni principali:

<i>Abilità generali: idoneità all'apprendimento in genere</i>		<i>Abilità specifiche: pre-requisiti della letto-scrittura e della matematica</i>	
Item 1-9	Aspetti comportamentali	Item 34-40	Pre-alfabetizzazione
Item 10-11	Motricità	Item 41-43	Pre-matematica
Item 12-14	Comprensione linguistica		
Item 15-19	Espressione orale		
Item 20-23	Metacognizione		
Item 24-33	Altre abilità cognitive (memoria, prassie, orient.)		

Un lavoro di gruppo, formato dagli operatori scriventi, dagli insegnanti della scuola dell'infanzia, da una insegnante rappresentante la scuola Primaria e dalla Dirigente Scolastica, svolto attraverso 2 incontri di 3 ore ciascuno riguardanti: a) la condivisione fra le insegnanti dei criteri di valutazione nell'utilizzo dello strumento del questionario osservativo; b) discussione finale sull'utilità, agibilità e applicabilità dello strumento scelto; c) predisposizione per ciascun bambino di attività di recupero delle abilità risultate carenti alla valutazione, per intervenire efficacemente a ridurre e a prevenire le difficoltà nella scuola Primaria.

RISULTATI Il Questionario è stato applicato a novembre 2006 a tutti i bambini che sarebbero passati alla Scuola Primaria nell'anno successivo cioè a tutti i bambini di 5 anni e agli anticipatori (totale 97 bambini). I risultati sono stati discussi con i referenti del progetto, la psicologa e le logopediste, e si sono predisposte attività didattiche specifiche per la promozione delle abilità nei bambini che ne avevano necessità. A maggio 2007 le insegnanti hanno somministrato nuovamente il Questionario IPDA per verificare eventuali miglioramenti dopo i percorsi di recupero. I bambini che avevano ottenuto punteggi uguali o inferiori al 10° percentile corrispondente a meno due deviazioni standard, anche dopo interventi individualizzati in ambito scolastico, sono stati inviati al nostro Servizio per una valutazione diagnostica e eventuali interventi riabilitativi.

Nel corso degli anni il Questionario opportunamente adattato è diventato uno strumento di passaggio dalla Scuola dell'Infanzia alla scuola Primaria. Continua, inoltre, la collaborazione con la Scuola e il nostro Servizio per discutere i risultati dei Questionari IPDA due volte l'anno scolastico, al fine di favorire il miglioramento delle abilità e per diagnosticare precocemente i bambini con difficoltà.

CONCLUSIONI La realizzazione di questo progetto ha contribuito, attraverso la collaborazione specialistica del Servizio a uniformare le modalità di osservazione e di intervento scolastico e diagnostico e di conseguenza ha contribuito al miglioramento degli invii al Servizio. Questa esperienza sarà segnalata, quest'anno, dalla Direzione Didattica di Comacchio, nell'ambito dell'indagine conoscitiva su "buoni esempi" di intervento in ordine ai Disturbi Specifici di Apprendimento in Emilia-Romagna, promossa dall'Ufficio Scolastico Regionale per corrispondere alla richiesta formulata dal Panel della Consensus Conference sui Disturbi Specifici di Apprendimento. Questo progetto ha riscosso interesse da parte di tutti i dirigenti scolastici del Distretto Sud-Est.

- Con la partecipazione del Gruppo disabilità

D13 Progetto dalla palestra alla strada (dipendenza da adulto → autonomia su due ruote)

Benetti D. (np), Burolo A. (ed), Chiccoli P. (ft).

Questo ragazzo è in carico al Servizio dal luglio 2005. Ha diagnosi di paralisi cerebrale infantile tipo doppia emiplegia e ritardo mentale di grado medio (QI 41 testato con Leiter-R). Nel 2006 e 2007 è stato seguito dalla fisioterapista per cicli di trattamento individuali in ambulatorio e è stato inserito nel progetto educativo-riabilitativo di gruppo *Sud-Est in Vela*. Dopo la conoscenza del minore e della sua famiglia, sono stati proposti nel 2008 due progetti individuali per aiutarlo a sviluppare le autonomie e abilità sociali e motorie. Tra l'uno e l'altro ha partecipato a un ulteriore progetto educativo-riabilitativo di gruppo con l'utilizzo del *Taekwondo* per mantenere e potenziare le capacità di socializzazione.

METODI: I due progetti educativo-riabilitativi individuali realizzati nel 2008 facevano parte di un unico percorso suddiviso in due fasi, con l'obiettivo dell'utilizzo corretto, funzionale e autonomo della bicicletta in ambiente esterno, e sul rispetto del codice della strada. La seconda fase, realizzata dopo quattro mesi, prevedeva la verifica della generalizzazione degli apprendimenti della prima fase.

Il progetto proponeva per ogni incontro di 1 ora, una fase teorica sul percorso da realizzare in quella seduta e sulla comprensione dei cartelli stradali, e una fase pratica con l'uso della bicicletta.

Per la realizzazione del progetto sono state coinvolte l'educatrice professionale e la fisioterapista (co-autrici) e una volontaria del servizio civile.

MATERIALI: Piante stradali del territorio di appartenenza, brochure dell'offerta turistica del territorio, tabella con una parte della segnaletica stradale, biciclette per il minore e gli operatori.

RISULTATI: Nella prima fase del percorso educativo-riabilitativo, svoltosi da marzo a maggio per un totale di 9 incontri bi-settimanali, il minore ha sempre dimostrato grande partecipazione e interesse, come si è potuto riscontrare dai compiti che gli venivano assegnati in ogni incontro e che doveva poi elaborare a domicilio in autonomia prima dell'incontro successivo. La successiva restituzione ha evidenziato un importante gradimento dell'iniziativa con coinvolgimento di tutti i familiari, che si è impegnata a eseguire le consegne indicate nella fase intermedia tra i due interventi. La seconda fase si è sviluppata in settembre con 8 incontri ravvicinati impostati più sull'uso della bicicletta che sullo studio delle mappe; il risultato positivo si è evidenziato dalla partecipazione attiva del minore, dall'autonomia raggiunta nel gestire la bicicletta e i percorsi stradali e soprattutto dall'ottenimento di una buona capacità di generalizzare gli apprendimenti raggiunti nella prima fase del percorso (significativa variazione della scala Vineland tra il 2006 e il 2008).

CONCLUSIONI: L'esito positivo di questo percorso è evidente nel raggiungimento dell'obiettivo principale perseguito. Il ragazzo ha infatti, tramite questa esperienza, realizzato un suo desiderio molto importante, sia nell'ambito della socializzazione che nell'ambito motorio, quello di essere autonomo in bicicletta nel percorso casa- scuola senza dover dipendere dall'aiuto di un adulto. Inoltre la famiglia è riuscita a superare la propria preoccupazione e a fidarsi maggiormente delle capacità del figlio mostrate nel raggiungere tale autonomia.

D14 Promuovere la conoscenza della farmacoterapia agli utenti

Benetti D. (np)

FINALITÀ (1) aumentare la compliance attraverso la "costruzione" di uno strumento specifico che permetta un momento dedicato di discussione, (2) raccogliere il consenso al trattamento farmacologico, (3) aumentare la trasparenza dell'intervento

PROCEDURE Si è provveduto alla raccolta d'informazioni sui singoli farmaci utilizzati dal Neuropsichiatra infantile attraverso articoli, raccolta di schede tecniche dei farmaci, discussione in gruppo delle esperienze cliniche dei medici stessi.

L'attenzione si è focalizzata rispetto alle sostanze non tanto sulla descrizione delle caratteristiche farmacologiche e dell'effetto biologico quanto piuttosto poteva riguardare le preoccupazioni, le domande, i dubbi di genitori e figli.

Il messaggio ha l'obiettivo, nel pensiero dei medici, di rappresentare uno strumento a funzione comunicativa, semplice, non tecnico, appunto per una comprensione possibile anche ai non addetti ai lavori, piuttosto che fungere da salvaguardia di tipo legale per il prescrittore.

Si è scelta una forma scritta individualizzata e creata per ogni singola sostanza, si è discusso e corretto più volte il modulo.

RISULTATI Per ogni singolo farmaco è stato preparato un modulo specifico contenente informazioni sul farmaco. In questo modo la modulistica prodotta come singolo foglio da leggere insieme al genitore e al ragazzo permette uno spazio di dialogo all'interno della visita, la possibilità di porre domande e avere ulteriori approfondimenti. Il foglio contenente le notizie, non è comunque mai esaustivo, e vengono indicati alcuni rimandi per ulteriori approfondimenti come la scheda tecnica del farmaco e un sito internet di farmacologia della regione. È prevista una revisione periodica delle notizie contenute in particolare riguardanti l'aggiornamento scientifico. Tale foglio informativo verrà consegnato alla famiglia

CONCLUSIONI La discussione dei neuropsichiatri infantili ha favorito uno spazio di riflessione in gruppo sull'argomento. La modulistica prodotta verrà utilizzata a breve termine dai medici, non è possibile al momento trarre conclusioni rispetto all'accoglienza favorevole o meno da parte degli utenti.

D15 Laboratorio formativo autismo

Borini M. (lg), Venturini A.

Finalità: migliorare la qualità dell'integrazione scolastica di alunni con disturbi dello spettro autistico dalla scuola d'Infanzia alla Scuola Secondaria di II°

Promuovere e realizzare un percorso di valutazione e intervento psicoeducativo/didattico condiviso fra: Smria, Comune, Scuola, Famiglie

Procedure: Organizzazione di un percorso formativo/informativo di base aperto a educatori e insegnanti dal titolo: "L'autismo: diagnosi caratteristiche intervento."

Il percorso prevedeva tre incontri di tre ore ciascuno gestiti da tecnici dello Smria di Ferrara e da insegnanti che portavano le loro esperienze, con il coordinamento del Centro Servizi e Consulenze per l'integrazione del Comune di Ferrara.

Proseguimento della formazione attraverso un Laboratorio Formativo Permanente basato su incontri a cadenza mensile (dicembre/maggio) di circa 3 ore ciascuno così strutturati:

- formazione di tre gruppi: infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo grado e secondo grado
- modalità degli incontri basata sull'operatività, l'esperienza, la condivisione delle competenze; in particolare si sono trattati i temi dell'orientamento e del passaggio fra i diversi ordini di scuole (*gruppo scuole medie*), l'integrazione nel gruppo classe (*gruppo elementari*), l'intervento precoce attraverso l'osservazione e l'invio per la valutazione diagnostica presso i Servizi Sanitari competenti (*scuole infanzia*). La strutturazione degli spazi (*argomento trasversale ai gruppi*)
- composizione dei gruppi: un rappresentante dello Smria, educatori e insegnanti con esperienza, educatori e insegnanti alla loro prima esperienza con alunni autistici. I gruppi sono stati strutturati come momenti di confronto fra "pari" con alcune figure (Tecnici Smria, educatori/insegnanti con esperienza) con il ruolo di moderatori e coordinatori del gruppo. A parte degli incontri hanno partecipato anche alcune famiglie con bambini autistici
- la sede degli incontri è il Centro Servizi e Consulenze per l'Integrazione del Comune di Ferrara.

Risultati: Sviluppo di linee di lavoro comune fra Insegnanti comunali, Insegnanti statali, tecnici Smria, attraverso l'integrazione delle reciproche competenze e coinvolgimento degli insegnanti di classe/sezione nei gruppi e nel lavoro con i bambini

Conclusione: la positività del lavoro svolto e delle metodologie messe in atto per la sua realizzazione ci fanno prevedere per l'anno 2009/10 un proseguimento e un potenziamento delle attività. Si ritiene opportuno incentrare i gruppi di lavoro sull'approfondimento della tematica "dalla valutazione all'intervento didattico/educativo", con la presentazione/discussione di valutazioni di alunni inseriti nelle scuole e la proposta di attività educativo/didattiche da realizzare nelle scuole stesse, in accordo con le modalità di lavoro previste dalla Legge 104/92.

D16 Riflessioni sull'agire fisioterapico nelle pluridisabilità sensoriali complesse

Caselli B. (ft)

Il bambino ipovedente con associata pluridisabilità necessita di una grande complessità di gestione e di risposte in quanto possono mancare al bambino più strumenti per recepire la realtà, per esplorarla, per elaborarla con conseguenze importanti nelle relazioni interpersonali. Per l'ambiente in cui vive può essere difficile riuscire a capire i suoi messaggi e dare loro un significato.

PROCEDURE La globalità della presa in carico del bambino attraverso le visite mediche, i colloqui con i genitori, i trattamenti riabilitativi con figure professionali diverse a seconda delle età e dei progetti, le consulenze tiflogiche di Stefan Von Prondzinsky, rivolte agli operatori ma in particolari alla famiglia e alla scuola, permettono di formulare un progetto terapeutico-educativo in base alle capacità e fasi evolutive del bambino.

RISULTATI In questi ultimi anni mi sono trovata a lavorare come fisioterapista con una decina di bambini affetti da queste patologie sensoriali: visive, uditive, neuromotorie come esiti di gravi prematurità, infezioni durante la gravidanza, esiti di interventi chirurgici e sindromi polimalformative. La difficoltà dell'intervento, l'incertezza dei risultati, la lentezza con cui si raggiungono e la loro parzialità hanno creato la necessità di affrontare l'emergere dei problemi e dei comportamenti cercando di capire da cosa originano e cosa possono significare. La domanda "perché fa così, cosa vuol dire questo comportamento" è stata una costante di questa esperienza.

CONCLUSIONI Da questa esperienza ho imparato, ancora una volta, che per sostenere il notevole dispendio di energie emotive che la gestione della disabilità grave comporta bisogna poter condividere e essere sostenuti nelle difficoltà dal gruppo di lavoro. In particolare poter ricorrere a persone molto esperte per avere le giuste indicazioni è fondamentale per affrontare situazioni così complesse.

In particolare alcuni esempi:

- la cura dell'ambiente perché possa essere riconoscibile e prevedibile, fornire oggetti con caratteristiche plurisensoriali visive, acustiche, tattili e olfattive indispensabili per definire una realtà con persone e oggetti che si presentano e vengono percepiti in modo discontinuo e frammentato;
- anticipare eventuali spostamenti, modificare con cautela le posture, utilizzare in modo costante e coerente alcune parole che anticipino cosa sta succedendo;
- far sperimentare il movimento sia con modalità attive che passive (cullare, dondolare, trascinare) per conoscere le afferenze che dal movimento derivano e avere maggiore conoscenza dello spazio circostante.

Concludendo fare proposte caute, mirate e rispettose dei ritmi e dei bisogni del bambino è più importante di un agire fisioterapico basato sull'applicazione di tecniche e sullo scomporre il bambino in un insieme di segmenti da trattare che rappresenta solamente una difesa nei confronti degli aspetti più frustranti della patologia.

R17 Adozione tra prevenzione e cura

Cavallini A. (ps), Aleotti G. (ps)

L'impegno del servizio per l'adozione, disciplinato dalla legge 184/1983 e successive delibere e direttive regionali, è articolato in interventi: *formazione/informazione*. Il corso di formazione è costituito da moduli di 12 ore rivolti a 7-8 coppie tenuti da un'assistente sociale, una psicologa e un rappresentante di Ente Autorizzato convenzionato con la Provincia.

<i>Studio di coppia</i>	<i>Post-Adozione</i>
Viene trattata la storia individuale e di coppia, lo stile attuale di vita della famiglia, la costruzione di rete familiare e/o amicale, la propensione a affidarsi, la motivazione adottiva, l'infertilità.	Si svolge attraverso la conduzione di gruppi "a tema" di genitori (5-7 coppie) con figli in fasce omogenee di età con l'obiettivo di attivare la legittimazione reciproca alla genitorialità.
I tentativi di cura e le loro ripercussioni, la rassegna alla genitorialità biologica, la storia dei bambini adottabili, i motivi dell'abbandono, fantasie e timori riguardanti la storia e la famiglia d'origine.	Viene stimolata la dimensione relazionale e intrapsichica per favorire il processo di mentalizzazione del bambino "reale" partendo e utilizzando la dimensione fantasmatica del <i>bambino del sogno</i> .
Costruzione della verità "narrabile": studio svolto in attività integrata con il Servizio Sociale.	Il percorso, come indicato dalle direttive regionali si svolge in integrazione con il servizio Sociale ed è centralizzato: i professionisti coinvolti G. Aleotti, A. Cavallini, P. Corticelli, C. Guadagnino, la responsabilità del modulo funzionale in staff con il Direttore di Struttura Complessa è affidata alla Dott.ssa Cavallini. La stessa partecipa al tavolo di coordinamento provinciale per le adozioni.

Nel 2008 si sono organizzati 7 gruppi formativi le nuove domande di istruttorie hanno coinvolto 53 coppie di cui 37 nel distretto Centro Nord. I bambini adottati sono stati 25 di cui 8 attraverso l'adozione nazionale e 17 con l'internazionale; e i gruppi post adozione sono stati 4.

La prevalenza di bambini stranieri e in alta percentuale in età scolare, ha imposto una maggiore attenzione all'inserimento scolastico. Le richieste di genitori e insegnanti hanno sollecitato alla formulazione di un protocollo di buone prassi tra le istituzioni e la famiglia per rendere il più possibile l'esperienza scolastica

un momento di integrazione del bambino nel nuovo contesto affettivo e sociale: accordo sta per essere licenziato a un tavolo provinciale.

<i>Ipotesi</i>	<i>Complessità dell'esperienza</i>
La buona riuscita dell'adozione si costruisce ancor prima del suo realizzarsi: importanza del gruppo informativo come una palestra che permette alle coppie di avvicinarsi alle competenze genitoriali – dove la coppia si avvicina alle istituzioni e agli operatori libera da timori, il rimandare il momento valutativo il più delle volte lo trasforma e privilegia la costruzione di un percorso comune. Ci si aspetta quindi un maggior affidarsi della coppia ai professionisti e quindi un maggior ricorso a consulenze attinenti alle tematiche adottive.	Nel tempo si sono osservate modificazioni nella tipologia dei bambini adottati: in passato prevalevano le caratteristiche dell'assenza dei genitori per cause di mortalità precoce o di mancanza o grave insufficienza nelle risorse materiali. Oggi la maggioranza dei bambini adottabili è vittima di gravi distorsioni delle relazioni familiari (esperienze sfavorevoli infantili, v. Felitti). Anche la coppia è cambiata, l'età si è mediamente innalzata, alcuni componenti sono nati prima degli anni '60; il 90% ha una diagnosi di infertilità-sterilità e si è sottoposta a terapie e inseminazioni assistite. Lo status socio economico permane medio-alto con lievi differenze fra adozione nazionale e internazionale.

L'adozione è un intervento clinico che oscilla fra prevenzione e cura. Come prevenzione si intende la conoscenza delle situazioni di rischio per lo sviluppo psicopatologico. Come rilevabile in letteratura richiede interventi atti a sostenere la genitorialità. Le esperienze vissute dai bambini adottati annoverano al loro interno alte percentuali di deprivazione, abuso maltrattamento. Particolare attenzione va alla cura dei disturbi emozionali conseguenti alla sindrome da disadattamento (ICD-10 F43.2), interventi tesi a riparare i meccanismi di attaccamento compromessi dal trauma dell'abbandono.

L'intervento di cura è particolarmente delicato, si colloca fra la necessità di riconoscere la connessione fra la sintomatologia e la storia del bambino, ostacolando contemporaneamente la canalizzazione di ogni manifestazione di disagio al passato; movimento che impedirebbe il riconoscimento della circolarità della relazione. La cura, che non colga questa strategia potrebbe funzionare un po' come la riabilitazione di alcune forme di balbuzie favorendone la fissazione.

Lo stile di attaccamento sperimentato dal bambino nei primi anni di vita, connesso a esperienze di maltrattamento e grave trascuratezza (disorganizzato-disorientato, evitante-ambivalente) ha ripercussioni sulle modalità del bambino di relazionarsi e di esplorazione e conoscenza della realtà. Perciò nella fase iniziale dell'esperienza adottiva i bambini possono manifestare una vasta gamma di problematiche sia sul versante comportamentale che relazionale. L'adozione permette di poter sperimentare stili di relazione e di attaccamento riparativi, a volte è necessario accompagnare genitori e/o il bambino nella comprensione del disagio manifestato rendendo possibile una lettura evolutiva che impedisca la cristallizzazione del passato traumatico.

Verifica delle ipotesi: nel corso degli ultimi 5 anni, i genitori adottivi si sono rivolti con una frequenza maggiore ai professionisti deputati all'adozione per consulenze attinenti a questa area.

Nel corso dell'esperienza di questi anni, infatti, si è delineata la necessità di dare ai genitori adottivi una disponibilità nel tempo, al di là dell'anno di vigilanza richiesto dal Tribunale, a fronte di richieste di aiuto nell'affrontare alcuni nodi critici dello sviluppo psicoaffettivo.

La possibilità per i genitori di usufruire del supporto e del contenimento del gruppo postadozione e la ricchezza delle risorse attivabili nel contesto grupppale ci hanno fatto pensare a quanto potrebbe essere utile questa esperienza anche per i bambini, come già per altro, messo in rilievo da esperienze in tale ambito.

- Felitti VJ, Adverse childhood experiences and adult health. Acad Pediatr. 2009 9: 150-6

D18 La CHAT per l'osservazione dei segnali precoci di autismo nei nidi del sud-est

Chiccoli P. (ft), Dal Pozzi L. (ed), Emanuelli F. (np), Muratori G. (lg), Polmonari A. (ps)

La spinta all'identificazione dei segnali precoci dell'autismo, deriva dall'evidenza, che interventi intensivi precoci in setting educativi ottimali, producono risposte migliori in molti bambini piccoli autistici, includendo l'eloquio nel 75% o più, e specifici miglioramenti nello sviluppo e nelle performance intellettive (P. A. Filipek Journal of Autism and Developmental Disorders Vol.29, N°6, 1999). Abbiamo scelto di diffondere la CHAT (Checklist for Autism in Toddlers Baron-Cohen et al 1992-96) agli educatori dei Nidi, quale strumento validato per identificare i bambini di 18 mesi a rischio di autismo all'interno di una popolazione con sviluppo tipico ai fini di un precoce invio ai Servizi Territoriali.

Procedure Dopo accordi presi con i coordinatori pedagogici responsabili dei Nidi, in un primo momento di Portomaggiore Argenta (anno 2007) e successivamente estesi a tutti gli undici Comuni del territorio del

Sud EST (anno 2008), sono stati organizzati dal gruppo autismo quattro eventi formativi (totale di otto ore) diretti agli educatori degli asili nido e delle Scuole d'Infanzia. L'invito è stato esteso anche a tutte le scuole parificate, nidi e materne, del territorio.

L'autismo è stato inquadrato dal punto di vista teorico e delle sue manifestazioni cliniche anche tramite la visione di brevi filmati che mostravano bambini di pari età con caratteristiche di sviluppo tipiche o atipiche. Lo strumento presentato e discusso assieme agli operatori, è stato consegnato in forma cartacea a ciascun partecipante, con indicazioni sulle norme di compilazione. In quel contesto, sono state chiarite le modalità di invio al Servizio Smria.

Risultati Il numero complessivo dei partecipanti è stato di 115 fra educatori, insegnanti, coordinatori pedagogici e dirigenti scolastici. Mentre tutte le scuole comunali o statali sono state rappresentate l'adesione dalle scuole parificate non è stata completa.

Sono giunti alla osservazione del Servizio Smria 8 bambini che presentavano elementi di preoccupazione nel loro sviluppo. Uno di questi, di età inferiore ai 2 anni, a seguito della valutazione è risultato avere una diagnosi di Autismo (F 84.0 ICD-10).

Conclusioni La numerosa affluenza agli eventi formativi dimostra l'interesse per l'argomento. Lo strumento CHAT è stato positivamente accolto dagli insegnanti di Asili Nidi e Scuole d'infanzia. La segnalazione precoce, ha consentito la presa in carico in una età sensibile al cambiamento, di un caso clinicamente grave. La condivisione con la famiglia sulla diagnosi e la comprensione delle difficoltà comportamentali nella fase della loro emergenza, ha favorito una genitorialità meno gravata dal sentirsi in relazione causale con le particolarità comunicative e le manifestazioni comportamentali del proprio figlio.

L'esperienza ha consentito di dare a chi si occupa di infanzia, elementi di osservazione per saper individuare segnali di preoccupazione sullo sviluppo della comunicazione e del comportamento e di consolidare la prassi di collaborazione con il servizio Smria anche attraverso la conoscenza diretta dei percorsi e degli specialisti del Servizio.

Criticità importante è stata la scarsa partecipazione da parte delle scuole private parificate che in molti luoghi del nostro territorio, rappresentano l'unica opportunità di inserimento dei bambini in una scuola d'Infanzia.

R19 Stima dell'offerta teorica di prestazioni di Smria

Colombari M. (ps)

Espongo - su richiesta del direttore di Smria – un'ipotesi di ragionamento su quale carico di lavoro, in termini di prestazioni e di pazienti, possiamo aspettarci da un servizio che ha in gestione risorse di personale della dirigenza e del comparto.

I numeri possono apparire aridi e non entusiasmano nessuno, ma servono a fare chiarezza; partiamo allora dalla valutazione dei giorni lavorativi della dirigenza, ipotizzando una settimana lavorativa articolata, come accade nella nostra AUSL, su cinque giorni settimanali: $365 - 104$ (sabati e domeniche) = 261. Il CCNL vigente prevede le ferie nella misura di 32 giorni annuali per cui $261 - 32 = 229$, ed il medesimo CCNL prevede anche che 3, 30 ore settimanali non siano dedicate al lavoro clinico ma allo studio/ricerca/aggiornamento (circa una ventina di giorni all'anno) $229 - 20 = 209$. Le ore di lavoro giornaliere sono 7, 36 (38 ore settimanali); risultano pertanto 1550 ore di lavoro annuali.

Le giornate lavorative per il comparto sono lievemente superiori e pari a 229 annuali (manca qui la previsione contrattuale di specifiche ore dedicate ad attività di studio/ricerca ecc) per 7, 12 ore/die (36 ore settimanali) per complessive 1600 ore di lavoro annuali.

Naturalmente, a questi monte ore devono essere sottratte le inevitabili, ancorché limitate, assenze per malattia.

