

Floriana La Femina, Loretta Canalia, Eleonora Salvati & Elena Bravi

[pp. 45-63]

U.O. Psicologia - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari del Trentino

Fragilità evolutive nel contesto scolastico: le modalità di intervento della U.O. di Psicologia in Trentino

To obtain information or share views on this article, please contact the first author at the following address:
U.O. Psicologia, via Rosmini 5, 38062 Riva del Garda (TN). Email: floriana.lafemina@apss.tn.it

Estratto

Si descrivono gli interventi dell'U.O. di Psicologia in Trentino, in favore degli studenti che presentano fragilità evolutive, le quali interferiscono con il percorso scolastico pur non concludendosi con una certificazione. Si fa riferimento alle situazioni in cui il minore presenta difficoltà di regolazione emotiva e comportamentale, alle fragilità cognitive, nonché alle situazioni di svantaggio culturale o sociale che ostacolano i processi di socializzazione, apprendimento e partecipazione comunitaria, rendendo necessaria l'attivazione di un intervento di rete. Vengono presentati i dati relativi alle attività dell'U.O. di Psicologia nella funzione Scuola, le modalità di collaborazione scuola e servizi e la descrizione di alcuni casi di lavoro di integrazione fra servizi.

Parole chiave: Fragilità educative, Bisogni educativi speciali, Lavoro di rete.

Abstract

The paper describes the actions conducted by the Psychology Operational Unit in Trentino in favour of students showing developmental fragilities that interfere with their school studies although not resulting in certification. Reference is made to the situations in which the child finds it hard to regulate his/her emotions and behaviour, to the cognitive fragilities, and to the cultural or social disadvantages that hinder their processes of socialisation, learning and community participation and therefore require network action. A presentation is made of data regarding the activities of the Psychology O.U. for schools, of the methods of cooperation between the school and the services, and of several cases of integration work among different services.

Keywords: Educational fragilities, Special educational needs, Network actions.

1. Introduzione

Lo sviluppo viene concepito come un succedersi di fasi, ognuna con un compito evolutivo da affrontare (Ammaniti, 2009; Schore, 2000; Sroufe, 2000). Quello che si rende necessario durante lo sviluppo è una riorganizzazione del funzionamento globale al fine di aumentare il livello di adattamento alle richieste ambientali, adattamento che si esprime in termini di maggiore autonomia e capacità di regolazione emozionale e comportamentale. Queste funzioni emergono gradualmente, sono sottoposte a continue riorganizzazioni e l'esito risulta fortemente influenzato da fattori costituzionali e ambientali (Pluess *et al.*, 2013; Belsky *et al.*, 2017). Alterazioni nell'evoluzione delle funzioni di base e nella regolazione degli affetti possono determinare l'insorgenza di psicopatologia attraverso il consolidamento di strategie difensive che riducono il funzionamento adattivo (Fonagy *et al.*, 2005).

Diversi studi epidemiologici dimostrano come già nella prima infanzia possano insorgere disturbi emotivi, cognitivi e del neurosviluppo che interferiscono in maniera significativa con la traiettoria evolutiva, delineando percorsi atipici che tendono a mantenersi stabili nel tempo (Egger *et al.*, 2006; Wichstrøm *et al.*, 2012; Costello *et al.*, 2005,a; Costello *et al.*, 2005,b; Zeanah *et al.*, 2015, Zeanah *et al.*, 2016).

Il report annuale del 2015, effettuato dal Dipartimento di Salute Mentale (APSS di Trento) all'interno dell'area della Psicologia, evidenzia che dei 6.170 utenti in carico il 31% sono minori (totale 1919, di cui 1069 maschi e 850 femmine; Tab. 1).

I disturbi maggiormente diagnosticati sono relativi alle situazioni che presentano fragilità connesse a fattori stressanti o alterazioni significative del funzionamento sociale o familiare (29% codici Z) seguiti dai disturbi legati alla disregolazione del comportamento (28.3%, minori con diagnosi comprese tra F90 e F99), disturbi emozionali (19.5% minori con diagnosi comprese tra F30 e F69), quelli legati ad alterazioni specifiche delle funzioni cognitive (18.5% minori con diagnosi comprese tra F80 e F83), infine alterazioni globali dello sviluppo quali disabilità intellettive e disturbi dello spettro autistico (rispettivamente 2.5% e 1.9%). Le frequenze assolute totali e per genere sono riportate nella Tab. 2.

Come risposta "all'intensificarsi del disagio psichico, della patologia psichiatrica in età pediatrica, dei disturbi del comportamento, disturbi dello sviluppo, disturbi specifici dell'apprendimento nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza", nel 2016, la Giunta Provinciale di Trento, all'interno della delibera n° 432/16 "Piano delle Fragilità in età evolutiva: problematiche sanitarie e socio-sanitarie e modalità di intervento", sottolinea come si renda necessario individuare misure e azioni

UTENTI IN CARICO tra 0-18 anni U.O. PSICOLOGIA		
	Frequenze assolute	Frequenze percentuali
Maschi	1069	55.7%
Femmine	850	44.3%
Totale	1919	100%

Tab. 1 - Dipartimento di Salute Mentale (2016): Area Psicologia. Report anno 2015. Non pubblicato.

DIAGNOSI	Diagnosi dei minori in carico presso l'U.O. Psicologia - anno 2015			
	Femmine	Maschi	Totale	Gruppi clinici
Nessuna	1	2	3	3 (0.2%)
F30-39 Sindromi affettive	19	19	38	257 (19.5%)
F40-49 Sindromi Nevrotiche legate a stress somatoformi	75	78	153	
F50-59 Sindromi comportamentali associati ad alterazioni funzioni fisiologiche	32	4	36	
F60-69 Disturbi di personalità	18	12	30	
F70-79 Disabilità intellettive	15	19	34	34 (2.5%)
F84- 89 Alterazioni globali dello sviluppo	4	21	25	25 (1.9%)
F80-83 Disturbi delle funzioni cognitive (D. Linguaggio; D. Apprendimento; D. Funzioni)	96	147	243	243 (18.5)
F90 Sindromi ipercinetiche	3	33	36	372 (28.3%)
F91 Disturbi della Condotta	14	55	69	
F92-93 Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale	73	115	188	
F94 Disturbo del funzionamento sociale	15	25	40	
F95-99 Disturbo tipo tic	11	28	39	
Z00-99 Situazioni psicosociali	178	203	381	381 (29%)
Totale	554	761	1315	1315 (100%)

Tab. 2 - Dipartimento di Salute Mentale (2016): Area Psicologia. Report anno 2015. Non pubblicato.

per la promozione e lo sviluppo in età evolutiva, attraverso un lavoro di integrazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi.

Ne deriva che gli interventi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi in età evolutiva occupano un ruolo cruciale nell'ambito della salute mentale, in modo particolare nelle situazioni complesse.

