N.1 POSTER

Titolo: “Pediatric Psycho-Oncology: the best practices of The Three Communication (3C) integration model”.

Tremolada M.*, Bonchini S.*, Basso G.°, Pillon M.°(Department of Developmental and Social Psychology, University of Padua ° Department of Child and Woman Health, Oncology Hematology Division, University-Hospital of Padua)

With modern therapies and supportive care, survival rates of childhood cancer have increased considerably, with about 83% of childhood cancer patients aged 0–19 years that will come back to their “normal” lives. The quality of present and future life has become the main purpose of the young discipline of pediatric psycho-oncology. It deals with research and intervention and collects a landscape of different studies covering many psychological aspects and social issues related to the difficult experience of having a tumor in childhood and adolescence. This is an interdisciplinary field of study where very different theoretical concepts and theories (oncology, pediatrics, hematology, developmental psychology, clinical psychology) converge and which has a broad spectrum of methodologies and data collection strategies to understand individuals and their relationships in managing trauma related to this disease.

The integrative model in pediatric psycho-oncology should apply the Three “C” rule: pediatric staff-family member’s communication, health professionals’ interdisciplinary communication, research studies-clinical application communication.

The first area deals with all the important communications that pediatric staff have with the pediatric patients and their families: diagnosis communication, illness daily communications, illness risk band communication, stem cell transplantation communication etc.. Possible guidelines could help the health professionals to care for the children and their families. Research studies could indicate the best communicative strategy in these different situations.

The second area regards the development of a common language between the different professional figures taking care of the ill child: medical doctors, oncologists, paediatricians, haematologists, psychologists, social workers. This common language could be translated into a unique clinical record on pediatric patient that takes into consideration the different medical and psycho-social aspects to identify the children and family more at risk.

The third area consists in the clinic intervention and research studies that should sustain and contribute one to each other so to build the best integrated model of assistance in pediatric psycho-oncology units in the hospitals.

Finally, direction for the future research and for the health professionals should focus on new methodologies to improve communication techniques in this particular and delicate field of pediatric psychology.

N. 2 POSTER

Titolo: “Fattori di rischio e sintomi di lutto complicato nei genitori di pazienti deceduti per tumore cerebrale”.

*Sonia Di Profio***, *Maria Luisa Garrè**, *Cristina Venturino***. *UOSD Neuro-oncologia ** UOSD Psicologia Clinica IRCCS G. Gaslini (Genova)

La perdita di una persona cara costituisce un'esperienza universale cui tutti siamo potenzialmente esposti e il lavoro del lutto che ne consegue è, per quanto doloroso, una risposta fisiologica solitamente da non medicalizzare.

Nonostante la maggior parte delle persone riesca ad adattarsi alla realtà della perdita, si osserva lo sviluppo di un quadro sintomatologico di lutto patologico tra il 9 e il 20% dei soggetti (Byrne et al., 1994; Middleton et al., 1996; Lichtenhal et al., 2004; Zisook and Shear, 2009; Kersting et al., 2011; Shear et al., 2011 and 2012; Simon, 2012).

In particolare, la perdita di un figlio rappresenta un evento innaturale e per questo motivo è un fattore di rischio per lo sviluppo di un quadro clinico di lutto complicato.

L'insieme di manifestazioni cliniche legate ad una complicazione del lutto sono state generalmente raccolte sotto la dicitura di “*Lutto Complicato*” (*Complicated Grief*, CG) definito come una deviazione, tenuto conto degli aspetti sociali e culturali, dalla fisiologica esperienza di lutto per quanto riguarda la persistenza e/o l'intensità.

Da un punto di vista clinico è importante distinguere le manifestazioni legate ad un lutto fisiologico da quelle associate ad un suo evolversi in senso patologico. La persistenza dei sintomi nel tempo e una sintomatologia psicologica e somatica con aspetti cronici, devono far pensare ad una complicazione nel processo di elaborazione del lutto.

Sono stati identificati numerosi fattori di rischio per lo sviluppo di un quadro di lutto complicato. Tali fattori possono essere legati alla modalità del decesso oppure a variabili ad esso antecedenti o successive. Tra i fattori di rischio per l'insorgenza dei sintomi vi sono: storia di alterazioni e disfunzioni dell'ambiente familiare, assenza o inadeguatezza di supporto sociale, perdita di un figlio o precedenti lutti irrisolti che si riattivano in concomitanza col nuovo lutto, antecedenti di sofferenza psicologica o di disturbi del comportamento, tendenza alla repressione delle emozioni.

OBIETTIVO: rilevare la presenza sintomi di lutto complicato in relazione a fattori di rischio che predispongano al lutto patologico nei genitori di pazienti deceduti per tumore cerebrale.

METODI: sono stati coinvolte 10 coppie di genitori, che hanno perso un figlio per tumore cerebrale presso la UOSD di Neuro-oncologia dell'Istituto G. Gaslini negli anni 2013 e 2014, seguite dalla psicologa durante il percorso di cura.

Tutte le coppie sono state sottoposte ad una intervista semistrutturata ed è stata loro somministrata la versione italiana dell'Inventory of Complicated Grief (ICG). L'ICG è un questionario sviluppato da Prigerson e Collaboratori (Prigerson et al., 1995) che indaga i sintomi non adattivi sviluppatasi in seguito a un evento luttuoso ed è largamente impiegato per la diagnosi di lutto complicato. È costituito da 19 items, valutati assegnando a ciascuno un punteggio da 0 a 4 a seconda di quanto frequentemente il paziente ha sperimentato la condizione descritta nell'item.

CONCLUSIONI: Una precoce individuazione del rischio di lutto complicato rende possibile individuare soggetti ad elevato rischio ed aiuta ad indirizzare il lavoro terapeutico nel modo più efficace possibile attraverso la predisposizione di interventi di supporto psicologico e, quando necessario, psichiatrico a favore dei genitori .

N. 3 POSTER

Titolo: “Inguaribilità in neuro-oncologia pediatrica: quali bisogni e quali criticità nella presa in carico”.

*Sonia Di Profio***, *Maria Luisa Garrè**, *Cristina Venturino***.

**UOSD Neuro-oncologia*

*** UOSD Psicologia Clinica*

IRCCS G. Gaslini (Genova)

In Neuro-oncologia la complessità del percorso terapeutico ed assistenziale, della patologia e degli esiti ad essa associati, determina la necessità di una presa in carico multidisciplinare del paziente.

Nel caso di tumori cerebrali maligni a prognosi sfavorevole, nel momento stesso della comunicazione della diagnosi, la famiglia riceve una comunicazione di inguaribilità.

La presa in carico del bambino richiede, dunque, la presenza di un'equipe competente nella gestione di pazienti con bisogni specifici legati a fattori clinici (sede del tumore e trattamenti oncologici) e alle limitazioni funzionali ed ai problemi conseguenti ai trattamenti, ma anche l'integrazione e la sinergia già nelle prime fasi del trattamento tra tutte le professionalità coinvolte nel processo di cura e l'equipe di cure palliative, al fine di gestire al meglio i sintomi, migliorare la qualità di vita e sostenere il bambino e la sua famiglia durante tutto il percorso.

Assistere un figlio ancora in vita, avvertendo l'imminenza della morte, mette in crisi il funzionamento familiare. Il bambino e la famiglia si trovano in una situazione in cui oscillano tra la speranza legata al tempo di sopravvivenza, l'illusione di una guarigione miracolosa e il lutto anticipatorio, che sopraggiunge quando i segni della progressione di malattia diventano innegabili (perdita delle funzioni, sintomi neurologici, deficit motori e cognitivi). Questa condizione rende spesso complessa l'assistenza e la comunicazione con i genitori e rende necessario all'interno dell'equipe un percorso di riflessione e ridefinizione continua di obiettivi, valori e strategie di comunicazione. Ciò permette di fornire al nucleo familiare una risposta integrata all'interno di un contenitore che rappresenti non solo una garanzia di presa in carico dei bisogni assistenziali ma anche emotivi e relazionali della famiglia.

Obiettivo: Al fine di garantire una assistenza centrata sui bisogni dei pazienti e delle loro famiglie e migliorare la qualità delle cure nei pazienti neuro- oncologici, risulta utile rilevare quali siano i bisogni specifici, analizzando la storia clinica dei pazienti deceduti e rilevando buone prassi nell'assistenza fornita ed eventuali criticità.

Metodo: studio retrospettivo condotto attraverso l'analisi dei dati presenti in cartella relativi ai pazienti con tumore cerebrale deceduti nell'ultimo anno presso l'IGG di Genova.

I dati presi in considerazione saranno: diagnosi; età alla diagnosi, all'inizio delle cure palliative e al decesso; sintomi; tipo di terapie effettuate; trattamenti palliativi; luogo di residenza; luogo di cura; luogo di morte; indici di fragilità familiare; presenza di supporto psicologico.

All'analisi della storia clinica si affiancheranno colloqui semi-strutturati con i genitori che si renderanno disponibili, condotti da uno dei medici e dallo psicologo dopo almeno 3 mesi dal decesso, per ripercorrere la storia clinica del bambino, al fine di chiarire dubbi, individuare le criticità riscontrate nell'assistenza e verificare la presenza di sintomi di lutto complicato o l'opportunità di un supporto psicologico individuale o di gruppo.