Le ore complessive annuali includono sia il tempo dedicato all'attività clinica, sia quello dedicato a riunioni di *équipe* distrettuali o sovradistrettuali, preparazione per accreditamento, coordinamento fra figure professionali omologhe, partecipazione a gruppi di costruzione dei protocolli clinici aziendali, (è da osservare che negli ultimi anni tutta questa parte di lavoro si è progressivamente dilatata in modo che forse richiederebbe un riflessione approfondita) nonché supporto al funzionamento del servizio e preparazione materiale di lavoro, spostamenti, disbrigo di pratiche amministrative personali ecc.. Questa parte di lavoro può assorbire una quota consistente di orario che può raggiungere e superare anche un

terzo delle ore disponibili che così si attestano su circa 1000 annuali a disposizione, sia per la dirigenza sia per il comparto, per l'attività clinica.

Considerato che la durata media prevista delle prestazioni è un'ora, il conto diventa facile per quanto riguarda le prestazioni stesse: dovrebbero raggiungere la quota 1000 annuali per ciascun dipendente.

Il computo diventa più complesso se parliamo di numero di pazienti assegnati a ciascun dipendente per la valutazione diagnostica o per il trattamento. A questo livello, molte delle deduzioni che si possono fare sono legate all'impostazione ed alle scelte del servizio: per il Distretto Ovest il carico per la diagnosi è maggiore per i dirigenti che hanno l'onere complessivo di questo prodotto, mentre il carico per quanto riguarda i trattamenti è maggiore per il comparto stante l'annullamento quasi totale delle psicoterapie.

Se si considera per i dirigenti una media di 5/6 prestazioni all'anno per paziente (o diagnostiche o di trattamento) si potrebbero ipotizzare circa 200/166 casi assegnati per anno che si dovrebbero necessariamente ridurre se il carico dei casi gravi o che comunque richiedono un grosso investimento di energie è significativo.

Per quanto riguarda il comparto il calcolo può apparire più semplice se si tratta di esaminare il carico settimanale, ma anche questo dipende dalla strutturazione del servizio; il distretto Ovest ha fatto la scelta di tentare di bilanciare i tempi di attesa fra diagnosi e trattamento, per non lasciare i genitori in ansia nella consapevolezza che il figlio ha bisogno di terapia ma l'attesa per questa è prolungata. Pertanto la suddivisione settimanale delle ore trattamento vs. osservazioni diagnostiche è pari a circa 22/4 per dipendente a TP. Il conto si complica se si intende valutare il carico annuale di bambini in quanto in tutta evidenza il numero di questi in trattamento logo/fisio/edu dipende dalle proporzioni di trattamenti di gruppo/individuali, ciclo/continuativo ecc..

Si pone in termini piuttosto diversi il calcolo per i colleghi che si occupano di tutela minorile (prevalentemente, per non dire quasi esclusivamente psicologi, almeno nell'AUSL Ferrara) ove la previsione di 5/6 prestazioni/anno è in tutta evidenza inadeguata; si pensi a cosa significa fare una valutazione per il Tribunale per i minorenni sul bambino e sui genitori per fornire al giudice gli elementi tecnici necessari sia in materia di patologia/sofferenza del minore sia in materia di "capacità genitoriale" e di correlazione tra l'una e le altre per la definizione, ai fini della protezione del minore, della adeguatezza genitoriale. Oppure, si pensi ai casi in cui si mette in opera un allontanamento di uno o più fratelli ed al successivo impegno di lavoro nei due campi: l'uno, consistente nella valutazione dei genitori per definire gli spazi di recuperabilità degli stessi, per fornire al giudice gli elementi per decidere se detto temporaneo allontanamento debba trasformarsi in adozione o meno; l'altro che si esplica nel lavoro di recupero della genitorialità, ove possibile, e al lavoro di sostegno al minore in una fase ad elevatissimo impatto emotivo. In questo caso, volendo ipotizzare un intervento congruo, cioè che offra veramente al minore una possibilità di evoluzione positiva, le ore da prevedere sono per lo meno il doppio.

D20 L'educatore professionale: dichiarazione d'identità

Contrino F. (ed), Ninu P. (ed), Burolo A. (ed), Andreotti A. (ed), Cenacchi A. (ed), Vezzali M.D. (ed), Tenani D. (ed), Lamponi C. (ed), Brocco G. (ed), Rebecchi G. (ed)

L'educatore professionale (ed) è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, o titolo equipollente, attua specifici percorsi educativi e riabilitativi, individuali e di gruppo, nell'ambito di progetti terapeutici.

Ambiti In particolare elabora, gestisce e verifica tali progetti favorendo lo sviluppo delle autonomie, della comunicazione e della socializzazione con finalità di inserimento o reinserimento psico-sociale nonché di valorizzazione delle competenze esistenti, del loro potenziamento, del recupero delle risorse personali. I destinatari degli interventi educativi sono, al contempo, le famiglie e il contesto sociale di appartenenza.

Competenze Le competenze professionali dell'EP sono: competenze pedagogiche, psicologiche, riabilitative, culturali, sociologiche e di animazione; nello specifico: competenze relazionali, progettuali, di programmazione, organizzazione e conduzione.

Altresì l'EP si occupa di formazione all'interno e all'esterno del Servizio, svolge inoltre funzione di tutoraggio del personale di supporto.

Aree di intervento Le specificità della figura dell'EP possono essere utilizzate nell'ambito di tutte le patologie afferenti al Servizio dall'età prescolare, scolare e all'adolescenza.

Rete Il lavoro dell'EP si svolge in collaborazione con tutte le altre figure professionali del Servizio interfacciandosi con altre Agenzie presenti sul territorio (servizi sociali, scuola, associazioni di volontariato, centri educativi ecc.).

Conclusioni L'educatore professionale può fungere da collante e facilitatore nel percorso riabilitativo che è prima di tutto culturale e mentale piuttosto che organizzativo e economico.

D21 Intervento riabilitativo di gruppo

Contrino F. (ed), Ninu P. (ed), Vezzali M.D. (ed), Stagni G.

I gruppi ideati, progettati, condotti nel Servizio di neuropsichiatria infantile, riguardano:

- Disturbi di attenzione e iperattività, con bambini e ragazzi dai 3 ai 15 anni: *Il Metodo, applicazione delle autoistruzioni verbali nei gruppi*
- Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale con bambini dai 6 agli 11 anni *Una finestra sulle emozioni*.

Perché la terapia di Gruppo? Il lavoro di gruppo presenta alcuni vantaggi rispetto al trattamento individuale: solitamente si ha a che fare con bambini che presentano, in modi differenti, problematiche relazionali e che emergono con maggiore evidenza e chiarezza in una situazione di gruppo.

Il lavoro di gruppo risulta molto efficace perché permette di conoscere e apprendere nuove possibilità di relazione, tecniche pratiche da poter applicare nella vita quotidiana, da un lato per modificare in modo più adattivo i propri comportamenti disturbanti, dall'altro per scoprire e potenziare le proprie risorse.

Obiettivi della terapia di gruppo

processo di gruppo: acquisizione di senso di appartenenza, coesione, condivisione, autonomia, propositività

processi individuali: consapevolezza di sé e dei propri nuclei problematici

riconoscimento e autoregolazione delle emozioni

sostegno e potenziamento del dialogo interiore

valorizzazione dell'esperienza e della comunicazione non verbale

sviluppo delle abilità comunicative e sociali

La metodologia è caratterizzata dall'utilizzo di dinamiche attive che favoriscono il protagonismo dei bambini attraverso l'interazione, il gioco, la riflessione, in un processo di *conoscenza-consapevolezza-trasformazione*.

L'orientamento è quello di proporre un intervento globale che si focalizzi, in modo trasversale, sull'area emozionale, cognitiva e corporea e che preveda un percorso graduale, secondo la procedura del "passo dopo passo", verso il raggiungimento degli obiettivi finali.

Gli strumenti utilizzati, a seconda della composizione del gruppo, riguardano le tecniche mutuata dall'educazione razionale-emotiva e dalle arti espressive.

Procedure Il percorso riabilitativo prevede inizialmente tre colloqui individuali di conoscenza con ciascun partecipante al gruppo. I gruppi sono composti da 4/6 bambini e ragazzi, omogenei per età e fase evolutiva. Gli incontri hanno scadenza settimanale, per una durata di due ore, per un totale di 24/30 incontri. La conduzione del gruppo prevede due educatori professionali con l'ausilio di una volontaria del Servizio Civile o una tirocinante psicologa.

Verifica Sono previsti, in itinere e alla fine del percorso, incontri con la scuola e con i genitori. Si utilizzano griglie di valutazione dell'intervento, il diario delle sedute, analisi del materiale video.

Non esistono bambini per un progetto ma progetti per bambini Il lavoro educativo, che si nutre di relazioni e confronto, spesso porta con sé più domande che risposte e a volte si procede con la sola consapevolezza che, pur avendo come supporto una precisa metodologia di riferimento, si è all'interno di una sorta di laboratorio dove niente è mai scontato e non esistono formule precostituite, dove occorre esercitare continuamente la propria capacità di osservazione, di ascolto, di mediazione, di creatività intesa come allenamento alla ricerca di nuove intuizioni e soluzioni allo stesso problema, la capacità di mettersi in gioco continuamente.

S22 Il modulo funzionale Affidi alla luce della Direttiva regionale 846/2007

Corticelli P. (ps), Guadagnino C. (ps), [e Colombari M. (ps)]

Si descrivono le iniziative volte a promuovere un implemento delle risorse dell'affido e a sviluppare una maggiore disponibilità rispetto a forme di affido a termine e appoggi familiari. Tali tipologie di affido risultano maggiormente rispondenti alle richieste del territorio in relazione ai bisogni dei bambini.

L'équipe centralizzata sovradistrettuale di valutazione e di sostegno è formata da due psicologhe di Smria: Paola Corticelli e Cristina Guadagnino e due assistenti sociali rispettivamente dell'ASP di Ferrara e dell'Associazione dei Comuni di Cento: Angela Mambelli e Valeria Piretti

Competenze della équipe centralizzata specialistica

- a - valutazione della disponibilità delle coppie, famiglie o singoli che si propongono per l'affidamento familiare.
- b - valutazione delle richieste di abbinamento tra bambino e/o ragazzo e famiglia affidataria
- c - costituzione e aggiornamento periodico dell'anagrafe provinciale informatizzata delle famiglie risultate idonee all'affido
- d - conduzione dei gruppi di sostegno
- e - programmazione e conduzione dei corsi di informazione/formazione
- f - partecipazione al tavolo provinciale per le funzioni di coordinamento e organizzazione degli interventi

Le famiglie che si rendono disponibili all'affido devono fare richiesta al servizio sociale competente per territorio che li invia all'équipe centralizzata. La valutazione delle coppie, effettuata in presenza della psicologa e dell'assistente sociale, si articola in: una visita domiciliare e 3/4 colloqui clinici.

- Obiettivi della valutazione: Conoscenza della composizione e delle caratteristiche del nucleo familiare e della sua storia, conoscenza del contesto socio-ambientale di riferimento, conoscenza delle caratteristiche personali dei soggetti che si candidano e delle modalità relazionali all'interno del nucleo, conoscenza delle motivazioni relative alla richiesta dell'affidamento.
- Valutazione del livello di consapevolezza degli aspiranti affidatari relativa alla complessità del progetto di affido.
- Abbinamento: Alla équipe centralizzata specialistica le équipes territoriali di tutta la provincia inviano, attraverso una relazione scritta, la richiesta di un progetto di affido familiare.
- Obiettivi dell'abbinamento: Valutazione della compatibilità tra bisogni e risorse del bambino, della famiglia naturale, e della famiglia affidataria.
- Compartecipazione costante, attraverso interventi di sostegno e/o terapeutici e di monitoraggio durante l'intera durata del progetto, che rimane di competenza delle diverse équipes del territorio referenti del caso.
- Gruppi di sostegno: Attualmente i gruppi di sostegno sono due e si tengono presso lo Smria a cadenza mensile; i gruppi sono composti mediamente da otto/10 nuclei e uno dei criteri di partecipazione ai gruppi è un abbinamento in corso. Gli obiettivi dei gruppi sono di garantire uno spazio di confronto e discussione sulle esperienze in atto e affrontare e discutere le problematiche inerenti alla relazione con il bambino affidato e con la famiglia naturale.
- Corsi di informazione/formazione (dal 2009): articolati in 5 incontri ciascuno, con durata di tre ore a cadenza quindicinale condotti dalle due psicologhe e dall'assistente sociale dell'équipe specialistica centralizzata, una rappresentante dell'associazione famiglia affidatarie e da una esperta sulle differenze etnico-culturali-religiose, culturali/religiosi e familiari
- Obiettivo dei corsi: sensibilizzare le persone alla tematica dell'affido.

Nei corsi di informazione vengono illustrate le problematiche inerenti all'affidamento derivate dall'inserimento in famiglia del bambino/ragazzo; la complessità delle relazioni tra famiglia affidataria-bambino/ragazzo e famiglia d'origine. Inoltre si affrontano le problematiche legate alla separazione al termine dell'esperienza e le capacità reattive e riparative della famiglia affidataria, conseguenti alla conclusione dell'affido. Vengono illustrati anche gli aspetti giuridici, le diverse tipologie dell'affido e diversi modelli.

Tabella: Attività affidi nel 2008

<i>Distretto</i>	<i>Famiglie affidatarie</i>	<i>Affidi in atto</i>	<i>Richieste accolte di nuove disponibilità all'affido</i>
Centro Nord	31	21	5
Ovest	8	5	3
Sud Est	6	4	0
	45	30	8

Sono impegnate nel progetto di affido 30 famiglie. Le restanti che risultano senza abbinamenti, possono avere concluso un abbinamento e pertanto lasciate in una fase di rielaborazione del distacco. Oppure si tratta di famiglie che, per le risorse valutate, non possono essere abbinabili ai progetti di affidi richiesti dal territorio.

Nel 2008 sono arrivate all'équipe centralizzata 34 richieste di abbinamento di bambini (vedi tabella suddivisa tra fasce di età e tipologie dei progetti):

Età	Emergenze			Appoggi familiari			Affidi a breve (0-2 anni)			Affidi a lungo termine (2-4 anni)			Affidi sine die (sino ai 18 anni)				Totale			
	R	A	C	R	A	C	Rif	R	A	C	R	A	C	R	A	C	Rif	R	A	C
0-6 m.	5	2	2															5	2	2
7m-2 a.				2	0	1		5	2	1	1	1						8	3	2
3-6 a.				6	3		2	2	1	1	4	1	1	2	1			14	6	2
7-10 a.				2	1			1	1					4	0	1	1	7	2	1
11-17 a.																				
Totale	5	2	2	10	4	1	2	8	4	2	5	2	1	6	1	1		34	13	7

R=Richiesta, A=Abbinamenti, C=Cambio progetto, Rif=Rifiutato

Si sono realizzati 13 abbinamenti tra le famiglie dell'*anagrafe affidi* provinciale e i bambini. Di questi, nel corso del 2008 si sono conclusi perché andati a adozione o rientrati in famiglia n. 7 affidi. I cambiamenti di progetti di affido sono stati 7. Risultano inevase 14 richieste di abbinamento, a causa di mancanza di risorse di famiglie o per impossibilità di abbinamento dovuto alla incompatibilità delle risorse familiari rispetto alla richiesta del progetto.

L'avvio dei corsi (effettuati in maggio/giugno 2009) ha portato a numerose richieste di iscrizione e l'interesse dimostrato dai partecipanti può far prevedere il proseguimento del percorso di affido, che potrebbe portare all'implementazione dell'anagrafe.

CONCLUSIONI L'affido familiare ha evidenziato in questi anni come tale intervento possa rappresentare, per i bambini che vivono situazioni di disagio all'interno di famiglie con sintomatologie complesse, una importante risorsa funzionale al recupero/riparazione dei vissuti problematici del bambino stesso, sia in relazione alla sua famiglia d'origine sia al recupero delle sintomatologie espresse.

S23 Sperimentazione della sintesi vocale come ausilio per la dislessia

Costa B., Stoppa E. (ps), Mascellani F. (lg), Croci A. (ed)

In questo lavoro ci si è riproposti di indagare gli effetti della fruizione di un testo in doppia modalità sensoriale sulla comprensione del testo dei ragazzi con DSA, con particolare riferimento all'efficacia dello strumento software "sintesi vocale".

I processi di *decodifica e comprensione*, in una certa misura *distinti* e dotati di autonomia funzionale, sono *cooperanti*. L'abilità infatti di decodificare un testo è strumentale all'abilità di comprensione e la comprensione costituisce elemento facilitante per la decodifica stessa. Nei soggetti con disturbo di lettura l'energia impiegata per la decodifica penalizza gli altri processi mentali necessari alla comprensione per cui, pur in presenza di un buon livello cognitivo, è preclusa una reale efficacia negli apprendimenti. I ragazzi dislessici spesso rifuggono la lingua scritta, resa faticosa e frustrante dalla loro specifica difficoltà, con conseguenze sul piano del vocabolario e dell'enciclopedia personale. Si istaura così un circolo vizioso che determina quadri carenziali anche in soggetti potenzialmente brillanti. Padroneggiare il contesto, infatti, facilita la lettura di parole semanticamente correlate, abbassandone la soglia di riconoscimento e permette l'applicazione con successo di strategie metacognitive. È dunque indispensabile incoraggiare in questi soggetti un'adeguata esposizione al testo scritto. Per lo studio attualmente vengono proposti software vicarianti e compensativi, ma questa indicazione talvolta è acritica e automatica, non adeguata alle peculiarità individuali.

Metodo 20 ragazzi di 4^a e 5^a elementare aventi una diagnosi di DSA (F81.0 e F81.3) sono stati sottoposti ad una terna di prove che prevedeva, accanto alla lettura autonoma, l'ausilio di voce umana registrata e del software di sintesi vocale (*Carlo Mobile V6 Studio* della cooperativa Anastasis). Per valutare la comprensione si è scelto di utilizzare le Prove di lettura MT per la scuola Elementare.

Risultati L'analisi dei dati ha evidenziato che, in ragazzi con disturbo specifico della lettura, l'ausilio della voce umana registrata apporta un beneficio statisticamente rilevante rispetto alla lettura autonoma nella comprensione del testo (in termini di frequenza di risposte corrette). Pur presente, non è invece risultato significativo il beneficio apportato dal software di sintesi vocale.

I grafici illustrano l'approfondimento effettuato, relativamente al confronto risultato significativo, in merito alle variabili diagnosi, classe e sesso. Si è rilevato che i bambini con diagnosi F81.0 hanno una prestazione migliore in entrambe le prove. Questo dato è facilmente spiegabile se consideriamo che i bambini con diagnosi F81.3 sono più gravi trasversalmente in quanto presentano più componenti coinvolte.

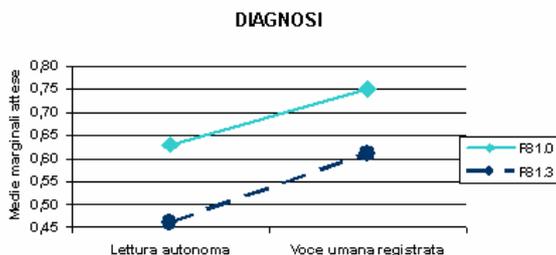


Grafico 1 Differenza nella distribuzione delle prestazioni, nelle due modalità di lettura, nelle due diagnosi: $F(1,18) = 7.60$, $p < 0.05$

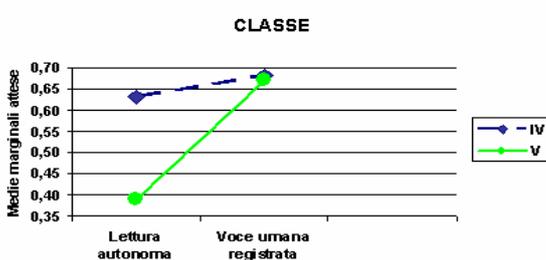


Grafico 2

- Differenza nella distribuzione delle prestazioni, nelle due modalità di lettura, nelle due classi: $F(1,18) = 7.35$, $p < 0.05$. Differenza significativa tra IV e V in modalità lettura autonoma: $F(1,18) = 8.21$, $p < 0.05$.
 - Differenza non significativa tra IV e V in modalità voce umana registrata
- Differenza significativa nei soggetti di V tra modalità lettura autonoma e voce umana registrata: $F(1,6) = 13.74$, $p < 0.05$.

Il grafico 2 mostra il confronto delle prestazioni medie dei bambini, distinti per classe di appartenenza, alle due prove “lettura autonoma” e “lettura umana registrata”.

È emersa una differenza statisticamente significativa tra i bambini delle due classi nella “lettura autonoma”, ma non nella “lettura umana registrata”. Per quanto riguarda la classe 5a è risultato significativo il confronto tra i soggetti nelle due prove di lettura.

I risultati mostrano che per quello che possiamo definire “effetto complessità del testo”, la classe frequentata interagisce con la modalità di lettura: il beneficio dell’ausilio di voce umana registrata riscontrato nei ragazzi di 5a elementare è quindi, in definitiva, maggiore.

Non sono state evidenziate prestazioni differenti in relazione al sesso.

Conclusione L’ausilio di voce umana registrata risulta apportare un beneficio statisticamente rilevante; risulta invece utile, ma non statisticamente significativo quello apportato da sintesi vocale. Tali risultati inducono al ragionevole dubbio che la qualità dei tratti prosodici della voce umana rimanga un valore aggiunto determinante e che non debba esserci quindi un automatismo superficiale nell’indicazione *tout court* di ausili informatici come risposta ai DSA. Tali strumenti vanno “dosati” e personalizzati, anche sperimentando metodologie alternative.

- Cooperativa Anastasis. Carlo Mobile V6 Studio. <http://www.carlomobile.it/>
- Comoldi, C., & Colpo, G. (1998). *Prove MT per la scuola elementare 2*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Costa, B (2008) Tesi di Laurea in Logopedia: *Analisi dello strumento sintesi vocale come ausilio per la dislessia*.
- Fogarolo, F. (2007). *Il computer di sostegno*. Gardolo (TN): Erickson.

D24 Il Punto valutazione ausili

Croci A. (ed), Lamponi C. (ed)

Finalità Valutare e individuare, nel rispetto delle competenze individuali, quali siano le tecnologie assistite più utili per migliorare la comunicazione, gli apprendimenti, la relazione e l’autonomia in minori con disabilità motorie e cognitive.

Procedure Il lavoro si svolge in sinergia tra l’UO Smria dell’AUSL di Ferrara e l’UO Integrazione dell’Istituzione Scolastica dell’amministrazione comunale di Ferrara. Attraverso il “Punto Valutazione

Ausili” condotto da operatori di entrambe le U.O., si svolgono le consulenze richieste dagli operatori dei servizi, dagli insegnanti e dalle famiglie per pazienti in carico al servizio.

Le consulenze possono riguardare strumenti hardware, software e ausili per la comunicazione unitamente alla possibilità di accedere al punto demo per i software riabilitativi prodotti da softwarehouse specializzate nel settore.

Le fasi attraverso cui si sviluppa l’attività del PVA sono: 1) richiesta di valutazione, 2) definizione del setting sulla base di quanto emerso dalla richiesta, 3) valutazione diretta e prima sintesi dell’osservazione, 4) relazione, 5) follow up.

Risultati Dal 2006, anno di inizio attività del PVA, sono state svolte 50 nuove consulenze, tutti i distretti hanno usufruito di questo servizio attraverso il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate. La maggior parte delle valutazioni ha visto la presenza contemporanea delle diverse figure che collaborano al progetto riabilitativo e educativo del minore.

Conclusioni Il PVA si è realizzato proseguendo un percorso iniziato molto tempo prima da operatori del servizio che avevano individuato la ricchezza di questa risorsa e si è potuto concretizzare attraverso la sinergia delle risorse del territorio. Inoltre ha favorito l’avvicinamento e l’interesse dei colleghi all’interno del servizio per questi strumenti.

R25 Carico di lavoro dei neuropsichiatri infantili nel ferrarese (Smria 2006)

Emanuelli F. (np)

I dati della Regione Emilia Romagna dichiarano che accedono ai servizi di NPI il 6% della popolazione target residente. Smria esprime una prevalenza circa del 7% a dimostrare un servizio ampiamente fruito dalla popolazione residente e ben inserito nelle realtà territoriali locali (principali invianti PLS, MMG, Istituzioni scolastiche, Reparti Ospedalieri, Servizi Sociali).

Procedure 1) Analisi dei dati relativi all’anno 2006 rilevati tramite il sistema informatico SINP allora in uso: pazienti in carico ai medici NPI (6.5 unità), prestazioni erogate dai medici NPI per anno definite secondo le norme del tempario regionale. 2) Analisi delle prestazioni raggruppate per le seguenti tipologie: attività cliniche erogate all’utenza in modo diretto o indiretto, altre attività di tipo organizzativo-connettivo. 3) Suddivisione per ambiti, delle prestazioni che direttamente coinvolgono l’utente.

Risultati Nel 2006 i pazienti in carico ai medici NPI sono stati 1300. Le prestazioni erogate dai NPI sono state 6 758, pari a una media di 95 pro-capite per mese.

ATTIVITÀ DI TIPO CLINICO DIRETTO O INDIRETTO *impegna in media il 60% dell’orario mensile* con una attività così ripartita: 9% prime visite; 40% visite di follow up /colloqui caregiver; 15% approfondimento diagnostico; 6% psicoterapia; 12% lavoro di rete esterno (servizio sociale o altre agenzie del territorio, scuole, inserimenti presso centri); 12 % lavoro di rete interno con lo specifico della multiprofessionalità, 6% attività medico legale / gestione documentale.

