CARTA DEL SERVIZIO COMUNITA' RESIDENZIALE IL MAGO DI OZ

1. INTRODUZIONE

Il presente progetto nasce dall'incontro tra la Cooperativa Sociale mago di Oz SCS e l'Associazione Tiarè, Servizi per la Salute Mentale e dalla scelta di unire le proprie energie e specifiche competenze al fine di perseguire il comune obiettivo della gestione di uno spazio abitativo, preventivo, terapeutico e riabilitativo indirizzato al trattamento di minori svantaggiati e post-traumatici. L'interesse per il mondo giovanile e per la prevenzione/recupero del disagio e dello svantaggio definisce l'orizzonte comune e l'orientamento di fondo che contraddistingue entrambi i soggetti promotori. A partire da questa convergenza, la Cooperativa Mago di Oz e l'Associazione Tiarè, Servizi per la Salute Mentale hanno stipulato un'apposita convenzione di partnership per la gestione e l'organizzazione della Comunità Educativa Residenziale "Il Mago di Oz".

2. I SOGGETTI PROMOTORI

La Cooperativa Sociale "Mago di Oz" di Acqui Terme si è costituita nel dicembre 2001, grazie alla partecipazione della Cooperativa "Crescere insieme", SCS Onlus di Acqui Terme, tutor e promotore.

È una cooperativa di tipo A, che nell'adempiere alle sue finalità statutarie si occupa prevalentemente di servizi rivolti a minori in situazioni di grave problematiche famigliari, sociali e affetti da psicopatologie. la Comunità CER "Il Mago di Oz "nasce nel marzo 2013.

La Cooperativa fa parte del consorzio di Cooperative Co.Al.A (Consorzio Sociale Asti- Alessandria). Nello sviluppo delle CTM e CER la Cooperativa collabora con l'Associazione Tiarè, servizi per la salute mentale, associazione senza scopo di lucro che funge da luogo di progettazione/condivisione/formazione fra clinici operanti nell'ambito del disagio psicopatologico sia minorile che adulto.

Pur raggruppando professionisti provenienti da contesti formativi (psicoanalisti, psichiatri e neuropsichiatri formatisi clinicamente, psicoterapeuti operanti in una prospettiva intersoggettivista, psicologi formati in ambito metodologico) ed esperienze professionali non omogenei (servizi territoriali, cliniche universitarie, reparti ospedalieri, pratica privata) si connota per una tensione etica verso la condivisione e la ricerca di nuovi modelli e prassi comuni. L'Associazione nasce nel 2000 specificamente per dare vita al Progetto Minori che annovera attualmente 2 CTM (Comunità Terapeutiche per Minori), 1 CRP (Comunità Riabilitative Psicosociali) ed "Il Mago di Oz" struttura residenziale destinata al trattamento di minori post-traumatici. All'associazione compete la gestione clinica (Medica, Psicologica, Psicoterapica, Scientifica, Forense) e progettuale delle strutture residenziali così come l'attività formativa interna ed esterna al progetto. L'Associazione Tiarè ha sede in Torino, via Berthollet 44, c.a.p. 10125 (tel/fax 011 6508301) www.tiareonlus.org.

3. LE FINALITÀ

La Comunità Educativa Residenziale "Il Mago di Oz" è una struttura residenziale concepita secondo le linee definite dalla Regione Piemonte con la Deliberazione della Giunta Regionale 18 dicembre 2012, n. 25-5079 *"Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori"*) e s.m.i. che definisce i requisiti strutturali, di personale e le finalità generali delle strutture di accoglienza dei minori (revoca della DGR 41-12003 del 15 marzo del 2004 RIGUARDARE SLIDE PER DGR.

La comunità si propone di accompagnare il minore (età compresa tra 11 e 17 anni) nel conseguimento del proprio sviluppo psicofisico ottimale. Si propone cioè, attraverso un percorso educativo–relazionale-terapeutico-riabilitativo e nel rispetto delle sue caratteristiche individuali di fare acquisire al minore ospite quegli strumenti utili ad essere maggiormente consapevole del contesto sociale in cui è inserito, oltre che ad elevare le capacità di autodeterminazione e di scelta. Contestualmente è prioritaria la valorizzazione delle potenzialità della persona ospitata e la creazione di nuove possibilità relazionali. La Comunità "Il Mago di Oz" è quindi luogo di accoglienza per minori vittime di esperienze sfavorevoli e traumatiche, strutturata e concepita allo scopo di garantire un adeguato supporto educativo e terapeutico allo sviluppo degli ospiti.

Nello specifico è possibile per una comunità educativa residenziale, adeguando gli standard gestionali secondo modalità e tempistiche previste dalla citata normativa vigente, connotare la propria funzione all'accoglienza di minori vittime di gravi maltrattamenti o abusi con diagnosi ICD10 OMS di disturbo post-traumatico da stress, allontanati dal nucleo famigliare tramite dispositivo dell'autorità giudiziaria, che necessitano di una presa in carico residenziale a forte valenza terapeutica e ripartiva.

4. Definizione di Maltrattamento ed Abuso

Nella descrizione del Disturbo Post-Traumatico da Stress il DSM IV-TR (APA, 2004) recita:

"La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione (Criterio A1). La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione) (Criterio A2). I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico (Criterio B), l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale (Criterio C) e sintomi costanti di aumento dell'arousal (Criterio D). Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di 1 mese (Criterio E) e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti (Criterio F).

Gli eventi traumatici vissuti direttamente includono, ma non sono limitati a, combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita.

Per i bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate. Gli eventi vissuti in qualità di testimoni includono, ma non sono limitati a, l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro o il trovarsi di fronte inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo.

Gli eventi vissuti da altri, ma di cui si è venuti a conoscenza, includono, ma non sono limitati a, aggressione personale violenta, grave incidente o gravi lesioni subiti da un membro della famiglia o da un amico stretto; il venire a conoscenza della morte improvvisa, inaspettata, di un membro della famiglia o di un amico stretto; oppure il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio bambino. Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato dall'uomo (per es., tortura, rapimento). La probabilità di sviluppare questo disturbo può aumentare proporzionalmente all'intensità e con la prossimità fisica al fattore stressante.

L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente la persona presenta ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento (Criterio B1) o sogni sgradevoli ricorrenti durante i quali l'evento può essere ripetuto o altrimenti rappresentato (Criterio B2). In rari casi la persona vive stati dissociativi che durano da pochi secondi a diverse ore, o anche giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento e la persona si comporta come se stesse vivendo l'evento in quel momento (Criterio B3). Questi episodi spesso chiamati ''flashbacks'' sono tipicamente brevi, ma possono essere associati con disagio prolungato ed innalzato stato di attivazione. Spesso si manifestano intenso disagio psicologico (Criterio B4) o reattività fisiologica (Criterio B5) quando la persona viene esposta ad eventi scatenanti che assomigliano o simbolizzano un aspetto dell'evento traumatico (per es., anniversari dell'evento traumatico; clima freddo o nevoso, o guardie in uniforme, per i sopravvissuti di campi di prigionia in climi freddi; clima caldo umido per i veterani del Sud del Pacifico; entrare in ascensore per una donna che è stata sottoposta a violenza in un ascensore).

Vengono evitati in modo persistente gli stimoli associati con il trauma. La persona comunemente si sforza volontariamente di evitare pensieri, sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento traumatico (Criterio C1), e di evitare attività, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso (Criterio C2). Questo evitamento può comportare amnesia per qualche aspetto importante dell'evento traumatico (Criterio C3). Di solito subito dopo l'evento traumatico inizia una riduzione della reattività verso il mondo esterno, a cui ci si riferisce come "paralisi psichica" o "anestesia emozionale". L'individuo può lamentare una marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli (Criterio C4), o di sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone (Criterio C5), o di avere una marcata riduzione della capacità di provare emozioni (Criterio C6). L'individuo può avere un senso di diminuzione delle prospettive future (per es., non aspettarsi di avere una carriera, un matrimonio, figli o una normale durata di vita) (Criterio C7).

L'individuo presenta sintomi persistenti di ansia o di aumento dell'arousal non presenti prima del trauma. Questi sintomi possono includere difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, che può essere causata da incubi frequenti durante i quali viene rivissuto l'evento traumatico (Criterio D1), ipervigilanza (Criterio D4), ed esagerate risposte di allarme (Criterio D5). Alcuni individui riferiscono irritabilità o scoppi d'ira (Criterio D2) o difficoltà a concentrarsi o a eseguire compiti (Criterio D3).

Il DSM IV-TR definisce inoltre le ulteriori specificazioni psicopatologiche distinguendo il disturbo in Acuto, Cronico ed ad Esordio Tardivo a seconda dell'esordio e della durata della sintomatologia specifica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a sua volta definisce il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) nella sua ultima classificazione Nosografica ICD 10 come:

"…risposta differita (con un periodo di latenza che va dalle poche settimane ai mesi) e protratta a un evento o situazione stressante di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, che è probabile sia causa di stress pervasivo in quasi ogni individuo". I fattori precedenti quali tratti di personalità o disturbi psicologici sono considerati "non necessari né sufficienti" nel determinare l'occorrere del disturbo post-traumatico, benché ne possano abbassare la soglia di occorrenza o aggravare il decorso. I sintomi tipici del disturbo sono definiti in: "episodi ripetuti in cui il trauma viene rivissuto in ricordi intrusivi (flashback), sogni o incubi"; "persistente di senso di obnubilamento, ottundimento emotivo, distacco dalle altre persone, non responsività alle circostanze, anedonia, evitamento delle situazioni e attività che ricordano il trauma"; stato di ipervigilanza e aumento dell'arousal, di origine autonomica, reazioni di trasalimento accentuate e insonnia; sintomi di tipo ansioso e depressivo, ideazione suicidaria".

