



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Train the Trainer Seminars

WP3 / A3.5 / D3.5.1



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



ISCIRE
CALABRIA



Eurochild
PUTTING CHILDREN AT
THE HEART OF EUROPE



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



CORGEIA
AUTISMO
E
CORRELAZIONE
FONDATION
e-trikala

Project information

Project acronym: CarePath
Project title: Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support
Agreement number: 785698
EU programme: Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020)
Project website: carepath-project.eu

Prepared by

Name: IACP
Authoring partner: Alberto Zucconi
Position: Coordinator
Submission date: 04/02/2020

Approved on behalf of CarePath

Name: Luca Rollè
Partner: UNITO
Position: Expert and Manager
Approval date: 19/02/2020

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Index

1. Introduction and purpose of the document	5
1.1 About the Care Path Project.....	5
1.2 What it is and why was chosen the MOOC Modality	5
1.3 Objectives, structure and contents of the Care Path MOOC.....	6
1.4 Characteristics of the MOOC	6
1.5 General description of the contents and of the training objectives.....	7
2. Role and tasks of the trainers	8
2.1 Bibliography	13
3. Care Path Train the Trainer IACP Program and schedule	17
3.1 Day One	17
3.2 Day Two	18
4. English Modules	19
4.1 Module 1: Care Path Course	19
4.1.1. Lesson 1: The theoretical Base	19
4.1.2 Lesson 2: The common denominators of effectiveness.....	23
4.1.3 Lesson 3: Trauma.....	27
4.2 Module 2 Protection and promotion of health and wellbeing and the rights of trauma survivors	46
4.2.1 Lesson1: re-traumatization: cause, prevention and treatment.....	46
4.2.2 Lesson 2: learning from Mistakes	61
4.2.3 Lesson 3. Focusing on people: Hospitality and Empowerment.....	69
4.2.4 Lesson 4. Europea Instruments and Situations	74
4.2.5 Lesson 5. Summing it up	77
5. Moduli Italiani.....	78
5.1 Modulo 1: Corso Care Path	78
5.1.1. Lezione 1: Le basi teoriche	78
5.1.2. Lezione 2: I denominatori comuni dell'efficacia.....	82
5.1.3. Lezione 3: I Traumi.....	87
5.2 Modulo 2: Protezione e promozione della salute e dei diritti delle vittime di traumi	109
5.2.1. Lezione 1: La ritraumatizzazione, le cuase, la prevenzione e I trattamenti	109
5.2.2. Lezione 2: Imparare dagli errori	123
5.2.3 Lezione 3: Centrarsi sulle persone: accoglienza ed empowerment.....	131
5.2.4 Lezione 4: Strumenti di lavoro e situazione europea.....	136

5.2.5 Lezione 5: Conclusioni..... 140

6. The Care Path Toolkit..... 141

Free access: How important are the common factors in psychotherapy? An update.480

Table reporting *where, when* and *numbers* regarding Train the Trainers Seminars

Country	Partner	Date	Number of participants	EVIDENCE
Italy	UNITO	Day 1: 10 January 2020	11	LINK
		Day 2: 13 January 2020		
	IACP	Day 1: 30 November 2019	7	LINK
		Day 1: 7 December 2019	4	LINK
		Day 2: 8 December 2019		
Greek	E-Trikala	Day 1: 30 December 2019	30	LINK
		Day 2: 31 December 2019		
	ERGO	Day 1: 11 January 2020	21	LINK
		Day 2: 12 January 2020		
Hungary	Cordelia	Day 1: 3 February 2020	3	LINK
Belgium	<u>Eurochild</u>	Day 1: 7 January 2020	37	LINK
TOT			129	

1. Introduction and purpose of the document

This manual has been developed as part of the CAREPATH Project “Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support”. It has been devised and written as a tool and resource developed under this initiative. This manual is intended to provide a theoretical and practical framework to the trainers that will be involved on the project.

Guidelines are fluid and organic, and free to be changed however necessary. They are open to modifications and additions by the facilitator in response to developments, challenges, questions and participant needs which emerge from within the organic learning environment.

As a delivery guide, the most important factors are that the facilitator is comfortable with the resources and delivery methods, and that the information is context-relevant. This respects the trans-national and interdisciplinary nature of the partnership involved in the design and implementation of this important programme. Within the manual you will encounter a breadth of resources developed across the various transnational sites. The range of materials developed also reflects the trans-national and interdisciplinary nature of the project. The range of resources includes: PowerPoint presentations, videos, films, YouTube materials, academic articles, bibliographies, sitographies (web sites), vignettes, images and photographs.

1.1 About the Care Path Project

‘Care Path’ project is a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care.

The project strives to ensure that children ageing out of care have access to adequate trauma-informed aftercare support as part of the integrated child protection system. It promotes the effectiveness of care professionals and aims to develop a sustainable mechanism that will enable public authorities and professionals to provide comprehensive psycho-social support services to children leaving care, based on trauma-informed interventions.

The project targets public authorities, municipalities and bodies responsible for child protection in four European countries. It also involves professionals such as psychologists, psychotherapists, art therapists, social and healthcare workers, counsellors working with children ageing out of care, as well as vocational training providers and volunteer workers.

1.2 What it is and why was chosen the MOOC Modality

MOOCs (Massive Open Online Courses) are entirely online training activities.

Massive: A very large number of people can take part.

Open: everyone can attend the course.

Online: There is not a physical class.

Courses: The course programme includes different modules.

Courses may be part of a larger curriculum and upon completion of the activities a certificate of attendance will be issued. Participation in MOOCs is totally free of charge.

The participation to a MOOC gives the opportunity to follow a participant centered training model, in which the participants themselves create an active and stimulating learning community.

These features make MOOC the ideal tool for achieving the following objectives:

1. improved support for traumatized children who are preparing to finish their treatment;
2. improvement of child protection systems within the partner states, promoting one-stop interventions aimed at trauma;
3. improvement of professional effectiveness skills, developing individualized plans aimed at promoting the recovery from trauma.

1.3 Objectives, structure and contents of the Care Path MOOC

Within the framework of the activities planned in the “Care Path Project” the prerogative is to provide training on the fundamental principles that characterize this field, paying particular attention to the psychological, juridical/legal and scientific research dimensions.

In particular, the training course is offered to all those working in this area of interest, but not only, and also to whom have various skills and competences.

It takes into account the fact that they may have responsibilities and areas of action that vary according to the role and from country to country. Therefore, in the training course particular attention is paid to the fact that responsibilities and areas of interventions are regulated by different laws, regulations, codes of ethics of the various professions and associations and in accordance with internal regulations and treatment philosophies or scientific guidelines implemented by the different organizations. To this end, the modules that compose the course are specifically dedicated to an in-depth analysis of the essential aspects of TIC; they are divided into thematic sections organized in line with a specific and multi-dimensional perspective with a further focus on the political and organizational components involved in the complex TIC model.

1.4 Characteristics of the MOOC

The course is dedicated to all people interested in deepening the issues related to good practices in interventions focused on trauma dedicated to children who have a history of development made complex by traumatic events.

The training program is developed in several languages: English, Italian, French, Hungarian and Greek; it has a 8-week overall duration: a total of 60 hours of commitment for the participant (8 hours per week).

Our MOOC involves the use of active learning techniques including videos, case studies, articles, presentations in Power Point, forums.

At the end of the training process and after passing the planned assessments, participants can obtain a certificate of attendance signed by the Care-Path Project partnership.

1.5 General description of the contents and of the training objectives

The first section of the course offers a review of the latest scientific literature on the most effective and efficient ways to support traumatized children. The course covers fundamental concepts such as empowerment, the risk of retraumatization for service users and secondary trauma that professionals might cause with wrong operations. This part of the course is organized with the aim of optimizing and facilitating the further development of the personal and professional effectiveness of staff members, through the development of knowledge and skills that facilitate the protection and promotion of human capital, personal and professional effectiveness, conflict prevention and problem solving skills, effective collaboration with colleagues from different professional backgrounds who hold different roles and responsibilities in various teams, promoting effective working alliances with clients.

In this course, the person-centred learning process, in synergy with learning by doing methodologies, will offer learning opportunities by facilitating the trainees in actively participating in the learning process and creating a climate of collaboration and team work. This project foresees, in fact, the identification by the participants of the critical aspects of the work experience in the field, with the understanding of the processes and the factors that determine them, the discussion of possible solutions, the evaluation with other colleagues and their organizational managers of the feasibility of the possible solutions, the priority of the interventions, the monitoring, the introduction of any necessary *in itinere* changes and the evaluation of results.

A section of the training course focuses on research topics in and about TIC. In particular, the key elements of research projects are presented from a methodological perspective, the role of the evidence-based approach, critical elements and challenges at the application level, the relevance of structuring projects scientifically based on both evaluation and policy proposals at the international level. Particular attention is paid to action-research and observation and to indicators of maltreatment and abuse with particular reference to the childhood phase of the lifespan.

The different thematic sections provide for the exposition of the basic concepts through the proposal of in-depth articles accompanied by explanatory videos of experts in the field. The main skills that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices of intervention and, in particular, research. Awareness of the relevance of the design and planning phase encourages participants to maintain a multidisciplinary view that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.

The following content section, focused on legal aspects, aims to provide, through reference to laws and regulations, basic knowledge about the legal framework and principles within which Trauma Informed Care can be applied. In this perspective, after presenting the cultural and legal process that led to the recognition of children's rights at global and European level, the fundamental rights and principles

set out in the existing international and European legal framework, within which TIC-based assistance can be applied, are described and the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in decisions and procedures (administrative and legal) that concern them are described.

Furthermore, this part examines the operational effects on social and health policies of the approach based on the rights of the child and the rights of participation of children and young adults. The cultural and legal process that has led to the recognition that children have rights and that States have the duty to act to protect and promote the health of children who suffer violence has been long and difficult. In this process, an important role has been played by international sources of law and European Union law.

The final section of the training course aims to enable participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in the creation of a product (text, video, presentation.ppt) that contains the reflections of the participant, in the light of the fundamental principles of the Trauma Informed Care, about a scenario on a situation of child abuse/ mistreatment and, therefore, on a traumatic condition.

2. Role and tasks of the trainers

*The problem with schools
is that there are too many teachers
and so few facilitators of learning*
John Dewey (1916, pp.5).

Theorists like John Dewey, Jean Piaget, and Lev Vygotsky, whose collective work focused on how students learn, have laid the groundwork for student-centered learning. Carl Rogers' ideas and research on the functioning of human beings have contributed significantly to person-centered education, promoting student-centered and lifelong learning.

Carl Rogers' research over the last 70 years has identified specific qualities in relationships which promote the development of fully functioning persons.

These relational qualities are present in effective facilitators of learning:

- Respect
- Empathic understanding
- Authenticity/congruence (deep contact)

The research shows that Student-centered education has better outcomes than traditional education, offering positive results with students of different gender, ethnicity, and cultures.

Among the positive results:

- better achievement of educational goals
- better attendance

- more students satisfaction
- better morale
- better self-image
- more critical thinking
- better problem solving
- better relationships between students in and outside classroom
- less destructive behaviors or drop outs.

The revised European Standards and Guidelines for Quality Assurance, states:

"Institutions should ensure that programmes are delivered in a way that encourages students to take an active role in creating the learning process and that the assessment of students reflects this approach" European Standards and Guidelines for Quality Assurance In the European Higher Education Area-ESG; 2015, *pp.12*).

The principles of Person/Student Centered education are congruent with the present scientific knowledge derived from psychology, sociology, anthropology and neuroscience.

Ample research findings show that Person/Student Centered Education is more effective than the traditional professor centered teaching and content centered learning. (Aspy and Roebuck, 1977, 1983); (Tausch & Tausch 1963/1998); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010).

Student centered education is more effective than traditional education also in learning "hard sciences" or when computer assisted learning, hybrid courses and e-learning are used (Motschnig-Pitrik, R.; Holzinger, A. 2002). (Motschnig-Pitrik, R.; Mallich, K. 2004); (Motschnig-Pitrik, R. 2005).

Person/Student-Centered educated learners learn much more and better when compared to those who are traditionally educated. They take responsibility for their own personal development, for development of social, personal and problem-solving skills, for learning to learn, for learning from mistakes, for contributing to a cooperative and tolerant school ethos and for learning how to relate to herself/himself and others with respect, empathy and congruence. Student-Centered education promotes self-regulation, by helping students to understand and manage their own learning and to choose worthy and attainable goals (Pintrich, 2000).

David Aspy and Flora Roebuck carried out the largest field study ever done in 42 U.S. states and 7 countries, in the 1970s and 80s, over a 12-year period, focusing on what led students to achievement, creativity, more critical thinking and interactivity, less violence, and more teacher and student satisfaction. Their research supported the earlier findings of Carl Rogers': the most effective teachers were empathic, caring or prizing their students, and were authentic or genuine in their classroom (Aspy and Roebuck, 1977, 1983).

Reinhard and Anne Marie Tausch replicated the research in large numbers of classrooms in Germany and showed similar positive findings (Tausch & Tausch 1963/1998).

In 2007 Cornelius-White and in 2010 Jeffrey Cornelius-White and Adam Harbaugh published a very large meta-analysis on learner-centered education including in their analysis the studies on person-centered or humanistic education done since 1948. Their findings also corroborated the earlier findings of Carl Rogers and of Aspy and Roebuck, underlining the fact that a student-centered education that fosters learner-centered instructions works better than traditional education, facilitates positive

results with students of different gender, ethnicity and cultures. Further research has confirmed the positive results (Cornelius-White, 2007); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010); (Anyanwu & Iwuamadi, 2015); (Requena-Carrion, et al. 2010).

Among the positive results are, better achievement of educational goals, better attendance, more student satisfaction, better morale, better self-image, more critical thinking, better problem solving, better relationships between students in the classroom and also outside school hours and less destructive behaviors or dropouts. (Cornelius-White & Harbaugh, 2010). What is relevant is that person/student-centered education has positive effects on all levels and grades of education (Kember, 2009), and also shows excellent results when applied to so called “dry” technical fields like molecular biology, biochemistry, pharmacology etc. (Knight & Wood, 2005); (Kemmm & Dantas, 2007); (Costa, 2014), or when one is using the new computer assisted hybrid or e-learning forms of educational offerings (Motschnig-Pitrik & Derntl, 2002); Motschnig-Pitrik, R.; Holzinger, A. 2002); (Motschnig-Pitrik, R.; Mallich, K. 2004); (Motschnig-Pitrik, R. 2005). Of no secondary importance are the facts that ineffective education imposes serious costs to individual citizens, their families, communities and nations and that more and more of these relevant socio-economic costs as well as the gains derived from improving education are scientifically assessed (KPMG Foundation, 2006); (OECD 2010).

Student-centered education fosters transferable skills such as problem-solving, critical thinking, and reflective thinking. In Europe, student-centred learning has increased in prominence over the past few decades. The Leuven/Louvain-la-Neuve Ministerial Communiqué (Bologna Process, 2009) underlines the relevance of student-centered education for effectively coping with the present societal changes (Geven & Attard, 2012):

“European higher education also faces the major challenge and the ensuing opportunities of globalization and accelerated technological developments with new providers, new learners and new types of learning. Student-centred learning and mobility will help students develop the competencies they need in a changing labor market and will empower them to become active and responsible citizens” (Bologna Process, 2009, p. 1).

“Over the years, the research evidence keeps piling up, and it points strongly to the conclusion that a high degree of empathy in a relationship is possibly the most potent and certainly one of the most potent factors in bringing about change and learning.” – Carl Rogers, 1975, pp. 4.

For Rogers and several researchers in this field ((Aspy and Roebuck, 1977, 1983); (Tausch & Tausch 1963/1998); (Jarvis, 1987); (Cornelius-White, 2007); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010); (Requena-Carrion, et al. 2010); (Anyanwu & Iwuamadi, 2015).

There are 3 core conditions or capacities or relational attitudes that facilitate the process of student-centered learning, and they all converge on the capacity to be centered on the student in a facilitative way:

- being genuine, real or congruent.

- being nonjudgmental and able to deeply trust and respect the student and believing in their potentialities.
- being capable of understanding them with empathy, which create a facilitating climate in the classroom or in the on- line learning community and promote effective learning.

In particular, regarding the role of facilitators:

1. Realness and capacity of contact in the facilitator of learning:
When the facilitator/trainer/teacher relates to the students as real persons, and maintains a relationship with the learners without presenting a front or a facade, she/he is much more likely to be effective. This means that the facilitator of learning: a) is congruent, meaning that she/he is in contact with his/her own inner experience, without distorting or negating it in a defensive way: the feelings that she/he is experiencing are available to her/him and she/he is able to live these feelings, be them, and able to communicate them if appropriate in the learning context; b) maintains a real capacity for contact and encounter with oneself and the learner on a person-to person basis; c) has the capacity and the courage to be honest, real and transparent.
2. A nonjudgmental attitude, acceptance, trust, deep respect for the learner are other core attitudes needed in effective facilitators of learning. It is an attitude of sincere interest and appreciation for the learner, her or his opinions and feelings, a non-possessive caring for the learner, with real acceptance of the other. It is a basic trust, a belief that human nature and the learner are fundamentally trustworthy: so this is for the teacher not just a theory but also her/ his existential stance about human beings.
3. Empathic understanding is the third core competency; the capacity of the teacher to understand the student's inner experiences, feelings, thoughts and behaviors deeply and to communicate to the learner such empathic understanding in a clear, simple, direct and delicate way.

“... Students feel deeply appreciative] when they are simply understood—not evaluated, not judged, simply understood from their own point of view, not the teacher’s.”

Rogers 1967pp. 304-311

Among the positive results are, better achievement of educational goals, better attendance, more student satisfaction, better morale, better self-image, more critical thinking, better problem solving, better relationships between students in the classroom and also outside school hours and less destructive behaviors or dropouts. (Cornelius-White & Harbaugh, 2010). What is relevant is that person/student-centered education has positive effects on all levels and grades of education

(Kember, 2009), and also shows excellent results when applied to so called “dry” technical fields like molecular biology, biochemistry, pharmacology etc. (Knight & Wood, 2005; Kemm & Dantas, 2007; Costa, 2014), or when one is using the new computer assisted hybrid or e-learning forms of educational offerings (Motschnig-Pitrik & Derntl, 2002).

With these premises, the main tasks of the trainers are to:

- facilitate a working alliance with the MOOC participants
- promote a relational climate of trust, respect and emphatic listening
- if a participant ask you a question you do not know the answer, be transparent and reply that you do not know but will ask to some of the supervisors
- provide technical assistance to the course users in order to allow them to access the contents and use them correctly;
- verify that participants accessed to the platform and actively participated at the training;
- guarantee assistance to the users of the course by responding to any individual requests related to the training course;
- promote the overcoming of the reluctance to the use of the technological tools by encouraging the familiarization with virtual platforms;
- provide information about the availability of bibliographic or sitographic resources;
- provide new thematic tools to allow a constant update on the most important national and international news;
- verify the active use of the tools of interaction between MOOC users and promote their use especially to those who, for various reasons, do not actively participate in online activities;
- promote the use of the forum and, in particular, the opening of discussions and the discussion on topics related to training modules;
- moderate forum discussions;
- check the learning outcomes obtained by the users during the course, promoting the understanding of errors, possibly with a new postponement of the questions to which an inconsistent or wrong answer has been given;
- participate in the evaluation of the final assignments.

2.1 Bibliography

- Anyanwu, U. S. & Iwuamadi, N. F. (2015). Student-centered Teaching and Learning in Higher Education: Transition from Theory to Practice in Nigeria. *International Journal of Education and Research Vol. 3 No. 8 August 2015. pp. 349-358.*
- Armstrong, J.S (2012). *Natural Learning in Higher Education. Encyclopedia of the Sciences of Learning.* Heidelberg: Springer.
- Aspy, D. and Roebuck, F. (1977). *Kids Don't Learn from People They Don't Like.* Amherst, MA: Human Resources Development Press.

- Aspy, D., & Roebuck, F. N. (1983). *Researching Person-Centered Issues in Education. Freedom to Learn for the '80s*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Aspy, D. and Roebuck, F. (1988). Carl Rogers' contributions to education. *Person-centered review, Newbury Park, CA, vol. 3, no. 1, 1018*.
- Bologna Process. (2009). Leuven/Louvain-La-Neuve Communiqué. *Leuven/Louvain-La-Neuve: Bologna Secretariat*.
- Bologna Secretariat. (2010). Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. http://media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf
- Brookfield, S. D. (1985). Self-Directed Learning: A Conceptual and Methodological Exploration, *Studies in the Education of Adults, 17/1, pp. 19-32*.
- Brown Wright, G. (2011). Student-Centered Learning in Higher Education. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education 2011, Volume 23, Number 3, pp.92-97. ISSN 1812-9129*.
- Caffarella, R. S. and O'Donnell, J. M. (1990). Self-directed learning. Adults: Psychological and Educational Perspectives, No. 1. *Nottingham: Department of Adult Education, University of Nottingham*.
- Caine, R. and Caine, G. (2011). *Natural Learning for a connected World: Education, Technology and the Human Brain*. Teachers College Press.
- Catalano, George D., and Karen Catalano. 1999. Transformation: From Teacher-Centered to Student-Centered Engineering Education. *Journal of Engineering Education 88 (1). Wiley-Blackwell: 59–64. doi:10.1002/j.2168-9830.1999.tb00412.x*.
- Cornelius-White, J.H.D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective- A meta-analysis. *Review of Educational Research. 77 (1) pp.113-143*.
- Cornelius-White, J. and Harbaugh, A: (2010). *Learner Centered Instruction*. Los Angeles: Sage.
- Costa, M. J. (2014). Self-Organized Learning Environments and the Future of Student-Centered Education. *Biochemistry and Molecular Biology Education 42 (2). Wiley-Blackwell: 160–61. doi:10.1002/bmb.20781*.
- Costa, A., & Kallick, B. (2004). *Assessment strategies for self-directed learning*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Curaj, A. et al. (eds.) (2012). *European Higher Education at the Crossroads: Between the Bologna Process and National Reforms*. Springer Science+Business Media Dordrecht 2012 DOI 10.1007/978-94-007-3937-6_9. ISBN 9400739370.
- Dewey, J. (1897). My pedagogic creed. *The School Journal. LIV, 4. 77-80. pg. 77*.
- Dewey, J. (1924). *Democracy and Education*. New York: Macmillan.

European Standards and Guidelines for Quality Assurance In the European Higher Education Area-ESG; (2015). Bruxelles, Belgium.

Ekstrom, A. J; Moser, C. S and Margaret Torn, M. (2011). Barriers to Climate Change Adaptation: A Diagnostic Framework. California Energy Commission. Publication Number: CEC-500-2011-004.

Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.

Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. Transl. M. Ramos. First published 1968. New York: Bloomsbury.

- Gershon; Vincow, (1997). The Student-Centered Research University. *Innovative Higher Education* 21 (3). Springer Science + Business Media: 165–78. doi:10.1007/bf01243714.
- Geven, K.; Attard, A. (2012). Time for Student-Centred Learning? In: Curaj, Adrian; Scott, Peter; Vlasceanu, Lazar. European Higher Education at the Crossroads. ISBN 9400739370.
- Goswami, U. (2004). Neuroscience and Education. *British Journal of Educational Psychology* 1–14.
- Hill, J. (1994). Person-centred approaches in schools. Manchester: Manchester Pccs books.
- Jarvis, P. (1987a). 'Malcolm Knowles' in P. Jarvis (ed.) *Twentieth Century Thinkers in Adult Education*, London: Croom Helm.
- Kember, D. (2009). Promoting student-centred forms of learning across an entire university. *Higher Education*. 58 (1): 1–13.
- Kemm, R. E., & Dantas, A. M. (2007). Research-led learning in biological science practical activities: Supported by student-centred e-learning. *FASEB Journal*, 21(5), A220-A220.
- Knight, J. K., & Wood, W. B. (2005). Teaching more by lecturing less. *Cell Biology Education* 4(4), 298-310.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Kirschenbaum, H. and Henderson, V. L. (eds.) (1990). *The Carl Rogers Reader*. London: Constable.
- Knowles, M. (1975). *Self-Directed Learning*. Chicago: Follet.
- Knowles, M. (1984a). *The Adult Learner: A Neglected Species* (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.
- Knowles, M. (1984b). *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Knowles, M. S. (1990). Fostering competence in self-directed learning. In R. M. Smith (Ed.) *Learning to learn across the life span*. San Francisco: Jossey-Bass, 123–136.
- Lambert, M.N.; McCombs; B. (1997). *How Students Learn: Reforming Schools through Learner-Centered Education*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levine, E. (2002). *One Kid at a Time: Big Lessons from a Small School*. New York: Teachers College Press.
- McCombs, B. L. (2013). The Learner-Centered Model: From the vision to the future. In J. H.D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, & M. Lux (Eds.), *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach: Connections Beyond Psychotherapy*. New York: Springer.
- Motschnig-Pitrik, R., & Derntl, M. (2002). Student-Centered e-Learning (SCeL): Concept and application in a students' project on supporting learning. *Proceedings of International Workshop on Interactive Computer-Aided Learning (ICL) 2002, September 25-27, 2002, Villach, Austria*.
- OECD (2010). *The High Cost of Low Educational Performance, The Long-run Economic Impact of Improving Educational Outcomes*. OECD: Paris.
- Pintrich, P. R. (2000). The role of goal orientation in self-regulated learning. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.

- Requena-Carrion, J., Alonso-Atienza, F., Guerrero-Curienes, A., & Rodriguez-Gonzalez, A. B. (2010, April). A student-centered collaborative learning environment for developing communication skills in engineering education. In: *Proceedings, Education Engineering (EDUCON), 2010* (pp. 783-786). doi: 10.1109/EDUCON.2010.5492499
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Houghton Mifflin, ASIN B000GPHHKK
- Rogers, Carl R. (1959). Significant Learning in Therapy and in Education. *Educational Leadership* 16 (1959): 232-242.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, ISBN 978-0-395-08409-0
- Rogers, Carl R. (1967). The Facilitation of Significant Learning. In: *Contemporary Theories of Instruction*. Ed. L. Siegel. San Francisco: Chandler.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: a view of what education might become*. Columbus, OH, Charles E. Merrill.
- Rogers, C. (1970). *Encounter Groups*, New York: Harper and Row.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of - *The Counseling Psychologist, 1975, Vol. 5, No. 2-10*.
- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. N.Y. Delacorte Press.
- Rogers, C. R. (1980). *A Way of Being, Boston*: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus, Charles E. Merrill.
- Rogers, C. R.; Lyon, C. H.; Tausch, R. (2014). *Becoming an Effective Teacher*. New York: Routledge.
- Silani, G.; Zucconi, A.; Lamm, C. (2013). Carl Rogers meets the Neurosciences: Insights from Social Neuroscience for Client Centered Psychotherapy. In: White-Cornelius, J.H.D.; Pitrik-Motschnig, R.; Lux, M., (Eds.) *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach, Research and Theory*. New York, Springer Science.
- Smith, R. M. (Ed.) (1990). *Learning to learn across the life span*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, M. K. (2002). Malcolm Knowles, informal adult education, self-direction and andragogy', the encyclopedia of informal education. <http://www.infed.org/encyclopaedia.htm>
- Tausch, R., & Tausch, A. M. (1963/1998). *Erziehungs-Psychologie* (11th ed.). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Thorkildsen, A. T. (2011). Education as a Person-Centered Process. *PsycCRITIQUES* 56 (30). American Psychological Association (APA). doi:10.1037/a0024227.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*, London: Sage.
- Weimer, (2002). *Learner-centered teaching: Five key changes to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zimring, F. (1994). Carl Rogers on Education. Prospects: the quarterly review of comparative education, Paris, UNESCO: International Bureau of Education, vol. XXIV, no. 3/4, 1994, p. 411-22.
- Zucconi, A. (2008). Effective Helping Relationships: Focus on illness or on health and well being? In B. Lewitt (Ed.). *Reflections of Human Potential: The Person-Centered Approach as a positive psychology*. PCC Books, U.K.
- Zucconi, A (2011). The Politics of the helping relationships: Carl Rogers contributions. *Journal of the World Association for Person- Centered Psychotherapy and Counseling, Volume, 10 N.1, March 2011. pp. 2-10*.

Zucconi, A. (2013). The Psychology of Denial: Forms of Self-Inflicted Blindness in the Anthropocene Era In: Serageldin, I. & Mohammed, Y. Eds. *New Life Sciences: Linking Science to Society*. BioVision Alexandria 2012. Alexandria, Egypt: Bibliotheca Alexandrina, Alexandria, Egypt.

Zucconi, A. (2015). Person-Centered Education. *Cadmus, Journal of the World Academy of Art and Science. Volume 2 - Issue 5, October 2015. pp. 59-61.*

Zucconi, A. (2016). What kind of Education is Needed to Navigate the Fourth Industrial Revolution? *Book of Proceedings of the international conference on "Technology and Society, what kind of Future", held by the Montenegrin Academy of Sciences and Arts, in cooperation with AAS, EASA, GRT and ALLEA, in Podgorica, on 19-20 May, 2016*

3. Care Path Train the Trainer IACP Program and schedule

3.1 Day One

9.30

- Alberto Zucconi, Antonella Doriano, Gabriele Castelnuovo: Welcoming trainees and illustration of the Training Program

9.50

- Brief Self presentation of all the trainees

10.15 Illustration of:

- Care Path Project
- Care Path Training
- Brief history of the definition of Trauma
- Different Trauma

11.15 The burden of personal and social health:

- Trauma care in Italy
- Results of the Training needs assessment

11.30 Break

11.45 Brief notes on the social construction of trauma diagnosis and treatment:

- Brief notes on the history and sociology of trauma care in Italy
- The Iatrogenic risks of retraumatization
- Risks for helping professionals:
- Managing stress and preventing burn out
- Vicarious Trauma prevention and treatment

12.30 Discussion

13.00 Lunch

14.30 Ethics and deontology of the IACP Care Path Trainer

- Understanding preventing and healing trauma
- Trauma Informed Theory and Practices

15.30 Discussion

16.00 The importance of person-centered approaches to trauma

- The concept of recovery
- Promoting change with empowering actions
- Examples of best practices
- Examples of bad practices

16.45 Break

17.00 The importance of supervision, team work and support groups

- Helper please help yourself: self-care and Work Life balance
- Examples of worst practices
- The sociogram of the different professions

17.45 Question and answers session

18.00 the relevance of supervision, support groups and working alliance

- Common denominators of effective trainers
- Working alliance
- Respect
- Empathy
- Congruence
- Empowering and prizing trainees
- Mistakes to avoid

18.15 questions and answers

18.30 closing first day training session

3.2 Day Two

9.30 bulletting:

- how am I doing as a trainee

10.00 Common denominators of effective trainers

- The working Alliance
- Respect and positive regards, non judgemental attitude towards service users
- The protection and promotion of human rights of service users
- The United Nation human rights
- Empowerment

11.00 Discussion

11.30 Break

11.45 The relevance of:

- Empathy
- authenticity/congruence
- empowerment
- Responsibility
- Accountability
- Agency
- self-containment
- respecting limits
- Mistakes to avoid

12.45 Discussion

13.00 Lunch

14.30 The Care Path Training program and the toolkit:

- how to use them synergistically
- The MOOC format

15.30 discussion

16.00 The Care Path Training Program Pedagogy

- Different counties, different professional, different national laws and regulations
- The importance of a disclaimer in terms of laws, ethics and deontologies
- The imperative of always operating in science and conscience for the benefit of the services users

17.00 Discussion

17.30 Break

17.45 Ethics and deontology of the IACP trainers of the Care Path Mooc

- The importance of respecting professional boundaries
- The Care Path Training and the Toolkit how to use them synergistically

18.00 Discussion

18.30 closure second day of training and celebration

4. English Modules

4.1 Module 1: Care Path Course

4.1.1. Lesson 1: The theoretical Base

4.1.1.1 Unit 1: Introduction and disclaimer

Alberto Zucconi - Psychotherapist- Psychologist, President of the Person-Centred Institute.

Hi! I'm Alberto Zucconi, a psychologist-psychotherapist and President of the Person-Centred Approach Institute(IACP), That was in charge of creating first two modules of this course which I want to welcome you to.

First of all, I would like to say two words as Alberto Zucconi the citizen, and they are words of gratitude. A sincere thank you to each one of you that works to support and protect traumatized minors. Yours is a very important work, sensitive, delicate, but sometimes also very heavy. We know well that working with people that are suffering, at times can cause pain and can lead to burn-out. Therefore, a sincere thank you because your work protects a precious reality for a nation and for a community, human capital. Every traumatized person needs all the care possible to be helped to reenter, with full rights, to be an active member of the community and to be constructive for themselves and for the other members of the community.

I would like to add one other thing, which is perhaps obvious, but is better to underline: this course is addressed to all of you who are from different backgrounds, professions and skills and who - as you know - are bound by the existing laws, the ethical/deontological codes of various professions and the internal rules of the various organizations to which you belong, to do everything that you already know how to do and to whom you are responsible for doing and not to cross borders and limits, because this would certainly not be in favor of your clients.

Thank you again for having come onboard this adventure and thank you for the daily work that you do with passion.

4.1.1.2 Unit 2: What is a helping relationship?

Gabriele Castelnovo - Psychologist.

We are here together today precisely to talk about helping relationships, above all to define what is a helping relationship; in order to do this, it is necessary to start from the paradigm of reference. We know that the paradigm has changed. At the beginning of the 1900's there was a big change, and we went from a reductionist mechanistic paradigm to a holistic and systemic one. The way of understanding a helping relationship has also changed, in fact in the reductionist mechanistic paradigm, a helping relationship was characterized by asymmetry; the professional was the agent of meaning who imposed a reality onto his patient, his own vision of reality, somehow making his patient passive.

With the adoption of the new paradigm many things changed, because we know that relationships are central to our understanding: the importance is not in the single parts, but the relationships in which these parts make a whole. So what is a helping relationship in the light of the new paradigm? To help us to define it let's read the words written by Carl Rogers in 1951, an author who occupies a prominent place in helping us to understand the helping relationship in this new light. Carl Rogers writes "*A helping relationship is a relationship in which at least one of the two protagonists has the goal of promoting the growth, development, maturity and achievement of a more adequate and integrated way of acting of the other person. Other in this sense could be an individual or a group. In other words, a helping relationship could be defined as a situation in which one of the participants tries to favour, in one or others, a greater actualization of the personal resources and a greater possibility of self-expression*".

Here the words that stand out are valorization, promotion, resources and therefore this new light in which we see the helping relationships is a light that places the two protagonists in a relation of parity, in this way the professional will not be the expert, the agent of meaning, but will be the one that promotes the actualization of all the resources that are intrinsic to the other person. In doing so he will be able to facilitate a more functional process of co-construction of reality for the client, thus accompanying him in a process, accepting and respecting where the client is.

So today, what characteristics should a helping relationship professional have? Certainly they should have knowledge, that is, must have a *corpus* of theoretical knowledge to lean on, and must moreover know how to apply this knowledge and therefore the theories must be made concrete, be applied and know how to be applied in the relationship. In addition to know how, given that the *focus* of the relationship is on the quality of the relationship itself, it will be necessary for the professional also to know how to be, to know how to put into practice all of these conditions and qualities that facilitate and make a helping relationship effective. Among these, we know that surely authenticity is the first quality, that knowing how to see the world through the eyes of the other is the second, and the third is to not judge the client, but to be able to respect and welcome them how they are.

If this is possible, if these three conditions are implemented by the professional, this will facilitate a process of change and self actualization in the client.

4.1.1.3 The power differential, risks of learned passivity, from passive patients to active citizens

Alberto Zucconi

Power is always present in human interactions. Where two or more people interact, there is always a power that can be obscured or highlighted. In general, history teaches us that those who have lots of power do not particularly like to discuss this topic as they fear having less power if there is transparency over power differentials. Power differentials obviously are always existing in any helping relationships. The professional, the expert, those who offer a service have more power over a service user, client, patient or how you want to define the person. Why? Because the professional know something that the client doesn't exactly know, and in addition

the professional offers to their clients something they need. They also design the rules of the setting (i.e. the rules governing the design and management of the setting) and can even suspend the provision of the service itself. In short, there is always a power difference between those who provide a service and those that receive it.

In the past, with the reductionist-mechanistic paradigm, power differences in the various helping relationships were very high. We have seen, also in the light of the new paradigm of the Ottawa Charter and the biopsychosocial paradigm, that this was not desirable as excessive power differences can lead users of the service to assume a passive role that does not help to achieve the objectives of the service itself.

Today, therefore, there is a tendency to focus on users, on the person of the client, and encourage change through actions of *empowerment* that empower clients to develop their skills, creativity and resilience. This, the research highlights very clearly, is very useful as the helping relationship facilitate better results in less time, and for example in the field of health and wellbeing, secondary effects and relapses are lowered. Therefore, the world is increasingly orienting itself towards the evidence that everyone wins when power is shared and if everyone contributes to achieving goals. All of this is also true at a societal level, and therefore active, aware citizens contribute much more to their social ecology and the communal construction of reality: a sustainable reality for sustainable relationships.

This also true when providing services to children, who are small people, they are not children who don't understand or who are not responsible (able to respond). This social construction of children as "little cute things" is very obsolete.

4.1.1.4 Unit 4: Coping

Alberto Zucconi

What are helping relationships for those who use them? We pointed out earlier, when we highlighted the objective of the biopsychosocial paradigm, that it is not only to cure diseases, but to protect and promote the potential for health and wellbeing, the capacity for active learning and the development of creativity and resilience.

Another way to call this innate capacity of human organisms is *coping*. An English term that in Italian means knowing how to manage life's circumstances; in other words, knowing how to better manage my relationship with myself, with others and with the world around me. We know that in helping relationships, in regards to the qualities of the effective professional regardless of the approach he uses, in order to be effective they must know how to relate with their clients with a high quality deep respect and without prejudice, to have an empathetic understanding not only of what the client says, but also what he feels, his meanings, and relate to him honestly, authentically and transparently. It is also necessary, however, for this process to work on the part of the user, client and patient to actively get involved since this is a co-constructed team game.

In helping relationships, clients that can be defined as "effective" are clients that are sincere and motivated to change, perhaps because they are not feeling well and

want to stop suffering. They also need to have the ability to come into psychological contact with the professional working with them and to perceive the relational qualities that the professional puts into the relationship.

These capacities develop, as does the capacity to persevere, to be ready to learn from mistakes, with the courage that it takes to admit to errors, to let mistakes become teachers of wisdom. This underlines how coping is an optimal functioning process and the result of the team work of the professional and their client to achieve the objectives of improved quality of life and greater realization of the intrinsic potential that each of us was born with and is written into our genetic code. Which is then developed further, more or less depending also by the environmental conditions in which we find ourselves, but also by the attitudes that we have and by how we face life.

4.1.2 Lesson 2: The common denominators of effectiveness

4.1.2.1 Unit 1: Concentrate on the illness or on the development of human potential?

Alberto Zucconi

To concentrate on disease or health? Research shows us that it is much better to concentrate on health because greater successes are obtained and it lowers costs. Why does this happen? Because in the previous mechanistic reductionist paradigm the person who needed help was in a passive state, in fact to label somebody a patient can make him in a sense too patient, that is too passive; with an acquired passivity. This is a much less evident risk in the new paradigm because it encourages the person to use his or her own power to be and enter into a partnership, where even the decision-making power is shared between the professional and his or her client. In addition, research shows us that an approach of protecting and promoting health and well-being can achieve better results for the same categories of service users. For example, a proactive relationship of patients with a good relationship with the hospital staff, in case it comes to receiving surgery. With the new model we achieve a lower the number of days of hospitalization and less negative consequences after surgery, greater development of immune defenses and better compliance is (ie the collaboration of the client with doctors and nurses to comply with their prescriptions, , such as to take medication regularly). The new model also shows much less litigation on the part of users towards healthcare facilities and a much less frequent doctor hopping. This new paradigm not only favors results for the user and his family, but for society as a whole, because a society where people can better develop their potential means they also get less sick, have longer lives and are less prone to diseases; it is a more prosperous society. In short, promoting health and well-being is a win-win option where everyone comes out better and the results speak for themselves.

4.1.2.2 Unit 2: Putting the person at the centre translates into greater effectiveness and offers a better cost/benefit ratio

Alberto Zucconi

I would like to say a few words about effective psychotherapeutic relationships. Psychotherapy is one of many helping relationships, but regulated by law in a specific way: for example, here in Italy only medical psychologists can - if they have attended a school of specialization of at least four years or psychiatrists - offer psychotherapy services; others can not, it would be a crime of practising a health profession without a licence. Since every treatment that impacts the health of an organism - and therefore does good- can, if it is not properly understood how it is to be promoted, obviously do harm.