La complessità di alcune situazioni non è legata esclusivamente alla tipologia, pervasività e durata della condizione clinica ma soprattutto alla presenza di fattori di rischio familiari e ambientali che concorrono a mantenere e ad amplificare il disturbo. Nelle situazioni di maggiore complessità, quindi, si rende necessaria l'attivazione di più inter-

venti che agiscono a diversi livelli del contesto di vita del minore: individuale, familiare, scolastico e comunitario. Il lavoro di rete rappresenta pertanto il fattore determinante per la riuscita di alcuni progetti.

Ed è proprio in questo ambito che si colloca il presente lavoro. La presenza di fragilità in età evolutiva nell'ambito della regolazione dell'umore, degli affetti e del comportamento così come nell'ambito delle funzioni cognitive (attenzione, funzioni esecutive, coordinazione motoria, apprendimenti), sia su base costituzionale che reattive a difficoltà nel contesto ambientale, compromette l'adattamento alle richieste scolastiche ostacolando l'apprendimento, la socializzazione e la costruzione di un senso di sé come membro di una comunità. La gravità e la persistenza di queste difficoltà, se non opportunamente rilevate e gestite, possono comportare esiti ad alto rischio evolutivo, quali l'emergere di disturbi internalizzati (bassa autostima, depressione, ansia), disturbi esternalizzati (comportamenti oppositivi o apertamente dirompenti) e, in alcuni casi, l'abbandono scolastico o un vero e proprio blocco evolutivo.

Al fine di garantire a ogni minore la possibilità di procedere nello sviluppo, assolvendo ai compiti evolutivi tipici della fase evolutiva attraversata, oltre al lavoro clinico diretto sul minore e sulla famiglia, si rende necessario attivare una collaborazione con l'istituzione scolastica con lo scopo di condividere informazioni sui punti di forza e debolezza del minore e pensare azioni educative e didattiche che possano ridurre i fattori ambientali che ostacolano l'adattamento del minore.

La collaborazione scuola e servizi della salute mentale si realizza in tre modi a seconda delle caratteristiche cliniche del minore:

- le situazioni più severe di alterazioni dello sviluppo sono certificate ai sensi della L. 104/92 presso i servizi sanitari di

Neuropsichiatria infantile e di Psicologia, garantendo un percorso individualizzato mediato anche da insegnanti esperti nel sostegno alle disabilità, che integrano le attività degli insegnanti curricolari;

- i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), quali dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia, ottengono una personalizzazione della didattica previa certificazione prodotta da specialisti psicologi o neuropsichiatri seguendo le indicazioni della L.170/2010 e le linee guida provinciali del 2017, che indicano strumenti dispensativi e compensativi appropriati al profilo cognitivo;
- le situazioni di fragilità emotiva, cognitiva, di svantaggio sociale e culturale, che non rientrano nelle precedenti categorie dei bisogni educativi speciali, rientrano nella cosiddetta "Fascia C" e sono regolamentate dalla DM del 27.12.2012 e dalla successiva CM n.8 del 2013 che ne esplicita le norme attuative. In queste situazioni il consiglio di classe può attivare, in accordo con la famiglia, un Piano Educativo Personalizzato, volto a tutelare il percorso di crescita individuale, sia educativo che di apprendimento.

Il presente lavoro si occupa principalmente della terza area di disagio, rappresentata da minori che, per motivi vari, presentano un rischio maggiore d'insuccesso e, in alcuni casi, di abbandono scolastico, con particolare riferimento alle situazioni di collaborazione del servizio di Psicologia con l'istituzione scolastica di diverso ordine e grado.

Scopo del presente lavoro è quello di presentare le attività dell'U.O. di Psicologia del Trentino rispetto alla funzione scuola (Funzione Scuola L.104/92; Scuola DSA e Scuola Altro) con particolare riferimento agli interventi nella Fascia C, al fine di mostrare le prassi maggiormente in uso ed evidenziarne i vantaggi e i limiti.

Nello specifico si intende:

- quantificare complessivamente e per ogni funzione il numero di interventi per anno solare effettuati a favore dell'area scuola;
- descrivere e quantificare la tipologia degli interventi attivati: valutazioni, certificazioni, relazioni, consulenze a operatori scolastici, attivazione del privato sociale, presa in carico psicologica;
- descrivere le modalità di collaborazione tra il servizio di Psicologia e la scuola. A scopo esemplificativo saranno presentate tre situazioni di fragilità evolutiva che hanno reso necessaria la collaborazione tra servizi: sanità, scuola, servizio sociale e privato sociale.

2. Gli interventi dell'U.O. di Psicologia nell'Area scolastica

In questo paragrafo saranno presentati alcuni dati relativi alle attività che l'U.O. di Psicologia della APSS di Trento rivolge all'utenza che presenta problematiche scolastiche. I dati presentati sono ricavati dal sistema informatico aziendale Qlik e si riferiscono al triennio solare 2015-2016-2017 per utenti di età compresa tra 0-18 anni.

Saranno considerate sia le situazioni in cui la scuola attiva il servizio di Psicologia per studenti con bisogni educativi speciali (Dati Qlik estratti dalla macrofunzione *Scuo-*

la e Scuola Altro), sia quelle che accedono spontaneamente all'ambulatorio e per le quali è l'U.O. di Psicologia stessa ad attivare e a richiedere la collaborazione con la scuola (Dati Qlik estratti da Altre macrofunzioni dell'Area Minori).

Le attività psicologiche rivolte alla macrofunzione Scuola sono a loro volta differenziate nelle seguenti tre sottofunzioni:

- Scuola L.104: include gli interventi in favore di studenti con disabilità certificata (L.104/92);
- Scuola DSA: include gli interventi in favore di studenti con Disturbi Specifici di Apprendimento (ai sensi della L.170/2010);
- Scuola Altro: include gli interventi in favore di studenti in situazione di svantaggio e che giungono al servizio per problematiche emotive, comportamentali e sociali (DPP 8 maggio 2008 e DPP 7 ottobre 2010) su invio della scuola o di altri servizi.

Nella Tab. 3 il numero di minori (di età compresa tra 0-18 anni) presi in carico per problematiche scolastiche, viene confrontato con il numero di utenti in carico in altre funzioni di valutazione e di cura e con il totale dell'utenza dell'Area Minori.

Si può osservare che gli utenti inviati dalla scuola all'U.O. di Psicologia rappresentano un terzo dell'utenza complessiva 0-18 anni che si rivolge al servizio e che le percentuali rimangono costanti lungo il triennio (34%).

	UTENTI IN CARICO tra 0-18 anni U.O. PSICOLOGIA		
	2015	2016	2017
Macro Funzione Scuola	626 (34.4%)	576 (33.9%)	624 (33.9%)
Altre Funzioni	1195 (65.6%)	1124 (66.1%)	1212 (66.1%)
Totale	1821	1700	1836

Tab. 3 - Confronto numerico tra macrofunzione Scuola e altre funzioni.

Nella Tab. 4 gli utenti afferenti all'U.O. di Psicologia per problematiche scolastiche, vengono differenziati nelle tre sottofunzioni sopra descritte. Si può osservare che la funzione maggiormente attivata è quella in favore degli studenti con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/92, seguita dalla funzione Scuola Altro a favore di studenti in situazione di svantaggio, e infine dalla funzione DSA.