Conclusioni: Garantire una presa in carico clinica e un supporto psicologico e relazionale adeguato, che parta dalla rilevazione delle fragilità familiari e dei bisogni specifici sin dal momento della diagnosi, contribuisce a garantire un percorso di cura precocemente integrato in modo da offrire dignità e la miglior qualità di vita possibile ai bambini ed ai loro familiari. Risulta inoltre indispensabile offrire alle famiglie, dopo il decesso, uno spazio in cui poter riflettere sul percorso effettuato, sui dubbi relativi ai trattamenti o semplicemente dove poter essere contenuti all'interno di una relazione consolidata.

N. 4 POSTER

Titolo: “Sintomi post traumatici e problematiche emotive e comportamentali nei bambini/adolescenti trattati per tumore cerebrale”.

*S. Di Profio**, ML. Garrè* Cristina Venturino**.*

**UOSD Neuro-oncologia; ** UOSD Psicologia Clinica
Istituto G. Gaslini, Genova.*

La diagnosi di una malattia oncologica in età pediatrica e il suo trattamento possono avere un impatto traumatico sui bambini/adolescenti. Nel caso di una diagnosi di tumore cerebrale, la durata delle cure, il loro carattere invasivo e le sequele radioterapiche e chirurgiche, possono causare difficoltà motorie, sensoriali, cognitive e psicologiche. Tali problemi, se non adeguatamente riconosciuti e trattati, potrebbero dare luogo ad esiti psicopatologici. Alcuni dei sintomi psicopatologici più gravi rilevati rientrano tra quelli post traumatici, come l'innalzamento dei livelli d'ansia, di rabbia e depressione. Spesso sono associati ad un basso funzionamento psicosociale.

OBIETTIVO: rilevare la presenza di sintomi di stress post traumatico e di problematiche emotive e comportamentali nei pazienti trattati per tumore cerebrale, in relazione al tipo di trattamento, alla sua durata e al tempo intercorso dalla diagnosi.

METODO: sono stati coinvolti 19 bambini/adolescenti, 9 maschi e 10 femmine (media età = 11.97), che avevano concluso il trattamento per tumore cerebrale presso la UOSD di Neuro-oncologia dell'Istituto Gaslini (7 pazienti trattati con radioterapia, 4 con chirurgia, radioterapia e chemioterapia, 4 con chirurgia e chemioterapia, 4 con chemioterapia e radioterapia). A tutti sono stati somministrati i seguenti test:

TSCC –A (Trauma Symptom Checklist for Children): strumento di self-report sul distress post traumatico.

CBCL (Child Behavior CheckList): indaga presenza di problematiche emotive e comportamentali.

RISULTATI: Sono al momento disponibili dati preliminari. I sintomi maggiormente rappresentati sono: ansia e depressione correlati a problemi sociali (tendenza al ritiro, alla chiusura e all'isolamento relazionale). In 2 casi si rilevano valori clinicamente significativi alla scala stress posttraumatico. I bambini sottoposti a trattamenti medici più intensi e con maggior rischio di sequele, risultano essere quelli più a rischio di sviluppare sintomi di distress psicologico e problematiche emotive.

CONCLUSIONI: L'origine dei disturbi psicologici e comportamentali è multifattoriale: si manifestano come conseguenza dell'impatto di fattori clinici (sede e tipo di neoplasia e trattamenti oncologici), e delle limitazioni e dei problemi conseguenti ai trattamenti.

Favorire la consapevolezza e l'adattamento dei pazienti, attraverso il sostegno psicologico e percorsi riabilitativi che favoriscano il recupero e sviluppino le risorse residue, può prevenire l'insorgere di sindromi psicopatologiche.

N. 5 POSTER

Titolo: “Sfida alla linearità e scenari della complessità nel Perinatal Hospice e la pratica del Comfort Care”.

A cura di M.R.D’Anna, P.Causa, L.A.Messina, G.Pinna

La perdita prenatale e perinatale e la diagnosi di sindrome/grave malformazione fetale incompatibile con la vita impone un lutto con caratteristiche molto particolari a cui, tuttavia, ancora nel 2017 non viene dato il giusto riconoscimento. Il Perinatal Hospice é una modalità assistenziale all’avanguardia dove viene praticato il **Perinatal Comfort Care**, una pratica multidisciplinare che ha come obiettivo il *Comfort* non solo del paziente, ma di tutta la famiglia. Ma il campo d’indagine a cui daremo oggi spazio è: l’importanza del Perinatal Hospice e ciò che da esso deriva.

È nostra intenzione complessificare il concetto di perdita prenatale e perinatale mettendo in relazione comfort care ospedaliero e post-ospedaliero, attraverso l’ausilio di Associazioni del territorio. Sono state effettuate 123 interviste a coppie che hanno vissuto l’evento aborto spontaneo, 62 coppie che hanno vissuto perdita prenatale e perinatale, 30 coppie che hanno deciso di portare a termine gravidanze con esito di incompatibilità alla vita. Le interviste hanno approfondito il tipo di esperienza e le opinioni sulle modalità di comunicazione nei momenti di maggiore criticità durante l’ingresso in ospedale, durante la permanenza in ospedale e durante il periodo successivo all’ospedalizzazione.

Lo studio presentato di natura qualitativa dimostra che un lavoro e un supporto su più livelli e in più sistemi ha permesso a molte coppie di passare attraverso la perdita, “bloccandolo nel passato”, concedersi il tempo di poterlo vivere nel presente, e trovare a questo evento un senso personale nuovo all’interno della propria storia, proiettandosi nel futuro.

Gli effetti del sostegno così configurato, su più livelli e su più sistemi, permette alla coppia stessa, e soprattutto alla mamma, di affrontare in modo certamente più funzionale e con meno ansie una nuova gravidanza, a creare una collaborazione con i professionisti del settore basata sulla fiducia, e produrre pensieri molto più positivi legati all’essere genitori del bambino che verrà.

N.6 POSTER

Titolo: “Gravidanza fra immaginazione e corporeità. Uno studio sulle rappresentazioni materne in gravidanza quale base per il riconoscimento del disagio psichico perinatale”.

(Autori: Romeo A., Xibilia C.)

Background: Il periodo perinatale, così come ormai riportato da ampia letteratura, assume un valore particolare giacché la donna riorganizza il suo senso di identità. I cambiamenti che si verificano, sia sul piano biologico che psicologico, comportano sostanziali modificazioni del mondo rappresentazionale relative al Sé, come futura madre, e al suo futuro bambino. E' un terreno di verifica che offre alla donna l'opportunità di elaborare il processo di separazione-individuazione nei confronti della propria madre ove un'esperienza sufficientemente buona con essa permette alla donna di identificarsi con se stessa bambina e realizzare una maturazione e crescita del Sé, al contrario, se permane ambivalenza nei confronti della figura materna esiste un'elevata probabilità che si verifichi una gravidanza “ad alto rischio psicologico”. Si tratta di un periodo del ciclo di vita in cui il rischio di esordio di disagi psichici è aumentato come anche la reiterazione di disturbi già esistenti. La letteratura scientifica ha altresì dimostrato che diversi stili materni influenzano, non solo le fantasie, le rappresentazioni e le aspettative in gravidanza, ma anche la relazione madre/bambino e che possono essere predittivi dello stile di attaccamento del bambino. L'obiettivo dell'indagine effettuata è esplorare nella donna che sta affrontando la gravidanza le rappresentazioni mentali circa se stessa come donna, i suoi vissuti, le emozioni, le fantasie, il rapporto con il partner e con la famiglia d'origine al fine di poter individuare eventuali disagi psichici perinatali già nel corso degli incontri di accompagnamento alla nascita offrendo un più completo counseling genitoriale e avviando prevenzione primaria sia della relazione madre/bambino che dello sviluppo infantile.

Strumenti e Metodo: Il campione è costituito da 32 donne primipare giunte al settimo mese di gestazione, di età media 28,5 anni, dal livello sosio-culturale medio-alto, frequentanti incontri di accompagnamento alla nascita presso centri privati nelle provincie di Catania, Enna e Siracusa. L'adesione al progetto è su base volontaria. Fra i criteri di selezione l'assenza di patologia gravidica e psichiatrica. La scelta del periodo gestazionale deriva dal fatto che la presenza del feto ha avuto la possibilità di ben definirsi all'interno della fantasmizzazione materna, non ancora del tutto invasa da ansie pervasive legate all'imminenza del parto. Dopo un primo colloquio con l'ostetrica/o, un secondo colloquio veniva effettuato dalla psicologa. Lo strumento di cui ci si è avvalsi è l'IRMAG (Ammaniti M. et al. 1995) un'intervista clinica semi-strutturata costituita da 41 domande, che, attraverso un'indagine qualitativa, rilevano il modo in cui la donna organizza la narrazione della gravidanza, e 5 liste di aggettivi che consentono di porre l'attenzione su 5 immagini psichiche e sui significati ad esse legati (se stessa, il bambino, il partner, se come genitore, la madre). Dopo circa 15 giorni veniva effettuata la restituzione dell'intervista stessa.

Risultati: Il contenuto dell'intervista è stato esaminato in relazione ai temi principali emersi. In particolare sono state approfondite le seguenti aree dell'intervista:

- 1) Le emozioni personali e di coppia alla notizia della gravidanza;
- 2) Le emozioni ed i cambiamenti nel corso della gravidanza nella vita personale, di coppia, e nel rapporto della gestante con la propria madre;
- 3) La prospettiva del parto;
- 4) Le percezioni, le emozioni e le fantasie circa il «bambino interno»;
- 5) Le aspettative future riguardanti le caratteristiche di sé come futura madre e le

caratteristiche del bambino e la prospettiva storica della donna circa il proprio ruolo attuale e passato di figlia.

