

Mito&Realtà avendo approfondito all'inizio della sua storia le caratteristiche di cura delle comunità per adulti è approdata in questi anni a un lavoro ineludibile che riguarda le comunità per minori e adolescenti, nella consapevolezza che occuparsi di questa fascia d'età e di problematiche sempre più in crescita, sia la condizione per prevenire la cronicizzazione e il meccanico trasferimento di giovani caratterizzati da grave sofferenza mentale in strutture o reparti per adulti, senza considerare la specificità dei loro bisogni.

L'aggregazione di numerose comunità che si sono sistematicamente ritrovate per approfondire questi temi ha dato come frutto fecondo una relazione a un convegno, da cui sono state estratte queste essenziali linee di indirizzo che rivolgiamo a operatori, amministratori, utenti, famiglie e politici per cominciare a dare risposte efficaci e a formulare progetti condivisi

#### SINTESI RELAZIONE CONVEGNO M&R 2018 CON PROPOSTA LINEE DI INDIRIZZO

**Grazie a una decisione del Consiglio Direttivo di Mito&Realtà due anni fa è nato il gruppo di lavoro che ha preparato una relazione approfondita ora diventato un testo (disponibile a chi ne facesse bisogno a [luca.ming@me.com](mailto:luca.ming@me.com)). Il gruppo di lavoro è composto da operatori di alcune strutture per adolescenti e minori di età provenienti da differenti regioni, quali Lazio, Marche, Veneto e Lombardia, che si riconoscono e son socie dell'associazione Mito&Realtà**

**L'Associazione sta svolgendo anche una importante ricerca biennale in collaborazione con il Policlinico, di cui sono co-responsabili Antonella Costantino e Marta Vigorelli.**

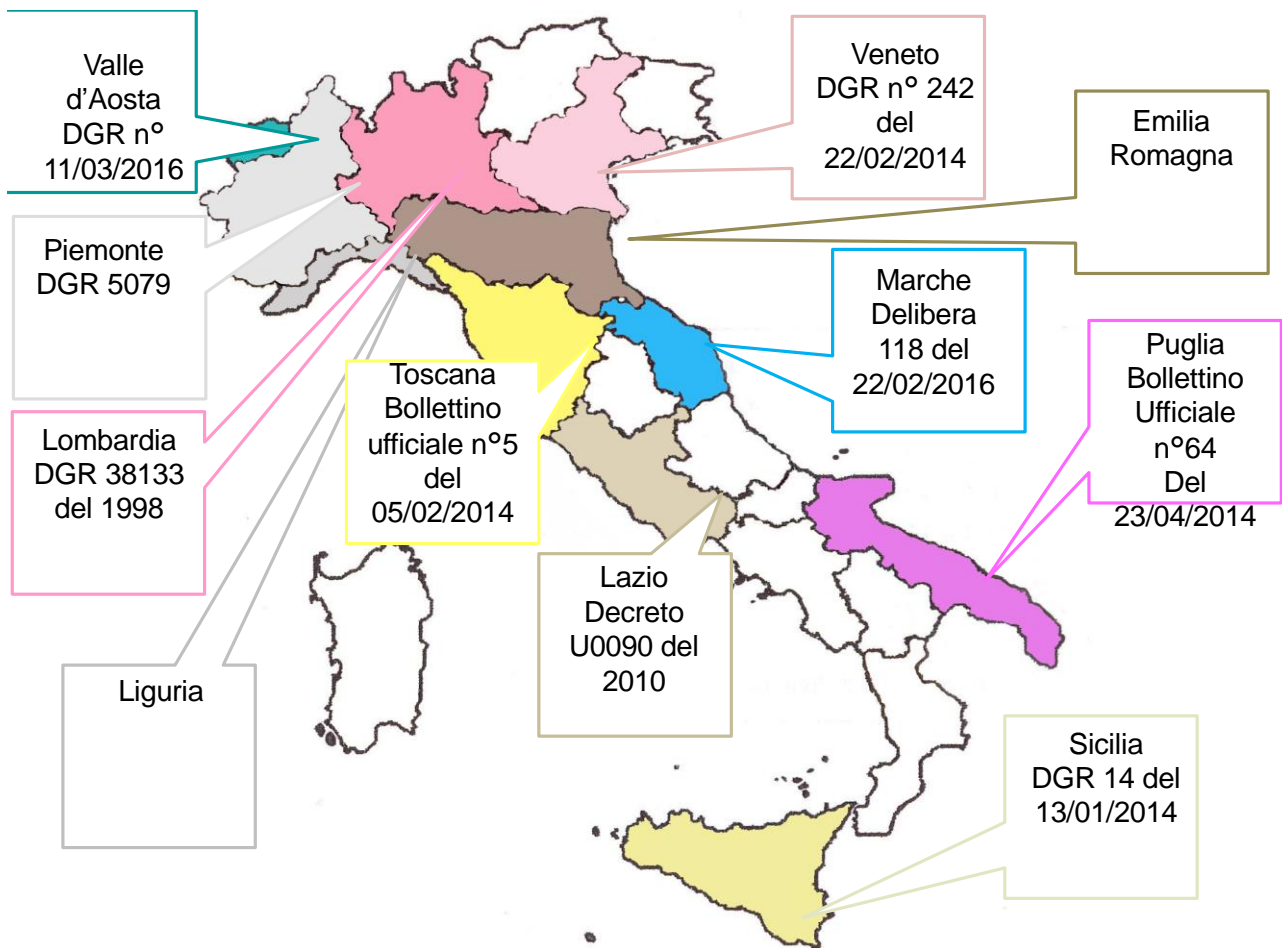
**Un dato storico: le Comunità terapeutiche per minori esistono in Italia dal 1986 ed erano inizialmente gestite dalla psichiatria. La NPIA non esisteva come servizio autonomo.**