Il numero complessivo degli utenti nelle tre sottofunzioni rimane sostanzialmente stabile nel triennio, con una lieve diminuzione nel numero di pazienti certificati ai sensi della L.104/92 e con un corrispondente incremento di certificazioni DSA.

Le situazioni di svantaggio che accedono al servizio, rimangono sostanzialmente costanti nel triennio.

	UTENTI IN CARICO tra 0-18 anni MACROFUNZIONE SCUOLA		
	2015	2016	2017
L. 104/92	293 (41%)	267 (39.3%)	272 (36.1%)
DSA	165 (23%)	165 (24.3%)	226 (30%)
Scuola Altro (sit. di svantaggio)	258 (36%)	248 (36.4%)	255 (33.9%)
TOTALE	626	576	624

Tab. 4 - Confronto numerico tra le sottofunzioni della macrofunzione Scuola.

Nella Tab. 5 sono riportate la tipologia e il numero delle prestazioni erogate in favore di pazienti presi in carico per problematiche scolastiche. Come si può osservare, il maggior numero di prestazioni viene dedicato per la valutazione psicodiagnostica (attraverso colloqui psicologici e test psicometrici specifici), seguito dagli incontri di consulenza con gli operatori della scuola/territorio (per condividere

re il quadro clinico e il progetto di intervento), e infine, dalle relazioni cliniche/certificazioni.

Complessivamente l' U.O. di Psicologia si configura come un servizio clinico con finalità di diagnosi e cura, centrata sui bisogni dei minori e delle loro famiglie, con un'attenzione alla domanda proveniente dal territorio e con una costante collaborazione coi servizi territoriali che si occupano di minori.

	PRESTAZIONI EROGATE NELLA MACROFUNZIONE SCUOLA 0-18 anni		
	2015	2016	2017
Relazioni e certificazioni	364 (12.2%)	211 (7.8%)	327 (10.4%)
Consulenze con operatori scolastici e altri servizi	722 (24.2%)	581 (21.4%)	717 (22.8%)
Colloqui psicologici/test di valutazione	1896 (63.6%)	1924 (70.8%)	2102 (66.8%)
TOTALE	2982	2716	3146

Tab. 5 - Tipologia e numero delle prestazioni erogate nella macrofunzione Scuola.

Nella Tab. 6 sono riportati i dati per la sottofunzione Scuola Altro che racchiude gli interventi rivolti a minori segnalati per problematiche non riconducibili a quadri clinici certificabili ai sensi della L.104/92 o della L. 170/2010.

Come si può osservare, anche gli utenti in situazione di svantaggio usufruiscono in

proporzione di un maggior numero di prestazioni di valutazione psicodiagnostica (colloqui psicologici e test psicometrici specifici), seguono poi gli incontri di consulenza con la scuola e con gli altri operatori della rete territoriale per la costruzione di un progetto di intervento e infine la relazione clinica.

	PRESTAZIONI EROGATE NELLA SOTTOFUNZIONE SCUOLA ALTRO		
	2015	2016	2017
Relazioni cliniche	54 (5,2%)	50 (5.4%)	47 (5.4%)
Consulenze scuola e con operatori di altri servizi	185 (17.7%)	143 (15.4%)	117 (13.5%)
Colloqui psicologici/test di valutazione	806 (77.1%)	735 (79.2%)	704 (81.1%)
TOTALE	1045	928	868

Tab. 6 - Dati relativi alla sottofunzione Scuola Altro.

Nella Tab. 7 vediamo che l'incontro di consulenza rappresenta la modalità maggiormente utilizzata per rispondere ai quesiti di approfondimento posti dalla scuola con

una percentuale superiore al 70% nei tre anni, mentre nel restante 26% dei casi viene stesa una relazione clinica a descrizione della problematica.

	MODALITÀ DI RESTITUZIONE alla Scuola FUNZIONE SCUOLA ALTRO		
	2015	2016	2017
Relazioni	54 (22.6%)	50 (25.9%)	47 (28.7%)
Consulenze	185 (77.4%)	143 (74.1%)	117 (71.3%)

Tab. 7 - Modalità di risposta ai quesiti di approfondimento posti dalla scuola.

Nella Tab. 8, invece, è indicato il numero di consulenze con gli operatori scolastici direttamente attivate dall'U.O. di Psicologia, qualora si ritenga opportuno, col consenso dei genitori, condividere con gli operatori scolastici gli elementi di conoscenza emersi

nella valutazione clinica (nel caso di minori giunti al servizio su invio dei genitori stessi o di altri servizi territoriali). Come si può osservare, il coinvolgimento della scuola da parte dell'U.O. di Psicologia mostra un trend in crescita.

	CONSULENZE alla Scuola richieste dalla U.O. PSICOLOGA		
	2015	2016	2017
Consulenze	107	126	151

Tab. 8 - Modalità di risposta ai quesiti di approfondimento posti dalla scuola.

Nella Tab. 9 si osserva che gli utenti in situazione di svantaggio arrivano all'U.O. di Psicologia prevalentemente su invio della scuola (67% nel 2015, 69% nel 2016, 66% nel 2017), seguito dalle richieste di invio dei genitori (21% nel 2015, 15% nel 2016, 16%

nel 2017); la terza fonte di invio, che presenta un andamento in crescita, è costituita da altri servizi territoriali, che segnalano difficoltà evolutive che necessitano di lavori di rete integrati e del coinvolgimento anche della scuola (12% nel 2015, 16% nel 2016, 18% nel 2017).

	UTENTI IN CARICO 0-18 anni per FONTE DI INVIO FUNZIONE SCUOLA ALTRO		
	2015	2016	2017
Genitori o Autoinvio	53	37	42
Scuola	172	171	169
Servizio Sociale/TM	9	19	13
PLS-MMG	11	12	10
Altri Servizi Sanitari	13	9	21
TOTALE	258	248	255

Tab. 9 - Fonti di invio all'U.O. di Psicologia.

Nella Tab. 10 vengono presentati i raggruppamenti diagnostici degli utenti in situazione di svantaggio.

Le diagnosi maggiormente rappresentate descrivono problematiche cognitive e di apprendimento di natura aspecifica, seguite da

difficoltà nella regolazione comportamentale, fragilità ambientale-sociale e infine problematiche ansioso-depressive. Si deve sottolineare che molte delle difficoltà cognitive e di apprendimento si verificano in contesti di difficoltà di immigrazione e integrazione culturale.

	PROBLEMATICHE PRESENTATE DAGLI UTENTI 0-18 anni FUNZIONE SCUOLA ALTRO		
	2015	2016	2017
Difficoltà nella regolazione comportamentale	87	84	77
Difficoltà nella regolazione emotiva	19	15	20
Difficoltà cognitive	116	123	110
Situazioni psico-sociali	39	34	36
TOTALE	261	256	243

Tab. 10 - Raggruppamenti diagnostici degli utenti in situazione di svantaggio.