Indipendentemente dai sistemi di classificazione in uso, entrambe le nosografie sottolineano i medesimi aspetti clinici e contestuali e condividono i medesimi limiti intrinseci alla funzione nosologica. Seguendo l'ottima rassegna di Caretti (in Zennaro A.,2011 *Lo Sviluppo della Psicopatologia,* Il Mulino)

"Con il concetto di PTSD, la psichiatria ha proposto un quadro psicopatologico, in cui il trauma viene annoverato fra i criteri diagnostici, nella sua funzione di agente eziologico. L'evento traumatico, in quanto agente causale, si delinea quindi come assolutamente centrale nella comprensione dei quadri post-traumatici e non può non assumere una connotazione del tutto particolare, viste le sue potenzialità patogenetiche e visto che è in grado di determinare un ben definito quadro clinico, sostanzialmente identico in tutti coloro che hanno sviluppato il disturbo, in larga misura indipendente sia dalla tipologia dell'evento stesso sia dalle caratteristiche del soggetto colpito. Per il DSM, infatti, traumatici sono quegli eventi che si pongono "al di fuori della gamma delle abituali esperienze umane" (APA, 2000). Si tratta di una definizione restrittiva, in quanto non tiene conto di una serie di esperienze altamente catastrofiche per l'equilibro psichico della vittima, come possono essere, ad esempio, lo stupro, l'abuso sessuale, oltre a quelle esperienze, spesso difficili da rilevare, come la trascuratezza psicologica. Inoltre, la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress non coglie l'impatto evolutivo del trauma infantile.

Uno dei limiti riconosciuti alla diagnosi di PTSD è quindi quello di non annoverare i cosiddetti traumi interpersonali, ovvero i casi di maltrattamento psicologico, trascuratezza, separazione dai genitori, perdita traumatica e comportamento

sessuale inappropriato. Si tratta di forme di trauma che non corrispondono alla definizione di evento traumatico formulata nel criterio A del DSM-IV-TR, ovvero di un'esperienza che implica "morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria e di altri" (APA, 2000). In conseguenza di ciò, non viene diagnosticato ai bambini un disturbo post-traumatico da stress, a meno che non siano stati esposti anche a esperienze o eventi qualificati come 'traumatici', pur presentando sintomi che altrimenti imporrebbero una diagnosi di disturbo post-traumatico da stress. Questo dato ha portato van der Kolk (2008) a considerare la necessità di una classificazione più ampia degli eventi traumatici, che prenda in considerazione la storia delle esperienze stressanti vissute prima del manifestarsi della sintomatologia post-traumatica. Un'attenzione che ha portato l'autore a definire una nuova etichetta diagnostica per il trauma complesso: il *disturbo traumatico dello sviluppo*.

Il disturbo traumatico dello sviluppo van der Kolk (2008

A. *ESPOSIZIONE*

- Esposizione molteplice/cronica a uno o più traumi interpersonali evolutivamente dannosi (ad esempio, abbandono, tradimento, aggressione fisica o sessuale, minacce all'incolumità fisica, pratiche coercitive, abuso emotivo, assistere a violenza e morte)
- Esperienza soggettiva (ad esempio, rabbia, tradimento, paura, rassegnazione, sconfitta, vergogna)

B. *PATTERN ATTIVATI DI DISREGOLAZIONE RIPETUTA IN RISPOSTA A INDICATORI TRAUMATICI*

Disregolazione (alta o lieve) in presenza di indicatori. I cambiamenti persistono e non c'è ritorno alla condizione di base (*baseline*); non c'è riduzione dell'intensità attraverso la consapevolezza conscia.

- Affettiva
- Somatica (ad esempio, fisiologica, motoria)
- Comportamentale (ad esempio, *re-enacting*, tagliarsi)
- Cognitiva (ad esempio, pensare che sta accadendo di nuovo, confusione, dissociazione, depersonalizzazione)
- Relazionale (ad esempio, dipendenza, tendenza all'opposizione, sfiducia, tendenza all'adesione)
- Attribuzioni del Sé (ad esempio, odio per se stessi, incolparsi)

1. *C. ATTRIBUZIONI E ASPETTATIVE ALTERATE IN MODO PERSISTENTE*
2. - Autoattribuzioni negative
3. - Sfiducia nelle figure primarie
4. - Perdita di aspettativa di protezione da parte degli altri
5. - Perdita di fiducia nella funzione protettiva delle agenzie sociali
6. - Mancanza di ricorso ai servizi sociali e alla giustizia

- Inevitabilità della futura vittimizzazione

7. *D. DISTURBI FUNZIONALI*

- Educativo

- Scolastico
- Familiare
- Relazionale (amicale)
- Legale
- Professionale

Questa proposta diagnostica mette in luce come le esposizioni molteplici a traumi interpersonali possano compromettere diverse aree del funzionamento del bambino:

- *attaccamento* (difficoltà emotive riguardanti le relazioni interpersonali);
- *livello biologico* (problemi evolutivi nell'area sensomotoria, analgesia, problemi di coordinazione, equilibrio e tono muscolare, somatizzazioni, ecc.);
- *regolazione dell'affetto* (difficoltà nel riconoscimento, nella modulazione e nella comunicazione delle emozioni proprie e altrui);
- *dissociazione* (alterazione dello stato di coscienza, depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia);
- *controllo del comportamento* (difficoltà nel controllo degli impulsi, aggressività auto ed etero-diretta, comportamenti patologici di autoconsolazione, disturbi dell'alimentazione, abuso di sostanze, tendenza all'opposizione, ecc.);
- *cognizione* (difficoltà nella regolazione dell'attenzione, nell'elaborazione di stimoli nuovi, difficoltà di apprendimento, ecc.);
- *senso del Sé* (carente senso del Sé, sentimento di inadeguatezza, vergogna, colpa, bassa autostima).

E ciò senza che necessariamente vengano raggiunti i criteri diagnostici per una diagnosi nosografica di PTSD.
Il recente sviluppo delle discipline psicologico-cliniche e delle neuroscienze, infine, oltre ad aver evidenziato numerosi degli aspetti psicopatologici e dei correlati neurali che contribuiscono ad una migliore comprensione dei PTSD, ha messo in luce le frequenti relazioni cormoide fra i medesimi ed altre condizioni cliniche e psicopatologiche.
LeDoux (1996) è stato il primo a scoprire il ruolo centrale dell'amigdala nel rapporto tra emozione e cognizione, definendo come "cervello emotivo" quel sistema deputato all'elaborazione emozionale che opera indipendentemente e al di fuori dell'esperienza cosciente. Dunque la mente può adottare delle risposte emotive immediate che riflettono l'aspetto di auto-conservazione e di sopravvivenza rispetto all'innestarsi di uno stato di paura. Julian Ford (2005), a sua volta, nei soggetti con "traumi interpersonali dall'esito evolutivo negativo", evidenzia come le condizioni di abuso producano una riduzione dell'attivazione nelle aree dell'ippocampo e della corteccia (in particolare la corteccia prefrontale, temporale e parietale), aree particolarmente coinvolte nella percezione sensoriale e spaziale, nella memoria autobiografica e nel linguaggio, ma un incremento dell'attivazione cerebrale nelle aree connesse alla memoria emotiva e al comportamento (particolarmente nel giro del cingolo posteriore e nella corteccia motoria) quando il soggetto è

sottoposto a stimoli che richiamano l'evento traumatico. In presenza di situazioni eccessivamente stressanti, elevati livelli di attivazione emozionale frammentano i circuiti più complessi del cervello; l'amigdala può valutare solamente un amalgama sensoriale e l'ippocampo (assieme alle strutture corticali più elevate) non può giungere a una valutazione discreta che integri le informazioni nella memoria esplicita, cosicchè divengano consapevoli, e dunque narrabili. Ciò non vuol dire semplice assenza del ricordo, ma insediamento delle informazioni in un registro più primitivo, senza che siano state oggetto di un processo di traduzione simbolico-linguistica: in condizioni del genere, l'emozione non assume solo la funzione di risposta ad uno stimolo emotigeno, ma è essa stessa memoria dell'evento traumatico. La costituzione di un ricordo in forma emotiva spiega perché spesso chi è stato vittima di esperienze traumatiche non riesca a dare un resoconto autobiografico delle proprie esperienze e vada incontro ad amnesie e a diverse forme di somatizzazione. L'operazione parallela dei sistemi di memoria esplicita (ippocampale) e implicita (amigdaloidea) spiega il mancato ricordo delle esperienze traumatiche precoci.