The vast body of research show that effectiveness in the field of psychotherapy does not derive from the specific theoretical approach, it derives much more from the relational qualities of psychotherapists belonging to the various psychotherapeutic approaches and, as in any helping relationships, the same variables, the same factors are operative. A psychotherapist is effective not because he applies a certain theoretical model, but because he or she have the ability to relate to his user with a large capacity of acceptance, respect, not judging, with deep respect and because he or she have the not only to listen to what his user / patient / customer say, but also empathy, i.e. what meaning has for the specific client as an individual. The professional is also able to relate to the client in a genuine, spontaneous and transparent way. However, this is not enough because the psychotherapeutic relationship, as with any helping relationship, is a team work, a co-construction in which the client, the user, the patient actively contributes, otherwise it does not work. And so? The motivation is important, often provided by the client' feelings of discomfort - and therefore the motivation to change - and then the capacity for psychological contact with the psychotherapist and, moreover, the third condition: being able to perceive the quality of relationship offered by the professional possessing the fundamental qualities of deep respect, empathic listening and the authenticity.

In this way the dyad can function with very positive and more effective results than if the person with the same discomfort received only a drug treatment, or indeed no treatment.

In short, in the psychotherapeutic field and in the helping professions an effective relationship is good medicine.

4.1.2.3 Unit 3: Recovery

Alberto Zucconi

The World Health Organization, as well as the large body of research in the field of helping relationships, suggests that in order to develop more effective and efficient treatments it is recommended to focus on the individual client that we are taking care of. In short, it is important to customize the treatments, not as if they were just a tin of white paint which allows us to paint white everybody, regardless of who the users are.

Just as psychotherapy must be personalized, helping relationships must also be personalized, because this best helps Gino, Maria, Joseph, Mary, etc. . Because we

must establish strong work alliances and engage in narratives that sees the client as the protagonist in this adventure of change.

The Task Force 29 of the American Psychological Association (APA) shows the importance of centering treatments on people and also recommends another important aspect: that treatments and their philosophy must be based concepts of recovery and development of potentialities instead of as was previously done - with a pessimistic vision of pathology and chronicity.

What is recovery? In recent decades, recovery has developed a capacity - of being more helpful by supporting and empowering clients - and has dispelled some myths, such as that schizophrenia is a chronic pathology. This was thought previously, but the very fact of thinking in this way also becomes to a certain extent a self-fulfilling prophecy, a phenomenon of social construction which - if we think about it - is rather obvious. Using the example of schizophrenia, we know that it exists in every country, yet no culture treats it just the same way. In some societies and cultures the schizophrenic is considered as a person touched by the gods and therefore the community treats them with respect, benevolence and offers him food and shelter; in other societies they are instead treated as outcasts, banned from the community and chained to a tree in the forest. In our western culture, at different times, we treated these people in a very different way, sometimes cruelly, but obviously we did it for their own good, as when we believed in turn that it was a phenomenon caused by a devil's possession and so we tortured these poor people with hot irons, thinking that if their bodies are possessed by a devil, if we make the body uncomfortable by torture the devil would come out. We treated people by many other means, but always making the prophecy of pathology and chronicity and punctually these prophecies come true.

With a vision of recovery, which postulate that whatever your situation, even as a serious one as in schizophrenia, you can recover your capacities to function and be part of the community, in this way a positive prophecy is formulated and realized: Like all prophecies, to some extent come true. So today we see that when people are viewed with greater optimism, they satisfy these prophecies. We therefore can witness people who still see things that others do not see, hear voices that others do not hear, but nevertheless are working as paid consultants in an Local Health Agency advising how to treat people with their afflictions in a more human and positive way, and to be able to realize - instead of negative prophecies - positive prophecies that are also self-fulfilling. With prophecy, we must be careful what to choose and where this leads us.

4.1.2.4 Unit 4. Professional effectiveness in helping relationships: common denominators and specific aspects of different helping relationships

Alberto Zucconi

Today, we have a large body of research illustrating what professional effectiveness is for a professional who provides services in the field of helping relationships. These researches started long time ago from the hypotheses formulated by Carl Rogers,

who is the founder of the person-centered approach and one of the fathers of humanistic psychology.

Starting in 1942, Rogers scientifically formulated hypotheses and then moved on to his empirical verification of what constituted the necessary and sufficient conditions for an effective professional to promote change. These were and have been confirmed until today by research: the ability to establish a trusting relationship with the user/client, with the professional having an attitude of non-judgement, acceptance and deep respect for the person of the client, a sensitive and accurate ability to listen empathetically - that is, to understand not only what the client says, but also what it means for him/her and also an attitude of authenticity, frankness and honesty in the relationship.

These hypotheses, which were validated by research on psychotherapy, were later proven effective in all the helping relationships. Rogers gave a great contribution made a significant step forward in the helping relationships, rooted them solidly in science and not in metaphysics and made explicit the values that are at the base of any approach.

I think it will be clearer to listen directly to Carl Rogers in person, who illustrates these three necessary and sufficient conditions in one of his famous films:

“From my own years of therapeutic experience, I have come to feel that If I can create the proper climate, the proper relationship, the proper conditions, the process of therapeutic movement will almost inevitably occur in my client. You might ask, what is this climate? What are these conditions? Will they exist in the interview with the woman I’m about to talk with whom I have never seen before? Well let me try to describe very briefly what these conditions are as I see them. First of all, one question is, can I be real in the relationship? This has come to have an increasing amount of importance to me over the years. I feel that the genuineness is another way of describing the quality I would like to have. I like the term congruence, by which I mean, what I’m experiencing inside is present in my awareness and comes out through in my communication. In a sense, when I have this quality, I’m all in one piece in the relationship. There’s another word that describes it for me, I feel that in the relationship I would like to have a transparency, I would be quite willing for my client that sees all the way through me, that there would be nothing hidden. When I’m real in this fashion that I’m trying to describe then, I know that my own feelings will often bubble up into awareness and be expressed but be expressed in ways that won’t impose themselves on my client. Then the second question I would have is, will I find myself praising this person, caring for this person. I certainly don’t want to pretend a caring that I don’t feel. In fact, if I dislike my client persistently, I feel it’s better that I should express it. But I know that the process of therapy is much more likely to occur, and constructive change is much more likely, if I feel a real spontaneous prising of this individual with whom I am working. A prising of this person as a separate individual. You can call it acceptance, you can call it caring, you can call it a non-possessive love if you wish. I think any of those terms tend to describe it. I know that the relationship will prove more constructive if it’s present. And in the third quality, will I be able to understand the inner world of this individual, from the inside, will I be able to see it through her eyes, will I be sufficiently sensitive to move around inside the world of her feelings, so that I know what it feels like to be her. So that I can sense not only the surface meanings but some of the meanings that lie somewhat underneath the surface. I know that If I can let myself sensitively and accurately enter into her world of experience than change and therapeutic change are much more likely.”

4.1.3 Lesson 3: Trauma

4.1.3.1 Unit 1: The definition of trauma

Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome.

What is trauma? How can we define it? Trauma, in reality, is an experience, a stressful phenomenon - often sudden - that goes beyond the possibility of the person to react and defend herself from the trauma itself. Trauma is something that overwhelms the persons exposed to it.

Trauma has been studied in various ways, there are acute traumas - for example due to natural or technological catastrophes - there are chronic/repeated situations of trauma - such as children are often exposed to. But what can be said is that the history of trauma, from a clinical point of view, begins precisely with the study of post-traumatic neuroses, which have also been studied by Freud - and therefore in the context of psychoanalysis - and then taken up again by other others.

Trauma has also been studied from the point of view of psychological mechanisms, which are very important. What psychoanalysis has studied, since its origins, is the fact that a trauma, in particular if it occurs early in childhood - is subject to a removal process. This removal does not mean, however, that the trauma is forgotten, denied or buried. It can be reappear, be reactivated at another time, for example in adult life, perhaps due to another trauma that somehow recalls the previous trauma. This is a two-stage mechanism that Freud carefully studied according to which there is a first trauma which, in a certain sense, sensitises and a second trauma that reproduces in the subject the condition of being a victim, of powerlessness and fragility. In this way, reproducing the situation and leading to new symptoms and a clinical situation where the client feels it as though it was the first time.

This said, the trauma of post-traumatic stress disorder instead occurs in a punctual manner that endangers the subjects life. It can be caused by war, torture, technological or environmental causes, but this trauma is a punctual type and easily recognisable in the life of the subject.

4.1.3.2 Unit 2: Types of trauma, Type I.

Camillo Loredano - Psychiatrist-Psychotherapist

Let's analyse the types of trauma that can lead to eating disorders. Classic trauma, which strikes once, which is a very serious event, in reality is one of the least frequent cases, even if it is particularly important due to the devastating effects it can produce on a person. These are serious events that have a negative aspect, that can affect a person's life producing psychological or physical damage, or both of them, and which can last for several years in a person's life.

Usually, we find this trauma in what we call post-traumatic stress disorder, but it is very common in eating disorders, in particular in some forms of eating disorder. This can be divided into two parts:

1. Physical trauma, which can especially occur in particularly dramatic moments such as rape, robbery, physical violence, wartime combat, natural disasters (such as a tsunami or earthquake), a very serious car or train accident.

2. Trauma of a predominantly psychological type: when someone's life is put under threat by someone, of a particular situation in which someone finds themselves, where there are no physical injuries, but simply a threat so extreme and strong that it is difficult for the person to erase it from their mind in the near future.

For people subject to type I trauma, also called "focal trauma", the trauma is called "single blow", that is, it strikes once, but leaves strong traces and in eating-related symptoms, has a very similar effect to post-traumatic stress disorder.

A trauma of the type I can have a series of consequences, among which eating disorders are one of the most common, and then a series of rather extensive symptoms which can involve a series of traits that are all present in eating disorder behaviour. That is to say that eating disorder behaviour isn't solely eating behaviour, but the symptoms can accompany, frequently and in nearly all cases having this symptomatology, each of the individual eating disorders. These traits are: low self-esteem, a very strong tendency to depression, a distorted image of one's body and sexuality, high suicidal risk, anxiety disorders, alcohol abuse, sleep disorders, dissociative disorders, memory loss, aggressiveness and personality disorders.

It is a symptomological procession that never surprises us - eating disorders never come alone, but are always accompanied by symptoms of this kind or by real pathologies that complete the picture of eating disorders and are rarely absent.

We have, in particular, trauma that leaves a trace - as in this type I trauma - which occurs primarily by producing alexithymia, which is an emotional disorder that prevents a person from openly expressing their emotions with words. The tendency in this case, after a type I trauma, is to express emotions mainly on a non-verbal level, with one's own body, and these sensations can be very serious and can involve a serious emotional dysregulation, also notable, to the point that the person shows an impulse at a certain level, and we know - because this is one of the most frequent feedback that we find - that there are some forms of bulimia nervosa in which this type of trauma (for example abuse) are of such gravity and magnitude as to produce symptoms that can lead to a considerable and widespread loss of control at different levels. In particular, what happens at an early stage of development, when the trauma is dramatic, when there are serious variables in the family to be sustained and supported, in these cases we run the risk of multi-impulsive bulimia: a very serious and dangerous form of bulimia in which, together with bulimic behaviours, alterations in the character of eating behaviour and above all impulsiveness, which may concern sexuality, the tendency to consume food in an uncontrolled manner, without tasting it, which could, for example, lead to the typical behaviours of those who carry out thefts in supermarkets, who consume food in the supermarket and cannot wait to go back home to eat even if they could buy food.

A disinhibition of the impulses which we have seen regarding sexuality, but above all, more importantly and more dangerously, self-injurious impulsiveness, self-injurious behaviour such as cutting oneself or attempting suicide. This type of bulimia, multimpulsive, is the most dangerous known, particularly due to the high suicide rate. Concluding a type I trauma has the consequence, particularly if the environment is not supportive, of this form of bulimia which is certainly the most dangerous form known in particular for the very high suicide risk.

4.1.3.3 Unit 3: Type II Trauma

Camillo Loriedo - Psychiatrist-Psychologist

Alongside traditional trauma, that of “single blow”, which we know is a great trauma that changes a person’s life, there exists another type of trauma which is called type II trauma. It is typically a trauma of lesser gravity but which repeats over time, with such a frequency that people begin to foresee it, but cannot predict exactly when it will occur. This expectation has a wearying effect: it produces an extremely strong feeling of powerlessness in the subject that feels of not being able to master oneself. In this type of trauma, where eating disorders are frequently found, there may be a history of violent conflicts in the home environment which the kid or adolescent, sometimes the child, has been witness to for a long part of their life without knowing the term. It may be that this violent conflict may lead to a real violent behaviour that can also produce serious damage or even loss.

This type of repeating trauma creates a very dramatic situation of expectation, where the person expects there will be opposition even when its not necessarily the case. Nevertheless, the trauma is caused by such an extremely strong and frequent repetition that in the subsequent life of the person, this same type of fear can occur even after the trauma has ceased. In some cases, there is a tendency for people to repeat the type of trauma. For example, in a young woman who has all her life witnessed the fighting between her parents caused by them cheating on one another, in later life she only knew how to choose partners that expressed the same unfaithful behaviours. These betrayals increased her need to discover the cheating whether it had occurred or not. This type of behaviour becomes, in a certain way, a repetition of the prediction of a harmful event, with the fear it could occur from one moment to the next, as though the moment of childhood had never passed.

Type II trauma produces, among other things, a tendency towards massive denial, affective numbness - as if the person tended to eliminate emotional feelings. Therefore they tend to comport themselves as if they were “cooled”, as if they had no other feelings in certain moments of their lives. This is called *numbing*, which is considered one of the basic elements of dissociative disorders: a disorder in which people lose the ability to feel normal sensations, as if they had lost significant sensory capacities, or as if they were absent or not part of everyday life in certain moments of their existence. This is accompanied, above all in eating disorders, and even more so in eating disorders where there is a loss of control, therefore restricted anorexia or anorexia with bulimic behaviours or bulimia, by a hidden and deep anger. The subject is passive, does not seem to react, but when they perform an action you can perceive in them a strong anger. The manifestations of aggression towards the outside world are very contained, but when the subject feels strong emotions, this strong anger can become explicit and result in violent behaviour towards themselves and others.

The subject expresses an incessant sadness - not an intermittent type - which is stable in the person as if there had been a childhood trauma that produces a constant pause, which in turn produces a sense of desperation that extends for the whole life.

It is, as said, small traumas that accumulate, but they have also been called complex traumas or relational traumas because they depend on a series of continuous relations one has with another. Therefore it can happen that those who have experienced these traumas, experience strong traumatic moments in the home environment, particularly in the family environment. They are, therefore, constant traumas that reappear and produce the dissociative symptoms of which we have spoken or emotional regulation.

4.1.3.4 Unit 4: Complex Trauma

Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome

The history of trauma is a complex story, made up of historical occurrences and recurrences. In fact, from the last twenty years to date, with the latest edition of the American classification system and universally known in psychiatry as DSM5, post-traumatic stress disorder has been considered as a possible trauma disorder.

In fact, the attention of researchers, primarily Van der Kolk, who launched the question of complex trauma, has turned to childhood traumas. Those which occurred at an age where the subject was in a position of weakness, of inferiority - as children normally are. This type of traumatic situation, of events that children are exposed to, from not only a psychopathological point of view, but also a neurobiological one, are the possible causes of a predisposition to the development of psychiatric disorders that go well beyond post-traumatic stress disorder.

These phenomena of childhood trauma have different types: they can be acute, they can be protracted and repeated during childhood and go under the name of abuses when traumatic phenomena are positive. For example, when something is committed against the child, such as child abuse, sexual or physical violence, or psychological violence. Or they may be omissive, ie they may be due to a type of *neglect*, neglect of both the psychological and physical care of the child leading to real events and situations of abuse. Thus maltreatment and abuse are the phenomena we are now dealing with when we talk about complex trauma.

Complex trauma, or primary evolutionary trauma as some call it, is often due to the failure of primary caregivers, parents for example, as well as cumulative trauma. The psychoanalyst Masud Khan deals precisely with this type of trauma - that is many small events or traumatic situations of an omissive or commissive type that were repeated during childhood and which, cumulatively, gives rise to a traumatic climate or dimension that the subject will feel during his adult life when they encounter difficulties, problems, or another trauma that recalls the previous trauma.

However this previous trauma is a complex trauma which can be extended over a very long and important period of time, even a whole childhood. Think of situations where there are families that experience a climate of fear or prolonged violence due to disturbances or problems affecting parents - of one or the other - and therefore do not guarantee that serenity, that sense of security and protection that is very important for a child to develop basic trust, which is necessary to encounter life and relationships with others in a calm, open and confident way.

The subject may not notice this, because more or less all of these situations can encounter phenomena of repression or forgetfulness, and therefore simply work from within, in an underlying way, until the "*bill is presented*" to the subject. This is because these situations come to light, in a way that can be explosive, due to the effect of something in the environment of the subject that in adulthood helps to deconstruct their emotional climate, contributing to the discomfort of the subject and thus reopening the scenario of the past trauma. This is because, as previously mentioned, the current trauma can attract and recall the past trauma, in a sort of fatal attraction.

4.1.3.5 Unit 5: Re-victimisation in complex trauma

Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome

What are the clinical manifestations of complex trauma? We have seen that complex trauma leads to series of psychopathological consequences that go far beyond the simple, so to speak, post-traumatic stress disorder.

These are evolutionary consequences that mature over time and, precisely because they have this long gestation, which is different from post-traumatic stress disorder, they open up a much wider range of pathological possibilities. Starting with disorders of affective regulation, emotion and behavior. This means that often these people, who have been subjected to a complex trauma, develop an impulsiveness that is not only of character, but of a disorder, a disorder that controls impulses. It can occur and be actualized in violent behaviors, towards others and towards oneself, in impulsive use of substances and therefore in drug addiction or alcoholism.

Another very important area is that of emotional self-regulation in the sense of self-esteem. The possibility that a person establishes basic trust in himself and therefore also the possible feelings of guilt that, in a more or less latent way, a person carries with them from childhood. Keep in mind that a child subjected to abuse, for example sexual, often feels guilty for having done something dirty and will not, therefore, be able to correctly attribute the responsibility for what happened to the adult, the perpetrator of the abuse.

These feelings of guilt can develop, continue and give rise to a depressive type of vulnerability. Major depression can be one of the outcomes of complex trauma in adulthood.

Other very important outcomes are psychosomatic disorders, in fact the consequences of a trauma can also be on the physical level, for example on the physiological reactivity, physiological hyperreactivity, on the cardiovascular system (for example cardiotoxic, hypertensive phenomena), problems of pain regulation and its threshold (for example pain diffused through the body), hypersensitivity to painful stimuli and then various sexual disorders, which from a psychosomatic point of view, are connected to impulse-control disorders thus giving rise to forms of perversion and therefore problems of sexual-impulse control.

Finally, we highlight dissociative disorders, for example depersonalization and derealization, which are phenomena that today are recognized with a certain intuitive difficulty, but which manifest themselves with a sense of extraneousness

that the subject feels in front of reality and himself. These are defense mechanisms against a reality that the subject feels is, in some way, intolerable, that he cannot feel revived and therefore dissociation means distancing himself from reality.

Freud highlighted this fundamental mechanism of repetition compulsion, where a subject tries to re-encounter the trauma not so much to suffer the negative effects again, but rather to try to overcome it. This attempt to overcome the trauma means that some of the subject's behaviors lead him to relive situations: the classic situation is that of the child, the victim of a perpetrator, which can be repeated in adulthood in equal or opposite roles. The adult can try to re-legitimize himself, by creating situations in which he finds himself living as the victim of the actions of other people, or he may carry out behaviors where he himself acts as the perpetrator against a victim.

This could happen, for example, in situations of sexual violence suffered as a child and which may become more when older - in adolescence or in adulthood - a situation that recurs. For example, in a rape, a sexual violence against a woman that can be experienced in first person as an executioner or recreated as a victim, creating a situation in which in each - even in opposing roles - the trauma is re-lived to try to overcome it in what Freud calls repetition compulsion.

4.1.3.6 Unit 6: Iatrogenic Effects: Re-traumatisation of clients

Alberto Zucconi

Re-traumatization is an unfortunate event that sees a person who has already suffered a trauma have a relapse, this occurs mainly for two reasons. One, due to natural causes the previously traumatised person is exposed to images or events where other people are victims of trauma and this makes the subject re-live the previously experienced trauma. The other is instead a type of re-traumatisation that has iatrogenic origins. That is, the treatments are delivered in a dysfunctional manner, not necessarily due to the bad intentions of the professionals or of facility administrators, but out of simple ignorance, so that instead of being helped by the treatment and care facilities, the traumatised person are further traumatized. In short, it would be like a person who arrives at an emergency room with a broken leg and the doctors handle it badly, dropping the patient from the stretcher. He then finds himself with two broken legs, thus doubling the damage: a true tragedy.

The history and the sociology of trauma treatments reveal that, unfortunately, this was not at all infrequent in the past - obviously not for bad will, but ignorance - to produce iatrogenic results. The whole world of care, because offers treatments that impact a complex and delicate system like a human being, risks not only impacting people in a good way, but - without wanting to - further damaging people; this is true for drugs, for surgical procedures and for any type of helping relationship. A service If not delivered effectively, it becomes counterproductive.

Within the specificity of trauma this is particularly serious, as a traumatized person is particularly sensitive and can be significantly damaged by a second traumatization. Today we have learned from these mistakes, research has become more numerous and accurate and we have developed significant knowledge - which of course will continue to develop in the future - thanks to which precautions have been drawn up

so as not to run the risk of re-traumatizing already traumatized people. These precautions are called trauma-informed practices, they centre on the person of the traumatized service user and pay attention to what causes further damages.

4.1.3.7 Unit 7: Adolescence and Trauma

Milena Masciarri, Psychologist-Psychotherapist

Adolescence is a period in our life cycle which, due to its evolutionary characteristics, represents a period of increased vulnerability. This is because it exposes each individual to important bio-psycho-social experiences of change that can be experienced with discomfort, suffering and all the illnesses that can be accentuated if the individual is exposed to traumatic experiences.

As illustrated by Rogers, if a child grows in a facilitating environment, this will allow him to be in touch with his/her feelings, not to block them or to freeze traumatic experiences, but to move on in life, satisfying his needs and evaluating experiences as pleasant or unpleasant depending on whether they are favorable or unfavorable to one's own development. Rogers calls this innate capacity of self-regulation the actualizing tendency, which is the capacity to understand oneself, self-regulate and actualize oneself.

If instead the child lives in an environment where he feels that the acceptance of his caretakers depends entirely on how well he adheres to their expectations, this can lead him to introject such expectations, to forcefully amputate a part of his own self and build an ideal self with rigid constructs. Constructs that will be even more rigid if built on a constant sense of ambiguity, threats and fear, if the child grows in an unpredictable environment.

We therefore see that our teenager, who grows up and is nurtured in his relational context, is thus exposed to the evolutionary changes mentioned earlier. All these changes of determinants require a kind of internal reorganization, a re-tuning that involves the individual image of himself and his most important relationships. All this requires, therefore, a redefinition of one's sense of identity.

Let's see what these changes facing the teenager are. The first concerns the body: the adolescent's body is an evolving body, with growth in size, the appearance of secondary sexual organs, reproductive organs. Therefore, a body that requires a new type of relationship with itself. The body becomes a primary and intermediary vehicle to communicate the teenager's experiences externally.

A body, therefore, that you can choose to maintain and beautify, but also to scratch, cut or to forget; a body that chooses to be talked about. At the same time, it is a body that is seen from the outside, that captures the gaze of others, with desire or derision and therefore exposes the adolescent to new experiences, new opportunities, but also new risks.

Then there are changes at an interpersonal level. Within the family the teenager is asked to move from dependence - the care and attachment phase - to autonomy and the search for balance between these two apparently opposite evolutionary thrusts, which has social repercussions. In fact in the external environment, the role of the teenager within their group of peers and other significant relational figures, changes.

As the latest research have shown, there are also changes at the level of the brain. The brain undergoes modifications, both structural and functional, especially in those cortical areas that are involved in the decision-making processes.

All this causes great vulnerability which, as mentioned before, is further undermined if the subject experiences traumatic experiences harm or compromise that sense of internal security, the secure base described by Bowlby. This is our emotional place of safety in which needs can be felt, named, fulfilled, which we cannot always return, but which therefore allows us to have that valuable experience of developing autonomy without losing love. Instead enriching ourselves through the meetings we have with other people.

The person, on the other hand, who has suffered trauma has low mentalization capacity and is not able to self-regulate his/her emotional states, can do nothing - as Bromberg tells us - to isolate the traumatic experience and all the experiences and contents associated with it, by dissociating it. The pathological dissociation - as illustrated by Caretti - leads to the depletion of the subject and its resources, because it prevents him from reconstructing these traumatic experiences in a coherent narrative with his own life story.

For this reason, if we work with adolescents who have emotional stress, what we can offer is to work with them at an important relational depth, offering them relationships that are profound, based on listening, empathic listening, with deep respect for who they are. Trying to understand the experiences from their point of view, trying to grasp the meanings of what they experience and, therefore, to offer relational contexts in which adolescents can, slowly, reestablish contact with those parts of themselves - those needs denied up to that point. Not only allowing them to re-feel them, but also to re-tune parts of themselves to the external experiences that before they experienced as excessively dissonant.

This is possible by offering the adolescents a relational context in which we have a different look towards them. Not just a look that leads us to label them as boys or girls in perennial revolution and struggle with the outside world, or as apathetic figures awakened only by the world of social network, but to see them as children with characteristics and tools typical of their evolutionary phases, that move around the world, ask questions, give answers, explore, try to give a personal meaning to their experiences. Just as us we continue to act as adults for the rest of our lives and therefore is very important that we will be rooting for them.

4.1.3.8 Unit 8: Trauma can change the brain

Piero Petrini

The neurological changes that occur when a trauma occurs (in any person, but mainly in adolescents and adults) will be treated; in adolescents they are clearly more evident than in adults.

The study is taken from neurological situations, from international neurological research and from the work done by Dr.Petrini and Dr.Mandese of the technique - mutative psychoanalytic process: a technique that clearly has psychoanalytic and

neurological parts, in agreement with the findings of the international neurological research and the relationship between neurology and psychoanalysis.

It is well known that every individual in a healthy state develops 1400 new neurons from estrogenic stem cells on a daily basis, both at the hippocampus level and at the olfactory level. This is an important aspect because the hippocampus is the central part of the memory, the organism which recalls similar situations, thus in situations of trauma. While at the olfactory level we observe our cerebral lobes are nothing more than an outlet of our olfactory lobe.

We believe that human beings have about 30,000 genes, too few to define all situations, so family, sentimental, relational, cultural and religious situations come into play. Research shows that only 70% of genes are genetically determined and only 30% are impacted by external factors. The difference in genes between a small man and a male bonobo is 5%, however this percentage is very important. A man and a bonobo are not comparable, at all.

For humans, culture, religion, all external situations, the family, the community in which we live, are very important for the formation of an individual.

What happens when stress occurs? A stressful or neglectful situation (neglect as we have seen is like a stress) does nothing but block the activity of stem cells at the level of the hippocampus and therefore it becomes impossible to replace neurons that are normally lost; so there is a loss of neurons in the most important and deepest part of the brain which is the hippocampus.

The cognitive emotion regulation that accompanies and sustains these brain changes is characterized by anxiety and depression related to the amygdala: a small cluster of nuclei inside the brain that supports all our emotional-affective situations, from love, to sexuality, to eating, to everything that is important from an emotional point of view. An alteration occurs in the prefrontal cortex, which are the ones that direct our goals: if I decide to go to the theater to see an actor it is the prefrontal cortex that drives me to do this action, then the frontal cortex realises it. But the prefrontal cortex also drives impulses, for example when I have the impulse to leave or stay in one place I owe it to the prefrontal cortex that the frontal then reacts and communicates the need to remain, for instance due to a commitment.

The third part that will be damaged is the hippocampus and memory (as we have already said, the hippocampus is the seat of the memory). Longitudinal studies have shown that traumas do not express themselves through a disorder of DSM -5 or ICD - 10 which is called post traumatic stress disorder, but is transmitted through symptoms of anxiety and depression, sometimes hallucination, but is highlighted through changes in the sense of self in interpersonal relationships.

A person who has undergone a trauma has behavioral limitations and mental limitations, ie the person seems unable to express herself in the world of work, relationships, - it is as if he or she have fallen to a lower level of functioning.

This is due to the HPA axis - hypothalamic-pituitary-adrenal axis. At the brain-level there is a gland called the pituitary gland, which all the hormones of our body radiate from. The connection between the hormonal (endocrine) part and the nervous part is given by the hypothalamic-pituitary axis. Everything that reaches the hypothalamus - an area of central importance, almost a small brain - is transmitted to the pituitary gland and gives rise to sensations, that is the nervous signal is transmitted with hormonal substances. These hormonal substances branch out throughout the body, from the pituitary gland, and control the thyroid, sexuality

through the genital glands, male and female sexuality with the male hormone (which also determines female sexuality). Then, especially, the release of corticotropin: the stress hormone, or rather the stress pre-hormone because the real stress hormone is ACTH - cortisol, which is why cortisone is given to help the body react when there are physical malfunctions, cortisol in fact has the same elements as cortin (POMC). Even in the case of battles and wars the human organism is prepared, in fact cortisol - ACTH to be precise - causes pain to not be felt and gives rise to mechanisms of aggression (as happens in animals).

When this mechanism of activity is repeated it becomes chronic and protracted states of anxiety and anguish occur depending on the aforementioned amygdala. The amygdala is the "chest of drawers" of our emotional memory, in the sense that it preserves all our emotional memories, as if it were a camera of emotional reality. So, for example, our first kiss, first work, first sensation of well-being, the first sporting victory - they are all photographed in the amygdala and re-emerge when similar situations arise; when the hippocampus begins to secrete cortisol. This cortisol binds to the receptors of the hippocampus, amygdala and prefrontal area and when it has reached a sufficient level, if the situation is not chronic, it lowers the ACTH and CRF level.

In this way the hippocampus regulates our responses to stress. When we are well serotonin manages the area instead - serotonin is the hormone of happiness, in fact, when a person is depressed, serotonergic drugs are prescribed. Serotonin inhibits aggressive behaviors and promotes socialization. It is produced from tryptophan and is introduced into the diet. Serotonin, together with oxytocin, which is the binding hormone, is the most positive and useful hormone for the body, in the sense that while serotonin stimulates sociality and relationship with others, oxytocin - released after 5 seconds of hugging another person - is the hormone that stimulates the bond.

The research is highlighting that loving activities, important thoughts and feelings have profound therapeutic effects on our bodies. So undoubtedly there exists, in our way of being, a series of reactions that change the brain and modify the body, in any situation where there are hormones related to neurohormones and linked to nervous stimuli.

4.1.3.9 Unit 9: Witnessed violence

Camilla Annibaldi

To talk about child victims of witnessed violence we need to define what is witnessed violence in the family. We refer to witnessed violence when a child experiences any form of mistreatment carried out through acts of physical, verbal, psychological, sexual and economic violence to some person very important for them or to some people that are emotionally significant for them, an adult or minor. This type of violence also includes those inflicted by minors to other minors, but also by other family members to pets; they all are highly traumatizing experiences for children.

The characteristics of these experiences may be different. Violence can be indirect: violence is perceived so it is not just a question of seeing violence, but also just

hearing it. This should be emphasized because many women victims of violence report that the children, when they were beaten, were in another room; even in these cases it is a form of direct violence even if the child do not see and only hears it.

The experience can be indirect when the child is aware that the violence has occurred or is about to happen; in this sense children have "antennas": they understand when there is the typical tension in a house that precedes the burst of an episode of violence.

The experience is sometimes perceived not directly or indirectly, but the child can perceive its effects; for example, seeing the mother with bruises, or feeling this air of violence in the house, and so in these cases we are dealing with witnessed violence.

There are some false beliefs about witnessed violence. Children are not impervious to violence that occurs within their own family; even if the violent act does not occur in their presence, they can grasp its implementation, this because the child is never a passive and unconscious spectator.

Witnessed violence increases the risk of direct violence against children. The child who tries to defend the mother, getting in the way, can be hit by the father: in this case Dr. Annibali uses a gender perspective to talk about witnessed violence, as in most cases violence is perpetrated by men against women. This does not exclude that violence can be perpetrated by a mother against the father, or at least by a woman against a male, but statistically it occurs less frequently.

Children exposed to violence are five times more at risk to become violent in adulthood compared to children who have not witnessed violence. The effects of witnessed violence are:

a feeling of fear, anxiety, overwhelmed, sadness, serious depression, feelings of anger, guilt, inadequacy, and shame.

Children lose confidence in themselves and in others, can develop psychosomatic disorders, impulse control issues, academic difficulties, learning disabilities, language, loss of bowel control, relationship difficulties and can also develop a post-traumatic stress disorder if this traumatic experience occurs within a relationship of trust, such as the family.

At the biopsychosocial level, the effects of witnessed violence are reflected in behavior, emotions, cognition, the child's physicality, but also in relationships. What the child experiences is a world in complete turmoil, violence becomes normality and consequently normality is violence. The child will recognize violent behavior as normal and physiological or, in this sense diminishing his dramatic experience and will probably repeat these behaviors.

It is increasingly necessary to focus on witnessed violence and how it affects children in the present and in their adult lives.

4.1.3.10 Unit 10: Neglect

Camillo Lorio

Neglect is a form of childhood and adolescent trauma that is common but very little considered. This type of highly significant traumatic problem has only been

addressed in recent times; we are talking about the neglect of neglect. For a long time, this aspect was not considered a true trauma, at most a small part of the existing trauma types. Today we think of this as the most widespread trauma, and the one that has the worst consequences in terms of duration over time.

From this point of view, neglect indicates the perpetration of omission behaviors on the part of those who should be offering care. These omissions indicate, even if an imminent serious risk of damage is missing, a series of deficiencies that go on for a long period of time. These are deficiencies that can, for example, accompany the presence of a type I trauma. An abuse could be well tolerated, or in a sufficiently adequate way, but much less so if you do not have a parent capable of understanding and helping, supporting and protecting the child who has suffered this type of trauma. Neglect may therefore be complementary to type I trauma, but also in of itself does real damage.

There are different types of neglect that can concern healthcare, education, child supervision, protection with respect to environmental risks, physical needs, emotional support that is given mainly by the family or at least by those who take care of the child. This kind of neglect may seem of little importance, but in reality, it gives the person the feeling of having no protection from others and therefore of living in a hostile environment that cannot guarantee them any kind of security.

If we talk about the different types of neglect, whether it is emotional or physical, we find two completely different aspects. In some situations, the emotion is neglected as we are faced with cold, detached and poorly involved caregivers. Physical neglect may instead concern the strictly material aspect, the basic needs, and can also be extended to the educational needs of the child who may not receive from parents the information necessary to live in a relational context.

There is also medical neglect, which is when there is a need to treat an illness, but those who should take care of the child do not and consequently the illness can worsen and become particularly dangerous or harmful. There is moral neglect, or the lack of instructions for the ethical and moral aspects of a person's ethical behavior.

The consequences of these types of neglect are damages to public health that has long been underestimated. Today we know that long-term exposure to neglect can involve not only the aforementioned diseases, such as eating disorders, but also a reduction in the gray matter of the cortex and therefore a much diminished cognitive capacity compared to normal subjects. This data thus reveals how important it is to deal with neglect and try to re-stabilise the familial and individual context, to have that type of care and attention that gives security to the individual and gives the feeling of being protected and understood.

At the conclusion of the overview of treated diseases, from eating disorders to neglect, it is noted that the latter is particularly common in people who will develop an uncontrolled diet that in the end advances to a complete loss of control. It is necessary to think of a therapeutic relationship in which particular attention is paid to the person - a sincere interest in them is manifested with an empathic attitude, one of understanding. This is one of the most important aspects to effectively deal with this recently recognized, but particularly insidious trauma, which is of no less importance compared to other major traumas.

4.1.3.11 Unit 11. Neglect in separation conflicts

In separations conflicts parents often "make war" by investing a lot of energy in fighting the other parent, who is seen as an enemy; in these contexts, the most important thing is to win. In these wars they convey feelings of strong anger that actually indicate how complex it is for these people to face the feelings experienced and linked to the separation process, feelings of disappointment, pain, abandonment, a perception of emptiness, loneliness and a sense of failure.

These people are actually communicating how complex it is for them to process what is called psychological divorce. In this context the figure of the child emerges as the one that should be protected; unfortunately, this does not always happen because in reality the minor becomes the fulcrum of the conflict. It becomes the central element and therefore the parents begin to communicate through the minor - the child becomes the bridge between the parents, the reason for discussion as each parent argues trying to declare what is good for their child. In this case the well-being of the child becomes an excuse behind which disappointments, jealousies and personal annoyances are hidden. What is missing is the protection of the child, which must always be present, but it is essential in contexts of ruptures.

What parents could and should do is to collaborate and cooperate in all aspects related to the parenting function, with the aim of lightening the burden on the child, in reality, children are loaded with a heavy burden as they feel guilty for the separation of their parents, they feel responsible for their happiness as they are also feel guilty for being the cause of their parents quarrels. At this point what happens is that the child, in reality, is not seen. Here is where the trauma arises: in the moment of greatest vulnerability the child is not seen and therefore his needs and feelings are not recognized, accepted and fulfilled.

Separation is always a traumatic event because it is damaging, it causes a split. A parental couple in the mind of the child is a single nucleus, which in a certain way has to split. This external split of the father and mother will produce an internal split, however in the mind of the child the parental couple does not cease to exist, but remains, only that it loses strength, identity, dignity, and function as a guide.

In this case there are other factors that have a very strong negative burden. There are aspects that indicate the extent of the trauma, for example the temperament of the child and his ability to tolerate frustration, the quality of the relationship and the type of attachment that parents were able to create before their separation. The factor that tells us most about the trauma and its size, is the age of the child: the smaller the child the greater the trauma; parents, even unknowingly, implement a series of dysfunctional dynamics that lock the child in a rigid role from which he is unable to free himself because, given his young age, he does not yet have that level of awareness or even a solid personality capable of freeing himself from this trap. For this reason, a technical consultant intervenes in these cases, as he or she are able to identify the type of dynamics that exists in the family and to understand which interventions are needed to free the child.

4.1.3.12 Unit 12. Trauma and eating disorders

Camillo Loriedo

Now let us look at the disorders and eating behaviors of those subjects who have difficulty in expressing their emotions with words; they communicate them mainly with their own bodies. There is a series of diseases ranging from anorexia to uncontrolled eating that are characterized by an exaggerated interest in one's own body and by a diet that can be extremely limited or exaggeratedly without limits.

This type of patient, especially in the case of anorexia, is predominantly female. Anorexia nervosa is characterized by significant weight loss that can lead to an extremely dangerous and life-threatening weight loss. This weight loss is desired and sought after by the affected person who considers their body as having much larger proportions than is actually the case.

In anorexia there may be a severe restriction. There is very limited food-intake, or the weight is kept low through food intake followed by strong elimination behaviors that lead to eliminating more than what was consumed and consequently to lose weight.

Then comes bulimia nervosa, a disease in which diet is predominantly conspicuous. Episodes of binge eating occur, where the patient consumes a large quantity of food and at the same time, this kind of patient has the ability to reduce their body weight through the elimination of food and especially by resorting to inappropriate instruments or means such as vomiting, use of laxatives or diuretics, the use of substances that eliminate appetite or strenuous physical activity.

The opposite excess occurs in the direction of uncontrolled eating also called Bulimia nervosa or binge eating disorder. Uncontrolled eating with constant food intake based on binge eating; the use of food on an ongoing basis for several hours of the day, a diet without brakes, where the individual lacks the capacity to reduce food intake, or to reduce one's weight. Arriving at considerable weights, from 150 to 200 kg, with all the related physical risks since excessive body weight can cause serious physical illnesses.

These diseases follow one another, they have the characteristic of passing from one to the other as the control capacity decreases. In anorexia nervosa the control is very high and people are able to limit their diet to maintain an extremely low body weight.

When control decreases, we pass on to bulimia nervosa. Children or young people who have this problem feed themselves - even a lot - but maintain a good reward system and have a capacity for control that emerges later after food-intake, not before, which allows them to keep their weight at acceptable levels. In the third type, the uncontrolled diet, the day is spent eating, often in front of the television, almost without awareness of the repetitive and constant action of food intake.

In any case, these diseases have a series of issues which concern the whole emotional area and the fact of exposing them to various types of trauma that can occur in eating disorders.

4.1.3.13 Unit 13. Danger, attachment and psychological trauma

Franco Baldoni

Exposure to dangerous situations and to physical or psychological threats, such as illness, trauma, abandonment, maltreatment, physical sexual abuse, are very common experiences, both in childhood and in adulthood.

These experiences do not necessarily lead to the development of a psychological trauma, as the human species has extremely sophisticated adaptive capacities, allowing us to face extreme situations without necessarily developing a condition of psychological trauma. If these dangerous situations are dealt with effectively, they become disarmed of their maladaptive potential, allowing the individual to remain in a healthy mental and psychological condition.