Da un punto di vista clinico, le difficoltà riscontrate nei minori in carico presso l'U.O. di Psicologia per problematiche di svantaggio scolastico, pare siano riconducibili a due macrocategorie:

la prima, ascrivibile a un disagio reattivo al contesto socio-familiare sfavorevole che include:

- diversità linguistiche-culturali che si riflettono in fragilità specifiche negli apprendimenti, anche in presenza di capacità cognitive nella norma;
- presenza di un contesto familiare fragile per assenza di figure di supporto, che non riesce a offrire un sufficiente supporto nella regolazione emotiva e comportamentale;
- situazioni di minori inseriti in contesti educativi istituzionali, affidatari e/o adottivi in cui il Servizio Sociale ha attivato interventi di tutela;
- eventi di vita stressanti che hanno prodotto fragilità di natura emotiva;

la seconda, che include le diverse forme del disagio psicologico con espressione:

- internalizzata: sintomatologia di tipo depressivo che ostacola l'apprendimento e l'adattamento al contesto scolastico (con aspetti di demotivazione o di rinuncia) o di tipo ansioso come nei casi di fobia scolare, fobia sociale, mutismo selettivo caratterizzati da condotte di evitamento;
- esternalizzata: sintomatologia che si esprime a livello comportamentale con contrasto alle regole del contesto, difficoltà relazionali e comportamenti aggressivi verso i pari o gli adulti.

3. Modalità di collaborazione U.O. Psicologia e scuola nelle situazioni di svantaggio e disagio emotivo

In questo paragrafo saranno descritte le modalità di collaborazione tra la U.O. di Psi-

cologia e la scuola con particolare riferimento alle modalità di attivazione e di condivisione delle informazioni.

In Trentino le modalità di collaborazione tra scuola e servizi sanitari nelle situazioni di certificazione ai sensi della L. 104/92 e della L. 170/2010 sono ben regolamentate e chiare, mentre ad oggi ancora non esistono delle procedure definite a livello istituzionale nelle situazioni di svantaggio e disagio emotivo.

A livello normativo, il Decreto del Presidente della Provincia di Trento n. 17-124 del 2008 stabilisce che per gli studenti di Fascia C va predisposto un Piano Educativo Personalizzato (PEP). Il PEP può essere stilato dal Consiglio di Classe anche in assenza di relazione clinica, assumendo il parere di uno specialista in psicologia o neuropsichiatria infantile. Lo specialista non deve essere necessariamente dell'APSS ma anche un privato o, dove presente, quello scolastico.

La flessibilità in quest'area ha generato diverse modalità di segnalazione e di risposta delle situazioni di fragilità evolutive che richiedono una collaborazione reciproca.

Al di là delle differenze, occorre sottolineare che l'attivazione della collaborazione tra scuola e servizio di Psicologia è bidirezionale. Questo significa che il primo contatto tra il servizio di Psicologia e scuola su situazioni di rischio evolutivo può essere attivato:

- dal contesto scolastico previa condivisione con la famiglia, che ha il compito di prendere contatto con il servizio di Psicologia;
- dal servizio di Psicologia, previa condivisione e consenso della famiglia.

È possibile, tuttavia, che ci siano situazioni in cui la scuola e il servizio siano entrambi attivi su un minore, senza necessariamente collaborare o senza essere a conoscenza del lavoro svolto dagli altri operatori.

Per quanto riguarda la *segnalazione* da parte della scuola esistono due modalità:

- se il minore è già in carico al servizio, il docente referente per i bisogni educativi speciali chiede alla famiglia la possibilità

di contattare lo specialista e di richiedere un incontro;

- se il minore non è in carico al servizio, il consiglio di classe compila il modulo di invio ai servizi, predisposto per le situazioni di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (allegato 6), che condivide con la famiglia specificando le aree di disagio del minore e il motivo per il quale la scuola chiede una collaborazione. L'allegato viene firmato da insegnanti, referente BES, dirigente scolastico e genitori; questi ultimi hanno il compito di consegnarlo alla segreteria del Servizio.

Il modulo d'invio è letto dallo psicologo che prende in carico la situazione. Una volta definito il *percorso di assessment psicologico* più appropriato alla natura del disagio del minore, si contatta la famiglia e si procede con gli opportuni accertamenti: colloqui clinici con i genitori, con il minore, somministrazione di reattivi cognitivi e di personalità. La valutazione psicologica ha come finalità primaria l'accoglienza e il contenimento del malessere della famiglia e del minore, e come obiettivi specifici la formulazione della diagnosi clinica e la decisione dell'intervento più idoneo ad aiutare il minore. Terminata la valutazione si restituisce alla famiglia quanto emerso e si condividono le modalità di intervento e le modalità di condivisione con la scuola ritenute maggiormente idonee. Gli esiti possibili sono:

- la condivisione con la scuola, mediante relazione clinica o consulenza con docenti e referente BES;
- l'attivazione del Servizio Sociale per l'inserimento del minore in un servizio educativo, centro diurno o centro aperto;
- il coinvolgimento del Servizio Sociale per l'attivazione di un intervento di educativa domiciliare;
- un intervento di psicoterapia sul minore individuale o di gruppo;
- un percorso di sostegno ai genitori.

Nelle situazioni in cui il rischio evolutivo è

molto alto si attiva un intervento di rete più complesso in cui tutti gli interventi sono presenti. Nelle situazioni in cui nessuno degli interventi risulta efficace si prende in considerazione l'inserimento in una struttura socio-educativa, con o senza il coinvolgimento dell'Istituzione giudiziaria, in base al livello di collaborazione della famiglia.

La *comunicazione degli esiti* della valutazione, da parte del servizio di Psicologia alla scuola, previo consenso dei genitori, avviene attraverso due modalità:

- l'incontro di consulenza;
- la relazione clinica.

L'incontro di *consulenza* nelle situazioni di fascia C, in genere viene svolto presso il servizio di Psicologia, viene richiesto o dal referente BES o dallo psicologo.

All'incontro partecipano i genitori, lo psicologo, il referente BES, gli insegnanti e in alcuni casi il dirigente scolastico e gli operatori di altri servizi, se presenti. Lo scopo dell'incontro è condividere le informazioni rilevanti sul funzionamento del minore nei diversi contesti, le difficoltà che incontra nell'assolvere i compiti evolutivi, la definizione degli obiettivi da raggiungere, gli interventi attivi, le modalità di comunicazione delle informazioni tra i diversi operatori e gli ostacoli da rimuovere nei diversi contesti, in modo particolare in quello scolastico. L'incontro di consulenza è quindi uno spazio operativo in cui viene messo al centro il minore e la sua famiglia. E' uno spazio in cui ognuno mette in gioco, rispetto al proprio ruolo e funzione, le competenze della propria professione, riflettendo, in un'ottica interdisciplinare, sulle azioni risultate efficaci e su quelle che non hanno ottenuto gli effetti programmati.