Questi e altri studi dimostrano il ruolo che le esperienze relazionali (in particolar modo quelle relative al sistema di attaccamento) hanno nel determinare lo sviluppo ed il funzionamento del nostro cervello, orientando così l'ontogenesi psico-fisica dell'individuo. Nei casi specifici di ricorsivi traumi infantili, le alterazioni neurofisiologiche prodotte sono implicate in una vulnerabilità biologica che si intreccia ad una vulnerabilità psicologica nella modulazione delle esperienze traumatiche, oltre che nello sviluppo di una psicopatologia.

A partire dalle considerazioni sul ruolo dell'attaccamento nello sviluppo emotivo e cognitivo del soggetto, possiamo affermare che i differenti stili di attaccamento insicuro fra caregiver e bambino, ed in particolar modo lo stile disorientato/disorganizzato, determinano un background emotivo che può favorire l'emergere di comportamenti caratterizzati da un grave disconoscimento della soggettività del bambino, come possono essere le esperienze di abuso o di trascuratezza psicologica. Allen, Fonagy e Bateman (2008) utilizzano l'espressione di attaccamenti traumatici, per riferirsi ad un sottoinsieme di traumi interpersonali in cui si instilla nel soggetto la paura della vicinanza emotiva e della dipendenza. Gli autori distinguono diverse forme di attaccamento traumatico che incidono sullo sviluppo delle capacità di mentalizzazione delle emozioni coinvolte nelle esperienze di abuso, maltrattamento o trascuratezza.

Gli studi neurobiologici e psicologici sembrano quindi concordare sull'idea che non esistono di per sé eventi traumatici. Non esiste cioè un evento che possa qualificarsi come oggettivamente traumatico, se non in stretta relazione al significato attribuito dal soggetto. Ciò spiega il perché alcune esperienze, seppur non oggettivamente gravi, possono incidere negativamente sull'equilibrio psicologico dell'individuo Secondo un approccio evolutivo-relazionale, la storia delle relazioni di attaccamento incide sulla forza psichica, sullo sviluppo di un senso di adeguatezza, sui livelli di autostima; fattori, questi, che influenzano l'attribuzione di significato agli eventi esterni. Vi è quindi una vulnerabilità ambientale e interpersonale che rende un soggetto, rispetto ad altri, più a rischio di sviluppare seri sintomi post-traumatici. Altra vulnerabilità, che sembra essere associata alla storia evolutiva del soggetto, sono le alterazioni neurofisiologiche (ad esempio, eccessiva produzione di cortisolo, l'ormone dello stress, diminuzione volumetrica dell'ippocampo, alterazione della neocorteccia, ecc.) che spiegano, da un punto di vista neurobiologico, la vulnerabilità

al trauma di alcuni soggetti. Una possibile evoluzione riguarda quindi il riferimento al trauma come tappa finale di fasi che partono dalla mancata sintonizzazione emotiva, propria di un disturbo dell'attaccamento, i cui effetti negativi sulla mentalizzazione rendono il soggetto incapace nella gestione di quei vissuti emotivi associati a stressors traumatici. Il trauma psicologico, rappresenta quindi "una reazione psichica, da intendere come una ferita causata da un fattore traumatico (stressor), che comporta primariamente l'essere sopraffatti da emozioni angoscianti e intollerabili, e tutto il coinvolgimento della persona per poterle gestire" (Caretti, Craparo, 2008, p. 11).

La complessa interazione fra aspetti di vulnerabilità biologica, valutazione soggettiva e esperienza relazionale costituisce la base etiologica che accomuna le condizioni Post traumatiche con altre forme di sofferenza psichica nei confronti delle quali spesso si connota quale fattore predisponente-facilitante oltre che comorbido.

5. La nostra proposta

Alla luce delle considerazioni sopra esposte relative alla natura ed alle conseguenze delle esperienze traumatiche la Comunità "Il Mago di Oz" si propone, quindi, di lavorare per il

perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Garantire un ambiente accogliente che abbia caratteristiche il più possibile familiari, *«con relazioni intense e significative a livello affettivo, educativo, cognitivo e di promozione delle abilità sociali»*[1], nonché nell'organizzazione di tempi e spazi;

a. Essere un luogo neutro dove le dinamiche relazionali che si vengono ad instaurare non siano antagoniste a quelle della famiglia di origine, quanto piuttosto un'alternativa che possa agevolare il dialogo e la continuità del rapporto mirando all'integrazione tra il minore e le figure genitoriali, a condizione ovviamente che queste figure mostrino capacità sufficienti di cambiamento e di riacquisizione di funzioni protettive e compatibilmente con quanto previsto dai provvedimenti del Tribunale per i Minorenni;

b. Essere un riferimento normativo ma anche un luogo in cui sentirsi protetti e accolti;

c. Promuovere l'inserimento del minore nella rete dei servizi del territorio affinché egli possa crescere in un contesto di cittadinanza piena e non in condizioni di marginalità;

d. Essere parte attiva e promuovere il dialogo costante nella rete di servizi presso cui il minore è preso in carico (Servizi Sociali, NPI, scuola, Tribunale, etc…) affinché il progetto individuale sia il più possibile condiviso e partecipato. Crediamo infatti che la struttura comunitaria debba porsi al servizio di un progetto complessivo più ampio che comprenda i diversi attori coinvolti nella vita del minore e che ambisca a far sì che possa "vivere nell'ambito della sua famiglia".

e. Essere osservatorio privilegiato dal quale progettare un inserimento/reinserimento in famiglia, quella d'origine o una nuova famiglia affidataria;

f. Creare un ambiente emotivamente stimolante che promuova la condivisione di esperienze di vita quotidiana e che permetta al minore di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni;

g. Accogliere in modo globale la soggettività frammentata del minore maltrattato e abusato favorendo in ogni modo i processi di integrazione delle diverse parti del Sé attraverso adeguate esperienze relazionali reali riparative sia di natura educativa che psicoterapeutica

La Comunità Educativa Residenziale "Il Mago di Oz" può accogliere fino a 10 minori, due dei quali in regime di pronto intervento. La fascia di età a cui ci si rivolge è compresa tra 11 e i 17 anni. La qualificazione specialistica del progetto consente di accreditare la proposta progettuale soprattutto nei confronti di minori vittime di maltrattamento ed abuso.

In un'ottica di lavoro integrata, la Comunità è disponibile a valutare l'opportunità di lavorare anche con la famiglia d'origine del minore ospite. Tale possibilità dovrà essere concordata con il Servizio inviante, titolare dei rapporti con la famiglia, e potrà avvenire solo dopo esplicito mandato del servizio inviante titolare del progetto.

È quindi costitutiva del progetto di struttura, oltre alla dimensione di accoglienza sopra richiamata, la disponibilità dei seguenti servizi:

1. Diagnosi psicologica individuale e orientamento al trattamento operato da un'equipe multiprofessionale (Psicologi, Medici specialisti in NPI e Psichiatria, Psicoterapeuti, Educatori professionali) altamente qualificata, in collaborazione con le Università del Piemonte e della Valle d'Aosta;
2. Sostegno e psicoterapia individuale e/o gruppale, a seconda delle indicazioni cliniche emerse in ambito psicodiagnostico e ricorso ad un'ampia rosa di modelli di intervento ai fini dell'individualizzazione (tailoring) progettuale;
3. Trattamento psicofarmacologico e neuropsichiatrico integrato;
4. Valutazione della recuperabilità della famiglia o del singolo genitore;
5. Trattamento familiare o del singolo genitore (qualora previsto);
6. Elaborazione dell'esperienza traumatica tra familiari potenzialmente solidali con la vittima (qualora previsto);
7. Trattamento dell'autore della violenza e assistenza psicologica all'eventuale prospettiva di incontri protetti (qualora previsto).

Infine, il presente progetto si rivolge alla comunità sociale dei territori di riferimento nelle sue forme istituzionali (Enti Locali, scuole, …), organizzative (associazioni, enti del non-profit…) ed informali (società nel suo complesso), mettendo a disposizione le proprie competenze e risorse per incontri informativi, lezioni, aggiornamento professionale degli operatori e degli insegnanti ecc.

La Comunità Educativa Residenziale "Il Mago di Oz" si trova in strada dello Scalo 19 (con ingresso temporaneo da via Scotti 17) ad Asti. Si tratta di uno stabile di nuova costruzione, a norma con gli standard previsti dalle recenti normative. L'edificio, di proprietà dell'Opera Pia Michelerio, è dotato di ascensore e si articola su quattro livelli. La Comunità occupa il terzo ed ultimo livello e il locale mansardato sovrastante. Al primo piano si trovano: dispensa, cucina, sala da pranzo/soggiorno, disimpegno, un bagno abilitato per i disabili, cinque camere con due posti letto ciascuna, due bagni, una stanza degli educatori con bagno personale. Al secondo piano: ampio salone adibito a spazio ludico e ricevimento parenti, locale lavanderia e ripostiglio. L'ubicazione della struttura relativamente vicina al centro

della città può creare numerose opportunità ricreative, sportive e culturali. È inoltre ben servita dai mezzi pubblici e dista circa 500 metri dalla stazione ferroviaria. Tutto ciò facilita anche la relazione, la comunicazione e l'interazione con le altre realtà presenti sul territorio e l'informazione ed il contatto con le varie iniziative presenti (polisportive, corsi di musica, spazi di aggregazione giovanile, teatro, scout, comitato di quartiere ecc…).