In particular, our species has developed, over time, interpersonal skills and very sophisticated behaviors that have the main function of protecting us against dangers. This set of behaviors and attitudes is defined as our attachment system. The word attachment comes from the attachment theory that was first proposed in the 1950s by the English psychoanalyst John Bowlby. Attachment theory holds that human beings have an innate predisposition to develop particular attachment relationships with primary figures, often parents, who perform the main function of protecting against dangers.

In this theory we talk about attachment, whose main, but not sole, function is to protect us from dangerous conditions: when a person feels they are in sufficiently safe conditions, they are supported to explore the external environment, discovering its resources and learning to prevent the dangers that can be hidden in the environment. These attachment functions have been studied in children of all ages - particularly the relationship with their mother of one- and two-year-olds - and in primates. There are examples of research from the 1950s on small rhesus monkeys that demonstrate how important the protective function of the mother is, even more so than the nutritive function for primates.

Attachment is usually divided into two categories: safe and insecure. Safe attachment is characterized by a sense of security, trust in the environment, confidence in its resources and the possibility of being helped and protected in the event of danger.

Insecure attachment is classically divided into insecure-ambivalent and preoccupied attachment - in children defined as type C - characterized by an overactivation of the body with an emotional emphasis, manifestations of anger, fear, complaints about one's need for protection, difficulties in separation from the mother. The other type of insecure attachment is the dismissive-avoidant attachment - also known as type A - which, unlike the previous type, is characterized by hypoactivation. In particular by distancing oneself from emotional reactions that occur in conditions of danger, hence from one's fear, anger, sense of vulnerability, and which are either inhibited in their expression (for example with an attitude of apparent indifference) or falsified and transformed into expressions of opposing emotions (for example smiling when facing a frightening topic).

When these modes of attachment are effective, they protect against the dangers that come from the environment or from our relationships. If these strategies are effective and sufficiently protective, conditions of psychological trauma do not occur, and the individual remains in a condition of relative safety.

The condition of psychological trauma manifests when these strategies are ineffective, for example when inhibiting the expression of fears, anger or needs is not sufficient to protect the individual from environmental threats.

In the condition of psychological trauma, all mental processing activities are negatively affected by an experience of past or present danger. This can come from a particularly intense and sudden event - for example a physical trauma or abuse - but it can also come from a repeated series of experiences that cumulatively assume traumatic value. In this case we are speaking of evolutionary trauma, a condition in which a child, for example, grows up in an inadequate and neglecting family environment and as a whole these prolonged experiences create a climate of inadequate development that can lead to a condition of psychological trauma.

4.1.3.14 Unit 14. Mentalization and Psychological Trauma.

Franco Baldoni

When we talk about mentalization we talk about something that seems to be taken for granted, which comes from far away. In fact every human being, even before the development of psychology, faces mentalization problems at some point in their life. That is, the problem of reflecting on oneself and others, of considering what we and others have on our minds, the thoughts, feelings, needs, expectations and beliefs that influence us.

A simple way to understand the concept of mentalization is to consider oneself and others in terms of mental states. These abilities begin to take shape in humans at around 4 years of age, when a child becomes aware that what they think and feel is not necessarily understood and shared by other people, for example that the mother may not know what is going on in the mind of the child. When children learn this great novelty, they also learn to use a very useful and important strategic mode of adaptation to problems; they learn the importance of lying. Lying is possible if you think that others minds have a different view of the world, and therefore cannot know the thoughts of another individual.

Mentalization and its processes are based on a series of steps. The first regards our relative sensitivity to perceiving mental states, or of representing our own and others of mental states (for example to understand being cheerful, sad, having expectations, prejudices) and the ability to interpret our own or others behavior on the basis of these mental states. This is essential for our ability to be adaptive (for example if a person is standing silently before us we don't think they don't have anything to say, we think their mind is filled with images and thoughts, that their silence is not an expression of emptiness, but of a series of mental states that are the basis of this silent behavior).

A second important aspect of mentalization is that self-mentalization promotes the regulation of our bodies. For example if we realize we are angry and we begin to think the anger is related to something that was said, the very fact of realizing it, of remembering and making expectations and projections onto the consequences of an action, opens up a psychological path to regulating the anger that has been activated in us.

The heart, our breathing, the production of hormones linked to anger activation begin to be regulated by psychological mechanisms. For example, I could feel guilty for having felt anger towards someone I love, this inhibits the expression of anger and regulates the body. This is a fundamental function, so much so that people with

poor mentalization skills are more exposed to the dysregulation of the body (the heart beats faster and in an irregular way, emotional reactions are more uncontrolled, and this can lead in the long term to diseases due to the constant dysregulation of the body).

One of the most important functions of the parents towards their children is to be mentalizing: to think about their children also in relation to their needs, feelings, fears, putting themselves - in a sense - in the shoes of their children and perceiving things from their point of view. For example, a three-year-old child will live certain topics and interpret certain words or speeches within their childish abilities, meaning it is important for the parent to see things through their eyes. This condition, which has been called (psychological) mindedness, is one of the conditions most closely related to the safe development of children. It is the condition of a good parent being able to put themselves in the shoes of their children and perceive their needs. It is already observed in mothers of very young children who, for example, puts themselves in the shoes of their crying and agitated children, and therefore understand that they may be cold, or hungry, thus giving voice to a child's state, as if the son were able to have organized thoughts and could express them. The ability to represent the mental states of children is a basic condition of being a parent.

Mentalization is also the basis of the ability to cope with stress and potentially dangerous situations by adapting without developing conditions of psychological trauma. For example, for a child faced with the inconsistent behavior of the parent - who perhaps acts angrily or with physical violence, or says negative things towards the child - the ability of this child to imagine the mental state of the parent acts as a shock absorber and lets them consider what the parent does and says within a context. They can think, for example, "father is tired and what he says does not correspond to reality, father is usually affectionate and loves me, what is happening now has value at this time and is linked to a particular state of being, but it is not absolute." The attitude described above protects against the mental states of others and makes the situation potentially less traumatic. It is clearly observed in adults with low levels of mentalization, as in people with borderline personality disorder, that they are much more exposed to continuous psychological trauma. What happens to them is not contextualized, or subjected to a process of sufficient reflection, causing it to become total, absolute and potentially traumatic.

In some moments, the inability of parents to place themselves in their children's shoes can be particularly dangerous and produce attitudes that in a child or adolescent can manifest through highly aggressive behavior. This aggressiveness and its consequent behaviours can, in part, be interpreted through the concept of mentalization.

If parents are constantly irritated by the behavior of their child, for example, if the child poses a problem or gives an attitude, the parent begins to turn on the child in a negative way (perhaps stating that he is stupid, sick or worthless). This leads the child to have an image of themselves as a sick, disturbed, incapable person. This attitude is kept at a distance from aggressive behaviors, meaning that every time an adult approaches the child with the intention of getting to know them and getting them trust to him, the child will probably have a strong aggressive reaction, functioning to keep the adult away as potentially traumatic.

The case may be that for young people who are considered incapable in the classroom and have to repeat, the teachers consider them negative subjects and at

home these children have parents who reinforce this negative idea of themselves. Therefore, these children have attitudes of strong reactivity and anger towards the adults who are trying to help them (an educator, a teacher), aiming to keep the other person away in order to not repeat the experience of being painted as negative or incapable.

4.2 Module 2 Protection and promotion of health and wellbeing and the rights of trauma survivors

4.2.1 Lesson1: re-traumatization: cause, prevention and treatment

4.2.1.1 Unit 1. Re-traumatization effects caused by policies on migrants at the Italian and International levels

Daniela di Capua ex-Director of SPRAR/SIPROIMI

The System of Protection for Asylum Seekers and Refugees (SPRAR) has changed name to SIPROIMI, due to the enactment of law *113/2018* - therefore very recently. After a series of changes, including regulations, that the new government which took office last May 2019 in Italy, has made to the whole issue of immigration, the right to asylum and therefore hospitality.

SPRAR was established in 2002 and is composed of a network of municipalities and local authorities, which in collaboration with third sector organisations and NGOs, manage on a voluntary basis (therefore of their own choice) hospitality and integration projects for asylum seeker applicants and refugees.

Over the years, this network has undergone a progressive and positive evolution: from the initial 1,500 hospitality places to the current 35,000. There have been several phases in the history of the SPRAR that have led to a number of changes.

The first was the moment institutionalization by means of a law, making it stable and regular as a central system of integrated reception in Italy, whereas in previous years there were no structured hospitality systems but only emergency interventions.

Another important moment was in 2003 when, during the so-called North Africa Emergency, the effectiveness and efficiency of the SPRAR model in terms of achieving social inclusion and integration objectives emerged, also at the European level.

The last phase is the most recent one, in which the identity of the SPRAR was modified, meaning it can no longer accommodate asylum seekers or humanitarian cases because humanitarian protection has been abolished) and by law we can only accommodate unaccompanied foreign minors, holders of international protection (which constitutes a small number compared to asylum requests) and some new types of residence permits, the so-called special cases. SPRAR, which is now called SIPROIMI, will now be able to accommodate special cases for medical treatment, victims of trafficking, victims of labor exploitation, domestic violence, natural disasters and people who have distinguished themselves for particular acts of heroism, always referring to foreigners, not Italian citizens, who have other social protection systems.

It can be said that SPRAR now has a welfare identity directed towards foreigners and is no longer a hospitality and protective system for people related to the theme of the right to asylum. These changes to its identity and could represent, on paper, a partially positive passage, in the sense that it is turning to the protection of people with some type of vulnerability. At the moment, the difficulty is the fact that the person in need is required to have a residence permit but is not required in the case of a victim of trafficking, that can automatically acquire the permit by as a victim of trafficking, the same can be said for a victim of exploitation and so forth.

There are no precise criteria for how these procedures should be, or how to bring together all people with this type of vulnerability under the definition, even legal, of a special case. Only through the formalization of a special-case residence permit will a person have access to the SPRAR and be able to take advantage of all the protection services that the SPRAR can provide. The criteria and requirements for which a person may be entitled to medical care have not yet been defined - what type of mental or physical discomfort, what level of severity, and what timing does this take into account?

We are therefore in a critical transitional moment as many people who, up until a few months ago, had the right of access to SPRAR projects now no longer have it. While on the other hand, those who on paper seem to be able to have the right to access to these services, in truth do not know how to give the "supporting evidence" to be able use this right.

4.2.1.2 Unit 2: Intersectionality and trauma

Maddalena Vagnarelli

The concept of intersectionality originally developed by Kimberly Williams Chrenchud, a black, feminist law professor, could be understood more from a geographical, geopolitical, global, transnational and postcolonial point of view; according to those who have studied and re-utilised the concept. Alice Ludvig developed elaborate multidimensional schemes that include multiple levels of difference, such as gender, sexuality, race, skin color, ethnicity, status, class, culture, and so on. This measures the innumerable levels we should take into account and pay attention to when we are in a helping relationship with people who come from what we commonly refer to as minority populations.

Internationality is increasingly an element in the development of equity policies, also thanks to the work of the United Nations and the European Union. Consider the directives to combat discrimination and all the initiatives at national, regional and local levels, and to the policies and diversity management which are now adopted in all Western nations and in many corporations.

This does not, of course, cancel out the uncertainty and suffering of those who find themselves living in conditions of multiple minorities, perhaps after having experienced traumatic situations precisely because of being a minority. In the "daily paper" of May 17, 2018 a sentence from a boy from Cameroon is reported: "one day we were in the kitchen and we were watching a TV program about LGBTQI migrants, my African comrades started to say - Italy is a shit country full of homosexuals - once again I didn't feel free." Allen is 22 years old and has escaped

from those who beat him and called him a demon, leaving Cameroon behind - the newspaper reports - where being a homosexual is a crime, to ask for international protection in Italy. However, the fear has remained the same because homophobia has followed him to the hub of Mattea Street, Bologna where he was welcomed along with his countrymen.

LGBTQI migrants, very often, are very young. They cannot count on the support of their own community of origin, so they find themselves migrating, but they are often culturally distinguished by the homophobia or transphobia that they have escaped from. Nor can they be sure of coming into contact with multicultural realities which allow them to live their sexual orientation or identity peacefully. As emphasized on several occasions in interviews by Vincenzo Bramato, president of the Arcigay community of Bologna, in some European countries - such as Germany - there are protected structures to welcome those who flee from persecution due to their sexual orientation, where the staff have received specific training aimed at not reimposing judgmental or disparaging attitudes that would revive these people's stigma and trauma.

In Italy, at the moment, the hospitality model does not foresee these specificities, but there are some positive examples such as the pilot experiment launched in 2017 in Modena with a small six-person apartment reserved just for LGBTQI asylum seekers, plus an LGBTQI migrant help desk in Verona.

For these migrant children, in a developing age in relation to the LGBTQI community, to be part of an ethnic minority in a host country it is only part of the problem. They are in fact, very often, a silent and frightened minority, even within their own community of reference. An invisible trauma, as Rogers puts it, is doubled. Minority Stress - if we want to refer to Vittorio Lingiardi - there is a doubled risk for the mental and physical health of these people and thus a dramatic loss of human capital.

Getting trained in hospitality services means first of all training in human rights and the specificities that the LGBTQI migrant brings with it to the helping relationship. Training must therefore be centered on the person and welcome and knowing these specificities in order to be truly inclusive. Moreover the services addressed to migrants, designed and provided very often without considering the variable of sexual orientation and gender identity, can reduce their effectiveness, both in regards to the relationship with the client (and therefore these children that cannot receive the welcome that they should have), but also in regards to the usefulness of the training or preventive pathways (for example, if we think of sexually transmitted diseases and, how multidimensional formation is needed when we have as clients adolescent migrants belonging to the LGBTQI community). On the other hand, the services provided by the LGBT community are strongly linked to a cultural model of Western gay men and lesbian women, and therefore very often these models do not consider a model in which these youths who come from other cultures can really recognize themselves.

The experience of the aforementioned realities has proven that the support information and counseling services provided by institutions, but also by non profit associations, may not be effective for these children. Therefore, working with these populations of multiple minorities will involve an interdisciplinary reflection on the practice of the helping relations. Training in helping relationships offered to these people should include the study of variables of homosexuality, bisexuality, and

transsexuality in the history of psychiatry and psychology - the concept of stigma, homophobia, internalized homophobia, but also to have a constant updating of the service providers on the legislation relating to these issues, both in the host countries and in the countries of origin of the people you are going to serve. In addition, everything related to asylum-related legislation should be continuously deepened and learnt, because it is constantly evolving and changing.

Together with the more technical skills, it will be necessary to develop and consolidate, from a more personal point of view, a gender-sensitive approach and maintaining, both within oneself and the working group which offer services to these youths, a reflection on human rights.

4.2.1.3 Unit 3: Trauma processing with person-centred encounter groups

Vincenza Malatino

Dr. Malatino has been working at the Lampedusa Local Health Agency clinic for the last 25 years. The island of Lampedusa is home to landings by men and women who try to leave their countries in order to find a better future. Enza Malatino in her work with the islanders has had opportunities to work also with migrants, allowing that experience to become part of her personal and professional journey.

In 2002, the professionals of the Lampedusa Local Health Agency were asked to offer support and therapy to the hospitality centre where people who had landed on the island after very difficult, long journeys, with severe risk of death, needed treatment. The head of the local Health Agency asked me to make a psychiatric evaluation of the subjects who landed on the island. It was almost impossible to assess the psychiatric health of subjects exposed and subjected to such serious traumatic events, as they came from different cultures they did not request help or support of a pharmacological type, coming from contexts which did not consider Western medicine as conventional medicine. What supported and helped these subjects in some cases was to resort to magic rituals which were linked to the cultural beliefs that they held.

Offering help and support at the same time and people with all their sufferings was particularly complex. Thus I thought to organize some listening groups.

This was for me, a psychiatrist and psychotherapist trained in the person centered approach of Carl Rogers an extraordinary experience

In this type of group, the encounter is characterized by people sitting in a circle and listening to each other. The fundamental element is the total absence of judgment and the profound respect for any topic that the group wants to discuss. In this way, it is possible to create a climate of trust that greatly helps participants, even in very problematic emotional states to rework the experience and at the same time find solidarity from the other participants: becoming aware of one's personal experience is not necessarily only individual, but can be shared and understood experience for the other people. This in of itself favors the resolution - sometimes - of suffering, conflict or painful event.

That is what happened in these groups. An important and fundamental element was to find the balance with the cultural mediator - the translator - as the facilitator did not speak the participants' languages and the basic conditions in which she was operating were absolutely prohibitive due to the lack of materials (there were no chairs) or due to contingent situations (some groups had just escaped from the shipwreck and some were only wearing rescue sheets).

Despite the unorthodox situation, to great surprise, it was found that deep values live not in form but in substance. Dealing with people who were sharing their stories after long and terrible journeys (crossing the desert in Libya, take the risk of drowning), the experiences they shared were also highly traumatic for the professional who was listening to them, experiencing the difficulty of getting out of this situation of suffering and pain that had also become the daily experience of the professional. This experience for the professional reactivated of an event from childhood - that had been forgotten - of when an aunt died and that loss had caused so much pain to me that this experience had been removed.

In light of all this, when you welcome someone who has experienced drama like these, it is fundamental to offer empathic listening, a fundamental element for offering some survivors the possibility of opening up and sharing their experiences. It is also necessary to have a profound acceptance of the person and an absence of judgment as this promotes trust. Empathy is a balm for the soul, the feeling that another person puts herself in your shoes and listens deeply and authentically feeling your own pain. These are the three basic conditions that Carl Rogers research found necessary to facilitate change in encounter groups and in helping relationships.

At the conclusion of this reflection on the value of the Rogerian encounter groups in the reworking of trauma with migrant people, it is possible to dwell on an interesting aspect: no one asked for pharmacological support after participating in the listening groups. The natural dimension of the group - its circular structure, was quite appreciated. The circularity perhaps reproduced a little part of the experiences that the subjects live in their countries, for example in Eritrea, where there is the custom of village elders and males gathering in a circle around a large tree, which is called the tree of words. In this meeting, the fabric of a torn narrative is reconstructed through sharing words.

4.2.1.4 Unit 4: Empathic listening to facilitate recovery from trauma

Vicenza Malatino

Through the clip of a film, "Orizzonti Mediterranei" by Pina Mandolfo and Maria Grazia Lo Cicero, edited in 2014 after the events of October 2013 where 388 people died in the shipwreck off the island of Lampedusa.

At that time, it was decided to develop this film in order to give people awareness and knowledge of the dramatic reality of the migration experience.

The story of the boy protagonist is a story that speaks of physical and psychic violence. This boy arrived accompanied by his sister and she - also a victim of

violence and rape - had never spoken to her brother about her terrible experience, as he himself had been raped and had never spoken about it to his sister. For him it was a source of shame to talk about his experience, so much so that he asked that his sister not be present, because he did not want her to know about it - as he later confessed - out of shame of being a man who had been the object of violence. It should be mentioned that this boy was only 16 years old.

In the boy's testimony you listen to what happened in his journey and the only way to ensure his emotional flow didn't stop was to listen without ever interrupting the narration. Only in a few cases, a few nods or sharing a deeper look, helped him to continue to share his story. It was thus evident how the manifestation of empathy rather than being situational or verbal, is achieved by eye contact, nods of the head, leaning the body towards him. This was necessary to help him talk, without ever touching him; for him contact was a source of shame, as if he were a child unable to have a difficult story and bear it. Though younger than his sister, he thought he had to be the one who gave support and courage to his sister. Here too we observe how to be gentle to listen with empathy facilitate the emergence of sharing relationships. The video deals with the experience of listening to two stories: that of a girl and a boy - who are siblings. These two siblings, who left Eritrea and arrived in Lampedusa in 2014, were taken to the CARA facility of Mineo and they remained at this facility in order to obtain a residence permit. When we tried to interview them, to offer them the opportunity to give testimony about their experiences, we realized that there had to offer a very careful and empathic listening to offer a safe place where to share this kind of story. Delicate, because these two siblings had been the survivors of very serious and tragic torture and violence. Each of them had asked to speak without the other present.

The story of the girl - of her journey, began with giving her brother the possibility of not being forced to do military service at age 16. In her narration we realise that she says something fundamental: "I can't forget, I can't find the strength to speak." These are the keywords and so the listening was accompanied by contact between the hands of the professional and those of the girl. Working with physical contact in the presence of these experiences is complex, indeed it is preferable not to touch people subjected to trauma and physical violence. However, in this specific case it was realized that the girl needed to be deeply supported in order to be able to share her story, so the professional asked if she could hold her hands. Just the verbal request, and not the action, favored the possibility that she gave her consent. With this contact, a strong and powerful channel of energy was created. Every time the girl had to talk about particularly traumatic and painful aspects, she tended to stop and so the professional held her hands, thus continuing the energy flow necessary for the continuation of the story.

At the conclusion of this experience, we can affirm that someone's story can never be, in the presence of stories of trauma, made the object of trivialization, exasperation or amplification, the fundamental thing is listening emphatically to the story, to how it is told. Listening with great sensitivity and above all empathy and recognition of the suffering of others. This was the fundamental element that allowed us to have access to the most intense and profound emotional expression in this profound sharing of her story.

4.2.1.5 Unit 5: Adoption and trauma

Mario Ruocco, Psychologist, Psychotherapist

Adopting a child means overcoming nature, and in particular sterility. The gesture of a parent adopting a child is a great gift, not only to the parent, because he finally has a child, but also to the child, because the child finally finds a family.

It is debated whether the parent should be called "adoptive parent", or whether to limit ourselves to the term "parent". Clearly the adoptive parent is a 360-degree parent who is nothing less than a biological parent, as the research says, but above all as the relationship that is generated between child and parent says.

Having an adopted child has many overlaps with having a biological child. For an adoptive parent, hearing himself called father is always a surprise, while for a biological parent it is a given. This means that perhaps adoptive parenting is more intense than biological parenting can be. However, the parent must pay attention to this: the adopted child has the right to be happy and to be happy, he must also consider what his story has been. Which we might not always know, because no one has told us and the child does not remember. However, care must be taken with sensitivity to the problems that the child may carry with them. The adopted child, and then the adult, is often confronted with existential themes: what are my origins? Why was I abandoned? These are answers that no one can give explanations to, but this does not exclude that life is beautiful and we all have to strive to live better.

4.2.1.6 Unit 6: Re-traumatization

Alberto Zucconi

There are many retraumatization factors, but we can mainly divide them into two groups.

Those that occur due to natural causes: when a traumatized person finds himself re-experiencing the trauma because he is exposed to traumatic external stimuli (such as a catastrophe, or he sees people being traumatized, sometimes even watching a movie or the news in TV can be re-traumatizing). Or those in which the trauma that is experienced and suffered by an already traumatized person, is due to being offered services or care by inexperienced people or in a non-trauma-oriented organization, that even not wanting to cause re-traumatizing still not been trauma informed can damage the client. The safeguards and procedures that an operator, a professional, or an institution adopt to prevent the retraumatization of their clients is called trauma-informed care. In the past, unfortunately, we have too often re-traumatized those who had already suffered a trauma, certainly not out of a bad will, but out of ignorance. It is thanks to the research and clinical evidence that we observed that these clients, if they were pressed to do things they did not want to do, if they were not respected in their own times, if they were forced to remember their traumatic experiences - obviously for a good cause - even without realizing it they received iatrogenic damage.

With the definition of informed trauma care we mean all those precautions, that safety net developed through research, which have showed us how important it is to

protect already traumatised people against the danger of new traumatization. To respect their pace to offer services centered on the person, respecting their needs and sensitivity, and above all not forcing them to do something they are not yet ready to do.

The reason is very simple: we have observed that already traumatised people need acceptance, kindness and safe havens in which to regain their strength and resume their rhythm of exploration which, precisely because they are traumatized, is necessarily cautious given their previous experience. Therefore, trusting the self-regulating abilities of trauma survivors is essential aspect of good care.

4.2.1.7 Unit 7: How trauma is expressed in adopted children and video intervention therapy

Laura Caetani

Support for adoptive parenting in post-adoptive support is important as, in the post-adoptive period, the traumas that children suffered during the previous period, the institutional period, when they were left by their family or mother, will be highlighted.

All this will be important for the family that adopts these children as important difficulties will arise in the relationship with the new family. From research we know that traumas have the ability to break relationships, to make them problematic and difficult, and children are no exception to this. Becoming aware of the difficulty that the child finds in the new adoptive family can make the path for parents easier - or at least more aware.

In the exchanges that make up the relationship, the interactive exchanges, children will be difficult to manage, they can give confusing and unclear signs, seem not interested or absent. All these are aspects that will be analyzed point by point and that will be part of the story of each adoption.

Accordingly we know, again from research, that every interactive exchange is formed by micro events which, analyzed in detail, influence the adult-to-child and child-to-adult response. For this reason the use of videos becomes very important. Precisely in this situation where the trauma has created conditions that make it difficult to read interactive micro-analytical aspects, it becomes important to be able to film them, seeing them in exchanges and seeing where and how the child moves in the interactive exchange and how the parent responds.

The use of video, therefore, is to be emphasized and recommended. It is a way to lay the foundations and look in detail in a specific way, moment by moment, everything that happens in the exchange between child and parent. The important thing to emphasize is that this particular use of the video must, and should always be used and shown only by therapists specialized in this strategy; it can not be used by those who do not have the specialization, given the particular sensitivity of the subject.

It can be observed that, as has been said, adopted children have a way of sending signals that are a little less evident, shorter and more confused than non-adopted children. In this sense, the use of video is extremely important as it allows the parent -marking the interaction moment by moment - to see where and how the

child is able to relate to them. This will be a milestone in the interactive exchange and begins the possibility of constructing a new attachment bond.

Another important aspect is the child's hyper-vigilance. This is very important because it tells us about their history, fears, the lack of care and neglect they have experienced, but especially if this child has suffered physical violence, perhaps abuse, or at least witnessed violence. Hyper-vigilance is where the child is extremely focused on the adult's expression, monitoring him moment by moment to be able to read the adult's expression to see if there is something that may be dangerous for him, or if what they are doing may become dangerous or a source of threat.

It therefore clearly indicates the lack of trust that the child has in the adult will tend to slowly disappear by working on the adult-child relationship, but not always permanently.

Another aspect that the child will present is an aspect of emotional clumsiness, an aspect that will make the adoptive parents suffer greatly because he will feel this child is never perfectly free to express his affection and emotional closeness to the adult. This is not the responsibility of the child, this is also a fragment, which is expressed in the report, of a particularly painful past story. Children are used to not approaching adults, in order to make the adult become less dangerous for them in the relationship. So they are not used to touching them often, embracing them, which could happen in the new relationship.

We can therefore attend particularly closely to children, perhaps too close, sometimes clinging to them, but since they do not know how to modulate the way of approaching an adult, do not know when it is too much or too little and are in complete disorientation and embarrassment.

Other times the child approaches with extreme clumsiness, in an almost false, unspontaneous way, which is immediately monitored by the parent who tends to label it. What is recommended is to always see it as the expression of a moment in the history of the child - they were never free to approach as they would have liked and as they would have felt to an adult, as such this still remains in an unspontaneous and rather clumsy way.

4.2.1.7 Unit 7: How trauma is expressed in adopted children and video intervention therapy

Laura Caetani

Support for adoptive parenting in post-adoptive support is important as, in the post-adoptive period, the traumas that children suffered during the previous period, the institutional period, when they were left by their family or mother, will be highlighted.

All this will be important for the family that adopts these children as important difficulties will arise in the relationship with the new family. From research we know that traumas have the ability to break relationships, to make them problematic and difficult, and children are no exception to this. Becoming aware of the difficulty that the child finds in the new adoptive family can make the path for parents easier - or at least more aware.

In the exchanges that make up the relationship, the interactive exchanges, children will be difficult to manage, they can give confusing and unclear signs, seem not interested or absent. All these are aspects that will be analyzed point by point and that will be part of the story of each adoption.

Accordingly, we know, again from research, that every interactive exchange is formed by micro events which, analyzed in detail, influence the adult-to-child and child-to-adult response. For this reason, the use of videos becomes very important. Precisely in this situation where the trauma has created conditions that make it difficult to read interactive micro-analytical aspects, it becomes important to be able to film them, seeing them in exchanges and seeing where and how the child moves in the interactive exchange and how the parent responds.

The use of video, therefore, is to be emphasized and recommended. It is a way to lay the foundations and look in detail in a specific way, moment by moment, everything that happens in the exchange between child and parent. The important thing to emphasize is that this particular use of the video must and should always be used and shown only by therapists specialized in this strategy; it cannot be used by those who do not have the specialization, given the particular sensitivity of the subject.

It can be observed that, as has been said, adopted children have a way of sending signals that are a little less evident, shorter and more confused than non-adopted children. In this sense, the use of video is extremely important as it allows the parent -marking the interaction moment by moment - to see where and how the child is able to relate to them. This will be a milestone in the interactive exchange and begins the possibility of constructing a new attachment bond.

Another important aspect is the child's hyper-vigilance. This is very important because it tells us about their history, fears, the lack of care and neglect they have experienced, but especially if this child has suffered physical violence, perhaps abuse, or at least witnessed violence. Hyper-vigilance is where the child is extremely focused on the adult's expression, monitoring him moment by moment to be able to read the adult's expression to see if there is something that may be dangerous for him, or if what they are doing may become dangerous or a source of threat.

It therefore clearly indicates the lack of trust that the child has in the adult will tend to slowly disappear by working on the adult-child relationship, but not always permanently.

Another aspect that the child will present is an aspect of emotional clumsiness, an aspect that will make the adoptive parents suffer greatly because he will feel this child is never perfectly free to express his affection and emotional closeness to the adult. This is not the responsibility of the child, this is also a fragment, which is expressed in the report, of a particularly painful past story. Children are used to not approaching adults, in order to make the adult become less dangerous for them in the relationship. So, they are not used to touching them often, embracing them, which could happen in the new relationship.

We can therefore attend particularly closely to children, perhaps too close, sometimes clinging to them, but since they do not know how to modulate the way of approaching an adult, do not know when it is too much or too little and are in complete disorientation and embarrassment.

Other times the child approaches with extreme clumsiness, in an almost false, unspontaneous way, which is immediately monitored by the parent who tends to

label it. What is recommended is to always see it as the expression of a moment in the history of the child - they were never free to approach as they would have liked and as they would have felt to an adult, as such this still remains in an unspontaneous and rather clumsy way.

4.2.1.8 Unit 8: Children of prisoners and trauma

Mario Ruocco

The child of a prisoner is in several difficult conditions. First of all, the child is suddenly deprived of a parent and has to grow up without him. The second is to have to live in a family that often has no financial resources, in fact with the arrest of the parent, most of the time, the only source of income is missing (although it was an illegal source of income it was sufficient for daily needs).

Another secondary tragedy, but no less important, is due to the fact that the child finds himself victim of stigma: being children of prisoners means being children of guilt; the child as he relates to this social pressure makes his own judgment and may become convinced that he himself is a person worthy of punishment. Often the children of imprisoned parents are troubled children, this is also due to the fact that they do not have a parent - often the father - who educates and contains them. They are children forced to live alone, as the mother cannot cope with all the problems and longer being able to rely on the support of her husband.

It is a whole new challenge to be managed, unfortunately even social workers sometimes fall into the trap of stigmatizing the child that should be understood and facilitated even more than other children, because living alone with a mother in difficulty is not a simple matter.

There is a discussion about how to tell the child that his or her parent has been arrested. Many parents, out of shame or difficulty, tell the child the story of the absent parent is not present since suddenly had to leave since he got hired for a new job. Clearly the lie quickly catches up with itself and the child is not convinced, because if up until then the working father returned home every day, does not explain why he suddenly changed job and left for so many days, months, years, missing birthdays and holidays, so the child understands that it is a lie.

The best thing to say to the children in these cases is to tell the truth "...father has made some mistakes, and unfortunately must be in a place to answer for his behavior, but he's fine, stay calm, we will be able to visit him soon."

This is another issue related to the children of parents in prison: whether or not to show them the parent in prison. Some social workers say it is not appropriate because the prison environment is not an environment tailored to the needs of the child. It is true that when you enter prison you have to deal with policemen, environments that are not always dignified, but it is also true that it is very important for a child to be to see their parent, therefore, meetings between prisoners and their children should be facilitated.

Until a few years ago there were still walls that divided prisoners from visitors, today many things have changed: many prisons have a playroom or more colorful environments, with games, and the same prison agents are much better prepared to welcome visiting children. However, this is not the primary topic, the issue is not

whether the child goes into a suitable environment or not, but is to facilitate the meeting between parent and child. All this is said for all the cases where the parent is in prison not for a crime against his own child.

4.2.1.9 Unit 9: Vicarious traumatization

Alberto Zucconi

What is vicarious trauma? It is the trauma resulting from being in contact with traumatized people; in fact, vicarious trauma generally affects those who provide services to people affected by natural trauma (such as disasters) or people who suffer trauma as a result of violence perpetrated against them by other human beings, examples are war, terrorist attacks, but also family violence or working with victims of sexual violence etc.

In short, the operator relates daily to the trauma survivors with good will, offers assistance, support and psychological contact etc. , but this, despite the profound significance of the openness, humanity and the importance even at the existential level, can nevertheless affect the worker' mental health, and may develop in a source of real trauma with all the consequences that trauma has on people.

Is very important to prevent and abate the impact of vicarious trauma that operators and all those workers who are exposed to victims of trauma or violence, such as health personnel, policemen, firemen, journalists, volunteers and all those people who for various reasons get in contact with traumatized people.

It is important to prevent vicarious trauma, also more generally termed burnout which also affects people in helping relationships and that hits hard, in particular, when you cannot recharge your batteries, or disconnect from work that is heavy and taxing as well as beautiful, and also is important to have work -life balance, to keep to be an effective help worker one needs also to take care of personal life, spending time with family, friends and having some fun.

In short, it is a challenge for all those who offer their helping services with passion, generosity and empathy to also extend that kind of helping relationship to themselves, because you can not give others what you do not have.

It is therefore morally, ethically and professionally necessary to promote our resilience, health and wellbeing, because if we want to give a lot to people we help we must also relate generously with the person with whom we will be spending each hour of our lives: ourselves.

4.2.1.10 Unit 10: Drawing as processing of the vicarious trauma of the small inhabitants of Lampedusa

Vincenza Malatino

On October 3, 2013, a particularly dramatic event took place in Lampedusa. A boat with 500 migrants sank and 388 of them lost their lives. Among those who died there were women, children, many young people and for the population of the island of Lampedusa it was a particularly traumatic event because all the inhabitants found themselves rescuing people at sea and recovering hundreds of corpses and

witnessing the shocking dimensions related to this tragedy. They even found a mother who was giving birth during the shipwreck with her son still attached to her umbilical cord.

An event of this kind produces a vicarious trauma on the population and therefore we tried, in some way, in the Local health Agency to offer help by listening and supporting people who had traumatic experiences. One of the most difficult situations to handle was that related to the traumatic experience perceived by children, especially in primary schools.

Immigration in Lampedusa is a multi-year experience and everyone (including young people) knows that often journeys of hope end with the loss of life, but children 6 -7 years old are particularly sensitive to this type of experience and many of them have begun to have fears, anguish, phobias, all typical reactions of people exposed to traumatic experiences where lives are endangered and lost.

For the children of Lampedusa this tragic event had happened in their sea, a sea they experienced as a source of joy, play and fun; that sea that represented for them an element of joy and lightness suddenly turned into a sea of death. One of the possibilities that were put in place to deal with the processing of the children's vicarious trauma was to propose that they make drawings, these drawings now show how the children respond and react to this trauma.

A premise must be made: art is a powerful tool to make painful and frightening events tangible, in of itself art produces liberating effects and also reworks traumatic events. Next we must ask ourselves what is a traumatic event from the point of view of children. In this case it depends on the type of event, a traumatic event has different forms, it can be produced by humans (such as wars and terrorism) or by nature (hurricanes and earthquakes, tornados) and each of these events leaves specific traces and specific fears in the minds of children. From this point of view it was necessary, in the case of the shipwreck of Lampedusa, to recompose the emotional and internal fracture that the children had experienced, linked to the fact that this event could not only be resumed, but also affect their families, as for a child of 6 and 7 years it is difficult to understand the sense of death and we know how children bring everything back to themselves. These events and stories of death had the effect of producing in many children the fear of eating fish (the fish had eaten the dead children and mothers) or going to the sea side (in the sea there could be some corpses), it was necessary to rebuild this puzzle of their dimension of serenity in respect to the imagery that was being built on the island of Lampedusa.

As we said, this was possible with drawing.

Now I want to show you some of their drawing, here is the representation that the kids have made of their experiences: Here is the island of Lampedusa, a little distant from the sea that is full of dead bodies,

kids that died with their school back packs or mothers that lost their purses, the purses and back packs are the symbol of going to school. A mother that holds the hand of a little girl; the fathers are distant underwater and are going to die; the boat is a safety symbol.

In another drawing of another child there are only two subjects, like the mother and the father in danger of death and a big fire on the boat - in reality there was a boat that went on fire- and this father and mother are surrounded by a black sea and a sky full of crosses and of dead people.

This beautiful sea has become a sea of death

They are under the sea and going to die

Another child has the perception of death through the very ordered sequence of coffins in the hangar of the Lampedusa airport, very often seen on television. What is noticeable, there are small coffins of different colors the adult coffins are brown but the death of a child is a blacker death and the sea is very dark sea. This is another design where you can see the representation of anxiety is less intense, less strong ; may be due there is the possibility that the family, a family, can lose their child, so a death anxiety that is more personal, but this drawing is in some way cathartic may be due to the fact that in the sky there angels and stars like all the dead people and the children have been transformed.

Through the drawings it was possible to build a narrative of how each child individually perceived this event, because while the event was collective its perception was specific to each child. It was important not to offer elements of immediate consolation, but to let each child, by means of the graphic and verbal processing and the listening that followed the drawings, find personal solutions to what is an anguished element such as the dimension of death and loss that at 6 - 7 years of age is the greatest anguish for a child.

4.2.2 Lesson 2: learning from Mistakes

4.2.2.1 Unit 1: learning from mistakes: the lessons to be learned from bad practices

Alberto Zucconi

Learning from mistakes, which is easier said than done, as in our culture often the notion of "I made a mistake" is associated with shame and disappointment, fear of losing the esteem of our colleagues - and perhaps of the clients - and therefore we may regress in an infantilistic stance that tends to negate the error, blame others for it, pretend that is not our fault, etc. This attitude of denial prevents us from seeing that behind every error we can find a treasure of wisdom. With the right attitude, being not defensive, we can open ourselves to learn from mistakes: mistakes becoming our as teachers that help us to become better professionals; by the way we often facilitate this to our clients: to learn from experience.

It's funny and tragic: we helping professionals inspire our clients to learn from their experiences and mistakes, but we promote this awareness in our clients and less so for us; we are less enthusiastic about not to defend ourselves and admit that the mistake is ours and in doing so be open to learning. A dysfunctional way of viewing errors generating loss of self-esteem when learning from mistakes should increase our self-esteem: This is a little crazy, like that those who feel afraid think they are a coward, ignoring that those who are brave experience fear but are not frozen by it, and so those who are intelligent and wise accept their errors and learn from them.

We could learn from our clients that are sometimes more ready than us to humbly accept to learn from their experience and try to not make the same mistakes. However, we are condemning ourselves to a compulsion to repeat our mistakes if we refuse to admit that they are our mistakes, because by doing so we are describing

ourselves as victims and we create a situation of self-defined impotence. Let's welcome our mistakes as masters of wisdom.

4.2.2.2 Unit 2: Trauma has significant effects on physical and mental health and is one of the main causes of morbidity and mortality from generation to generation

Alberto Zucconi

The negative impact on the physical and mental health of people suffering from any form of trauma is considerable. The World Health Organization states that the various forms of trauma constitute a real social health emergency.

We see that human capital suffers greatly at the physical-mental level from trauma. The ability to contribute effectively to the prosperity of one's community is compromised because those affected by trauma are in need of care and this consumes economic resources and also by trauma is impaired the ability of trauma victims to produce prosperity for themselves, their families, their communities and nations.

We can also observe another very worrying aspect for those who are victims of trauma: not only does the victim become a person with damage to their physical and mental health, but often, especially for certain types of trauma (such as being victims of violence or sexual violence) there is a high frequency of becoming perpetrators and thus traumatize other innocent people. This shift from victims to perpetrators is a terrible thing that shows how trauma is like a virus that expands if not combated, prevented and treated effectively in the community: a real pandemic. One can speak of pandemics, that is, as something that is transmitted from individual to individual quickly throughout the population which causes serious loss of human capital.

In a bio-psycho-social approach we cannot leave the responsibility of the prevention and treatment of trauma to the health sector alone, but it is a policy task and therefore of all the institutions - families, schools, work organisations, the world of juvenile justice, legislation must become sensitive to these problems and also become part of an effective network for the prevention and resolution of trauma. This is in the interest and for the good of all.