Dall'Analisi dei contenuti è emerso che tutte le gestanti considerano la gravidanza ed il post-partum come periodi di vita normali in cui avvengono particolari cambiamenti. Esse hanno elaborato complessi vissuti identificatori dimostrando capacità di elaborazione individuale e creativa di sé come future madri. Soltanto una ha evidenziato un quadro confuso, emozioni ambivalenti gioia/rabbia/depressione con fantasie di perdita e colpa. La donna è stata sostenuta e presa in carico nel post-partum.

Conclusioni: La narrazione della donna in gravidanza consente di fare delle ipotesi circa il suo funzionamento mentale e le rappresentazioni di Sé come madre. Molto spesso condizioni problematiche o di rischio psicologico sono mascherate dalla donna o possono sfuggire al personale medico non addestrato a farlo. La donna partecipa ben volentieri ad un'intervista senza sentirsi "esaminata", poiché, in un momento così delicato, la donna rifugge l'idea che qualcosa non stia procedendo come desiderato. Un precoce rilievo dei rischi, già dagli incontri di accompagnamento alla nascita, può consentire l'offerta di un adeguato supporto alla donna con interventi individuali o di coppia, counseling genitoriale, anche nel periodo del post-partum. Non solo sostegno alla maternità dunque ma anche prevenzione primaria della relazione madre/bambino e dello sviluppo infantile.

N.7 POSTER

Titolo: “L’armonizzazione del clima di lavoro e del benessere aziendale come tutore di empowerment: l’esperienza in un reparto di emato-oncologia pediatrica”.

F.Riccardi, D.Caprino, F.G.Naselli
Istituto Giannina Gaslini, Genova, Italy

Background

Affrontare l’incertezza delle cure mette a dura prova la capacità di resistenza della mente e rappresenta uno dei maggiori fattori di stress psicologico in ambito sanitario. Il trattamento delle patologie emato-oncologiche in pediatria è un ambito ad alto impegno professionale ed emotivo per età dei pazienti, gravità di malattia, incertezza della prognosi e protocolli di terapia in costante evoluzione. In questo contesto il rischio di burn-out per i componenti dell’*équipe* è alto (Roth et al., 2011).

Obiettivi e metodi

Descrivere il clima aziendale vissuto all’interno del reparto, valutando i fattori che sostengono l’elaborazione dell’incertezza e le modalità di intervento più efficaci per potenziare il processo di empowerment. E’ stato arruolato il personale medico e infermieristico del Dipartimento con un contratto da almeno sei mesi. L’assessment è consistito nella somministrazione del Questionario sul clima aziendale (Clampitt & DeKoch, 1999), della Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993) e della Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1988).

Risultati

L’analisi dei dati (test U Mann-Whitney; test Kruskal-Wallis) è stata effettuata su 94 soggetti. Il 54,3% dei soggetti riporta un clima aziendale etichettabile come “status quo”. La percezione dell’incertezza è significativamente più alta nei lavoratori più giovani ($P_B=0,006$), gli stessi inoltre mostrano di ricercare in maniera più attiva legami di qualità e obiettivi significativi ($P_B=0.022$; $P_B=0.028$). Il 50% del campione presenta un livello medio di resilienza (il 26,6% un livello alto).

Conclusioni

Dall’elaborazione dei dati emerge una sostanziale omogeneità tra le diverse unità del Dipartimento. I lavoratori più giovani vivono l’incertezza come un aspetto di vulnerabilità, fonte d’ansia e tendono ad investire su obiettivi ritenuti significativi, per il bisogno di una gratificazione immediata. Il gruppo senior, attraverso il mantenimento di un clima di “status quo” mostra una gestione funzionale del carico emotivo. Lo studio valorizza come la difficoltà di gestire l’incertezza non sia ascrivibile solo al clima aziendale, ma anche all’incertezza relativa al possibile esito curativo del paziente. I risultati sono stati discussi in riunioni multidisciplinari. L’analisi condivisa delle dinamiche disturbanti ha permesso la verbalizzazione delle difficoltà nella gestione dell’incertezza e favorito il processo di empowerment.

N.8 POSTER

Titolo: “L’intervento multidisciplinare di accompagnamento alla nascita all’interno dell’ambulatorio di gravidanze gemellari monocoriali e complesse”.

Ruvolo, D., Chianchiano, N., Rinoldo, C., Lupo M.R., Ganguzza O., D’Anna M.R..

La nascita di un figlio rappresenta un evento di estrema importanza nella vita di una coppia che comporta profonde modificazioni da un punto di vista biologico, intrapsichico e relazionale. Ogni futuro genitore durante l’attesa del bambino fantastica sul nascituro, iniziando a creare uno spazio fisico e mentale per accoglierlo dopo il parto. Sul “bambino ideale” fantasticato e atteso durante la gravidanza, i genitori proiettano ed investono molte delle loro aspettative personali e di coppia. Ma, a volte, tali aspettative si scontrano con una gravidanza non fisiologica che procede in modo difforme dalle attese, creando un profondo sconforto e preoccupazione nella coppia.

Su tali temi, presso l’ospedale Fatebenefratelli "Buccheri-La Ferla" di Palermo, si lavora ormai da diversi anni al fine di favorire un lavoro di integrazione tra innovative procedure di diagnosi e cura prenatale e un sostegno psicologico costante durante tutte le fasi della gravidanza, del part e del post-partum. Nello specifico dal 2012 ad oggi il team di medicina fetale e gravidanza gemellare complicata ha acquisito peculiare esperienza nella gestione ecografica e clinica della gravidanza monocoriale complicata dalla sindrome da trasfusione fetto-fetale (TTTS), del ritardo di crescita intrauterino selettivo (s-IUGR), della sindrome Anemia Policitemia (TAPS) e della sequenza di perfusione arteriosa inversa (TRAP-s).

Dal gennaio 2013 al giugno 2017 sono stati registrati 638 accessi presso l’ambulatorio di Medicina Fetale di pazienti con gravidanza monocoriale. Gli accessi totali distinti per provincia sanitaria di appartenenza sono così suddivisi: 50 dalla provincia di Agrigento, 26 dalla provincia di Trapani, 8 da Messina, 7 da Catania, 5 da Siracusa, 3 da Caltanissetta e 3 accessi di una paziente proveniente da Reggio Calabria, per un totale di 99 accessi extraprovinciali.

La gestione della paziente con diagnosi di Trasfusione fetto-fetale prevede il coinvolgimento di un’equipe multidisciplinare durante il percorso diagnostico-terapeutico costituita da ginecologo, ostetrico, psicologo, neonatologo, anestesista, personale di sala).

Nello specifico l’intervento psicologico all’interno dell’ambulatorio procede in due diverse direzioni. Da una parte si sostanzia in un accompagnamento durante tutte le fasi della comunicazione della diagnosi, del proseguo della gravidanza sino alle dimissioni, attraverso un lavoro di counselling psicologico singolo e di coppia. Dall’altra parte si rivolge agli operatori, al fine di favorire una maggiore integrazione tra le varie figure professionali e fornire anche per loro un eventuale supporto psicologico in occasione di eventi infausti che possono avvenire.

N.9 POSTER

Titolo: “L’importanza e la complessità del sostegno multidisciplinare in UTIN”.

Cannizzaro A.C., De Franchis B., Kazmierska I., Messina L.A., Balistreri Maria Rita, Siemens L.

Il contesto di un reparto di terapia intensiva neonatale è particolarmente incline a punti di criticità. Questi ultimi possono essere trasformati in risorse se viene attivato un lavoro multidisciplinare che coinvolge ginecologi, neonatologi, psicologi, ostetrici, infermieri, dediti al sostegno e all’attivazione di risorse presenti nella coppia genitoriale. Altrettanto importante è la collaborazione tra Ospedale e Associazioni territoriali che permettono un sostegno completo sia all’interno del contesto ospedaliero in fase acuta, sia un sostegno più ampio e prolungato nel tempo al di fuori del reparto seguendo i bisogni della coppia e della famiglia.

E’ nostra intenzione far emergere l’importanza della comunicazione e interazione tra i vari sistemi coinvolti. Attraverso colloqui di tipo qualitativo con genitori e professionisti del settore è stato possibile riqualificare la gestione del reparto UTIN offrendo strumenti che hanno aiutato le mamme e i papà a trovare la migliore strada per il recupero della genitorialità precocemente e inaspettatamente interrotta, e ai professionisti del settore offrire uno spazio in cui contenere e gestire le inevitabili emozioni che umanamente si attivano e che aumentano il rischio di burn-out.

La gestione e la possibilità di offrire un reparto aperto, con l’ausilio di marsupio terapia, allattamento materno e uso del latte umano donato, ha dimostrato una diminuzione dei fattori di rischio utili non solo per la coppia genitoriale, ma anche per il neonato e i professionisti che attorno ad esso ruotano.

Gli effetti di un sostegno così configurato risultano funzionali per un recupero positivo della maternità e paternità, con un contrasto importante alla depressione post parto e una ricostruzione di un equilibrio familiare che inevitabilmente viene messo alla prova con l’arrivo di un figlio prematuro.

N.10 POSTER

Titolo: “Analisi di un percorso integrato plurispecialistico medico psicologo nell’ambito della protezione del neonato a rischio SIDS/ALTE”.