L'incontro di consulenza non è quindi uno spazio di delega o di denuncia delle inefficienze operative altrui, ma uno spazio operativo di progettazione, verifica e bilancio, finalizzato a una concreta e comune attivazione in favore del percorso scolastico ed evolutivo del minore. La consulenza nelle

situazioni complesse in cui sono presenti più operatori diventa un momento di lavoro indispensabile nella progettazione dell'intervento di rete. L'incontro diventa lo spazio in cui è possibile integrare le diverse immagini del minore, scoprire i contesti in cui emergono maggiori risorse o si evidenziano maggiori difficoltà, identificare quali sono gli obiettivi raggiungibili a breve termine e orientarsi verso un obiettivo comune.

La *relazione clinica* per la fascia C, prodotta dal sanitario, non segue delle linee guida operative definite a livello istituzionale. In genere, oltre ai dati anagrafici, contiene informazioni sul funzionamento cognitivo, sulla presenza di disturbi emotivi, descrizioni delle aree di forza e delle fragilità e, spesso, sono fornite delle indicazioni utili alla progettazione d'interventi educativi e didattici. Non sempre è presente una diagnosi clinica, ma sempre viene suggerita la predisposizione di un PEP. L'assenza di alcuni criteri, per la stesura di una relazione di fascia C, rappresenta sicuramente uno dei limiti operativi in questo ambito.

4. Presentazione di singoli casi in situazione di fragilità

La presentazione delle tre vignette esemplificative ha l'obiettivo di illustrare l'eterogeneità delle situazioni di fragilità evolutiva e dei possibili interventi. Si propone inoltre la cornice procedurale che potrebbe essere suggerita come "buona prassi" agli operatori che si occupano di questo ambito. Si è scelto di presentare i seguenti casi clinici seguendo, per chiarezza espositiva, uno schema che rappresenta gli step dell'intero percorso per le situazioni di Fascia C, che prevede le seguenti fasi: invio, valutazione, restituzione, progettazione, intervento di rete, verifica di rete. Tali esempi sono stati raccolti attraverso la revisione del contenuto delle cartelle cliniche psicologiche, dei ver-

bali scolastici e dell'intervento educativo-sociale. I verbali degli incontri di rete vengono compilati dalla scuola o dal servizio sociale e sottoscritti da tutti gli operatori e dalla famiglia. Questi report permettono di mantenere una costante e coerente centratura sugli obiettivi, un più agevole confronto rispetto alla situazione di partenza e costituiscono un riferimento, qualora gli operatori della Rete dovessero cambiare nel tempo.

Caso clinico B.A.: scarsa autonomia e fragilità ambientale

Invio. Bambino segnalato all'U.O. di Psicologia dalla scuola primaria (classe V), attraverso la compilazione del Modulo per l'Invio ai Servizi Specialistici (Allegato 6, previsto per l'invio delle situazioni di DSA). Viene riportata una scarsa organizzazione del lavoro scolastico, lentezza e costante bisogno di essere stimolato e guidato. I compiti svolti a casa non risultano completi né approfonditi. Presenta difficoltà ortografiche e scarsa produttività nella composizione dei testi. Tende a scoraggiarsi e a intristirsi quando non riesce a eseguire i compiti assegnati; accetta le proposte ma non manifesta mai particolare interesse. Rispetta le regole previste dal contesto scolastico. Viene descritto come un bambino passivo ma disponibile alla relazione con adulti e coetanei. Trae benessere dalle relazioni amicali verso cui è attivamente coinvolto.

Valutazione psicologica e degli apprendimenti. I genitori riportano una difficile situazione familiare per lo stato di disoccupazione del padre e per la patologia psichiatrica della madre, che necessita di ciclici ricoveri ospedalieri. In passato il bambino richiedeva alle insegnanti di essere riportato a casa perché preoccupato per i genitori. Riferiscono che A., a casa, si impegna molto nel fare i compiti ma osservano che, talvolta, l'ansia da prestazione e la scarsa organizzazione, gli provocano confusione e stress emotivo.

Si concorda con i genitori di effettuare una valutazione psicologica e degli apprendimenti per escludere difficoltà specifiche di apprendimento e per attivare eventuali aiuti scolastici ed extra scolastici. Dopo aver effettuato un inquadramento anamnestico del bambino e dell'organizzazione familiare, sono stati somministrati i test cognitivi, di valutazione degli apprendimenti e i questionari per la rilevazione degli aspetti ansioso-depressivi.

Esito della valutazione e stesura della relazione clinica. Non si rilevano difficoltà specifiche di apprendimento nell'area della letto-scrittura ma una scarsa abilità di composizione dei testi, un mancato automonitoraggio nella scrittura di parole e una difficoltà a cogliere, in modo profondo, il senso del testo letto. Si osserva inoltre una leggera lentezza nell'esecuzione dei compiti e nella scrittura. Non si rilevano aspetti ansiosi; collabora concentrandosi sugli esercizi proposti. Si restituisce l'esito della valutazione al bambino e si prevede un incontro di restituzione/programmazione con i genitori. Al momento della condivisione della relazione clinica, i genitori accolgono il progetto di intervento, che prevede un incontro di rete con la scuola inviante e il servizio sociale referente con l'obiettivo di confrontarsi sulle possibilità di sostegno al bambino e alla famiglia.

Incontro di rete con famiglia - scuola - servizio sociale. La scuola ha accolto i suggerimenti per il supporto all'apprendimento, riportati nella relazione clinica. Le insegnanti sottolineano l'importanza di una costanza nello svolgimento dei compiti e nello studio a casa. L'assistente sociale, conosciuta la situazione familiare e tenendo conto della precarietà economica e di salute dei genitori, propone l'attivazione di un aiuto al bambino e ai genitori, attraverso l'educativa domiciliare. Gli obiettivi dell'intervento sociale prevedono sia il supporto educativo/operativo allo svolgimento dei compiti che

un sostegno alla relazione mamma-bambino al fine di coinvolgere e valorizzare i genitori nell'accudimento/educazione del figlio.

Incontro di monitoraggio. A distanza di quattro mesi si effettua un incontro con la Rete per confrontarsi sull'efficacia del Progetto a favore del bambino. Si rilegge il verbale dell'incontro precedente. Le insegnanti riportano che il bambino risulta meno triste, più disponibile al dialogo e più fiducioso rispetto alle sue capacità scolastiche. Permane il bisogno di essere guidato e di avere conferme dall'insegnante rispetto al suo operato. Quando compone dei testi, ha imparato ad autocorreggere alcuni errori ortografici. L'educatore ha inoltre facilitato la comunicazione fra scuola e famiglia al fine di condividere gli obiettivi e le modalità educative e di aiuto ai compiti. Si concorda sulla prosecuzione dell'educativa domiciliare e si dà disponibilità per eventuali incontri, qualora la situazione lo richiedesse, e per il passaggio delle informazioni alla scuola secondaria di primo grado che accoglierà A.