4.2.2.3 Unit 3: Trauma is pervasive

Gabriele Castelnovo

We will talk about the pervasiveness of trauma: it is becoming increasingly clear that trauma has relevant impacts on the community and society. In the past, studies on trauma focused more on the acuity of a trauma and the exposure to events of a certain importance. Over time the concept of trauma has expanded to include many other aspects.

Trauma is something that is pervasive in our societies: from research we know that an adult person has been exposed, or will be exposed in the future, at least once to a traumatic event. From some studies, like the in-depth study of Benguet, we know

that worldwide the percentage of trauma in various countries is very high, with variations, but always in high percentages. It is therefore important today to know what are the aspects that protect people from trauma and what will increase the risk of trauma exposure.

We know from studies on the subject that trauma is also at the root of many of the chronic disorders that today have major repercussions on the economy and on public health, but above all trauma impairs the ability of the individual to express their potentialities and therefore to become a fully conscious and effective citizen of the community and society in which he lives.

Trauma is even more important if we consider all those traumas that occur during the period of development of the individual, when a person is developing their emotional and social capacities; trauma can powerfully affect the development of these capabilities, seriously undermining the future development of the individual. It will therefore be fundamental, and it is today, to deepen our knowledge of trauma, to be well informed about this topic, as we are doing through this course.

4.2.2.4 Unit 4: brief update on trauma: the ACE study

Alberto Zucconi

Adverse Childhood Experience: a very large sample of the population measured the incidence and results of traumatic effects on children and their negative consequences on people's lives, but let's start from the beginning. The ACE study, that is, the one that studied the negative childhood experiences of a large part of the population, was conducted by the largest non-profit organization of health insurance: Kaiser Permanente, a private non-profit health insurance in California. They invested many millions of dollars to conduct this study that has benefited the entire scientific community, because we now know much more about this topic, replicas of this study have confirmed the original data: on average in the population at least one third - therefore one third of citizens - is affected in their childhood at least by experiencing an adverse episode, by a trauma. A smaller number of citizens is affected by two types of trauma and an even smaller number suffers a higher number of traumas.

The more a person is affected by multiple traumas, the more they suffer from the negative consequences, as if a knife stab will hurt a lot, but being stabbed several times is even worse. Traumas are worse than stab wounds, because they not only have negative consequences - such as stab wounds - on the physical and mental appearance of the victim of such violence, but they are also - in some way - a kind of virus that brings some people affected by traumas - especially traumas in which you are a victim of violence, sexual abuse, etc. - to become perpetrators in adulthood. It has been said, then, of mental and physical problems, that often the two things are associated. To explain better: people who are subject to trauma instinctively try to adjust to the trauma, that is to cope, to manage the event, some aspects of this type of trauma management may be effective at first but cost a lot in the long run. For example, some people may - in order to manage the effects of trauma - mitigate their suffering with the use of alcohol or drugs, this creates another problem, aggravating the situation, because they then become alcoholics or

addicts. At the behavioural level, it is known that we tend to avoid contact with others, and by isolating ourselves we are cut off from "recharging our batteries". Or becoming sexually promiscuous. In short, adverse childhood experiences are a real social scourge and very costly, because the costs for treatment and care alone are very expensive. Thus it is in the interest of everyone that we all strive to prevent and treat the trauma we have suffered from childhood effectively. This not only benefits the victims, but the whole society.

4.2.2.5 Unit 5: The Trauma-informed approach

Alberto Zucconi

What does trauma-informed mean? Simply, to be centered, to be aware, to be informed about trauma. It is an approach aimed at preventing retraumatization and at offering services and designing structures that lower the risk of retraumatization and maximize the possibility of offering effective services.

We have come to define good practices as trauma-informed practices also thanks to an attitude of openness and recognition of mistakes made in the past. Errors, of course, committed not intentionally, but out of ignorance. Precisely because we did not know that some aspects of the treatments offered at the time were part of the problem and not of the solution: for example, we did not know that pushing clients against their will to remember past traumas, re-experiencing traumatic moments and so on were iatrogenic.

Today, thanks to what we have learned from the mistakes of the past, we have a series of directives and parameters that help us to prevent damage and maximise the benefits of services offerings. This is not only valid in the field of health, mental health, but in every other field - for example, schools, organizations, juvenile justice regulations or even laws. In short, a trauma-informed school is a school sensitive to the problems of trauma and therefore the teachers will also know that not always an so called undisciplined student is somebody not respecting the rules but the student could be expressing an underlining problem due to a trauma. Knowing this will allow the teacher to manage more effectively his role as a trauma informed teacher, by referring the problematic student to the psychologist so that the student, if he or she needs help, can be helped and his problem does not become more serious.

After all, having an informed-trauma approach is not only a duty, from an ethical, clinical and mental health point of view, but it is also effective in the cost-benefit ratio, because providing treatments that reduce the damage is in the interest not only of the survivors of trauma but in the best interest of the whole society.

4.2.2.6 Unit 6: 1st trauma-informed principle

Alberto Zucconi

The common denominators are present in each structure - no matter what - whether it is trauma-informed, that is, whether it is a territorial structure dedicated to the protection and promotion of health, or a school, a work organization, an institution for specialized treatment, or even a correctional facility part of the judicial system. A

community, in order to be trauma-informed, must have these common denominators that share a thread: the common denominators are all unified in wanting to communicate to trauma survivors a feeling of security, physical and psychological - to be a safe haven.

The first trauma-informed principle is that facilities must provide physical and emotional security that allows the traumatized person to feel and experience safety, that nothing bad can happen, no attacks, no harm: This is a safe place where it is not necessary to be on edge, alert, nor living with anxiety.

The trauma-informed structure is very welcoming in all the aspect of communication and metacommunication. Therefore, the client is welcomed; you really say "welcome, or welcome back" and are truly convinced that the client is a person to whom you want to give a real welcome.

A structure, to be trusted and offer a sense of security to service users, Its messages at all levels must be congruent with their actions and over time. Only in this way will the client be able to develop real trust and feel that the structure is truly a welcoming and a safe port which one can rely on.

In a trauma-informed structure there is no space, no citizenship for violence, shame and guilt; all very problematic aspects that can exacerbate or retraumatize those who have already suffered a trauma.

A trauma-informed structure also strongly ensures confidentiality and professional secrecy, the privacy of the individual, who will not be exposed to this type of danger and violence. Moreover, the language of a trauma-informed structure is centered on the person, that is, it will speak a clear, coherent language that the service user can understand and not a cryptic professional language that will take a person with three degrees to be understood.

4.2.2.7 Unit 7: 2nd trauma-informed care principle

Alberto Zucconi

The second principle of a trauma-informed organization is collaboration and mutuality. Mutuality means that the user is engaged actively in the co-creation of the services that are provided, and therefore the personal power is not that of the traditional approaches of the past (such as in the mechanistic reductionist models where the user is the designated patient). No, here clients have their say in the matter, and the role that they will assume is one of an active promoter of change aiming their actions to recuperate their abilities and human potential.

A trauma-informed structure will promote the recovery of self-respect, a crucial aspect for those who have been victims of trauma; and also, of hope; recovery, the recovery of their own potential. A structure like this will always make it clear, especially to one's self, that the recovery of health and of the functionality of a person suffering from post-traumatic stress or from trauma can only occur through effective relationships that the staff members of the structure manage to establish with the service user. In short, good team work, a working alliance.

Sharing the decision-making aspects is central to ensuring the good functioning of the service provided, firstly we know well - as is illustrated in Karasek's research on stress - that if I experience stressful stimuli but I have ample power of control,

stress is lowered. If I have little control over the situation, stress rises. It is precisely this principle at work here. Therefore, giving decision-making power and control to the service user is already part of the cure.

In other words, a client, a person with more control is able to better overcome his problems and improve his condition.

The trauma-informed structure is systemic and holistic, in the sense that it is well aware that on which it must operate is precisely the social construction of a trauma-informed reality. All the aspects combined to make it as such, and will therefore take care of the alpha to the omega, from the start of the intake to the reception and the offering of service and to the aftercare process

4.2.2.8 Unit 8: 3rd trauma-informed care principle

Alberto Zucconi

The third principle is constituted by the promotion of trust and an environment of transparency - important elements for establishing a good relationship - an effective working alliance with the service user. To achieve this goal it is of primary importance that the staff also share interpersonal relationships based on trust and transparency with other staff members, with the team and the crew and also in the context of interpersonal relationships with service users and their families. Another important aspect is to respect limits and to maintain boundaries. First of all, this is because by having clear borders, clear spaces are created, and not respecting the borders means polluting the setting and decreasing their effectiveness.

Transparency is fundamental and therefore the policies must be clear and not formulated in a bureaucratic language, but in a clear and transparent language. Another reason for clarity is that everyone must know - most especially the service users - which place they are in, what rights and duties they have, and of every aspect of the structure and of the personnel with whom they will work with.

It is necessary to have also a lot of clarity of the roles and to know that the various professionals operating in a structure have various competences and also provide for different aspects of the treatment- nobody is a generalist and therefore, as in an articulated society, the baker makes bread, a milkman distributes milk, the engineer engages in his job and so forth.

Fundamental to a trauma-informed structure is the respect for the user's rights and the active promotion of the client's rights. It is therefore essential to receive a real informed consent explaining well to the user how the procedures are actualized, the provision of services, all the while doing everything to make sure that the comprehension and consent are genuine and not mere formalities.

4.2.2.9 Unit 9: 4th trauma-informed care principle

Alberto Zucconi

The fourth principle of the trauma-informed structures is based on actions of empowerment, on giving the right to choose and also to the co-creation of the realities dedicated to users. Everything in the structure offers messages and meta-

messages centered on promoting strengths, user resilience. The choice is to promote change by focusing on the strengths of the client and not on his weakness or dysfunction. The emphasis is on promoting awareness of how the service user has dealt with his various situations in the past, at times probably not in the most efficient way, in short - the coping. It is therefore a question of applying a mission, a philosophy of service offerings that emphasizes the usefulness of relying on people's strengths. In other words, in the past the focus was on the pathologies and their reduction, now we have a new paradigm that it is based on health and strengths, of which we try to promote expansion and enlargement.

The social roles are also valued; because we are social mammals therefore it is of vital importance for the identity and development of our potential.

The declared and consistently pursued objective is to promote users' self-regulation, autonomy and self-management skills, therefore the possibility of growing also from traumatic experiences does not emphasize that a person is a poor victim, but his capacity for resilience.

4.2.2.10 Unit 10: 5th trauma-informed care principle

Alberto Zucconi

The fifth principle is that of peer support, so a trauma-informed organization will do everything to encourage its users to receive the support of their peers. This is a very important variable - to establish security and hope.

First and foremost, peer support helps people feel that they are received more securely, and it also arouses their hope that there is the possibility of getting better. In short, it is important to get support from peers in order to build greater self-confidence and potential, and even self-esteem.

Peer support also promotes opportunities for collaboration and therefore all that is positive in promoting one's social role and feeling active. It is undeniable that peer support leads to interpersonal communication that can really be advantageous in the building of narratives that are a part of a much richer puzzle and that develops narratives of hope and healing.

4.2.2.11 Unit 11: 6th trauma-informed care principle

Alberto Zucconi

The sixth principle concerns the sensitivity of a trauma-informed structure to all cultural, intercultural and gender issues or those concerning a certain part of the population or minorities, in making sure of treating everyone in a welcoming and, above all, in a democratic way. Obviously, an effective and efficient structure will not have constructs linked to the past with unjust and destructive stereotypes towards minorities. The service provided will, for example, be very sensitive to gender differences and to giving equal respect of gender diversity, and then such an effective exploit will efficiently facilitate the use of the cultural background, traditions, culture and country of origin of its users. It will build a reality that is loyal

to its own philosophy so that the organization and procedures will all be non-discriminatory and sensitive to diversity.

Furthermore, it will also be able to recognize and deal with historical trauma efficiently. Historical traumas are mass trauma events that impact even those who have not experienced it directly. To give a dramatic example: the holocaust, not only the millions of unfortunate people have been victims of the Nazi delirium, but also their children and grandchildren bore the reverberation of this bestiality.

4.2.2.12 Unit 12: Trauma-informed schools

Alberto Zucconi

Schools can do a lot for the prevention and effective management of traumas and above all in preventing retraumatization. Schools are a nevralgic point of the community, teachers in particular because they continually see their students and have frequent contact with their families. Furthermore, teachers enjoy a certain social prestige, deriving from their role in the community. So, if the teachers and all the school staff are sensitized on the parameters of a trauma-informed school, then maybe they would have asked to an expert consultant to improve from a problem-ignorant school to a well-informed school about the problem of trauma. Now, this school would not be part of the problem, but part of the solution not only because teachers who are sensitized to trauma problems may be well prepared to pick up signals. If they do not have a trained eye, they could interpret some of their students' behaviors as mere disciplinary problems, but instead being Trauma informed teachers, they may be sensitive enough to act as a reference to students and have assessments if one of their students' needs support as a victim of trauma. Teachers can have a significant influence on parents, who can gradually become trauma-informed parents and can make a significant contribution to this type of problem.

In short, a trauma-informed is a complement to the vocation of a school, which is effectively disseminating knowledge to help people to function as proactive citizens of the polis.

Hence, a trauma-informed school is fully equipped to carry out its mission as a school in the best sense of the term.

4.2.3 Lesson 3. Focusing on people: Hospitality and Empowerment

4.2.3.1 Unit 1: Focusing on the service user to offer a safe haven and working on the trauma while always respecting the customer's time frame.

Emanuela De Santis, Social worker and Emanuela Tardioli, Psychologist-psychotherapist

We will illustrate some of the lessons learned from 20 years of experience working in services dedicated to children and their families and creating pathways of help,

support and intervention for children exposed to violence, witnessed violence, abuse or other traumatic experiences.

Over time, the most important things focused on were: the need and the importance of building - an appropriate relationship to create a safe environment for the child beyond the needed technical and scientific skills. The term "safe" must be interpreted in terms of listening to the needs and requirements of the client with profound respect, this is fundamental in situations where the child comes from experiences that have violated his sense of security and self respect and the continuity of life. In these situations, ensuring a situation of deep respect is essential to assure the restarting of the client' developmental process.

What does a dimension of respect mean? It means a real dimension of listening - empathic listening - and not centering on protocols and the needs of the operators. Rather, centering on what the internal world of the minor, their needs, their time-frames; which must be respected since we often find ourselves facing minors who have developed a defensive and self-protective attitude. It is therefore important that the operator who intervenes does so not by threatening to break down the defences of the client (wanting to know, to take away, to ask questions) but respecting an exposure time for the child, being aware that the defense is simply the best way the child has found to cope with a force that has been overwhelming. So slowly making these defenses unnecessary, you can go and meet the core of the heart of that child.

Experience shows us how important it is, therefore, to be centred on the needs of the child.

We will now illustrate the experiences accumulated by a social worker who for 8 years has served in the City of Rome, dealing with prevention, protection and support for children and their families.

In accordance with what has been said above, referring to the necessity of being centred on the needs of the child, this reflection can be extended to the need to centre on the characteristics and uniqueness of each situation, including all those involved beyond the child and certainly his parents. In the daily work of a social worker we are mainly concerned with working with parents, as children who suffer or have suffered one or more traumas are usually taken care of and followed by specialists trained to support them in this process.

As far as the social worker's activity is concerned, the social worker takes care of accompanying families in the process of being aware of their difficulties, criticalities, vulnerabilities, but also of the actions that have caused damage and discomfort to their children. Then building support networks which can support them in the acquisition and appropriate use of parental responsibilities that guarantee the child his right to grow up peacefully in his family, in the context of protection.

According to experience, what are the predominant elements that are needed as operators to work in this field with these people? Certainly technical and professional scientific skills, but also skills and abilities that relate more to the personal sphere. We refer, therefore, to everything that can be contained within the "inner world" of the worker: their emotions, prejudices, resonances, assumptions that we tend to make when entering into a relationship, as well as being professionals in helping relationships, we are people who meet other people.

What happens when you are working with abusive or neglecting parents? We should not hide the fact that sometimes, even often, we feel feelings of anger, indignation

and even fear sometimes; surely what we mean is that we must not pretend that these emotions do not exist, they are part of us and would in any case enter into the therapeutic relationship. The important thing is knowing how to recognize them, in such a way that permits you to manage them and ensure that they do not affect the reality before you, or to ensure that you do not interpret what you have in front of you in a personal subjective way, confusing the plains of reality or the roles.

Sometimes the operator, confused by his emotions, tends to act as the one who gives the directives and the parent simply becomes the victim of the decisions of the operator; this certainly distances us from guaranteeing the protection and the protection of minors, because if we are not absolutely focused on the reality of the situation to be faced, it is not possible to understand or to perceive the needs of minors and therefore to manage effectively the interventions.

As for the direct relationship with the child, the intervention of the social worker is more limited, but nevertheless there could be strong emotional components, the social worker may wish to respond to their personal needs wanting to give traumatized children the affection and care not received, other times the worker may be trying to substitute the helping professionals who follow them and help them in the processing of their trauma.

4.2.3.2 Unit 2: Welcoming/accommodating LGBT service users

Maddalena Vagnarelli

The complex narrative that sees LGBTQI adolescents grow up in family and social contexts that often ignore them, denigrating fundamental dimensions of their identity, such as sexuality and affectivity, may be present in a variety of psychological disorders.

A wide range of scientific literature shows that in a non-clinical population these individuals suffer significantly more from anxiety disorders, substance abuse, post-traumatic stress disorder and have an increased risk of suicide. Researchers correlate this increased incidence of mental distress with the dimensions of minority stress and social homophobia; therefore invisibility and silence emerge as causes and consequences of traumatic experiences.

Within the experience of these individuals acquire traumatic realities, concepts of cumulative trauma, relational trauma and complex traumatic disorders.

There is, therefore, a circular relationship between social prejudice, the aspect of feeling dissociated, invisibility, but also resilience, in a population that is denied not only this dimension but also that of citizenship, belonging and inclusion.

It is therefore necessary, for those who are responsible for the hospitality and support of these children, to ask themselves how to facilitate and assist these individuals to win the right to exist, to dignity and the right to love.

The reciprocal relations that have been sustained over 50 years and continue today, the documents, vademecum, guidelines produced as a result of these researches refer to the dimensions that follow:

- Homosexuality is a normal and positive variant of human sexuality and does not in itself constitute an indicator of mental or developmental disorders
- Homosexuality and bisexuality are subject to social stigma, this can have many negative consequences in evolutive processes and pathways

- Homosexual effects and behaviours can be present in various sexual orientations
- LGBT people can lead satisfying and happy lives, establish lasting relationships as a couple, form families as strong as heterosexual ones
- There is no scientific research that links homosexuality to trauma or to dysfunctionality
- There is no evidence that all therapeutic attempts aimed at modifying the sexual order are effective or risk-free.

The guidelines issued by the APA in 2012 with respect to psychological practice with LGBTIQ emphasizes the importance of taking into account the attitudes of the helping relationship administrator towards homosexuality and bisexuality. Understood not only as the knowledge of the effects of stigma on these people, but also the awareness of their implicit and explicit attitudes regarding homosexuality or bisexuality. So both the personal expertise on these issues as well as the personal view of them, can affect the field of evaluation and intervention.

- The recommended common denominators that can be extrapolated from all the documents produced so far can be summarized as follows:
- Offer acceptance and support by listening respectfully, non-judgmentally and empathically to help the user to overcome the discomfort caused by minority stress
- Adopt appropriate measures in the knowledge phase of these individuals: evaluation should be directed to the knowledge of the subject in all its complexity, considering the interactions and interconnections between minority stress, mental health and the spiritual and inner dimension, as well as the position that sexual orientation occupies in the general functioning of the individual.
- Encourage and support active coping: we know that for adolescents in general it is important to feel proactive agents in their lives, in particular when coping with stressful events the helping relationship provider should help the user and encourage strategies that facilitate cognitive and emotional processing of the stressor.
- Understand the role played by friendships and the LGBTIQ community. Considering that minority stress can lead to marginalisation and isolation, a key element is to increase the ability to benefit from social support.
- Explore and develop identity. Identity dynamics are an important and fundamental aspect in adolescence and in that of LGBTIQ individuals, so it is important that these people can explore and integrate without necessarily having to choose one identity at the expense of the other as in the case of the male-female dichotomy.
- Understand conflicts and promote their integration. The helping relationship should promote dialogue and integration between parties of any conflict, as is the case, for example, with sexual orientation and religious beliefs.
- Understand the underlying meanings of requests to change sexual orientation or to undergo remedial therapy. In these cases it is important that an expert therapist conducts an analysis of the appropriate question, accepting meaning and exploring this desire and leading it back to complex family and social dynamics that could lead the subject to consider unacceptable this element of his own identity.
- Understand and explore the coming out process
- Capture levels of minority stress in conditions of dual minority relationships, where the individual is discriminated against not only because of homosexuality or bisexuality but also because of other conditions subject to social stigma

- Taking into account the weight that minority stress has in couple dynamics, it is important to remember that gay and lesbian couples are not recognized by the main religions or in the legal system of many countries. In connection with this, it is necessary to consider all that is related to homogeneity and the lack of legal regulation of this type of family formation.

4.2.3.3 Unit 3: Personal growth is essential: growth after trauma

Alberto Zucconi

Growth after trauma is a phenomenon of personal growth that some traumatized individuals experience as a consequence of the trauma itself. In other words, not only does trauma cause considerable, serious damage to the body and psyche of the individuals concerned, but in addition to all the damage there is also this phenomenon of growth, with a significant number, though not the majority, of victims of trauma. This underlines the incredible resilience of the human species, or perhaps speaks of the resilience of all life forms that have developed through the evolution of life on our planet.

In any case, the tragedy of the trauma tilts the person - "slams", offends and hurts the victim of trauma like a real earthquake, whose shocks impact both the psychic and the physical components of the person. However, in such a turmoil, as often happens, not all evil is uniquely one-way because when a subject is overwhelmed by a trauma one must adjust to the new reality and some individuals adjust and reassemble, growing from the experience of trauma. So at the existential level they live an experience of growth. In other words, they are more open, more grounded in moral and spiritual values, they live more significantly and relate to themselves, others and the world with new and deeper meanings. A personal example:

I remember the emotion I felt when I read a book written by a colleague - Victor Frankl - who had a lot to do with the tragedy and all the traumas related to being taken, as a Jew, during Nazism and interned in a Nazi extermination camp. In the extermination camps, before killing people physically, they humiliated them and tried to kill their human dignity with some diabolical success. However, a small number of people not only survived the camp on the physical level, despite all the traumas they survived and thrived on the psychic level, and became better people. As Frankl tells in his book "Man's Search for Meaning", he and four other fellow campers deprived themselves of the little food they had to give loving support to people even more unfortunate than them (those sick or weak). They risked being sent to the famous showers, the gas chambers, and then exterminated. Those of this group who survived and were then freed at the end of the Nazi madness, had become, despite their physical weakness and even though traumatized, better people with a more significant existential relationship with themselves, others, and the world. An aspect that makes us meditate and perhaps gives us some hope.

4.2.4 Lesson 4. European Instruments and Situations

4.2.4.1 Unit 1: Art Therapy - the work of Virginia Axline

Sabrina Maio

In clinical work with traumatized children, through a model of psychotherapy based on play-therapy according to the model of Virginia Axline, a US psychotherapist, pupil of Carl Rogers, which has transposed the basic principles developed by Rogers in the field of adult psychotherapy, into clinical work with children. This work was published in her book "play therapy" in 1947.

The hypothesis postulated by Rogers, are fundamental for understanding the inner world of the child, to which Axline refers; Rogers speak of a child who has an innate tendency to actualize their potential of their organism, all their behaviors are aimed at achieving this goal. A second postulate is that children can regulate themselves and no one knows better than them what is best for them. A third postulate is about a child who actively searches for all those experiences that may facilitate their development, the expression of his or her potential and his or her body, while he or she will tend to reject all those experiences that he or she considers unfavorable.

From this point of view, play therapy allows the children to express themselves in the best possible conditions, thanks to a safe climate, containing and facilitating the child to have the opportunity to better express their potential. The facilitating climate that is achieved in the field of play therapy allows the child to strengthen, to know themselves better and to correctly symbolise their experience, in other words, to give expression to their emotions and feelings.

Access to the child's inner world is possible through the so-called preferential channels: play, drawing and tales. Through these channels the child is able to express themselves more spontaneously and freely, as they are channels that connect to them strongly, and thus children able to express their needs, experiences and emotions.

As part of the process of play therapy, the therapist will be careful to reflect to the child everything that emerges through the game, therefore tuning in with their emotions. This allows the child to increase awareness of his own behavior.

The construction of the setting is fundamental in play therapy because it is the way in which the child is welcomed. In this sense, for example, having a lot of play materials available allows the child to express himself freely, to move freely within the environment. This becomes a very significant experience for them: when the child feels free they are better facilitated in self-exploration and, through this, change occurs, which produces personal empowerment. Returning to the construction of the setting, the presence of many materials, such as sheets of paper, various colors, plasticine to model, trays of sand to create scenes on, or the presence of books, fairy tales to tell or read together, along with the presence of puppets, which allow the child to express himself at best. For example, the use of two puppets that the child and therapist can wear with their hands, wearing them the child transform them into parts of himself and can thus interact with the therapist, making the puppet act as a channel of communication. This is important because in doing so the child can open up in a deeper and more effective way.

In this sense the puppets can interact as if they were autonomous entities. It is important that the therapist looks directly at the puppets and not at the child, for this makes it easier to consider them as a channel of expression that is not themselves. The fact that they represent animals is a facilitating element because it is easier for the child to identify with the animal than with the human figure.

The therapist in this process with these materials of play will only accompany the child in this path and - citing Axline - during a path of psychotherapy it will be the child who indicates the way forward rather than therapist directing it.

In fact, when the child is free to express themselves, self-regulation is possible, as stated by Rogers' postulates mentioned above. In this perspective, play therapy is effective in working with children who have suffered traumatic experiences, with the creation of a climate of

safety, containment and freedom that allows the traumatized children to best express themselves and start to process their experiences in a healthy manner.

4.2.4.2 Unit 2: Tools for trauma evaluation

Sabrina Maio

There are various tools for assessing trauma which, like all diagnostic tools, can only be administered by psychologists.

Among the various existing tools it is worth mentioning the projective Wartegg Test, is semi-structured and based on drawing. It is a test that can be administered from 4 years of age up to adulthood. It consists of paper form with 8 squares bordered by a black frame which contain a small sign which is given as the starting point of the drawing. The person who carries out the test must complete a drawing from what is already present in the box, completing it square by square and making eight drawings in total. It is a very simple psychodiagnostic tool to administer, also in terms of time requirements, and is based on drawing, a channel which is certainly preferable and facilitating for the child, as mentioned above on play therapy. Being a preferable channel for the child facilitates its realization.

The Wartegg test is based on a very accurate decoding and interpretation system. Despite the simplicity of administration, the decoding system is very articulate and accurate and refers to the Crisi-Wartegg system: a procedure developed by Professor Crisi, which, in general, allows us to obtain a description of the functioning of the personality of the individual to whom the test has been administered. With respect to the specificity of trauma, the test allows, through the reading of certain index to identify the presence of a trauma, in terms of impact on the individual, and everything that may arise as a result of having lived a traumatic experience, both on a cognitive, relational and affective levels.

The Wartegg test was not born as a specific test for the evaluation of trauma, but it can make a significant contribution in this regard. The report that results from the decoding, which takes place through a first phase in which the drawings are translated into abbreviations, abbreviations into indices, and these read in a configuration of indices that outline and describe aspects of the functioning of the personality.

The strength of this test is in its simplicity and immediacy and that it can give a description of the impact of trauma on the psychological functioning of the individual themselves.

In addition to the Wartegg test, which has a projective nature, there are also questionnaires to evaluate the trauma, to name a few: the Hopkins Symptom Checklist - 2 which is a questionnaire developed by Harvard University and which was created to assess the presence of symptoms in refugee children (who have lived this experience), another questionnaire is the Trauma Symptoms Checklist for Young Children, a questionnaire that is filled not directly by the child but by the caregiver, and finally the Coping Responses Inventory which is administered from 12 years of age and is a self-report questionnaire.

4.2.4.3 Unit 3: European overview of trauma care country by country

Alberto Zucconi

Europe has been the scene of mass traumatic events that have had a negative impact on large sections of the population. Moreover, trauma, in all parts of the world, is widespread. The

kick is that about 70% of the population will suffer at least one traumatic event during their lives, and receive damage from thus. It is a real pandemic: a widespread epidemic, and as such the damage at the mental, physical, behavioral, social, economic levels resulting from trauma are so serious that you would say that European nations are on high-alert - among the most advanced in the world - to invest in research, know-how, funding and develop the skills to effectively manage - as we do for many other phenomena - this pandemic.

Unfortunately, however, this is not the case; incredible but true is how little has been done. There are exceptions to this rule, virtuous nations - such as the Scandinavian ones - for example in Sweden have equipped themselves not only at the level of treatment of traumatized people, but also at the social level, facing with foresight the problem that in every city there is a task force dedicated to trauma, or professionals - such as social workers - are well trained during their academic process, on how to manage and prevent these issues.

Many other European countries, however, have not been as effective. Just think that Belgium, where there is an excellent per capita income, an excellent capacity for development, industry, services, until a few years ago did not have the tools to counter or help professionals to develop skills in the social construction processes of the professional.

The situation, therefore, is not absolutely satisfactory today, with outliers - such as England and, in general, the Anglo-Saxon nations - that have developed in a far-sighted way the possibility of training and investing resources in creating institutions that can be of help and treatment to traumatized people, but also their prevention.

However, in many countries, for example in Italy, there is still a long way to go before we will have an acceptable situation decently under control. Positive work has been done, of course, by the traumatology companies that have developed in recent decades, these have made up for what would be the task of the university training processes of the various health professions to create and offer training, updates and even the possibility of qualification in diplomas in the treatment of trauma. Much remains to be done and this is an absolute ethical and moral imperative - but above all of social health and the health rights of individuals. In Italy, Article 33 of the Constitution, like many other European constitutions, says that health is a right of every citizen, so we must protect and promote the health of all: this is an imperative.

4.2.5 Lesson 5. **Summing it up**

4.2.5.1 Unit 1: **Conclusions**

Alberto Zucconi

We've come to the end of the second module of this course. I would like to sincerely thank all those who have contributed to its implementation, including each of you who have participated - and in many cases actively participated. Thank you to all those who have given honest feedback, shared with us details on their local situation, offered suggestions and given us permission to use materials, maps and knowledge that thanks to you will improve this course in subsequent editions.

A sincere thank you to each team member that worked with great generosity and commitment to achieve this goal in which they strongly believed, sharing its aims and objectives.

Thanks to all colleagues outside the institute who agreed to work for free and give their image, their contribution and also their material to be shared for free and disseminated through the portal of this course.

Thanks to all the IACP staff who generously contributed with all their hearts and minds to share their experiences in this difficult field of offering help to young trauma survivors.

Thanks also to all the organizations that have collaborated with us and finally, thanks to all the partners of the Care Path project who have assisted us in every way and always with their sympathy and affability.

The last thanks to the project manager and to all the colleagues of the University of Turin. Luca Rollè is really is one of the best project managers we have met in all of the various European projects in which we have participated; also to his colleagues of the University of Turin, Faculty of Psychology, they are wonderful and have done everything and more to facilitate our task.

So thank you, thank you all and good work and to the participants in this course we wish you a good continuation with the other modules.

Ciao!

Alberto Zucconi and all the people of the IACP Team.

5. Moduli Italiani

5.1 Modulo 1: Corso Care Path

5.1.1. Lezione 1: Le basi teoriche

5.1.1.1 Unità 1: Introduzione e disclaimer

Alberto Zucconi - psicologo psicoterapeuta, presidente dell'Istituto Centrato sulla Persona

Salve, sono Alberto Zucconi, psicologo psicoterapeuta e presidente dell'Istituto Centrato sulla Persona che ha curato i primi due moduli di questo corso al quale volevo darvi il benvenuto.

Prima di tutto vorrei dire due parole come Alberto Zucconi, cittadino, e sono parole di gratitudine. Un grazie sincero ad ognuno di voi che lavora a supporto e tutela di minori traumatizzati. Il vostro è un lavoro importantissimo, sensibile, delicato, ma alcune volte anche molto pesante. Sappiamo bene che lavorare con persone che soffrono a volte fa anche soffrire e può anche portarci al burn-out. Quindi un grazie sincero perchè il vostro lavoro è a tutela di una realtà preziosa per una nazione e per una comunità: il capitale umano. Le persone traumatizzate hanno tutto il bisogno di tutte le cure possibili per essere aiutate a rientrare, a pieno titolo, ad essere membri attivi della comunità ed essere costruttivi per sé stessi e gli altri membri della comunità.

Vorrei aggiungere un'altra cosa, forse ovvia, ma che è meglio sottolineare: questo corso è indirizzato a tutti voi che siete diversa provenienza, professionalità e competenze e che - cosa risaputa - siete tenuti dalle leggi vigenti, dagli ordinamenti deontologici delle varie professioni e dalle regole interne delle varie organizzazioni di cui fate parte, a fare tutto quello che sapete fare ed a cui siete preposti a fare e di non valicare i confini e i limiti, perché questo non sarebbe certo a favore dei vostri assistiti.

Aggiungo ancora un'altra cosa ovvia, per complicare le cose le leggi non sono le stesse in tutte le nazioni europee e questo è un corso indirizzato a varie nazioni e in varie lingue,

quindi - ovviamente - l'aspettativa è quella di erogare un corso a persone consapevoli del fatto che anche rispettare i limiti significa lavorare efficacemente ed efficientemente. Ancora grazie per essere saliti a bordo di questa avventura e grazie per il lavoro quotidiano che svolgete con passione.

5.1.1.2 Unità 2: che cos'è una relazione di aiuto

Gabriele Castelnuovo

Siamo qui insieme oggi proprio per parlare di relazione di aiuto, soprattutto per andare a definire che cosa sia una relazione d'aiuto; per fare questo è necessario partire dal paradigma di riferimento. Sappiamo e abbiamo visto che il paradigma si è modificato. All'inizio del '900 c'è stato un grosso cambiamento e si è passati da un paradigma meccanicistico riduzionista ad uno olistico e sistemico. Anche il modo di intendere una relazione di aiuto è cambiata, infatti nel paradigma meccanicistico riduzionista la relazione d'aiuto era caratterizzata da un'asimmetria: il professionista era l'agente significativo che imponeva al proprio paziente la visione della realtà, la sua visione della realtà, in qualche modo agiva creando degli effetti nel proprio paziente e quindi questi era passivo presso il professionista.

Con l'adozione del nuovo paradigma molte cose si sono modificate perchè sappiamo che il centro è divenuto la relazione: l'importanza non è sulle parti, ma sulla relazione in cui sono queste parti e che vanno con essa ad essere qualificate. La relazione d'aiuto alla luce di questo nuovo paradigma quale può essere? Per aiutarci a definirla leggiamo le parole scritte da Carl Rogers già nel 1951, autore che occupa un posto di primo piano nell'intendere la relazione di aiuto proprio in questa ottica. Carl Rogers ci dice: "la relazione d'aiuto è una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato; l'altro in questo senso può essere un individuo o un gruppo. In altre parole la relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o in ambedue le parti, una maggiore realizzazione delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione".

Si evince qui le parole che meglio risaltano sono valorizzazione, promozione, risorse e quindi questa nuova ottica in cui vedere la relazione di aiuto è un'ottica che pone i due protagonisti della relazione in una parità, così il professionista non sarà l'esperto agente significativo, ma sarà colui che andrà a promuovere tutte quelle risorse che sono intrinseche all'altra persona. Così facendo potrà innescare un processo di co-costruzione della realtà più funzionale per il cliente andando così ad accompagnarlo in un processo, stando però lì dove è lui.

Allora quale caratteristiche deve avere il professionista delle relazioni di aiuto oggi? Sicuramente deve poter farsi forza attraverso un sapere, deve cioè avere un *corpus* di nozioni teoriche a cui appoggiarsi, deve oltretutto saperle applicare e quindi queste teorie vanno anche rese concrete, vanno applicate e sapute applicare nella relazione. Oltre al saper fare, dato che il *focus* della relazione è proprio la qualità della relazione stessa, sarà necessario saper essere, sapere cioè mettere in campo tutte quelle condizioni e qualità che facilitano e rendono una relazione di aiuto efficace. Tra queste sappiamo sicuramente che l'autenticità è una, che il saper vedere il mondo con gli occhi dell'altro è la seconda e che la terza è il non giudicare il cliente, ma riuscire ad accoglierlo.

Se questo è possibile, se queste tre condizioni saranno attuate dal professionista, tutto si avvierà verso un processo di cambiamento e di miglioramento.

5.1.1.3 Unità 3: Il differenziale di potere, i rischi di passività appresa, da pazienti passivi a cittadini attivi

Alberto Zucconi

Il potere è sempre presente nelle interazioni umane. Dove due o più persone interagiscono c'è sempre un potere che può essere oscurato o messo in evidenza. In genere la storia ci insegna che coloro i quali hanno molto potere non amano molto discutere su questo argomento perché temono di avere meno potere se c'è trasparenza sui differenziali di potere.

I differenziali di potere esistono ovviamente sempre anche nelle relazioni di aiuto. Il professionista, l'esperto, colui o colei il quale offre un servizio ha più potere dell'utente, cliente, paziente che si voglia definire. Perché? Perché sa qualcosa di cui l'utente non conosce esattamente gli elementi, in più può offrire al cliente qualcosa di cui il cliente ha bisogno, inoltre disegna le regole del setting (cioè della fruizione del servizio) e può addirittura sospendere l'erogazione del servizio stesso. Insomma c'è sempre un differenziale di potere tra chi eroga un servizio e chi lo riceve.

In passato, con il paradigma meccanicistico-riduzionista, nelle relazioni di aiuto il differenziale di potere era molto elevato. Si è visto, alla luce anche del nuovo paradigma della Carta di Ottawa e del paradigma biopsicosociale, che questo non era auspicabile perché un differenziale di potere eccessivamente alto può portare al fruitore del servizio ad assumere una connotazione passiva che non aiuta a raggiungere gli obiettivi del servizio stesso.

Oggi quindi si tende a centrarsi sugli utenti, sulle persone dei clienti, ed incoraggiare il cambiamento attraverso azioni di empowerment che responsabilizzano il cliente a sviluppare le proprie capacità, la propria creatività e la propria resilienza. Questo, le ricerche lo evidenziando in molto chiaro, è veramente utile in quanto in tutti i campi delle relazioni di aiuto si ottengono migliori risultati in minor tempo e si abbassano - per esempio nel campo della salute e del benessere - effetti secondari e ricadute; quindi il mondo si sta sempre più orientando all'evidenza che tutti guadagnano se il potere è condiviso e se tutte le persone contribuiscono a raggiungere gli obiettivi. Tutto ciò anche a livello della società e quindi una cittadinanza attiva, consapevole contribuisce molto di più ad una ecologia sociale e alla costruzione comune della policy: per relazioni sostenibili una policy sostenibile.

Ciò è vero anche quando si erogano servizi ai bambini che sono piccole persone, non sono bambini che non capiscono e che non sono responsabili, questa costruzione sociale dei bambini come delle "piccole cose" è senz'altro obsoleta.

5.1.1.4 Unità 4: il coping

Alberto Zucconi

A cosa servono le relazioni di aiuto per coloro che se ne avvalgono? Abbiamo sottolineato in precedenza, quando abbiamo evidenziato l'obiettivo della carta di Ottawa del paradigma biopsicosociale, è quello non solo di curare le malattie, ma di sviluppare il potenziale di salute e benessere, la capacità di apprendimento attivo e di sviluppare la propria creatività e resilienza.

Un'altro modo di appellare questa capacità innata negli organismi umani è quella di *coping*: termine inglese che in italiano significa saper gestire le proprie evenienze di vita; in altre

parole di saper gestire al meglio le capacità di relazione con me stesso, con gli altri e con il mondo che mi circonda. Sappiamo che nelle relazioni di aiuto, per quanto riguarda le qualità che il professionista efficace a prescindere dall'approccio che usa, questi per essere efficace deve sapersi relazionare con il suo utente con alte qualità di rispetto profondo e non pregiudizio, di comprensione empatica non solo di quello che dice l'utente, ma quello che sente, i suoi significati, e rapportarsi a lui con onestà, autenticità, trasparenza. E necessario però anche da parte dell'utente, cliente, paziente delle capacità perché questo funzioni, poiché si tratta di un gioco di squadra.

Nelle relazioni di aiuto gli utenti che si potrebbero definire "efficaci", sono utenti che sono sinceri e si sentono motivati al cambiamento, magari perché non stanno bene e vogliono cessare di soffrire in qualche maniera, inoltre hanno la capacità di entrare in contatto psicologico con il professionista che lavora con loro e di percepire le qualità relazionali che il professionista mette nella relazione.