Cavarretta, V.V., Ruvolo, D., Pomo, R., Saladino, C., Vallone, G., Pinna, G., D’Anna, M.R.

All’interno del contesto sanitario dell’Ospedale Buccheri La Ferla – Fatebenefratelli di Palermo, abbiamo creato nell’arco di quasi sei anni, un servizio di monitoraggio domiciliare che ha come obiettivo primario quello di promuovere il benessere della coppia madre bambino, e trasversalmente il benessere familiare, attraverso la presa in carico delle situazioni cliniche dei neonati a rischio di eventi estremi, pericolosi per la vita come gli episodi ALTE (prevalentemente apnee) e la Sindrome della morte in culla (SIDS). Questo percorso ci ha condotti nel tempo alla possibilità di partecipare, come equipe multidisciplinare medico psicologica, alla realizzazione delle linee guida nazionali ALTE/SIDS, facendo parte di un gruppo di lavoro formato da professionisti pediatri, cardiologi, neonatologi, psicologi di tutta Italia, promossa dalla Società Italiana di Pediatria e dalla Società Italiana di Neonatologia.

Il servizio prevede un percorso multispecialistico che comprende diversi step di valutazione clinica per ogni caso nel suo specifico: l’accoglienza dei genitori presso il centro; la consegna ai genitori di un monitor preventivamente spiegato e accompagnato dall’ascolto attento di eventuali domande e osservazioni; la consulenza neuropsichiatrica; la consulenza polisonnografica; un percorso formativo di prevenzione volto all’acquisizione delle manovre rianimatorie e il sostegno psicologico durante tutto il percorso del monitoraggio.

Da ciò che emerge attraverso il colloquio clinico con i genitori, il centro SIDS/ALTE viene vissuto, dalla maggior parte dei genitori come luogo di protezione oltre che come centro di diagnosi e cura.

N.11 POSTER NON PRESENTATO

Titolo: “Gravidanze a rischio psico-sociale. Una prospettiva di intervento di tipo integrato”.

Ruvolo, D., Cavarretta, V.V., Dabbene, M.F., Giunta, M., Cascina, S., Giordano, M

La maternità, oltre a comportare delle profonde modificazione nel corpo della donna, costituisce uno stato psichico di ordine psicogenetico evolutivo (Delassus, 1995) che necessita di un ascolto e di una comprensione profonda. In tale prospettiva si parla di “maternità interiore” (Bydlowki, 2006) per indicare quel processo di sviluppo di tale particolare identità femminile, attraverso un processo di elaborazione delle rappresentazioni mentali, fantasie, emozioni, desideri e sogni, nel quale è coinvolto il bambino fantasmaticizzato interno che, con la nascita, diventerà il bambino reale (Ferrara Mori, 2006).

Questo processo così complesso, lo diventa ancora di più in tutti quei casi nei quali la gravidanza evolve all'interno di un contesto complicato da vari fattori ambientali, quali possono essere, gravidanze in ragazze minorenni, inserite in contesti a rischio, residenti in comunità o migranti, che giungono presso il nostro Paese dopo un percorso estremamente duro e difficile.

Per venire incontro a tali situazione e per dedicare a queste gestanti il giusto spazio fisico e mentale, è stato istituito da un paio di anni, presso l'ospedale Fatebenefratelli “Buccheri-La Ferla” di Palermo, un ambulatorio multidisciplinare nel quale sono presenti una ginecologa, un'ostetrica, un'assistente sociale ed uno psicologo che si occupano di gestire quelle gravidanze che possono essere definite “a rischio”, non da un punto di vista fisiologico, ma da quello sociale e psicologico. L'intervento si sostanzia in una presa in carico complessa, con la copresenza di tutte le figure professionali a tutti controlli previsti durante la gestazione, al fine di fornire, non soltanto uno spazio di controllo e diagnosi, ma anche di elaborazione dei contenuti profondi legati alla gravidanza e dell'accompagnamento, da un punto di vista dell'assistenza sociale. Alle figure professionali già descritte si affianca, qualora ce ne fosse necessità, una mediatrice culturale, per interfacciarsi con le donne migranti.

N.12 POSTER

Titolo: “Abuso e maltrattamento all’infanzia: procedure di riconoscimento, accoglienza e presa in carico dei minori vittime di violenza nelle reti ospedaliere.

D’Apruzzo M1; Sciarretta L1; Romano O1; Tramaglino A1; Piccotti E1.

1: Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Introduzione

Il gruppo ospedaliero “Casa sull’Albero” dell’Istituto G. Gaslini è regolato da un protocollo operativo specifico, che permette l’attuazione di un percorso clinico, psicologico e sociale per il paziente con sospetto maltrattamento, con modalità diverse in base alla tipologia di accesso in Istituto. Il modello di lavoro della “Casa sull’Albero” utilizza come primo approccio il colloquio congiunto Psicologo – Assistente Sociale per evitare di affaticare la famiglia con il ripetersi di interviste per la raccolta delle informazioni e per fornire spiegazioni e chiarimenti sulla situazione, ove possibile. L’Istituto G. Gaslini ha partecipato al progetto CCM: *“Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d’intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea. REVAMP”*.

Materiali e Metodi

Per rispondere all’obiettivo generale di armonizzazione e valutazione di efficacia dei protocolli di riconoscimento, accoglienza, presa in carico e accompagnamento dei casi di violenza sul bambino, si è proceduto nell’utilizzo dei sistemi informatici di PS con applicazione di ESCAPE (Tab.1), integrandoli con le schede cartacee compilate dagli operatori. I dati dalla scheda cartacea <<pazienti fragili>> e del referto di PS sono stati analizzati ed estratti inserendoli nel tracciato SINIACA-IDB Violenza. Nei casi di sospetto abuso e maltrattamento, oltre all’esame obiettivo del paziente e ad accertamenti strumentali, sono stati effettuati colloqui psicologici di approfondimento. Inoltre sono stati eseguiti follow up a 0, 3 e 6 mesi (ove possibile) mediante la somministrazione di alcuni dei seguenti test : CPM;CDI; TSCC-A; CAPS-CA; PSI;CBCL; TSCYC.

Risultati

Nel tracciato SINIACA-IDB Violenza sono stati inseriti 207 casi di età compresa tra gli 0 ed i 16 anni (anno 2015-2016 e primi 9 mesi del 2017). Nel dettaglio sono stati intercettati nel 2015: 52 casi di violenza di cui 28 femmine e 24 maschi; nel 2016: 78 casi di violenza di cui 39 femmine e 39 maschi. Da gennaio a settembre 2017 sono stati intercettati 77 casi di violenza di cui 39 femmine e 38 maschi (Tab 2). Nei casi di sospetto abuso e maltrattamento con accesso in PS e successiva prestazione differibile presso l’Ambulatorio “Casa sull’Albero” della U.O. di PS e Medicina d’Urgenza, nel periodo da Marzo 2016 a Luglio 2017 sono stati effettuati 105 colloqui psicologici iniziali di approfondimento.

Conclusioni

Sulla base della nostra esperienza proponiamo un progetto che preveda un intervento precoce al Pronto soccorso che abbia come obiettivo primario la rilevazione e l’interruzione tempestiva della violenza, attraverso la protezione e la tutela del minore per contenere il danno e favorire il superamento del trauma. Gli obiettivi dello psicologo in situazioni di emergenza psichica in Ospedale sono legati, quindi, a fornire un adeguato sostegno psicologico, a trasmettere fiducia e senso di sicurezza ed iniziare ad elaborare il dolore connesso al trauma. Questa funzione è condivisa e fornita dall’intera equipe (medico, infermiere, psicologo, assistente sociale) che, attraverso le diverse

funzioni di cura, pratica una presa in carico globale. La rilevazione tempestiva dei casi di sospetto abuso e maltrattamento evita la cronicizzazione delle situazioni relazionali traumatizzanti, prevenendo l'insorgere di gravi disturbi della personalità.

N.13 POSTER

Titolo: “Nascita pretermine: uno studio prospettico longitudinale delle funzioni esecutive e delle capacità di regolazione in pazienti prescolari nati pretermine a basso peso e bassa età gestazionale”.

Sciarretta L 1; Uccella S 1; Preiti D

1: Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Giannina Gaslini, Genova – Italia.

Introduzione

La nascita pretermine è un evento frequente, in Italia riguarda circa il 7% dei neonati (Alyward, 2014; Goldenberg et al., 2008). Dagli anni '90, l'introduzione di nuovi farmaci e tecnologie mediche ha infatti determinato un incremento della sopravvivenza dei neonati con estrema immaturità. Alle cure mediche si sono progressivamente affiancate modalità di cura e assistenza psicologica sia nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale sia dopo le dimissioni, al fine di monitorare lo sviluppo di questi bambini e migliorare la loro qualità di vita. I nati pretermine, infatti, anche quando non hanno danni neurologici, possono presentare problematiche mediche e sequele minori, motorie, relazionali, cognitive, linguistiche, di apprendimento e di comportamento. Tale disregolazione potrebbe incidere sul rendimento scolastico, in termini di risultato prestazionale e di adattamento al contesto ambientale.