ATTIVITÀ DI TIPO ORGANIZZATIVO-CONNETTIVO *impegnano in media il 40% dell’orario mensile*, con una attività così ripartita: 35% circa organizzazione; 30% circa governo clinico (elaborazione, controllo, supervisione dei protocolli per appropriatezza e omogeneità delle prestazioni erogate nei vari punti territoriali) 20% connettivo (contatti con la rete dei servizi sanitari o non sanitari); 15% attività di prevenzione / attività di formazione, partecipazione per i minori e per gli utenti fino ai 25 anni, alle *Unità di valutazione delle abilità residue (Uvar)*

Conclusioni La presa in carico di un utente minore, avviene anche attraverso il coinvolgimento nel Sistema di Cura dei contesti di vita e si avvale di un lavoro di tipo multiprofessionale. Imponente è il lavoro di interfaccia esterno e interno, poco visibile se esplorato attraverso le rilevazioni date dai sistemi informativi. Nell’anno 2006, era attivo il sistema SINP, che, attraverso l’archiviazione automatica delle cartelle obsolescenti, forniva dati piuttosto affidabili. Il riferirsi a tali dati può rappresentare occasione di riflessione nell’attuale momento di passaggio a ELEA. La tipologia del lavoro dei medici NPI è in continua evoluzione e risente di richieste esterne di aumento di attività in ambiti quali le commissioni Invalidi Civili e le commissioni UVAR, l’applicazione delle Linee Guida frutto del lavoro di Tavoli Regionali che strutturano l’impegno dei medici NPI all’interno di patologie quali le PCI, DGS, DCA, DSA, DDAI.

S26 Un viaggio metropolitano attraverso i disturbi del comportamento alimentare

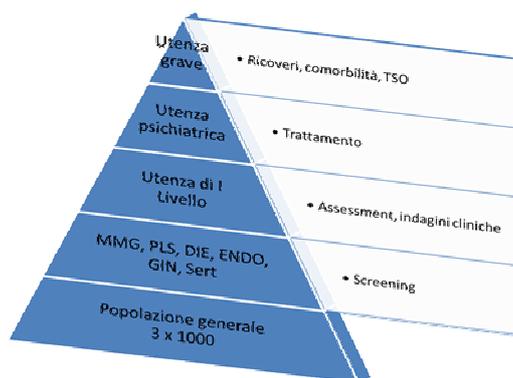
Emanuelli F. (np), Occhi S. (ps), Palazzi S. (np)

La prevenzione e la cura dei DCA riveste estrema rilevanza per la sanità pubblica. E’ stato deliberato un Programma Regionale volto a creare una rete coordinata di servizi in grado di offrire risposte tempestive

ed appropriate ai pazienti affetti da DCA. All'interno di questo Programma devono essere definiti i *requisiti specifici* delle caratteristiche cliniche e organizzative dei team DCA locali e condividere gli aspetti diagnostici e di presa in carico. Vanno stabilite inoltre appropriate modalità di comunicazione interna ed esterna al mondo sanitario per un rilievo tempestivo che esiti nell'indirizzare i pazienti nel percorso per la cura dei DCA da comunicare agli invianti e che sia visibile ai cittadini

Procedure Un gruppo multidisciplinare trasversale a tutti i Servizi dell'età adulta e dell'età evolutiva sta analizzando la casistica in carico, confrontandola con l'atteso e verificando a quali servizi clinici afferiscano gli utenti. Per riflettere sui passaggi resi necessari dalla patologia e dalla fase evolutiva si è proposto di utilizzare il modello di selezione al trattamento psichiatrico originariamente sviluppato da Goldberg & Huxley (1980). Considerazioni sull'età di esordio (12-25 anni), sull'incidenza della patologia (3/1000 anno) in relazione alla popolazione target (36 000 unità nella fascia di età considerata) dovrebbero consentire di programmare le risorse in base alla casistica attesa.

Risultati Sono evidenti numerose singole esperienze maturate negli anni in tema di DCA all'interno delle varie unità ospedaliere e territoriali. Il DSM ha in carico circa 60 pazienti con questa diagnosi singola o soprattutto in comorbidità. Il Centro DCA dell'Ospedale Sant'Anna ha realizzato nel 2008: 180 prime visite, 190 visite di controllo, 100 consulenze ad altri Servizi. La Casistica attesa in base all'analisi effettuata è di 108 nuovi casi /anno.



Conclusioni I percorsi hanno avuto nel corso degli anni delle integrazioni tra loro su singoli casi clinici, ma non sono in collegamento strategico tra loro. Esiste un documento che regola gli invii fra Servizio psichiatrico territoriale e Centro DCA. Ospedaliero. Esiste una collaborazione (fattiva ma non formalizzata) fra il Centro DCA e l'Ambulatorio nutrizionistico che regola gli invii e offre consulenza e percorsi privilegiati. Manca una prassi consolidata per l'accesso e la cura dei DCA nel Servizio di Neuropsichiatria infantile.

- O'SULLIVAN, T., COTTON, A. & SCOTT, A. (2005) Goldberg and Huxley's model revisited. *Psychiatric Bulletin*, 29, 116.
- GOLDBERG, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17, 182-190.
- GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. (1980) *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock Publications.

S27 Integrazione degli interventi come fattore di prognosi positiva in un caso emblematico

Fernandez-Lopez E. (ps), Lamponi C. (ed), Ninu P. (ed)

Attraverso il racconto di un caso emblematico, le autrici vorrebbero dimostrare come l'integrazione tra più interventi e il costante confronto tra diverse professionalità è stato utile per aiutare una bambina di 10 anni a uscire da una sintomatologia importante che si manifestava esclusivamente all'interno dell'ambito familiare.

Veniva descritta dai genitori come una bambina che a volte si "trasformava" anche da un punto di vista somatico, in un vero e proprio "mostro" che scardinava porte e finestre, rompeva tavoli e sedie e picchiava a sangue la madre. Lontani dal riconoscimento di una qualsiasi sofferenza emotiva nella figlia, i genitori preferivano pensare a fattori biologici e addirittura possibili conseguenze di una puntura ricevuta anni prima da un raro insetto.

Dopo una lunga valutazione che ha escluso qualsiasi causa organica, si è deciso di mettere in campo diverse risorse integrate:

- da una parte sono stati svolti colloqui a stampo familiare con formati diversi: convocazione di tutti i componenti della famiglia, sedute di coppia, sedute individuali, sedute mamma-bambina, colloqui fra le sorelle...
- da un'altra parte il lavoro di gruppo sulle emozioni è stato cruciale per aiutare la bambina a creare un rapporto più armonioso tra mente e corpo oltre che una maggiore integrazione e consapevolezza di sé attraverso la condivisione di esperienze.

La molteplicità di tecniche impiegate nel lavoro di gruppo sulle emozioni verrà parzialmente illustrata attraverso delle fotografie. I numerosi strumenti utilizzati riguardano le tecniche teatrali, la costruzione di

oggetti, laboratori di disegno, drammatizzazione di storie, immaginazione di situazioni e creazione di personaggi...

L'integrazione degli interventi, ha permesso di mettere in relazione la sofferenza individuale alla sofferenza familiare, dando significato a un sintomo che, alla fine del percorso, era completamente scomparso.

D28 Il progetto riabilitativo e il magazzino ausili on-line nella pagina aziendale

Folegani P. (np)

Si tratta di una proposta mirata a rendere efficaci, in termini di appropriatezza di prescrizione e di contenimento della spesa, la restituzione e il riutilizzo di ausili in età pediatrica .

- uniformare a livello Aziendale la modulistica per la prescrizione,
- uniformare a livello Aziendale la procedura di restituzione di ausili non più idonei,
- uniformare a livello Aziendale la possibilità di utilizzare per prove e/o riutilizzi gli ausili presenti in magazzino – attraverso la creazione del *magazzino virtuale* consultabile nella pagina intranet aziendale
- Contenimento della spesa senza rinunciare all' appropriatezza.

Materiali e metodi:

- predisposizione della procedura che definisce la restituzione degli ausili e la riassegnazione; procedura condivisa tra i medici prescrittori e i medici autorizzatori di tutta l'azienda .
- utilizzo da parte dei medici prescrittori della modulistica predisposta
- momenti di confronto tra medici prescrittori e medici autorizzatori con informativa reciproca del livello di spesa raggiunto aggiornato a ogni trimestre.
- creazione del magazzino virtuale per implementare il riutilizzo di ausili
- inserimento del catalogo nella pagina intranet aziendale

Creazione del magazzino virtuale

da una idea mia a una realizzazione di Nicola Tubitta con il supporto indispensabile degli educatori e degli insegnanti. esempio di sinergia e di rete.

È un ragazzo di 18 anni frequenta il quarto anno del liceo linguistico, è molto abile con il computer ha una passione per l'arte, ha esposto le sue opere l'estate scorsa e ora vorrebbe creare il catalogo delle sue opere, ha una diagnosi di Autismo a alto funzionamento, il percorso scolastico sta terminando e uno degli obiettivi principali è trovare una uscita significativa al termine della scuola.

Seguendo le passioni del ragazzo all'inizio dell'anno scolastico 2008-09 abbiamo costruito un laboratorio specifico a lui dedicato, in uno spazio messo a disposizione dal Centro Educativo presente nel territorio e abbiamo avviato con lui il laboratorio di grafica al computer, la velocità di apprendimento di N. ha sorpreso tutti, oltre a elaborare il catalogo delle sue opere, ha impostato diverse brochure per il comune e ha costruito il "Magazzino Virtuale", catalogo per il riutilizzo di ausili, si è recato presso il magazzino per fare le foto e ha costruito il catalogo in tutte le sue parti.

Il catalogo verrà inserito in tempi brevi nella pagina aziendale e stiamo pensando di lasciare a Nicola il compito di aggiornare il catalogo.

Aggiornamento del catalogo potrebbe essere uno dei compiti del ragazzo nel percorso lavorativo individuato: laboratorio di grafica .

il progetto nella sua globalità è stato possibile per il parziale finanziamento a opera del FRNA e per la disponibilità della scuola e del centro educativo

Conclusioni: è possibile utilizzare modulistica unica; i medici prescrittori sono informati trimestralmente della spesa sostenuta relativa agli ausili e/o ortesi prescritti; verifica del funzionamento del "magazzino Virtuale" tramite il numero dei riutilizzi nel prossimo biennio.

D29 Ludoteca Gioco anch'io

Folegani P. (np)

Con la formula "fornire pari opportunità" non si intende dare a tutti le stesse cose, ma dare a ognuno ciò che serve per accedere alle stesse possibilità degli altri. Si è pensato quindi alla realizzazione di una ludoteca come servizio rivolto a tutti i bambini e alle famiglie, finalizzato a favorire la cultura e la pratica del gioco; ludoteca come luogo dove i bambini hanno la possibilità di giocare insieme, utilizzando una grande quantità di giocattoli, libri, messi a disposizione dalla ludoteca stessa.

Caratteristica che rende particolare questa ludoteca è la presenza all'interno di giochi comuni e gli stessi *giochi e/o libri resi accessibili*, per dare a ognuno ciò che serve per accedere alle stesse possibilità.

Materiale e metodi Condivisione del progetto con tutti gli attori previsti e finanziamenti tramite FRNA (Fondo Regionale Non Autosufficienza) come progetto speciale, capitolo mantenimento della domiciliarità. In particolare l'Assessorato comune si era reso disponibile per l'individuazione degli spazi,

dell'utenza e degli operatori che dovranno gestire la ludoteca, nonché la predisposizione del materiale – giochi adattati e non – e la progettazione e attivazione dei laboratori all'interno della ludoteca

Risultati e conclusioni L'apertura della ludoteca *Gioco anch'io* avveniva nel maggio 2009 come spazio gioco al di fuori delle mura domestiche e della scuola e che integra il percorso riabilitativo in atto presso i servizi.

- Il gioco adattato, il libro adattato costruiti con i bambini stessi e con le loro famiglie come esperienza.
- Ludoteca come spazio di *laboratorio tematico* finalizzato all'integrazione con coetanei .
- Ludoteca *Gioco Anch'io* è un luogo per giocare *tutti* con le stesse opportunità .

Il bambino quando va in ludoteca non gioca da solo, ma si incontra con altri bambini, tutti i bambini, disabili e non disabili, . Attraverso il gioco si possono fornire pari opportunità di partecipazione attiva di sperimentare situazioni motivanti e piacevoli. Con l'attività della ludoteca si intende promuovere il benessere delle famiglie, la condivisione, la creazione di un tessuto sociale integrante.

S30 Rilevazione prescolare del sospetto di deficit attentivo/iperattività (DDAI)

Lodi C. (lg), Buriani V. (lg)

Si intende ricavare un insieme di informazioni strutturate utili per individuare le aree funzionali suscettibili di intervento in bambini con comportamenti “disturbanti” in età prescolare e nei primi due anni della scuola elementare. La valutazione ha lo scopo di rilevare i comportamenti disturbanti del bambino, quelli pertinenti, costruire una modalità di intervento personalizzato e tenere controllata l'efficacia del trattamento monitorando periodicamente il suo comportamento. L'esigenza di accertare l'efficacia degli interventi tramite metodiche di verifica sembra tanto più evidente in un ambito in cui sono molto limitati gli studi sull'efficacia della riabilitazione di bambini di età prescolare metodologicamente corretti.

STRUMENTI E METODO Negli anni 2001 e 2002 sono state prese in carico 3 bambine: due di 4 anni e una di 6 anni con diagnosi: a) disturbo ipercinetico della condotta F90.1 e sindrome ipercinetica F90;

b) disturbo attività e attenzione F90.0e disturbo espressione linguaggio F80.1; c) sindrome ipercinetica F90 e disturbo della sfera emotiva F93 .Sono state inquadrare funzionalmente alle seduta zero (T°) attraverso una scheda di rilevazione dei comportamenti costruita isolando alcune categorie comportamentali che individuano specifiche azioni osservabili in ambiente clinico riabilitativo (es. comportamento motorio nella stanza, verbalizzazioni, reattività sensoriale, comportamenti impulsivi, comportamenti motori a tavolino).

Per compilare la scheda si sono videoregistrate 2 sedute con il permesso della famiglia; durante questi incontri abbiamo proposto 6 specifiche attività che variano a seconda dell'età 4-5, 5-6, 6-7 anni (es. gioco simbolico, gioco al computer, gioco cognitivo, scrittura lettura etc) in cui le bambine dovevano impegnarsi per 10 minuti ciascuna attività. In seguito il terapeuta annotava sulla scheda i comportamenti disturbanti osservati (quanti e quali), quali e quanti rinforzi e/o contenimenti verbali e non verbali erano stati utilizzati dal terapeuta e anche i comportamenti pertinenti del bambino.

È seguito un colloquio con i genitori e con gli insegnanti, separatamente o insieme, in cui le schede erano materia di confronto e per fissare degli obiettivi comuni per iniziare il trattamento; in accordo ci si proponeva di migliorare un comportamento specifico: a esempio seguire uno schema di lavoro per arricchire il gioco simbolico oppure allungare il tempo di un gioco o di letto-scrittura a tavolino, non interrompere la mamma che parla etc.

Il trattamento che seguiva la somministrazione delle schede era individuale e utilizzava strategie mutuata dal metodo cognitivo comportamentale che si usa in età scolare. La logopedista si pone come eteroguida usando un linguaggio semplice (modeling per le autoistruzioni verbali) e poi stimoli visivi (oggetti, scatole, disegni, foto) per scandire la sequenza delle attività, contenere i comportamenti e aiutarli a sviluppare il linguaggio interno; si somministrano rinforzi positivi e con la bambina più grande si è utilizzata anche la token economy; inoltre semplici problem solving, pianificazione e verifica delle procedure, sperimentazione di risposte alternative per migliorare l'autostima.

La frequenza di trattamento era di circa 15 incontri, due a settimana e si svolgeva in una stanza quanto più priva di stimoli.

Alla seduta T15 veniva ripetuta la somministrazione della scheda per vedere gli esiti del trattamento. Con queste modalità le bambine hanno fatto mediamente 2 cicli di trattamento all'anno per 2-3 anni.

RISULTATI: All'inizio i comportamenti disturbanti nelle 6 attività erano frequenti. Dopo un solo ciclo di trattamento si osservava in tutti e 3 i casi esaminati: 1) riduzione della frequenza dei comportamenti disturbanti 2) aumento di quelli positivi 3) riduzione del numero delle categorie comportamentali interessate. Gli insegnanti segnalavano riduzione anche a scuola.

Nei cicli successivi i genitori mostravano una migliore capacità di focalizzare comportamenti problema delle figlie. Inoltre le bambine di 4 anni dopo 1 anno di trattamento iniziavano a usare il linguaggio verbale esterno per accompagnare i loro giochi colmando il ritardo di sviluppo di linguaggio esterno tipico del bambino ADHD.

Due bambine hanno continuato il trattamento con la logopedista per i problemi di apprendimento, quella con disturbo della sfera emozionale ha continuato con l'educatore ma non si è ritenuto necessario proporre alle pazienti il trattamento con il metodo delle autoistruzioni verbali (Cornoldi). Dalla prima elementare tutte godono del sostegno scolastico e hanno un profitto scolastico sufficiente.

La scheda di raccolta dei comportamenti disturbanti è stata via via ritoccata per renderne più agile la compilazione.

CONCLUSIONI: Si è imparato a formulare un piano di trattamento con obiettivi mirati condivisi con la famiglia e con gli insegnanti. L'intervento è misurabile per meglio rispondere a criteri di appropriatezza.

Due quesiti: questi bambini avrebbero potuto trarre profitto dal trattamento con il metodo delle autoistruzioni verbali? È utile pensare a criteri oggettivi di accesso a quel trattamento?

Il successo dell'esperienza ha portato a una crescita della "domanda" anche per situazioni di valutazione diagnostica (oltre a colloqui con i genitori, questionari, etc...): nell'ultimo anno: 8 casi di cui 1 è stato diagnosticato come ADHD.

Attualmente, grazie alla videoregistrazione, l'attenzione viene posta anche sulla possibilità di fare un'analisi funzionale degli antecedenti e dei conseguenti del comportamento problema.

S31 Studio dei predittori e dei fattori di rischio suicidario nella preadolescenza

Manfredini E. (ps), Ballo I. (ps)

Nel 2007 si è portato avanti un lavoro di ricerca, oggetto di tesi di laurea, per comprendere se già prima dell'adolescenza esistano le condizioni che predispongono a future condotte suicidarie e se per prevenire il fenomeno sia utile rivolgere l'attenzione ai periodi dello sviluppo precedenti.

METODO: Analisi dei fattori di rischio suicidario e delle variabili socio demografiche correlate al suicidio indicate dall'*Harvard Medical School* nella popolazione di pazienti in carico al Servizio di età inferiore ai 14 anni (accedendo anche all'archivio storico) e in un campione di 186 soggetti sani di età compresa tra i 12 e i 14 anni, iscritti alla Scuola Media del distretto. A questi ultimi, è stato somministrato un questionario in forma anonima costruito nella fase preparatoria alla ricerca, includente più strumenti standardizzati utili alla valutazione della presenza delle categorie descritte in letteratura quali principali categorie di rischio per il suicidio (disturbo psichiatrico, condizione socio-famigliare, eventi quotidiani imprevedibili o particolarmente stressanti e autostima). Il questionario, utilizzato nella ricerca, si apre con 2 gruppi di domande di carattere generale, uno finalizzato alla raccolta di informazioni prettamente bibliografiche e l'altro che mira a svolgere una breve indagine circa gli eventi che hanno distinto la storia familiare e personale del soggetto. Seguono questa parte investigativa 2 test di valutazione psicopatologica (il test SAFA e il Test Multidimensionale dell'Autostima), rigorosamente standardizzati sulla popolazione italiana, utilizzabili per la fascia d'età di riferimento e validi anche per l'autosomministrazione in gruppo. Chiudono il questionario tre compiti a scelta, di carattere evocativo.

RISULTATI: Attraverso l'analisi qualitativa delle cartelle in archivio, si è osservato un decorso clinico sfavorevole per 18 pazienti che entro i 14 anni d'età mostravano un'ampia incidenza di fattori di rischio suicidario. In 3 casi sono successivamente emerse patologie psichiatriche e in altri 2 tentativi di suicidio. Parallelamente si è svolta l'indagine quantitativa sulla popolazione sana. In risposta ai limiti evidenziati da numerose ricerche sull'argomento i dati emersi dall'indagine sono stati elaborati su due binari: quello statistico e quello individuale. Al fine di ottenere risultati maggiormente attendibili e utili per l'attuazione di interventi preventivi mirati, insieme alle medie e alle percentuali campionarie si sono estrapolati i profili di rischio individuali dei 186 soggetti esaminati. L'elaborazione e l'interpretazione dei singoli profili ha portato al riscontro di 16 profili di rischio, con un alto potenziale predittivo di possibili condotte suicidarie, data la presenza di più fattori di rischio di grado diverso combinati insieme.

CONCLUSIONE: nonostante l'incidenza del fenomeno prima dei 14 anni resti contenuta, l'analisi dei fattori e dei profili di rischio individuali sembra confermare, già in riferimento all'età preadolescenziale, un certo numero di soggetti potenzialmente a rischio di future condotte suicidarie. Constatazione rilevante a fini preventivi. L'applicazione di un programma psico-educativo su un caso *pilota*, in cui si è riscontrato il profilo ha visto ridurre il rischio correlato e un decorso clinico maggiormente favorevole, verificato anche a seguito di un follow up a sei mesi.

- Douglas G., Jacobs J., (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Jossey – Bass (pp. 417-442). Stengel E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. (trad. it. Il suicidio e il tentato suicidio. Milano: Feltrinelli, 1977). Moron P. (1975). *Le suicide*. (trad. it. Il suicidio. Milano: Garzanti, 1976).
- Douglas G., Jacobs J., (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Jossey – Bass (pp. 417-442). Stengel E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. (trad. it. Il suicidio e il tentato suicidio, 1977). Oliverio Ferraris A., Rusticelli A., Stevani J., Zaccariello T. (2007). Il suicidio in adolescenza. *Psicologia Contemporanea*, 202, 54-59.
- Douglas G., Jacobs J., (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Jossey – Bass (pp. 417-442). Dello Buono M., Darù E., Colucci E., Pavan L. (2004). Predittori di rischio suicidario nelle diverse età della vita: uno studio su 511 suicidi, *Rivista di psichiatria*, 39, 340-348.
- Oliverio Ferraris A., Rusticelli A., Stevani J., Zaccariello T. (2007). Il suicidio in adolescenza. *Psicologia Contemporanea*, 202, 54-59.
- E. Acerbo, J. Sterne, D.J. Gunnell (2007), (cit in: E. Durkheim, *Il suicidio*, Milano: Rizzoli, Introduzione all'opera). D. Marcelli (1999), *Psicopatologia del bambino*, Milano: Masson. [Sono solo alcuni degli autori che riconoscono all'analisi ecologica dei fattori di rischio una maggiore attendibilità se condotta sulle caratteristiche individuali dei singoli piuttosto che sulle medie campionarie]
- Dello Buono M., Darù E., Colucci E., Pavan L. (2004). Predittori di rischio suicidario nelle diverse età della vita: uno studio su 511 suicidi, *Rivista di psichiatria*, 39, 340-348.

S32 Disturbi d'apprendimento e trascuratezza nel contesto familiare

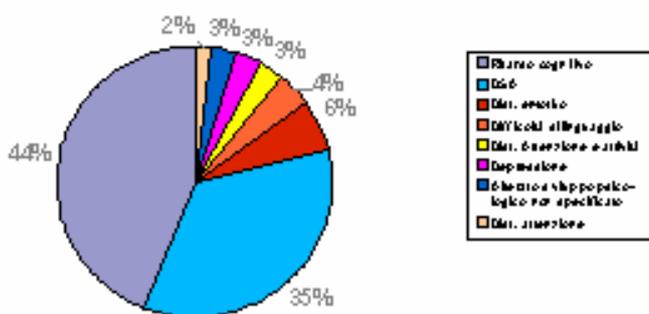
Manfredini E. (ps), Mazza F. (ps), Giorgi V. (lg), Zambonati N. (lg)

I dati della letteratura hanno ampiamente dimostrato che in età evolutiva, la trascuratezza e il maltrattamento in ambito familiare, sono fattori di elevato rischio di insuccesso scolastico. La presenza di disturbi di internalizzazione e esternalizzazione, la scarsa stima di sé compromettono in modo significativo le “competenze scolastiche” in età evolutiva, favorendo lo sviluppo di un disturbo di apprendimento.

Obiettivi: mettere in luce quanto un contesto familiare significativamente trascurante, possa incidere sulle capacità di apprendimento, nella popolazione afferente al servizio.

Metodo Sono stati esaminate le cartelle di 68 casi, in carico al 30.03.09, al servizio Smria ASL di Ferrara distretto centro-nord polo di Copparo, in età compresa tra i 6 e i 13 anni, inviati per difficoltà di apprendimento dalla scuola dell'obbligo. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a una approfondita valutazione psicodiagnostica comprendente indagine anamnestica, colloqui psicologici clinici, utilizzo di informazioni scolastiche, disegno libero e a tema, valutazione cognitiva (somministrazione della WISC), e all'occorrenza valutazione neuropsicologica per stabilire il livello di apprendimento (prove MT, AC-MT, prove di dettato, autodettato, e competenza narrativa, come da protocollo clinico aziendale per la diagnosi di D.S.A.). Ai soggetti che evidenziavano problematiche nell'area emotivo-affettiva, sono state inoltre somministrate, a scelta del clinico, scale psichiatriche (SAFA), test proiettivi strutturati (FAT, CAT, favole di DUSS) e di tipo grafico (disegno della famiglia, dell'albero, ecc.). Le analisi svolte sono state sia di tipo qualitativo che quantitativo, sulle diagnosi effettuate.

Rappresentazione percentuale delle diagnosi effettuate sul campione



Risultati In seguito agli approfondimenti diagnostici dei 68 soggetti segnalati dalla scuola per difficoltà scolastiche, si evidenzia che il 44% presenta ritardo cognitivo, il 35% D.S.A., il 6% disturbo emotivo, il 4% difficoltà di linguaggio, il 3% disturbo dell'attenzione e dell'attività, il 3% depressione, il 3% alterato sviluppo psicologico non altrimenti specificato, l'2% disturbo di attenzione. Relativamente ai 24 soggetti che presentano D.S.A. emerge che il 54% di essi presenta il disturbo su base neuropsicologica, i restanti 46% dei soggetti presentano un quadro clinico complesso dove si riscontrano anche problematiche emotivo comportamentali, in un ambiente familiare relazionale significativamente sfavorevole.

Conclusioni La presente ricerca ha evidenziato che quasi la metà dei bambini diagnosticati con disturbo dell'apprendimento si associa a un'esperienza familiare clinicamente rilevante dal punto di vista sociale. In questi casi esaminati, oltre al D.S.A., si sono riscontrati anche disturbi del tono dell'umore, d'ansia, e comportamentali. Si ritiene quindi importante la differenziazione fra questi soggetti da quelli con D.S.A. su base neuropsicologica, che possono presentare difficoltà emotivo/affettive secondarie. Il processo diagnostico deve essere *multiplo*, si

deve riconoscere il disturbo per fare ipotesi sull'interazione dinamica fra bambino, disturbo e contesto socio-famigliare, al fine di attuare un intervento il più mirato possibile.