Queste capacità fanno sviluppare, insieme anche alla capacità di perseveranza, all'essere disponibile ad imparare dagli errori, con il coraggio che serve per di ammettere che si ha sbagliato, per far diventare l'errore un saggio maestro. Questo sottolinea quanto il *coping* sia una situazione ottimale di funzionamento e il risultato di un gioco di squadra del professionista e del suo cliente per il raggiungimento di obiettivi di maggiore qualità di vita e maggiore realizzazione delle intrinseche potenzialità che ognuno di noi è nato proprio e sono descritte nel suo codice genetico e poi sviluppate ulteriormente, più o meno con le condizioni ambientali che noi troviamo, ma anche con l'attitudine che abbiamo e come ci poniamo di fronte alla vita.

5.1.2. Lezione 2: I denominatori comuni dell'efficacia

5.1.2.1 Unità 1: centrarsi sulla malattia o sullo sviluppo delle potenzialità umane

Alberto Zucconi

Centrarsi sulla malattia o sulla salute? Le ricerche ci mostrano che è molto meglio centrarsi sulla salute perché si ottengono maggiori successi e si abbassano i costi. Perché ciò avviene? Perché nel precedente paradigma meccanicistico riduzionista la persona che aveva bisogno di aiuto era in una condizione di passivizzazione, infatti l'appellativo paziente può diventare in un certo senso troppo paziente, cioè troppo passivo; indicare l'assunzione di una passività acquisita. Questo è un rischio molto meno evidente nel nuovo paradigma perché si incoraggia la persona all'uso del proprio potere ad essere ed entrare in una *partnership*, dove anche al il potere decisionale è condiviso tra professionista e il suo utente. Inoltre le ricerche ci mostrano che con un approccio di promozione alla salute e del benessere si ottengono, per le stesse categorie di utenti, risultati migliori. Per esempio un rapporto proattivo dei pazienti con una buona relazione con lo staff ospedaliero, nel caso in cui si tratti di ricevere un intervento chirurgico, attraverso il nuovo modello la durata dei giorni di degenza è inferiore e minori sono le conseguenze negative post operatorie, maggiore è lo sviluppo delle difese immunitarie e maggiore è la *compliance*, cioè la collaborazione con il medico e gli infermieri per rispettare le istruzioni di manutenzioni che possono essere di non fare o fare delle cose, prendere regolarmente dei farmaci. Il nuovo modello mostra anche molto minore litigiosità da parte degli utenti nei confronti delle strutture sanitarie e risulta anche molto meno

frequente il cambio medico curante. Quello che era forzato, quindi, era la capacità di collaborazione dell'utente e questo nuovo paradigma non solo favorisce i risultati per l'utente e per i suoi familiari, ma per la società tutta, perché una società dove le persone sviluppano più il loro potenziale si ammalano di meno, hanno vite più longeve e meno contrastate da malattie; è una società più prospera. Insomma promuovere la salute e il benessere è una opzione win-win dove tutti risultano vincenti e i risultati parlano da soli.

5.1.2.2 Unità 2: mettere la persona al centro si traduce in maggiore efficacia e offre un miglior rapporto costi/benefici.

Alberto Zucconi

Vorrei dire alcune parole su le relazioni psicoterapeutiche efficaci. La psicoterapia è una delle tante relazioni di aiuto, ma regolata dalle leggi in maniera specifica: per esempio qui in Italia soltanto medici psicologi possono - se hanno fatto una scuola di specializzazione di almeno quattro anni - erogare servizi di psicoterapia; gli altri non possono, sarebbe un reato perché tutto quello che impatta un organismo - e quindi fa bene - può, se non saputo promuovere nella maniera giusta, ovviamente fare male.

Ebbene le ricerche mostrano che l'efficacia nel campo della psicoterapia non deriva dallo specifico approccio teorico, deriva molto di più dalle qualità relazionali degli psicoterapeuti appartenenti ai vari approcci psicoterapici e, come nelle relazioni di aiuto, anche nelle relazioni psicoterapeutiche le stesse variabili, gli stessi fattori, sono operanti. Un psicoterapeuta efficace non lo è perché applica un certo modello teorico, lo è perché ha la capacità di relazionarsi con il suo utente con ampie dosi di capacità di accoglienza, non giudizio, rispetto profondo e perché ha la capacità non solo di ascoltare quello che il suo utente/paziente/cliente gli dice, ma che cosa significa per la persona dell'utente. È poi capace di relazionarsi al cliente in maniera genuina, spontanea, trasparente, ma non basta perché la relazione psicoterapica come ogni relazione di aiuto è un gioco di squadra, una co-costruzione e quindi il cliente, l'utente, il paziente ci mette del suo, altrimenti non funziona. E cosa? La motivazione che spesso viene fornita dalla sensazione di disagio - e quindi la motivazione al cambiamento - e poi la capacità di contatto psicologico con quello psicoterapeuta e, inoltre, la terza condizione: essere capace di percepire la qualità delle relazioni e quelle qualità che sono fondamentali, cioè: il rispetto profondo, l'ascolto empatico e l'autenticità del suo psicoterapeuta.

In questo modo la diade potrà funzionare con risultati molto positivi e più efficaci se la persona per lo stesso disagio ricevesse solo un trattamento farmacologico, o ovviamente nessun trattamento.

Insomma anche nel settore psicoterapico la relazione efficace è buona medicina.

5.1.2.3 Unità 3: la recovery

Alberto Zucconi

L'organizzazione Mondiale della Sanità ed anche le ricerche nel campo delle relazioni di aiuto, suggeriscono che per avere maggiore efficacia e efficienza dei trattamenti è raccomandabile centrarsi, focalizzarsi, sulla persona dell'individuo di quel cliente che

abbiamo preso in carico. Insomma, è importante personalizzare i trattamenti, non come fossero giusto un barattolo di vernice bianco e allora dipingiamo di bianco a prescindere da chi sono gli utenti.

Come la psicoterapia va personalizzata, anche le relazioni di aiuto vanno personalizzate, perché così si aiuta meglio Gino, Maira, Joseph, Mary, etc. Perché dobbiamo stabilire al massimo un lavoro di squadra e impegnarci seriamente in un percorso che vede l'altro come protagonista di questa avventura di cambiamento.

La Task Force 29, che abbiamo già menzionato, dell'American Psychological Association, mostra l'importanza di centrare sulle persone i trattamenti e raccomanda, inoltre, anche un'altro aspetto importante: che i trattamenti, la loro filosofia, deve essere impostata a concetti di *recovery* invece che come si faceva precedentemente, ad una facile e pessimistica visione di cronicità.

Che cos'è la *recovery*? La *ricovero* negli ultimi decenni ha sviluppato una capacità, con le stesse problematiche di essere maggiormente d'aiuto, e ha sfatato alcuni miti, come quello che la schizofrenia è un'affezione, una patologia, cronica. Prima si pensava così, ma il fatto di pensare in questo modo costitutiva anche una profezia autoavverante e questo, se ci pensiamo bene, è un po' una ovvietà. Tanto è vero che, sempre usando l'esempio della schizofrenia, noi sappiamo che esiste in ogni paese, tuttavia nessuna cultura la tratta ugualmente. In alcune società e culture lo schizofrenico, lo psicotico, viene considerato come una persona toccata dagli dei e perciò la comunità lo vive con rispetto, benevolenza e gli offre cibo, riparo quando ne ha bisogno; in altre società invece è un reietto che viene bandito dalla comunità e incatenato ad un albero nella foresta. Nella nostra cultura, in epoche diverse, abbiamo trattato queste persone in maniera molto diversa, a volte anche crudelmente, ma ovviamente lo facevamo per il loro bene, come quando credevamo che fosse un fenomeno derivante da una possessione diabolica e allora torturavamo questi poveretti con ferri roventi così, se il corpo posseduto da un diavoleto diventava per questo scomodo si sperava che il diavolo ne uscisse; oppure abbiamo trattato le persone con tanti altri mezzi, ma sempre facendo la profezia della cronicità e puntualmente queste profezie si avverano.

Con la visione della *recovery*, che dice "no, qualsiasi sia la tua situazione, anche disperata, come nella schizofrenia, puoi recuperare funzionalità", ebbene si realizza una profezia positiva che, come tutte le profezie, in certa misura si avvera. Per cui oggi vediamo che chi viene visto con maggiore ottimismo soddisfa queste profezie. Abbiamo quindi persone che ancora vedono cose che gli altri non vedono, sentono voci che altri non sentono, ma sono consulenti pagati in un'ASL impiegati per consigliare come trattare persone con le stesse affezioni in maniera più umana e ottimistica, e poter realizzare - invece di profezie negative - delle profezie positive che sono ugualmente autoavveranti. La profezia, infatti, bisogna stare attenti dove ci conduce.

5.1.2.4 Unità 4: l'efficacia professionale nelle relazioni di aiuto: denominatori comuni e aspetti specifici delle diverse relazioni di aiuto

Alberto Zucconi

Oggi disponiamo di una vasta messe di ricerche ci illustrano in cosa consiste l'efficacia professionale per un professionista che eroga dei servizi nell'ambito delle relazioni di aiuto. La ricerca parte da delle ipotesi genialmente formulate dai Carl Rogers, colui che sarà il fondatore dell'approccio centrato sulla persona e uno dei padri della psicologia umanistica.

Nel lontano 1942 Rogers formulò scientificamente delle ipotesi e passò alla sua verifica empirica su quello che costituiva in un professionista le condizioni necessarie e sufficienti per promuovere il cambiamento. Queste erano e sono state confermate fino ad oggi dalle ricerche: la capacità di stabilire una relazione con l'utente, il cliente, ricca di un'attitudine di non giudizio, un'accoglienza profonda nel suo rispetto della persona dell'utente, una capacità sensibile e accurata di ascolto empatico - cioè capire non solo quello che il cliente dice, ma anche quello che significa per lui - e anche un'attitudine di autenticità, schiettezza ed onestà nella relazione.

Queste ipotesi che furono subito confermate sono state via a via confermate e operanti in tutte le relazioni di aiuto, nessuna esclusa, quindi in questo Rogers dette un grande contributo ad un passo avanti delle relazioni di aiuto basate non su convenzioni, ma propriamente sulle delle basi empiriche e quindi scientifiche.

Credo ancora più eloquente sarà ascoltare direttamente da Carl Rogers in persona che illustra queste tre condizioni necessarie e sufficienti in un suo famoso filmato:

“From my own years of therapeutic experience I have come to feel that If I can create the proper climate, the proper relationship, the proper conditions, the process of therapeutic movement will almost inevitably occur in my client. You might ask, what is this climate? What are these conditions? Will they exist in the interview with the women I’m about to talk with whom I have never seen before? Well let me try to describe very briefly what these conditions are as I see them. First of all, one question is, can I be real in the relationship? This has come to have an increasing amount of importance to me over the years. I feel that the genuineness is another way of describing the quality I would like to have. I like the term congruence, by which I mean, what I’m experiencing inside is present in my awareness and comes out through in my communication. In a sense, when I have this quality, I’m all in one piece in the relationship. There’s another word that describes it for me, I feel that in the relationship I would like to have a transparency, I would be quite willing for my client that sees all the way through me, that there would be nothing hidden. When I’m real in this fashion that I’m trying to describe then, I know that my own feelings will often bubble up into awareness and be expressed, but be expressed in ways that won’t impose themselves on my client. Then the second question I would have is, will I find myself praising this person, caring for this person. I certainly don’t want to pretend a caring that I don’t feel. In fact, if I dislike my client persistently, I feel it’s better that I should express it. But I know that the process of therapy is much more likely to occur, and constructive change is much more likely, if I feel a real spontaneous prising of this individual with whom I am working. A prising of this person as a separate individual. You can call it acceptance, you can call it caring, you can call it a non-possessive love if you wish. I think any of those terms tend to describe it. I know that the relationship will prove more constructive if it’s present. And in the third quality, will I be able to understand the inner world of this individual, from the inside, will I be able to see it through her eyes, will I be sufficiently sensitive to move around inside the world of her feelings, so that I know what it feels like to be her. So that I can sense not only the surface meanings but some of the meanings that lie somewhat underneath the surface. I know that If I can let myself sensitively and accurately enter into her world of experience than change and therapeutic change are much more likely.”

“Dai miei anni di esperienza terapeutica ho avuto la sensazione che se riuscissi a creare il clima giusto, la relazione corretta, le condizioni adeguate, il processo di movimento terapeutico potrebbe avvenire quasi inevitabilmente nel mio cliente. Potresti chiedere, che cos'è questo clima? Quali sono queste condizioni? Esisteranno anche nelle interviste con le donne o con le persone che non ho mai visto prima? Bene, lasciami provare a descrivere brevemente quali sono queste condizioni quando le vedo. Prima di tutto, una domanda è:

posso essere reale nella relazione? Questo ha acquisito un'importanza crescente per me nel corso degli anni. Sento che la genuinità è un altro modo di descrivere la qualità che vorrei avere. Mi piace il termine congruenza, con cui intendo ciò che sto vivendo dentro, che è presente nella mia consapevolezza ed emerge attraverso la mia comunicazione. In un certo senso, quando ho questa qualità, sono tutto in un pezzo nella relazione. C'è un'altra parola che lo descrive, sento che nella relazione vorrei avere una trasparenza, sarei abbastanza disposto per il mio cliente che vede attraverso di me, che non ci sarebbe nulla di nascosto. Quando sono reale in questo modo che sto cercando di descrivere in quel momento, so che i miei sentimenti spesso si diffondono nella consapevolezza e si esprimono, ma si esprimono in modi che non si imporranno sul mio cliente. Quindi la seconda domanda che avrei è, mi troverò a lodare questa persona, a prendermi cura di questa persona? Non voglio certo fingere un affetto che non provo. In effetti, se non mi piace il mio cliente, sento che dovrei esprimerlo. Ma so che è molto più probabile che si verifichi il processo di terapia, e che il cambiamento costruttivo sia molto più probabile, se provo un vero e proprio sentimento spontaneo per questo individuo con cui sto lavorando. Un sentimento per questa persona come individuo separato. Puoi chiamarlo accettazione, puoi chiamarlo cura, puoi chiamarlo amore non possessivo se lo desideri. Penso che uno qualsiasi di questi termini tenda a descriverlo. So che la relazione si dimostrerà più costruttiva se presente. E nella terza qualità, sarò in grado di capire il mondo interiore di questo individuo, dall'interno, sarò in grado di vederlo attraverso i suoi occhi, sarò sufficientemente sensibile per muoversi all'interno del mondo dei suoi sentimenti, quindi che so cosa si prova ad essere lei. In modo che io possa percepire non solo i significati della superficie ma alcuni dei significati che si trovano in qualche modo sotto la superficie. So che se riesco a farmi entrare sensibilmente e accuratamente nel suo mondo di esperienza, il cambiamento e il cambiamento terapeutico sono molto più probabili. "

5.1.3. Lezione 3: I Traumi

5.1.3.1 Unità 1: la definizione di trauma

Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli - Università Cattolica di Roma

Il trauma che cos'è? Come possiamo definirlo? Il trauma è, in realtà, un'esperienza, un fenomeno stressante - spesso improvviso - che oltrepassa le possibilità della persona/soggetto di reagire e di difendersi dal trauma stesso. In realtà il trauma è qualcosa che soverchia le forze di opposizione di una persona che ne è esposta.

Il trauma è stato studiato in vari modi, esistono traumi acuti - per esempio dovuti a catastrofi naturali o tecnologiche - esistono situazioni traumatiche di tipo cronico/ripetuto - come ad esempio quello a cui sono spesso esposti i bambini - ma quello che si può dire è che la storia del trauma, da un punto di vista clinico, inizia proprio con lo studio delle nevrosi post-traumatiche, le quali sono state studiate anche da Freud - e quindi nel contesto della psicanalisi - e sono state riprese poi da altri autori.

Perché nevrosi post-traumatiche? perché dopo le grandi guerre - in particolare in seguito alla prima guerra mondiale e alle guerre successive - si sono notati molti disturbi da esposizione a traumi bellici che hanno poi comportato delle conseguenze psicologiche e che in seguito sono state riprese dai sistemi di classificazione psichiatrica, quindi della psicopatologia, come disturbo post-traumatico da stress.

Questo disturbo post-traumatico da stress è l'unico disturbo in psichiatria che è certamente e sicuramente dovuto da un fattore esterno; questo fattore è appunto il trauma. Non è quindi

necessario ad una persona che si espone, per esempio, ad un terremoto o ad una inondazione, di essere portatore di una sua debolezza, fragilità o vulnerabilità, perché il trauma è talmente importante e soverchiante delle forze dell'individuo che di per sé è in grado di indurre delle conseguenze a livello psicologico e a livello anche fisico. A livello fisico in quanto tra i sintomi più importanti di quello che oggi si chiama disturbo post-traumatico da stress ci sono, per l'appunto, i sintomi di tipo neurovegetativo: sintomi di allerta, di aumentato *arousal*, ovvero di aumento della vigilanza e della reattività agli stimoli esterni. Questo quindi significa che una persona porta dentro di sé anche dei segni oggettivi, e non soltanto dei sintomi soggettivi, dell'impatto che il trauma ha avuto su di lei.

Il trauma è stato studiato anche dal punto di vista dei meccanismi psicologici, i quali sono molto importanti: quello che ha studiato la psicoanalisi, fin dalle origini, è stato il fatto che un trauma - in particolare se precoce, ad esempio nell'infanzia - è soggetto ad un processo di rimozione; questa rimozione non significa però che il trauma viene dimenticato, negato o sepolto, il trauma può ricomparire, essere riattivato, in un momento successivo - ad esempio nella vita adulta - magari per effetto di un altro trauma che per certi versi richiama il trauma precedente. Questo è un meccanismo in due tempi che Freud aveva studiato accuratamente secondo cui c'è un primo trauma che, in un certo senso, sensibilizza ed un secondo trauma che ripropone al soggetto la condizione di essere vittima, di impotenza e fragilità in cui si era trovato, riproponendo così di fatto la situazione riconducendo a nuovi sintomi ed ad una situazione clinica che il soggetto sperimenta come se fosse la prima volta.

Detto questo il trauma del disturbo post-traumatico da stress si verifica invece in un modo puntuale e che mette a repentaglio la vita del soggetto. Può essere causato da motivi bellici, di tortura, per motivi tecnologici o ambientali, ma questo trauma è di tipo puntuale e ben riconoscibile nella vita del soggetto.

5.1.3.2 Unità 2: Il trauma tipo I

Camillo Loriedo – psichiatra-psicoterapeuta

Analizziamo il tipo di trauma che può comportare il disturbo alimentare. Il trauma classico, quello che colpisce una volta, che è un evento particolarmente grave, in realtà costituisce forse il caso meno frequente anche se è particolarmente importante per gli effetti devastanti che può produrre su una persona. Si tratta di eventi gravi che hanno un aspetto negativo, che può incidere sulla vita di una persona tanto da produrre un danno psichico o fisico, oppure di entrambe le nature, e che può durare per diversi anni nella vita di una persona.

Abitualmente ritroviamo questo trauma in quella che si chiama disturbo post-traumatico da stress, ma è molto frequente nel disturbo alimentare, in particolare in alcune forme di disturbo alimentare. Questo si può suddividere in due parti:

- Il trauma fisico, che è quello soprattutto che può capitare nella vita in momenti o particolarmente drammatici quali lo stupro, la rapina, la violenza fisica, il combattimento in guerra, un disastro naturale (come uno tsunami o un terremoto), un incidente in auto molto grave, un incidente ferroviario
- Il trauma soprattutto di tipo psichico: quando la vita di una persona viene messa in pericolo fortemente dalla minaccia di qualcuno, di qualche situazione particolare in cui la persona può trovarsi, in cui non derivano fatti con lesioni fisiche, ma semplicemente una minaccia così estrema e forte che difficilmente la persona riesce a cancellarla dalla sua mente nel suo prossimo futuro.

Per le persone soggette al trauma di tipo I, detto anche “trauma focale”, il trauma è detto “single blow”, colpisce cioè una volta, ma lascia tracce pesanti e sulla sintomatologia di tipo alimentare ha un effetto molto simile a quello del disturbo post-traumatico.

Un trauma di questo genere può avere una serie di conseguenze, tra cui il disturbo alimentare è uno dei più comuni, e poi una serie di sintomatologie piuttosto estese che può comportare una serie di tratti che, straordinariamente e particolarmente, si trovano tutti presenti nel disturbo del comportamento alimentare. Vale a dire il comportamento da disturbo alimentare non è solo un comportamento alimentare, ma questi sintomi possono accompagnare, frequentemente ed in quasi i tutti i casi si ha questa sintomatologia, tutti i singoli disturbi dell'alimentazione e sono in particolare: un'autostima bassa, una tendenza molto forte alla depressione, una immagine del proprio corpo e della sessualità particolarità distorti, un alto rischio suicidario, disturbi d'ansia, uso di sostanze alcoliche, disturbi del sonno, disturbi dissociativi, perdita di memoria, aggressività e disturbi della personalità.

È un corteo sintomatologico che non ci stupisce mai di trovare nei disturbi alimentari i quali non vengono mai da soli, ma sono sempre accompagnati da sintomi di questo genere o da vere e proprie patologie che completano il quadro del disturbo alimentare e raramente sono assenti.

Abbiamo, in particolare, il trauma che lascia una traccia - come questo trauma di tipo I - il quale si verifica soprattutto producendo alexithymia, che è un disturbo delle emozioni che impedisce ad una persona di esprimere aperte le proprie emozioni con le parole. La tendenza in questo caso, dopo un trauma di tipo I, è di esprimere emozioni soprattutto a livello non verbale, con il proprio corpo, e queste sensazioni possono essere molto gravi e possono comportare una disregolazione emotiva, anche notevole, fino al punto in cui la persona mostra una impulsività di un certo livello, e sappiamo - perché questo è uno dei riscontri più frequenti che troviamo - che esistono delle forme di bulimia nervosa in cui il trauma di questo tipo (ad esempio l'abuso) sono di tale gravità ed entità da produrre delle sintomatologie che possono portare ad una perdita di controllo notevole e diffusa a diversi livelli. In particolare, soprattutto quanto avviene in una fase precoce dello sviluppo, quando il trauma è drammatico, quando le variabili familiari sono gravi da sostenere e da supportare, in questi casi si corre il rischio di bulimia multicomplussiva: una forma di bulimia molto grave e pericolosa in cui insieme ai comportamenti bulimici si manifestano alterazioni della personalità del comportamento alimentare e soprattutto impulsività che può riguardare la sessualità, la tendenza ad assumere cibo in maniera incontrollata e senza sentirne il sapore, ma che ad esempio può comportare- comportamento tipico di quelle persone attuano furti nei supermercati, che consumano il cibo nel supermercato e non possono aspettare di tornare a casa per mangiare anche se avrebbero la possibilità di acquistare cibo.

Una disinibizione dei propri impulsi che abbiamo visto può riguardare anche la sessualità, ma soprattutto, più importante e più pericolosa, l'impulsività autolesiva per la quale abbiamo comportamenti autolesivi quali tagliarsi o tentare il suicidio. Questo tipo di bulimia, quella multi compulsiva è la più pericolosa conosciuta, in particolare per l'elevato tasso di suicidi.

Concludendo un trauma di tipo I ha come conseguenza, in particolare se l'ambiente non è supportivo, questa forma di bulimia che è sicuramente la forma più pericolosa conosciuta in particolare per il rischio suicidario molto elevato.

5.1.3.3 Unità 3: Il Trauma di Tipo II

Camillo Loredò – psichiatra-psicoterapeuta

A fianco trauma di tradizionale, quello single blow, che conosciamo come il grande trauma che cambia la vita di una persona, esiste un'altro tipo di trauma che si chiama trauma di tipo

II, ma è soprattutto il trauma di minore gravità ma che si ripete nel tempo, con una frequenza tale che le persone iniziano a prevederlo, ma non possono prevedere esattamente quando avverrà e questa attesa ed aspettativa ha un effetto logorante: produce nel soggetto una sensazione di impotenza estremamente forte che dà a questi la sensazione di non essere padrone di se stesso.

In questo tipo di trauma si riscontra frequentemente disturbi alimentari, può esserci una storia di conflitti molto violenti nell'ambiente domestico a cui il ragazzo, l'adolescente, a volte il bambino, hanno assistito per lunga parte della loro vita senza conoscerne il termine; può essere infatti che questo conflitto violento possa sfociare in un vero e proprio comportamento violento che può produrre anche danni gravi o addirittura delle perdite.

Questo tipo di trauma che si ripete crea una situazione di attesa molto drammatica per la persona, si aspetta che ci possa essere opposizione anche se non è detto che avvenga, tuttavia la traumatizzazione è dovuta all'attesa estremamente forte e si ripete con tale frequenza che la vita successiva della persona può arrivare allo stesso tipo di timore anche qualora queste esperienze di tipo traumatico sono cessate. In certi casi si manifesta una tendenza nelle persone a ripetere il tipo di trauma, per esempio: in una giovane donna che ha assistito per tutta la vita alle liti tra padre e madre a causa dei tradimenti dell'uno verso l'altro, in tutte le realtà di vita successiva ha saputo soltanto scegliere partner che manifestavano comportamenti infedeli, quali tradimenti che aumentavano in lei il bisogno di scoprire il tradimento vi era o meno; questo tipo di atteggiamento in un certo qual modo diventa una ripetizione della previsione dell'evento dannoso con la paura che si possa verificarsi da un momento all'altro, come se il momento dell'infanzia non fosse mai passato.

Il trauma di tipo II produce, fra l'altro, una tendenza al diniego massivo, l'intorpidimento affettivo - come se la persona tendesse ad eliminare le sensazioni di tipo emotivo - quindi si tratta di soggetti che si comportano come se fossero "raffreddate", come se non avessero altre sensazioni in certi momenti della loro vita; questo è chiamato *numbing* che si manifesta come forma di intorpidimento che è uno degli elementi di base del cosiddetto disturbo dissociativo: un disturbo in cui la persona perde la capacità di avvertire le sensazioni normali, come se perdesse delle capacità sensoriali significative, se si assentasse o non facesse parte della vita reale di tutti i giorni in alcuni momenti della sua esistenza.

A questo si accompagna, soprattutto nei disturbi alimentari e ancora più nei disturbi alimentari in cui si manifesta perdita di controllo quindi anoressia non restrittiva o anoressia con condotte bulimiche o vere e proprie bulimie, in questi comportamenti si nasconde sempre una profonda rabbia: il soggetto è passivo, sembra non reagire, ma quando compie un atto si percepisce in lui o in lei una forte rabbia, quali manifestazioni di aggressività verso l'esterno sono molto contenute, ma quando il soggetto prova forti emozioni può esplicitare la sua forte rabbia fino ad arrivare a veri e propri agiti i quali hanno come conseguenza anche comportamenti violenti nei confronti di se stessi o degli altri.

Il soggetto manifesta una tristezza incessante, non di tipo intermittente, che è stabile nella persona come se ci fosse stato un trauma infantile che produce una pausa costante la quale a sua volta produce un senso di disperazione che comporta una tristezza che si estende a tutta la vita.

Si tratta, come si è detto, di traumi piccoli che si accumulano, ma sono stati chiamati anche traumi complessi o traumi relazionali poiché dipendono da una serie di relazioni continue che si hanno nei confronti degli altri, quindi nella vita di una persona può accadere che chi ha subito questi traumi abbia vissuto nell'ambiente di casa, soprattutto quello familiare, momenti traumatici molto forti. Sono, quindi, traumi costanti che si ripetono e che producono sintomi dissociativi di cui abbiamo parlato o di regolazioni emotive.

5.1.3.4 Unità 4: Il trauma complesso

Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli - Università Cattolica di Roma

La storia del trauma è una storia complessa, fatta di corsi e di ricorsi storici. Di fatto, negli ultimi venti anni fino ad oggi, con l'ultima edizione del sistema di classificazione americano e universalmente noto in psichiatria come DSM5 si è considerato come possibile disturbo conseguente ad un trauma il disturbo post-traumatico da stress.

In realtà l'attenzione di ricercatori, in primis Van der Kolk che ha inaugurato la questione del trauma complesso, l'attenzione dei ricercatori si è rivolta ai traumi infantili, quelli che si sono verificati in un'età del soggetto in cui questi si trovava in una posizione di debolezza, di inferiorità, come per l'appunto normalmente i bambini sono. Questo tipo di situazione traumatica, di eventi ai quali può essere esposto il bambino possono essere riconosciuti, anche dal punto di vista neurobiologico e non soltanto da un punto di vista psicopatologico, come possibili cause predisponenti allo sviluppo di disturbi psichiatrici che vanno ben oltre il confine del disturbo post-traumatico da stress.

Questi fenomeni di traumi infantili sono di diverso tipo: possono essere di tipo acuto, possono essere protratti e ripetuti nel corso dell'infanzia e vanno sotto il nome, per l'appunto, di abusi quando sono dei fenomeni traumatici di tipo positivo - ovvero quando qualcosa viene commesso sul bambino, come per esempio gli abusi infantili, le violenze sessuali o fisiche, oppure le violenze psicologiche - oppure possono essere di tipo omissivo, cioè possono essere dovuti a un tipo di *neglect*, una trascuratezza sia nelle cure psicologiche che nelle cure fisiche del bambino portando a dei veri e propri eventi e situazioni di maltrattamento. Il maltrattamento e l'abuso, quindi, sono i fenomeni di cui noi adesso ci occupiamo quando parliamo di trauma complesso.

Il trauma complesso, complex trauma o trauma evolutivo primario come qualcuno lo chiama, dovuto spesso al fallimento delle figure di accudimento primario, quindi quelle genitoriali per esempio e trauma anche cumulativo - lo psicanalista Masud Khan si è occupato proprio di questo aspetto del trauma - ovvero tanti piccoli eventi o situazioni traumatiche o di tipo omissivo o di tipo commissivo che si sono ripetuti durante l'infanzia e che, cumulativamente, hanno dato luogo ad un clima o dimensione traumatica della quale il soggetto risentirà durante la sua età adulta nel momento in cui incontrerà una difficoltà, un problema o un'altro trauma che richiama il trauma precedente.

Tuttavia questo trauma precedente è un trauma complesso, cioè articolato, che si può estendere per un periodo temporale molto importante e lungo, addirittura lungo l'intera infanzia. Pensiamo a situazioni in cui ci sono famiglie nelle quali viene vissuto e sperimentato un clima di paura o di violenza prolungato causato da disturbi o problemi a carico dei genitori - dell'uno o dell'altro - e che quindi non garantiscono quella serenità, quel senso di sicurezza e protezione che sono invece molto importanti perché un bambino sviluppi quella che si chiama basic trust, che servirà poi ad andare incontro alla vita e alle relazioni con gli altri in modo tranquillo, aperto e fiducioso.

Il soggetto può non accorgersi di questo, perché tutte queste situazioni possono più o meno andare in contro a fenomeni di rimozione, di dimenticanza e possono quindi semplicemente lavorare dall'interno, in modo sotterraneo, fino a che poi non si "presenteranno i conti" al soggetto, perché questa situazione viene a galla, in modo talvolta anche esplosivo, ma per effetto di qualche cosa nell'ambiente del soggetto che in età adulta contribuisce a destrutturarne il clima emotivo e contribuendo al malessere del soggetto riaprendo così lo scenario del trauma passato. Questo perché, come si diceva precedentemente, il trauma attuale può attrarre a sé e richiamare il trauma passato, come una sorta di attrazione fatale.

5.1.3.5 Unità 5: Rivittimizzazione nel trauma complex

Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli - Università Cattolica di Roma

Quali sono le manifestazioni cliniche del trauma complesso? Si è visto che il trauma complesso porta ad una serie di conseguenze psicopatologiche che vanno ben oltre il semplice, per modo di dire, disturbo post traumatico da stress.

Si tratta di conseguenze evolutive che maturano nel tempo e, proprio perchè hanno questa lunga gestazione diversamente dal disturbo postraumatico da stress, si aprono in un arco di possibilità patologiche molto più ampio.

A cominciare dai disturbi della regolazione affettiva, della emotività, del comportamento. Questo significa che spesso queste persone, che sono state soggette ad un trauma complesso, sviluppano una impulsività che non è soltanto di carattere, ma da disturbo, un disturbo che controlla gli impulsi. Si può verificare e si può attualizzare in comportamenti di tipo violento, verso gli altri e verso se stessi, in comportamenti di uso di sostanze in modo impulsivo e quindi di tipo tossicomano o alcolismo.

Un altro ambito molto importante è quello della regolazione affettiva nel senso dell'autostima, della possibilità che una persona stabilisca una fiducia di base in sé stessa e quindi anche i possibili sensi di colpa che, in modo più o meno latente, una persona si porta dietro fin dall'infanzia. Teniamo presente che un bambino sottoposto ad un abuso, ad esempio sessuale, spesso si sente in colpa per aver fatto qualche cosa di sporco e non riuscirà, quindi, ad attribuire in modo corretto la responsabilità di quanto accaduto all'adulto, che invece perpetra l'abuso.

Questi sensi di colpa si possono sviluppare, portare avanti e dare origine ad una vulnerabilità di tipo depressivo. La depressione maggiore può essere in età adulta uno degli esiti di un trauma complesso.

Altri esiti molto importanti sono i disturbi psicosomatici, infatti le conseguenze di un trauma possono esserci anche sul piano fisico, ad esempio sulla reattività fisiologica, la iper reattività fisiologica, sul piano del sistema cardiovascolare (ad esempio fenomeni di tipo cardiotonico, ipertensivo), problemi della regolazione del dolore e della sua soglia (ad esempio dolori diffusi in varie parti del corpo), ipersensibilità agli stimoli dolorosi e poi ancora i vari disturbi sessuali che, dal punto di vista psicosomatico, si vanno poi a collegare a disturbi del controllo degli impulsi dando così origine a delle vere e proprie forme di perversione e quindi problemi di discontrollo degli impulsi sessuali.

In ultimo si segnalano i disturbi dissociativi, per esempio la depersonalizzazione, la derealizzazione i quali sono fenomeni che oggi si riconoscono con una certa difficoltà intuitiva, ma che si manifestano con un senso di estraneità che il soggetto prova di fronte alla realtà e a se stesso. Questi sono meccanismi di difesa nei confronti di una realtà che il soggetto sente come, in qualche modo, intollerabile, che non può sentirsi rivivere addosso e quindi la dissociazione significa prendere le distanze dalla realtà.

Freud aveva messo in evidenza questo meccanismo fondamentale della coazione a ripetere per la quale un soggetto cerca di reincontrare il trauma non tanto per subirne ancora gli effetti negativi, ma quanto per cercare di superarlo. Questo cercare di superare il trauma significa che alcuni comportamenti del soggetto lo possono riportare a rivivere delle situazioni: la situazione classica è quella del bambino, della vittima rispetto ad un carnefice, che può essere riproposta in età adulta a ruoli uguali oppure a ruoli opposti. L'adulto può cercare di rivittimizzarsi, cioè creare delle situazioni in cui si troverà a vivere come vittima le conseguenze delle azioni di altre persone, oppure potrà metter in atto dei comportamenti per i

quali egli stesso si pone come carnefice nei confronti di una vittima. Questo potrebbe accadere, ad esempio, in situazioni di violenza sessuale subita da bambino e che magari può diventare in età più avanzata - in adolescenza o in età adulta - una situazione che si ripropone, ad esempio in uno stupro, una violenza sessuale nei confronti di una donna che può essere vissuta in prima persona come carnefice oppure riproporsi come vittima, creando una situazione in cui in ogni - in ruoli anche contrapposti - il trauma viene rivissuto per cercare di superarlo in quello che Freud ha chiamato coazione a ripetere.

5.1.3.6 Unità 6: Effetti iatrogeni: re-traumatizzazione degli utenti

La re-traumatizzazione è un evento infausto che vede una persona che già ha sofferto un trauma avere una ricaduta, questo principalmente per due motivi. Uno perchè per cause naturali la persona in precedenza traumatizzata si trova esposta a immagini o accadimenti dove altre persone sono vittime di trauma e questo fa rivivere al soggetto il trauma precedentemente esperito. L'altro è invece un tipo di re-traumatizzazione che ha origine iatrogena e cioè sono le cure che vengono erogate in maniera disfunzionale, magari non per cattiva intenzione degli operatori ma per semplice ignoranza, che la persona traumatizzata invece di essere aiutata dalle attenzioni e cure che riceve ne viene ulteriormente traumatizzata. Insomma, sarebbe come una persona che arriva ad un pronto soccorso con una gamba rotta e i medici la gestiscono malamente per cui fanno cadere dalla barella il paziente che si ritrova con due gambe rotte, raddoppiando così il danno; una vera propria tragedia.

La storia e la sociologia dei trattamenti del trauma ci rivelano che, purtroppo, non è stato affatto infrequente nel passato - ovviamente per cattiva volontà, ma per ignoranza - commettere tali danni, con risultati iatrogeni. Tutto il mondo delle cure, perché impattano un sistema complesso e delicato come un essere umano, rischia non solo di impattarlo a fin di bene, ma - anche non volendo - danneggiando ulteriormente; è vero per i farmaci, è vero per gli interventi chirurgici, è vero per qualsiasi tipo di relazione di aiuto, se non erogata in maniera efficace, diventa controproducente.

Nella specificità del trauma questo è particolarmente grave perché una persona traumatizzata è particolarmente sensibile e può essere notevolmente danneggiata con una seconda traumatizzazione, per questo noi oggi abbiamo appreso dagli errori, le ricerche sono diventate più numerose e abbiamo una vasta conoscenza - che ovviamente progredirà sempre anche in futuro - grazie alla quale sono state elaborate delle precauzioni per non far correre il rischio alle persone già traumatizzate di essere traumatizzate nuovamente.

Queste precauzioni sono dette procedure trauma inform, centrate sulla persona dell'utente traumatizzato e che hanno l'attenzione provocare altri danni.

5.1.3.7 Unità 7: **adolescenza e trauma**

Milena Masciarri – psicologa-psicoterapeuta

L'adolescenza è un periodo del nostro ciclo vitale che, per le sue caratteristiche evolutive, rappresenta un periodo di aumentata vulnerabilità in quanto espone ogni individuo ad importanti esperienze di cambiamento bio-psico-sociali che possono essere vissute con disagio, sofferenza e tutti i malesseri che possono accentuarsi se l'individuo è esposto ad esperienze traumatiche perpetuate soprattutto dalle figure criterio.

Se infatti, come illustrato da Rogers, il bambino cresce in un ambiente facilitato, questo gli permetterà di non replicare il proprio sentire, né di bloccarlo o congelare le esperienze drammatiche, ma di muoversi nella realtà soddisfacendo i propri bisogni e valutando le esperienze come piacevoli o spiacevoli a seconda che siano favorevoli o sfavorevoli al proprio sviluppo, avendo innata in sé quella tendenza, che Rogers chiama tendenza attualizzante, che è la capacità di autocomprendersi, autoregolarsi e autorealizzarsi.

Se invece il bambino vive in un ambiente in cui sente che l'apprezzamento dei captive dipende solamente da quanto è egli in grado di aderire alle aspettative, questo gli può comportare di amputare per forza una parte del proprio sé e di quindi di rapportarsi alla realtà costruendosi dei costrutti rigidi, costrutti che saranno ancora più rigidi se costruiti su un senso costante di ambiguità, minacce e paura, se il bambino cresce in un ambiente pulsante. È proprio in questo nucleo profondo di straniamento tra il proprio percepire, esperire, simbolizzare ed agire che si crea e rafforza quel senso di estraniamento da sé che poi è alla base dell'eziopatogenesi. Vediamo quindi che il nostro adolescente, che è cresciuto e si è nutrito nel suo contesto relazione, si trova poi esposto ai cambiamenti evolutivi a cui si accennava prima e tutti questi cambiamenti gli determinanti richiedono una sorta di rimodernizzazione interna, di risintonizzazione che coinvolge l'individuo stesso e le sue relazioni più importanti e che gli richiedono di ritrovare un equilibrio che sia sia flessibile, che dinamico rispetto alle esperienze che si vive, ma anche costante rispetto al senso di identità che si è costruito fino a quel momento e tutto questo richiede, quindi, una ridefinizione del proprio concetto di sé.

Vediamo quali sono questi cambiamenti a cui va incontro l'adolescente. Il primo tra tutti riguardano sicuramente il corpo: il corpo dell'adolescente è un corpo in evoluzione, con la crescita ponderale, la comparsa degli organi sessuali secondari, degli organi riproduttivi e quindi un corpo che richiede una nuova qualità della relazione con esso, un corpo che l'adolescente utilizza come veicolo primario e intermediario per comunicare all'esterno i propri vissuti. Un corpo, quindi, che sceglie di curare, di abbellire, ma anche di scalfire, di tagliare, di dimenticare; un corpo che sceglie per far parlare di sé. Allo stesso tempo è un corpo che viene visto dall'esterno, che cattura lo sguardo degli altri, con desiderio o derisione e quindi espone l'adolescente a nuove esperienze, nuove opportunità, ma anche a nuovi rischi.