Il presente progetto di ricerca vuole indagare, nello specifico, non solo le alterazioni a carico delle funzioni esecutive e il loro impatto evolutivo a seguito di nascita in età gestazionale molto bassa (<31 settimane – very preterm: 28-31 settimane e extremely preterm: <28 settimane) e/o nascite pretermine a peso estremamente basso (extremely low birthweight – ELBW <1000 gr) (Goldenberg et al., 2008), ma anche l'entità dell'impatto della nascita pretermine, considerata come evento stressogeno di vita, sul nucleo familiare e sulla successiva rappresentazione di sé del neonato.

Materiali e Metodi

Sono stati inclusi 16 soggetti con diagnosi di nascita pretermine avvenuta tra la 25° e la 31° settimana gestazionale e presentanti un peso alla nascita compreso tra 700 gr e 1500 gr. Sono stati raccolti i dati anamnestici, clinici ed è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica sul bambino (WPPSI-III, Hilda – Santucci Test, Test di Goodenough, BVN 5-11: Memoria a Breve Termine Visuo-Spaziale – Test di Corsi Avanti; Memoria a Breve Termine – Span di Cifre Avanti/Indietro; Torre di Londra; TCM) e del livello stressogeno genitoriale legato all'evento nascita (Parenting Stress Index). È stato introdotto un nuovo strumento, il Disegno della Nascita, ove chiediamo ai genitori i racconti fatti ai figli relativamente all'evento nascita e, parallelamente, chiediamo ai bambini di rappresentare tale evento collegato al Sé. È stata effettuata un'analisi case-study, prendendo in considerazione i soggetti come unità di analisi.

Risultati

Analizzando qualitativamente le risposte genitoriali stressogene in relazione all'evoluzione cognitiva ed emotiva del bambino, si è visto che, per quanto l'evento nascita pretermine possa essere stato altamente stressogeno, ma non denegante, il bambino riesce a sviluppare al meglio il senso di sé (in termini di rappresentazione della propria identità) e di resilienza; inoltre, ciò corrisponde ad una maggior flessibilità cognitiva, che comporta una maggiore capacità di utilizzare le proprie risorse

cognitive. Nel caso in cui, invece, la coppia genitoriale non riesca ad ammettere le difficoltà, poco sembra essere passato sulla nascita anche al bambino, comportando una mancanza di organizzazione non soltanto nel rappresentare l'evento in sé, ma anche a livello emotivo e cognitivo. Talora, la rigidità cognitiva mostrata non ha reso possibile la realizzazione della rappresentazione simbolica della loro stessa nascita.

Conclusioni

Sulla base della nostra esperienza clinica proponiamo un protocollo diagnostico pilota composto da accertamenti di primo livello, da eseguire in base alla compromissione clinica del paziente. Nei casi ritenuti più a rischio per la qualità delle funzioni cognitive superiori e la capacità di adattamento al contesto, tale protocollo andrebbe applicato in maniera longitudinale in follow-up dopo 12 mesi. Mettendo in atto un approccio basato sulla collaborazione tra più figure specialistiche – patologo neonatale, neuropsichiatra infantile, psicologo-psicoterapeuta – si avrebbe una reale presa in carico non soltanto del bambino, ma dell'intero nucleo familiare, che si sentirebbe sostenuto, non soltanto alla nascita, ma anche nelle fasi successive della vita del bambino, come affrontare un'importante *touchpoint* quale è l'ingresso nella scuola dell'infanzia. Tale approccio multidimensionale e multidisciplinare consentirebbe di rispettare il *timing* diagnostico di eventuali difficoltà di apprendimento e avere quindi la possibilità di intervenire tempestivamente non soltanto sulla riacquiescenza/abilitazione delle funzioni cognitive superiori, agendo terapeuticamente a livello concreto, ma anche sulla capacità di autoregolazione, agendo terapeuticamente a livello simbolico.

N.14 POSTER

Titolo: “ArteTerapia e NarrAzioni nei reparti di Pronto Soccorso Pediatrico, Pediatria e Ortopedia Pediatrica”.

Valeria Gestivo

L'arteterapia è processo terapeutico che privilegia la creatività, un ritorno al gioco e alla narrazione. Attraverso l'espressione artistica e la sperimentazione dei materiali si crea uno spazio di contenimento e un tempo definito in cui tutto ciò che avviene ha un significato e viene utilizzato per facilitare l'autoconsapevolezza, lo sviluppo emotivo e per curare.

Durante il lavoro arteterapico i bambini ricoverati fanno, toccano, guardano, e soprattutto entrano in relazione terapeutica con l'arteterapeuta che guida gli utenti nel loro percorso grafico artistico. Gli utenti creano i loro manufatti (o disegni o sculture o creando lavori con tecniche miste come con l'uso della fotografia) e tali lavori rappresentano un percorso, una storia che rimane, con la quale confrontarsi. Quando si parla di arti terapie, la parola arte intende, non tanto dunque la produzione artistica originale ed eccezionale, ma l'utilizzo di mezzi di espressione e di comunicazione differenti dal linguaggio verbale quotidiano, che sono propri del linguaggio analogico (non verbale). Attivare il processo creativo, offrendo al minore ospedalizzato strumenti di espressione e di realizzazione plastica, significa incrementare le possibilità di accedere a contenuti inconsci, ai propri vissuti affettivi, ai propri desideri alle proprie aspettative attraverso uno strumento più diretto e spontaneo che è quello proprio dell'arte .

Il lavoro arteterapico nei reparti del materno infantile consente di creare nessi tra i vari reparti del Dipartimento Materno Infantile; così ad esempio bambini ricoverati in pronto soccorso in fase di accoglienza vengono coinvolti in un percorso arteterapico che si configura come percorso di accompagnamento negli altri reparti di degenza : pediatria e ortopedia, per tutto il periodo di ricovero. Così il percorso arteterapico iniziato in pronto soccorso viene approfondito e continuato negli altri reparti, consentendo nessi importanti anche con i medici degli altri reparti, relativamente al bagaglio emotivo/relazionale che il minore in ingresso vive.

Nel mio lavoro quotidianamente mi interfaccio con le mie colleghe psicologhe senior dei reparti, per confrontarci sui casi, sulle criticità e risorse presenti, in modo da consentire una sinergia d'interventi a vari livelli: psicologico, sanitario, medico, arteterapico e familiare.

Il lavoro infatti ha una valenza anche sulle dinamiche familiari poichè la presenza dei genitori e/o familiari durante l'intervento arteterapico nelle stanze di degenza consente al minore di trovare un canale ed uno spazio di comunicazione attraverso il medium artistico, che diventa anche strumento facilitatore per esprimere il proprio vissuto e la rappresentazione che il minore ha sulla malattia e l'ospedalizzazione. Tale strumento inoltre offre un'opportunità di cambiamento, infatti il cambiamento dell'immagine o della narrazione che ne scaturisce offre al minore e ai familiari presenti un'alternativa ad una visione spesso stereotipata e non adattiva rispetto alla nuova condizione. Il lavoro arte terapeutico nei reparti del materno infantile, in presenza dei familiari o spesso anche delle figure sanitarie, offre la possibilità di esplicitare il vissuto del minore in un contesto protetto del fare, che garantisce le sue difese, non attraverso la comunicazione verbale ma è il disegno, la scultura o il collage che parlano del minore e delle sue rappresentazioni. In tale momento di condivisione i genitori nelle stanze di degenza si avvicinano empaticamente ai bisogni, ai desideri, alle emozioni del figlio e nel lavoro arteterapico, guidato, pensato e condiviso con le altre figure sanitarie e con lo psicologo del reparto, sperimentano diverse e nuove modalità di coping nella relazione con il minore, prendendo consapevolezza delle criticità e delle potenzialità presenti nella nuova condizione.

Esempi iconografici nei differenti reparti:

In pronto soccorso le iconografie che prevalgono sono di robot, di combattimenti, ed immagini corpi assettici. Nei bambini di età inferiore ai sei anni prevale la proiezione del vissuto della madre e spesso

realizzano immagini di mamme malate come se la malattia pervadesse tutto il legame simbiotico con la madre.

In ortopedia prevale un vissuto di destabilizzazione del proprio schema corporeo. Il corpo viene pensato come qualcosa che ha tradito, che limita l'autonomia e a secondo dell'incidente, che ha provocato la frattura, ne scaturisce un senso di colpa e l'ingessatura e l'eventuale intervento chirurgico viene rappresentato come la punizione per essere stato eccessivamente vivace o disattento. Negli adolescenti l'essere bloccato a letto è una condizione che li esorta a pensare in modo più vivido al loro sentire psichico, alle loro scelte ed orientamenti professionali e scolastici. Spesso la frattura e la conseguente ingessatura viene spesso vissuta come l'unica via d'uscita per la risoluzione di un conflitto, di un desiderio inespresso, ad esempio il caso di un ragazzino che ha fratturato la gamba dopo un periodo di conflitto con il padre che lo voleva costringere ad entrare in una squadra di calcio di serie B, o di un bambino di pediatria per il quale la malattia è stata occasione per riunire i familiari, visto che il padre trascorre gran parte dell'anno imbarcato a bordo di una nave.

In alcuni casi i nessi che attraversano il reparto materno infantile, si esplicitano anche all'esterno del Dipartimento come ad esempio quando alcuni bambini di pediatria vengono trasferiti al reparto di ematologia ed il prodotto arte terapeutico che il minore porta con se' diventa una sorta di biglietto di presentazione, di narrazione sui desideri, le paure e le criticità che attraversa il minore durante l'ospedalizzazione.