- Di Blasio P., (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- Veltman M., Browne K., (2002), *Three decades of child maltreatment research: implications for the school years*, *Trauma, Violence & Abuse*, vol. 2, pp. 215-239.
- Comoldi C., (1991), *I disturbi dell'apprendimento*, Il Mulino, Bologna.

R33 Il Servizio Civile Nazionale nell'Ausl di Ferrara: l'esperienza presso Smria

Mascellani F. (Ig), Brini M.C., Costa B, Manara E, Stagni G, Fabbri A.

Le motivazioni che portano i giovani a compiere la scelta di un anno di Servizio Civile sono molteplici: il desiderio di compiere un'esperienza formativa, la voglia di "provarsi", la scelta di solidarietà, l'aspirazione di attivarsi in campo sociale, la volontà di darsi un tempo per capire la propria strada...

Tale opportunità permette infatti ai giovani volontari di vivere un'esperienza arricchente sia da un punto di vista personale che in termini di competenze specifiche.

Gli obiettivi: Il progetto si pone come obiettivo generale quello di incrementare le risorse umane impiegate e ampliare l'offerta di servizio nel tentativo di limitare il gap tra domanda e offerta, riducendo i tempi di attesa e promuovendo il benessere e la qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie. È di estrema importanza infatti individuare e intervenire in modo appropriato nelle fasi critiche dello sviluppo del bambino. Nello specifico il progetto di terapia di gruppo si propone di offrire ai bambini la possibilità di usufruire di una risposta riabilitativa più intensiva e articolata, finalizzata a favorire una maggiore autonomia, una maggiore relazione e comunicazione tra pari, a aumentare la loro sicurezza e autostima.

Per obiettivare tali benefici sono in uso indicatori di risultato inerenti la specificità clinica; essi misurano il percorso dei bambini e la percezione dei genitori sugli effetti e sul cambiamento della problematicità degli stessi. Uno dei risultati attesi più significativi sarà quello di implementare la terapia di gruppo soddisfacendo circa il 90% della domanda stimata al Servizio.

I gruppi terapeutici: Nel 2008 hanno usufruito della terapia di gruppo 35 bambini. Nei primi cinque mesi dell'anno 2009 è stato possibile attivare, con la partecipazione diretta delle volontarie civili, 13 gruppi terapeutici per un totale di 65 bambini e ragazzi di età compresa tra i 3 e i 15 anni, in prevalenza maschi. L'attività si struttura su uno, due o tre incontri settimanali, della durata di due ore ciascuno. I gruppi sono costituiti secondo due diversi criteri: omogeneità per patologia, per età o per entrambe.

I disturbi trattati: Disturbi Specifici di Linguaggio, Disturbi Specifici di Apprendimento, Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi di Sviluppo, Disturbi da Deficit di Attenzione Iperattività e Disturbi Emotivo-relazionali.

Tipologia del lavoro: Il volontario partecipa a tutte le fasi della Terapia di Gruppo:

- *in affiancamento agli operatori* (attività svolte insieme agli operatori): discussione casi e composizione dei gruppi; attività settimanale strutturata con i bambini; definizione degli obiettivi individuali e di gruppo; incontri con i genitori, individuali e di gruppo, e con gli insegnanti; valutazione e verifica iniziale e finale
- *con supervisione* (attività svolte in maggiore autonomia): accoglienza e congedo dei bambini del gruppo; osservazioni; preparazione del materiale e del setting.

È importante sottolineare come la giovane età delle volontarie costituisca elemento facilitante alla costruzione di rapporti di fiducia e collaborazione sia con i giovanissimi utenti che con le loro famiglie.

Conclusioni: L'attività di volontariato civile della prima edizione (2007-2008) e quella attualmente in atto permettono di affermare il valore aggiunto che le Volontarie hanno apportato e apportano nella quotidianità, nell'ottica di un maggiore arricchimento del servizio offerto all'utenza.

- *Terapia riabilitativa di gruppo: crescere insieme - II edizione (novembre 2008-novembre 2009)*

R34 Prestazioni fisioterapiche di pazienti con diagnosi primaria di scoliosi (M41) nel 2008

Masini E. (ft), Toselli T. (ft)

Si intende evidenziare con dati numerici l'attività delle Fisioterapiste nell'ambito del trattamento delle Scoliosi. Dalla raccolta dati del programma Elea è emerso che nell'anno 2008 sono stati seguiti per questa problematica 58 pazienti, 41 femmine e 17 maschi, che sono stati suddivisi in 3 gruppi.

Gruppo	Femmine (prestazioni)	Maschi (prestazioni)
1. Pazienti con Scoliosi Evolutive in trattamento ortesico che hanno usufruito di cicli intensivi di Fisioterapia	7 (231)	1 (58)
2. Pazienti con Scoliosi che presentavano segni di evolutività ai quali venivano richiesti dallo specialista solo trattamenti fisioterapici intensivi di più cicli con la finalità di eseguire esercizi specifici mirati, atti al contenimento delle curve scoliotiche per evitare il peggioramento durante la crescita	7 (295)	4 (108)
3. Scoliosi minori che hanno usufruito di un trattamento breve di Fisioterapia (10-15 sedute) e consigli ergonomici per una corretta igiene della colonna vertebrale	26 (214)	13 (136)

Sono state effettuate 1042 prestazioni corrispondenti a un impegno lavorativo pari a circa 300 ore annuali in quanto i trattamenti sono stati eseguiti quasi esclusivamente in gruppo, con media di 3-4 pazienti.

Dalla raccolta dati emerge che l'impegno maggiore è riservato ai primi due gruppi e che la Scoliosi colpisce con marcata preferenza il sesso femminile (dati confermati in letteratura). Allo stato attuale delle conoscenze la Scoliosi è una patologia del sistema neuro-muscolo-scheletrico in crescita e maturazione che necessita di essere seguita con un approccio multidisciplinare. Importante risulta il supporto psicologico per quei pazienti in trattamento ortesico che presentano problemi di accettazione del corsetto stesso.

S35 Terapia integrata di gruppo nei disturbi specifici di linguaggio prescolari

Merlin I. (np), Azzalli D. (ft), Lodi C. (lg), Triggia R., Avanzi M., Masina F. (np), Brini M.C.

L'obiettivo è descrivere il gruppo terapeutico come strumento che agisce sui Disturbi Specifici di Linguaggio associati a aspetti psicopatologici. L'intervento mira alla rottura di un circolo che si autoalimenta tra il deficit di linguaggio che altera la percezione di sé e delle proprie emozioni, e il disturbo psicopatologico che tende a ostacolare lo sviluppo di strategie linguistiche adeguate.

Su 16 bambini, con età media di 4, 1 anni (4 femmine e 12 maschi), con diagnosi in ingresso di DSL (14 F80.1 e 1 F80.0 e 1 ritardo di linguaggio) che tra gli anni 2002/2008 hanno partecipato a un intervento terapeutico integrato di gruppo, 11 presentavano comorbidità. In particolare: 2 con DOP (disturbo oppositivo provocatorio), 1 con ADHD, 3 con difficoltà di separazione, 1 con disturbo della sfera emozionale, 4 con problemi socio-familiari. Per i bambini che presentavano comorbidità sono stati effettuati alcuni cicli di terapia (media 2.2 cicli) rispetto agli altri (media 1.9).

La terapia si svolge per 2 mesi, 3 volte la settimana (2 mattine e 1 pomeriggio) per 2 ore ciascuna seduta con una coppia di conduttori e un volontario del servizio civile. I gruppi sono composti da 5-6 bambini in età prescolare con disturbi di sviluppo. Parte integrante della terapia è il parallelo lavoro con i genitori in un gruppo condotto dalla NPI e/o PSI che si incontra 1 volta alla settimana per 2 ore. È prevista la supervisione della NPI due ore la settimana sul lavoro dei conduttori.

La terapia interattiva è un trattamento intensivo e è uno strumento per attivare interazioni partendo da quelle diadiche a triadiche, per favorire poi lo sviluppo di interazioni multiple; attraverso la condivisione di routines significative gli adulti si offrono come situazione diadica di base per rinforzare le strategie mirate alla simbolizzazione e all'espansione della comunicazione. Un'attenzione particolare viene rivolta al processo di separazione e alla tolleranza della frustrazione.

I conduttori pur avendo sempre presente le difficoltà del bambino, nel gruppo disomogeneo per patologia possono valorizzare maggiormente i punti di forza di ciascuno

Per registrare una evoluzione durante uno o più cicli terapeutici viene effettuata una valutazione all'inizio e alla fine del ciclo: modalità di separazione con video, registrazione delle interazioni del bambino all'interno del gruppo, compilazione del profilo di sviluppo LAP (Learning Accomplishment Profile), questionario standardizzato Leiter-R emotiva, questionario CBCL per i genitori e il diario giornaliero della attività. Alla fine del ciclo di terapia viene fatta la ricaduta ai rispettivi referenti.

RISULTATI: Attualmente, degli 11 bambini con comorbidità presi in esame, 7 sono seguiti per cicli di trattamento logopedico e/o controlli poiché il DSL è diventato predominante, e per i restanti 4 è stato possibile fare un trattamento indiretto da parte del referente clinico mediante sostegno ai genitori e agli insegnanti poiché il disturbo psicopatologico si è molto attenuato in 2 casi mentre in 1 prevale. Riteniamo che questo sia stato possibile grazie all'intervento terapeutico che ha permesso un migliore adattamento

del bambino al suo contesto. Dei restanti 5 bambini che avevano una diagnosi con solo disturbo di linguaggio senza comorbidità si è visto a fine gruppo che per 4 di loro il linguaggio era solo un sintomo di una sottostante psicopatologia mentre 1 è stato dimesso.

CONCLUSIONI da quanto detto emerge come la maggior parte dei bambini acceda al gruppo in un'età tale per cui il disturbo di linguaggio si è ormai strutturato (dai 36 mesi ai 5 anni) e richiede un successivo intervento specifico. Si può quindi ipotizzare un intervento più tempestivo che miri alla presa in carico del bambino in una fase di emergenza del disturbo (dai 18 ai 36 mesi) in modo che non si siano ancora sviluppate strategie linguistiche sostitutive e devianti che possono condurre verso uno sviluppo sia emotivo che relazionale atipico.

Questa terapia è stata utile nei casi in cui il DSL era associato a altri disturbi psicopatologici in quanto ha stimolato i prerequisiti necessari (es. consapevolezza delle difficoltà di linguaggio) per intraprendere un intervento individuale. I conduttori pur avendo sempre presente le difficoltà del bambino, nel gruppo disomogeneo per patologia possono valorizzare maggiormente i punti di forza di ciascuno favorendo una rappresentazione positiva di sé, di adattamento e lo sviluppo di strategie comunicative autonome. Espandendo lo strumento linguistico si agisce sulle comorbidità associate.

Per i genitori il gruppo rappresenta uno spazio dove esprimere e condividere dubbi e ansie e permette un confronto alla pari, una consapevolezza delle problematiche del bambino e del proprio ruolo genitoriale.

S36 Terapia di gruppo pre-scolare: un modello integrato e interattivo bambini e genitori

Merlin I. (np), Azzalli D. (ft), Lodi C. (lg), Avanzi M. (ps), Masina F. (np), Triggia R. (lg), Brini M.

Obiettivo: Descrivere il modello d'intervento contemporaneo su figli e su genitori in bambini con disturbi dello sviluppo in età prescolare.

Per i bambini viene utilizzata una terapia di gruppo costruita su principi interattivi; parallelamente i genitori vengono accolti in un gruppo centrato sulla relazione con il figlio.

Materiali: il campione è composto da 90 bambini di cui 68 maschi e 22 femmine con un'età media di 4 anni, trattati dal febbraio 1996 al febbraio 2009 presso il servizio di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'infanzia-adolescenza dell'Ausl di Ferrara.

Metodi: lo strumento di intervento è il gruppo:

- i bambini (6 al massimo) frequentano per 2 mesi, tre volte alla settimana, per 2 ore, e le attività svolte si basano su condivisione di routine significative, triangolazione nell'inter-intenzionalità, consapevolezza dell'inter-attenzione e regolazione affettiva tra pari.
- La coppia di conduttori cerca di attivare nuove forme di scambio comunicativo e simbolico creando uno spazio perché si inneschino interazioni e relazioni spontanee.
- i genitori frequentano per 2 mesi, una volta alla settimana, per 2 ore, e gli strumenti terapeutici utilizzati dal terapeuta sono coinvolgimento in prima persona nell'esperienza che il figlio sta intraprendendo e discussione incentrata sulle difficoltà relazionali genitori/figli.

Nel corso del trattamento è stata indagata la presenza di sintomi psicopatologici tramite CBCL (Child Behavior Check-list T. M. Achenbach, 1991, Questionario per genitori) e Leiter-R.

Risultati: di 90 bambini trattati in terapia integrata interattiva di gruppo:			Diagnosi		
n	%		ICD-10	n	%
28	31	sono stati dimessi (dopo 40, 64 mesi in media (3 anni e 39 giorni);			
2	2	hanno abbandonato la terapia	F80-89	43	48
2	2	sono stati inviati a altri servizi	F90-99	35	39
26	29	hanno effettuato una terapia individuale di cui 11 (42, 31%) per DSL, 3 (11, 54%) di terapia occupazionale, 7 (26, 92%) di colloqui psicologici, 2 (7, 69%) per DSA, 1 (2, 6%) per DPS e 2 (7, 69%) fisioterapia;	Z00-Z99	17	19
18	20	hanno avuto sostegno alla famiglia	F70-79	2	2
22	24	hanno avuto colloquio con gli insegnanti	F30-F39	1	1
5	6	sono stati certificati	S e Q	2	2

Discussione La terapia integrata interattiva di gruppo ha subito un'evoluzione nel tempo: da semplice strumento di "abilitazione" e "esercitazione" il gruppo è diventato una sorta di "palestra", per migliorare l'adattamento del bambino nel suo contesto ambientale e relazionale, stimolando anche pre-requisiti per

un'eventuale terapia individuale, dato che si evince anche dai risultati. Caratteristiche salienti di questo tipo di intervento sono:

- 1) la durata del trattamento breve e intensiva che consente di cogliere processi evolutivi molto rapidi e all'apparenza non significativi e per questo a alto rischio psicopatologico;
- 2) il lavoro integrato con i genitori che permette una maggiore possibilità di attenzione al significato dei diversi comportamenti del proprio figlio all'interno dei diversi contesti interattivi;
- 3) la non omogeneità diagnostica dei bambini coinvolti nei gruppi (vedi risultati) che può rappresentare un fattore di cambiamento, andando a stimolare nuove e più strutturate modalità di problem-solving grazie all'interazioni tra pari.

Conclusioni: la terapia di gruppo in bambini in età pre-scolare, con diagnosi differenti ma tutte classificabili nosograficamente all'interno dei *Disturbi dello Sviluppo*, attraverso il ruolo fondamentale interattivo e integrato dei genitori, permette da un lato una visione più completa del bambino rispetto alle sue potenzialità e vulnerabilità e dall'altro un trattamento precoce che si riflette non solo sul sintomo, ma anche sulla capacità di *comunicazione emotiva* del bambino stesso.

S37 Illustrazione di un intervento integrato di un bambino figlio di migranti

Merlin I. (np), Romanini F. (ps), Lunghini G. (lg)

L'intento di questo lavoro scritto è la presentazione del progetto terapeutico integrato di K, un bambino seguito dall'età di 3 anni e 6 mesi, figlio di migranti, con diagnosi di disturbo evolutivo, articolato in disturbo oppositivo-provocatorio (F 91.3), disturbo di linguaggio espressivo e ricettivo (F 80.2.1) con famiglia lievemente isolata (Z 52.1) (ICD-10).

I genitori nigeriani sono in Italia dal 1999; K è il primogenito di tre figli. I genitori contattano il Servizio per problemi di linguaggio e per un comportamento agitato per il quale viene rifiutato da diverse scuole materne. L'osservazione conferma la difficoltà di K a capire e rispettare le regole, manifestando una ricerca costante dell'attenzione con agiti e pianti. A livello linguistico è esposto alla lingua inglese praticata in famiglia e si esprime con parole frasi; la comprensione non è adeguata. K non è valutabile con nessun test per mancanza di collaborazione; inoltre si manifestano difficoltà a comunicare anche con la famiglia per difficoltà di comprensione linguistica.

Il progetto terapeutico è stato pensato nei termini di: inserimento all'ultimo anno in scuola materna; presenza quotidiana di un insegnante di sostegno; trattamento terapeutico-educativo; colloqui di sostegno con i genitori.

Un importante cambiamento comportamentale ha coinciso con il passaggio dalla scuola materna a alla prima elementare. Successivamente il progetto ha previsto l'intervento integrato di trattamento logopedico intensivo, la presenza di un educatore a domicilio per sostegno scolastico e educativo e l'inizio della valutazione testistica (Leither, W.I.S.C. III, TVL).

Recentemente si è passati a un intervento diluito nei termini di: sostegno alla famiglia, inserimento di K in un gruppo pomeridiano con obiettivi scolastico-educativi, follow-up osservativi periodici, consulenza scolastica.

Da un punto di vista educativo, l'intervento ha permesso l'inserimento scolastico di K e modificazioni stabili del comportamento e del pensiero. Ciò ha promosso l'uso più adeguato e completo del linguaggio e la possibilità di applicarsi negli apprendimenti e di incrementarli. Inoltre è stato possibile somministrare test valutativi, quali Leiter e WISC III, che hanno contribuito a un inquadramento diagnostico più completo.

Tale progetto, contenitivo del bambino e conseguentemente della famiglia, può aver offerto uno spazio al disagio del sistema familiare.

La coppia genitoriale che ha dovuto emigrare dall'Africa all'Italia, è dunque una famiglia esposta ai rischi connessi al processo migratorio. L'osservazione dei movimenti della famiglia nel tempo ha dimostrato che l'iniziale *shock culturale* (Gaza-Guerrero, 1974), è stata la verosimile ragione che ha portato la famiglia a isolarsi e rifiutare contatti interpersonali integrativi sia con italiani che con connazionali e l'apprendimento della lingua italiana. La difficoltà a pensare questa esperienza si è manifestata in K. È stato il suo disagio a far *emergere* (Mahler et al., 1975) la famiglia dal suo isolamento simbiotico-

difensivo, rivolgersi al nostro Servizio e procedere verso quel *riavvicinamento* che ci ha consentito di contenere l'angoscia, significarla, e ha permesso a K di riprendere il percorso evolutivo interrotto.

D38 Primo incontro di gruppo con genitori di bambini con spettro autistico

Nichetti G. (ps), Zucchini E. (np), Borini M. (lg), Ferrari G. (ed), Bega B. (ed)

La diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico apre, nel momento della comunicazione, un baratro emozionale che coinvolge genitori e familiari in genere. Le fantasie emergenti, i dubbi sul futuro, le colpe del passato pesano sui caregiver in un momento in cui i bisogni del bambino in età prescolare sono molti. Poter sollevare le famiglie da alcuni dubbi sulle colpe del passato e sul futuro, aiutarli a comprendere alcuni aspetti del Disturbo dello Spettro Autistico e offrire uno spazio di ascolto e di consulenza informale e condivisa li può aiutare a assumere un atteggiamento costruttivo e adattivo di fronte alle sfide che li aspettano.

Obiettivi	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> • Presentare ai genitori le caratteristiche del Disturbo dello Spettro Autistico e le strategie di intervento diagnostico-riabilitativo del Servizio; • Raccogliere domande e osservazioni per rilevare i bisogni emergenti dei caregiver; • Presentare il gruppo di lavoro; • Favorire la conoscenza e la condivisione dell'esperienza tra caregiver; • Favorire una visione più realistica e differenziata del Disturbo dello Spettro Autistico liberando il campo da pregiudizi e stereotipi frequenti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destinatari: familiari di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico di età compresa tra i zero e i sei anni • Durata: circa tre ore • Programma: Presentazione (Direttore) • Cos'è questa cosa chiamata autismo? (Psicologo) • Perché? perché proprio noi? (Neuropsichiatra Infantile) • Cosa cambia/cosa bisogna fare. (Logopedista) • Discussione libera e conclusioni

L'incontro è stato condotto in modo piuttosto informale, la stanza era stata predisposta con le sedie in circolo per favorire il clima di condivisione e dialogo libero tra famiglie e specialisti. Al termine di ogni intervento è stata offerta la possibilità ai familiari di porre domande e intervenire nella discussione; anche durante gli interventi era comunque possibile interrompere per domande specifiche e mirate. Era stata programmata anche la partecipazione di un genitore che portasse la sua esperienza, ma non è stato possibile realizzarlo per difficoltà organizzative.

CONCLUSIONI La partecipazione numerosa e le molte domande poste hanno confermato la presenza nei caregiver di molti quesiti e dubbi riguardanti la patologia diagnosticata. Gli interrogativi posti vertevano soprattutto su eziologia (la genetica, l'alimentazione, il conflitto di coppia), prognosi (l'inserimento scolastico, la vita adulta), metodologia diagnostica (indagini strumentali e test), riabilitativa e psicoeducativa (gestione dei comportamenti problema). Dall'incontro è emersa la necessità di un momento di confronto tra specialisti e famiglie centrato sulle difficoltà di gestione quotidiana del bambino con Disturbo dello Spettro Autistico. I genitori infatti hanno sottolineato il bisogno di indicazioni pratiche e funzionali che siano di supporto alla quotidianità. In questo si ravvisa l'utilità di un percorso grupale come esperienza di condivisione e confronto tra famiglie con problematiche simili. Le famiglie hanno inoltre particolarmente apprezzato l'accento posto sulle differenze individuali nei bambini con disturbo dello spettro autistico.

R39 Considerazioni di popolazione e di utenza nelle stime sulla disabilità

Palazzi S. (np)

Percorsi per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggiore età sono richiesti dai Comuni del Distretto Centro Nord per la programmazione socio-assistenziale per mantenere una qualità adeguata, il rinnovo delle risorse e la riduzione degli sprechi. Combinando opportunamente le statistiche di utenza di Smria con i dati demografici dei Comuni ci si può orientare sul quesito se aumenti la prevalenza di giovani che necessitano di risorse socioassistenziali.

Da almeno il 2000 le popolazioni dei Comuni italiani devono tener conto di nuovi fattori che incidono sul loro bilancio demografico: minor mortalità, ripresa della natalità, nuovi afflussi migratori, maggior incidenza e sopravvivenza di nati prematuri, traumatizzati cranici e portatori di handicap, e possibile incremento d'incidenza dell'autismo e di altri disturbi caratterizzati da non autosufficienza.

In Emilia-Romagna, come in altre regioni, la spesa per la disabilità si ripartisce tra Ausl, Comuni e famiglie. Ne conseguono negoziazioni locali e talora nei tribunali. Là dove la famiglia non arriva, le quote clinico-sanitarie e socio-assistenziali si distribuiscono in base a chi è più convincente. In mancanza di direttive specifiche, lo stesso caso può essere *sociale* o *sanitario* a seconda della località di residenza (*postal code lottery*).

Metodologicamente è sufficiente un foglio elettronico con i dati di popolazione e di utenza per integrare con una media aritmetica una *stima demografica* (1% della popolazione di ciascuna coorte di età) e una *stima epidemiologica* (10% dei pazienti di neuropsichiatria infantile di ciascuna coorte di età). Per prudenza, a livello di Comune si arrotonda per eccesso (es., 0,1 = 1), ma gli arrotondamenti non sono sommati nel totale provinciale.

Risulta che nella provincia di Ferrara la popolazione <18 anni va da 16000 nel capoluogo a meno di 100 a Masi Torello, con media 1700 e mediana 666 - quest'ultimo valore essendo quello che non raggiunto dalla metà dei Comuni. Il numero di cartelle aperte di Smria vanno da 1293 a 13 – nei medesimi Comuni – con valore medio e mediano rispettivamente di 146 e 57. I risultati della stima per Comune, relativamente ai nuovi 18enni con disabilità grave, per i prossimi tre anni sono riportati nella tabella seguente.

Residenza	Popolazione			Utenza	Stime		
	M	F	TOT	Cartelle	H2010	H2011	H2012
CNc Berra	308	275	583	48	1	1	1
CNc Copparo	974	909	1.883	172	2	2	2
CNc Formign.	165	162	327	31	1	1	1
CNc Jolanda di S.	201	164	365	37	1	1	1
CNc Ro	183	167	350	25	1	1	1
CNc Tresigallo	272	254	526	52	1	1	1
CNf Ferrara	8.218	7.583	15.801	1293	8	8	9
CNf Masi Tor.	50	46	96	13	1	1	1
CNf Voghiera	248	214	462	40	1	1	1
OV Bondeno	977	867	1.844	124	1	1	2
OV Cento	2.764	2.321	5.085	498	3	3	3
OV Mirabello	208	229	437	30	1	1	1
OV Sant'Agost.	554	574	1.128	88	1	1	1
OVf Poggio R.	719	653	1.372	104	1	1	1
OVf Vigarano M.	491	459	950	73	1	1	1
SEc Codigoro	720	645	1.365	151	1	1	1
SEc Comacchio	1.698	1.516	3.214	269	2	2	2
SEc Goro	255	245	500	42	1	1	1
SEc Lagosanto	299	296	595	51	1	1	1
SEc Massa Fisc.	218	205	423	46	1	1	1
SEc Mesola	639	583	1.222	62	1	1	1
SEc Migliaro	118	98	216	25	1	1	1
SEcp Migliarino	233	161	394	46	1	1	1
SEp Argenta	1.455	1.403	2.858	243	2	2	2
SEp Ostellato	390	346	736	71	1	1	1
SEp Portom.	764	693	1.457	154	1	1	1
Totale	23121	21068	44189	3788	21	23	25

In conclusione, si stima che nella provincia di Ferrara vi siano 21 diciottenni con grave disabilità nel 2010, 23 nel 2011 e 25 nel 2012. Il trend appare dunque in aumento. Questo tipo di stima va però corretto sulla base di una definizione più precisa di persona disabile.