Ci sono poi dei cambiamenti a livello interpersonale. In famiglia gli viene richiesto il passaggio dalla dipendenza - fase di accudimento e attaccamento - all'autonomia e alla ricerca di equilibrio tra queste due spinte evolutive apparentemente opposte che hanno una ripercussione sul piano sociale, infatti nell'ambiente esterno cambia il ruolo che il ragazzo ha nel gruppo dei pari con altre figure significative.

Inoltre ci sono dei cambiamenti al livello del cervello, come hanno dimostrato tutte le ultime ricerche. Il cervello a incontro ad una nuova modificazione, sia strutturale, che funzionale, soprattutto in quelle aree corticali che sono adibite ai processi decisionali.

Tutto questo determina una grande vulnerabilità che, come detto prima, viene ancora di più minata se il soggetto vive delle esperienze traumatiche che vanno a ledere o compromettere quel senso di sicurezza interna, la base sicura di Bowlby, che il luogo nostro affettivo di sicurezze in cui i bisogni possono essere sentiti, nominati, appagati, a cui non possiamo fare sempre ritorno e che quindi ci permette

di fare quella preziosissima esperienza di crescente autonomia senza però perdere l'amore, ma anzi arricchendosi dagli incontri che facciamo con le altre persone.

La persona che, invece, ha subito un trauma ha bassa capacità di mentalizzazione e non è in grado di autoregolare i propri stati affettivi, non può far altro - come ci dice Bromberg - di isolare quella che è l'esperienza traumatica, tutti i vissuti e contenuti ad essa associati, dissociandosi; la dissociazione patologica - come illustra Caretti - porta ad un impoverimento del soggetto e delle sue risorse perché gli impedisce di ricostruire quelle esperienze traumatiche in una narrazione coerente con la propria storia di vita.

Proprio per questo che se lavoriamo ad un contatto con ragazzi adolescenti che hanno un falso di stress emotivo quello che possiamo offrire è lavorare con loro ad una profondità relazionale importante, offrendo loro delle relazioni che siano profonde, basate sull'ascolto, sull'ascolto empatico, sul rispetto profondo di chi sono i ragazzi, sul cercare di capire le esperienze da loro punto di vista cercando di cogliere i significati che loro danno a ciò che vivono e, quindi, offrire dei contesti relazionali in cui il ragazzo può, piano piano, può ricontattare quelle parti di sé, quei bisogni fino a quel momento negati non solo permettendogli di risentirli, ma anche di risintonizzare delle parti di sé, delle esperienze esterne che lui vive fino a quel momento come eccessivamente dissonanti.

Questo è possibile offrendo loro anche dei contesti relazionali nei quali abbiamo verso di loro uno sguardo diverso, non solo uno sguardo che ci porta ad etichettarli come ragazzi in perenne rivoluzione e lotta col mondo esterno, o come figure apatiche risvegliate solamente dal mondo dei social network, ma di vederli come dei ragazzi con delle caratteristiche, degli strumenti tipici delle loro fasi evolutive, che si muovono curiosi nel mondo, si fanno domande, si danno risposte, esplorano, cercano di dare un senso soggettivo alle loro esperienze, così come poi noi continuiamo a fare da adulti per tutto il resto della nostra vita e quindi avere sempre verso di loro uno sguardo che fa il tifo per loro.

5.1.3.8 Unità 8: Il trauma può cambiare il cervello

Piero Petrini

Verranno trattati i cambiamenti neurologici che avvengono quando si verifica un trauma, in qualsiasi persona, ma principalmente negli adolescenti e negli adulti; negli adolescenti sono chiaramente più evidenti che rispetto agli adulti.

Lo studio è ripreso da situazioni neurologiche, da ricerche internazionali neurologiche e dal lavoro fatto dal Dott. Petrini e dalla Dott.ssa Mandese della tecnica-processo psicoanalitico mutativo: una tecnica che ha una parte psicanalitica e una parte neurologica, completamente in accordo con quelle che sono le ricerche neurologiche internazionali e il rapporto tra neurologia e psicanalisi.

È risaputo che ogni individuo in una situazione di benessere sviluppa quotidianamente 1400 nuovi neuroni dalle cellule staminali estrocitaria sia a livello dell'ippocampo che al livello olfattivo.

Questo è un aspetto molto importante perché l'ippocampo è la parte centrale della memoria del nostro organismo che viene rievocata in situazioni simili, quindi in situazioni di trauma; mentre a livello olfattivo osserviamo i nostri lobi cerebrali non sono altro che un'estroflessione del nostro lobo olfattivo. Gli animali funzionano con l'olfatto, noi

funzioniamo col pensiero, quindi il pensiero, nell'uomo, non è altro che l'olfatto che si è allargato si è sviluppato in queste cellule cerebrali.

Pensiamo che l'essere umano ha circa 30.000 geni, troppo pochi per definire tutte le situazioni, quindi entrano in gioco situazioni familiari, sentimentali, relazionali, culturali e religiose. [Non comprensibile] afferma che solamente il 70% dei geni è determinato geneticamente e solo il 30% viene gestito da quelli che sono i fattori esterni. La differenza di geni tra un'uomo meschina e un bonobo maschio è del 5%, tuttavia questa percentuale è molto rilevante, mettere sullo stesso livello un'uomo e un bonobo non è equiparabile, a tutti i livelli, da quello sentimentale a quello lavorativo.

Ne risulta che la cultura, la religione, tutte le situazioni esterne, la famiglia, la comunità in cui si vive sono molto importanti per la formazione di un individuo.

Cosa succede quando avviene uno stress? Una situazione stressante, o neglettante (il neglect come si è visto è come uno stress) non fa altro che bloccare l'attività delle cellule staminali al livello dell'ippocampo e quindi diviene impossibile sostituire neuroni che normalmente si perdono; quindi c'è una perdita neuroni le nel punto più importante e profondo del cervello che è l'ippocampo.

La regolazione emotivo-cognitiva che accompagna e sostiene queste modifiche cerebrali è caratterizzata da ansie e depressioni legate all'amigdala: un corpicino di piccole dimensioni all'interno del cervello che sostiene tutte le nostre situazioni emotivo-affettive, dall'amore, alla sessualità, al mangiare, a tutto ciò che è importante dal punto di vista affettivo. Avviene un'alterazione nelle corteccie prefrontali, le quali sono quelle indirizzano i nostri obiettivi: se decido di andare a teatro a vedere un attore è la corteccia prefrontale che mi spinge a compiere tale azione, poi la frontale la realizza, ma la corteccia prefrontale è anche quella degli impulsi, ad esempio quando ho l'impulso di andarmene o di rimanere in una luogo lo devo alla corteccia prefrontale che la frontale poi reagisce e che comunica la necessità di rimanere, ad esempio, a causa di un impegno.

Il terzo punto che viene danneggiato è, naturalmente, l'ippocampo nelle memoria (come abbiamo già detto la sede della memoria è l'ippocampo). Studi longitudinali hanno evidenziato che i traumi non si esprimono attraverso un disturbo del DSM -5 o del ICD - 10 che si chiama post traumatico da stress, ma si trasmette - con i sintomi di ansia e depressione, a volte situazioni di allucinazione, ma si evidenzia attraverso modificazioni del senso del sé delle relazioni interpersonali.

Una persona che ha subito un trauma ha delle limitazioni comportamentali e limitazioni mentali, cioè la persona sembra non in grado di esprimersi nel mondo del lavoro, degli affetti, delle relazioni, delle attività, è come se fosse caduta ad un livello di funzionamento più basso.

Questo è dovuto al sistema HPA il sistema ippocampale ipofisario e adrenocorticale. Al livello del cervello si trova una ghiandola che si chiama ipofisi dalla quale si irradiano tutti gli ormoni del nostro organismo. Il collegamento tra la parte endocrinologica-ormonale e la parte nervosa è dato dall'asse ipotalamo-ipofisi, tutto ciò che arriva all'ipotalamo - una zona di centrale importanza, quasi un cervello più piccolo rispetto la corteccia cerebrale - viene trasmessa all'ipofisi e da luogo a delle sensazioni ormai, cioè il segnale nervoso viene trasmesso con sostanze ormonali. Queste sostanze ormonali si diramano in tutto l'organismo, dall'ipofisi, e controllano la tiroide, la sessualità per mezzo delle ghiandole genitali, la sessualità maschile e femminile con l'ormone maschile (che comunque determina anche la sessualità femminile) e poi, specialmente, il rilascio di corticotropina: l'ormone dello stress, o meglio il pre-ormone dello stress in quanto il vero ormone dello stress è l'ACTH, il cortisolo, motivo per il quale si somministra cortisone per aiutare l'organismo a reagire quando ci sono malfunzionamenti fisici, il cortisolo infatti ha gli stessi elementi del cortine. Anche nel caso di battaglie e guerre l'organismo umano è preparato, infatti il cortisolo - l'ACTH per la

precisione - non fa sentire il dolore, da luogo a meccanismi di aggressività (come avviene nell'animale) e questa situazione è una situazione chiaramente di aggressività.

Quando questo meccanismo di attività viene ripetuto diventa cronico e si presentano stati di ansia e angoscia protratti che dipendono dall'amigdala prima citata. L'amigdala è il "comò" della nostra memoria emotiva, nel senso che conserva tutte le nostre memorie emotive, come fosse una macchina fotografica della realtà emotiva, quindi, per esempio, il primo bacio, il primo lavoro, la prima sensazione di benessere, la prima vittoria in uno sport, sono tutte fotografate nell'amigdala e riemergono quando si presentano situazioni analoghe; nel momento in cui l'ippocampo inizia a secernere cortisolo, questo si lega con tutti i recettori dell'ippocampo, dell'amigdala e della zona prefrontale e quando è arrivato ad un livello sufficiente, se la situazione non è cronica, abbassa il livello ACTH e di CRF (-).

In questo modo l'ippocampo regola le risposte allo stress. Quando invece noi stiamo bene la serotonina gestisce l'area, la serotonina è l'ormone della felicità, vero è infatti che quando un soggetto è in un momento di depressione vengono prescritti farmaci serotoninergici. La serotonina inibisce comportamenti aggressivi e promuove la socializzazione. Viene prodotta a partire del triptofano e viene introdotta nella dieta. La serotonina, insieme all'ossitocina che è l'ormone del legame, è l'ormone più positivo e utile per l'organismo, nel senso che mentre la serotonina stimola socialità e relazione con gli altri, l'ossitocina - liberata dopo 5 secondi di abbraccio con un'altra persona - è l'ormone che stimola il legame.

La ricerca sta mettendo in evidenza che attività amate, pensieri e sentimenti importanti hanno profondi effetti terapeutici sul nostro corpo, quindi indubbiamente esiste, nel nostro modo di essere, una serie di reazioni che vanno a modificare il cervello e che spingono a modificare il corpo, in qualsiasi situazione sono presenti ormoni legati ai neurormoni e legati agli stimoli nervosi.

5.1.3.9 Unità 9: Violenza assistita

Camilla Annibaldi

Per parlare di minori vittime di violenza assistita occorre definire cos'è la violenza assistita nell'ambito familiare. Ci si riferisce a violenza assistita quando un minore fa esperienza di qualsiasi forma di maltrattamento compiuta attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. SI includono in questo tipo di violenze anche quelle messe in atto da minori su altri minori, ma anche da parte di altri membri della famiglia ad esempio su animali domestici; sono esperienze altamente traumatizzanti per i minori.

Le caratteristiche di queste esperienze possono essere diverse. La violenza può essere indiretta: la violenza è percepita all'interno del proprio campo percettivo, quindi non si tratta solo di vedere la violenza, ma anche solamente sentirla. È opportuno sottolineare ciò perché molte donne vittime di violenza riportano che i bambini, quando venivano picchiate, erano in un'altra stanza; in realtà anche in questi casi si tratta di una forma di violenza diretta nel caso in cui il bambino sentisse.

L'esperienza può essere indiretta quando il minore è a conoscenza che la violenza è avvenuta o che sta per avvenire; in questo senso i bambini hanno come delle "antenne": capiscono quando c'è una tensione in casa tipica che precede l'episodio di violenza in se.

L'esperienza può altre volte essere non percepita in modo diretto o indiretto, ma il minore ne può percepire gli effetti; ad esempio vedere la madre con dei lividi, o stare a sentire questa aria di violenza nella casa, ebbene in questi casi si tratta di violenza assistita.

Ci sono alcune false credenze sulla violenza assistita. Il bambino non è impermeabile rispetto alla violenza che intercorre all'interno della propria famiglia, anche se l'atto violento non è

agito in sua presenza può coglierne l'attuazione, questo perchè il bambino non è mai spettatore passivo e inconsapevole.

La violenza assistita aumenta il rischio di violenza diretta sui minori; semplicemente il minore che cerca di difenderà la madre, mettendosi in mezzo, può essere colpito da parte del padre: in questo caso la dott.sa Annibali utilizza un'ottica di genere per parlare di violenza assistita, in quanto nella maggioranza dei casi la violenza è attuata da parte dell'uomo verso della donna; non si esclude che la violenza possa essere perpetrata da parte della madre nei confronti del padre, o comunque da una persona femminile rispetto ad una maschile, ma statisticamente è un dato meno significativo.

I bambini esposti alla violenza sono cinque a volte più a rischio, rispetto ai bambini non testimoni di violenza, di diventare violenti in età adulta. Gli effetti della violenza assistita sono: un sentimento di paura, ansia, consunzione, tristezza, vera e propria depressione, sensi di rabbia, colpa, inadeguatezza e vergogna. I bambini perdono fiducia in sé stessi e negli altri, possono avere disturbi psicosomatici, del controllo degli impulsi, difficoltà scolastiche, disturbi dell'apprendimento, del linguaggio, del controllo degli sfinteri, difficoltà relazionale e possono sviluppare anche un disturbo post-traumatico da stress complesso in quanto tale esperienza traumatica si è sviluppata all'interno di una relazione di fiducia, come quella familiare.

Al livello bio-psico-sociale gli effetti della violenza assistita si ripercuotono nel comportamento, nelle emozioni, nella cognizione, nell'area fisica del bambino, ma anche nelle relazioni. Ciò che si trova a vivere il bambino è un mondo in completo subbuglio, la violenza diviene la normalità e per conseguenza la normalità la violenza; è questo quello che il bambino nella propria normalità: riconoscerà come normale e fisiologico un comportamento violento o, sminuendo in tal senso la propria esperienza drammatica e, probabilmente, reiterando questi comportamenti.

Occorre sempre di più focalizzarsi sulla violenza assistita e come questa abbia degli effetti sui minori e sugli adulti che questi minori diventeranno.

5.1.3.10 Unità 10: Neglect

Camillo Loredò

Il neglect è una forma di trauma infantile e adolescenziale che è comune ma molto poco considerata. L'attenzione verso questo tipo di problematica traumatica molto significativa è stata rivolta soltanto in tempi molto recenti; si parla infatti di neglect del neglect: la trascuratezza della trascuratezza. Per molto tempo questo aspetto non è stato considerato un vero proprio trauma, al massimo una piccola parte dei traumi esistenti. In realtà oggi si pensa a questo trauma come il più diffuso, il più comunque e quello che da conseguenze peggiori in termini di durata nel tempo.

Da questo punto di vista il neglect indica il perpetrarsi di comportamenti di omissione da parte di coloro che dovrebbero dare cure e queste omissioni indicano che manca un imminente rischio grave di danno, ma una serie di mancanze che si protraggono per un lungo periodo di tempo. Si tratta di mancanze che possono, ad esempio, accompagnare la presenza di un trauma di tipo I, un abuso potrebbe essere ben tollerato, o in maniera sufficientemente adeguata, tuttavia lo è molto di meno se accanto a sé non si ha un genitore capace di comprendere e di aiutare, sostenere e proteggere il figlio che ha subito questo tipo di trauma. Il neglect quindi può essere complementare al trauma di tipo I, di per sé comunque produce dei danni.

Possiamo avere diversi tipi di neglect che possono riguardare l'assistenza sanitaria, l'istruzione, la supervisione del ragazzo, la tutela rispetto ai rischi ambientali, ai bisogni

fisici, al sostegno emotivo che viene dato soprattutto dalla famiglia o comunque da chi si prende cura del bambino. Questo tipo di trascuratezza può sembrare di scarsa importanza, ma in realtà dà la sensazione alla persona di non avere nessuna protezione da parte degli altri e quindi di vivere un ambiente ostile non in grado di garantirgli alcun tipo di sicurezza.

Ovviamente se si parla di diversi tipi di neglect, che sia di tipo emotivo o di tipo fisico, ritroviamo due aspetti di completamente diversi. In alcune situazioni l'emotività viene trascurata in quanto ci si trova di fronte a caregivers freddi, distaccati e poco partecipi; il neglect fisico può riguardare invece l'aspetto strettamente materiale, i bisogni di base e può essere esteso anche ai bisogni educativi del ragazzo che può non ricevere dai genitori quelle informazioni necessarie per vivere in un contesto relazionale. Esiste inoltre un medical neglect, ovvero quando c'è un bisogno di curare le proprie patologie, ma chi dovrebbe prendersi cura del ragazzo o del bambino non lo fanno e per conseguenza le patologie possono incrementarsi e diventare particolarmente pericolose o dannose. Il moral neglect, ovvero la mancanza di istruzioni per gli aspetti etici e morali del comportamento etico di una persona.

Le conseguenze di questi tipi di neglect sono dei danni sulla salute pubblica che per lungo tempo sono stati sottovalutati. Oggi sappiamo che l'esposizione per lungo tempo a neglect può comportare non solo le patologie di cui si è già parlato, come il disturbo alimentare, ma anche addirittura una riduzione della materia grigia della corteccia e quindi una capacità cognitiva molto diminuita rispetto a soggetti normali. Questi dati ci hanno così conti o di quanto sia importante di occuparsi del neglect e cercare di ristabilire nel contesto familiare, e individuale, quel tipo di cure e attenzioni che danno sicurezza all'individuo e danno la sensazione di essere protetto e capito.

A conclusione della panoramica sulle patologie trattate, dai disturbi alimentari al neglect, si segnala che quest'ultimo è particolarmente diffuso in persone che svilupperanno un'alimentazione incontrollata fino alla forma avanzata di perdita completa del controllo. È necessario pensare ad un rapporto terapeutico in cui si presti attenzione particolare alla persona e si dimostri di avere interesse verso di lei, vale a dire un atteggiamento empatico, di comprensione, è uno degli elementi più importanti per superare questo trauma, da poco riconosciuto, ma particolarmente insidioso e non di minore importanza rispetto altri traumi maggiori.

5.1.3.11 Unità 11: Neglect nelle separazioni conflittuali

Antonella Doriano

Nelle separazioni conflittuali i genitori spesso si “fanno la guerra” investendo molte energie nel combattimento dell'altro genitore, visto come un nemico; in questi contesti la cosa più importante è vincere.

In queste guerre in realtà veicolano dei sentimenti di forte rabbia che ci indicano in realtà di quanto sia complesso, per queste persone, entrare in contatto con i sentimenti vissuti e legati al processo separativo; sentimenti di delusione, dolore per l'abbandono, per la mancanza, percezione di vuoto, solitudine e senso di fallimento. Queste persone in realtà comunicano quanto sia complesso per loro elaborare quello che si chiama divorzio psichico. In questo contesto emerge la figura del minore che, in quanto tale, andrebbe tutelata; questo purtroppo non sempre accade in quanto in realtà il minore diventa il fulcro del conflitto, ne diventa l'elemento centrale e quindi i genitori iniziano a comunicare attraverso il minore, il figlio diventa il ponte tra i genitori, il motivo di discussione in quanto ogni genitore litiga per cercare di dichiarare quale sia il bene del loro figlio. In questo caso il benessere del minore diventa una scusa dietro cui si nascondono disappunti, gelosie e fastidi personali; ciò che

viene a mancare è la protezione del minore che deve essere sempre presente, ma è necessaria in contesti di rottura come quelli che stiamo vedendo.

Quello che potrebbero e dovrebbero fare i genitori è collaborare e cooperare in tutti gli aspetti legati alla funzione genitoriale, nell'ottica di alleggerire il figlio di un peso in quanto i figli, in realtà, si caricano di un peso in quanto si sentono in colpa per la separazione dei genitori, si sentono responsabili della loro felicità in quanto anche sono causa dei loro litigi. In questo frangente ciò che accade è che il figlio, in realtà, non viene visto e qui nasce il trauma del minore: nel momento di maggiore vulnerabilità il minore non viene visto e quindi i suoi bisogni e sentimenti non vengono riconosciuti e per conseguenza accolti.

La separazione è sempre un evento traumatico in quanto è lesivo, provoca una spaccatura: una coppia genitoriale che nella mente del figlio è un nucleo unico che in un certo qual modo deve spaccarsi, questa scissione esterna di padre e madre produrrà una scissione interna, tuttavia nella mente del figlio la coppia genitoriale non smette di esistere, ma rimane, solo che perde di forza, di identità, di dignità, di funzione di guida.

Subentrano in questo caso altri fattori che hanno una carica molto forte in senso negativo: ci sono degli aspetti che ci indicano poi l'entità del trauma, ad esempio il temperamento del minore e la sua capacità di tollerare la frustrazione, la qualità della relazione e il tipo di attaccamento che i genitori sono stati capaci di creare prima dell'evento separativo. Il fattore che più di tutti ci dice del trauma e della sua entità è l'età del minore: più piccolo è il figlio maggiore sarà l'entità del trauma e i genitori, anche inconsapevolmente, attuano una serie di dinamiche disfunzionali che intrappolano il minore in un ruolo rigido dal quale questi non riesce a liberarsi poiché, data la sua giovane età, non ha ancora quel livello di consapevolezza e neppure una personalità solida e capace di liberarsi da solo questo incastro. Per questo motivo interviene in questi casi un consulente tecnico, in quanto capace di individuare il tipo di dinamica che esiste in una famiglia e di capire quali sono gli interventi da arrivare sulla coppia genitoriale per liberare il minore.

5.1.3.12 Unità 12: Trauma e disturbi alimentari

Camillo Lorio

Vediamo ora i disturbi e i comportamenti alimentari di quelli soggetti che hanno difficoltà ad esprimere le emozioni con le parole le trasmettono soprattutto con il proprio corpo. Si tratta di una serie di patologie che vanno dall'anoressia all'alimentazione incontrollata che sono caratterizzate da un interesse esagerato per il proprio corpo e da un'alimentazione che può essere estremamente limitata o esageratamente accresciuta.

Questo tipo di pazienti, in particolare nel caso dell'anoressia, sono soprattutto di genere femminile. L'anoressia nervosa è caratterizzata da una grande dimagrimento che porta le persone ad un peso che può diventare estremamente pericoloso per la vita, questo dimagrimento è voluto e ricercato dalla persona affetta che considera il suo corpo, invece, di proporzioni molto maggiori di quello che sono effettivamente.

Nell'anoressia può esserci una restrizione severa, quindi il cibo che si assume è molto limitato, oppure il peso viene mantenuto basso attraverso l'assunzione di cibo seguita da forti condotte di eliminazione che portano ad eliminare più di quanto si è assunto e per conseguenza a perdere peso.

Subito dopo viene la bulimia nervosa. Una patologia in cui l'alimentazione è prevalentemente cospicua, si presentano episodi di abbuffate, momenti in cui il paziente assume una quantità di cibo ingente e al tempo stesso, questo paziente però ha la capacità di ridurre il loro peso corporeo attraverso l'eliminazione di cibo e soprattutto ricorrendo a strumenti o mezzi inappropriati quali il vomito, l'uso di lassativi o diuretici, l'uso di sostanze che eliminano

l'appetito o di attività fisica. In queste persone l'equilibrio del peso si mantiene buono e fisicamente si mantengono in forma.

L'eccesso opposto si verifica nella direzione dell'alimentazione incontrollata detta anche [incomprensibile]. L'alimentazione incontrollata è costituita da una modalità di assunzione di cibo costantemente basata sulle abbuffate, il ricorso al cibo in maniera continuativa per diverse ore del giorno, un'alimentazione senza freno, vengono a mancare le capacità dell'individuo di ridurre l'alimentazione e di ridurre il proprio peso fino ad arrivare a pesi notevoli, dai 150 ai 200 kg, con un connesso rischio fisico in quanto il peso eccessivo può causare patologie fisiche di notevole gravità.

Queste tre patologie si susseguono una dietro l'altra, hanno come caratteristica di passare dall'una all'altra man mano che la capacità di controllo diminuisce. Nell'anoressia nervosa il controllo è molto buono e le persone sono in grado di limitare l'alimentazione fino a mantenere un peso corporeo estremamente basso. Quando il controllo diminuisce si passa alla bulimia nervosa all'interno della quale, ragazzi o ragazze che vivono questa problematica, si alimentano - anche molto - ma mantengono un buon compenso e hanno una capacità di controllo che emerge successivamente dopo l'assunzione del cibo, non prima, e tuttavia permette di mantenere il peso a livelli accettabili. Nel terzo tipo, l'alimentazione incontrollata, la giornata è trascorsa soltanto alimentandosi, spesso davanti alla televisione, quasi senza consapevolezza dell'atto ripetitivo e costante nel tempo di assunzione di cibo.

In comunque, queste tre patologie, hanno una serie di aspetti che riguardano tutta l'area emozionale ed il fatto di esporre a vari tipi di trauma che possono verificarsi nei disturbi alimentari.

5.1.3.13 Unità 13: Pericolo, attaccamento e trauma psicologico

Franco Baldoni

L'esposizione a situazioni di pericolo e a minacce sul piano fisico o psicologico, come malattie, traumi, condizioni di abbandono, maltrattamento, abuso fisico sessuale, sono esperienze molto comuni, sia durante l'infanzia che in età adulta.

Queste esperienze non comportano necessariamente lo sviluppo di un trauma psicologico, in quanto la nostra specie ha delle capacità di adattamento estremamente sofisticate, che permettono di affrontare anche situazioni estreme senza che queste necessariamente sviluppino una condizione di trauma psicologico. Se sono affrontate in modo efficace queste situazioni pericolose vengono, in qualche modo, disarmate nel loro potenziale disadattivo permettendo all'individuo di rimanere in una condizione di salute mentale e psicologica.

In particolare la nostra specie ha sviluppato, nel corso del tempo, delle capacità di relazione e dei comportamenti molto sofisticati che hanno la funzione principale di proteggerci nei confronti dei pericoli. Questo insieme di comportamenti e di atteggiamenti è definito con il nome di sistema di attaccamento. La parola attaccamento deriva dalla teoria dell'attaccamento che venne proposta inizialmente negli anni '50 dallo psicoanalista inglese John Bowlby. La teoria dell'attaccamento sostiene che l'essere umano ha una predisposizione innata a sviluppare delle particolari relazioni di attaccamento con delle figure primarie, spesso i genitori, che svolgono la funzione principale di proteggere nei confronti dei pericoli. Questa teoria non deriva solo dalle osservazioni psicologiche e psicoanalitiche, ma da quelle che allora erano le prime conoscenze che si sviluppavano nell'ambito dell'etologia, lo studio del comportamento animale, della teoria dell'evoluzione e delle nuove teorie cognitive, sistemiche e cibernetiche. La teoria dell'attaccamento nasce da un crogiolo di teorie moderne che negli anni '50 dello scorso secolo iniziavano a diffondersi.

In questa teoria si parla di attaccamento, la cui funzione principale è quello di proteggere dalle condizioni di pericolo, ma non solo: la persona che si sente in una condizione sufficientemente sicura è sostenuta ad esplorare l'ambiente esterno, conoscendone le risorse e imparando anche a prevenire i pericoli che l'ambiente stesso può nascondere. Queste funzioni dell'attaccamento sono state studiate sia nei bambini di ogni età - in particolare in quelli di 1 e 2 anni di vita nel rapporto con la madre - che nei primati, ed esempio esistono ricerche degli anni '50 sulle piccole scimmie resus che dimostrano quanto sia importante anche per i primati la funzione protettiva della madre, più ancora che quella nutritiva.

L'attaccamento viene solitamente suddiviso in: sicuro e insicuro. Quello sicuro è caratterizzato da un senso di sicurezza, fiducia nei confronti dell'ambiente, di fiducia nelle proprie risorse e nella possibilità di essere aiutato e protetto in caso di pericolo. L'attaccamento insicuro è a sua volta diviso classicamente in attaccamento insicuro ambivalente preoccupati - nei bambini definito di tipo C - caratterizzato da una iperattivazione dell'organismo con enfasi emotiva, manifestazioni di rabbia, paura, lamentele rispetto al proprio bisogno di protezione, difficoltà nella separazione dalla madre; l'altro tipo di attaccamento insicuro è quello evitante distanziante - noto anche come tipo A - che, al contrario del precedente, si caratterizza da ipoattivazione, in particolare da una presa di distanza dalle reazioni emotive che possono essere sollecitate da una condizione di pericolo, quindi dalla propria paura, la rabbia, il senso di vulnerabilità che vengono o inibiti nella loro espressione (ad esempio con un atteggiamento di apparente indifferenza) oppure falsificati e trasformati in espressioni di emozioni opposte (ed esempio sorridere di fronte ad un argomento spaventoso).

QUando queste modalità di attaccamento sono efficaci proteggono dal pericolo che proviene dall'ambiente e dalle relazioni nelle quali ci si trova impegnati. Se queste strategie sono efficaci e proteggono sufficientemente non si verificano condizioni di trauma psicologico e l'individuo si mantiene in una condizione di relativa sicurezza.

La condizione di trauma psicologico si manifesta quando queste modalità sono inefficaci, ad esempio quando un atteggiamento di inibizione di espressione delle proprie paure, rabbia o bisogni, non è sufficiente per protegge l'individuo dalle minacce ambientali.

Il trauma psicologico è una condizione nella quale tutta l'attività di elaborazione mentale è influenzata negativamente da un'esperienza di pericolo passata oppure attuale. Questo può venire da un evento singolo particolarmente intenso ed improvviso - ad esempio un trauma fisico o un abuso - ma può venire anche da una serie ripetuta di esperienze che nel loro complesso assumono valore traumatico: in questo caso si parla di trauma evolutivo, è la condizione in cui un bambino, per esempio, cresce in un gruppo familiare inadeguato e trascurante e nel loro complesso queste esperienze prolungate creano un clima di sviluppo inadeguato che può portare ad una condizione comunque di trauma psicologico.

La capacità di adattamento e rielaborazione di una situazione di pericolo potenzialmente traumatica dipende da alcune caratteristiche. Dall'individuo, la sua età, maturazione, personalità e dalle caratteristiche del suo attaccamento, se sono efficaci o meno a proteggerlo; la sua forza fisica e condizione di salute in quanto una persona malata è più fragile nei confronti dell'elaborazione di una condizione di pericolo. È molto importante, inoltre, la disponibilità protettiva delle figure di attaccamento, che una persona che non si senta sola davanti al pericolo, ma accompagnata da relazioni protettive da parte di persone disposte a far sentire protetto e accompagnato nell'elaborazione di una esperienza di natura pericolosa. Un ruolo importante è giocato dal contesto sociale: è fondamentale trovarsi in un ambiente accogliente, con persone che accolgono e sostengono con la loro cultura, rituali o presenza personale (ad esempio gli amici).

Il processo di adattamento di una condizione di trauma non è immediato ma ha bisogno di tempo, ad esempio un lutto significativo - come quello del coniuge o genitore - richiede

solitamente uno o due anni per poter essere adeguatamente elaborato, senza trasformarsi in una condizione di lutto traumatico. Quando un'esperienza potenzialmente traumatica non è elaborata, solitamente, viene accompagnata da un'eccessiva iperattivazione emotiva, con sogni, incubi, paure, senso di minaccia, reazioni incontrollate - come nel caso del disturbo post traumatico da stress - oppure da una situazione di ipoattivazione eccessiva, ovvero una eccessiva presa di distanza da tutto ciò che riguarda l'esperienza pericolosa, mancanza di ricordi, inibizione affettiva, evitare di parlare o i luoghi che sono legati all'esperienza traumatica. In presenza di queste due condizioni si può parlare di trauma psicologico.

5.1.3.14 Unità 14: Mentalizzazione e trauma psicologico

Franco Baldoni

Quando si parla di mentalizzazione si parla di qualche cosa che sembra un scontato, che viene da molto lontano. In effetti ogni essere umano, prima ancora dello sviluppo della psicologia, ad un certo punto della sua vita si pone dei problemi di mentalizzazione; cioè si pone il problema di riflettere su se stesso e su gli altri, considerando che noi e gli altri abbiamo una mente, dei pensieri, sentimenti, bisogni, aspettative e credenze che ci influenzano.

Un modo semplice per intendere il concetto di mentalizzazione è quello che corrisponde a considerare sé stessi e gli altri in termini di stati mentali. Queste capacità nella nostra specie iniziano a configurarsi attorno ai 4 anni di età, quando il bambino si rende conto che quello che pensa e sente non è necessariamente capito e condiviso da altre persone, ad esempio la madre può non conoscere cosa passa nella mente del bambino. I bambini quando imparano questa grande novità imparano allo stesso tempo anche a utilizzare una modalità strategica di adattamento ai problemi molto utile e importante; imparano cioè l'importanza della menzogna: una bugia si può dire se si pensa che la mente degli altri ha una visione del mondo diversa dalla propria e gli altri non possono conoscere i pensieri di un individuo.

La mentalizzazione e i suoi processi sono basati su una serie di passaggi. Il primo riguarda il fatto di essere relativamente sensibili a percepire gli stati mentali, ovvero a rappresentare di noi e degli altri degli stati mentali (ad esempio capire di essere allegri, tristi, di avere aspettative, pregiudizi) e la capacità di interpretare il proprio comportamento e quello degli altri sulla base di questi stati mentali è fondamentale per poter adattarsi (ad esempio una persona che sta davanti a noi in silenzio: non pensiamo non abbia nulla da dire, pensiamo che la sua mente sia attraversata da immagini e pensieri e il suo silenzio non è espressione di vuoto, ma di una serie di stati mentali che sono alla base di questo comportamento silenzioso).

Un secondo aspetto importante della mentalizzazione è che la mentalizzazione di noi stessi favorisce la regolazione del nostro organismo, se per esempio ci rendiamo conto di essere arrabbiati e iniziamo a pensare che qualcosa che si è detto è relazionato alla rabbia, il fatto di rendersene conto, ricordare, fare aspettative e proiezioni sulle conseguenze di un'azione apre una strada psicologica per regolare la rabbia che si è attivata in noi. Il cuore, la respirazione, la produzione di ormoni legati all'attivazione rabbiosa cominciano ad essere regolati da meccanismi di carattere psicologico; ad esempio potrei sentirmi in colpa per aver provato rabbia verso qualcuno a cui voglio bene, questo inibisce l'espressione della rabbia e regola lo

stesso organismo; si tratta di una funzione fondamentale, tanto è vero che le persone con scarse capacità mentalizzazione sono maggiormente esposte alla disregolazione dell'organismo (il cuore batte più velocemente e in modo irregolare, le reazioni emotive sono più incontrollate, e questo può portare a lungo termine a malattie dovute alla disregolazione costante dell'organismo).

Una delle funzioni più importanti del genitore nei confronti dei figli è quello di essere mentalizzazione: pensare cioè ai figli anche in relazione a quelli che possono essere i bisogni, sentimenti, paure, calandosi - in un certo senso - nei panni dei figli e percependo le cose anche dal loro punto di vista. Ad esempio un bambino di tre anni vivrà certi argomenti e interpreterà certe parole o discorsi con le proprie capacità di bambino, da parte dell'adulto è importante mettersi nei suoi panni. Questa condizione, che è stata definita *mindfulness* è una delle condizioni maggiormente correlata allo sviluppo sicuro dei figli; è una condizione basilare del buon genitore quello di riuscire a mettersi nei panni dei figli e percepire i bisogni. Si osserva già nella madre di un bambino molto piccolo che, per esempio, si mette nei panni del figlio che piange e si agita, e quindi pensa che possa avere freddo, o fame, dando così voce ad uno stato del bambino, come se il figlio a essere in qualche modo pensieri organizzati e li potesse esprimere. La capacità di rappresentarsi gli stati mentali dei figli è una condizione base di fare il genitore.

La mentalizzazione è anche alla base della capacità di affrontare lo stress e le condizioni potenzialmente pericolose adattandosi senza che si sviluppino condizioni di traumi psicologici. Per esempio: ad un bambino di fronte ad un comportamento incoerente del genitore - che magari ha un gesto di rabbia o di violenza fisica o dire cose negative verso il bambino - la capacità di questo bambino di immaginare lo stato mentale del genitore agisce come ammortizzatore e permette di considerare quello che il genitore fa e dice all'interno di un contesto. (Può pensare "il babbo è stanco e quello che dice non corrisponde alla realtà, il babbo di solito è affettuoso e mi vuole bene, ciò che accade ora ha valore in questo momento ed è legato a stati d'animo particolari ma non è assoluto"). L'atteggiamento appena esposto protegge dagli stati mentali degli altri e rende la situazione potenzialmente meno traumatica. È un fatto che si osserva chiaramente nelle persone adulte con dei bassi livelli di mentalizzazione, come il caso da persone con disturbo borderline della personalità, sono molto più esposte a continui traumi psicologici, ciò che avviene a loro non viene contestualizzato, sottoposto ad un processo di riflessione sufficiente, per cui tutte diventano totali, assolute e potenzialmente traumatiche.

In alcuni momenti l'incapacità dei genitori di porsi nei panni dei figli può essere particolarmente pericolosa e produrre degli atteggiamenti che in un bambino o adolescente possono manifestarsi attraverso comportamenti di forte aggressività. L'aggressività e i comportamenti dettati da questa possono essere, in parte, interpretabili attraverso il concetto di mentalizzazione.

Se per esempio dei genitori sono costantemente irritati dai comportamenti di un figlio, se ad esempio un figlio pone un problema o fa un capriccio il genitore inizia a rivolgersi al figlio in modo negativo (magari affermando che sia stupido, malato, non valga nulla), dal punto di vista del figlio questo ha di se stesso un'immagine restituita di una persona malata, disturbata, incapace, questo atteggiamento viene tenuto a distanza da comportamenti aggressivi per cui ogni volta che un adulto si avvicina ad un bambino in queste condizioni con l'intento di conoscerlo e di farlo fidare avrà come risposta probabile un atteggiamento di forte reazione aggressiva, con la

funzione di tenere l'adulto lontano in quanto potenzialmente traumatico. Il caso può essere quello di giovani che in classe sono ritenuti incapaci e vengono più volte punti, gli insegnanti li ritengono dei soggetti negativi e a casa questi ragazzi hanno genitori che rinforzano questa idea negativa di se stessi; questi ragazzi nei confronti degli stessi adulti che cercano di aiutarli (un educatore, un insegnante) hanno degli atteggiamenti di forte reattività e rabbia con la funzione di tenere l'altro lontano in modo da non ripetere l'esperienza di sentirsi dipingere come persone sbagliate o negative.

5.2 Modulo 2: Protezione e promozione della salute e dei diritti delle vittime di traumi

5.2.1. Lezione 1: La ritraumatizzazione, le cause, la prevenzione e i trattamenti

5.2.1.1 Unità 1: Effetti di ritraumatizzazione provocati dalle politiche sui migranti a livello Italiano e Internazionale

Daniela di Capua ex Direttrice SPRAR/SIPROIMI

Lo SPRAR, sistema di protezione per i richiedenti asilo e i rifugiati, ha modificato il nome in SIPROIMI, questo a causa dell'entrata in vigore della legge 113/2018, quindi molto recentemente dopo una serie di modifiche, anche normative, che il nuovo governo insediatosi nello scorso maggio in Italia ha apportato a tutto il tema dell'immigrazione, del diritto d'asilo e quindi dell'accoglienza.

Lo SPRAR è stato istituito nel 2002 ed è composto da una rete di comuni, enti locali, che in collaborazione con le associazioni del terzo settore e le ONG gestiscono su base volontaria, quindi su propria scelta, dei progetti di accoglienza e integrazione per i richiedenti asilo e i rifugiati.

Questa rete nel corso degli anni ha avuto una progressiva e positiva evoluzione: si è passato dagli iniziali 1500 posti di accoglienza agli attuali 35000, vi sono stati diversi passaggi nel corso della storia dello SPRAR che ne hanno determinato alcuni cambiamenti.

Il primo è stato il momento della sua istituzionalizzazione per mezzo di una legge che lo ha reso stabile e ordinario come sistema di accoglienza centrale in Italia, laddove negli anni precedenti non esistevano sistemi di accoglienza strutturati ma solo interventi di tipo emergenziale.

