

**“Le sinergie operative dei Servizi di NPIA e di Psicologia territoriali in merito agli interventi educativi territoriali e ai Centri diurni socio-riabilitativi per minori di cui alle D.G.R n. 25-5079 del 18/12/2012 e n. 25-7250 del 20/07/2018”**

**Dott Paolo CAPPÀ**  
Neuropsichiatra Infantile  
NPI ASL TO4

**Dott.ssa Stefania REALE**  
Neuropsichiatra Infantile  
NPI ASL TO5

**Dott.ssa Barbara NANO**  
Psicologa psicoterapeuta  
NPI ASL CN 1

**Dott.ssa Laure OBINO**  
Neuropsichiatra Infantile  
NPI AUSL Valle d'Aosta

**Dott.ssa Saviana GERMANA'**  
Neuropsichiatra Infantile  
NPI ASL TO5

**Dott.ssa Barbara SOLARI**  
Dirigente Servizio Minori e Famiglie  
Città di Torino

# Intervento educativo ad alta intensità sul territorio

*Dispositivo di cura complesso che risponde a specifici indicatori e alla complessità attuale della psicopatologia in adolescenza e prevede una presa in carico integrata multiprofessionale e interistituzionale*

# NUOVI PAZIENTI IN CARICO PER RAGGRUPPAMENTO DIAGNOSTICO

## ANNI '19- '22

2019 2021 Gruppo NUOVE Diagnosi	NUOVE Diagnosi 2019	NUOVE Diagnosi 2021	%
DSA	3.468	3479	0%
Problematiche familiari / sociali	1.338	967	-28%
Linguaggio	1.136	759	-33%
Follow-up e problematiche neonatali	947	877	-7%
Difficoltà cognitive	819	762	-7%
Difficoltà di apprendimento	809	602	-26%
Patologie neurologiche	795	568	-29%
Disturbi psicologici	396	312	-21%
ADHD	372	348	-6%
Patologie psichiatriche internalizzanti	378	491	30%
Autismo	329	468	42%
Sindromi	193	183	-5%
Disturbi di condotta	176	104	-41%
Disturbi alimentari	67	177	164%
Patologie psichiatriche esternalizzanti	56	64	14%
Maltrattamenti / Abuso	49	38	-22%
Patologie neuromotorie	38	17	-55%
<b>TOTALE</b>	<b>11.366</b>	<b>10216</b>	<b>-10%</b>

# La situazione epidemiologica

## Dati nazionali:

Disturbi neuropsichici dell'età evolutiva estremamente frequenti: coinvolgono complessivamente tra il 10 e il 20% della popolazione infantile e adolescenziale.

## Dati regionali SMAIL (2022):

Disturbi alimentari +164%

Patologie psichiatriche internalizzanti +30%

Patologie psichiatriche esternalizzanti +14%

Più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva: prevenzione.

## DGR 18 dicembre 2012, n. 25-5079

### Tipologia e requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori

I servizi devono prioritariamente porre in essere tutti gli interventi di sostegno alla famiglia → esperiti inutilmente tutti i tentativi, promuovono e favoriscono il ricorso all'affidamento familiare e solo in subordine decidono la collocazione in presidio residenziale

▶ **Strutture sanitarie:**

- ▶ Comunità terapeutiche per minori (CTM)

▶ **Strutture socio-sanitarie a titolarità sanitaria e compartecipazione sociale:**

- ▶ Comunità riabilitative psicosociali per minori (CRP)

▶ **Strutture socio-assistenziali e quindi a titolarità dell'ambito sociale:**

- ▶ Centro educativo per minori (CEM)
- ▶ Centro aggregativo per minori (CAM)
- ▶ oltre al Centro Diurno Socio Riabilitativo (CDSR): sperimentale

## DGR 20 luglio 2018, n. 25-7250

### **Centri Diurni Socio-Riabilitativi (CDSR) per minori: conclusione fase sperimentale e aggiornamento fabbisogno regionale.**

Conclude la fase sperimentale → CDSR è tipologia autonoma e ordinaria di servizio diurno per la tutela della salute mentale dei minori

Il coordinamento del CDSR spetta all'ASL su cui insiste la struttura nel quadrante di riferimento

Ricadute positive:

- ▶ rilevante numero di minori inseriti con conseguente limitazione degli inserimenti residenziali e dei ricoveri ospedalieri;
- ▶ benefici economici per il SSR: tariffe DGR 27-1784/2015 inferiori a quelle previste per residenzialità;
- ▶ facilitazione delle dimissioni protette, volte al rientro in famiglia;
- ▶ permanenza del minore nel territorio di provenienza.

## DGR 5 aprile 2019, n. 22-8704

Invita a promuovere forme *alternativa* alla collocazione in Comunità dei minori in carico ai servizi di NPI; inoltre «risulta opportuno altresì prevedere e ampliare interventi territoriali di sostegno educativo, anche a carattere domiciliare, per minori inseriti nelle strutture CTM o CRP, con le seguenti finalità:

- ▶ Accompagnamento dalle fase pre-inserimento
- ▶ In fase post-dimissione per un periodo massimo di tre mesi
- ▶ Per progetti di autonomia fino alla maggiore età

## Il razionale

- ▶ Minore «costo sociale» per il minore e per la sua famiglia, che vengono supportati nel loro contesto di vita, evitando allontanamenti e «rotture» potenzialmente traumatiche;
- ▶ Consentono inoltre di lavorare sulla genitorialità che spesso non rappresenta una risorsa a supporto del disagio giovanile, all'interno di un modello di approccio sistemico; l'intervento educativo si pone quindi l'obiettivo di promuovere una trasformazione significativa e duratura nel tempo delle dinamiche familiari a favore di un pieno recupero;
- ▶ L'intervento educativo risponde anche ad una logica di gestione economica delle risorse, evitando l'accesso a proposte di intervento (semiresidenziali e residenziali), certamente più onerose per la collettività.