- Wazana A, Bresnahan M, Kline J. The autism epidemic: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46: 721-730
- Rutter M. Commentary: Fact and artefact in the secular increase in the rate of autism. *Int J Epidemiol*. 2009 Sep 7.

R40 Inserimenti residenziali e semiresidenziali (primo semestre 2009)

Panarello S.

Questo studio nasce dalla necessità espressa dal Piano attuativo di salute mentale regionale (2009-11) di *avviare un'attività straordinaria di valutazione* degli utenti inseriti e di *verificare l'appropriatezza della permanenza in tali strutture*. Gli obiettivi di questo studio sono i seguenti: descrivere i ricoveri programmati di Neuropsichiatria dell'infanzia-adolescenza (Npia) in una provincia della Regione Emilia Romagna (variabili socio-demografiche e variabili diagnostico-funzionali rispetto all'inserimento), analizzare l'appropriatezza degli inserimenti in strutture per utenti di Npia e sperimentare una base di verifica clinica per il controllo dell'andamento dei pazienti a distanza.

Metodi (v. anche tesi di laurea anno accademico 2008-09)

Criteri d'inclusione: pazienti in carico al servizio di Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia-Adolescenza (Smria) di Ferrara (regione Emilia-Romagna) nel periodo 01/01/09-30/09/09 di età < 19 anni inseriti in strutture residenziali (R) o semiresidenziali (SR). Non è stata attuata alcuna esclusione diagnostica.

La raccolta dei dati è stata effettuata con l'utilizzo di una griglia di verifica clinica, suddivisa in varie sezioni: dati demografici, struttura d'inserimento e sue caratteristiche, tipologia e distanza della stessa dal comune di residenza, diagnosi ICD-10 e formulazione diagnostica, classificazione di ogni caso clinico a seconda della problematica prevalente al momento dell'inserimento, quindi se maggiormente connessa alla disabilità (Dis) e/o alla psicopatologia (Psi), tipo di finanziamento (se proveniente da fondo sanitario o sociale), data di ammissione e di dimissione, scopo e causa di ammissione, presenza di un supplemento di assistenza o meno, condizioni cliniche attuali e note cliniche rilevanti, terapia farmacologica, piano terapeutico, piano educativo, piano di dimissione e durata dell'inserimento. Le informazioni sono state raccolte con diversi metodi: partecipazione a riunioni delle unità di valutazione multidisciplinari ed incontri con i genitori, visite alle strutture e ai coordinatori di struttura, colloqui con il referente specialistico del caso e/o con il referente di struttura, raccolta di dati riguardanti gli utenti dalle cartelle cliniche dello Smria e delle strutture e, infine, raccolta di dati riguardanti le strutture dai siti internet di ognuna.

Sono state utilizzate scale nominali per connotare le caratteristiche sociodemografiche del campione: la famiglia (se tradizionale o meno), ovvero lo stato di convivenza effettivo, l'origine geografica della famiglia, il ceti (inteso come status socio-economico, espresso dalla media tra punteggi di scolarizzazione e di professione di ciascun componente del nucleo familiare e dal tenore complessivo dell'abitazione) e il livello d'urbanizzazione del comune di residenza (con il genere sessuale, variabili f.o.c.u.s.).

Ogni soggetto studiato è stato valutato con la C-GAS (Children's Global Assessment Scale), una scala numerica (da 1 a 100) usata per misurare la compromissione funzionale di ragazzi di età < 19 anni. Inoltre sono state create due scale di tipo Likert con le quali è stato attribuito un punteggio numerico (da 1 a 6) all'appropriatezza dell'inserimento (considerando vari parametri, come: età e patologie prevalenti degli altri utenti, aspetti logistici, clima relazionale, formazione e competenza degli operatori della struttura percepita dai referenti clinici del paziente, proporzione tra attività clinico-riabilitative e attività "riempitive") e all'andamento clinico dell'utente nel periodo d'inserimento, inteso come cambiamento della sintomatologia neuropsichica e del benessere globale del paziente. I punteggi delle scale di tipo Likert e della C-GAS, insieme ai dati clinici e socio-demografici della casistica studiata, sono stati discussi insieme agli 8 specialisti referenti dei casi, appartenenti alle rispettive sedi Smria di Ferrara, Cento, Codigoro, Copparo e Portomaggiore.

Risultati, discussione e conclusioni erano ancora incomplete all'epoca della Conferenza di servizio. La tesi, conseguita a novembre 2009, è poi stata pubblicata nel 2010 dalla rivista italiana di psichiatria dell'infanzia-adolescenza con il contributo di altri Autori appartenenti a Smria.

D41 Comportamenti problema nell'autismo: un'esperienza del Distretto di Smria Sud-Est

Polmonari A. (ps), Emanuelli F. (np)

È un bambino dell'età di otto anni affetto da una grave forma di autismo. Non ha sviluppato il linguaggio verbale e anche la sua comunicazione non verbale è priva di gestualità referenziale. È spesso rinchiuso nelle sue stereotipie motorie che lo impegnano in oscillazioni massive e ritmate con tutto il corpo e si procura stimolazioni sensoriali attraverso la compressione laterale del bulbo oculare che provoca flash luminosi fonte di piacere. Ama far ruotare o sbattere collane di perle infilte dalle quali non si separa mai spontaneamente.

Scarsissima è la sua intenzione comunicativa. Anche quando desidera intensamente qualcosa, non ha organizzato il modo di chiedere aiuto all'adulto per attivarlo in modo stabile. Nei suoi momenti di crisi è difficilmente raggiungibile e consolabile. Durante le frequenti crisi di elevata intensità si sdraia per terra incontenibile. Le sue urla e i suoi pianti sono scatenati da situazioni spesso imprevedibili o di difficile comprensione nella loro valenza comunicativa e nelle sue esplosioni di agitazione psicomotoria non mancano gesti autolesionistici quali lo sbattere la testa per terra o urtare parti del corpo contro pareti o pavimento. Unici modi per contenerlo sperimentati con successo erano il prenderlo in braccio facendolo girare o lo sdraiarsi accanto a lui da parte dell'operatore e avvolgerlo fisicamente in un abbraccio contenitivo ma non costrittivo che aveva la funzione di calmarlo. Altre volte il bambino manifesta il suo bisogno di contatto fisico arrampicandosi sull'operatore e dondolandosi su di esso. Queste "coccole", seppur funzionali al contenimento della crisi, non erano inseribili in un percorso evolutivo di crescita e di

svincolo e potevano rafforzare e mantenere i comportamenti problema per la componente di piacere sensoriale che veniva così rinforzata.

Finalità: introdurre una strategia che permettesse al bambino di comunicare il suo desiderio di contatto fisico liberandolo dalla necessità di esprimere il comportamento problema per attivare questo tipo di risposta da parte dell'adulto. Collocare questa strategia all'interno della routine di lavoro quale elemento motivante all'interno del suo training comunicativo.

Metodi Si è deciso di introdurre l'uso di un oggetto che potesse essere stabilmente presente nei momenti di contatto fisico e di coccole all'interno delle sedute di trattamento in modo da poter essere associato a essi. È stato scelto un piccolo animaletto di pezza (zebra). Ogni volta che il bambino veniva preso in braccio o consolato era presente vicino al volto dell'operatore e del bambino una piccola zebra di pezza. Dopo alcune sedute l'animaletto è stato collocato con del velcro su di un supporto a parete facilmente raggiungibile dal bambino e, inizialmente aiutato con un prompt in seguito via via sfumato, il bambino prendeva l'animaletto di pezza e lo consegnava all'operatore che lo prendeva in braccio, o lo abbracciava o lo faceva girare come a lui piaceva. Se il bambino metteva in atto comportamenti problema o si arrampicava sull'operatore veniva direzionato all'animaletto di stoffa e solo dopo la consegna di questo all'operatore poteva usufruire delle coccole.

Risultati: dopo un breve training il bambino ha imparato a comunicare in modo più funzionale il suo desiderio di essere preso in braccio. L'animale di pezza ha assunto esso stesso una funzione consolatrice. Infatti in caso di crisi o di messa in atto del comportamento problema era sufficiente avvicinare al volto del bambino l'animaletto che lui in poco tempo smetteva di piangere, si rasserenava e ricominciava l'attività interrotta. In breve tempo gli episodi di crisi si sono ridotti sia di intensità che in numero, tanto che al momento è da molto tempo che non si manifestano più in seduta.

Conclusioni Questa esperienza ci ha insegnato a comprendere all'interno del training anche gli aspetti legati alle emozioni. Abbiamo sperimentato come la corretta lettura dei vantaggi secondari attivati dal comportamento problema sia fondamentale per giungere al superamento dello stesso. Ci ha rinnovato nello sforzo autoriflessivo di analisi delle componenti attivate dall'operatore all'interno della complessa interazione con un bambino gravemente autistico.

D42 Screening per i disturbi specifici di apprendimento

Sitta A. (lg), Miani E. (lg), Marchetti C. (lg), Zeriola L. (ps)

Nell'attività di collaborazione fra Direzioni Didattiche e Azienda USL del Distretto Sud-Est è nata l'esigenza di individuare uno strumento per rilevare i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e attuare un intervento precoce di prevenzione. In questo ambito territoriale era ancora poco consolidata e sistematizzata, nel mondo della scuola, la conoscenza di tali disturbi e la consapevolezza delle risorse e competenze che tale istituzione possiede per poter intervenire adeguatamente rispetto a difficoltà specifiche legate all'apprendimento. Inoltre era necessario definire criteri efficaci per stabilire la necessità e la modalità d'invio appropriato al Servizio dei bambini con difficoltà scolastiche oppure la possibilità di un intervento da parte della scuola stessa. Lo screening è risultato lo strumento adeguato per valutare un ampio gruppo di alunni in poco tempo, nelle classi seconde della Scuola Primaria. È in questa fase evolutiva che è possibile fare una diagnosi corretta, così come definito anche dal Protocollo DSA redatto dal nostro Servizio.

Il progetto nasce nel 2002 e si articola in diverse fasi:

-
- 1) individuazione da parte di una logopedista del Servizio e della Scuola, delle prove di lettura, scrittura, calcolo da utilizzare nel corso dello screening in modo da poter valutare le abilità di base
 - 2) somministrazione dello screening da parte di personale specializzato della Scuola entro il 1° quadrimestre della seconda classe. La somministrazione viene effettuata in parte in classe in modo collettivo a tutti gli alunni e in parte individualmente a ogni bambino
 - 3) supporto dello Smria alla correzione e analisi delle prove con distinzione fra bambini con punteggi di Richiesta di Attenzione (-1 deviazione standard), da sottoporre a interventi finalizzati scolastici, e bambini cosiddetti a rischio con punteggi di Richiesta di Intervento Immediato (-2 DS), da inviare al Servizio per approfondimenti diagnostici e interventi riabilitativi mirati.
 - 4) restituzione finale dei risultati dello screening alle insegnanti delle classi coinvolte, in presenza della Responsabile del Servizio al fine di evidenziare le caratteristiche specifiche delle difficoltà
 - 5) formazione per le insegnanti sui DSA, con le Logopediste e una Psicologa del Servizio.
-

RISULTATI: lo screening è stato somministrato dall'anno scolastico 2002-2003. Inizialmente ha partecipato una sola direzione Didattica (Mesola), con 51 alunni. Negli anni successivi si sono aggiunte progressivamente altre 3 direzioni (Codigoro, Comacchio, Ostellato), con un numero totale di 398 alunni nell'ultimo anno scolastico 2008-09. Nel corso dei 7 anni in cui è stato somministrato lo screening sono state apportate modifiche e migliorie al fine di ottenere procedure più puntuali, per garantire un'adeguata individuazione dei bambini a rischio e una riduzione significativa degli invii impropri al Servizio.

In seguito a questo percorso d'intervento condiviso per i DSA, gli insegnanti stanno conseguendo una maggiore capacità e competenza nell'affrontare in ambito scolastico le difficoltà di apprendimento e il servizio di Smria riesce a finalizzare maggiormente il proprio ruolo clinico.

CONCLUSIONI: la riduzione degli invii impropri ha portato benefici alle famiglie, evitando un percorso diagnostico laddove non necessario, e al Servizio che ha visto una riduzione delle segnalazioni da parte della scuola che non sempre conduceva alla diagnosi di DSA. Nell'ultimo anno si è costituito un gruppo di lavoro fra le varie Direzioni Didattiche per favorire il confronto e l'uniformazione tra le realtà di un territorio molto frammentato.

La sede di Smria sud-est sta assumendo un ruolo facilitatore nella condivisione di conoscenze e bisogni sia a livello di incontri fra dirigenti scolastici e del servizio sia a livello di gruppi di lavoro e di approfondimento.

S43 L'attività del Centro contro la violenza all'infanzia

Soavi G. (ps), Cavallini A. (ps), Pinna A.

Casistica: Bambini e adolescenti presunte vittime e vittime di violenza (maltrattamento fisico e psicologico grave, violenza sessuale, violenza assistita) segnalati dalle Equipe territoriali (Asp-Smria), e da altri Enti o Istituzioni (scuola, magistratura, ospedali, ecc.) al Centro contro la violenza all'infanzia di Smria

Obiettivi: Illustrare la casistica che afferisce al Centro e le metodologie d'intervento, sviluppate, di valutazione e trattamento terapeutico ai bambini e agli adolescenti vittime di violenza, ai minori autori di violenza e ai genitori non abusanti, e nell'ottica dell'integrazione fra competenze diverse nell'accompagnamento e tutela nel percorso giudiziario dei minori vittime.

Metodi Il fenomeno della violenza all'infanzia è complesso e va affrontato in una dimensione multiprofessionale. La descrizione organizzativa, i dati sulla casistica e sull'attività svolta, che il Centro ha raccolto in questi anni, offrono uno spaccato dell'entità del fenomeno nella nostra realtà provinciale, degli interventi e delle buone prassi in atto e di quelle da migliorare e perfezionare.

Tipologie d'intervento	Percorsi clinici
Consulenza specialistica sociale, psicologica, legale ai colleghi, alle istituzioni, ecc. nelle situazioni di rischio o danno conclamato	Diagnosi differenziale di abuso o maltrattamento
Presenza in carico delle situazioni: rilevazione, valutazione, protezione e trattamento dei minori vittime di violenza e dei minori autori	Valutazione del trauma Intervento di riparazione sul trauma
Accompagnamento tutelante del minore nel percorso giudiziario con sostegno nelle audizioni	Interventi di sostegno psicologico sui minori autori di abuso, sui fratelli delle vittime, sul genitore o famigliari protettivi
Difesa legale del minore vittima nei casi di conflitto d'interesse con i genitori	
Consulenza legale agli operatori e alle famiglie	

Risultati-conclusioni Il Centro ha lavorato in questi anni nell'ottica di garantire il diritto alla salute e alla cura in particolare a chi ha sperimentato situazioni traumatiche in famiglia e necessita per ridurre la cronicizzazione del disagio di interventi precoci, efficaci e specialistici. Le competenze acquisite negli anni dal Centro rappresentano un supporto all'attività di tutti i colleghi dello Smria, con cui lavora in stretta collaborazione, e un servizio offerto a tutta l'utenza.

S44 La doppia valutazione nei percorsi di tutela infanzia-adolescenza

Soavi G. (ps), Cavallini A. (ps), Corticelli P. (ps), Guadagnino C. (ps), Biondi M.V. (ps), Aleotti G. (ps), Bonfante M.C. (ps), Andreghetti M.L. (ps), Giacomazzi F. (ps)

Casistica: situazioni segnalate dal Servizio Sociale, nella maggioranza dei casi su mandato dell'Autorità Giudiziaria Minorile e/o Ordinaria

Obiettivi: Illustrare le metodologie d'intervento sviluppate nella "doppia valutazione" dei rischi e dei danni psicologici sullo sviluppo dei figli e della recuperabilità della genitorialità disfunzionale nelle varie tipologie (genitori tossicodipendenti, maltrattanti, conflittuali).

Le acquisizioni più recenti in termini di benessere e salute in età evolutiva portano all'integrazione delle competenze e conoscenze sulla valutazione di genitori disfunzionali nelle situazioni in cui si manifesta disagio e si viene a contatto con una genitorialità sofferente e inadeguata che esprime vari livelli e gradi di problematicità (condotte trascuranti, maltrattanti e abusanti, spesso associate a problemi psichiatrici, uso di sostanze, ecc.) con rischio o danno sull'evoluzione psico-fisica. La valutazione dei contesti si inserisce quindi in un'ottica di tutela nella misura in cui si individuano condizioni di rischio per la sua crescita e, quanto più precocemente possibile, si mettono in atto interventi di riparazione e sostegno.

Metodo e strumenti: esposizione del modello clinico attraverso la descrizione delle fasi dell'intervento e dei contesti coinvolti, nell'ottica di un'attività integrata con altre professionalità.

Il percorso valutativo diagnostico	La valutazione del danno sul bambino per intraprendere successivamente percorsi di cura La valutazione della genitorialità per individuare la recuperabilità
Le fasi dell'intervento:	Sul bambino: valutazione del disagio e dell'eventuale danno del bambino con strumenti psicodiagnostici (colloqui clinici, osservazione, test, ecc) a seconda dell'età, con richieste eventuali di collaborazione con altre professionalità (NPI, ecc.) Sui genitori anamnesi personale, analisi delle relazioni di coppia, delle relazioni con le famiglie d'origine, qualità della relazione genitori-figli, stili educativi, valutazione della recuperabilità (la disponibilità a collaborare coi servizi, a ricevere sostegno e alla motivazione al cambiamento) attraverso il genogramma, colloqui clinici, test, confronto con altri elementi provenienti dall'esterno (es. collaborazione con il Sert, ecc.)

Analisi degli esiti da correlare con la valutazione sul bambino Programmazione dell'intervento di recuperabilità; Verifica del progetto in equipe (psicologo. Assistenti sociale, altre figure coinvolte)

Riferimenti teorici: Nella comprensione della complessità delle situazioni è utile integrare diversi tipi di lettura: L'intreccio fra i fattori di rischio e protezione; L'ottica sistemico-relazionale; La teoria dell'attaccamento.

Risultati/conclusioni: Proporre un modello clinico di intervento sulla tutela del rischio evolutivo nei figli nelle famiglie disfunzionali. Il lavoro sulla recuperabilità genitoriale può ridurre i rischi di cronicizzazione del disagio infantile.

D45 Certificazioni dei disturbi specifici di apprendimento nel quinquennio 2003-09

Stoppa E. (ps), Andreotti A. (ed), Arvieri E. (lg), Mascellani F. (lg), Valenti R. (lg)

La Legge Regionale 4/2008, in applicazione del DCM 185, individua congiuntamente alla circolare del 30/12/2008 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, i criteri applicativi e le modalità per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di Disabilità o Handicap. Nella stessa circolare è inserito un allegato che indica le categorie diagnostiche attraverso le quali operare per questa individuazione. Nell'elenco non figurano i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), anche se una nota a piè pagina lascia aperta la possibilità di certificare situazioni gravi non presenti nelle categorie. Considerate queste premesse, è attuale un dibattito sulla non certificabilità per ottenere l'insegnante di sostegno dei bambini con DSA; anche in recenti circolari scolastiche è evidente questa linea di pensiero.

Lo scopo del lavoro è ottenere una fotografia recente e attuale attraverso l'andamento delle certificazioni negli ultimi cinque anni scolastici dei bambini con DSA. I dati sono forniti in parte dall'Ufficio scolastico provinciale (USP) di Ferrara ed in parte frutto dell'elaborazione del gruppo Aziendale sui DSA che ha prodotto i protocolli diagnostico e terapeutico.

Tabella - Certificazioni dei DSA per anno e ordine di scuola:

Anno	Ordine di scuola	n° certific. DSA	% in comorbilità	% DSA su tot. certific.	% DSA su tot. Iscritti
2004-05	Primaria	54	33,3	19,7	0,49
	Secondaria I°	60	58,3	26	0,85
	Secondaria II°	49	40,8	25	0,38
2005-06	Primaria	44	31,8	13,7	0,39
	Secondaria I°	58	70,6	24	0,83
	Secondaria II°	50	50	23	0,38
2006-07	Primaria	46	21,7	14,1	0,39
	Secondaria I°	83	50,6	31	1,23

	Secondaria II°	75	52	30	0,67
2007-08	Primaria	61	19,6	16,8	0,51
	Secondaria I°	98	40,8	32	1,4
	Secondaria II°	89	47,1	33	0,66
2008-09	Primaria	56	19,6	15,4	0,46
	Secondaria I°	115	33,9	35	1,59
	Secondaria II°	107	51,4	35	0,77

Conclusioni I dati mostrano che la popolazione certificata per DSA è rilevante e quindi meritevole di riflessione e approfondimenti clinici e organizzativi. Segnaliamo il dato che vede aumentare la percentuale di certificazioni aumentando il grado di istruzione, con un picco relativo alla Scuola Secondaria di I°. A queste variazioni contribuisce un fattore clinico legato al variare del manifestarsi del disturbo relativo alle più complesse richieste scolastiche e un fattore più organizzativo, legato alla minor flessibilità della scuola Secondaria nel rispondere a queste difficoltà con una maggior propensione all'insuccesso scolastico.

L'altra evidenza dei dati è legata alla percentuale di comorbilità. Anche qui si assiste all'aumento della percentuale con l'aumentare dell'età, confermando l'ipotesi che i bambini con Disturbo di Apprendimento sono più vulnerabili. Le diagnosi accessorie sembrano seguire i dati della letteratura che indicano in Disturbi di tipo Internalizzato (disturbo d'ansia, bassa autostima, depressione) e Disturbi Esternalizzati (disturbi del comportamento, della condotta, dell'attenzione e iperattività). Questi dati hanno una biforcazione sulle conseguenze e indicano delle necessità: da un lato favorire la flessibilità della scuola come luogo di welfare che accoglie e sostiene i ragazzini con disabilità di apprendimento e dall'altro, più clinico e riabilitativo, cercare di attivare la diagnosi certa e una maggior presa in carico riabilitativa.

- Legge 104/92
- Percorso di Certificazione Medico Legale per l'integrazione scolastica di alunni disabili ex L104/92 e LR 4/2008 Direzione Generale RER 30/12/2008.

S46 L'elaborazione delle informazioni nei disturbi specifici di apprendimento

Vannoni I. (ps), Stoppa E. (ps), Mascellani F. (lg), Costa B. (ps)

Obiettivo di questo lavoro è stato quello di esplorare la capacità di elaborare informazioni, risolvere ambiguità e esprimere messaggi precisi e pertinenti da parte di bambini con Disturbo Specifico di Apprendimento. Spesso infatti le insegnanti lamentano difficoltà per questi bambini a selezionare informazioni efficaci nello studio e nelle interrogazioni.

Lo studio è stato condotto su un gruppo di 19 bambini frequentanti il secondo ciclo della scuola elementare, suddivisi per classe. Tutti presentano una diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (F81.0, F81.1 e F81.3). Ai soggetti coinvolti è stata somministrata la *Prova di Comunicazione Referenziale (PCR)* di Camaioni L., Ercolani A.P. e Lloyd P. (1995), la quale consente di valutare la capacità del bambino di mettere in relazione messaggio, significato e referente. La prova si compone di 30 items, corrispondenti a altrettante tavole raccolte in un quaderno (fornito in due copie identiche, una per il soggetto e l'altra per l'esaminatore) nelle quali vengono rappresentate serie di figure disegnate a colori (il ricorso a materiale figurato permette di effettuare una valutazione non direttamente inficiata dallo specifico disturbo dei soggetti campione). Sono valutate la capacità del soggetto come "ascoltatore" di rispondere a messaggi inadeguati risolvendone l'ambiguità, la capacità di rispondere a messaggi adeguati, cioè completamente informativi e la capacità come "parlante" di produrre messaggi informativi.

Nel ruolo di *ascoltatore* riceve messaggi inadeguati e viene attribuito un punteggio che valuta se il soggetto rileva o meno l'ambiguità del messaggio e *come* identifica l'attributo o gli attributi mancanti.

Per gli items in cui è nella condizione di *parlante* è stato rilevato l'uso di *elementi ridondanti*, ovvero dettagli che non differenziano la figura bersaglio dalle altre all'interno di una tavola. La citazione di questi elementi segnala la difficoltà del bambino nell'operare confronti tra le figure e nell'identificare le caratteristiche criteriali della figura bersaglio, fornendo messaggi inadeguati.

Tabella - Punteggi alla PCR dei bambini suddivisi per classe

Terza elementare	Sx	Ascoltatore	Parlante	Ridondanza		Punteggio positivo	Punteggio negativo
V.	F	39	28	2/13			
Ali.	F	36	25	3/13	Ascoltatore	83 %	17 %
Ma.	M	53	35	-	Parlante	50 %	50 %
G.	F	23	24	6/13			
Mi.	M	43	30	4/13			
Ale.	F	57	30	3/13			
Quarta elementare	Sx	Ascoltatore	Parlante	Ridondanza		Punteggio positivo	Punteggio negativo
San.	M	46	26	8/13			
D.	M	47	30	5/13	Ascoltatore	83 %	17 %
Mi	F	36	28	4/13	Parlante	17 %	83%
L.	F	53	27	5/13			
Sar.	F	32	23	6/13			
A.	F	54	32	4/13			
Quinta elementare	Sx	Ascoltatore	Parlante	Ridondanza		Punteggio positivo	Punteggio negativo
Gi.	M	55	28	3/13			
Mar.	M	46	30	4/13	Ascoltatore	86 %	14 %
P.	M	53	29	4/13	Parlante	14 %	86%
S.	F	57	32	-			
A.	F	53	29	3/13			
Mas	M	45	29	4/13			
Ga.	F	35	22	3/13			

È evidente la discrepanza tra le performances nei due differenti ruoli. Infatti se per quanto riguarda il ruolo di “ascoltatore” non si sono registrate differenze rilevanti rispetto alla norma, la componente “parlante” (quando cioè devono essere fornite informazioni incisive e pertinenti) è risultata assai più insidiosa per i soggetti in esame. Per ridondanza e per non identificazione di attributi criteriali, la capacità di organizzare il lavoro e l’esaustività informativa sono decisamente non adeguate. Sottolineiamo la mancanza di un salto di qualità tra la performance di terza e quella di quinta. È ipotizzabile un mancato “controllo” del materiale informativo e un deficit strategico nell’analisi dello stesso. È doveroso ricordare che il gruppo su cui è stato condotto lo studio è ridotto, pertanto si possono evincere linee di tendenza e non certezze, se questo fosse però confermato indicherebbe strade riabilitative interessanti.