TECNICHE ARTETERAPICHE E OBIETTIVI NEI DIFFERENTI REPARTI DEL MATERNO INFANTILE

Reparto di pediatria e ortopedia pediatrica

Tecnica :collage (modello integrato graphic novel)

Soggetti coinvolti: minori con eventuale coinvolgimento del genitore presente e degli operatori sanitari del reparto

Assetto: Preferibilmente da proporre in atelier di piccolo gruppo

Materiali : Carta, colla, ogni sorta di mascherina colorata, giornali ritagliati , riviste e fumetti che saranno selezionati in base alla fascia d'età e agli interessi e le predisposizioni dei soggetti coinvolti.

Modalità operativa: L'intervento individuale viene realizzato nelle stanze di degenza per i minori che non potranno spostarsi in ludoteca ma a secondo dei soggetti ricoverati nella stessa stanza vengono coinvolti in sessioni di coppia o di piccolo gruppo, prevedendo altresì in alcuni assetti anche il coinvolgimento del genitore o dell'operatore sanitario di turno.

I materiali sono riposti sul tavolo della stanza della degenza e se il soggetto non può avvicinarsi, sono io a portarli al suo letto, riponendoli su una tavoletta. La scelta del soggetto del collage viene fatta in base ad una prima osservazione e analisi del caso (previo confronto con lo psicologo senior di reparto e/o con il medico o l'operatore sanitario). Il più delle volte il tema sarà libero, almeno che non vi siano indicazioni precise e/o suggerimenti forniti da altri operatori o dai genitori.

I soggetti coinvolti dietro mia consegna potranno sfogliare il materiale a disposizione per selezionare immagini da utilizzare, che verranno successivamente ritagliate e incollate per la creazione del collage. Obiettivo tecnico è quello di creare un'iconografia completa e non frammentata , come un'unica immagine composta da tanti ritagli, evitando di lasciare spazi vuoti.

I soggetti coinvolti potranno dettagliare il proprio collage con commenti scritti, titoli, narrazioni, testi. La resa dell'immagine finale può essere sia figurativa che astratta.

Obiettivi.

- Facilitare l'espressione e la rappresentazione delle paure del bambino ,a anche dei suoi bisogni e desideri

- Attraverso la tecnica del collage si scoprono connessioni o organizzazioni di temi che probabilmente non esistevano prima nell'immaginario del minore.
- Offrire l'opportunità al minore di rivedersi e rinarrarsi nell'hic et nunc della malattia
- Il gesto di ritagliare ed incollare immagini in contesti diversi da quelli originari stimola la capacità di ristrutturazione percettiva e cognitiva che il minore ha rispetto al momento vissuto.
- La produzione del lavoro condivisa con i genitori e/o gli operatori sanitari facilita l'ascolto empatico dei bisogni e delle emozioni del bambino
- Promuovere la fiducia nella propria capacità di saper fare e ideare

Valenza della metodologia

- Favorisce una maggiore adesione alle immagini del reale
- E' indicato per utenti che manifestano resistenza ad utilizzare il materiale artistico ("paura del foglio bianco")

Metodo integrato: Collage

Il collage quale mezzo espressivo arteterapico, rappresenta una modalità alternativa importante per superare i limiti della produzione grafica-pittorica, in quanto consentendo la produzione estemporanea di prodotti visibili non richiede ai soggetti coinvolti di misurarsi con i materiali grafici che potrebbero generare ansie di prestazione e difficoltà nell'esecuzione.

Il lavoro con il collage e con l'immagine in generale attiva dunque un processo selettivo e proiettivo poiché rappresenta una fonte di informazioni focalizzate selettivamente.

Il processo arteterapico con il collage prevede infatti l'uso dell'aspetto passivo e attivo della proiezione, della decifrazione e della strutturazione del contenuto emotivo attraverso immagini stimolo, mentre l'utente viene seguito nell'esplorare e nell'associare i significati ed i sentimenti legati alle immagini selezionate e raccolte da varie fonti (riviste, giornali, foto di famiglia, cartoline).

Reparto di pronto soccorso

Tecnica con materiale grafico/plastico (costruzione di lap/book, uso di materiale plastico come la plastilina, tecnica grafica con materiali secchi e collage, tecnica della wunderkammer)

Assetto: Preferibilmente da proporre in atelier di piccolo gruppo o sessioni individuali

Materiali : Carta, cartoncini colorati, colori secchi (a matita, a cera, pastelli a olio, a spirito) , plastilina, colla, ogni sorta di mascherina colorata, giornali ritagliati , riviste e fumetti.

Modalità operativa: L'intervento individuale viene realizzato nelle stanze OBI 1, 2, 3 per i bambini che sono in attesa nel reparto di pronto soccorso, prevedendo altresì in alcuni assetti anche il coinvolgimento del genitore o dell'operatore sanitario di turno. A secondo dei casi presenti in OBI si auspica anche un lavoro in condivisione tra i bambini presenti nella stessa stanza.

I materiali sono riposti sul tavolo della stanza OBI e se il soggetto non potrà avvicinarsi, sono io a portarli al suo letto, riponendoli su una tavoletta. La scelta dell'eventuale tema da proporre viene fatta in base al confronto con lo psicologo senior di reparto e/o con il medico o l'operatore sanitario o il genitore.

I soggetti coinvolti dietro mia consegna possono elaborare il prodotto artistico prescelto :disegno, lap/book-piccoli libretti interattivi realizzati con materiali di recupero, piccola scultura con la plastilina, collage.

L'arteterapeuta affianca i bambini durante la produzione, suggerendo cambiamenti estetici e/o figurativi che hanno una valenza di cambiamento grafico che sviluppa una nuova idea, un nuovo pensiero, o una connessione con fatti e accadimenti dell'hic et nunc del contesto in cui si trovano. In fase finale l'arteterapeuta fornisce una restituzione sul lavoro fatto che possa consentire la promozione del senso di fiducia e di consapevolezza rispetto al momento che stanno vivendo ma soprattutto la sensazione di aver sperimentato uno spazio di ascolto e di creatività.

Obiettivi

- ◆ Attraverso la sperimentazione dei materiali promuovere la rappresentazione e il controllo dell'emozione
- ◆ La narrazione arte terapeutica per facilitare i processi di anticipazione
- ◆ Uso dell'arteterapia come spia dello sviluppo cognitivo e come proiezione dello sviluppo affettivo
- ◆ Come stimolo per un'immagine integra del proprio corpo, rappresentata graficamente e anche a livelli plastico
- ◆ Promuovere uno spazio di narrazione e contenimento rispetto alle paure e alle angosce suscitate dalla malattia e dagli interventi di medicalizzazione

L'evento malattia con ingresso in pronto soccorso determina bisogni emotivi, informativi, sociali e la necessità di supporto. La malattia e la sofferenza è comprensibilmente fonte di minaccia di perdita d'identità personale e familiare tutta.

La perdita di sostegno emotivo ed informativo in questi momenti può potenziare altri eventi stressanti, lasciando le persone ammalate ed i familiari disperatamente sole con sé stesse e con le loro preoccupazioni.

L'accettazione di questi cambiamenti corporei e psichici ed il recupero di una immagine integrata del proprio sé corporeo assumono una importanza fondamentale.

Ecco che allora è necessario e fondamentale un supporto emozionale, strumentale e informativo al bambino ed alla rete familiare che lo accompagna in pronto soccorso.

In questa situazione è importante sollecitare la creatività anche nella ricerca di soluzioni in ambito relazionale e contestuale come la produzione di scatole con all'interno rappresentazioni sceniche, attraverso la tecnica della Wunderkammer.

L'obiettivo è promuovere uno spazio di narrazione e contenimento rispetto alle paure e alle angosce suscitate dalla malattia e dagli interventi di medicalizzazione, attraverso interventi espressivi e narrativi.

Tecnica wunderkammer o scatola delle meraviglie

obiettivi:

- . rappresentazione di una scena all'interno di una scatola, di una situazione animata da personaggi in plastilina e scenari realizzati con ritagli di giornale
- . facilitare l'espressione di un evento critico e delle emozioni provate dai soggetti coinvolti

. sostenere il bambino in una visione diversa e alternativa della scena rappresentata

OBIETTIVI TRASVERSALI DELLE TECNICHE ARTETERAPICHE

Le tecniche sopra proposte non sono modulate in modo rigido ed esclusivo nei contesti operativi ma sono anche utilizzate in base alla predisposizione dei soggetti coinvolti a lavorare o meno con determinati ausili artistici e alle esigenze di reparto.

Obiettivo trasversale è di creare nessi tra familiari e operatori sanitari, tra gli operatori sanitari dei diversi reparti e tra l'arteterapeuta e il team del servizio di psicologia.

N. 15 POSTER

Titolo: “Quando lo psicologo non c'è”.