# L'intervento educativo: la filiera degli interventi



# Criteri di attivazione

- ▶ Quadro di disagio psichico con moderata compromissione funzionale (es ritiro scolastico, isolamento sociale, disturbo del comportamento)
  - ▶ Necessità di intervento più intensivo rispetto a quello ambulatoriale (per intensità dei sintomi, per gravità del quadro clinico, per complessità del contesto)
- ▶ Difficoltà relazionali primarie/secondarie nella famiglia/nel contesto di vita
- ▶ Importanza nel mantenere una continuità con l'ambiente di vita o impossibilità di allontanamento dalla famiglia o dal contesto di vita

# Variabili progettuali

- ▶ Età target
- ▶ Intensività del servizio (massimo di ore attivabili, durata massima del progetto individuale)
  - ▶ Spazio dedicato al lavoro con la famiglia
    - ▶ Lavoro individuale/in gruppo
- ▶ Flessibilità nell'organizzazione dei setting con gli utenti e le famiglie
  - ▶ Lavoro multidisciplinare

# Variabili organizzative

## ► tempistica dei passaggi autorizzativi:

**Tempi di attivazione** non sempre compatibili con le aspettative degli invianti e con le necessità del ragazzo e delle famiglie, poiché risentono:

- dell'acquisizione di un coinvolgimento della famiglia attraverso il consenso all'intervento educativo ed all'invio al Servizio Sociale di riferimento (spesso condizionato da resistenze alimentate da retaggi socio-culturali), per la stesura congiunta del progetto educativo
- del rispetto dei tempi procedurali per la richiesta di autorizzazione alla Commissione UMVD territoriale/UVSM, a seguito di una progettualità condivisa da Sanità ed Ente Gestore

## ► costi

**Budget** in molte realtà gestito dal Distretto/dal DSM e non dalla NPI

## ► aspetti qualitativi ed organizzativi dei servizi di educativa

**Formazione** sulla psicopatologia in età evolutiva, supervisione, organizzazione del personale

# Accoglienza

Ricovero -DH

Visita ambulatoriale



Unione risorse sanitarie (npi/psic) per analisi della domanda



Incontro preliminare di rete interservizi  
(npi/psic/sociale)

*necessità di integrazione e coordinamento delle figure  
in modo da poter autenticamente condividere ed  
investire sullo stesso obiettivo*

*La pluralità del pensiero e la sua integrazione, che hanno luogo nella  
mente dei curanti, rappresentano un elemento fondamentale per  
garantire la qualità del Servizio offerto.*

# Il progetto psico-educativo

*Educatore: zona neutra di incontro e creazione di legami*

Educativa sanitaria (urgenza clinica NPI)  socio-sanitaria

## Intervento individuale

- ▶ Intervento educativo domiciliare per offrire ad adolescenti la possibilità di sperimentarsi in una relazione trasformativa e ripristinare i compiti evolutivi
- ▶ Esperienza clinica integrata per riattivare i processi di simbolizzazione e metabolizzare esperienze affettivo-relazionali

## Laboratori psicoeducativi

- ▶ Utilizzo di strumenti concreti e svolgimento di attività creative, espressive, comunicative, ludiche utilizzando spazi fisici presenti sul territorio
- ▶ I laboratori non hanno lo scopo di costruire competenze performative ma di dare agli adolescenti - attraverso una conduzione specializzata e in un contesto di «gioco» - la possibilità fare esperienza di sé attraverso gli altri
- ▶ Il gruppo è al contempo l'oggetto condiviso da costruire e lo strumento che permette agli adolescenti di esprimere, in un contesto guidato e protetto, la propria soggettività e costruzione identitaria

## Monitoraggio clinico

- ▶ Incontri di rete periodici (tra operatori del pubblico e del privato)
- ▶ Monitoraggio istituzionale rispetto ad autorizzazione da parte di commissione UMVD

*Tutto questo comporta un grande attivazione di risorse interne degli Operatori per mantenere la continuità del gruppo di lavoro e la condivisione degli obiettivi.*

*La relazione tra adolescente e Educatore è contenuta all'interno di molteplici dispositivi di gruppo, sia interni all'equipe (monitoraggio clinico e incontri di rete) che nei gruppi di lavoro integrati (incontri interistituzionali e supervisioni periodiche con enti gestori), che servono a garantire, in ogni fase dell'intervento, un'attenzione costante e profonda su ciò che accade nella relazione con l'adolescente e il suo ambiente di vita.*



# PROPOSTE

mappatura dei servizi  
del terzo settore e  
creazione linee guida  
regionali

raccolta dati su interventi  
educativi e su inserimento  
centri diurni



creazione di un gruppo di  
lavoro regionale