6. IL MODELLO CLINICO

Il modello clinico proposto si fonda sulla storia e sull'esperienza maturate dall'Associazione Tiarè nel corso di un ventennio di gestione di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali per minori. Si tratta di una prassi organizzativa consolidata che integra la componente educativa nella funzione terapeutica attraverso la consapevolezza dell'impatto relazionale quotidiano. Esso si finalizza alla presa in carico terapeutica di minori con caratteristiche psicologiche e di personalità che denotano il rischio di una possibile evoluzione verso problematiche psichiatriche, principalmente nell'area dei disturbi della personalità e delle psicosi. L'obiettivo del progetto é di avviare e gestire, di concerto con i Servizi Territoriali competenti, percorsi terapeutici volti al recupero delle autonomie residue, alla loro valorizzazione ed ampliamento, alla garanzia di un contesto relazionale e sociale stabile ed affettivamente saliente nonché alla presa in carico della condizione di sofferenza psicologica con esplicite finalità terapeutiche, sia sotto il profilo psicofarmacologico che psicoterapeutico e socioriabilitativo. Il modello teorico di riferimento adottato dal progetto, connotante l'intervento psicoterapico, l'organizzazione dei servizi e degli interventi, la formazione e la supervisione degli operatori, é di tipo psicoanalitico interpersonale, con particolare attinenza al costrutto teorico ed alle prassi terapeutiche meglio riconducibili all'approccio denominato DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY, il focus riguarda quindi le relazioni fra individuo e contesto. In tale accezione lo sviluppo individuale viene inteso quale costruzione a scopi di adattamento delle frontiere interpersonali (Sameroff, 1989; Zennaro, 2011). Si basa sull'assunto che le esperienze interpersonali abbiano un'influenza decisiva sullo sviluppo della personalità e della salute mentale e si occupa quindi di spiegare come individuo e contesto operino insieme nel produrre modelli adattivi e disadattivi e come essi influenzino lo sviluppo e il funzionamento futuro**.** La peculiarità dell'utenza, quindi, rende imprescindibile una precisa competenza delle équipe cliniche ed educative relativamente alla psicopatologia dello sviluppo, alla psicologia dell'età evolutiva, alla neuropsichiatria infantile, alla psicoterapia allo scopo di integrare la presa in carico dei processi psicopatologici con la risposta alle normali esigenze evolutive degli ospiti. Trattasi della ben nota fascia di disagio che si caratterizza quale intersezione di più insiemi sfuocati:

- bisogni socio Ass.li v/s presa in carico sanitaria;
- NPI v/s Psichiatria adulti;
- necessità di intervento educativo v/s presa in carico terapeutica.

Riteniamo, infatti, che le consuete strategie progettuali, in atto nella maggior parte dei casi, si configurino come risposte estremamente parziali alla complessità dei bisogni individuali ed alle necessità terapeutiche e abilitative/riabilitative degli adolescenti con disturbi psicopatologici:

- supporto educativo residenziale;
- collegamento con il mondo del lavoro e della scuola;
- modello di identificazione;
- sostegno sociale
- supporto ausiliario alle funzioni dell'Io;
- supporto al nucleo famigliare per l'eventuale rientro in casa;
- presa in carico psicoterapeutica;
- presa in carico psicofarmacologica.

Questo approccio multifocale e multidimensionale, trova la propria sostanziazione teorico/clinica, oltre che nell'esperienza maturata, e nel modello teorico di riferimento, anche in quanto sostenuto, a livello nazionale, da G.C. Zapparoli relativamente all'"integrazione funzionale", in cui le diverse funzioni degli operatori (farmacoterapica, psicoterapica, educativa ed assistenziale) vengono coordinate in un programma di trattamento che le integra partendo dai bisogni del paziente. È nostra opinione, consolidata con l'esperienza maturata nel settore, che un periodo limitato di tempo a forte investimento terapeutico ed educativo possa consentire un minore dispendio di risorse in epoche successive.

In altre parole, riteniamo che, soprattutto in quei casi che si configurano come particolarmente connotati da un rischio psicopatologico, sia necessario attivare una modalità di presa in carico dell'utente che, oltre a fornirgli delle risposte ad alcuni bisogni, siano essi elementari: vitto, alloggio che complessi: sostegno educativo, modelli di identificazione, contribuiscano a catalizzare le risorse strutturali del paziente affinché egli divenga in grado di affrontare il proprio disagio e il mondo relazionale in maniera adeguata, adattiva e soprattutto funzionale ai propri bisogni.

La presa in carico psicoterapeutica può essere organizzata, a seconda del quadro diagnostico e della valutazione psicodiagnostica iniziale secondo tre modelli distinti:

Psicoterapia breve focale: connotata da una finalità di prevenzione rispetto ad una stabilizzazione del disturbo. L'intervento offre la possibilità all'adolescente di comunicare e di riflettere sul proprio mondo interno, sia sotto il profilo degli aspetti conflittuali che delle potenzialità.

Psicoterapia a lungo termine: come definita secondo il modello psicoanalitico, soprattutto nelle sue più recenti evoluzioni secondo l'approccio interpersonale.

Psicoterapia espressiva e/o di gruppo: intendiamo includere in questa ampia categoria la disponibilità ad interventi diversi dai due ambiti sopracitati ed in particolare l'utilizzo di modalità di accesso al profondo secondo tecniche che possano far leva su risorse ed interessi specifici dell'individuo. Ne sono un esempio l'arteterapia, la musicoterapia, lo psicodramma analitico, la psicomotricità. Per ognuna delle tecniche citate il Progetto minori "Tiaré" fa riferimento a tecnici qualificati e riconosciuti sia di provenienza privata che pubblica.

Il modello, brevemente descritto in queste pagine, prevede pertanto, qualora pertinente, l'affiancamento della componente educativa con una presa in carico psicoterapeutica del ragazzo. Qualora il progetto individuale lo consenta

siamo altresì propensi alla presa in carico del nucleo famigliare di origine, finalizzata ad un riesame della problematica sistemica in maniera propedeutica a qualsiasi ipotesi di ritorno in casa.

Per ciò che attiene a quest'ultimo aspetto riteniamo la modalità di presa in carico famigliare articolabile in 3 livelli progressivi, in base a: - presenza di un problema dominante - presenza di capacità elaborative da parte del nucleo - presenza di particolari resistenze all'interno del nucleo - livello di funzionamento cognitivo dello stesso ecc.

- Al primo livello proponiamo una presa in carico definibile come "ambientale" (Berti Ceroni & Paltrinieri, 1996). Tale livello é fondamentalmente connotato da:

1) un coinvolgimento del nucleo allo scopo di presentare ai familiari coloro che si fanno carico dell'intervento;

2) un sostegno all'assistenza, chiarendo eventuali aspetti specifici del trattamento o della sintomatologia;

3) la costruzione di una alleanza terapeutica a vantaggio del paziente

- Al secondo livello proponiamo un intervento psicoeducazionale che offra ai familiari la possibilità di parlare con altri, di rinforzare la propria esperienza di essere sostenuti. Il livello si diversifica dal precedente poiché implica una comprensione piena della complessità dei vissuti psicopatologici del paziente ed una modificazione del comportamento familiare al fine di renderlo più congruo all'adattamento del paziente ad esso. Lo scopo é quello di giungere alla costituzione di un gruppo di lavoro che integri anche la famiglia nel complesso del progetto terapeutico.

- Al terzo livello proponiamo una vera e propria terapia familiare, secondo l'orientamento psicoanalitico. Le modalità e le articolazioni di tale intervento sono ben documentate in letteratura e quindi ometteremo di dilungarci esponendone le caratteristiche e le finalità.

Va da sé come la presa in carico familiare, nel caso di sospetto abuso e/o maltrattamento, sarà declinata sui diversi livelli degli attori familiari in campo, come declinato in premessa.

L'EQUIPE CLINICA

L'Equipe Clinica sarà composta da alcune figure medico-psicologiche articolate nella clinica di I livello (rivolta alla struttura ed alla gestione della progettualità comunitaria comune) e nella clinica di II livello (volta cioè al trattamento individualizzato di ogni singolo minore).

Sono figure cliniche di I livello:

Il COORDINATORE PROGETTUALE:

- Ha il coordinamento della relazione ed integrazione fra progetto educativo e clinico.
- Costruisce il PEI concertato con l'equipe educativa e ne cura la realizzazione per obiettivi a breve e media durata, concordati con i servizi invianti.
- Si coordina con le altre figure cliniche settimanalmente.
- Cura, assieme al medico NPI ed al Coordinatore Educativo gli inserimenti in C.tà.
- Mantiene la relazione con i servizi invianti (supportato dal medico NPI e dal Coordinatore Educativo per quanto di loro competenza)

IL SUPERVISORE CLINICO:

- Supervisiona quindicinalmente l'equipe educativa cui trasmette le necessarie competenze metodologiche e di lettura relazionale per l'intervento quotidiano sui casi.
- Si coordina settimanalmente con le altre figure cliniche
- Relaziona relativamente alla propria attività mensilmente

MEDICO NEUROPSICHIATRAINFANTILE:

- È un medico specialista e, in quanto tale, ha la responsabilità del trattamento medico dei ragazzi inseriti in C.tà.
- Cura la componente farmacologica del trattamento.
- Assieme a CP e SC, con cui si coordina settimanalmente, è responsabile dell'intero processo di cura e della progettualità per perseguirlo.
- Relaziona relativamente alla propria attività mensilmente.