Dott.ssa Maria Selene Tarascio, Psicologo Psicoterapeuta

Risale all'ormai lontanissimo 1948 la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità del concetto di "salute": "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". Da allora ad oggi, in Sicilia, non abbiamo fatto molti passi in avanti nella realtà della gestione della salute. La ricerca scientifica di settore ha ormai assodato quanto l'intervento psicologico, in tutte le sue delimitazioni non sia solo scientificamente efficace, in quanto basato su protocolli condivisi e metodologie fondate sull'evidenza, fondamentali in ambito clinico-ospedaliero, ivi incluso il materno-infantile, ma sia anche utile in termini di impatto economico. In un'epoca sociale in cui i centri di cura, gli ospedali, sono diventati delle aziende, quindi dei soggetti giuridici che erogano servizi, in cui tutto viene programmato in termini di costi/benefici, l'intervento psicologico in ospedale dimostra di avere effetti positivi non solo in termini clinici (rispondendo ai bisogni di assistenza globale del paziente, della famiglia e degli operatori nell'ottica "dell'umanizzazione dell'assistenza"), ma anche in termini economici, generando un abbattimento dei costi, sia diretti che indiretti. Sebbene sul punto la ricerca sia ancora abbastanza recente e sono necessari ulteriori studi, soprattutto nella realtà italiana, vi sono sempre maggiori evidenze di come l'attività dello psicologo sia non solo sostenibile per l'azienda ma anche conveniente da un punto di vista economico. La programmazione di questa tipologia di Servizi realizza e genera un cambiamento in termini di salute sia per gli utenti, in primis, che per i loro familiari, con effetti positivi per la qualità dell'assistenza fornita e anche per l'immagine della categoria professionale dei clinici. Ebbene, nella realtà siciliana, l'intervento psicologico in ospedale resta solo un Servizio fantasma, che c'è ma non si vede, invisibile e irrintracciabile, che non produce e non scambia dati. Tutto ciò che è stato realizzato finora nella nostra Regione è per la maggior parte limitato ad interventi a scadenza, fatti da psicologi "assunti" grazie a borse di studio, progetti finanziati dall'unione europea, dallo stato o dalla Regione stessa, con contratti a tempo determinato o attività libero professionale. E il numero di psicologi negli ospedali è ridotto ad un numero irrisorio, insufficiente a rispondere ai reali bisogni dell'utenza. Tutto questo genera un problema di cui si parla molto poco: gli interventi psicologici non hanno continuità perchè terminano nel momento in cui, dopo solo pochi anni di servizio reso dallo psicologo assunto ad hoc, scade il contratto di collaborazione. I Servizi attivati chiudono e i pazienti restano senza assistenza psicologica. L'equipe dei sanitari è così costretta a continuare le proprie attività come se la figura professionale dello psicologo non fosse mai esistita. L'analisi dei dati esposti nel presente lavoro intende evidenziare quanto sia paradossale l'assenza in pianta organica della figura professionale degli psicologi negli ospedali, ed in particolare nel materno infantile, in considerazione dei benefici e dei vantaggi economici che le aziende sanitarie potrebbero trarre dal loro inserimento.

N.16 POSTER

Titolo: “Il Q-sort per mamme in neonatologia come predittore della Depressione Post-Partum, con particolare riferimento alle mamme che hanno fatto la Fivet”.

S.Manis; C.M.Cacciatore; A.Dessì; V. Fanos

Il seguente percorso di ricerca si è posto l’obiettivo di esplorare se, e come la Depressione Post-Partum possa influenzare la competenza materna in quelle mamme che vivono il periodo critico della nascita pretermine. Inoltre, nel corso dello studio, si è voluta focalizzare l’attenzione anche su alcuni fattori della competenza materna che potrebbero assumere il ruolo di potenziali fattori di rischio per lo sviluppo della Depressione Post-Partum. Per tale motivo, oltre al Q-Sort per mamme in neonatologia, utilizzato per la valutazione della competenza materna, è stata utilizzata anche la Scala di Edinburgo (EPDS).

OBIETTIVI

Il nostro studio si è posto diversi obiettivi:

1. Valutare il rapporto tra i singoli punteggi ottenuti dal Q-Sort nell’ambito della competenza materna e quelli risultati dall’EPDS.
2. Valutare l’eventuale alterazione del potenziale rischio di Depressione Post-Partum nelle mamme che hanno effettuato percorsi alternativi di procreazione, in particolare la fecondazione assistita.
3. Valutare la possibile implicazione di altri fattori, quali la condizione socio-culturale delle mamme, nella Depressione Post-Partum.
4. Confrontare i dati ottenuti con i risultati presenti in letteratura.

METODI

Le partecipanti allo studio sono state 25 mamme di bambini nati pretermine, affetti da patologie croniche o in una fase di malattia transitoria acuta, ricoverati nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell’Ospedale Policlinico di Monserrato AOU Cagliari : in particolare 2 bambini sono nati *Extremely Preterm* (23-27 w), 9 bambini *Very Preterm* (28-31w), 11 neonati *Late Preterm* (32-36w), 2 affetti da patologia cronica e 1 affetto da patologia acuta. Le madri coinvolte nello studio avevano un’età media di 37 anni ed erano tutte supportate dal proprio partner. Il livello socio-culturale era medio-basso. Inoltre, 8 delle mamme del gruppo di riferimento avevano effettuato una FIVET (fecondazione assistita). Lo strumento utilizzato per la valutazione della competenza materna, è il Q-Sort; mentre la Scala di Edinburgo è stata utilizzata per la rilevazione del rischio di Depressione Post-Partum. I dati sono stati analizzati con statistiche descrittive e parametriche: in particolare, il TEST F è stato utilizzato per valutare la correlazione tra i punteggi che le mamme hanno ottenuto dall’EPDS

e le variabili materne come l'aver effettuato una FIVET e il livello socio-culturale di appartenenza. È stata invece effettuata una comparazione delle medie tra i punteggi ottenuti dal Q-Sort e i punteggi ottenuti dall'EPDS.

RISULTATI.

I risultati riguardanti le differenze dei punteggi della competenza materna rispetto al punteggio di EPDS ottenuto hanno evidenziato che le mamme con un punteggio di EPDS superiore o uguale a 11 hanno un livello di competenza materna inferiore nell'area del *coping cognitivo* e dello *scaffolding*, rispetto alle mamme che hanno ottenuto un punteggio di EPDS inferiore a 11. I risultati ottenuti attraverso il TEST F, hanno invece evidenziato come vi sia una correlazione statisticamente significativa ($p=0.36$) tra la Depressione Post-Partum e l'aver intrapreso percorsi di procreazione alternativi. Sulla base della stessa formula, non è stata individuata, invece, alcuna correlazione statisticamente significativa, tra la Depressione Post-Partum e il livello socio-culturale di appartenenza.

CONCLUSIONI

L'ospedalizzazione del proprio figlio al momento della nascita rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo della sintomatologia depressiva, in quanto è un evento improvviso e traumatico che ha bisogno di essere rielaborato. In particolare la nascita pretermine del proprio figlio, rappresenta un evento che interrompe bruscamente il processo di sviluppo della genitorialità nella traiettoria evolutiva. Alla luce dei risultati emersi da questo studio è possibile ipotizzare che tra i fattori di rischio per lo sviluppo di tale patologia vi siano le tecniche di procreazione alternative, mentre rimane incerta l'influenza che il livello socio-culturale ha su di essa. Per quanto riguarda invece le conseguenze di questo disturbo è stato confermato che vi sono delle alterazioni nell'ambito della competenza materna.

N.17 POSTER

Titolo: “L’arte ed il potere del *nurturing touch*. Massaggio al bambino: vivere *con-tatto*”

Francesca Paola Palumberi, insegnante certificata di massaggio infantile dell’IAIM – International Association of Infant Massage-

Il massaggio è uno strumento efficace di benessere, mezzo privilegiato di comunicazione e di fiducia, luogo in cui creare legami significativi, speciale dono d’amore.

L’ evidenza clinica e le recenti ricerche hanno confermato l’effetto positivo del massaggio, sullo sviluppo cerebrale del bambino –fondamentali i primi 1000 giorni di vita- e sulla maturazione a livello fisico, psicologico ed emotivo.

Effetti benefici del tocco e del dialogo tonico sono registrati anche nei disordini dello sviluppo (bambini con bisogni speciali), nelle persone con demenza e Alzheimer, nelle cure palliative e terminali.

Con il contatto *skin-to-skin* possiamo sostenere l’interazione (comunicazione, bonding, rispetto, ascolto), stimolare i sistemi vitali (integrazione sensoriale, consapevolezza, apprendimento), consentire il rilassamento aumentando gli ormoni del benessere (endorfine ed ossitocina), offrire sollievo da tensioni e fastidi. I benefici del massaggio si riflettono anche sui genitori che possono instaurare un’interazione profonda col proprio figlio, aumentando così la fiducia e il senso di competenza. In famiglia sono ridotti i conflitti tra i fratelli.

Francesca Paola Palumberi, insegnante certificata di massaggio infantile dell’IAIM –International Association of Infant Massage-

N.18 POSTER

Titolo: “Dall’emergenza clinica all’emergenza psicologica. Un modello di lavoro integrato medico-psicologo in pronto soccorso pediatrico nella fascia oraria 20.00-24.00.”