**Le CT per adolescenti, pur avendo fattori comuni alle CT per adulti, possiedono diverse caratteristiche specifiche che le differenziano, ne evidenziamo due principali:**

- **I minori di età *non scelgono* di entrare in CT**
- **le questioni della *responsabilità clinica e legale* sono molto complesse e delicate, e comportano necessariamente una connessione e un dialogo, oltre che con la rete familiare e dei servizi invianti, anche con una rete di avvocati esperti oltre che con CGM, USSM, forze dell'ordine ecc.**

## MAPPA ACCREDITAMENTI IN ITALIA:

ad oggi 11 REGIONI SU 20 HANNO ATTIVI GLI ACCREDITAMENTI



Nella ricerca approfondita e nella relazione dettagliata si sono evidenziate **notevoli differenze di modalità di intervento e prassi nelle diverse regioni italiane** e una mappa frammentata: differenti denominazioni delle comunità e dei servizi, differenti standard di operatori, di rette diurne, di capienza di ogni modulo, di modelli teorici di riferimento e, complessivamente, insufficienza di tali strutture.

In relazione ai dati raccolti abbiamo scritto i seguenti 14 fattori o caratteristiche minime fondamentali, cioè le *linee di indirizzo* che secondo noi caratterizzano, individuano l'identità della comunità terapeutica per minori per le CT nazionali e le renderebbero più efficaci e funzionali:

## PROPOSTA DELLE LINEE DI INDIRIZZO/ACCREDITAMENTO TRA PARI DI ASSOCIAZIONE MITO & REALTA'

### Comunità Terapeutiche e/o ad impatto terapeutico per adolescenti

1. Équipe mista, con dirigenti/responsabili neuropsichiatri/psichiatri e/o psicologi. Operatori in turno: educatori (la maggioranza di quelli in turno, indipendentemente se la loro laurea è sanitaria o meno), psicologi, Te.R.P., infermieri ed O.S.S. (questi ultimi in misura minima) in rapporto 1 ogni 3,5 pazienti.
2. Riunione di équipe settimanale con tutti\_gli operatori presenti, sia clinici che non; assemblea settimanale plenaria (spazio parola, Community meeting) ed altri gruppi di riflessione piccoli o grandi, con ospiti e operatori in turno ed almeno un clinico e/o dirigente;
3. Passaggio consegne (mezz'ora al cambio turno) con coordinatore ed operatori presenti (sia chi stacca che chi arriva);
4. Diario di bordo, clinico e organizzativo
5. Cartella clinica
6. Valutazione iniziale (CANS o altri strumenti validati) e progetto individuale PTI (aggiornato e inviato ai Servizi Pubblici inviati al massimo ogni 6 mesi)
7. Incontri di rete periodici in CT con i Servizi Pubblici
8. Incontri supporto ai familiari, individuali e/o multifamiliari;
9. Necessità di CT con differenti (almeno 2 meglio 3)livelli di intensità e di permanenza: da 3 mesi minimo a max 2 anni (alta intensità 3-6 mesi, media 8-14 e bassa 12-24)
10. Max 10 minori di età per ogni modulo. Consigliabile un centro diurno annesso, sconsigliabili due moduli nello stesso edificio; necessità di distanza fisica tra gli edifici ospitanti, per evitare il rischio di diventare o esser confusi con un Istituto o una Clinica;
11. Formazione e sistema di supporto: supervisione mensile (con tutti gli operatori presenti), formazione specifica sia per metodologia (LFA, Visiting ...) che per tematiche specifiche, teoriche (teoria dell'attaccamento ecc.) o esperienziali.
12. Visita conoscitiva in CT, per facilitare (..prima dell') l'inserimento del minore di età, con lo stesso, servizi e genitori (qualora non in presenza di decreto TdM) e conseguente lavoro di rete (incontri regolari in CT con i SS e famiglie);
13. Follow up;
14. Vengono accolte le psicopatologie dell'adolescenza, disturbi di personalità, condotta, disturbi del comportamento alimentare, psicosi ecc., eccetto psicopatologie prevalentemente neurologiche, antisociali, della disabilità o dipendenza. La decisione riguardante gli inserimenti è responsabilità della Direzione Clinica della CT.

Questi 14 punti rappresentano i PRINCIPI GUIDA o LINEE DI INDIRIZZO, fondamentali minimi essenziali e cioè la base unica, territorio comune, che lascia comunque aperta l'opportunità alle diverse Regioni di trovare ulteriori specifiche linee che rispondano ai bisogni particolari del territorio nel rispetto delle differenze culturali interregionali.

## **CRITICITA' OSSERVATE**

- Scarsità di neuropsichiatri/psichiatri: la proposta è di considerare di contenere al minimo essenziale l'orario di presenza delle figure di medici specialisti, pur mantenendo una presenza di clinici rilevante (psicologi, psicoterapeuti anche in funzione educativa), in modo da rispondere a tale dato di realtà ed inoltre contribuirebbe ad una riduzione dei costi (e delle rette).
- Scarsità di educatori e infermieri.
- Omologare il più possibile le differenze di operatori richiesti e di rette, tra le regioni.
- Passaggio a CPS/CSM servizi per adulti (e le questioni che aprono il raggiungimento della maggiore età- proseguo amministrativo)
- La fine dei percorsi in CT è spesso posticipata rispetto al bisogno clinico: il dilatamento dei tempi di permanenza in CT dell'adolescente è ritenuto iatrogeno; purtroppo i Servizi hanno a disposizione non sufficienti alternative per il proseguo dei percorsi post CT: il passaggio eventuale a comunità educative o terapeutiche non trova risposta nei tempi necessari.
- Si suggerisce di prendere in considerazione di uniformare il nome caratterizzante tale tipologia di Struttura: Comunità Terapeutica CT-in modo da omologare le varie e frammentate diciture nelle differenti regioni ad oggi (ad ex: CRT, STR, STR ecc.)