A queste figure clini che di I livello si affianca, con interventi quindicinali, il SUPERVISORE DINAMICO DELL'EQUIPE EDUCATIVA, di cui si è già trattato in precedenza.

Sono figure cliniche di II livello, esercitanti cioè funzioni cliniche specifiche distinte ed individualizzate sui diversi minori ospiti:
LO PSICOTERAPEUTA INDIVIDUALE
LO PSICOTERAPEUTA FAMIGLIARE
GLI PSICOTERAPEUTI GRUPPALI

7. IL MODELLO EDUCATIVO

Nel definire il modello educativo occorre premettere alcune riflessioni di ordine generale che assumono una valenza particolare nel ripensare una comunità educativa rivolta a vittime di abuso e grave maltrattamento e deprivazione.
La prima riflessione è che la *«comunità alloggio è, storicamente e culturalmente, un luogo educativo ambivalente: protetto ed esposto, al tempo stesso»*. Luogo protetto *«perché il suo scopo resta quello di accogliere e proteggere, tutelare dei bambini in crisi, dei bambini in difficoltà offrendo loro uno spazio alternativo alla famiglia perturbata»*. Luogo esposto, a rischio, poiché *«non è un vaso ermetico: ma un alambicco comunicante. Ed in quanto tale inserito, suo malgrado, in un contesto»*[2], che produce e riproduce immagini, rappresentazioni, aspettative diverse e contrastanti a seconda di chi e da che punto di vista osserva la comunità.

L'ambivalenza è anche la cifra che caratterizza i minori che, loro malgrado, hanno vissuto un'esperienza di abuso e maltrattamento nel loro nucleo d'origine. Tali esperienze di vita hanno prodotto in loro grosse difficoltà di relazione con coetanei ed adulti, poiché non posseggono sufficienti strumenti che possano aiutarli a decodificare in modo corretto i messaggi che provengono dall'esterno. Così, il piano dell'affettività risulta mescolato con quello della sessualità, la percezione del proprio mondo interno alterata, le autonomie limitate, la sviluppo emotivo ed affettivo deprivato, le riattivazioni traumatiche che portano a confondere il presente con il passato, continue. E, ancora, l'autostima assente o molto fragile, la percezione del corpo molto flebile e caratterizzata da agiti autodistruttivi, le capacità comunicative dei propri malesseri molto limitate a favore di una continua riattualizzazione negli agiti e nelle somatizzazioni, i meccanismi proiettivi sempre in azione così come le dinamiche transferali, l'interiorizzazione di aspetti patologici dei propri persecutori evidenti nei tratti sadici e nell'incapacità di farsi carico della sofferenza dell'altro, la necessità di rapporti esclusivi e significativi forte, così come la tendenza ad investirli di esclusività.

Così, dunque, se fare educazione non è un atto neutro e nemmeno scontato, ancor meno lo è in una comunità, soprattutto se questa ha come scopo quello di aiutare le vittime di maltrattamenti, abusi e gravi trascuratezze a rielaborare la precedente esperienza di vita, fornendo al contempo sufficienti competenze ed autonomie per il dopo comunità.

Diventa quindi necessario e prioritario differenziare bene gli ambiti di intervento, i ruoli, la gestione degli spazi, gli ambiti di vita. Differenziare per dare chiarezza, per combattere la frammentazione del Sé, scisso dalla troppa confusione vissuta nelle precedenti e tragiche esperienze di vita.

Tuttavia, la comunità educativa deve essere caratterizzata da *«relazioni intense e significative a livello affettivo, educativo, cognitivo e di promozione delle abilità sociali»*[3]. Deve saper accogliere orientandosi verso un modello di intervento che, con Vitale, potremo definire a *«"razionalità problematica", che definisce la Comunità alloggio come uno spazio temporaneo di convivenza, che è una cosa ben diversa dall'istituto, dall'ospedale, dalla scuola, dalla famiglia, ma che però, essendo un luogo più complesso, può partecipare degli aspetti positivi di quegli altri modelli»*.

Appare dunque chiaro che il modello educativo necessiti, per la sua piena attuazione, dell'intersezione e del supporto del modello clinico, che nella sua definizione e suddivisione precisa e dettagliata esposta in precedenza può bilanciare e sostenere l'équipe educativa nella sua fragilità congenita: quella di lavorare in un contesto estremamente denso di relazioni, richiami emotivi, ambienti e situazioni. In assenza di una forte e fattiva sinergia tra i due modelli, l'intervento educativo verrebbe risucchiato dal vortice della quotidianità e delle patologie portate dalle ospiti che esporrebbero alla perdita di orientamento ed al conseguente rischio di raggiungere risultati opposti a quelli che ci si prefigge.

La comunità educativa è anzitutto un "luogo di vita" per i minori ospiti e come tale si fa carico della quotidianità nei suoi aspetti di cura e di accoglienza. Il "farsi carico" tuttavia è connotato dalla dimensione dell'intenzionalità, che si evidenzia nella progettualità e nell'implementazione e verifica della stessa. Tale dimensione non può a sua volta prescindere dall'accettazione e dalla gestione di ciò che prevedibile non è e che, come tale, afferma l'orizzonte della

"possibilità" e dell'"incertezza" come costitutivo dei percorsi individuali che ogni minore vive ed è chiamato a compiere.

Tutto ciò espone il lavoro dell'équipe ad una continua messa in discussione problematica delle proprie acquisizioni e certezze, ad un costante ripensamento delle interpretazioni e delle pratiche e ad una ripresa continua della narrazione dei percorsi individuali degli ospiti per ricercare e restituire nuovi significati, risorse, acquisizioni. In altre parole, per tentare di costruire con i minori, nel farsi della narrazione, nuove immagini del loro Sé, diverse e ripulite dalle perversioni e dalle patologie che hanno sporcato, condizionandola e contaminandola, la costruzione della loro identità prima dell'ingresso in comunità.

METODOLOGIA E STRUMENTI

In quanto spazio temporaneo di convivenza chiamato a creare un *«ambiente il più possibile "comunitario" a carattere familiare»*[4], essa è chiamata a svolgere una funzione suppletiva della relazioni familiari e non sostitutiva. In essa è l'équipe, non il singolo educatore, che garantisce la continuità e la coerenza educativa di cui il minore ospite ha bisogno per percorrere efficacemente il "suo progetto". L'équipe riveste un ruolo affettivo, normativo e di accudimento quotidiano fondamentale e imprescindibile. Essa è l'elemento centrale sul quale occorre investire opportune risorse affinché sia in grado di svolgere il proprio compito con professionalità e coerenza. Attraverso essa e i processi di identificazione e differenziazione, il minore avrà la possibilità di divenire un soggetto autonomo ed indipendente.

Il minore, tuttavia, porta con se la sua storia, i suoi legami e si inserisce in un tessuto sociale più ampio degli angusti confini della comunità. Ecco, quindi, che diventa importante che l'équipe si impegni in una continua opera di tessitura di legami e collaborazioni con le agenzie del territorio e con i servizi di riferimento in modo da stimolare una progettualità ampia di tipo educativo al fine di creare le condizioni affinché si possa produrre un reale cambiamento. In questo processo di progettazione il minore non è escluso, bensì continuamente coinvolto e stimolato alla partecipazione, all'assunzione di impegni, alla loro verifica e ridefinizione. L'obiettivo è quello di accompagnare il minore verso maggiori e progressivi livelli di autonomia.

Il lavoro in comunità richiede agli educatori la consapevolezza del proprio ruolo di punto di riferimento autorevole, affettivo, capace di trasmettere sicurezza, di facilitare gli scambi psico-sociali e di stimolare l'esplorazione del nuovo per giungere a nuove scoperte di sé e degli altri. La difficoltà del lavoro sta allora nella capacità di tradurre, e mantenere coerenti, alcuni comportamenti concreti, dei "predicati" dell'agire educativo (Cfr. D. Demetrio, *"Educatori di professione"*, La Nuova Italia, 1991):

- esplorare: cercare, osservare, contribuire a costruire una nuova rappresentazione di sè da parte dei ragazzi;
- comunicare: parlare, spiegare, chiedere, ascoltare;
- fare: realizzare, produrre, esprimere, giocare …;
- negoziare: discutere, trattare, concertare, tracciare dei limiti, creare zone d'incontro e di rispetto;

- progettare: ideare, ipotizzare, provare, coinvolgere...;
- immaginare: fantasticare, senza obblighi di costrizione, agire per il piacere...
- verificare: accertare, controllare, ripensare. Il contrario è dimenticare.

Nello svolgimento delle sue funzioni, l'équipe educativa si avvale di strumenti relazionali, "tecnici", organizzativi e progettuali. Tutti concorrono e sono necessari a rendere efficaci gli interventi in comunità.