A ulteriore approfondimento dello studio esposto sarebbe interessante verificare se le medesime difficoltà riscontrate nei DSA si riscontrino anche in soggetti con pregresso disturbo del linguaggio che non abbia esitato in DSA o in bambini con altre problematiche, allo scopo di appurare in che misura la difficoltà nell’elaborazione del materiale informativo abbia una specifica correlazione con il DSA.

- Camaioni L., Ercolani A.P., Lloyd P., 1995, PCR *Prova di comunicazione Referenziale*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Riccio M., Capacità di comunicazione referenziale e disturbo Specifico di Apprendimento (DSA). Confronto tra bambini con DSA e bambini normali in età scolare, *Psicologia clinica dello sviluppo*, a. II, n. 2, agosto 1998.
- Vannoni, I (2006) Tesi di Laurea in Logopedia: *L’elaborazione delle informazioni nei bambini con Disturbo Specifico di Apprendimento*.

S47 La consulenza-continuità ospedale-territorio: da atipia a necessità

Stoppa E. (ps), Coatti L. (ft), Contrino L. (ed), Mascellani F. (lg), Nichetti G. (ps), Vacca T. (ps)

Nel contesto organizzativo di Smria è stata prevista una struttura semplice, o modulo organizzativo, inizialmente atipico, retto da uno psicologo, che ha per *mission* la sistematizzazione delle relazioni con le strutture ospedaliere. Percorsi appropriati ospedale-territorio assicurano continuità assistenziale, fluidità, trasparenza e personalizzazione degli atti e dei tempi come elementi importanti dentro il percorso malattia-cura. Nell'organizzare detti percorsi si scoprono rapporti e conoscenze tra mondi talvolta divisi, anche culturalmente, avviando positività e rispetto reciproco.

Accanto agli aspetti metodologici dei percorsi suggeriti dalle esigenze di volta in volta manifestate, un obiettivo è quello di assicurare consulenze cliniche su casi che presentino bisogni neuropsichiatrici, psicologici o più complessivi, con il coinvolgimento anche di personale tecnico-riabilitativo, all'interno degli ospedali. Un altro obiettivo è quello di assicurare alla S.C. Smria una fonte ospedaliera di approfondimenti clinico-strumentali in regime di continuità assistenziale talvolta protetta, restando l'ospedale un filtro inesauribile di vita e di narrazioni esperenziali, sulle quali è possibile avviare percorsi preventivi di salvaguardia e sviluppo della salute mentale.

I dati, all'interno di un contesto attuale di elaborazione parziale (il prodotto "consulenza" non è molto dettagliato nel Sistema Informativo adottato, non tutte le consulenze o i rapporti con l'ospedale sono registrati) fotografano una realtà polimorfa con tre ospedali coinvolti (S. Anna, Delta, Cento), 12 reparti interessati (alcuni con iniziative strutturate, altri con interventi più occasionali), 7 percorsi organizzati con procedure che stanno per essere verificate nella loro efficacia tra i livelli dirigenziali Smria e i responsabili dei vari reparti (tra questi, 2 progetti con respiro più ampio: psiconcologia e terapia intensiva neonatale, e infine 4 progetti più complessi ancora allo studio (ADHD, neurodiagnostica, emergenza-urgenza, disturbi del comportamento alimentare).

Le verifiche di efficacia potranno confermare o smentire un'impostazione di rapporti imprescindibile per un Servizio come Smria che deve coniugare esigenze diverse di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, e che in questo l'Ospedale può essere partner indispensabile oltre che utile completamento per bisogni di approfondimento clinico della Smria stessa. In ogni caso importanti e necessarie sono le *consulenze* individuali, su gruppi e sull'organizzazione, che possono essere messe in campo in un'ottica di *psicologia e neuropsichiatria di liaison*. Bambini e adolescenti colpiti da malattie specifiche, ricoverati o alti frequentatori di reparti sempre più tecnologizzati e segmentanti, insieme ai loro genitori, necessitano sempre più di difesa dallo stress, così come certe organizzazioni, ed è pertanto importante la disponibilità organizzata del personale della Salute Mentale.

- Grassi L., Gritti, P., Rigatelli, M., & Gala, C. (2000). Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *European Journal of Cancer*, 36, 579-585.
- Rigatelli, M. & Ferrari, S. (2000). Teaching and training in the psychiatric-psychosomatic consultation-liaison setting. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 219-226.

R48 Utenti di Smria nati sotto i g 1500 transitati in terapia intensiva neonatale

Stoppa E. (ps), Vacca T. (ps), Lamponi C. (ed)

Negli ultimi vent'anni si è assistito ad un enorme progresso nell'assistenza ai neonati prematuri, che ha ridotto notevolmente la mortalità di questi bambini. L'attenzione è attualmente rivolta quindi in misura maggiore ai *rischi* che possono caratterizzare il loro sviluppo, per quanto riguarda sia possibili danni neurologici, sensoriali e ritardi gravi, sia problemi legati al piano funzionale, comportamentale e psico-affettivo (Coppola & Cassibba, 2004).

È per questo che, come recentemente dimostrato da Reece e collaboratori (2002), la creazione di un programma di servizi di supporto ai genitori e di *follow-up* per i bambini in Terapia Intensiva Neonatale può portare alla riduzione delle complicanze legate alla nascita pretermine, traducendosi anche in una minore richiesta ai Servizi nelle età successive del bambino.

All'interno della cornice culturale e organizzativa sviluppata attraverso:

- il Documento del 4/03/08 del Ministero della Salute relativo alle "Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse";

- il Documento della Giunta della Regione Emilia Romagna “Direttive alle Aziende sanitarie in merito alla programmazione del percorso nascita 2008”;
- la costruzione del Dipartimento Integrato del DSM tra Università e Azienda Territoriale;
- la tradizionale collaborazione tra la UO di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e Pediatrica – Dipartimento Riproduzione e Accrescimento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e Smria attraverso il MO Consulenza/Continuità Ospedale Territorio, Dipartimento Salute Mentale dell’Ausl di Ferrara.

ci si è proposti di attuare una verifica congiunta dei casi di neonati con peso <1500 grammi che negli ultimi 5 anni dalla UO di Terapia Intensiva Neonatale sono transitati a diverso titolo ai Servizi Riabilitativi della Struttura Complessa Smria.

La verifica congiunta ha permesso di quantificare il numero dei grandi prematuri che, nel corso dello sviluppo, hanno manifestato disturbi neuroevolutivi e che hanno richiesto un intervento di Smria.

	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
Totale TIN	50	36	56	54	58	254
Ferrara e prov.	23	22	31	16	29	121
Arrivi a Smria	11	9	3	4	3	30
Arrivi <12m	6/11	5/9	2/3	4/4	3/3	18/30

- diagnosi <12mesi: legate al neurosensoriale
- diagnosi >12mesi: legate prevalentemente al funzionamento psicologico (organizzazione specifica e comportamentale)

I dati emersi dalla verifica effettuata appaiono in linea con quanto riportato dalla letteratura scientifica in questo campo. Gli effetti della prematurità sembrano avere una duplice sequela: da un lato risultati di danni strutturali ed immediati sulla vita del bambino e dall’altro conseguenze più dilatate nel tempo attinenti a specificità di disturbi o a elementi comportamentali anche riconducibili alle rappresentazioni dei genitori e all’ambiente. Accanto al consolidamento dell’appropriatezza degli invii, lavorare per diminuire gli effetti di questa seconda sequela è l’obiettivo di un progetto più ampio, che vede la presenza in TIN di psicologi Smria per l’attività di sostegno in reparto e di *follow-up* dei bambini grandi prematuri. Siamo convinti che la presenza, in una fase così critica, di un servizio di Salute Mentale, capace di evidenziare e sostenere le qualità positive delle famiglie sia di grande importanza per supportare e amplificare le loro capacità di *resilienza*, incluse quelle dei bambini al loro interno.

- Camuffo, M. & Costantino, M. A. (2009). Fattori protettivi e promozione della resilienza nel bambino e nell’adolescente. *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, 76, 179-190.
- Coppola, G. & Cassibba, R. (2004). *La prematurità*. Roma: Carocci.
- Reece, E. A., Lequizon, G., Silva, J., Whiteman, V., & Smith, D. (2002). Intensive interventional maternity care reduces infant morbidity and hospital costs. *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine*, 11, (3), 204-210.
- Rolland, J. S. & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Curr Opin Pediatr*, 18, 527-538.
- Rushe, T. M., Rifkin, L., Stewart, A. L., Townsend, J. P., Roth, S. C., Wyatt, J. S., & Murray, R. M. (2001). Neuropsychological outcome at adolescence of very preterm birth and its relation to brain structure. *Dev Med Child Neurol.*, 43, 226-233.

S49 Corpo, mente e... psiche inganna?

Suglia D. (np)

Sovente vengono inviati al servizio, dal pediatra o dall’ospedale stesso, bambini con problematiche di tipo psicologico per una valutazione e eventuale presa in carico. I due casi presentati sono solo gli esempi più recenti della necessità di mantenere durante la raccolta anamnestica e visita un’apertura a 360 gradi e una attenzione alle cause organiche che possono essere all’origine dei disturbi più comuni.

I caso: nato nel 2000. Al momento della segnalazione la richiesta è per *tic* e l’invio è del pediatra. La mamma contatta ripetutamente il servizio perché i *tic* comparsi 1 mese prima si fanno via via ingravescenti e interferiscono con le normali attività. Alla visita anticipata rispetto la data concordata: anamnesi positiva per LES; alcuni episodi di faringite non facilmente databili. I *tic* sono comparsi circa 1 mese prima, sono presenti solo durante la veglia, è insorta contemporaneamente irritabilità. Obiettivamente: movimenti anomali involontari al volto e agli arti dove possono essere sia prossimali che distali più spesso asimmetrici. Contattata la collega ospedaliera si organizza immediato ricovero nel sospetto di Corea Reumatica. È tuttora seguito al S. Anna per questo con profilassi.

II caso: nato nel 1999. Invio da parte della neurologia pediatrica per una psicodiagnostica.

La Collega ha visto il bambino con visita e EEG (risultato nella norma) per sospette crisi epilettiche. Da più di sei mesi presentava frequenti episodi di addormentamento, iperfagia e irritabilità. Anche l'assetto tiroideo e gli esami ematici di routine erano nella norma, in attesa di eseguire la RMN cranio encefalo lo invia per sospetta sindrome depressiva.

SAFA e CDI non confermano tale sospetto ma durante l'esecuzione di tali test il bambino che è molto preoccupato dai suoi sintomi precisa: -episodi di addormentamento pluriquotidiani di 5-10 min; -ipotonia e ipostenia a seguito di risate e forti emozioni, questi riguardano principalmente gli AAI ma anche il capo, le palpebre e la mandibola. Questa precisazione insieme all'EON che testimonia dismetria e difficoltà di equilibrio a occhi chiusi e conferma il dato dell'ipotonia indotta dalla risata orientano per la diagnosi di narcolessia con cataplessia confermata dal Centro del sonno della Clinica neurologica di Bologna, dove viene inviato in accordo con la collega ospedaliera e dove è attualmente seguito con cicli di immunoglobuline ev.

Conclusioni: importante nei *tic* avere sempre come possibilità di diagnosi differenziale le forme attribuibili a PANDAS se non a franca *corea* dovute a streptococco β emolitico, ricordando la possibilità terapeutica non solo con neurolettici ma soprattutto con wycillina o simili.

Ugualmente importante anche a fronte di esami neurologici negativi (EEG e RMN) ascoltare i sintomi e collocarli nella giusta cornice, riconoscendo la sofferenza psicologica come effetto e non causa del problema. Il II° caso è stato infatti molto sollevato nel sentirsi creduto (a scuola lo tacciavano di far lo sciocco). In entrambi i casi la rete con il pediatra e l'ospedale ha permesso di affrontare i problemi in modo tempestivo

Riflessione: Nei casi presentati il momento anamnestico e la visita sia per gli aspetti neurologici che dei vissuti sono stati sovrapponibili e hanno permesso di passare dall'anamnesi alla diagnosi poiché l'ipotesi diagnostica ha aiutato a capire cosa chiedere e quali segni patognomici ricercare nel corso della visita.

D50 Intervista semistrutturata per la presa in carico del deficit mentale profondo

Suglia D. (np)

La *presa in carico* rappresenta idealmente un luogo dove possano essere accolti e considerati i molti problemi sofferti dal bambino con deficit mentale profondo (DMP) e dalla sua famiglia e vengono individuati e proposti gli interventi più idonei per affrontarli e renderli tollerabili. Essa rappresenta l'elemento di continuità dell'intero progetto rieducativo. Soltanto una prognosi dichiarata consente tuttavia di valutare l'utilità e la pertinenza dell'intervento riabilitativo (M. Papini, 92). È esperienza comune che dopo l'investimento "fallimentare" sulla fisioterapia il campo magico da arare diventa quello della comunicazione. La risposta a tale richiesta condiziona il proseguo della presa in carico.

Obiettivi: condivisione tra servizio e famiglia del percorso riabilitativo inerente alla comunicazione. Si parte da chi è il bambino, quali facilitazioni può usare, quale modificabilità è perseguibile, per arrivare a definire quali obiettivi a breve e medio termine e quali sono le risorse note e condivise che il servizio può mettere in campo.

Metodo: somministrazione di una intervista semistrutturata ai caregivers individuata da Cannao-Moretti. Questa intervista può essere utilizzata nel momento in cui ci si attende l'emergenza delle competenze comunicativo linguistiche e/o nel passaggio di grado dal nido alla materna e nei momenti in cui nella presa in carico è utile fermarsi per guardare, pur con occhi diversi, lo stesso bambino al fine di condividere un linguaggio comune e un percorso possibile. Le domande riguardano come il bimbo interpreta i messaggi che provengono dal proprio corpo, come manifesta la comunicazione non verbale all'interno del rapporto fisico, che risposte dà ai momenti di accudimento, se e come ha codificato richiami non- verbali differenziati, se fa attenzione ai suoni, se comprende qualche parola, se ha atteggiamenti autopunitivi, se mostra di accorgersi della presenza degli altri etc. da competenze basse a competenze via via differenziate e complesse.

L'intervista è stata somministrata a 7 care-giver di bambini afferenti al servizio. Per tutti al di là della patologia motoria l'aspetto predominante è il DMP tale da non rendere perseguibili progetti di comunicazione alternativa aumentativa (CAA) dialogica. Spesso le richieste in merito alla logopedia da parte dei genitori sono su due vie: 1) richiesta di aiuto per le prassie orobuccali (movimenti lingua, ipersalivazione, deglutizione con rischio ab ingestis); 2) richieste generiche sullo stimolazione del linguaggio.

Conclusione: La somministrazione di questa intervista si pone, in particolare con i gravi e gravissimi, in continuità con le linee guida per la paralisi cerebrale infantile già in uso nel servizio per il contratto terapeutico. Ha in più il pregio di ascoltare il vissuto dei genitori e di far incontrare in un setting condiviso il bambino reale e quello atteso almeno per quanto attiene alla riabilitazione. Le richieste generiche di logopedia si sono infatti chiarite come richieste di strumenti che aiutino a decodificare i messaggi del figlio o a renderli condivisibili e ampliabili e da queste basi è stato possibile avviare un lavoro comune. L'intervista stessa è poi servita come base per la trasmissione di conoscenza attraverso la compilazione del quaderno in uso presso l'UO integrazione per la scuola.

R51 L'intervento terapeutico in bambini con disturbo della coordinazione motoria

Suglia D. (np), Zucchini E. (np), Nichetti G. (ps), Azzalli D. (ft), Campo S.

A seguito di un corso di formazione aziendale sul campo conclusosi nel settembre 2007, si sono definiti gli strumenti e le modalità più idonee per la valutazione delle disprassie in età evolutiva. Ciò ha portato a un maggior interesse degli operatori di Smria sulla scelta e la messa a punto di metodi e obiettivi dell'intervento terapeutico-riabilitativo.

Se dai test psicometrici di base, differenziati a seconda dell'età (*Bailey, Leiter, Wisc-R*), appare evidente un QI nella norma, ma discrepanze tali da deporre per la diagnosi di disprassia, i referenti inviano al terapeuta i bambini, affinché venga fatta una valutazione più specifica.

Materiali e metodi di valutazione Il terapeuta in un paio di incontri effettua: osservazione informale; somministrazione del test ABC Movement (batteria per la valutazione motoria del bambino); somministrazione del TPV (Test della Percezione Visiva).

A questo punto viene elaborata una relazione scritta con i risultati della valutazione a cui segue l'incontro con il referente che, se lo ritiene opportuno, programma un breve ciclo di trattamento (8-10 incontri).

Lo scopo è di potenziare le abilità del bambino, insegnandogli a integrare schemi motori di base e a raggiungere un maggior controllo simultaneo su di essi.

I bambini per cui è stato previsto un intervento, fino a oggi, sono stati 7 maschi, dei quali 2 di sei anni e 5 di sette anni. Le diagnosi consistevano in *disturbi evolutivi* secondo l'ICD-10 di cui 1 *delle abilità scolastiche*, 2 *specifici misti* e 4 *specifici della funzione motoria*.

Obiettivi dell'intervento: Approfondire il momento diagnostico; Rendere consapevole il bambino delle proprie capacità; Fornire strategie di compensazione e integrazione di schemi motori da utilizzare in più contesti; Proporre attività motorie da utilizzare negli ambienti in cui il bambino vive.

Metodo d'intervento L'intervento consiste in giochi e esercizi fatti preferibilmente con 2 o 3 bimbi accomunati da uno stesso obiettivo da raggiungere. In 2 casi l'intervento era individuale. All'inizio si propongono strategie per promuovere lo sviluppo di alcuni processi motori di base. Le attività vengono organizzate con complessità crescente durante il ciclo di trattamento.

Generalmente si parte dall'esecuzione consapevole di esercizi che richiedono attività motorie omolaterali accompagnate da fasi respiratorie regolari e eseguite in brevi e semplici sequenze di movimento. Durante il trattamento si impostano dei nuovi obiettivi che prevedano l'uso di attività motorie a maggior complessità, schemi crociati e alternati, e aumento della sequenzialità. Questo richiede al bambino la capacità di tenere insieme più informazioni alla volta per eseguire il compito.

Vengono poi utilizzate strategie di *task analysis* in cui le azioni vengono divise nelle parti che lo compongono per essere meglio comprese.

CONCLUSIONI Nei 7 casi da noi trattati, abbiamo potuto notare che i bambini acquisiscono una maggiore consapevolezza delle loro capacità. In termini di *efficacia* si sono avuti riscontri positivi essendo sensibilmente migliorato il comportamento globale dei bambini nei vari contesti di vita (scuola, casa, palestra e ambulatorio).

R52 Movimento e comunicazione

Valenti R. (lg), Chiccoli P. (ft)

Il nostro intervento vuole mettere in luce l'importanza di un lavoro integrato tra fisioterapista e logopedista nel trattamento riabilitativo in età evolutiva. Sfruttando le diverse competenze cliniche e

riabilitative, le modalità di approccio e i materiali della riabilitazione, si ha l'opportunità di affrontare complessivamente le problematiche evolutive, non intervenendo settorialmente e isolatamente sulle singole disabilità.

Il lavoro integrato si è rivelato particolarmente interessante e fruttuoso durante il trattamento di grave patologia neuromotoria con assenza di produzione verbale e di grave disturbo specifico di linguaggio con disprassia.

Metodi: Sono stati adottati alcuni strumenti riconducibili a un progetto di CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa): puntamento di sguardo, risposta sì/no, indicazione di simboli su tabelle di comunicazione, realizzazione di giochi strutturati con l'utilizzo di simboli PCS (Picture Communication Symbols), come a esempio il gioco della tombola, quello dei mestieri muti, i segnali di comando, e il gioco del mimo supportato da simboli.

Obiettivi e Strumenti: Con questo tipo di lavoro si è perseguito il raggiungimento di obiettivi a lungo termine quali la sensibilizzazione ai temi della comunicazione di tutti gli attori coinvolti (operatori sanitari, familiari, minori), esplicitando le varie intenzioni comunicative (bisogni, scelte, richieste, commenti...). Si è cercato di favorire un ampliamento delle possibilità di comunicazione extra-verbale e di individuare le posture più adeguate all'attività da svolgere in modo che il compito risulti il più facilitato possibile. Si è cercato inoltre di incentivare e sostenere la capacità del bambino di comunicare le proprie esigenze e intenzioni di movimento, migliorare le prassie e la manualità attraverso l'utilizzo degli strumenti necessari alla comunicazione quali l'indicazione, la presa fine, il lavoro bimanuale, la costruzione di giochi utili per lo sviluppo delle capacità mimica e gestuale-simbolica a sostegno della prassia ideo-motoria, attraverso materiale figurato e simbolico con possibilità di sfruttare l'imitazione e l'uso diretto di oggetti.

Conclusioni: Durante questo percorso sono emersi due differenti risultati: nel primo caso tale modalità è stata da subito molto gradita alla bambina, la quale ha un buon livello cognitivo e alta intenzionalità comunicativa, ma non dalla famiglia che non ha aderito a questo come a altri progetti riabilitativi; ciò ha comunque consentito di mantenere un più generale contratto riabilitativo che tenta di incidere in tutti gli ambiti di vita. Nel secondo caso, il bambino era in coppia con un coetaneo con sfumati problemi comportamentali e disprassici. Il nuovo stile di interazione è stato compreso, gradito e utilizzato da entrambi. L'estrema regolarità nella frequenza e il buon impegno dimostrato dai familiari ne rivela l'interesse e il gradimento. Si è registrato buon incremento delle possibilità di comunicazione extra-verbale, con discreta abilità a esplicitare bisogni e intenzioni; per ciò che riguarda le prassie, l'evoluzione positiva è stata sostenuta dalle possibilità di imitazione, da una sempre alta motivazione e da un buon impiego del sostegno simbolico.

R53 Censimento delle competenze: formazione desiderata e offerta

Venturoli S., Masina F. (np), Palazzi S. (np)

Scopo: esplicitare tramite la rilevazione il ventaglio delle competenze professionali all'interno del servizio di neuropsichiatria e psicologia infanzia-adolescenza al momento dell'avvicendamento della dirigenza.

Obiettivo specifico: pianificare la formazione desiderata e organizzare la formazione offerta da ciascun operatore, basandosi su aspirazioni dichiarate dagli operatori e necessità del servizio.

Come metodo si sono utilizzati questionari, distribuiti in occasione dell'Assemblea Generale del Novembre 2008 che poi sono stati analizzati manualmente. Si è anche utilizzato Word per ordinare e contare le parole chiave. Infine si è espresso un giudizio di corrispondenza tra competenze dichiarate e richieste espresse.

Risultati: su un totale di 63 operatori coinvolti, sono stati schedati 51 questionari; gli argomenti di formazione maggiormente richiesti sono stati: Autismo, DSL, Disprassia e DDAI (vedi tabella 1) gli argomenti di formazione maggiormente offerti dagli operatori sono stati: DDAI, Autismo, DSA e DSL.

C'è stato un alto coinvolgimento da parte degli operatori nella compilazione dei questionari (53 su 61).

Riguardo alla corrispondenza tra competenze dichiarate e esigenze espresse si è osservato che vi è una netta prevalenza di richieste formative, rispetto alle competenze e che tuttavia le competenze più frequenti sono anche le richieste più frequenti. Vi è comunque una elevata frammentazione di entrambe.

Conclusioni: l'utilizzo del questionario nel momento di avvicinamento è stata un'esperienza interlocutoria che ha portato a far emergere l'iniziativa di *Conferenza di Servizio*.

R54 La lampada di Aladino: riorganizzazione spazi e attività di Smria

Venturoli S., Ferraresi F.

L'Associazione Italiana AILog definisce *logistica l'insieme delle attività organizzative, gestionali e strategiche che governano nell'azienda i flussi di materiali e delle relative informazioni dalle origini presso i fornitori fino alla consegna dei prodotti finiti ai clienti e al servizio post-vendita*. Adottando questa definizione ci si è proposti di valutare la distribuzione dei locali in funzione della programmazione delle attività cliniche *tenendo conto del numero di operatori e di utenti*.

Obiettivo specifico: rilevazione dell'esistente, valutazione della congruità con l'assetto organizzativo e con il bisogno espresso dall'utenza

Sede	Operatori in staff	Media utenti/die*	Locali clinici	Stato e proposte
Ferrara	25	67	20-21	adeguata logistica criticità: carenza degli spazi per le attività riabilitative, di archiviazione cartelle, sala d'attesa ricavate nei corridoi di passaggio, difficoltà per l'accesso con i mezzi pubblici
Copparo	8	12	8	adeguata logistica criticità: disposizione su due piani (presenza dell'ascensore), pavimento sconnesso non riparabile
Cento	9	27	8	criticità: dislocazione su più piani, all'interno con altri servizi sanitari, carenza di locali per le attività educative, assenza di sale d'attesa, locale per le funzioni amministrative
Bondeno	3	6	3	sede in via di ridefinizione (fine 2009?)
Codigoro	11	14	7	buona connotazione del servizio, <u>criticità</u> : sala d'attesa angusta in luogo di passaggio, carenza di almeno un locale per le attività educative e amministrative, attività di tutela collocata al di fuori degli spazi Smria
Comacchio	2	3	3	adeguata logistica, criticità: personale a tempo ridotto con conseguente riduzione degli orari di apertura
Portomaggiore	8	13	7	criticità: assenza di definizione del servizio all'interno dello stabilimento, locali per la fisioterapia e la tutela, al di fuori degli spazi Smria

*Numero di prestazioni dirette sul paziente diviso 220 giorni produttivi annuali

Metodologia: elaborazione di una scheda, informazione ai gruppi di lavoro, raccolta degli elaborati, studio delle criticità e dei punti di forza *nel corso dell'autunno 2008*. Per ciascuna sede si sono analizzate le schede dello stato attuale mettendo in evidenza le criticità e formulando ipotesi di miglioramento:

Risultati: Le criticità negli spazi limitano le attività. Le modificazioni avviate comprendono:

1. ridefinizione delle attività: segreteria, cliniche, riabilitative, di interfaccia
2. razionalizzazione dell'uso dei locali e dei materiali
3. ridefinizione degli orari di apertura del servizio e di conseguenza degli orari di attività del personale
4. razionalizzazione dei percorsi interni della modulistica

- www.ailog.it, www.sos-logistica.org, www.regione.emilia-romagna.it/urp/segreti/cap4.htm

R55 Commissione intercultura distretto sud-est, ambito territoriale Portomaggiore

Zamboni C. (ps), Andreotti A. (ed)

La partecipazione del Servizio Smria alla *Commissione intercultura* è motivata dal dato che l'aumento della popolazione straniera nell'ambito territoriale di Portomaggiore ha comportato una trasformazione del tessuto sociale che ha reso necessario una rivisitazione delle politiche sul territorio compresi alcuni percorsi di politica sanitaria.