Un altro importante momento è stato nel 2003 quando durante la cosiddetta emergenza nord-africa ha fatto emergere, in modo evidente anche a livello europeo, l'efficacia e l'efficienza del modello SPRAR in termini di raggiungimento di obiettivi di inclusione sociale e integrazione.

L'ultimo passo è quello più recente nel quale viene modificata l'identità dello SPRAR che non può più accogliere né richiedenti asilo, né protetti umanitari (anche perché la protezione umanitaria è stata abolita) e può accogliere solamente minori stranieri non accompagnati, titolari di protezione internazionale (che però costituisce un numero residuale rispetto alle richieste di asilo) e alcune nuove tipologie di permesso di soggiorno, i cosiddetti casi speciali. Lo SPRAR, che ora si chiama SIPROIMI, potrà

accogliere ora i casi speciali per cure mediche, di vittime di tratta, vittime di sfruttamento lavorativo, di violenza domestica, di calamità naturali e persone che si sono distinte per particolari atti di eroismo, sempre riferito agli stranieri, non ai cittadini italiani, che hanno altri circuiti di protezione sociale.

Si può dire che ora lo SPRAR ha un'identità di welfare indirizzato agli stranieri e non più di sistema accogliente e protettivo verso le persone afferenti al tema del diritto d'asilo. Cambia la propria identità e potrebbe rappresentare sulla carta, un passaggio parzialmente positivo, se si pensa che ci si rivolge alla protezione di persone con qualche tipo di fragilità. In questo momento la difficoltà è costituita dal fatto che il permesso di soggiorno diventa dirimente, ma non è detto che la persona vittima di tratta automaticamente possa acquisire il permesso per caso speciale come vittima di tratta, lo stesso si può dire per la vittima di sfruttamento lavorativo, e così via.

Mancano dei criteri precisi di come dovranno essere queste procedure e di come far confluire tutte le persone con questo tipo di vulnerabilità sotto la definizione, anche giuridica, di caso speciale; solo attraverso la formalizzazione in un permesso di soggiorno per caso speciale un soggetto potrà accedere allo SPRAR e usufruire di tutti i servizi di protezione, presa in carico e accompagnamento all'integrazione che lo SPRAR prevede. Non sono stati ancora definiti i criteri e i requisiti per i quali una persona potrà avere il permesso per cure mediche, per quale tipologia di disagio mentale o fisico, di quale livello di gravità, per quale temporalità questa presa in carico è prevista?

Ci si trova quindi in un momento di transizione critico poiché molte persone che fino a pochi mesi fa avevano diritto di accesso ai progetti SPRAR ora non lo hanno più, viceversa chi sulla carta sembra poter godere di questo accesso in verità non è dato sapere come poter dar loro la cosiddetta "pezza d'appoggio" per usufruire effettivamente di questo diritto.

5.2.1.2 Unità 2: Intersectionality e trauma

Maddalena Vagnarelli

Il concetto di intersectionality sviluppato in origine da Kimberly Williams Chrenksud, docente di legge, nera e femminista, potrebbe essere compreso più a fondo da un punto di vista geografico, geopolitico, globale, transnazionale e postcoloniale; questo secondo coloro che hanno poi studiato e riutilizzato questo concetto. Alice Ludvig ha sviluppato elaborati schemi multidimensionali che includano più livelli di differenza, quali possono essere il genere, la sessualità, la razza, il colore della pelle, l'etnia, lo stato, la classe, la cultura, e così via e questo ci dà la misura degli innumerevoli livelli di cui dovremmo tenere conto e prestare attenzione quando ci troviamo in una relazione di aiuto con persone che afferiscono quelle che vengono comunemente considerate popolazioni minoritarie. Per citare Audre Lorde potremmo dire che non c'è nessuna lotta che abbia a che fare con un solo problema, perché non viviamo vite fatte di una sola dimensione.

L'internazionalità è sempre più spesso un elemento dello sviluppo di politiche di parità, la possibilità, anche grazie al lavoro delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea. SI pensi alle direttive per combattere le discriminazioni e di tutte le iniziative a livello nazionale, regionale, locale e alle politiche e al management delle diversità che ormai in tutte le nazioni dell'Occidente, in moltissime aziende, vengono adottate.

Questo non azzera, ovviamente, le ambivalenze, le sofferenze e i silenzi di chi si trova a vivere condizioni di minoritarità multiple, magari dopo aver vissuto situazioni traumatiche proprio a causa minoritarità. Sul “fatto quotidiano” del 17 maggio 2018 viene riportata una frase di un ragazzo del Camerun: “un giorno eravamo in cucina e guardavamo in TV un programma sui migranti LGBTQI, i miei compagni africani hanno cominciato a dire - l’Italia è un paese di merda pieno di omosessuali - ancora una volta non mi sono sentito libero”; Allen ha 22 anni ed è scappato da chi lo picchiava e lo chiamava demonio, si è lasciato alle spalle il Camerun - riporta il giornale - dove essere omosessuale è reato, per chiedere in Italia la protezione internazionale, ma la paura è rimasta a lungo la stessa perché l’omofobia lo ha seguito fino a dentro al hub di Via Mattea Bologna dove è stato accolto insieme ai suoi connazionali.

I migranti LGBTQI, molto spesso, sono molto giovani, non possono contare sul sostegno della propria comunità di origine, con cui si trovano a migrare, ma che spesso culturalmente connotate da quella omofobia o transfobia da cui si è sfuggiti. Non possono neppure essere certi di venire a contatto con realtà multiculturali in cui vivere serenamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità. Come si sottolinea in più occasioni in alcune interviste di Vincenzo Bramato, presidente del circolo Arcigay di Bologna, in alcuni paesi europei- come la Germania - esistono strutture protette per accogliere chi scappa da persecuzioni a causa del proprio orientamento sessuale, in cui il personale ha ricevuto una formazione specifica volta proprio a non riproporre atteggiamenti giudicanti o denigratori che rinverdirebbero lo stigma e il trauma delle persone.

In Italia , al momento, il modello di accoglienza non prevede queste specificità, ma esistono realtà virtuose come l’esperienza pilota avviata nel 2017 a Modena con un piccolo appartamento da sei posti riservato proprio ai richiedenti asilo LGBTQI, in più uno sportello per migranti LGBTQI di Verona.

Per questi ragazzi migranti in una età evolutiva afferenti alla comunità LGBTQI essere parte di una minoranza etnica in un paese che li ospita è solo una parte del problema. Sono infatti, molto spesso una minoranza silenziosa e spaventata, anche all’interno della propria comunità di riferimento. Un trauma dell’invisibilità, per dirla con Rogers, raddoppiato, un minority stress - se vogliamo fare riferimento a Vittorio Lingiardi - che ha un’incongruenza - per arrivare fino a Rogers - raddoppiata; dunque un rischio raddoppiato per la salute psicofisica di queste persone e quindi una perdita di capitale umano inestimabile.

Formarsi all’accoglienza significa innanzitutto formarsi sui diritti umani e sulle specificità che il migrante LGBTQI porta con sé nella relazione d’aiuto. La formazione dovrà quindi essere centrata sulla persona e accogliere queste specificità conoscendole per risultare veramente inclusivi, inoltre i servizi rivolti ai migranti, progettati e forniti senza considerare molto spesso la variabile dell’orientamento sessuale e dell’identità di genere ne riducono a volte l’efficacia, sia per quanto concerne la relazione con l’utente (e quindi questi ragazzi che non possono ricevere l’accoglienza che invece potrebbero avere), ma anche relativamente all’utilità di percorsi formativi o preventivi (pensiamo ad esempio alle malattie sessualmente trasmissibili, quanto sia multidimensionale anche una formazione rispetto a questo aspetto nel momento in cui abbiamo un’adolescente migrante afferente alla comunità LGBTQI). Dall’altro lato i servizi forniti proprio dalla comunità LGBT sono fortemente collegati ad un modello culturale di uomo-gay e donna-lesbica occidentali, e quindi molto spesso questi modelli non considerano un modello in cui questi ragazzi che vengono da altre culture possono davvero riconoscersi.

L’esperienza delle realtà sopra citate ha provato che i servizi di informazione di supporto e di counseling forniti dalle istituzioni, ma anche dalle associazioni, possono non essere efficaci per questi ragazzi; pertanto lavorare con queste popolazioni di molteplici minoritarità implicherà una riflessione interdisciplinare sulle prassi delle relazioni d’aiuto. Nella relazione

con queste persone la approfondire delle dimensioni relative all'omosessualità, la bisessualità e la transessualità nella storia della psichiatria e della psicologia, il concetto di stigma, di omofobia, di omofobia interiorizzata, ma anche a costare tutto questo un costante aggiornamento degli operatori sulle legislazioni relative a questi temi, sia nei paesi di accoglienza che nei paesi di provenienza delle persone che si va ad accogliere. In più andrebbe continuamente approfondito e conosciuto, perché in continua evoluzione e variazione, tutto quello che è relativo alla legislazione legata all'asilo.

Unitamente alle competenze di ordine più tecnico, sarà necessario sviluppare e consolidare, dal punto di vista più personale, un approccio sensibile al genere e mantenere viva dentro di sé e all'interno del gruppo di lavoro con cui si accolgono i quesiti ragazzi una riflessione sui diritti umani, come convenzione occidentale.

5.2.1.3 Unità 3: Elaborazione del trauma con gruppi d'incontro centrati sulla persona

Vincenza Malatino

Nella sua attività presso il servizio poliambulatorio di Lampedusa, dal 2001, la dott.ssa Malatino da ormai 25 anni. Lampedusa è sede di sbarchi da parte di uomini e donne che cercano di lasciare la loro terra per trovare un futuro migliore. Nell'affrontare il lavoro con le persone dell'isola si sono presentate occasioni di lavoro anche con i migranti, l'esperienza migratoria è divenuta parte del suo percorso personale e professionale.

Nel 2002 si chiedeva di offrire presso il centro di accoglienza supporto e terapia a persone che, sbarcate sull'isola dopo viaggi molto difficili, lunghi e con notevoli rischi di morte, avessero bisogno di farmaci e il responsabile della struttura chiese di fare una valutazione psichiatrica dei soggetti che sbarcavano sull'isola.

Si mostrò pressoché impossibile valutare la salute psichiatrica di soggetti esposti e sottoposti ad eventi traumatici così gravi, e che però venivano da cultura diverse non richiedevano l'aiuto o il sostegno di tipo farmacologico, provenendo da contesti questi che non consideravano la medicina occidentale come medicina convenzionale. Ciò che più sosteneva ed aiutava questi soggetti in certi casi era ricorrere a rituali magici e in qualche modo legati al pensiero magico preventivo di cui molti erano portatori.

Accogliere tutta questa sofferenza si mostrava particolarmente complesso e allo stesso tempo essere di aiuto e supporto. Fu così che si pensò di organizzare dei gruppi di ascolto. Questa è stata un'esperienza straordinaria per una psicoterapeuta psichiatra Rogersiana che fino a quel momento aveva condotto gruppi di ascolto legati al modello di Carl Rogers. In questo tipo di gruppo l'incontro è caratterizzato dal fatto che le persone si siedono in cerchio e si ascoltano reciprocamente, l'elemento fondamentale è l'assenza totale di giudizio e il rispetto assoluto di qualsiasi argomento voglia essere trattato dal gruppo; in questo modo è possibile creare un clima di confidenza che facilita molto la fiducia e aiuta i partecipanti, anche in situazioni emozionali particolarmente problematiche, a rielaborare l'esperienza e contemporaneamente a trovare una forma di solidarietà: rendersi conto del proprio vissuto personale non è necessariamente solo individuale, ma può essere condiviso e compreso da altri soggetti, ciò di per sé favorisce la risoluzione - a volte - della sofferenza, del conflitto o dell'evento doloroso.

Questo è quanto è accaduto all'interno di questi gruppi. Un elemento importante e fondamentale è stato trovare l'equilibrio con il mediatore culturale, il traduttore, in quanto il facilitatore non parlava la lingua dei soggetti e le condizioni di base su cui si è trovati ad operare sono state assolutamente proibitive per mancanza di materiali (mancavano sedie) o per situazioni contingenti (alcuni gruppi erano appena scampati dal naufragio e alcuni avevano addosso solo lenzuola di salvataggio).

Nonostante la situazione poco ortodossa, con grande sorpresa, si è constatato che il valore profondo non sta solo nella forma, ma nella sostanza. Di fronte a persone che portavano con sé la loro storia dopo viaggi terribili e lunghi (nel deserto, in Libia, il rischio di annegamento), le esperienze raccontare erano fortemente traumatiche e lo sono state anche per il professionista che ascoltava queste storie, con la difficoltà di uscire anche da questa situazione di sofferenza e di dolore che era diventata anche l'esperienza dello stesso professionista. È stato rievocativo, per il professionista, di un evento - che era stato dimenticato - dell'infanzia di quando una zia era partita e che aveva causato tanto dolore da aver comportato la rimozione del ricordo.

Alla luce di tutto ciò, quando si accoglie qualcuno che ha vissuto un dramma come questo, la cosa fondamentale è provare a dare sempre l'elemento dell'ascolto, elemento fondamentale della possibilità che qualcuno si apra ed esprima anche i suoi vissuti. Accanto a questo è necessario avere l'accettazione profonda della persona e l'assenza di giudizio perché questo favorisce la fiducia. Inoltre è importante l'empatia, un balsamo per l'anima, il sentire che un'altra persona si mette nei tuoi panni e ascolta profondamente come se sentisse il tuo stesso dolore. Queste sono le tre condizioni fondamentali che detta Carl Rogers per lavorare nei gruppi di incontro e nelle relazioni di aiuto di psicoterapia.

A conclusione di questa riflessione sul valore dei gruppi di incontro rogersiani nella rielaborazione del trauma con soggetti migranti è possibile soffermarsi su un aspetto interessante: nessuno ha avuto bisogno di somministrazione di farmaci dopo aver partecipato ai gruppi di ascolto. Quello che ha favorito molto è la naturale dimensione del gruppo che è quello dell'assetto circolare, la circolarità ha riprodotto forse anche un po' parte delle esperienze che i soggetti riescono a vivere nei loro paesi, ad esempio in Eritrea, dove c'è l'usanza che gli anziani e i maschi del villaggio si riuniscono in cerchio intorno ad un grande albero, che viene definito l'albero delle parole. In questo incontro, attraverso le parole, è stato ricostruito il tessuto di una trama strappata.

5.2.1.4 Unità 4: L'ascolto empatico per facilitare l'elaborazione del trauma

Vincenza Malatino

Attraverso lo spezzone di un film, "Orizzonti Mediterranei" di Pina Mandolfo e Maria Grazia Lo Cicero, curato nel 2014 dopo gli eventi dell'ottobre 2013 dove morirono 388 persone nel naufragio dell'isola di Lampedusa.

In quel tempo si è pensato di elaborare questo film per dare persone contezza e conoscenza della realtà drammatica dell'esperienza di migrazione.

La storia del ragazzo protagonista è una storia che racconta di violenze fisiche e psichiche; la cosa singolare è che questo ragazzo è arrivato accompagnato dalla

sorella e questa - anch'essa oggetto di violenza e stupro - non aveva mai parlato con il fratello di questa esperienza, come lui a sua volta era stato violentato e non ne aveva mai parlato con la sorella. Si è osservato come per lui era fonte di vergogna parlare di questa esperienza, tant'è che aveva chiesto che la sorella non fosse presente, perché lui non voleva che lei lo sapesse, ma un po' - come confessò in seguito - per vergogna di essere un uomo e di essere stato fatto oggetto di violenze. Va ricordato che questo ragazzo aveva solamente 16 anni.

Nella testimonianza che il ragazzo rende si ascolta cosa è accaduto nel suo percorso e come l'unica modalità per lasciare che il suo flusso emozionale non si interrompesse fosse stata quella di ascoltare senza mai interrompere la narrazione. Solo in pochi casi, in caso di situazione, qualche cenno del capo o la condivisione di uno sguardo più profondo, favoriva per lui la possibilità di continuare a parlare della sua storia. Si osserva quindi come l'aspetto empatico ha a che fare con la manifestazione di un'empatia più che verbale situazionale, cioè il contatto visivo, cenni del capo, il corpo che si protendeva verso di lui. Questo è stato necessario per aiutarlo a parlare, senza mai toccarlo; questo perché per lui il contatto era fonte di vergogna, come fosse un bambino incapace di esplorare una storia difficile e di sopportarla, lui che era piccolo della sorella riteneva di dover essere quello che dava sostegno e coraggio alla sorella. Anche qui si osserva come la delicatezza, il tatto, l'empatia e l'ascolto favoriscono profondamente l'emergenza delle relazioni di condivisione. IN QUESTA PARTE INIZIA IL VIDEO DI DIFFICILE TRASCRIZIONE ESSENDO PRESENTI VOCI NARRANTI INTERVISTE E IMMAGINI.

Il video ha a che fare con l'esperienza di ascolto di due storie: quella di una ragazza o quella di un ragazzo, che sono fratelli. Questi due fratelli, partiti dall'Eritrea e approdati a Lampedusa nel 2014, portati al CARA di Mineo rimanevano presso la struttura per ottenere il permesso di soggiorno, ma quando si è cercato di intervistarli per avere la possibilità di dare testimonianza delle loro esperienze e storie ci si è resi conto alla base di questo tipo di racconto doveva esserci una dimensione di ascolto molto attenta, delicata perché questi due ragazzi erano stati fatti oggetto di torture e di violenze molto forti e drammatiche. Ognuno di loro aveva chiesto di parlare in assenza dell'altro.

La storia della ragazza, della sua esperienza di viaggio iniziata per dare possibilità al fratello di non essere costretto a 16 anni di fare il servizio militare. Nella sua narrazione si capisce che lei dice una cosa fondamentale: "non posso dimenticare, non trovo la forza di parlare"; si tratta delle parole chiave e allora l'ascolto è stato accompagnato con un contatto tra le mani del professionista e quelle della ragazza. Lavorare con contatto fisico in presenza di queste esperienze è complesso, anzi è preferibile non toccare le persone oggetto di trauma e violenza fisica; in questo specifico ci si è resi conto che la ragazza aveva la necessità di essere profondamente sostenuta per poter raccontare questa storia, così la professionista ha chiesto se poteva prendere le sue mani. Proprio la richiesta, e non l'azione non accettata, ha favorito la possibilità che lei desse il suo assenso. Con questo contatto si è creato un canale di energia forte e potente, ogni volta che la ragazza doveva parlare di aspetti particolarmente traumatici e dolorosi tendeva a fermarsi e così la professionista stringeva le sue mani provocando così il proseguire del flusso energetico necessario per il prosieguo della storia.

A conclusione di questa esperienza si può affermare che mai il racconto di qualcuno può essere, in presenza di storie di traumi, fatto oggetto di banalizzazione o di

esasperazione o di amplificazione, la cosa fondamentale è l'ascolto della storia, come viene raccontata, ascoltando con grande sensibilità e soprattutto empatia e riconoscimento della sofferenza altrui. Questo è stato l'elemento fondamentale che ha consentito di aver accesso alla espressione emozionale più intensa e profonda di questa profonda nel racconto della sua storia.

5.2.1.5 Unità 5: Adozione e trauma

Mario Ruocco

Adottare un bambino significa vincere sulla natura, in particolare sulla sterilità. Il gesto di un genitore che adotta un bambino è un gran regalo che il genitore fa, non solo a se stesso in quanto in questo modo finalmente ha un figlio, ma anche al bambino, perché il bambino finalmente trova una famiglia.

Si discute se chiamare il genitore "genitore adottivo" o limitarsi al termine "genitore". Chiaramente il genitore adottivo è un genitore a 360° che non ha nulla in meno di un genitore biologico, lo dicono le ricerche, ma soprattutto lo dice la relazione che viene a generarsi tra figlio e genitore.

Avere un figlio adottato ha molte sovrapposizioni con l'averne un figlio biologico. Per un genitore adottivo sentirsi chiamare babbo è ogni volta una sorpresa, mentre per un genitore biologico è forse scontato. Questo vuol dire che forse la genitorialità adottiva è operiosa più intensa di quanto possa essere quella biologica. Questo però deve porre comunque delle attenzioni da parte del genitore: il figlio adottato ha il diritto ad essere felice e per essere felice si deve anche considerare quale è stata sua storia, che noi non sempre potremmo conoscere, perché nessuno ce la racconta e lo stesso figlio non se la ricorda. Tuttavia si deve prestare attenzione con sensibilità a quelle che sono le problematiche che il bambino può portarsi dietro. Il bambino, e poi l'adulto, adottato spesso si confronta con temi esistenziali: quali sono state le mie origini? Perché sono stato abbandonato? Sono risposte a cui nessuno può dare spiegazioni, ma questo non esclude che la vita è bella e tutti dobbiamo tendere a vivere al meglio.

5.2.1.6 Unità 6: La ritraumatizzazione

Alberto Zucconi

I fattori di ritraumatizzazione sono molti, ma principalmente li possiamo dividere in due gruppi. Quelli che avvengono per cause naturali: come una persona già traumatizzata si trova a rivivere il trauma in quanto esposta a stimoli esterni che sono traumatici (come una catastrofe, o vede persone che vengono traumatizzate, a volte anche vedere un film o un notiziario può essere traumatizzante); quelli in cui il trauma che viene vissuto e sofferto da una persona già traumatizzata, perché gli si offrono dei servizi, delle cure, da parte di persone inesperte o di un'organizzazione non traum oriented, che anche anche non volendo provocano danni ritraumatizzando la persona. Infatti si chiamano trauma inform tutte quelle cautele e procedure che

un operatore, un professionista, una istituzione adottano per prevenire la ritraumatizzare dei propri assistiti.

In passato, purtroppo, abbiamo traumatizzato chi già aveva sofferto un trauma non per cattiva volontaria, ma per ignoranza. È proprio grazie alle ricerche e alle evidenze cliniche che si è osservato che queste persone, se venivano pressate a fare cose che non volevano fare, se non venivano rispettate nei propri tempi, se venivano forzate a ricordare le loro esperienze traumatiche - ovviamente a fin di bene - pur senza accorgersene si procuravano loro dei danni iatrogeni.

Per cui, con la definizione trauma inform oggi si intende tutte quelle cautele, quella rete di sicurezza sviluppata attraverso le ricerche, che ci han mostrato che è importantissimo, per proteggere le persone già traumatizzate dal pericolo di nuove traumatizzazione, rispettare i loro tempi, centrarsi sull'erogazione di servizi sulla loro persona, sulla loro esigenza e sensibilità, inoltre mai forzare a fare qualcosa che gli utenti non sono disponibili ancora a fare.

Il perchè è molto semplice: abbiamo osservato che persone già traumatizzate hanno bisogno di accoglienza, di benevolenza e dei porti sicuri in cui riprendere le forze e riprendere i loro ritmi di esplorazione che, proprio perché traumatizzati, necessariamente cauta visto la loro pregressa esperienza. Quindi, fidarsi delle capacità di autoregolazione degli utenti traumatizzati è fondamentale buona cura. Rispettare le persone - è interessante notare - sembra così semplice è invece spesso difficile nel mondo delle cure.

5.2.1.7 Unità 7: Come si esplicita il trauma nei bambini adottati e la video intervention therapy

Laura Caetani

Il sostegno alla genitorialità adottiva nel sostegno post adottivo è importante perché, nel periodo post adottivo verranno ad evidenziarsi i traumi che i bambini hanno subito durante il periodo precedente, durante il periodo dell'istituzione, quello in cui sono stati lasciati dalla propria famiglia o madre, o in istituto o in altre famiglie.

Tutto questo sarà importante per la famiglia che adotterà questi bambini perché di fatto si ripresenteranno delle difficoltà importanti nella relazione con la nuova famiglia. Dalla ricerca sappiamo che i traumi hanno la capacità di rompere le relazioni, di renderle problematiche e difficili, i bambini non fanno eccezione a questo. Il poter avere consapevolezza della difficoltà che il bambino trova nella nuova famiglia adottiva può rendere più facile o, perlomeno, più consapevole il genitore del percorso che si troverà a dover affrontare.

Negli scambi che costituiscono la relazione, negli scambi interattivi, i bambini saranno difficile da gestire, possono dare dei segnali confusi e pochi chiari, sembrare non interessati, assenti. Tutti questi sono aspetti che andranno analizzati punto per punto e che faranno parte della storia di ogni adottato.

In tal senso noi sappiamo, sempre dalla ricerca, che ogni scambio interattivo è formato da micro eventi che analizzati in dettaglio influenzano la risposta adulto-bambino e bambino-adulto; su questo non fa eccezione il rapporto tra genitore adottante e figlio adottivo. Per questo sarà estremamente importante l'uso del video, perchè proprio in questa situazione in cui il trauma ha creato dei presupposti di

difficoltà alla lettura di aspetti microanalitici interattivi sarà importante poterli filmare, vederli in uno scambio e vedere dove e come si muove il bambino nello scambio interattivo e come può rispondere il genitore.

L'uso del video, quindi, sarà veramente da sottolineare e da raccomandare perché sarà un modo di porre le basi e poter guardare in dettaglio in maniera specifica, momento per momento, tutto quello che accade nello scambio tra bambino e genitore. La cosa importante da sottolineare è che questo particolare uso del video deve, e dovrà sempre, essere utilizzato e mostrato soltanto da terapeuti specializzati in questo particolare uso; non potrà essere utilizzato da chi non ne ha la specializzazione, data la particolare delicatezza del tema trattato.

Si osserva che, come s'è detto, i bambini adottati hanno una modalità di mandare segnali un po' meno evidente, più breve e confusa, di bambini non adottati. In questo senso l'uso del video sarà estremamente importante perché consentirà al genitore, scandendo l'interazione momento per momento, di vedere dove e come il bambino è in grado di agganciarsi relazionalmente a lui. Questa sarà una pietra miliare nello scambio interattivo e sarà l'inizio della possibile nuova costruzione e di un legame di attaccamento.

Un'altro aspetto molto importante dell'espressione del bambino è l'ipervigilanza. È molto importante perché ci racconta della sua storia, delle sue paure, dell'incuria e trascuratezza che ha vissuto, ma soprattutto se questo bambino ha subito violenza fisica, forse abuso, o comunque violenza assistita nella migliore delle ipotesi. L'ipervigilanza è un aspetto per cui il bambino è estremamente focalizzato sull'espressione dell'adulto, lo monitora momento per momento per poter leggere attraverso l'espressione dell'adulto se ci sarà qualcosa che potrà essere pericoloso per lui o se quello che sta facendo potrà diventare in qualche modo pericolo o fonte di minaccia.

Indica quindi chiaramente la mancanza di fiducia che il bambino presenta nei confronti dell'adulto, questo tenderà a sparire piano-piano lavorando nella relazione adulto-bambino, ma non sempre in maniera definitiva.

Un'altro aspetto che il bambino presenterà sarà un aspetto di goffaggine affettiva, un aspetto che farà molto soffrire il genitore adottivo perché sentirà questo bambino mai perfettamente libero nell'esprimere il suo affetto e vicinanza affettiva all'adulto. Non è responsabilità del bambino, anche questo è un frammento, che si esprime nella relazione, di una storia passata è particolarmente dolorosa. I bambini sono abituati a non avvicinarsi all'adulto, a far in modo che l'adulto diventi meno pericoloso per sé nella relazione, per cui non sono abituati spesso a toccarlo, abbracciarlo, cosa che nella relazione nuova potrebbe avvenire.

Possiamo quindi assistere a bambini particolarmente vicini, forse troppo, a volte appiccicosi, ma proprio perché non sanno modulare la modalità di avvicinarsi all'adulto, non sanno quando è troppo o troppo poco e sono in un completo disorientamento ed imbarazzo.

Altre volte il bambino si avvicina con un fare estremamente goffo, quasi falso, poco spontaneo, questo è subito monitorato dal genitore che tende ad etichettarlo. Quello che si raccomanda è vederlo sempre come l'espressione di un momento della storia del bambino, non è mai stato libero di avvicinarsi come avrebbe voluto e come avrebbe sentito ad un adulto, questo rimane ancora in tale modalità poco spontanea e piuttosto goffa.

Un altro aspetto che il genitore troverà sarà la fatica e la difficoltà al sonno e ad avere sempre un sonno estremamente agitato, poco riposante e la difficoltà ad addormentarsi. Un'ulteriore aspetto si può osservare nella difficoltà di concentrazione, spesso letta come disturbo di apprendimento non meglio identificato: il bambino non ha disturbo d'apprendimento, ma la sua modalità ipervigile gli suscita elementi emotivi così difficili, negativi e faticosi che lo distraggono dal compito assegnatogli. Ancora una volta vedremmo che il bambino è sintonizzato sul volto dell'adulto, la sua espressione, su quello che l'adulto esprime, sulla pericolosità che potrà dimostrare; tutto ciò renderà difficile al bambino il potersi concentrare.

Tutti questi aspetti però sono estremamente importanti, questi comportamenti sono la narrativa di una storia passata, diranno al genitore adottivo tutto quello che è segnato nella storia del bambino, che forse questo bambino non riesce ad esprimere se non attraverso questi comportamenti; per cui, forse, è importante pensare che sono informazioni preziose che possono metterci nella condizione di sapere quella parte di passato, assolutamente inaccessibile per noi, ma che ha creato quel bambino così com'è, in quella relazione così com'è con il nuovo genitore adottivo.

Più che situazioni da correggere sono comportamenti da accogliere al massimo, nello pieno delle possibilità di poter leggere cosa ci raccontano di una storia passata che possa diventare, insieme a questo piccolo bambino, oggi una storia insieme. Come la narrazione del passato possa creare il ponte con la narrativa del presente.

5.2.1.8 Unità 8: Figli di detenuti e trauma

Mario Ruocco

Il figlio del detenuto si trova nella condizione di vivere diverse condizioni di difficoltà. La prima è il fatto di essere deprivato improvvisamente dal proprio genitore e di dover crescere senza di lui. La seconda è quella di dover vivere in una famiglia che spesso non ha risorse economiche, infatti con l'arresto del genitore viene a mancare, il più delle volte, l'unica fonte di guadagno (per quanto fosse una fonte illecita, ma sufficiente per le necessità quotidiane).

Un'altra tragedia secondaria, ma non meno importante è dovuta al fatto che il bambino si trova immerso in mondo di giudizio: essere figli di genitori detenuti significa essere figli della colpa; il bambino mano a mano che si relaziona con questo processo sociale fa suo il giudizio fino a convincersi di essere lui stesso una persona meritevole di punizioni. Tanto è vero che spesso i figli di genitori detenuti sono bambini agitati, la cui agitazione è dovuta anche al fatto che non ha un genitore - spesso il padre - che lo educa e lo frena nelle sue intemperanze. È un bambino costretto a vivere da solo, la madre non riesce a far fronte a tutte problematiche che si concentrano sulla sua persona, non potendo più far conto sul contributo del proprio marito.

È una sfida tutta da giocare perché purtroppo anche gli operatori sociali cadono nella trappola di stigmatizzare il bambino che dovrebbe essere capito ancor di più di bambini, perché vivere da soli con la madre in difficoltà non deve essere assolutamente semplice.

C'è una discussione su come comunicare al bambino che il proprio genitore è stato arrestato. Tanti genitori, per vergogna o per difficoltà, raccontano al bambino la storia di essere dovuti improvvisamente partire per andare a lavorare. Chiaramente le bugie hanno le gambe corte e il bambino non è convinto, perché se fino ad allora il padre lavorava tornando a casa ogni giorno non si spiega come mai sia cambiata improvvisamente la mansione lavorativa e sia

partito per così tanti giorni, mesi, anni, i natali, i compleanni, così il bambino capisce la bugia.

La cosa migliore da dire ai bambini in questi casi è dire la verità “il babbo ha sbagliato, ha commesso degli errori e purtroppo deve stare in un luogo a rispondere di del suo comportamento, ma sta bene, ci sono tutti i servizi perchè stia bene, stai sereno, lo potrai vedere presto”.

Questo è un’altro tema legato ai figli di genitori detenuti: se far vedere o meno il genitore in carcere. Alcuni operatori sociali sostengono non sia opportuno perchè l’ambiente del carcere non è ambiente tagliato sulle esigenze del bambino. È vero che entrando in carcere si ha a che fare con poliziotti, ambienti non sempre dignitosi, ma è altrettanto vero che non c’è elemento più importante per un bambino che quello di poter vedere il genitore. In realtà quindi andrebbero facilitati gli incontri tra detenuti e figli.

Fino a pochi anni fa esistevano ancora dei muri che dividevano i detenuti dai visitatori, oggi molte cose sono cambiate: molti carceri dispongono di una ludoteca o di ambienti più colorati, con giochi, e gli stessi agenti penitenziari sono molto più preparati nell’accogliere i bambini. Questo tuttavia non è il tema principale, il tema non è se il bambino va in un ambiente idoneo o meno, ma è quello di facilitare l’incontro tra genitore e figlio. Tutto ciò viene rivisto ovviamente se il genitore è in carcere per un reato contro il minore.

5.2.1.9 Unità 9: Traumatizzazione Vicaria

Alberto Zucconi

Che cos’è il trauma vicario? È il trauma derivante da assistere persone che sono colpite da traumi; infatti il trauma vicario in genere colpisce coloro che erogano servizi alle persone colpite da traumi naturali (tipo catastrofi) o persone che soffrono di traumi a seguito di violenze perpetrate ai loro danni altri esseri umani, esempi sono la guerra, gli attentati terroristici, ma anche la violenza familiare o assistere le vittime di violenza sessuale.

Insomma l’operatore con buona volontà si apre e dà assistenza, supporto umano e contatto psicologico ad una vittima di trauma, ma questo - giornalmente - nonostante il significato profondo della generosità dell’apertura, anche a livello esistenziale, può incidere sulla mia salute mentale, le mie forze, il mio metabolismo e diventare fonte di un vero e proprio trauma con tutte le conseguenze che hanno i traumi.

Per cui è importante per prevenire e diluire l’impatto del trauma vicario che gli operatori e tutti coloro i quali si trovano per il loro lavoro esposti a vittime di traumi o violenze; i poliziotti ad esempio, o i giornalisti reporter e tutti coloro che a vario motivo sono a contatto con persone traumatizzate.

È buona regola, quindi, poter prevenire il trauma vicario, come anche quello più generalmente chiamato burn out che colpisce anch’esso persone nelle relazioni di aiuto e che colpisce duramente, in particolare, quando non si riesce a ricaricare le batterie, staccare dal lavoro che è pesante e oneroso oltre che bello, e anche avere un certo bilancio tra il lavoro - diciamo - umanitario e la propria vita personale, la famiglia, gli amici e gli svaghi.

Insomma è una sfida per tutti coloro che meritevolmente offrono i loro servizi con passione, generosità, empatia anche estendere tale rispetto a se stessi, perchè purtroppo non si può dare agli altri quello che non si ha, è quindi moralmente

doveroso promuovere la propria resilienza, salute e benessere, perchè se vogliamo dare molto dobbiamo includere con generosità anche la persona che non ci abbandonerà per ogni ora della nostra vita: noi stessi.

5.2.1.10 Unità 10: Il disegno come elaborazione del trauma vicario dei piccoli abitanti di Lampedusa

Vincenza Malatino

Il 3 ottobre 2013, a Lampedusa, si è verificato un evento di particolare drammaticità. Un barcone con 500 migranti ha fatto naufragio e 388 di questi hanno perso la vita. Tra questi che hanno perso la vita si riscontrano donne, bambini, molti giovani e per la popolazione di Lampedusa è stato un evento particolarmente traumatico perché tutti gli abitanti si sono ritrovati a prestare soccorso nel mare e a recuperare centinaia di cadaveri e vivere e vedere dimensioni sconvolgenti legate alla tragicità della morte, addirittura è stata ritrovata una mamma che stava partorendo durante il naufragio con il figlio ancora attaccato col cordone ombelicale.

Un evento di questo genere inevitabilmente non poteva non produrre l'effetto di un trauma vicario sulla popolazione e quindi si è cercato, in qualche modo, al poliambulatorio di avere quanto più possibilità di ascolto, visite e supporto alle persone che avevano avuto esperienze di tipo traumatico nel prestare il loro aiuto, ma una delle situazioni più difficili da gestire è stata quella legata all'esperienza traumatica percepita dai bambini, in particolare delle scuole elementari. L'immigrazione a Lampedusa è un'esperienza pluriennale e tutti (anche i ragazzi giovani) sanno che spesso viaggi della speranza si risolvono con la perdita della vita, ma i bambini di 6 e 7 anni sono particolarmente sensibili a questo tipo di esperienza e molti di loro hanno iniziato ad avere paure, angoscia, fobie, tutti fenomeni tipici di chi è stato esposto a esperienze traumatiche dove la vita viene messa in pericolo e oggettivamente perduta.

Per questi bambini questo evento era accaduto nel loro mare, un mare che vivono come fonte di gioia, gioco e divertimento; quel mare che rappresentava per loro un elemento di gioia e leggerezza improvvisamente si è trasformato in un mare di morte. Una delle possibilità che si sono messe in atto per affrontare l'elaborazione di questo trauma vicario dei bambini è stata quella di proporre loro di fare dei disegni, questi disegni adesso mostrano come i bambini rispondono e reagiscono a questo trauma.

Si deve fare una piccola premessa: l'arte è uno strumento potente per rendere tangibili eventi dolori e spaventosi, in sé l'arte produce effetti liberatori e di rielaborazione anche degli eventi traumatici. Ci si deve chiedere poi cosa sia un evento traumatico dal punto di vista dei bambini. In questo caso dipende dal tipo di evento, l'evento traumatico ha diverse forme, può essere prodotto dall'uomo (come le guerre e del terrorismo) o determinato dalla natura (uragani e terremoti) e ognuno di questi lascia tracce specifiche e specifiche paure nella mente e nella psiche dei bambini. Da questo punto di vista è stato necessario nel caso del naufragio di Lampedusa ricomporre la frattura emozionale e interna che i bambini avevano avuto, legata al fatto che questo evento potesse non solo ripresi, ma investire anche le loro famiglie; questo perché un bambino di 6 e 7 anni è difficile

comprendere il senso della morte e sappiamo come i bambini riconducono tutto a se stessi. Questi eventi e storie di morte hanno avuto l'effetto di produrre in molti bambini la paura di mangiare il pesce (i pesci avevano mangiato i bambini e le loro mamme) o di andare al mare (nel mare ci potevano essere i cadaveri); è stato necessario ricostruire questo puzzle della loro dimensione di serenità rispetto anche all'immaginario che si costruiva nell'isola di Lampedusa.

Questo è stato possibile con il disegno, come si diceva.

Con il disegno è possibile costruire una narrazione di come ogni bambino individualmente abbia percepito questo evento, perchè l'evento era collettivo ma la percezione era specifica per ogni bambino. È stato importante non offrire elementi di consolazione immediata e risolutivi, ma lasciare che ogni bambino per mezzo dell'elaborazione grafica e verbale che l'ascolto che ha seguito i disegni, trovasse delle personali soluzioni a quello che è un elemento fortemente angoscioso come la dimensione della morte e della perdita che a 6 - 7 anni è l'angoscia più grande per un bambino.

5.2.2. Lezione 2: Imparare dagli errori

5.2.2.1 Unità 1: Imparare dagli errori: le lezioni che si debbono trarre dalle cattive pratiche

Alberto Zucconi

Imparare dagli errori, più facile a dirlo che farlo, anche perchè c'è una certa cultura che ci spinge ad associare alla nozione "ho commesso un errore" un modo di disappunto, ma anche una certa vergogna: la paura di aver perso la stima dei colleghi - e magari degli utenti - e quindi una certa inflessione un po' infantilistica che tende a rimuovere l'errore, a scusarsi dicendo che non è colpa nostra, che è colpa di altri fattori esterni, insomma con un risultato misero che ci impedisce di vedere del un po' l'ovvio: che dietro ogni errore noi possiamo trovare un tesoro di saggezza. Con la giusta attitudine, non difensiva noi possiamo aprirci a imparare dagli errori: gli errori come maestri che ci aiutano a diventare dei professionisti che fanno quello che esortano i loro utenti e clienti a fare, ovvero apprendere dall'esperienza.

È buffa - e tragica - la situazione: noi professionisti della relazione di aiuto ispiriamo convintamente i nostri clienti d'imparare dalle loro esperienze e dai loro errori, ma questo è valido per i nostri clienti e meno per noi; siamo meno entusiasti noi ad accettare di non difenderci e di ammettere che l'errore è nostro, lo sbaglio è nostro, e così facendo essere aperti all'apprendimento. Una maniera disfunzionale di costruire l'esperienza dell'errore mi porta a perdere autostima, quando dovrebbe accrescere, come se fosse una cosa un po' pazza che chi prova paura pensa di essere un codardo, ignorando che chi è coraggioso prova paura ma non si fa congelare da questa, e così chi è intelligente e saggio accetta l'errore e impara da esso.