Caso clinico L.I.: abbandono scolastico e prodomi di ritiro sociale

Invio. L.I. è un ragazzo di 12 anni che arriva all'U.O. di Psicologia su richiesta spontanea della madre preoccupata per l'imminente bocciatura a scuola causata dall'assenza prolungata. Al primo incontro la madre riferisce che il figlio dopo un'influenza ha iniziato a mostrare difficoltà ad andare a scuola, lamentando somatizzazioni frequenti che gli impedivano di uscire di casa. Rispetto agli apprendimenti non sono segnalate difficoltà. Il rendimento alla scuola primaria era buono. Il ragazzo è descritto come molto intelligente ma oppositivo verso le richieste di apprendimento, introverso, disponibile alla relazione con i coetanei ma meno con gli adulti. Negli ultimi tempi, esce poco anche con gli amici.

Valutazione psicologica. La valutazione psicologica è stata condotta mediante l'uso

di colloqui clinici con i genitori e con il minore, l'uso di scale psichiatriche autosomministrate (SAFA, Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, 2001) e test proiettivi (TAT, Test di Appercezione Tematica).

La situazione familiare è molto tesa. I genitori sono separati, il conflitto e le accuse reciproche sono elevate. Durante l'incontro i genitori si attribuiscono reciprocamente le cause delle difficoltà scolastiche. Il minore nella relazione con il clinico presenta diverse manifestazioni di ansia quali difficoltà a tenere lo sguardo, nascondersi dentro una grande felpa, tendenza a parlare poco. È presente una difficoltà di accesso alle emozioni attraverso il canale verbale. La valutazione, mediata da test proiettivi (TAT) e dai questionari per la rilevazione di sintomi ansiosi e depressivi (SAFA), rileva la presenza di elevata ansia sociale, bassa autostima, preoccupazione per la salute di una figura familiare per lui significativa, rabbia verso la figura paterna. Rispetto alla scuola il minore riferisce che la difficoltà ad andare a scuola è iniziata nel momento in cui un docente ha evidenziato le sue inefficienze davanti alla classe. Essendo molto preoccupato per il giudizio dei pari questo evento, all'interno del suo funzionamento psicologico, è stato vissuto come una mortificazione pubblica. La vergogna sperimentata non ha trovato altre forme di regolazione se non l'ansia e la somatizzazione fino ad arrivare a una difficoltà a presentarsi a scuola.

Esito della valutazione. La valutazione evidenzia un Disturbo di ansia sociale con una limitazione significativa del funzionamento adattivo. Si restituisce quanto emerso dalla valutazione al minore e ai genitori con due colloqui per aiutare ognuno di loro a comprendere i bisogni del figlio. Viene condivisa la preoccupazione rispetto al funzionamento emotivo che impedisce al ragazzo di assolvere i suoi compiti evolutivi di socializzazione e apprendimento. Uno dei due genitori

comprende il rischio evolutivo del figlio e riesce a leggere il suo rifiuto della scuola non come un'incapacità di rispettare le regole ma come la soluzione finale al suo tentativo di regolare la vergogna per non essere in grado di affrontare lo sguardo dei pari. Viene proposto un intervento di psicoterapia individuale, incontri familiari e una consulenza con la scuola.

Incontro di rete con famiglia - scuola.

Con l'inizio del nuovo anno scolastico il ragazzo riprende la scuola, ma i commenti di alcuni studenti rispetto alla bocciatura riattivano una forte ansia e nuovamente L.I. interrompe la frequenza. Nell'incontro con la scuola, dopo la condivisione delle informazioni sul funzionamento del minore, si concorda di predisporre un piano per facilitare il suo rientro e un monitoraggio dopo una settimana.

Incontro di monitoraggio. L'intervento proposto non ha ottenuto risultati. Il minore arrivato fuori scuola ha avuto un attacco di ansia molto forte con sintomi simili al panico. La situazione clinica peggiora. Alle lamentele somatiche si aggiunge un'alterazione del ritmo sonno veglia. Il minore dorme di giorno e resta sveglio di notte per giocare ai video-giochi. Non esce più con gli amici. Si propone un intervento di psicoterapia di gruppo con preadolescenti e l'attivazione del servizio sociale per l'inserimento in un centro diurno per ridurre il grado di ritiro. Dopo un'iniziale resistenza della famiglia il progetto viene accolto.

Incontro di rete con famiglia - privato sociale - servizio sociale. Viene condivisa la situazione e il rischio evolutivo del minore. L'obiettivo comune è evitare che il ritiro sociale si consolidi come strategia difensiva. Sono previsti alcuni incontri di conoscenza con la famiglia e il minore a casa e poi il contatto con il centro. Viene concordato un incontro di monitoraggio a conclusione della fase di conoscenza.

Incontro di monitoraggio. A distanza di due mesi si organizza un incontro di rete (scuola, servizio sociale, privato sociale e Psicologia) per confrontarsi sull'efficacia del progetto. Il minore frequenta regolarmente il centro, mostra maggiore apertura sociale e comunicazione. Nel gruppo di psicoterapia ascolta attento gli altri ma parla poco di sé. Permane la non frequenza scolastica. Nei colloqui individuali il ragazzo riferisce che "il solo pensiero di presentarsi a scuola attiva una serie di pensieri negativi di derisione e umiliazione da parte dei compagni". Quando immagina la scena si scatena un'ansia intensa da cui si difende con un blocco del pensiero e ritiro a casa. Si concorda con tutti gli operatori e con il minore il passaggio ad altra scuola lontana dal suo contesto abitativo dove possa presentarsi come uno *sconosciuto*. La famiglia accetta e viene contattata la scuola più vicina al centro diurno. Il dirigente e la referente BES della nuova scuola accolgono la richiesta, viene programmato un incontro di rete per presentare la situazione e spiegare quali siano gli accorgimenti educativi necessari per evitare di riattivare il disagio.

Conclusioni. Il minore frequenta regolarmente la scuola e il centro diurno. Ha costruito delle relazioni stabili con un piccolo gruppo di studenti e con gli educatori del centro. Inizia a raccontare delle sue paure di crescere e di non farcela. Il rendimento scolastico continua a essere non adeguato considerando la classe frequentata.

In sintesi, nella situazione descritta è presente una condizione di rischio evolutivo elevato che si manifesta attraverso una forma di ritiro sociale. Gli interventi psicologici rivolti al minore e alla famiglia non erano sufficienti a garantire una ripresa del percorso evolutivo. L'attivazione di un progetto di rete con la condivisione di un obiettivo congiunto, la divisione dei ruoli e delle responsabilità e gli incontri di monitoraggio hanno garantito una riduzione del ritiro sociale.

Caso clinico D.A.: fragilità emotiva per mancata rilevazione delle pregresse difficoltà di apprendimento.

Invio. Il ragazzo si presenta all'U.O. di Psicologia su sua scelta e accompagnato dalla madre. Frequenta la IV superiore a indirizzo tecnico, scelta dai genitori. Riferisce una sofferenza legata al contesto scolastico e soprattutto ai momenti di verifica. In passato, era stato valutato, presso un altro servizio, per una difficoltà nell'apprendimento della lettura; la valutazione aveva evidenziato una situazione borderline da supportare, ma i genitori si erano rifiutati di attivare qualsiasi forma di aiuto. Nel corso degli anni hanno sottoposto il figlio a continue ripetizioni con un insegnante privato, richiedendogli un enorme impegno per restare al passo con le richieste scolastiche. Attualmente si rivolge alla Psicologia per la comparsa di comportamenti compulsivi che precedono le interrogazioni o le verifiche scritte.