Nell'anno scolastico 2008-09 gli alunni frequentanti nel Circolo di Portomaggiore sono 720 di cui 568 (79%) italiani e 152 (21%) stranieri.

Il programma di lavoro relativo al tavolo immigrati ha come obiettivi garantire opportunità di accesso ai Servizi, tutela delle differenze etnico culturali, favorire la rappresentanza sociale degli immigrati e promuovere l'intercultura nell'ambito Sociale.

PROCEDURE Costituzione della *Commissione intercultura* (uno dei 5 tavoli previsti dal Piano di Zona) composta da varie forze istituzionali e sociali: Rappresentanti delle diverse Etnie di Immigrati, Pediatria di Comunità, Salute Donna, Smria, Sert, SPT, Servizio Sociale, Istituzione Scolastica, Polizia Municipale, Associazioni di Volontariato.

- Riunione periodica dei componenti della Commissione intorno a un unico tavolo presso una sede Municipale (PortoInforma)
- Ogni incontro può avere all'ordine del giorno: Una tematica preferenziale; Varie tematiche finalizzate al bilancio delle iniziative in corso; Verifiche di progetto

Anno	Segnalazioni	Bambini stranieri	%
2006	53	7	13,2
2007	47	5	10,6
2008	39	9	23,1

RISULTATI 1) Istituzione della figura del mediatore culturale. 2) Organizzazione dell'utilizzo della figura del mediatore culturale all'interno di progetti specifici tra cui *Integrazione Alunni Stranieri* mirato alla facilitazione dei rapporti tra Scuola, famiglie di bambini immigrati e Smria. 3) Percorsi di accesso al Servizio Salute Donna.

CONCLUSIONI Sottoscrizione tra Scuola e Smria di un protocollo sperimentale atto a favorire la conoscenza e a facilitare l'accesso ai Servizi Specialistici da parte delle famiglie straniere, accesso spesso ostacolato/impedito dalla non conoscenza delle potenzialità del Servizio, dal pregiudizio culturale, da difficoltà di comunicazione. Tale protocollo prevede la mediazione di due figure (educatrice professionale/ mediatrice culturale) che incontrano, presso la sede scolastica, la famiglia che gli insegnanti desiderano sensibilizzare alle problematiche del figlio e inviare al Servizio.

L'applicazione del protocollo è prevista a decorrere dal 2009-10, ma in via informale è già operativo.

R56 Il paziente adolescente: continuità terapeutica nel passaggio Smria-SPT

Zamboni C. (ps), Benetti D. (np), Cardi A. (ps)

Questo lavoro è l'esito di una formazione sul campo che risponde all'esigenza degli operatori di entrambi i Servizi di creare uno spazio di riflessione clinica, interscambio culturale, studio sulla predittività della patologia infantile rispetto alla patologia adulta, monitoraggio sul criterio di passaggio casi e l'efficacia di tale passaggio da un Servizio all'altro.

Finalità Verificare la concordanza o l'evoluzione delle diagnosi nelle diverse età, monitorare la dispersione casi, garantire la continuità terapeutica nella presa in carico del paziente adolescente nel suo passaggio dall'area minori all'area adulti, delineare la tipologia diagnostica per cui ipotizzare un invio al compimento del diciottesimo anno, condividere procedure di passaggio tra i due Servizi.

Procedure	Indagine retrospettiva	Indagine prospettica
Incontri periodici tra operatori (Psicologi, Neuropsichiatri infantili e Psichiatri) rappresentativi di una parte del territorio provinciale, appartenenti alle due Unità Operative dell'Azienda di Ferrara.	<p>Ricerca dei casi di pazienti di età compresa tra i 18 e 25 anni fotografati nell'anno 2007 (data di nascita 1982-1989) utilizzando i sistemi informativi adottati dalla regione Emilia-Romagna.</p> <p>Analisi quantitativa di tali dati.</p> <p>Analisi qualitativa: ricognizione della diagnosi prevalente dei suddetti pazienti quando erano in carico al Servizio Smria. (Vedi Tabella 2)</p> <p>Raggruppamento codici diagnostici del Servizio Smria in macro-categorie individuando la diagnosi prevalente indispensabile per il confronto. (Vedi Tabella 2)</p> <p>Confronto delle diagnosi rispettivamente formulate dai due Servizi con valutazione di coincidenza/compatibilità.</p> <p>Rilevazione delle diagnosi dei casi non inviati ma ugualmente arrivati, in autonomia o da altri inviati, ai Servizi per gli adulti (Servizio Psichiatrico e/o Servizio Sociale).</p>	<p>Ricerca dei casi di pazienti con data di nascita 1990-1993 (età compresa tra i 14 e 17 anni all'epoca dell'analisi) con i sistemi informativi utilizzati dalla regione Emilia-Romagna.</p> <p>Analisi dei dati relativi a tali pazienti</p> <p>Ricognizione diagnosi prevalente per formulare un'ipotesi di invio.</p>
Risultati	<p>1) Su una popolazione totale di 902 pazienti afferiti al Servizio Smria, 79 (8,7%) accede al Servizio Psichiatrico Territoriale dell'area Adulti. Di questi 79 casi, 40 (50,6%) accedono per passaggio programmato, mentre 39 (49,4%) afferiscono in autonomia o attraverso altri inviati.</p> <p>2) Il confronto delle diagnosi emesse dai due Servizi è stato possibile su 64 casi di cui 28 (43,7%) coincidenti e/o compatibili, 21 (32,8%) non coincidenti, 11 (17,2%) ricevono diagnosi multipla nel Servizio Smria e diagnosi singola nel Servizio Psichiatrico Territoriale (non è possibile procedere ad un confronto non riuscendo a individuare la diagnosi prevalente dal sistema informativo), 4 (6,3%) non riceve diagnosi classificabile con gli attuali sistemi di classificazione delle malattie (ICD-9, ICD-10 e DSM-IV) nel Servizio Psichiatrico Territoriale.</p> <p>3) Monitoraggio su casi non inviati dal Servizio Smria ai Servizi dell'Area Adulti (Servizio Psichiatrico Territoriale e Servizio Sociale): risulta un totale di 26 casi (32,9% dei pazienti condivisi). Abbiamo verificato anche in questo gruppo di casi la compatibilità delle diagnosi soffermandoci su quelle più ricorrenti tra i casi esaminati, giungendo alle seguenti considerazioni: i ritardi mentali rimangono (in azzurro nella tabella) confermati tranne uno (in SPT → solo sindrome fobica); l'anoressia nervosa (in rosso nella tabella) si conferma in SPT; i disturbi d'ansia (in verde nella tabella) rimangono sostanzialmente confermati.</p>	<p>4) Abbiamo raggruppato i dati in macro categorie diagnostiche e preso in considerazione le diagnosi maggiormente ricorrenti su un gruppo di 207 pazienti. Si evidenzia quanto segue:</p> <p>Disturbi di apprendimento 21,7%</p> <p>Ritardo mentale 20,3%</p> <p>Disturbi condotta e sfera emozionale 7,3%</p> <p>Autismo e Alterato sviluppo 4,4%</p> <p>Malattie Sistema Nervoso (Asse IV) 4,4%</p> <p>Obiettivo: ragionare su ipotesi di invio al SPT stante la criticità rilevata nell'indagine retrospettiva (casi non inviati dal Servizio Smria all'Area Adulti).</p>

Tabella - Casi Smria 1982-89

Distretto	Totale '82-'89	SPT 82-89	Tot paz condivisi	Tot paz inviati e passati SPT	Tot pazienti senza passaggio arrivati SPT (data dimissione smria e data 1° visita spt)
Portomaggiore	202	76	12	5	7
Codigoro	337 Elea	94	33	21	12
Copparo	248	125	28	11	17
Cento	115	115	6	3	3
Totale	902	410	79	40	39

Discussione In sintesi si può osservare che i ritardi mentali rimangono sostanzialmente confermati tranne uno in cui si evidenzia in SPT una sindrome fobica. Inoltre l'anoressia nervosa si conferma anche in SPT e il non passaggio può far riflettere sulle modalità del monitoraggio delle problematiche più severe. Infine, i disturbi d'ansia rimangono sostanzialmente confermati e, in questo gruppo rispetto al precedente, sembra più plausibile la possibilità di un mancato passaggio.

In conclusione, 1) E' opportuna una riflessione sulle modalità di monitoraggio delle problematiche più severe. 2) Un'efficace comparazione delle diagnosi implica un esatto confronto dei codici utilizzati tra Smria ed SPT e dei rispettivi criteri di applicazione facendo i due Servizi riferimento a classificazioni diagnostiche differenti. 3) Lo studio dell'evoluzione delle problematiche dall'infanzia all'età adulta comporterebbe la condivisione di una riflessione clinica tra i due Servizi su una congrua casistica.

Criticità: modalità raccolta dati al tempo dell'indagine; criteri per la scelta dell'invio; procedure di invio.

Proposta: puntualizzazione-condivisione, interna allo Smria, circa le diagnosi che presumibilmente devono prevedere il passaggio al SPT. Attivazione di una procedura aziendale di passaggio casi Smria-SPT.

S57 Modalità di rapporto Scuola-Servizio nel distretto sud-est

Zamboni C. (ps), Tenani D. (ed), Dal Pozzi L. (ed)

Le procedure del percorso integrato tra Scuola e Smria nel sud-est comprendono: 1) Discussione annuale in sede plenaria dell'andamento di tutte le attività svolte dagli operatori del Servizio con il corpo docente (incontri L104, consulenze, consulenze anonime, formazione, sportelli), 2) Incontro annuale tra Dirigenti Smria e Dirigenti Scolastici afferenti al nostro Distretto per analizzare punti di forza e criticità del lavoro intercorso nell'anno scolastico appena concluso e per progettare le attività per l'anno successivo.

		La famiglia accetta l'indicazione della scuola e si rivolge direttamente al Servizio
Definizione delle Modalità di invio al Servizio nelle seguenti accezioni		Il Dirigente scolastico valuta l'entità del problema e la possibilità di attivare i propri percorsi istituzionali.
	La famiglia non accetta l'indicazione	Il Dirigente Scolastico può chiedere una consulenza anonima al Servizio. I destinatari sono i docenti. Il bambino e la famiglia restano anonimi. Sulla base di quanto emerge dalla consulenza anonima il Dirigente e/o gli insegnanti tentano nuovamente di motivare i genitori a rivolgersi al Servizio. Se la Scuola non ottiene disponibilità dalla famiglia, mantiene la responsabilità di valutare se attivare altri Servizi.
Collaborazione della scuola all'interno della Valutazione Diagnostica		La Scuola può fornire elementi conoscitivi consegnando ai genitori relativa documentazione, anche su sollecitazione del Servizio.
Condivisione risultati valutazione diagnostica		Il Servizio restituisce l'esito della valutazione alla famiglia e concorda le modalità di collaborazione con gli insegnanti Restituzione agli insegnanti in presenza dei genitori
		N.B. Percorsi stabiliti in osservanza della Legge 675/96 con l'eccezione della tutela di bambini a rischio di abbandono e/o maltrattamento
Modalità di collaborazione Scuola- Servizio		Definizione n° incontri annui Definizione soggetti presenti agli incontri: genitori, personale scuola- ente locale, operatori sanitari Sede degli incontri: Direzione Scolastica / Servizio
	Alunni con diagnosi funzionale	Programmazione PEI entro novembre per i nuovi certificati, entro ottobre per chi già fruisce di certificazione A ogni incontro i docenti presentano relazione esaustiva dell'andamento del bambino contenente la valutazione di tutti gli insegnanti e i percorsi sperimentati. Il Servizio, se il bambino è in trattamento, confronta con i docenti l'andamento della riabilitazione. Il Servizio, se il bambino non è in trattamento, garantisce consulenza tecnica.
	Alunni senza diagnosi funzionale	Il Servizio è disponibile, secondo le modalità concordate con la famiglia, a fornire consulenza agli insegnanti. Sede incontri: Servizio Smria del Distretto.

Gli invii dalla scuola nel 2006 sono stati 111; nel 2007 sono stati 80; nel 2008 sono stati 82.

Spunti per la discussione

- Diretto coinvolgimento del Dirigente Scolastico nel filtrare le richieste.
- L'intervento integrato sulla popolazione scolastica migliora la qualità dell'intervento.
- Il Servizio acquisisce maggiore credibilità da parte della Istituzione scolastica.
- Aumento richieste di consulenza per bambini non certificati, previo accordo con i genitori.
- Richieste di consulenze anonime e non.
- Offerta e richiesta formativa.

D58 Lavoro di rete sulla comunicazione aumentativa alternativa (CAA) nel Sud-Est

Zeriola L. (ps), Sitta A. (lg), Valenti R. (lg), Ganzaroli F. (ed)

Il distretto sud est, da tempo utilizza la comunicazione aumentativa alternativa (CAA) con bambini che necessitano di riabilitazione del linguaggio, della comunicazione e dell'avviamento alla letto-scrittura.

La nascita di una struttura con funzione di consulenza e orientamento a livello provinciale (CSC) ha indotto la progettazione di collaborazione su alcune situazioni specifiche.

Queste esperienze hanno creato la necessità di definire le competenze dei soggetti che intervengono a vario titolo sui bambini in carico al Servizio, con la convinzione che, se ben individuate e coordinate le pluralità sono un plus valore di grande impatto sul benessere del bambino.

Tali considerazioni comportano la definizione di compiti e percorsi collaborativi fra i soggetti all'interno della logica di prestazioni in rete.

PROCEDURE: Il progetto di rete CSCD (CSC Distretto Sud Est) rientra nelle azioni dell'Intesa provinciale per la messa in rete di risorse e competenze dei Centri di Consulenza, risorse e documentazione per l'integrazione delle persone con disabilità (piano di zona 2008, progetti provinciali finalizzati e progetti di rilevanza provinciale)

Profilo del lavoro di rete a) Consulenze relative alla valutazione delle abilità comunicative di soggetti 0 – 17 in tutti gli ambiti della loro vita. b) Individuazione di strumenti aumentativi e alternativi alla comunicazione verbale. c) Formazione rivolta a professionisti e familiari in ambito CAA. d) Filtro per consulenze esterne.

Competenze specifiche del Centro Servizi e Consulenze per l'integrazione Distrettuale (CSCD)

FAMIGLIA: L'Associazione "Il Volo"	SERVIZIO SANITARIO oltre alle competenze istituzionali specifiche del SSN	CSCD
si pone come punto di riferimento nel territorio del Distretto AUSL Sud Est al fine di dare consulenza, sostegno, informazione a genitori e familiari di persone che utilizzano strumenti CAA	collabora con le associazioni di volontariato, la scuola e il CSCD per migliorare i percorsi riabilitativi.	Collabora alla definizione, con il Servizio Sanitario territoriale, nelle valutazioni relative degli strumenti informatici/tecnologici e alla scelta dei sistemi simbolici da adottare
in collaborazione con i professionisti specializzati nel metodo CAA, può essere individuata come sede di momenti formativi	Fornisce un operatore con esperienza in progetti CAA per coordinare le attività in cui i casi sono coinvolti.	Fornisce un operatore con esperienza in progetti CAA per definire le attività in ambito dell'integrazione scolastica
la sede può essere utilizzata come punto territoriale di riferimento per la documentazione e la sperimentazione di materiali finalizzati alla CAA	Collabora con il CSCD nelle valutazioni relative agli strumenti tecnologici e nella scelta dei sistemi simbolici da adottare	Collabora con Smria e l'Associazione "Il Volo" alla costruzione di pacchetti formativi in ambito CAA.
	Collabora con il CSCD alla costruzione di pacchetti formativi in ambito CAA	attività di ricerca e predisposizione degli ausili necessari presso il CSC

RISULTATI: predisposizione di pacchetti formativi e di materiali di documentazione; divulgazione alle famiglie del progetto; predisposizione di laboratori permanenti sulla CAA nelle scuole; partecipazione di iniziative integrate fra Smria e "Il Volo"

D59 Epidemiologia dell'autismo in provincia di Ferrara

Zanotti MC., Borini M. (lg), Palazzi S. (np)

Si prende spunto dalla casistica di bambini con disturbi dello spettro autistico della provincia di Ferrara che riflette la prevalenza della regione, intorno allo 0,2%, con 91 casi di autistici nella fascia di età 0-18 anni. La distribuzione è omogenea, con 40 casi nel comune di Ferrara e i restanti suddivisi tra i comuni di Portomaggiore, Codigoro, Copparo e Cento.

L'autismo è un disordine che colpisce tutte le aree dello sviluppo neuropsichico. Sostanzialmente è caratterizzato da anomalie funzionali, espresse come ritardi, nell'ambito comportamentale e comunicativo con esordio nei primi 36 mesi di vita, legate ad una disfunzione neurobiologica del cervello. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e all'espressione di interessi bizzarri, limitati e stereotipati.

Prima degli anni '90 era considerato una condizione rara, con prevalenza intorno al 4-5 per 10 000. Le ultime ricerche riportano invece prevalenza almeno dieci volte maggiori. Tale *epidemia* è dovuta a una maggiore definizione dei criteri diagnostici, a una diffusione di procedure diagnostiche standardizzate e alla maggiore sensibilizzazione sull'argomento. L'eziologia non è ancora chiarita. Le possibili cause riguardano l'ambito genetico, neurologico, immunologico, metabolico unitamente a ricerche in ambito cognitivo, comportamentale, farmacologico e neuropsicologico. Gli esperti tendono oggi ad enfatizzare l'eziologia genetica, ipotizzando una vulnerabilità degli autistici a circostanze che possono interferire con lo sviluppo del SNC.

La Regione Emilia Romagna da anni si occupa delle problematiche legate all'autismo e dell'importanza di una rete informativa che permetta una miglior gestione dei pazienti, una diagnosi tempestiva e un monitoraggio e un follow up appropriati. Nel 2004 venne istituito il programma di *Promozione alla salute delle persone con autismo e altri disturbi pervasivi dello sviluppo* che prevedeva team aziendali formati e competenti, la tempestiva presa in carico, costruzione e attuazione di un progetto abilitativo individualizzato per ogni paziente, e il coinvolgimento della pediatria di base. Nel 2007 è stato elaborato il PRI-A, *Programma Regionale Integrato per i disturbi dello spettro Autistico*, intesa a creare una rete organizzativa regionale configurata a *Hub and Spoke*, un Comitato Scientifico ed un Comitato Operativo per l'avvio e stabilizzazione del progetto nel 2008-2009. L'obiettivo è quello di offrire nodi "competenti di riferimento nelle singole province per gli utenti coinvolti nel riconoscimento, gestione e convivenza del disturbo autistico (operatori sanitari, istituzioni scolastiche, familiari).

Si sono esaminati parametri socio-demografici che influiscano sui tempi di diagnosi e sulle conseguenze che la patologia comporta. Ogni bambino è stato valutato con la C-GAS (*Children's Global Assessment Scale*) per standardizzare il grado di disabilità dei pazienti e per un migliore monitoraggio della gravità della patologia nel tempo. Il modello di analisi epidemiologica utilizzato si è basato su quello utilizzato nel primo programma regionale italiano sull'autismo, l'Osservatorio Autismo della Regione Lombardia, nato nel 1996 con sede all'ospedale Mandic di Merate (Lecco). Questo modello si proponeva di stilare un profilo socio-demografico per ciascun paziente. Schematicamente i parametri analizzati sono racchiusi sotto l'acronimo FOCUS, dove con F si intende la Famiglia di origine, se di tipo tradizionale (convivenza con almeno un genitore biologico) o non tradizionale (bambini adottati, in affidamento o in strutture); O sta per Origine, ossia la città di provenienza e la nazionalità; C indica il Ceto sociale, per il quale è stato valutato lo stato socio-economico della famiglia attraverso il grado di scolarizzazione e la professione dei genitori; con U si intende l'Urbanizzazione o la ruralità, in cui sono stati presi come valore limite i comuni con una popolazione superiore ai 15000 abitanti; ed infine il Sesso del paziente.

S60 Navigando s'impara: la scuola di vela come mezzo per crescere insieme

Zeriola L. (ps)

Per favorire l'aggregazione giovanile e la sperimentazione delle competenze acquisite a scuola e in ambulatorio, nel distretto Sud-Est Smria realizza progetti riabilitativi per minori in contesti non convenzionali la cui efficacia sta proprio nella non quotidianità, nell'evento, nell'uscire dagli schemi per provare emozioni nuove in compagnia!

Attività motoria e sport rappresentano momenti significativi per gli aspetti educativi, didattici e socio-relazionali. Lo sport è integrazione, confronto e espressione dei valori umani, migliora l'autonomia, la qualità di vita, le abilità sociali e arricchisce la personalità.

Scopi e obiettivi

- Favorire la socializzazione nel gruppo dei pari e sviluppare la cooperazione;
- Facilitare lo sviluppo di abilità sociali e personali e incentivare l'autonomia;
- Creare percorsi di interiorizzazione di regole sociali, di sviluppo dell'autocontrollo e dell'autostima;
- Sostenere lo sviluppo della comunicazione verbale e non verbale.

Metodo Lezioni di vela su catamarano con il Circolo Nautico Volano, Lido di Volano. In Barca a Vela i ragazzi sviluppano il tono muscolare, l'elasticità dei movimenti, la flessibilità del corpo, l'orientamento spazio temporale e l'equilibrio. Vengono favorite, la relazione attraverso la vicinanza dell'altro in uno spazio limitato, dove *l'altro* stimola collaborazione e cooperazione e la concentrazione sul corpo e sui vissuti emotivi.

Target Ragazzi 10-18 anni, educatori professionali e volontari di associazione privata, attraverso lezioni di gruppo settimanali da giugno a settembre.

Valutazione dei risultati e conclusioni La barca a vela diventa un *acceleratore sociale*, perché funge da moltiplicatore delle dinamiche di gruppo permettendo agli operatori sanitari l'osservazione dei comportamenti e il loro svilupparsi nel percorso educativo-riabilitativo.

Pilotare la barca rappresenta per i ragazzi un'esperienza unica che va a rinforzare l'autostima e il grado di soddisfazione autopercepita che ricade nel quotidiano come acquisizione di abilità e autonomia.

Verso l'accreditamento specifico di Smria/Uonpia

Giovanni Polletta scrisse nel 2005 un primo documento di presentazione dell'unità operativa in quello che era un Dsm, non ancora integrato con il Sert e l'Università di Ferrara. Si coglie qui l'occasione per salutarlo e ringraziarlo del suo lavoro di tessitura delle molteplici relazioni che a distanza di un quinquennio ancora informano l'attività interna ed esterna di questo poliedrico servizio. Tutti lo ricordano con affetto e simpatia.

Si deve ora mettere mano a una nuova versione del documento in vista dell'accreditamento come Uonpia della Regione Emilia Romagna nel 2011. È con indubbio orgoglio che si sfogliano le pagine precedenti e ci si rende conto non solo della complessità, ma anche della qualità delle competenze che vengono organizzate. Le pagine che seguono forniscono alcuni spunti per il lavoro che porta alla stesura del *documento di presentazione di Smria/Uonpia* vero e proprio.

Smria è oggi la Struttura complessa dell'Ausl di Ferrara che si occupa di *Salute mentale e riabilitazione infanzia-adolescenza* nell'ambito del *Dipartimento assistenziale integrato di salute mentale e dipendenze patologiche* (Daismdp).

Scopo del documento di presentazione dell'unità operativa

Il documento di presentazione è redatto su delega del coordinamento di Smria, verificato dal referente per la qualità e approvato dal Direttore dipartimentale. Esso è l'introduzione ai documenti per l'accreditamento da parte dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, l'organo di supporto tecnico e regolativo a sostegno del SSR e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge regionale 2/2003).

In particolare vi si ritrovano:

- la missione di Smria/Uonpia e i valori ai quali ci s'ispira
- le strategie complessive
- l'organizzazione interna

al fine di soddisfare i requisiti contenuti nel documento della Regione Emilia Romagna in materia di organizzazione e accreditamento.

Aggiornamento del documento a cura di un pool Qualità

Affinché il documento sia sempre coerente con lo sviluppo dell'organizzazione aziendale di Smria, si costituisce un *Pool Qualità* che lo rivede periodicamente. Tale gruppo è composto da:

- Coordinamento organizzativo di Smria (direttore, responsabili di strutture semplici e coordinatore del comparto)
- altri operatori individuati come referenti della dirigenza e del comparto nei team funzionali (vedi oltre).

A fini pratici, il Pool Qualità incarica due persone per la compilazione e revisione del documento con la supervisione del direttore di Smria.

La missione di Smria/Uonpia

Nel corso degli anni la missione assegnata a Smria è mantenuta. Essa è riportata nella carta dei servizi della provincia di Ferrara come segue (*Seat Pagine Gialle*, 2008):

- prevenzione del disagio psichico e delle patologie neuropsichiatriche nell'infanzia e nell'adolescenza
- diagnosi, cura e riabilitazione delle disabilità neuromotorie, psichiche e sensoriali, delle patologie neurologiche, dei disturbi psichici, dei disturbi specifici dell'apprendimento e del linguaggio, dei disturbi generalizzati dello sviluppo e di quelli della sfera affettiva, attentivo-cognitiva, emozionale e relazionale del bambino, dell'adolescente e del suo nucleo familiare

- tutela della salute psicofisica dell'infanzia e dell'adolescenza a rischio di disturbi per le condizioni e le relazioni familiari inadeguate o anomale

Sono in parte mutate, invece, le modalità organizzative, dovendo adeguarsi a nuovi *obiettivi* aziendali, dipartimentali e di UO. Per realizzare la missione ci si articola in *moduli organizzativi* identificati su base territoriale. La missione è svolta attraverso *funzioni* raggruppate in aree tematiche. Gli obiettivi di ciascun anno sono concordati con le direzioni dipartimentale e aziendale.