I primi costituiscono la base del lavoro educativo e chiamano l'educatore a rendere operativo il proprio ruolo di riferimento, di facilitatore e di stimolo al cambiamento. Essi sono:

1. il colloquio individuale di ascolto, verifica, progettazione, proposta, riflessione ed approfondimento dei percorsi individuali;
2. gli incontri di gruppo, finalizzati all'ascolto e all'approfondimento delle dinamiche gruppali, alla stimolazione della riflessione e all'aumento circa le competenze relazionali;

Gli strumenti "tecnici" sono funzionali ai primi e costituiscono le fondamenta che garantiscono la continuità e la coerenza degli interventi educativi, consentendo all'équipe di espletare il suo ruolo e funzione di garante del perseguimento dei PEI individuali. Essi sono:

1. Progetto educativo e clinico di trattamento individuale (PEI), di cui si tratterà in seguito;
2. Diario di Bordo (DiBò)

Il DiBò è un documento ufficiale in cui è possibile reperire informazioni sull'andamento della vita in comunità. È redatto in formato elettronico e compilato dagli educatori entro il termine del loro turno di lavoro e riporta notizie e osservazioni in merito all'andamento della giornata e alle dinamiche del gruppo ed individuali. Il DiBò è lo strumento che garantisce il passaggio delle consegne e la continuità educativa degli interventi. Quale strumento principale di lavoro, esso è anche stimolo di riflessione sincronica e diacronica sulle dinamiche e gli interventi messi in atto per gestirle. Infine, il DiBò è lo strumento principale per la stesura delle relazioni periodiche, la verifica e riprogettazione dei PEI (*infra*).

3. Il dossier personale

Il dossier personale raccoglie la documentazione relativa al minore. E' organizzato per aree (Documenti, Servizi, TM/Procura, PE-CTI e Relazioni d'aggiornamento, Scuola/Lavoro, Attività/Tempo Libero, Personale, e la documentazione sanitaria). L'insieme del dossier personale custodisce la storia del minore da prima dell'inserimento in comunità e del percorso svolto durante la permanenza in essa.

Gli strumenti organizzativi servono invece a rendere fluida e tempestiva l'azione educativa e di cura a favore dei minori ospiti. Essi sono:

1. Il planning

in esso vengono segnati appuntamenti, impegni, riunioni, scadenze, commissioni, urgenze.

2. Le procedure ed istruzioni operative

la complessità ed estrema varietà di situazioni da presidiare ha reso necessaria la standardizzazione e codificazione di diversi processi al fine di rendere maggiormente affidabile e coerente l'intervento di cura. Tali processi sono relativi all'area della Salute, degli approvvigionamenti, della gestione delle emergenze, della gestione degli ingressi, della stesura dei PEI e loro verifica, delle dimissioni.

Infine, gli strumenti progettuali, nella loro articolazione in riunioni di coordinamento di rete e strumenti operativi, costituiscono il cuore del processo di pensiero volto alla promozione del cambiamento.

1. Coordinamento progettuale

è una riunione che si svolge tre volte l'anno per ogni minore e coinvolge il coordinatore progettuale, il coordinatore educativo, l'educatore di riferimento e lo psicoterapeuta. È finalizzata alla verifica e riprogettazione del PEI del minore e produce come *output* una relazione di aggiornamento del percorso svolto.

Riunione allargata di equipe vedi relazione

2. Riunione d'équipe

è svolta ogni settimana e riunisce gli educatori, gli O.S.S. ed il coordinatore educativo. Ha le finalità di organizzazione della vita quotidiana e di monitoraggio e verifica dell'andamento della vita comunitaria dei singoli e del gruppo e di definizione degli interventi contingenti.

3. Riunioni di rete

è svolta tre volte l'anno successivamente alle riunioni di coordinamento e coinvolge i Servizi Territoriali invianti, il coordinatore progettuale, il coordinatore educativo e l'educatore di riferimento. Ha lo scopo di rendere evidente il percorso effettuato dal minore in comunità, di rendere conto del lavoro effettuato e, nel caso, di ridefinire le linee quadro d'intervento.

Di concerto viene rielaborato con i servizi invianti il progetto del minore.

L'ÉQUIPE EDUCATIVA

L'équipe educativa è composta da un coordinatore educativo, educatori professionali e operatori sociosanitari

IL COORDINATORE EDUCATIVO/ REFERENTE

Il referente nel momento in cui, il coordinatore è assente dalla struttura diventa di conseguenza responsabile con le seguenti mansioni.

- Definisce i turni di lavoro e coordina tutto il personale operante all'interno della struttura (educatori, operatori sociosanitari);
- Costruisce il PEI insieme agli educatori ed al coordinatore progettuale, monitorandone l'applicazione ed il perseguimento;
- Si coordina con il Coordinatore Progettuale settimanalmente;
- Cura, insieme al Coordinatore Progettuale ed al medico NPI, gli inserimenti in comunità;

- Mantiene la relazione con i Servizi Territoriali invianti (supportato dal medico NPI e dal Coordinatore Progettuale per quanto di loro competenza);
- Verifica l'attuazione del progetto di servizio;
- Garantisce il corretto funzionamento della struttura e ne coordina gli interventi di manutenzione;
- Definisce e coordina la gestione delle referenze educative individuali;
- Controlla la stesura e l'ordine della documentazione del servizio;
- Verifica e pianifica le relazioni educative relative agli ospiti sulla base delle scadenze prefissate e delle richieste di aggiornamento da parte dei servizi;
- Pianifica e verifica la redazione delle relazioni semestrali di aggiornamento da inviarsi alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, come previsto dall'art. 9 comma 4 della L. 4 maggio 1983, n. 184, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori e successive modificazioni*.

GLI EDUCATORI

La presenza di educatori professionali è disciplinata dalla DGR 15 marzo 2004, n. 41-12003 41 e s.m.i. L'équipe educativa è chiamata a perseguire obiettivi complessi quali l'autonomia e la socializzazione del minore mediante un intervento flessibile, dinamico e la presa in carico delle sue problematiche secondo le linee che vengono progressivamente delineate nelle riunioni di coordinamento progettuale e dell'équipe educativa. La centralità del suo lavoro consiste nella relazione, finalizzata a ricostruire un tessuto di rapporti significativi. Infine, l'educatore lavora sull'immaginario, sull'ambiente, sulla persona cercando il continuo coinvolgimento del minore attraverso processi di attivazione, stimolazione, conferma e rafforzamento delle sue risorse. Ogni minore ha due referenti al fine di garantire meglio il presidio dei processi di cambiamento attivati, nonché gli appuntamenti e le incombenze afferenti ad ogni area dello sviluppo del Sé. I suoi compiti possono essere così sintetizzati:

- comprensione del modello di funzionamento mentale e comportamentale dei minori (in particolare del minore di cui è educatore di riferimento), così come viene gradualmente delineato nelle riunioni di Coordinamento Progettual e d'équipe;
- osservazione e registrazione dei comportamenti individuali e di gruppo;
- valutazione dei bisogni e delle risorse dei minori, utilizzando e approfondendo le indicazioni delle supervisioni, del coordinatore, dell'équipe educativa, dello psicoterapeuta individuale e del medico NPI;
- accompagnamento del minore negli incontri con i Servizi Territoriali invianti e degli organi giudiziari;
- colloqui con i minori per l'esame delle situazioni individuali e di gruppo e per l'attuazione degli interventi educativi;
- contatti con le figure familiari e con gli operatori dei Servizi Territoriali di provenienza;
- cura della relazione con la scuola e/o il lavoro;

- individuazione, assieme al minore, delle attività extrascolastiche funzionali al perseguimento degli obiettivi previsiti dal PE-CTI;
- presidio del regolamento di comunità e dell'organizzazione dei tempi della giornata;
- presidio delle incombenze quotidiane coordinate dagli operatori sociosanitari;
- partecipazione alle riunioni d'équipe e alle supervisioni e ai coordinamenti progettuali per i minori di cui si ha la referenza;
- partecipazione alle occasioni di formazione continua predisposte dal soggetto gestore.

GLI OPERATORI SOCIO SANITARI (O.S.S.)

L'O.S.S., la cui presenza nell'équipe educativa è prevista dalla normativa vigente, è parte integrante dell'équipe educativa. Le funzioni dell'O.S.S. sono orientate al coordinamento e cura degli spazi comuni e privati degli ospiti, nonché al presidio dei rifornimenti e della cucina. La partecipazione al processo educativo verso i minori e secondario (in quanto non ha una responsabilità diretta nella stesura dei PEI e nelle referenze) ma fondamentale negli aspetti di cura. Inoltre, in quanto professionista che interagisce con i minori quotidianamente, la sua funzione educativa è evidente e, in quanto tale, necessità del coordinamento e dell'acquisizione degli elementi conoscitivi propri delle altre figure professionali. I suoi compiti possono essere così sintetizzati:

- assistenza diretta ai minori;
- coordinamento e cura delle attività domestiche: pulizia dei locali, lavanderia, stireria, preparazione pasti, rifornimenti;
- eventuale prestazione igienico-sanitarie complementari alle attività di assistenza e di tutela a favore dei minori;
- partecipazione alle riunioni d'èquipe e alle supervisioni;
- partecipazione alle occasioni di formazione continua predisposte dal soggetto gestore.