Valutazione psicologica e degli apprendimenti. La madre riferisce che A., a casa, si impegna molto nel fare i compiti e rinuncia alle uscite o alle occasioni di socializzazione. Si dice preoccupata per la comparsa di particolari rituali che il figlio deve mettere in atto per allentare la tensione emotiva. Si concorda di effettuare una valutazione psicologica e degli apprendimenti per esaminare con il ragazzo l'origine della sofferenza, la sua disponibilità ad accogliere un eventuale supporto psicologico e per escludere difficoltà specifiche di apprendimento. È stata utilizzata una batteria per la valutazione dei disturbi dell'apprendimento, sono stati effettuati alcuni colloqui psicologici e sono stati somministrati reattivi per la valutazione della sintomatologia presentata.

Esito della valutazione e stesura della relazione clinica. La valutazione evidenzia una lentezza nella lettura e una scarsa capacità di comprendere e organizzare il materiale appreso. I risultati non consentono

l'inclusione in quadri diagnostici specifici e rilevano una dotazione nella media. Tali difficoltà lo portano a dover rileggere più volte i testi di studio con un grande impegno cognitivo e di tempo. Sono associati aspetti ansiosi dovuti al timore di non riuscire a concludere la scuola superiore e di deludere i preoccupati genitori. Nel corso dei colloqui il ragazzo delinea una tendenza nei genitori a negare le sue difficoltà e a pretendere da lui un sempre maggior impegno e dedizione; ciò lo costringe a una vita solitaria e rare sono le occasioni di incontro amicali. Si restituisce l'esito della valutazione al ragazzo e, in un secondo tempo, alla sola madre. Il padre si rifiuta di confrontarsi rispetto alle difficoltà scolastiche del figlio, sostenendo si tratti solo di una "questione di volontà". Si acquisisce il consenso del padre attraverso la sottoscrizione consegnata dalla madre del ragazzo. Si stila una relazione clinica a fini scolastici per sensibilizzare gli insegnanti alle peculiari difficoltà del ragazzo che richiedono modalità didattiche personalizzate.

Incontro di rete con famiglia - scuola e progetto terapeutico. Come il ragazzo, anche la scuola accoglie positivamente la relazione, che conferma le difficoltà già intraviste dagli insegnanti. Nel corso dei mesi vengono messi in atto i suggerimenti riportati nella relazione clinica. L'incontro ha sensibilizzato il consiglio di classe nei confronti dei bisogni emotivo-relazionali di A. Parallelamente il ragazzo affronta con costanza e determinazione il percorso di sostegno psicologico proposto. Frequenta un'associazione privata che offre un sostegno allo studio.

Monitoraggio con la famiglia. Viene riportato un maggior benessere del ragazzo e una positiva conclusione dell'anno scolastico. Alla conclusione dell'esame di maturità A. dichiara di voler intraprendere un percorso universitario. Gli insegnanti, contattati telefonicamente, riconoscono una maturazione, sia personale che nelle strategie di

apprendimento, e una maggior fiducia nelle sue capacità cognitive. Da un punto di vista psicologico, A. riporta un maggior benessere personale e familiare.

5. Conclusioni

Scopo del presente lavoro era quello di descrivere gli interventi della U.O. Psicologia della Provincia di Trento che prevedono una collaborazione con la scuola, con particolare riferimento agli interventi nella Fascia C. Interventi che riguardano situazioni di minori con fragilità che ostacolano l'assoluzione dei loro compiti evolutivi aumentando il rischio di abbandono scolastico, il cronicizzarsi di disturbi psicologici e in alcuni casi un aumento del rischio di ritiro sociale. Sono state presentate le principali modalità di collaborazione con la scuola e con gli altri servizi (servizio sociale e privato sociale) che, sebbene non definite da procedure istituzionali, stanno diventando una prassi efficace. Infine, a scopo esemplificativo sono stati presentati tre casi di minori con diverse forme di disagio che hanno reso necessaria la collaborazione tra servizi.

I dati riportati mettono in evidenza come la scuola rappresenti una delle principali fonti di invio al servizio di Psicologia rappresentando circa il 30% dei casi dei minori in carico e come questa collaborazione sia rimasta costante nel corso degli ultimi tre anni.

Rispetto alla tipologia di bisogni educativi speciali, le situazioni che richiedono una certificazione ai sensi della Legge 104/92 rappresentano la categoria più numerosa, seguita dalle situazioni di Fascia C e infine dai DSA.

I dati raccolti ci mostrano che i disturbi frequentemente riscontrati nei minori sono quelli relativi alla sfera cognitiva, seguita da quella comportamentale. Molte situazioni di disagio sono reattive a contesti ambientali sfavorevoli o per ridotta stimolazione o per

la presenza di modelli di accudimento che non facilitano la costruzione di un senso di sé coeso, capace di affrontare le difficoltà della crescita. Si tratta di situazioni di trascuratezza emotiva o fisica o di eventi di vita stressanti che rompono l'equilibrio familiare attivando dinamiche ed emozioni difficili da regolare. Spesso sono presenti situazioni traumatiche che assorbono molte energie ai minori, togliendole così all'apprendimento e alla socializzazione.

I minori che vivono esperienze sfavorevoli, pur affrontando le sfide della crescita con maggiore disagio, non sempre ricevono una certificazione che disciplina le modalità di intervento. In molte di queste situazioni resta comunque necessaria una collaborazione tra i servizi per programmare le azioni più efficaci al fine di aumentare i fattori di protezione allo sviluppo e di ridurre i fattori di rischio.

Con il presente lavoro si è cercato di descrivere le principali prassi di collaborazione nelle situazioni di fragilità emotiva con particolare riferimento al momento della segnalazione, agli incontri di condivisione e al monitoraggio degli interventi attivati.

Generalmente la scuola attiva la collaborazione con il servizio in maniera indiretta, mediante la compilazione di un modulo di invio condiviso con la famiglia a cui è affidato il compito di prendere contatti diretti con la Psicologia. Il modulo prevede una dettagliata descrizione delle principali aree di funzionamento scolastico (apprendimenti, autonomie e abilità di relazione), la descrizione degli interventi attivati a scuola e il quesito che viene posto al servizio specialistico. Questa modalità di invio si è rilevata molto utile per diversi motivi. In primo luogo, scuola e famiglia condividono informazioni importanti sull'adattamento al percorso scolastico da parte del minore, cercando di capire le motivazioni delle difficoltà, nonché la necessità di integrare con informazioni specialistiche i dubbi cui non hanno saputo dare risposta. In secondo luogo la famiglia arriva prepa-

rata a ricevere una valutazione psicologica, mostrando un atteggiamento maggiormente collaborante e riflessivo. Infine, la descrizione delle aree di funzionamento e delle difficoltà orienta in maniera più precisa la tipologia di valutazione clinica da programmare, che pertanto è più appropriata.