La visione complessiva

Smria/Uonpia crede che un approccio multidisciplinare alla salute mentale e riabilitazione dell'infanzia-adolescenza porti a esiti clinici migliori di quelli che si ottengono da prestazioni frammentate. È un principio *olistico*, nel senso che l'attenzione è rivolta al *bisogno* dei giovani pazienti. Si cerca comunque di soddisfare la *domanda* degli invianti o dei genitori per quanto di nostra competenza.

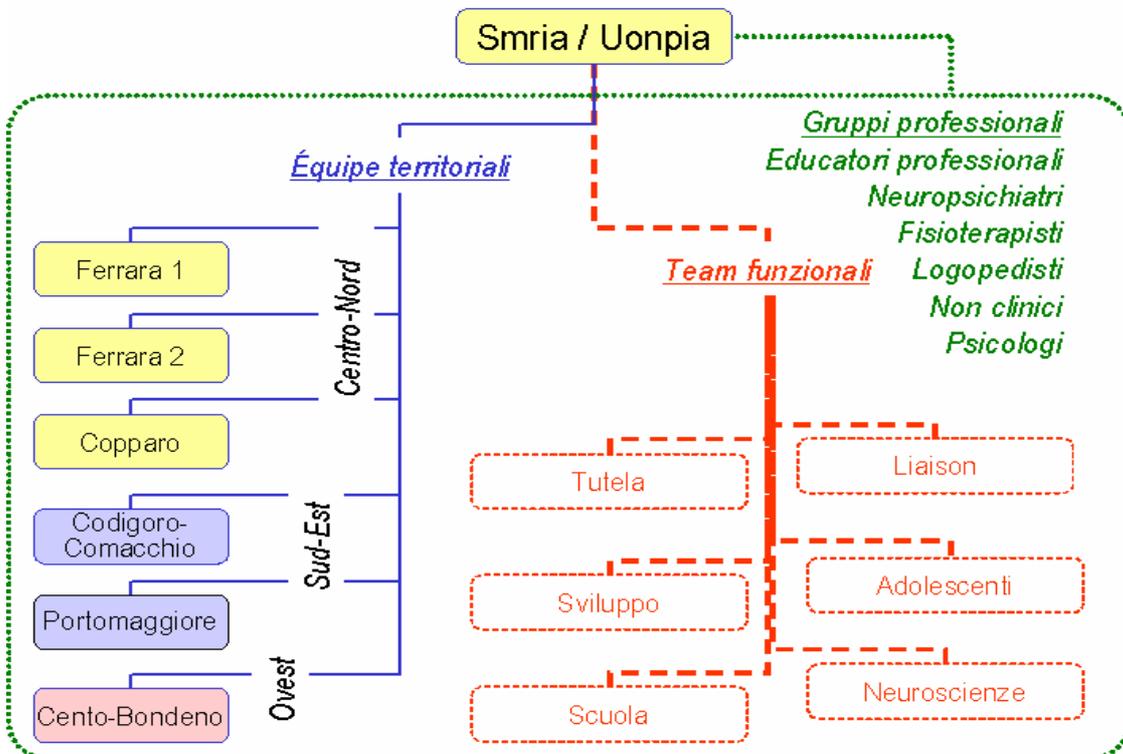
Completano l'impostazione di Smria/Uonpia le seguenti aspirazioni di principio:

1. Salvaguardia delle conoscenze biologiche e sociali come pensiero sottostante alla clinica
2. Ricerca di un rapporto di fiducia diretta con i pazienti nel rispetto delle esigenze istituzionali
3. Mantenimento di pari dignità con l'utenza e le interfacce istituzionali
4. Conciliazione del diritto di scelta dei genitori con il dovere di valutare ciò che è meglio per il bambino o il ragazzo

I termini chiave asseriti da Smria sono dunque: *conoscenza, fiducia, dignità e scelta*.

Organigramma

La complessità operativa di Smria si articola in gruppi professionali, team funzionali ed équipe territoriali organizzati come *Unità operativa di neuropsichiatria infanzia-adolescenza* (Uonpia) dell'Emilia-Romagna.



Équipe territoriali

Sono il tessuto organizzativo di questo tipo di servizio. Nella provincia di Ferrara le riunioni di équipe sono sincronizzate al martedì mattina per facilitare la comunicazione interna e l'accesso da parte di colleghi della rete socio-sanitaria. La loro multidisciplinarietà è prevista nell'accreditamento delle Uonpia (che non sono poliambulatori di professionisti indipendenti gli uni dagli altri). Ve ne sono tre per il Distretto Centro-Nord (due équipe per il Centro di Ferrara e una per il Polo di Copparo), due équipe per il Distretto Sud-Est (Polo di Codigoro-Comacchio e Polo di Portomaggiore) e un'équipe per il Distretto Ovest (Polo di Cento-Bondeno).

Sono invitati assistenti sociali, pediatri di libera scelta e altre figure socio-sanitarie che desiderano presentare o discutere personalmente casi, oltre che segnalarli per telefono o lettera.

L'équipe nomina il referente di ciascun caso, il quale ne segue diagnosi, trattamenti e dimissioni eventuali collaborando con i colleghi della propria équipe territoriale e discutendone anche con i team funzionali.

Al DAI-SMDP si chiede di far corrispondere équipe territoriali e strutture semplici (MO, modulo organizzativi). Nei distretti in cui vi sono più MO, uno dei responsabili viene individuato come capofila nei rapporti con il distretto di collocazione.

Tabella – Articolazione territoriale dell'attività di Smria/Uonpia.

<i>Distretto</i>	<i>Équipe territoriali o strutture semplici (MO, moduli organizzativi)</i>
Centro-Nord	tre équipe (due per il Centro di Ferrara e una per il Polo di Copparo)
Sud-Est	due équipe (Polo di Codigoro-Comacchio e Polo di Portomaggiore)
Ovest	un'équipe (Polo di Cento-Bondeno).
Coordinamento	Incontri settimanali (il martedì) di ciascuna équipe e mensili (il venerdì) dei referenti di tutte le équipe con il direttore e la coordinatrice del comparto

L'elenco dei compiti dei responsabili di équipe comprende tra l'altro:

- la conduzione della riunione settimanale (stabilire le priorità, facilitare e moderare le discussioni sui casi, dirimere le questioni sull'assegnazione dei referenti di ciascun caso, convalidare le diagnosi che vengono formulate a nome dell'équipe)
- la gestione delle liste d'attesa (tenere i contatti con il CUP per i colloqui d'accesso, essere al corrente delle attese per gli appuntamenti di valutazione e trattamento, suggerire al coordinamento soluzioni in caso di criticità in questa area)
- la partecipazione alle riunioni di coordinamento di Smria, sia quelle delle équipe territoriali, sia quelle dei team funzionali
- la collaborazione con il direttore di Smria per tutti gli aspetti organizzativi, disciplinari e gestionali, compresa la pianificazione delle rette d'inserimento in strutture, la rendicontazione delle spese che gravano sui rispettivi centri di costo, i reclami riferibili a specifiche realtà territoriali e l'integrazione con le proposte sviluppate nei team funzionali.

Team funzionali

Rappresentano la cultura di Smria. Operatori con obiettivi tecnici e competenze affini si riuniscono all'incirca mensilmente per aggiornarsi, discutere casi difficili e fare proposte agli organi di coordinamento dipartimentale.

Inizialmente le aree tematiche sono: adolescenza, liaison, neuroscienze, scuola, sviluppo e tutela.

Specifici argomenti vengono fatti rientrare in uno di questi raggruppamenti, cercando di evitare nei limiti del possibile sovrapposizioni e riportando *sempre* le decisioni operative ai referenti di ciascun caso all'interno delle équipe territoriali.

Nel 2010 si costituiscono corsi-team con l'obiettivo primario di lavorare al proprio *team building*. I corsi sono organizzati nell'ambito dell'aggiornamento sul campo con incentivazione ECM. In questo anno gli operatori scelgono di partecipare anche a più corsi-team. Successivamente, il coordinamento di Smria fornisce indicazioni specifiche su chi effettivamente può considerarsi parte di ciascun team.

Tabella – Temi che vengono fatti rientrare nei raggruppamenti funzionali di Smria/Uonpia.

Team	Aree funzionali
Adolescenza	Adolescenti, Interventi manualizzati (psicoterapie, farmacoterapia, gruppi), Rapporti con le agenzie di filtro della psicopatologia giovanile (consultorio giovani, scuole superiori, Sert, medicina di base, ecc.)
Liaison	Continuità ospedale-territorio nel settore della psicopatologia (TIN, DCA, consulenze programmate alle pediatrie, pronto soccorso, discussione sulle urgenze-emergenze, collaborazione con strutture non-pubbliche)
Neuroscienze	Consulenze 2° livello neuromotorio e neurosensoriale, interfaccia con l'associazionismo volontario specifico
Scuola	Disturbi specifici di apprendimento, Disattenzione/iperattività, Legge 104/92, interfaccia con gli istituti scolastici
Sviluppo	Disturbi pervasivi dello sviluppo, Programma regionale autismo, Disabilità intellettive (ritardo mentale)
Tutela	Maltrattamento (sia abuso, sia negligenza), Genitorialità biologica, affidataria e adottiva, Rischio clinico
Coordinamento	Dieci incontri annuali di ciascun team funzionale e un incontro mensile (il mercoledì) dei referenti di ciascun team ed équipe

Al DAI-SMDP si chiede di far equivalere la referenza dirigenziale di ciascun team funzionale a quella di un modulo funzionale (MF), senza tuttavia alterare l'afferenza organizzativa all'équipe territoriale (o MO) di appartenenza. A ciascun team funzionale corrisponde anche un referente del comparto, i quali svolgono anche funzioni di collegamento con il gruppo Qualità di Smria.

Tabella – Compiti dei referenti dei team funzionali:

Dirigenti	Comparto
Facilitazione e moderazione degli incontri del proprio team funzionale (dieci/anno)	Collaborazione con il referente-dirigente del team per la programmazione e gestione delle riunioni
Formulazione del calendario annuale degli incontri entro dicembre	Conduzione della riunione in caso di assenza del referente-dirigente
Stesura, revisione e inoltro al coordinamento di Smria del verbale degli incontri	Partecipazione agli incontri di coordinamento allargato di Smria
Partecipazione agli incontri di coordinamento allargato di Smria	Partecipazione agli incontri del gruppo Qualità di Smria

Compito principale di ciascun team, coordinato da un referente-dirigente e un referente del comparto, è sviluppare proposte di aggiornamento, formazione e supervisione del personale di Smria nell'ambito della propria area tematica. Il team non deve assumere ruoli organizzativi che lo mettano in conflitto con le équipe territoriali. Accordi, protocolli e modifiche del documento di presentazione di Smria spettano esclusivamente al Coordinamento organizzativo di Smria composto dai responsabili di équipe territoriale, dalla coordinatrice del comparto e dal direttore di Smria.

Gruppi professionali

Le qualifiche professionali degli operatori di Smria comprendono neuropsichiatri, psicologi, fisioterapisti-psicomotricisti, logopedisti, terapisti della riabilitazione psichiatrica ed educatori professionali con il supporto di figure non cliniche per le mansioni di accoglienza e segreteria.

Si tratta di professionisti qualificati che hanno sviluppato un proprio senso d'identità e appartenenza reciproca. Per formazione o altro si incontrano tra di loro con periodicità varia.

L'intersezione del gruppo professionale con l'équipe territoriale e il team funzionale di ognuno, consente l'analisi della distribuzione delle competenze nell'UO. La tabella che segue fotografa la situazione all'epoca della redazione della versione corrente del documento di presentazione di Smria.

Tabella – Assegnazione di équipe territoriale e scelte di corso-team funzionale di ciascun *professional* di Smria/Uonpia. Sono in caratteri maiuscoli i referenti d'équipe. Tp indica la quota di Tempo pieno contrattuale. Le cifre sotto i Team indicano 0 Referente team, 1 prima scelta, 2 Seconda scelta.

Nome	Cognome	Tp Prof	Equipe	Ado Lia Neu Scu Svi Tut
Stefano	Palazzi	1.0 Dir	Smria	
Sandra	Venturoli	1.0 Co	Smria	

Nome	Cognome	Tp Prof	Equipe	Ado	Lia	Neu	Scu	Svi	Tut
Patrizia	Ninu	1.0 Edu	CN Ferra1	1					2
Cecilia	Lamponi	1.0 Edu	CN Ferra1	2			0		
Bruna	Cardi	0.7 Ft	CN Ferra1		2	1			
Marisa	Comellini	0.8 Ft	CN Ferra1		2	1			
Gianna	Gianisella	1.0 Ft	CN Ferra1		1	2			
Francesca	Mascellani	1.0 Lgp	CN Ferra1		2		1		
Giovanna	Lunghini	1.0 Lgp	CN Ferra1				1		
Dora	Suglia	1.0 Npi	CN Ferra1		0	1			
Giulietta	Aleotti	1.0 Psi	CN Ferra1	0				1	
Ernesto	STOPPA	1.0 Psi	CN Ferra1		2		1		
Gloria	Soavi	1.0 Psi	CN Ferra1	2					0
Cristina	Guadagnino	1.0 Psi	CN Ferra1	0					2
Barbara	Bega	0.8 Edu	CN Ferra2					1	
Giulia	Ferrari	0.8 Edu	CN Ferra2					1	
Orietta	Berti	1.0 Edu	CN Ferra2						0
Rosalia	Contrino	1.0 Edu	CN Ferra2	2			1		
M.Diletta	Vezzali	1.0 Edu	CN Ferra2	0			2		
M.Elisabetta	Fornito	1.0 Ft	CN Ferra2		2	0			
Barbara	Caselli	1.0 Ft	CN Ferra2			2		1	
Cinzia	Lodi	1.0 Lgp	CN Ferra2				1		
Maurizia	Borini	1.0 Lgp	CN Ferra2		2			0	
Isabella	MERLIN	1.0 Npi	CN Ferra2						1
Elvira	Fernandez	1.0 Psi	CN Ferra2	2					1
Giorgio	Nichetti	1.0 Psi	CN Ferra2				1	2	
Anna	Cavallini	1.0 Psi	CN Ferra2	2					1
Germana	Brocco	1.0 Edu	CN Copp.	2			1		
Annalisa	Croci	1.0 Edu	CN Copp.					1	
Monica	Gambarin	1.0 Ft	CN Copp.						
Nicoletta	Zambonati	0.8 Lgp	CN Copp.				1	2	
Vilma	Giorgi	1.0 Lgp	CN Copp.				1	2	
Elisabetta	Zucchini	1.0 Npi	CN Copp.	1		2			
Elisabetta	MANFREDINI	1.0 Psi	CN Copp.	1			2		
Posto	Vacante	1.0 Psi	CN Copp.						

Nome	Cognome	Tp Prof	Equipe	Ado	Lia	Neu	Scu	Svi	Tut
Eleonora	Trambaiolo	0.8 Edu	SE Codig.					1	
Gabriele	Rebecchi	1.0 Edu	SE Codig.	0		2			
Davide	Tenani	1.0 Edu	SE Codig.				1	2	
Maria	Cinti	0.8 Ft	SE Codig.	2	1				
Giuliana	Baio	1.0 Ft	SE Codig.	2				1	
Chiara	Marchetti	0.6 Lgp	SE Codig.					1	
Emanuela	Miani	0.8 Lgp	SE Codig.				2	1	
Anna	Sitta	0.9 Lgp	SE Codig.			1	2		
Dina	Benetti	1.0 Npi	SE Codig.	2	1				
Lorenza	ZERIOLA	0.5 Psi	Aspettat..						
Andrea	Cardi	0.6 Psi	SE Codig.					1	
Francesco	Giacomazzi	1.0 Psi	SE Codig.	2					1
Edda	Benazzi	1.0 Psi	SE Codig.						0
Paola	Chiccoli	1.0 Trp	SE Codig.			2			1
Luana	Dalpozzi	1.0 Edu	SE Portom.					1	2
Alessandra	Andreotti	1.0 Edu	SE Portom.	2			1		
Posto	Vacante	1.0 Ft	SE Portom.						
Roberta	Valenti	1.0 Lgp	SE Portom.			2		1	
Giuseppina	Muratori	1.0 Lgp	SE Portom.				1	2	
Franca	EMANUELLI	1.0 Npi	SE Portom.		1			2	
M.Luisa	Andregretti	1.0 Psi	SE Portom.	1					2
Catia	Zamboni	1.0 Psi	SE Portom.	2				0	
Annarita	Cenacchi	1.0 Edu	OV Cento			2		1	
Marilena	Tartari	1.0 Edu	OV Cento	2				1	
Elisabetta	Masini	0.8 Ft	OV Cento		2	1			
Teresa	Toselli	1.0 Ft	OV Cento		2	1			
Angela	Marchetti	0.9 Lgp	OV Cento				2	1	
Elisa	Arvieri	1.0 Lgp	OV Cento		2	1			
Elisabetta	Monti	1.0 Lgp	OV Cento				2	1	
Patrizia	Folegani	1.0 Npi	OV Cento		2	0			
M.Chiara	Bonfante	0.5 Psi	OV Cento	2					1
Barbara	Filippi	0.8 Psi	OV Cento						
Manuela	COLOMBARI	1.0 Psi	OV Cento		1		2		
Paola	Corticelli	1.0 Psi	OV Cento	2					1
Posto	Vacante	0.7 Trp	OV Cento						

Funzionigramma e logistica

Il lavoro per completare il documento di presentazione di Smria/Uonpia è progredito. Il gruppo Qualità provvisorio si sta amalgamando con il nuovo pool formato da rappresentanti del coordinamento allargato.

I capitoli che tale gruppo-pool deve esaurire comprendono tra l'altro:

<i>Funzionigramma</i>	<i>Logistica</i>
Coordinamento e pianificazione	Attrezzature
Attività (percorsi, prestazioni, consulenze)	Sistema informativo
Percorso di accoglienza-valutazione-diagnosi	Gestione del dato
Percorso di presa in carico	Gestione della documentazione
Elenco delle prestazioni	Comunicazione delle procedure
Percorsi d'integrazione con l'attività di agenzie educative	Miglioramento
Percorsi d'integrazione con organi giudiziari e servizi sociali a scopo di tutela	Gestione dei reclami
Percorsi d'integrazione con l'attività di altri servizi o istituzioni riguardo alla disabilità	
Percorso relativo ai disturbi specifici dell'apprendimento	
Percorso relativo ai disturbi del comportamento alimentare	
Collaborazione con professionisti privati	
Percorso di dimissioni o passaggio ad altri servizi	
Consulenze ospedaliere programmate	
Formazione	

Dalla presa in carico alla gestione clinica

La consegna che viene passata al gruppo-pool Qualità è conciliare in un documento, speriamo scorrevole alla lettura, le aspettative delle norme regionali con una realtà che si è dovuta adattare a condizioni nuove.

Oggi si accede a Smria, per invio o autoinvio, prenotando presso i numerosi sportelli CUP (Centro Unificato Prenotazioni) del territorio, le farmacie abilitate o chiamando lo 0532 975 123 o il numero verde 800 532 000. Nel colloquio informativo iniziale uno psicologo o un medico ascolta le ragioni della richiesta e spiega l'iter successivo. Percorsi speciali sono previsti per particolari problematiche sociali od educative.

Le informazioni raccolte dal dirigente nel colloquio d'accesso sono discusse nell'équipe territoriale che formula un orientamento diagnostico su cui impostare la valutazione effettiva. Quando questa è conclusa il referente del caso porta in équipe la bozza della relazione clinica per la convalida multidisciplinare della diagnosi e la formulazione di un piano di trattamento. Segue quindi la restituzione alla famiglia del paziente accompagnata dalla relazione scritta che segue un proforma tipico.

Qualora il caso segua un trattamento specifico, la relazione clinica indirizzata al pediatra o medico generale è aggiornata mediamente due volte all'anno. Prima di dimettere il paziente, ad esempio dopo un anno senza alcun contatto, ci si premura di verificare come stia e la soddisfazione del percorso clinico intrapreso con Smria. Naturalmente la dimissione è comunicata alla rete dei servizi che eventualmente continuano a seguire il caso.

Il termine *presa in carico* descrive tutto ciò, ma essendo inteso in maniera diversa e talora vaga, si preferisce metterlo da parte nel documento di presentazione dell'Unità operativa, a meno che sia riconducibile a precise definizioni. Per tutto il resto si userà il termine *gestione clinica*.

Ferrara, 15 maggio 2010

Indice dei nomi

Aleotti G. (ps)	47, 69
Andregretti M.L. (ps).....	35, 69
Andreotti A. (ed).....	35, 50, 70, 78
Arvieri E. (lg)	36, 37, 38, 70
Avanzi M.	62, 63
Azzalli D. (ft)	40, 62, 63, 76
Baio G. (ft).....	40, 41
Ballo I. (ps).....	59
Bega B. (ed).....	42, 65
Benazzi E. (ps)	40, 42, 43
Benetti D. (np).....	45, 79
Benvenuti C.....	2
Biondi M.V. (ps).....	69
Bonfante M.C. (ps).....	69
Borgna C.....	2
Borini M. (lg)	36, 46, 65, 82
Bosi S.	95
Brini M.C.	61
Brocco G. (ed).....	50
Bruni E.	2, 7
Buriani V. (lg).....	58
Burolo A. (ed).....	41, 45, 50
Campo S.	76
Cardi A. (ps)	41, 79
Cardi B. (ft)	40
Caselli B. (ft).....	40, 46
Cavallini A. (ps)	47, 69
Cenacchi A. (ed).....	37, 50
Chiccoli P. (ft).....	40, 41, 45, 48, 76
Ciarpaglini G.....	95
Cinti M. (ft)	40
Coatti L. (ft).....	40, 73
Colombari M. (ps).....	20, 49, 52
Comellini M. (ft)	40
Contato E.....	2, 5
Contrino F. (ed)	50, 51
Contrino L. (ed).....	73
Corticelli P. (ps).....	52, 69

Costa B	53, 61, 71
Croci A. (ed)	53, 54
Dal Pozzi L. (ed)	35, 48, 81
Emanuelli F. (np)	48, 55, 67
Fabbri A.	61
Fernandez-Lopez E. (ps)	56
Ferraresi F.	78
Ferrari G. (ed)	42, 65
Filippi B. (ps)	38
Foglietta F.	2
Folegani P. (np)	37, 57
Fornito M.E. (ft)	40
Fréjaville E.	2
Ganzaroli F. (ed)	82
Giacomazzi F. (ps)	69
Gianisella G. (ft)	40
Giorgi V. (lg)	36
Grassi L.	2
Guadagnino C. (ps)	52, 69
Guerra S.	2
Lamponi C. (ed)	50, 54, 56, 73
Lodi C. (lg)	36, 58, 62, 63
Lunghini G.	36
Lunghini G. (lg)	64
Mambelli A.	52
Manara E.	61
Manfredini E. (ps)	59, 60
Marchetti A. (lg)	36, 38
Marchetti C. (lg)	36, 68
Mascellani F. (lg)	36, 53, 61, 70, 71, 73
Masina F. (np)	62, 63, 77
Masini E. (ft)	40, 61
Massari A.	40
Mazza F. (ps)	60
Merlin I. (np)	25, 62, 63, 64
Miani E. (lg)	36, 40, 43, 68
Monti E. (lg)	36, 38
Muratori G. (lg)	36, 48
Nichetti G. (ps)	65, 73, 76

Ninu P. (ed).....	50, 51, 56
Occhi S. (ps).....	55
Palazzi S. (np).....	14, 55, 56, 65, 77, 82, 85
Panarello S.....	67
Parmeggiani V.	2
Persanti A.	2
Pinna A.	69
Piretti V.....	52
Polletta G. (np).....	85
Polmonari A. (ps)	48, 67
Rebecchi G. (ed)	50
Romanini F. (ps)	64
Sitta A. (lg)	36, 43, 68, 82
Soavi G. (ps)	29, 69
Stagni G.	51, 61
Stoppa E. (ps).....	31, 53, 70, 71, 73
Suglia D. (np).....	74, 75, 76
Tagliani T.....	2
Tassinari MC.	2
Tenani D. (ed).....	40, 50, 81
Tinarelli A.....	2
Toselli T. (ft).....	40, 61
Trambaiolo E. (ed).....	40, 42
Triggia R.....	62, 63
Vacca T. (ps)	73
Valenti R. (lg)	36, 70, 76, 82
Vanni A.....	2, 7
Vannoni I. (ps)	71
Venturoli S.....	40, 77, 78
Vezzali M.D. (ed)	50, 51
Von Prondzinsky S.	47
Zambonati N. (lg).....	36, 60
Zamboni C. (ps).....	78, 79, 81
Zanotti MC.	82
Zappaterra M.	2
Zeriola L. (ps).....	16, 68, 82, 83
Zucchini E. (np).....	65, 76

Sedi di Smria/Uonpia

*Le prenotazioni si accolgono tramite le tredici sedi
CUP dislocate sul territorio provinciale, le farmacie
collegate, oppure tel. 0532 975 123 o call centre
numero verde 800 532 000*

Distretto Centro-Nord

Centro di Ferrara:

via Messidoro 20 – cap 44124, Ospedale San Giorgio, Blocchi D-E, Piano 2°

Tel. 0532 975 123, Segreteria 0532 235 051 o .../ 2, Fax .../ 3

Apertura al pubblico 8:30-17:30

Polo di Copparo: v. le Carducci 54 – cap 44034, Tel. 0532 879 093 – Fax 0532 879 094

Distretto Ovest

Polo di Cento: via Cremonino 10 – cap 44042, Tel. 051 683 8430 – Fax 051 683 8122

Struttura per trattamenti di Bondeno: via Dazio 113 – cap 44012 - Tel. 0532 884308

Distretto Sud-Est

Polo di Codigoro: via Cavallotti 347, cap 44021, Tel. 0533 729 647, Fax 0533 729 675

Polo di Portomaggiore:

via De Amicis 22, cap 44015, Tel. 0532 817 453, Fax 0532 817 359

Struttura per trattamenti di Comacchio:

P. za XX Settembre 45 – cap 44022 – Tel. 0533 310 724

*

Front office telefonico: Simona Bosi, Giulia Ciarpaglini e Volontari Servizio Civile