I TURNI DI LAVORO

Lo schema dei turni è in sintonia con quanto previsto dalla normativa del settore e dal CCNL delle Cooperative Sociali applicato.

Il Coordinatore educativo svolge i suoi compiti in orario mattutino e fino alle 15.30,

Gli educatori turnanti hanno un orario prevalentemente pomeridiano, notturno e sul week-end.

Le O.S.S. lavorano in orario mattutino e pomeridiano alternandosi. Partecipano anch'esse alla turnazione notturna e sul week-end.

La comunità prevede una compresenza di operatori fino alle 23 della sera. La notte invece, è previsto un solo operatore fino alle 9 del mattino. Inoltre, in orario 24-6, la presenza dell'operatore in struttura è in regime di "reperibilità con obbligo di residenza in struttura", che può tramutarsi in attività qualora se ne verifichi la necessità.

L'organizzazione dei turni e la partecipazione di tutti garantisce una riduzione degli impegni notturni e nel week-end a favore di tutti gli operatori, evitando eccessivi carichi di lavoro e mantenendo adeguati momenti di stacco.

8. I DESTINATARI

La Comunità Educativa Residenziale "Il Mago di Oz" può accogliere fino a 10 minori, due dei quali in regime di pronto intervento. La fascia di età a cui ci si rivolge è compresa tra gli 11 e i 17 anni. Data la delicatezza delle problematiche affrontate e della fascia d'età cui ci si rivolge, la comunità ha scelto di orientarsi verso la sola utenza femminile.

La comunità può ospitare maggiorenni unicamente in regime di Proseguimento Amministrativo disposto dal Tribunale per i Minorenni a favore di minori già ospiti della struttura.

Il trattamento dei familiari, così come previsto nella nostra proposta (*sopra*), può avvenire solo previo accordo con i Servizi Territoriali invianti.

9. I SERVIZI OFFERTI

La comunità è aperta 24 ore al giorno per 12 mesi l'anno e garantisce un complesso di prestazioni fra cui:

- Ospitalità residenziale in stanze doppie;
- Servizi di ristorazione con possibilità di dieta personalizzata qualora si presenti una necessità certificata da un medico;
- Servizio di lavanderia;
- Accompagnamento e trasporto per attività scolastiche, ludiche, di socializzazione, e terapeutiche.
- Attività educative e sostegno scolastico;
- Attività di socializzazione;
- Attività terapeutiche-riabilitative;
- Attività ludico-motorie;
- Laboratori artigianali creativi, formativi e ricreativi
- Attività di partecipazione al ménage quotidiano della comunità;
- Somministrazione di farmaci previa ricetta medica o preventivo e documentato accordo con il pediatra per i medicinali da banco;
- Attività ricreative e gite nei week-end;
- Organizzazione di periodi di vacanza nei mesi estivi (soggiorni);

10. RETE TERRITORIALE E RAPPORTI CON IL TERRITORIO

La comunità "Il Mago di Oz", ha rafforzato i suoi rapporti con il territorio astigiano in tutte le sue componenti: enti locali, scuole, servizi sanitari territoriali, associazioni ed oratori, soggetti privati che offrono attività ricreative, sportive e culturali.

RETE TERRITORIALE SANITARIA

L'esperienza di lavoro con soggetti traumatizzati ha portato alla necessità di sviluppare una solida rete territoriale di supporto per affrontare le diverse problematiche di ordine sanitario che via via si sono presentate. Nei soggetti traumatizzati sono frequenti le somatizzazioni dei malesseri che ancora non riescono ad essere espressi con la parola e, pertanto, risultano ancora non rielaborati. Inoltre, non è infrequente che nei nuclei d'origine in cui si sono sviluppate le esperienze traumatiche, l'adulto non abusante e connivente, disturbato anch'egli nella propria affettività, abbia agito una medicalizzazione dell'affettività attraverso al cura farmacologica di qualsiasi manifestazione del disagio o abbia garantito la sua presenza solo nei momenti di maggior malessere, sfociati in un ricovero.

Il ricorso alle cure mediche e ai farmaci diviene così strumento di espressione del proprio malessere, ricerca di vicinanza affettiva, occasione di spostamento alla ricerca di un rifugio ed una rapida spiegazione dei propri malesseri.

I rapporti con il Medico di Base

Per affrontare tutto ciò limitando il ricorso ai farmaci quando non strettamente necessari quale modalità sana di cura e amore verso se stessi, ha portato l'équipe educativa a definire una protocollo di collaborazione con il Medico di Base, che segue tutti gli ospiti della comunità. Tale protocollo prevede una condivisione delle informazioni di base sugli ospiti e un preventivo confronto sulle problematiche di salute contestuali, al fine di consentire al medico l'esercizio informato della responsabilità di diagnosi e cura. Ciò che è stato chiesto alla dr.ssa Leone è di aiutare l'équipe educativa a fornire elementi di realtà ai minori ospiti circa la loro salute, agendo al contempo una separazione tra netta tra le competenze degli operatori. Tal protocollo di collaborazione ha anche una valenza educativa perché aiuta l'équipe a lavorare sulla differenziazione, sulla responsabilità di cura verso se stessi disincentivando la pratica dell'automedicazione, sulla fiducia verso il mondo esterno così fortemente compromessa dalla precedente esperienza traumatica.

I rapporti con il Consultorio Familiare dell'ASL AT

Le problematiche ginecologiche e la delicatezza nell'intervenire su di esse ha portato l'équipe educativa ha sviluppare una collaborazione con il servizio di ginecologia per adolescenti dell'ospedale di asti *I rapporti con l'Ospedale "Cardinal Massaia" di Asti*

I rapporti con l'O.I.R.M. Regina Margherita di Torino

Per alcune problematiche specifiche derivante dalle diagnosi con cui gli ospiti hanno fatto accesso in struttura, sono state avviate collaborazioni con il Reparto di Neurologia dell'Ospedale

RETE TERRITORIALE SCOLASTICA

I rapporti di collaborazione con le scuole del territorio coprono tutti i gradi di istruzione, dalle elementari alle scuole superiori, agli istituti professionali. Essi si sono sviluppati a partire dalla frequenza di tali scuola da parte di minori e giovani inseriti nella comunità:

Inoltre, la collaborazione con la Coop. Sociale "La Strada" di Asti – aderente anch'essa al Consorzio Co.Al.A. - ha favorito la possibilità di usufruire del servizio di doposcuola gestito da educatori della cooperativa, presso il quale abbiamo inserito alcune ospiti della comunità al fine di meglio seguirle sotto il profilo del profitto scolastico.

RETE PER LE ATTIVITÀ RICREATIVE E SPORTIVE

Numerose sono state le collaborazioni attivate negli anni di attività della comunità sul territorio. La collaborazione si è estesa dai campi estivi alle strutture come palestre, piscine, attività ricreative.

11. FORMAZIONE DELLE EQUIPE

Il modello di lavoro "a rete" che costituisce il nostro prevalente strumento professionale necessita, per poter essere attuato, di un continuo supporto operativo alle professionalità operanti nell'ambito delle strutture residenziali terapeutiche caratterizzato nel modo seguente:

- formazione permanente, finalizzata ad incrementare le abilità dell'equipe di lettura e di analisi delle situazioni operative, sia attraverso processi di trasmissione dell'informazione che a mezzo della valorizzazione delle proprie esperienze lavorative e relazionali. La formazione, nella nostra esperienza, dovrà caratterizzarsi sia per un processo di apprendimento che per una finalizzazione ad obiettivi di ricerca intervento partecipante.
- supervisione clinica, orientata alla decodifica delle situazioni ed al supporto al mondo interno dell'operatore sia attraverso una migliore conoscenza dei processi emotivi e relazionali individuali e di gruppo che attraverso l'esplicitazione di una interpretazione pluridisciplinare del disagio del ragazzo/paziente.
- Partecipazione a momenti formativi e/o di apprendimento organizzati da terzi, nonché ad approfondimenti di ricerca, garantiti dal costante confronto con realtà universitarie nazionali ed internazionali.
- Supervisione Dinamica, finalizzata alla presa in carico dei vissuti soggettivi gruppali ed individuali dell'equipe educativa anche in rapporto alla collaborazione con la componente clinica oltre che con le specifiche caratteristiche dell'utenza.

12. SELEZIONE DEL PERSONALE

La selezione degli operatori avviene attraverso la consultazione dei curriculum in archivio, periodicamente verificati e aggiornati, e la predisposizione di colloqui di valutazione dei requisiti e delle capacità specifiche. Durante i colloqui si mette "in situazione" il candidato proponendogli situazioni realistiche con il duplice obiettivo di dare indicazioni precise sul tipo di contesto lavorativo e ricevere indicazioni circa gli approcci alle stesse.

Può far parte integrante del processo di seleziona la richiesta di affiancamento dell'équipe educativa per alcuni turni in modo da dare e ricevere indicazioni più precise circa la scelta di collaborazione.

Al termine della selezione viene svolto un colloquio di restituzione nel quale il candidato ed il selezionatore, reciprocamente, esprimono la propria volontà o non volontà di proseguire nella collaborazione.