Un dato importante che emerge negli ultimi tre anni è l'aumento delle situazioni in cui la collaborazione con la scuola è stata attivata dagli psicologi che hanno in carico i minori su richiesta dei genitori o di altri servizi (da 107 situazioni nel 2015 a 151 nel 2017). Questo dato, oltre a indicare che la modalità di attivazione della collaborazione è bidirezionale, ci dimostra come sempre più si stia creando una cultura del lavoro di rete in cui risulta necessaria la condivisione delle informazioni e degli interventi.

All'interno della funzione Scuola, gli interventi maggiormente attivati presso l'U.O. di Psicologia sono quelli relativi alla valutazione clinica, seguiti dalle consulenze con gli operatori scolastici e infine dalle relazioni cliniche. Ne deriva che, rispetto alla modalità di restituzione dell'esito della valutazione clinica, l'incontro di rete (scuola-famiglia e servizio sanitario) rappresenta la modalità più utilizzata seguita dalla relazione clinica.

Per le situazioni di maggiore complessità sono attive collaborazioni con altri servizi sanitari, con il servizio sociale e il privato sociale.

Se consideriamo solo gli utenti in situazione di svantaggio - fascia C - si evidenzia che l'incontro di consulenza con la scuola e con gli altri operatori del territorio costituisce la modalità principale di condivisione delle informazioni. Questo significa che il lavoro di rete, per poter essere efficace, necessita di momenti di incontro e confronto non finalizzati alla mera produzione di documentazioni certificatorie per l'aumento di risorse. In questi incontri ognuno presenta informazioni rilevanti sul funzionamento del minore in diversi contesti, consentendo l'individuazione

delle priorità dell'intervento, gli obiettivi realisticamente raggiungibili e i punti di forza del funzionamento del minore su cui fare leva. La condivisione delle responsabilità aiuta inoltre i singoli operatori, oltre che i genitori, a non sentirsi soli o impotenti.

Nei casi presentati abbiamo infatti evidenziato come la presenza di un quesito chiaro e già condiviso con la famiglia consenta la possibilità di avere in maniera tempestiva una formulazione del caso che tenga conto dei bisogni del minore e la costruzione di una maggiore collaborazione tra operatori. Negli incontri di rete vengono stabilite priorità e condivisi obiettivi a breve termine indicando luoghi, azioni e tempi sia per la realizzazione che per la valutazione.

I limiti principali in questo ambito di lavoro sono:

- l'assenza di procedure e modulistica predefinita. Ciò aumenta la variabilità delle risposte dei servizi e riduce la possibilità di quantificare in maniera sensibile il lavoro in questa fascia di rischio evolutivo;
- l'assenza di una classificazione condivisa delle problematiche previste per la fascia C. La dicitura "situazioni di svantaggio transitorie" non rappresenta in maniera chiara il mondo complesso e eterogeneo dei bisogni che i minori, le famiglie e gli operatori scolastici sono impegnati a gestire. Sarebbe opportuno identificare dei criteri sia per stabilire quale difficoltà segnalare al servizio sanitario sia per definire in quali casi la situazione segnalata richiede una certificazione ai sensi della Legge 104 e in quali una relazione che giustifica un Piano Educativo Personalizzato (PEP);
- l'assenza di un modello di relazione sanitaria condiviso utile per l'attivazione di

un PEP che specifichi in base alle difficoltà rilevate le informazioni necessarie alla scuola per organizzare le attività educative e didattiche mirate. Dal nostro punto di vista la relazione clinica andrebbe considerata come un atto dotato di valore legale a cui devono seguire degli interventi nell'ambito scolastico. La documentazione andrebbe messa a disposizione di tutti gli operatori che intervengono con lo studente.

Nonostante i limiti descritti, le situazioni specifiche presentate rilevano come sia già presente un modello di lavoro integrato funzionale e appropriato, anche se si configura solo a un livello di buona prassi e non come una modalità di lavoro concordata a livello inter-istituzionale. In tutte e tre le situazioni descritte i fattori che hanno consentito il successo dell'intervento sono stati la rilevazione precoce del disagio del minore, la progettazione a scuola di azioni mirate anche in assenza d'interventi specialistici, la condivisione della scuola con la famiglia in un'ottica di collaborazione, l'invio al servizio con un quesito specifico che ha orientato il modello di *assessment* appropriato. Altri fattori positivi che hanno consentito la riuscita del progetto sono la presenza sul territorio di una rete di servizi alla persona, la presenza di risorse all'interno della scuola e una modalità di collaborazione tra operatori con formazioni diverse in un'ottica integrata (psicologi, assistenti sociali, educatori, insegnanti). Per tradurre operativamente le informazioni raccolte dalla valutazione resta comunque necessaria un'alta professionalità del corpo docente a cui sempre più sono richieste competenze relazionali/comunicative e non solo disciplinari.

Bibliografia

- Ammaniti, M. (2009). *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Belsky, J., & van IJzendoorn, M.H. (2017). *Genetic differential susceptibility to the effects of parenting. Current opinion in psychology*. Elsevier, pp. 125-130.
- Cianchetti, C., Sannio Fancello, G., (2001). *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti*. Organizzazioni Speciali.
- Costello, E.J., Egger, H., & Angold, A. (2005, b). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), pp. 972-86.
- Costello, E.J., Egger, H.L., & Angold, A. (2005, a). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), pp. 631-48, vii.
- Dipartimento di Salute Mentale (2016): Area Psicologia. *Report anno 2015*. Non pubblicato.
- Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), pp. 313-37.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pluess, M., & Belsky J. (2013). Vantage sensitivity: individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), pp. 901-916.
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, pp. 23-47.
- Stroufe A. (2000). *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*. Milano: Cortina Raffaello.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E., & Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), pp. 695-705.
- Zeanah, C.H., & Gleason, M.M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), pp. 207-222.
- Zeanah, C.H., & Sonuga-Barke, E. (2016). The effects of early trauma and deprivation on human development: From measuring cumulative risk to characterising specific mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), pp. 1099-1102.

Riferimenti normativi

Nazionali

Legge n. 104 del 5.02.1992, *“Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.”* Pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 17 febbraio 1992, n. 39.

Legge n. 170 del 8.10.2010, *“Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”*. Pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 18 ottobre 2010, n. 244.

Direttiva Ministeriale del 27.12.2012 *“Strumenti d’intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”*.

Circolare Ministeriale n.8 del 6.03.2013 *“Strumenti d’intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica. Indicazioni operative”*.

Provinciali (Provincia autonoma di Trento)

Delibera della Giunta Provinciale di Trento, n° 432/2016 *“Piano delle Fragilità in età evolutiva: problematiche sanitarie e socio-sanitarie e modalità di intervento”*.

Legge Provinciale n. 14/2011 *“Interventi a favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento”*.

Dipartimento della Conoscenza (2013) *“Disturbi Specifici di apprendimento” Indicazioni Operative Provinciali*.