FR. Nuccio* – D. Pampinella** - S. Bonura**- A. Gueli**- AR. Salvaggio **- P. Ajovalasit.** - con la collaborazione di R. Agnello**, A. De Luca**, N. Enea*, M. Galluzzo**, A. Montesanto**, S. Miceli, A.Niska**, M. Plano**, M. Sarcia**, A. Schilleci**

* Ce.S.I.P.P.U.Ò. - U.O. di Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale V. Cervello A. O. Ospedali Riuniti “Villa Sofia-Cervello”

** U.O. di Pronto Soccorso Pediatrico , Ospedale V. Cervello, A.O. Ospedali Riuniti “Villa Sofia- Cervello”,

Il lavoro proposto intende presentare un modello di intervento ad integrazione medico/psicologo attivato dall’inizio del 2017 ad oggi presso l’U.O. del Pronto Soccorso Pediatrico dell’Ospedale Cervello A.O. “Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello” di Palermo, durante il “nottino”, cioè quella fascia oraria che va dalle ore 20.00 alle ore 24.00. Si tratta di un’esperienza che risulta unica sul Territorio Italiano, promossa e realizzata attraverso il Progetto PSN 2013: *“Per fare strada nel sociosanitario... un percorso di riabilitazione psicologica nei reparti clinici del materno infantile dell’area metropolitana di Palermo”* che prevede la sperimentazione di una buona pratica di sistema nel Materno Infantile basata sul rapporto tra la cura e la care, e quindi su un lavoro integrato tra medici, infermieri, O.S.S. e psicologi. L’intervento psicologico in Pronto Soccorso integrato alla pratica clinica, si pone un duplice obiettivo: da una parte soddisfare i bisogni psicologici di pazienti e familiari che vi si rivolgono secondo un’ottica *psico-sociale*, dall’altra facilitare l’intervento di medici e operatori sanitari nei casi di pazienti e familiari con bisogni e vissuti psicologici difficili da gestire; un obiettivo specifico dell’intervento psicologico nel nottino, a differenza di quello diurno, va rintracciato poi, nel tentativo di ridurre il senso di solitudine che viene sperimentato nelle ore notturne dagli operatori, in mancanza della rete di supporto ospedaliera e sociale attiva durante il giorno. Alla luce di tale premessa, il “nottino”, si pone come finalità il miglioramento della qualità globale del processo di cura rivolto ai minori, di assistenza e di riabilitazione, attraverso un lavoro sulle rappresentazione e sulle risonanze emotive sviluppate dai bambini/adolescenti con patologia, ma anche da operatori e familiari.

La specificità del contributo riportato parte dalla considerazione che il PS è il "porto urbano" dell’emergenza-urgenza clinica e psicologica dove approdano bambini/adolescenti e/o loro parenti che sperimentano situazioni di forte distress, generato da vissuti quali angosce, paure, preoccupazioni, forti stati d’ansia, dolore fisico e psichico, sofferenza, panico e sensazione di perdita di controllo sugli eventi, caratteristiche queste che, si accentuano durante le ore notturne.

In tal senso, la specificità del contesto notturno del PS è legata ad una maggiore condizione di “emergenza” e di urgenza, così come ad un maggiore numero di accessi rispetto alle fasce orarie diurne. Dai dati relativi alla tipologia di codici di accesso, si evidenzia come molto spesso le situazioni che si presentano siano critiche, fortemente stressanti, che mettono a repentaglio le routine quotidiane e le ordinarie capacità di coping dei bambini e dei loro familiari in modo improvviso e urgentissimo, in una condizione di assenza delle reti sanitarie diurne. Nella fascia oraria 20.00-24.00, infatti, la percentuale di codici di accesso prioritario dei bambini siano costituiti da codici rosso e giallo, e questi necessitano di un intervento integrato specifico rivolto da un punto di vista medico al bambino e da un punto di vista psicologico alla famiglia che spesso attiva una richiesta di aiuto a forte impatto emotivo e di grande stress. Per quanto attiene ai codici di accesso verde, sono quelli in cui il dolore che spesso accompagna la condizione di malattia non è solo la sensazione di sofferenza fisica, ma

anche la sensazione di sofferenza psicologica, che molto spesso si manifesta attraverso il corpo. Tali codici sembrano sottendere un'emergenza di tipo più psicologico che necessita di una presa in carico diversa più centrata sul bambino e che determina molto spesso l'attivazione di follow up psicologico condivisa con il medico accentante in pronto soccorso il quale riporta la prescrizione nel verbale di dimissione.

Un'ulteriore riflessione va fatta su quanto la presenza dello psicologo, anche in fascia notturna, può essere funzionale anche per gli operatori sanitari, laddove attraverso il confronto sulle condizioni di emergenza, si possano individuare elementi che producono disagio e a definire strategie congrue per relazionarsi con familiari e pazienti; in tal senso, lo psicologo facilita l'individuazione di eventuali problematiche ricorrenti, che possano meritare la progettazione di azioni aziendali di carattere preventivo o di contenimento rispetto al rischio di burn out o stress da lavoro correlato, così come favorisce lo sviluppo all'aderenza alle indicazioni sanitarie e alle alleanze terapeutiche.

In conclusione è possibile sottolineare come l'intervento integrato in ps, soprattutto in fascia notturna, garantisce, in assenza della routine ospedaliera diurna, adeguati livelli di assistenza sia nei confronti delle emergenze cliniche che di quelle psicologiche

N.19 POSTER

Titolo: “La Condizione di Diabete in età pediatrica Una proposta di intervento dello Psicologo Pediatrico”.

Caterina De Luca*, Antonella Garitta, Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani**

Introduzione: L’OMS ha inserito il diabete, ed in particolare il diabete pediatrico (diabete mellito Tipo 1), tra le patologie su cui maggiormente investire dato il crescente peso assunto anche nei paesi in via di sviluppo. È oggi universalmente riconosciuto che un approccio integrato, multidisciplinare e multi professionale, con l’attivo coinvolgimento emotivo delle persone, possa essere in grado di ottenere i risultati migliori. In questo senso l’intervento dello psicologo pediatrico proposto vuole fortificare strengthening, empowerment e resilienza dei vertici del campo (bambini/adolescenti diabetici, genitori, medico diabetologo) che definiscono la condizione pediatrica nel qui ed ora.

Metodo: l’intervento proposto è di tipo evolutivo-clinico e, dunque, si fonda sui costrutti basilari della psicologia pediatrica. In particolare si propone l’uso di due specifiche metodiche di intervento: il Groupe Parole e il Focus Group Narrativo. Sono inoltre previsti colloqui di assessment. L’intervento è rivolto a tutti coloro (bambini/adolescenti diabetici e caregiver) che afferiscono all’ambulatorio di diabetologia pediatrica del distretto della Cittadella della Salute di Trapani. Infatti, l’intervento ha uno scopo preventivo oltre che trasformativo e di strengthening di parti del sé.

Risposte attese: si prevede che un intervento integrato, medico e psicologo pediatrico, migliori la compliance e l’aderence al trattamento dei pazienti e che l’azione dello psicologo pediatrico, volta a migliorare la condivisione, la partecipazione e l’elaborazione emotiva, sia dei piccoli pazienti che dei genitori, riduca il rischio di ricadute. Un approccio integrato dunque migliorerebbe la qualità della vita dei minori e dei caregiver e ridurrebbe di conseguenza i costi per il Sistema Sanitario Nazionale. Conclusioni: la proposta di intervento descritta in questo lavoro vuole essere promotrice di un lavoro integrato pediatra e psicologo pediatrico a salvaguardia della salute sia del minore che di tutti i vertici che definiscono la condizione pediatrica. Un approccio integrato produrrebbe un generale miglioramento dei comportamenti, del controllo glicemico e delle relazioni familiari. Inoltre, rafforzerebbe la tendenza del bambino a stare con gli altri, uscendo dal pericolo di isolamento sociale e delle relative condotte disadattive.

N.20 POSTER

Titolo: “Un percorso di Parent Training per lo sviluppo dell’Estetica della Maternità in costanza di fragilità di un bambino

Polizzi C., Perricone G., Caldarella R.

Gruppo di lavoro di Psicologia pediatrica, Dipartimento di Scienze e Tecniche Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione.

Abstract

Il lavoro presentato si focalizza sul trattamento rivolto alle madri di uno dei gruppi che hanno partecipato al Parent Training del progetto Hercules, utilizzando una speciale “lente” volta a mettere a fuoco quegli aspetti legati all’ “*estetica materna*” che permette alle madri, attraverso una particolare bellezza del loro sentire, di far fronte all’emergenza evolutiva che si trovano a vivere con il proprio bambino con fragilità nelle funzioni esecutive; trattamento quindi, che si pone come supporto e potenziamento delle capacità che facilitino la presa in carico da parte del genitore nell’emergenza evolutiva del proprio bambino in costanza di fragilità.

“**Il modello dell’estetica materna**” rappresenta la chiave di lettura dello studio condotto, in cui si analizzano i fattori che si ritiene fare parte di una sana estetica materna:

- il contatto corporeo;
- il contenimento per lo sviluppo della funzione riflessiva;
- il riconoscimento del proprio figlio;
- il riconoscimento di se stessa in funzione della maternità;
- il co-cambiamento.

Ritenendo tali elementi, fattori di protezione che permettono alla madre di essere meno stressata nella gestione del proprio ruolo genitoriale.

Mediante l’applicazione di due strumenti: un diario self report orientato dai fattori del modello dell’estetica materna e il PSI (parenting stress index-sf), si è voluto analizzare se ed in che modo il Parent training abbia inciso sui fattori dell’estetica materna e se l’attivazione/promozione di questi fattori, abbia permesso la diminuzione dei livelli di stress percepiti in quanto madri di bambini con fragilità nell’attenzione nell’autoregolazione; una fragilità che rappresenta una vera emergenza evolutiva, in quanto condizione di rischio che attiene alla vulnerabilità interna del bambino ma che coinvolge i rapporti tra i diversi “vertici”: “**bambini, genitori ed insegnanti**”, coinvolti in egual misura per promuovere l’attraversamento del rischio ed indirizzare lo sviluppo del bambino verso una condizione di “tipicità”.