13. MODALITÀ DI PRESA IN CARICO E DIMISSIONE

Presa in carico

La presa in carico avviene esclusivamente su segnalazione dei servizi territoriali e/o ospedalieri competenti o dell'autorità giudiziaria. Le segnalazioni per una eventuale presa in carico vanno inoltrate:

a. Direttamente alla Comunità "Il Mago di Oz" attraverso il n° di Fax 0141/30584 oppure l'indirizzo cermagodioz@gmail.com oppure attraverso la coordinatrice educativa della comunità: turbiani.cermagodioz@gmail.com
b. All'Associazione Tiarè Servizi per la Salute Mentale, via Berthollet, 44, 10125, Torino, al numero di Fax: 0116508301 oppure all'indirizzo mail; info@associazionetiare.org
c. L'inserimento in struttura avverrà successivamente alla trasmissione di adeguata documentazione sociale, educativa e clinica allo scopo di consentire una efficace accoglienza del minore e di garantire la compatibilità della condizione dello stesso con quelle del gruppo dei pari già presenti in struttura.

L'inserimento potrà avvenire solo in seguito alla condivisione delle linee generali progettuali con il servizio inviante ed al ricevimento dell'impegno di spesa sottoscritto dal dirigente.

La richiesta di ammissione alla struttura, presentata dai servizi sociali territoriali, deve essere preventivamente valutata e concordata dal responsabile della struttura, dallo psicologo residente e da un referente dell'Associazione. Qualora il minore sia in carico al servizio psicologico o neuropsichiatrico, dovrà essere presentata la relazione da parte dell'operatore referente.

La permanenza nella struttura del minore ammesso dipende dal PEI concordato con i Servizi Territoriali invianti.

Gli inserimenti possono essere 1) programmati o 2) in pronto intervento

1. Inserimento programmato

Per inserimento programmato si intende l'accoglienza di un minore già conosciuto dai Servizi Territoriali, per il quale il servizio inviante contatta la Comunità per la proposta di inserimento e provvede a mandare idonea ed esaustiva documentazione atta alla valutazione dell'inserimento. Valutata positivamente la possibilità d'inserimento, la comunità può concordare con il referente del Servizio Territoriale inviante le modalità ed i tempi con cui deve avvenire l'inserimento ed un eventuale periodo di preinserimento.

2. Inserimento in Pronto Intervento

Per inserimento urgente (o in pronto intervento) si intende l'accoglienza immediata di un minore già conosciuto e seguito dai Servizi che, a causa di problemi contingenti ed improvvisi deve essere inserito in struttura residenziale al di fuori della normale prassi dell'inserimento programmato. In tali casi i servizi comunicheranno i dati relativi al minore (motivi dell'inserimento, eventuale intervento dell'autorità giudiziaria, rapporti con la famiglia e con la scuola etc.),

impegnandosi di far pervenire in tempo utile, dopo l'inserimento, tutta la documentazione necessaria. L'accoglienza del minore sarà formalizzata da un verbale di consegna del minore a cura del soggetto inviante.
Tali inserimenti possono anche essere effettuati dalle Forze dell'Ordine attraverso la formalizzazione di un verbale di consegna del minore.
Qualora l'inserimento avvenga in modo non programmato a seguito di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria (con inserimento in comunità entro 24 ore dalla richiesta da parte del servizio) la comunità richiederà ai Servizi Sociali la conferma scritta dell'avvio della "Procedura d'urgenza".
Entro due giorni dall'inserimento d'urgenza i Servizi Sociali competenti dovranno fissare un incontro per definire la stabile collocazione del minore o il suo trasferimento ad altra struttura che dovrà avvenire entro 30 giorni dall'inserimento.

AVVIO DELLA PROGETTUALITA'

Entro 30-60 giorni dall'inserimento del minore verrà redatta la relazione di conoscenza della minore. Sarà quindi condotta un'attenta osservazione non strutturata delle dinamiche messe in atto dal minore nei diversi contesti di vita (comunità, scuola, spazio esterno, relazione con i pari, relazione con gli adulti, relazione con le figure cliniche, dinamiche verso i famigliari…). A questa verrà affiancata, qualora pertinente, un'attività di psicodiagnosi volta all'identificazione delle problematiche psicologiche e/o psicopatologiche ed all'orientamento terapeutico.
Le indicazioni fornite dalla relazione osservativa e dagli esiti della psicodiagnosi verranno utilizzati per la predisposizione del PEI (Progetto Educativo e Clinico di Trattamento Individualizzato). Gli assi portanti del PEI verranno condivisi con le equipes invianti e rappresenteranno il progetto di intervento da attuarsi con il minore.
Il PEI verrà sottoposto a revisione periodica (in genere 6 mesi) e quindi ri-condiviso con i servizi competenti. Semestralmente verrà trasmesso ai servizi invianti un documentato aggiornamento delle condizioni del minore comprensivo delle componenti scolastiche, educative, psicologiche, psicoterapeutiche, psicofarmacologiche e famigliari.

DIMISSIONI

I ragazzi possono essere dimessi dalla C.tà Il mago di Oz per le seguenti motivazioni:

a. Insoddisfazione da parte del servizio relativamente alla presa in carico avviata;
b. Incompatibilità delle condizioni del minore con le progettualità in atto con gli altri minori presenti in C.tà;
c. Ritardo nella corresponsione di quanto concordato in sede amministrativa;
d. Gravi agiti aggressivi e/o sessuali verso altri ospiti, personale o terzi;
e. Inadeguata compliance terapeutica non trattabile in maniera compatibile con i tempi di vita della collettività degli ospiti.

La dimissibilità del minore verrà comunicata ai servizi invianti nel momento in cui verranno asseverate una o più delle condizioni precedenti. I servizi fruiranno di un congruo lasso temporale per la ricollocazione del minore (non inferiore a 15gg, compatibilmente con le ragioni della dimissibilità). Alle dimissioni farà seguito dettagliata relazione in merito alle motivazioni ostanti il mantenimento della progettualità.

14. RETTA E SERVIZI OFFERTI

La retta è giornaliera ed è stabilita secondo gli standard gestionali definiti dalla regione Piemonte con la deliberazione della giunta regionale 18 dicembre del 2012, n.25/5079 di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione del Mago di oz società cooperativa sociale con apposita delibera che può decidere variazioni in deroga a quanto previsto nella rivalutazione annuale sulla base delle esigenze contingenti al fine di poter assicurare il corretto funzionamento del servizio.

In linea generale, la retta giornaliera compre le seguenti voci di costo:

- personale educativo ed ausiliario;
- psicoterapie individuali a cadenza settimanale per ciascun ospite;
- supervisione clinica e dinamica a favore dell'équipe;
- assicurazioni (R.C. e infortuni) per gli operatori e i minori ospiti;
- assicurazione della struttura;
- costi generali (affitto locali, utenze, costi amministrativi);
- mezzi di trasporto propri;
- un accompagnamento ogni quattro mesi presso il Servizio Territoriale di riferimento qualora il minore provenga da una città o regione diversa da quella in cui è ubicata la struttura;
- spese per gli ospiti:
  - vitto;
  - abbigliamento ordinario;
  - istruzione (dotazione scuola fino all'espletamento dell'obbligo pubblica);
  - trasporti pubblici su rete urbana;
  - soggiorno estivo;
  - attività ricreative e tempo libero (è garantita un'attività ad ogni ospite);
  - Argent de poche settimanale.

Quanto alle spese sanitarie (ticket e prestazioni specialistiche, ortopediche, ortodontiche, oculistiche e quant'altro non forniti dal servizio sanitario pubblico), il relativo importo, anticipato dalla comunità, grava totalmente sul committente. A questi è mensilmente sottoposta fattura posticipata, accompagnata da foglio di presenze con specifico rendiconto delle spese extra-retta, di cui è presentata contestuale nota di rimborso.

Pagamento e rimborso avverranno in unica soluzione a sessanta giorni.

In generale la retta non comprende:

- rette e dotazione per scuole private;
- trasporti su rete extraurbana;
- altre spese non specificate.

Il diritto alla retta matura dal giorno concordato per l'inserimento del minore in comunità fino all'avvenuto perfezionamento delle dimissioni. Detta maturazione non è sospesa, ma ridotta in misura del 20%, in ipotesi di rientro del minore presso l'abitazione di provenienza, di durata concordata superiore a 7 giorni consecutivi. Permanenze di durata inferiore restano assolutamente prive di effetto.

Parimenti privi di rilievo sono le degenze ospedaliere e la partecipazione a soggiorni o viaggi culturali e gli allontanamenti non autorizzati dalla comunità.

Nel caso di inserimento urgente, è prevista una maggiorazione della retta del 20% per tutto il periodo in cui permane il carattere di urgenza.

Altri servizi non compresi nella retta:

1. luogo neutro;
2. spese aggiuntive per ricoveri ospedalieri (straordinari, integrazione di personale, ricorso a personale esterno);

16. RIVALUTAZIONE ANNUALE DELLA RETTA E DEL COSTO DEI SERVIZI IN ESSA NON COMPRESI

Di norma la retta subisce una rivalutazione, dal 1° gennaio di ogni anno, data dal 100% del tasso Istat Foi calcolato come media nei 12 mesi precedenti (da dicembre a novembre)

Si riserva di comunicare entro il 15 dicembre di ciascun anno gli importi aggiornati per l'anno successivo.