Abbiamo quindi da imparare dai nostri utenti che sono, a volte, più pronti di noi ad accettare con umiltà di imparare dalla loro esperienza e cercare di non commettere sempre gli stessi errori, ma noi siamo condannati ad una vera coazione a ripetere se ci rifiutiamo di ammettere che ridiscendono in io gli errori, perchè così facendo e descrivendoci come vittime ci creiamo una autodefinita situazione di impotenza. In questo senso diamo il benvenuto agli errori come maestri di saggezza.

5.2.2.2 Unità 2 Il trauma ha effetti significativi sulla salute fisica e mentale ed è una delle principali cause di morbidità e mortalità di generazione in generazione

Alberto Zucconi

Notevole è l'impatto negativo sulla salute fisica e mentale delle persone che soffrono una qualsiasi forma di trauma. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che le varie forme di trauma costituiscono una vera e propria emergenza sanitaria.

Noi vediamo che il capitale umano soffre notevolmente al livello fisico-mentale, in relazione al subire un trauma, e anche la capacità di contribuire efficacemente alla prosperità della sua comunità viene compromessa in quanto chi è colpito da trauma è bisognoso di cure e queste richiedono risorse economiche, finanziarie ed è anche debilitato nel produrre prosperità per se stesso, la propria famiglia, comunità e nazione.

Osserviamo anche un altro aspetto molto preoccupante per chi è vittima di trauma: che non solo la vittima diventa una persona con danni alla propria salute fisica e mentale, ma sovente, soprattutto per alcuni tipi di traumi (come essere vittime di violenza o violenza sessuale) c'è un'alta frequenza di diventare perpetratori e quindi traumatizzare altre persone innocenti e da vittime divenire aguzzini; un cosa terribile è come il trauma sia un virus che si espande se non contrastato, prevenuto e curato efficacemente nella comunità: una vera e propria pandemia. Si potrebbe parlare di pandemie, cioè di qualcosa che si trasmette da individuo a individuo velocemente in tutta la popolazione che ammonta ad una perdita di capitale umano sempre più importante.

Dobbiamo anche vedere che in un approccio bio-psico-sociale non possiamo lasciare solo al settore sanitario la prevenzione e cura del trauma, ma è compito della policy e di quindi tutte le istituzioni - la scuola, il lavoro, le organizzazioni, il mondo della giustizia minorile - che devono diventare sensibili a queste problematiche e diventare anche parte di una rete efficace di prevenzione e risoluzione del trauma. Questo nell'interesse e per il bene di tutti.

5.2.2.3 Unità 3 Il trauma è pervasivo

Gabriele Castelnuovo

Parleremo della pervasività del trauma: si sta scoprendo sempre di più, infatti, che il trauma ha degli effetti importanti sulla comunità e le società. Un tempo gli studi sul trauma si concentravano più su quegli aspetti dell'acutezza di un trauma e quindi dell'esposizione di un evento di una certa importanza, nel tempo il concetto di trauma si è allargato fino ad includere molti altri aspetti.

Comunque sia il trauma è qualcosa che davvero si mostra in forma pervasiva nelle nostre società: sappiamo che un individuo adulto è stato esposto, o lo sarà in futuro, almeno una volta ad un evento traumatico. Da alcuni studi, che troverete nell'approfondimento come studi di Benguet, sappiamo che a livello mondiale la percentuale del trauma nelle varie nazioni è molto alta, con variazioni, ma che rimangono comunque percentuali elevate. È quindi importante oggi andare ad approfondire quali sono gli aspetti che proteggono e quali aumentano il rischio di esposizione al trauma.

Sappiamo da altri approfondimenti sul tema che il trauma è anche alla base molti dei disturbi cronici che oggi hanno ripercussioni importanti a livello economico e sulla salute pubblica, ma soprattutto vanno anche a inficiare sulle capacità dell'individuo di esprimere le proprie

potenzialità e quindi di diventare pienamente un cittadino cosciente ed efficace nella comunità e società in cui vive.

Ancora più importante è il trauma se consideriamo tutti quei traumi che intervengono nel periodo di sviluppo dell'individuo, infatti è lì, nel momento in cui la persona va a costruire le proprie capacità convinti e, emotive e socio relazionali, che un trauma può andare inficiando potentemente sullo sviluppo di queste capacità, andando a minare seriamente lo sviluppo futuro dell'individuo.

Sarà quindi fondamentale, e lo è tuttora, approfondire le nostre conoscenze sul trauma, cioè essere informati, proprio come stiamo facendo attraverso questo percorso

5.2.2.4 Unità 4: Breve aggiornamento sul trauma: lo studio ACE

Alberto Zucconi

Adverse Childhood Experience: su un campione molto vasto della popolazione sono state misurate l'incidenza e i risultati di avere da bambini degli effetti traumatizzanti e le loro conseguenze negative nella vita delle persone, ma andiamo per ordine.

The ACE study, cioè quello che ha studiato le esperienze infantili negative di una larga fetta della popolazione è stato condotto dalla più grande organizzazione no profit di assicurazioni sanitarie: il Kaiser Permanente un' assicurazione sanitaria privata senza scopo di lucro , in California, ha investito molti milioni di dollari per fare questo studio e che ha beneficiato l'intera comunità scientifica perchè ora sappiamo, e repliche di questo studio e altri simili hanno confermato i dati originali, che mediamente nella popolazione almeno un terzo - quindi $\frac{1}{3}$ cittadini - viene colpito nella propria infanzia almeno da un episodio avverso, quindi da un trauma. Un numero inferiore di cittadini viene colpito da due tipi di traumi, un numero ancora inferiore ha un numero superiore di traumi.

Più una persona è colpita da traumi multipli e più questa soffre delle conseguenze negative, come se una coltellata facesse molto male, ma ancora peggio è essere accoltellati più volte. I traumi sono peggio delle coltellate, perchè questi non solo hanno conseguenze negative - come le coltellate - sull'aspetto fisico e mentale della vittima di tale violenza, ma sono anche - in qualche maniera - una sorta di virus che porta alcune persone colpite da traumi - soprattutto traumi in cui si è vittime di violenza, abuso sessuale etc. - a divenire in età adulta dei perpetratori. Inoltre le problematiche di tipo mentale e di tipo fisico, spesso le due cose sono associate; per spiegare meglio: le persone che sono i soggette a trauma cercano istintivamente di aggiustarsi al trauma, cioè di fare coping, gestire l'evento, e alcuni aspetti di questo tipo di gestione dell'evento possono essere efficaci in un primo momento, ma molto costosi a lungo andare. Ad esempio alcune persone possono - per gestire gli effetti del trauma - attutire la loro sofferenza con l'ingestione di alcolici o con l'uso di droghe, che però creano subito un altro problema, quindi aggravano la situazione, perchè uno diventa poi alcolizzato o dipendente. Oppure a livello comportamentale è noto il fatto di evitare il contatto con gli altri, ma isolandosi ci si taglia fuori dal "rifare le batterie". Oppure praticare promiscuità sessuale, insomma le esperienze avverse infantili sono una vera piaga sociale e costosissima, perchè i costi solo per il trattamento e le cure sono molto onerosi. Nell'interesse di tutti, tutti debbono impegnarsi a prevenire e curare efficacemente i traumi che soffriamo da bambini. Questo non solo beneficia le vittime, ma tutta la società.

5.2.2.5 Unità 5: L'approccio trauma informed

Alberto Zucconi

Che vuol dire trauma informed? Semplicemente informato sul trauma. È un approccio teso a prevenire la ritraumatizzazione e a offrire servizi e disegnare strutture che abbassino il pericolo di ritraumatizzazione e massimizzano la possibilità di erogare servizi efficaci.

Siamo giunti a definire delle buone pratiche come pratiche trauma informed grazie anche a un'attitudine di apertura e riconoscimento degli errori commessi in passato. Errori, ovviamente, commessi non intenzionalmente, ma per ignoranza, proprio perché non sapevamo che alcuni aspetti dei trattamenti in voga allora erano parte del problema e non della soluzione: ad esempio quello di spingere contro la loro volontà utenti a ricordare traumi passati, riesperienze momenti traumatici e così via.

Oggi, grazie a quanto imparato dagli errori del passato, abbiamo una serie di direttive, di parametri che ci aiutano a prevenire i danni e massimizzare i benefici dell'erogazione di servizi; questo non solo in ambito sanitario, della salute mentale, ma proprio in ogni ambito i - per esempio la scuola, le organizzazioni, le regolamentazioni della giustizia minorile o addirittura anche le leggi - insomma Trauma Informed School è una scuola sensibile alla problematica del trauma e quindi anche gli insegnanti sapranno che non sempre uno studente discolo è solo discolo, ma sta esprimendo un disagio dovuto ad un trauma, e quindi sapendo questo avranno strumento di reform, di invio allo psicologo affinché lo studente possa essere aiutato e il problema non diventi più grave di quanto già lo sia.

In fondo avere un approccio trauma informed è non solo doveroso, da un punto di vista etico, clinico e di salute mentale, ma è anche qualcosa di efficace nel rapporto costi-benefici, perché erogare trattamenti che riducono i danni è nell'interesse non solo delle vittime di traumi ma dell'intera società.

5.2.2.6 Unità 6: 1° principio trauma informed

Alberto Zucconi

I comuni denominatori che sono presenti in ogni struttura, non importa quale, che sia trauma informed, cioè che non rischi di ritraumatizzare chi è stato già colpito da trauma e che offre un porto sicuro, non importa se essa sia una struttura territoriale dedicata alla protezione e promozione della salute, o una scuola, o una organizzazione lavorativa o un istituto per trattamenti specializzati, oppure anche una casa di correzione giovanile parte del sistema giudiziario.

Anche una comunità, per essere trauma informed, deve avere questi comuni denominatori che hanno un filo rosso: i comuni denominatori sono tutti unificati nel voler comunicare e assicurare all'utente che ha avuto un trauma una piena sensazione di sicurezza, fisica e psicologica, essere un porto sicuro.

Il primo principio trauma informed è che la struttura deve fornire una sicurezza fisica ed emozionale e quindi la persona avrà la certezza, perché è informata a tal riguardo, ma anche l'esperienza che niente di male, nessun attacco, può essere portato a suoi danni, è un luogo sicuro dove non è necessario stare sul chi vive, in continuo allarme, vivere in ansia.

La struttura trauma informed è anche molto accogliente, in tutti gli aspetti di comunicazione e metacomunicazione e quindi l'utente è benvenuto, si dice proprio "benvenuto, o ben tornato" e sono convinti tutti che la persona dell'utente è una persona a cui si dà realmente il benvenuto.

Una struttura per guadagnarsi la fiducia e dare sicurezza agli utenti deve essere coerente, cioè i suoi messaggi a tutti i livelli devono essere congruenti con le proprie azioni e costanti nel

tempo. Solo così la persona dell'utente potrà nutrire e sviluppare reale fiducia e sentire che la struttura è realmente accogliente e un porto sicuro a cui ci si può affidare.

In una struttura trauma informed non ha spazio, non hanno cittadinanza, la violenza, la vergogna e la colpa, aspetti molto problematici che possono acuire o ritraumatizzare chi ha subito già un trauma.

O vivamente una struttura trauma informed assicura anche la confidenzialità e proprio il segreto professionale, la privacy dell'individuo, il quale non verrà esposto a questo tipo di pericoli e di violenze. Inoltre il linguaggio di una struttura trauma informed è centrato sulla persona, cioè parlerà un linguaggio chiaro, coerente, che l'utente può comprendere e non dei criptici linguaggi professionali dove occorrono tre lauree per comprendere.

5.2.2.7 Unità 7: 2° principio trauma informed

Alberto Zucconi

Il secondo principio di una organizzazione trauma informed è la collaborazione e la mutualità, per mutualità si intende che l'utente è ingaggiato attivamente alla co creazione dei servizi a lui erogati e quindi il potere personale non è quello tradizionale, come nei modelli meccanicistici-riduzionistici, dove l'utente era il paziente designato; no, qui ha voce in capitolo e il ruolo che assumerà è quello di agenzia attiva nella sua azione di recupero delle sue capacità e potenzialità.

Una struttura trauma informed promuoverà il recupero del rispetto per se stessi, un aspetto cruciale per chi è stato vittima di trauma, e anche per la speranza, la recovery, il recupero del proprio potenziale. Una struttura come questa metterà sempre in chiaro, soprattutto a se stessa, che il recupero della salute, della funzionalità di una persona affetta da stress post traumatico, da traumi, può avvenire solo attraverso delle relazioni efficaci che i membri del personale della struttura riescono a stabilire con l'utente. Insomma un buon gioco di squadra, un'alleanza di lavoro.

Condividere gli aspetti decisionali è un aspetto centrale per assicurare un buon funzionamento del servizio erogato, innanzitutto sappiamo bene - lo hanno illustrato le ricerche di Karasek sullo stress - se io ho degli stimoli stressanti ma ho ampio potere di controllo, lo stress si abbassa, se ho poco controllo sulla situazione lo stress si alza; è proprio questo principio all'opera. Quindi dare potere decisionale, controllo all'utente significa già parte della cura, in altre parole, la persona con maggior controllo è capace di superare meglio le sue condizioni.

Una struttura centrata sul fornire dei servizi trauma informed è una struttura che non incoraggia eccessive disparità di potere, eccessivi livelli di differenziale di potere tra struttura, operatori di questa e cliente, ma fa un'attiva azione di empowerment e riconosce alla persona del cliente il diritto a esercitare un controllo e un potere personale nella co-costruzione della realtà condivisa.

La struttura trauma informed è sistemica e olistica nel senso che è ben consapevole che quello su cui deve operare è proprio la costruzione sociale di una realtà trauma informed, tutti gli aspetti concorrono a renderla tale e quindi avrà cura dall'alfa all'omega, dall'inizio dell'intake, dall'accoglienza alla persona che ha avuto il trattamento, come il cliente è accompagnato e aiutato a vivere efficacemente la fase dell'after care.

5.2.2.8 Unità 8: 3° principio trauma informed

Alberto Zucconi

Il terzo principio è costituito dalla promozione della fiducia e l'offerta sempre presente della trasparenza, elementi importanti per stabilire un buon rapporto, un'alleanza efficace con l'utente. per raggiungere questo obiettivo è ovviamente di primaria importanza che anche lo staff viva le relazioni interpersonali con gli altri membri dello staff, con il team, con la squadra basate sulla fiducia e la trasparenza e anche questo nell'ambito delle relazioni interpersonali vissute dallo staff con gli utenti e con le loro famiglie.

Altro aspetto importante è rispettare i limiti, mantenere i confini, perché innanzitutto proprio avendo dei confini chiari si creano degli spazi chiari, non rispettare i confini significa inquinare i setting e decretarne la loro disfunzione.

La trasparenza è fondamentale e quindi le politiche devono essere chiare, formulate non in linguaggio burocratese, ma un linguaggio chiaro e trasparente è un'altro motivo di chiarezza, cioè tutti devono sapere - soprattutto gli utenti - in che luogo si trovano, quali sono i diritti e quali i doveri, quali sono di ogni aspetto della struttura e del personale che con egli lavora.

Per questo è necessario avere anche molta chiarezza dei ruoli e sapere che i vari professionisti operanti in una struttura hanno competenze varie e anche erogano diversi aspetti, nessuno è tuttologo e che quindi, come in un'articolata società, il panettiere fa il pane, lattaio distribuisce il latte, l'ingegnere si ingegna e così via.

Fondamentale per una struttura trauma informed è il rispetto dei diritti e la promozione attiva dei diritti degli utenti, è quindi fondamentale ricevere un reale consenso informato spiegando bene all'utente come si trattano le procedure, l'erogazione dei servizi e facendo di tutto per assicurarsi che la comprensione e il consenso siano reali e non semplice formalità

5.2.2.9 Unità 9: 4° principio trauma informed

Alberto Zucconi

Il quarto principio delle strutture trauma informed è basato su azioni di empowerment, su dare diritto alla scelta e anche alla Co-creazione delle realtà dedicate agli utenti. Tutto nella struttura offre messaggi e meta-messaggi centrati su promuovere i punti di forza, la resilienza degli utenti, la scelta è di promuovere il cambiamento centrandosi sui punti di forza e non sulle debolezza o di disfunzione dell'utente.

L'enfasi è promuovere la consapevolezza dell'utente su come in passato ha affrontato, a volte in modo non efficace, le varie situazioni, insomma il coping. Si tratta, quindi, di applicare una vera propria filosofia che enfatizza l'utilità di basarsi sui punti di forza; in altre parole in passato ci si centrava sulle patologie e la loro riduzione, ora ci si basa sulla salute, la forza e si cerca di promuovere l'espansione e l'allargamento.

Si valorizza inoltre i ruoli sociali e perchè noi siamo mammiferi sociali e quindi questo è di vitale importanza per l'identità e lo sviluppo del nostro potenziale.

Obiettivo dichiarato e perseguito coerentemente è promuovere le capacità di autoregolazione, di autonomia e autogestione degli utenti, quindi si sottolineerà la possibilità di crescere anche dalle esperienze traumatiche non si enfatizza che una persona sia una povera vittima, ma la sua capacità di resilienza.

5.2.2.10 Unità 10: 5° principio trauma informed

Alberto Zucconi

Il quinto principio è quello del supporto dei pari, quindi un'organizzazione trauma informed farà di tutto per favorire che i propri utenti ricevano il supporto dei loro pari. Si tratta di una variabile molto importante. Per stabilire sicurezza e speranza.

Innanzitutto il supporto dei pari aiuta a far sentire le persone che la ricevono più sicure e anche a suscitare la loro speranza, che ci sia la possibilità di stare meglio; insomma è importante è il supporto dei pari per costruire maggiore fiducia in se stessi e nelle proprie potenzialità, anche autostima.

Il supporto dei pari promuove altresì le possibilità di collaborazione e quindi tutto ciò che è di positivo nel promuovere il proprio ruolo sociale e sentirsi attivi. È innegabile che il supporto dei pari porta ad una comunicazione interpersonale che può veramente avvantaggiarsi della costruzione di narrative che sono una parte di un puzzle molto più ricco e che fanno sviluppare narrative di speranza e di guarigione.

5.2.2.11 Unità 11: 6° principio trauma informed

Alberto Zucconi

Il sesto principio riguarda la sensibilità di una struttura trauma informed a tutti le tematiche culturali, interculturali e di genere o quelle che riguardano parte della popolazione o minoranze per essere sicura di trattare tutti in maniera accogliente e soprattutto democratica.

Ovviamente una struttura efficace ed efficiente non avrà costrutti legati al passato di stereotipi assolutamente ingiusti e distruttivi verso minoranze. Il servizio erogato sarà, per esempio, molto sensibile alle diversità di genere e al rispetto equo delle diversità di genere e poi una tale sfruttare efficacemente faciliterà l'utilizzo del background culturale, delle tradizioni, della cultura e nazione di origine dei suoi utenti. Costruirà una realtà fedele alla propria filosofia per cui l'organizzazione e le procedure saranno tutte non discriminatorie e sensibile alle diversità.

Inoltre saprà riconoscere e affrontare efficiente il trauma storico. I traumi storici sono costituiti da eventi di trauma di massa che impattano anche chi non l'ha vissuto direttamente, facendo un esempio drammatico: l'olocausto, non solo milioni di poveretti sono stati vittime del delirio nazista, ma anche i loro figli e nipoti portino il riverbero di tale bestialità.

5.2.2.12 Unità 12: scuole trauma informed

Alberto Zucconi

Le scuole possono fare molto per la prevenzione e gestione efficace dei traumi e soprattutto nel prevenire la ritraumatizzazione. Le scuole sono un punto nevralgico della comunità e gli insegnanti in modo particolare poiché vedono continuamente i loro studenti e hanno frequenti contatti con le loro famiglie. Inoltre gli insegnanti godono di un certo prestigio, derivante dal loro ruolo, nella comunità. Per cui se gli insegnanti e tutto il personale scolastico sono sensibilizzati su quelli che sono i parametri una scuola trauma informed, e magari hanno avuto una consulenza da un esperto che li aiuta a fare quelle migliorie che renderanno la scuola da scuola ignorante della problematica a scuola informed sulle problematiche del trauma, ebbene tale scuola potrà essere non parte del problema, ma parte della soluzione. Non solo perché gli insegnanti sensibilizzati sulle problematiche del trauma potranno essere ben pronti a cogliere segnali che se non avessero un occhio addestrato potrebbero interpretare come meri problemi disciplinari, ma invece - essendo insegnanti trauma informed - potranno

essere sensibili fare da riferimento ai loro allievi e chiedere accertamenti se un loro studente ha bisogno di supporto professionale se lo studente è o è stato vittima di un trauma.

Un'altra influenza significativa gli insegnanti possono esercitarla nei confronti dei genitori, che piano piano diventano dei genitori trauma informed e potranno dare un notevole contributo a questo tipo di problematica.

Insomma una scuola trauma informed è il completamento della vocazione di una scuola, che è avere e diffondere efficacemente le conoscenze per funzionare come cittadini proattivi della polis. Quindi, una scuola trauma informed è pienamente pronta a realizzare la propria mission di scuola nel senso migliore del termine.

5.2.3 Lezione 3: Centrarsi sulle persone: accoglienza ed empowerment

5.2.3.1 Unità 1: Centrarsi sulla persona dell'utente per offrire un porto sicuro e lavorare sul trauma rispettando sempre i tempi del cliente

Emanuela De Santis. Assistente sociale - Emanuela Tardioli. Psicologa -psicoterapeuta

Verranno illustrati alcuni insegnamenti tratti dall'esperienza di 20 anni di lavoro nei servizi rivolti a minori e famiglie e che si occupano di creare dei percorsi di aiuto, sostegno e intervento per i minori esposti a situazioni di violenza, violenza assistita, abuso o ad altre situazioni di vissuti traumatici.

Nel corso del tempo le cose più importanti focalizzate sono state: la necessità e l'importanza di costruire - al di là di competenze tecnico scientifiche - una relazione adeguata a creare un contesto sicuro per il minore. Il termine sicuro va declinato nella dimensione di ascolto delle esigenze e dei bisogni e di rispetto, fondamentale in particolare nelle situazioni in cui il minore esce da esperienze che hanno violato il senso di sicurezza e di rispetto e di continuità della vita, in queste garantire una situazione di rispetto è fondamentale per riprendere un percorso evolutivo.

Corsa vuol dire una dimensione di rispetto? Significa una vera dimensione di ascolto, ascolto empatico e non una centratura su protocolli e sulle esigenze degli operatori, ma una centratura su quello che è il mondo interno del minore, i suoi bisogni, i tempi del minore, i quali vanno rispettati dal momento che spesso ci troviamo davanti a minori che hanno sviluppato una situazione di difesa e protezione di sé. È quindi importante che l'operatore che interviene lo faccia non minacciando di abbattere le difese (volendo sapere, portare, fare domande) ma rispettando un tempo di esposizione del minore, avendo coscienza che la difesa non è che il modo migliore trovato dal minore per fare fronte ad una forza che è stata soverchiando. Quindi piano piano, rendendo inutili e meno indispensabili le difese si potrà andare a incontrare il nucleo del cuore di quel minore.

L'esperienza ce lo mostra é, quindi, importante essere centrati sui bisogni del minore.

Si illustreranno ora le esperienze accumulate dall'attività di assistente sociale che per 8 anni ha prestato servizio presso il comune di Roma occupandosi di prevenzione, tutela e sostegno dei minori e delle loro famiglie.

In accordo con quanto detto sopra in riferimento alla necessità di essere centrati sui bisogni del minore si può allargare questa riflessione alla necessità di essere centrati sulle caratteristiche e l'unicità di ogni situazione, quindi anche di tutti i soggetti coinvolti, oltre il minore sicuramente i suoi genitori. Nella quotidianità del lavoro come assistente sociale ci si occupa principalmente di lavorare con i genitori, in quanto i minori che subiscono o hanno

subito uno o più traumi solitamente vengono presi in carico e seguiti da specialisti opportunamente formati per sostenerli in questo processo.

Per quanto riguarda l'attività dell'assistente sociale questi si occupa di accompagnare le famiglie nel processo di consapevolezza delle loro difficoltà, criticità, fragilità, ma anche degli agiti che hanno recato danni e malessere ai propri figli, per poi costruire anche delle reti di supporto attraverso le quali sostenerli nell'acquisizione e nell'utilizzo adeguato di responsabilità genitoriali che garantiscano al minore il suo diritto a crescere serenamente nella propria famiglia, in un contesto quindi di protezione e tutela.

Secondo l'esperienza quali sono gli elementi preponderanti di cui si ha bisogno come operatori per lavorare in questo ambito è con queste persone? Sono sicuramente le competenze tecnico professionali scientifiche, ma sicuramente anche competenze e capacità che riguardano di più la sfera personale, ci si riferisce, quindi, a tutto quello che si può racchiudere con l'accezione di "mondo interiore" dell'operatore: le proprie emozioni, pregiudizi, risonanze, proiezioni che tendiamo a fare e facciamo entrando in relazione con gli altri; oltre ad essere professionisti della relazione d'aiuto si è delle persone che incontrano altre persone.

Cosa accade quando ci si trova a lavorare con genitori abusanti o maltrattanti? Non si nasconde di provare a volte, anche spesso, sentimenti o emozioni di rabbia, sdegno, indignazione e anche talvolta di paura; sicuramente quello che si vuole dire è che non si deve far finta che queste emozioni non esistano, fanno parte di noi ed entrerebbero in ogni caso nella relazione di aiuto. L'importante è invece saperle riconoscere, in modo tale da saperle gestire e fare in modo che non vadano ad inficiare la realtà che si ha di fronte, ovvero fare in modo che la soggettività personale non sia il linguaggio attraverso il quale si interpreta quello che si ha di fronte, confondendo i piani di realtà o i ruoli. A volte l'operatore, confuso dall'emozioni, tenda a porsi come colui che da le direttive e il genitore diventa semplicemente la vittima delle decisioni dell'operatore; questo sicuramente allontana dal garantire la tutela e la protezione dei minori, perché se non si è assolutamente concentrati sulla realtà della situazione affrontata non è possibile né capire né percepire i bisogni dei minori e quindi orientare l'intervento.

Per quanto riguarda invece la relazione diretta con il minore, l'intervento dell'assistente sociale in tal caso è più ridotto, ma anche in questo caso ci sono componenti emotive forti, può capitare di voler rispondere al bisogno personale di dare ai minori l'affettività e le cure non ricevute, altre volte tentando di sostituirsi ai professionisti dell'aiuto che li seguono e li aiutano nell'elaborazione dei propri traumi.

5.2.3.2 Unità 2: Accoglienza degli utenti LGBT

Maddalena Vagnarelli

La complessa narrativa che vede gli adolescenti LGBTQI crescere in contesti familiari e sociali che spesso disconoscono, denigrano le dimensioni fondanti della loro identità, quali sono la sessualità e l'affettività, può esistere in una varietà di disagi psichici.

Un'ampia letteratura scientifica evidenzia come in una popolazione non clinica queste persone soffrono in misura significativamente maggiore di disturbi d'ansia, abuso di sostanze, disturbo post traumatico da stress e abbiano un aumentato rischio suicidario. I ricercatori correlano questa maggiore incidenza di disagi psichici alle dimensioni del minority stress e dell'omofobia sociale; quindi l'invisibilità e l'indicibilità emergono come cause e conseguenze si vissuti traumatici.

All'interno delle esperienze di queste persone acquistano traumatica realtà i concetti di trauma cumulativo, trauma relazionale e le concettualizzazioni relative ai disturbi traumatici complessi.

Esiste quindi una relazione circolare tra pregiudizio sociale, aspetto di sentirsi dissociati, invisibilità, ma anche resilienza, in una popolazione che vede negata oltre a questa dimensione anche quella della cittadinanza, dell'appartenenza e dell'inclusione.

È necessario quindi, per chi è deputato all'accoglienza e supporti di questi ragazzi, si interroghi su come facilitarli e su come aiutarli a conquistare per sé diritto di esistenza, dignità e diritto all'amore.

Le reciproche che si susseguono da oltre 50 anni e continuano, i documenti, vademecum, linee guida prodotti a seguito di queste ricerche fanno riferimento alle dimensioni che seguono:

- le omosessualità sono varianti normali e positive e della sessualità umana e non costituiscono di per sé indicatori di disturbi mentali o dello sviluppo
- Le omosessualità e le bisessualità sono oggetto di stigma sociale, questo può avere molte conseguenze negative nei percorsi e nei processi evolutivi
- Gli effetti ed i comportamenti omosessuali possono essere presenti in vari orientamenti sessuali
- Le persone LGBT possono condurre vite soddisfacenti e felici, instaurare relazioni di coppia durature, formare famiglie solide quanto quelle eterosessuali
- Non esiste ricerche scientifiche che riconducono l'omosessualità al trauma o alle disfunzionalità
- Non è dimostrato che tutti i tentativi terapeutici che hanno per obiettivo modificare l'ordinamento sessuale siano efficaci o esenti da rischi

Le linee guida rilasciate dall'APA nel 2012 rispetto alla pratica psicologica con persone LGBTIQ sottolinea l'importanza di prendere in considerazione gli atteggiamenti del relatore di aiuto verso l'omosessualità e la bisessualità, intesi non solo come la conoscenza degli effetti dello stigma su queste persone ,a anche come la consapevolezza di quanto i propri atteggiamenti impliciti ed espliciti rispetto alle omo o bisessualità, quindi la personale competenza su queste tematiche ma anche il personale sguardo sulle stesse, possono influire in ambito di valutazione e di intervento.

I punti in comune che si possono estrapolare da tutti i documenti fino ad ora prodotti possono essere così sintetizzati:

- offrire accettazione e sostegno mettendo in alto ascolto rispettoso, non giudicante ed empatico che aiuti l'utente a superare il disagio provocato dal minority stress
- Adottare opportuni accorgimenti nella fase di conoscenza di queste persone: la valutazione deve essere indirizzata alla conoscenza del soggetto in tutta la sua complessità, considerando le interazioni e le interconnessioni tra il minority stress, la salute mentale e la dimensione spirituale ed interiore, nonché la posizione che l'orientamento sessuale occupa nel funzionamento generale dell'individuo
- Favorire e sostenere modalità attive di coping: sappiamo che per gli adolescenti in generale è importante sentirsi agenti attivi nelle proprie esistenze, in particolare usando c'è da far fronte ad eventi stressanti il relatore di aiuto dovrà aiutare l'utente e favorire delle strategie che tendano alla elaborazione cognitiva ed emozionale dello stressor

- Comprendere il ruolo svolto dalle amicizie e dalla comunità LGBTIQ. Considerando che il minority stress può comportare emarginazione ed isolamento un elemento fondamentale è quello di incrementare la capacità di avvalersi del supporto sociale
- Esplorare e sviluppare l'identità. Le dinamiche identitarie costituiscono un aspetto importante e fondante nell'adolescenza e in quella delle persone LGBTIQ, quindi è l'importante che queste persone possano esplorare ed integrare senza necessariamente dover scegliere un'identità a scapito dell'altra come nel caso della dicotomia maschio-femmina
- Comprendere i conflitti e favorire la loro integrazione. La relazione d'aiuto dovrebbe favorire dialogo e integrazione tra le parti di se eventualmente in conflitto, come accade ad esempio nel caso dell'orientamento sessuale e del credo religioso
- Comprendere i significati sottostanti alle richieste di modificare l'orientamento sessuale o di fare una terapia riparativa. In questi casi è il caso che uno psicoterapeuta opportunamente formato conduca un'analisi nella domanda appropriata accogliendo significato ed esplorando tale desiderio e riconducendolo a complesse dinamiche familiari e sociali che potrebbero condurre il soggetto a considerare inaccettabile un elemento costitutivo della propria identità
- Comprendere ed esplorare il processo di coming out
- Cogliere i livelli di minority stress in condizione alle relazioni di doppia minoranza, in cui l'individuo è discriminato non solo a causa dell'omo o bisessualità ma anche di altre condizioni oggetto di stigma sociale
- Tenere conto del peso che il minority stress ha nella dinamica di coppia, è importante ricordare che le coppie gay e lesbiche non sono riconosciute dalle principali religioni nell'ordinamento giuridico di molti paesi. Connesso a ciò va considerato tutto quello che è relativo all'omogenitorialità e alla mancanza e scarsa regolamentazione giuridica di questo tipo di formazione familiare.

5.2.3.1 Unità 3: La crescita personale ed esistenziale: growth after trauma

Alberto Zucconi

Per growth after trauma si intende un fenomeno di crescita personale che alcuni individui traumatizzati esperiscono come conseguenza del trauma stesso. In altre parole, non solo il trauma provoca danni notevoli, gravi all'organismo e alla psiche degli individui interessati, però oltre a tutti i danni esiste anche questo fenomeno, che un numero significativo, anche se non maggioritario, di vittime di traumi esperienza. Si vuole sottolineare che questo ci parla ancora una volta dell'incredibile resilienza della specie umana, o forse parla della resilienza di tutte le forme di vita che si sono sviluppate nell'evoluzione della vita sul nostro pianeta.

Comunque sia la tragedia del trauma manda in tilt la persona, la "sbatacchia", la offende e ferisce e quindi è un vero e proprio terremoto, le cui scosse impattano sia il piano psichico che il piano fisico di un individuo. Tuttavia, in tale sconquasso, come succede sovente, non tutto il male è unicamente a senso unico perché quando un

soggetto è travolto da un trauma si deve riaggiustare alla nuova realtà ed alcuni individui si riaggiustano, si riassessano, crescendo dall'esperienza. Quindi a livello esistenziale essi vivono una esperienza di crescita, in altre parole sono più aperti, più convinti di valori morali e spirituali che vivono in maniera più significativa e si relazionano alla vita, con se stessi, gli altri e il mondo con nuovi e più profondi significati. Un esempio personale: ricordo la commozione che ho provato leggendo proprio un libro scritto da un collega - Victor Frankl - che ha avuto a sorte la tragedia e tutti i traumi relativi ad essere preso, in quanto ebreo, durante il nazismo ed internato in un campo di sterminio nazista; ebbene i campi di sterminio, prima di uccidere le persone nel fisico le angariavano e cercavano di uccidere nella loro dignità umana, tuttavia un numero - anche esiguo - di persone non solo sopravviveva a livello fisico, nonostante tutti i traumi anche a livello psichico, ma diventavano persone migliori e quindi, come ci racconta Frankl nel suo libro "Uno psicologo nei lager" come lui ed altri compagni di campo facessero in quattro e si privassero del poco cibo per dare amoroso supporto a persone più sfortunate addirittura di loro (malate o deboli), rischiavano di essere mandati alle famose docce alla camere a gas e quindi sterminati. Chi di questo gruppo è sopravvissuto ed è stato poi liberato alla fine della follia nazista era diventato, pur nella debolezza fisica e pur traumatizzati, una persona migliore e con un rapporto più significativo a livello esistenziale con se stesso, gli altri, il mondo; un aspetto che ci fa meditare e ci infonde forse un po' di speranza.

5.2.4 Lezione 4: Strumenti di lavoro e situazione europea

5.2.3.1 Unità 1: Art Therapy - il lavoro di Virginia Axline

Dott.sa Sabrina Maio

Nel lavoro in ambito clinico con bambini traumatizzazione attraverso un modello di psicoterapia basato sul gioco denominata play-therapy secondo il modello di Virginia Axline, psicoterapeuta statunitense allieva di Carl Rogers e che ha trasposto i principi basilari sviluppati da Rogers nell'ambito della psicoterapia dell'adulto, nel lavoro clinico con i bambini. Questo lavoro è stato pubblicato nel libro "play therapy" nel 1947.

I postulati evidenziati e delineati da Rogers, basilari per la comprensione del mondo interno del bambino, a cui la Axline fa riferimento, parlano di un bambino che ha una tendenza innata ad attualizzare le potenzialità del suo organismo e tutti i suoi comportamenti sono tesi al raggiungimento di questa meta. Un secondo postulato parla di un bambino in grado di autoregolarsi perché nessuno meglio di lui conosce ciò che è meglio per se stesso. Un terzo postulato parla di un bambino che ricerca attivamente tutte quelle esperienze che possono essere favorevoli per il suo sviluppo, per l'espressione delle sue o potenziali e del suo organismo, mentre tenderà a rifiutare tutte quelle esperienze che valuta come sfavorevoli.

In questa ottica la play therapy permette al bambino di esprimere se stesso nelle migliori condizioni possibili, proprio grazie ad un clima calmo, contenitivo e facilitante il bambino ha la possibilità di esprimere meglio il suo potenziale. Il clima facilitante che si realizza nell'ambito della play therapy permette al bambino di rafforzarsi, conoscersi meglio e di simbolizzare correttamente la sua esperienza che, in altre parole, vuol dire dare espressione alle emozioni e ai sentimenti.

L'accesso al mondo interno del bambino è possibile attraverso dei canali cosiddetti preferenziali che sono: il gioco, il disegno e la favola. Attraverso questi canali il bambino è in

grado di poter esprimere in maniera più spontanea e libera, in quanto canali che gli appartengono fortemente, ed è cos'è in grado di esprimere i propri bisogni, vissuti ed emozioni.

Nell'ambito del processo della play therapy il terapeuta starà attento a rimandare e a riflettere al bambino tutto ciò che emerge attraverso il gioco e quindi sintonizzandosi con quelle che sono le sue emozioni. Questo permette al bambino di ampliare la consapevolezza rispetto al proprio comportamento.

La costruzione del setting nella play therapy è fondamentale perché è il modo in cui il bambino viene accolto. In questo senso, per esempio, avere a disposizione molto materiale di gioco permette al bambino di esprimersi in libertà, di muoversi in libertà dentro l'ambiente, questa diventa per lui una esperienza fortemente significativa: nel momento in cui il bambino si sente libero è maggiormente facilitato nella autoesplorazione e, attraverso questa, così avviene il cambiamento, il quale produce presa di potere personale, l'empowerment.

Ritornando alla costruzione del setting, la presenza ad esempio di molti materiali, ad esempio fogli di carta, vari colori, plastilina da modellare, vaschette per la sabbia su cui realizzare scene oppure la presenza di libri, di favole da poter raccontare o leggere assieme; insieme alla presenza dei puppets che permettano al bambino di esprimersi al meglio: come ad esempio l'uso di due pupazzi che il bambino ed il terapeuta possono indossare, come marionette, ed indossandoli il bambino li fa diventare parti di sé e può così interagire col terapeuta, ma facendo parlare il pupazzo come canale di comunicazione, importante perché così facendo il bambino può aprirsi in modo più profondo ed efficace.

In questo senso i pupazzi possono interagire come se fossero entità autonome, è importante che il terapeuta guardi direttamente i pupazzi e non il bambino, questo lo facilita nel considerarlo come canale di espressione che non è se stesso. Il fatto che rappresentino animali è un elemento facilitante perché per il bambino è più semplice identificarsi con l'animale rispetto che con la figura umana.

Il terapeuta in questo processo con questi materiali di gioco non farà altro che accompagnare il bambino in questo percorso e - citando Axline - durante un percorso di psicoterapia sarà il bambino ad indicare la strada da seguire e non sarà il terapeuta a dirigerlo.

Nel momento in cui infatti il bambino è libero di esprimersi è possibile l'autoregolazione, uno dei postulati di Rogers prima citati. In questa ottica la play therapy è efficace nel lavoro con bambini che hanno subito esperienze traumatiche, in quanto la creazione di un clima di sicurezza, contenimento e libertà permetta al soggetto traumatizzato di esprimere al meglio se stesso e avviare un processo di elaborazione della sua esperienza.

L'importanza del gioco è stata ampiamente rafforzata anche dalle ricerche nell'ambito delle neuroscienze, in particolare significativo è il contributo di Panksepp, che nel suo libro "l'ecologia della mente" identifica sette sistemi affettivi di base presenti nei mammiferi. Tra questi sistemi quello che più ci interessa è l'identificazione del circuito del gioco, un circuito determinato geneticamente che media gli effetti positivi nel cervello dei mammiferi. Panksepp ha riscontrato che al livello genetico il circuito del gioco è presente in tutti i mammiferi e quindi li accomuna. Queste ricerche valorizzano l'importanza del gioco per la crescita cognitiva, affettiva, relazionale del bambino e si è dimostrato che il gioco facilita le abilità di coping, ad esempio di cooperazione sociale.

Il fatto che il gioco sia stato confermato come un'attività spontanea, radicata geneticamente, ci permette di fare delle riflessioni nel momento in cui abbiamo a che fare con un bambino che non gioca. Un bambino che non gioca è in qualche modo indicativo di un bambino che in quel momento esprime un malessere.

La play therapy si configura come un intervento psicoterapeutico altamente efficace con bambini sofferenti, che portano con sé disagi, ma ancora di più con bambini che portano con sé esperienze traumatiche; in particolar modo la play therapy fa sì che il punto di vista

centrale sia quello del bambino, il quale è considerato come una persona che può raccontare, condividere ed esprimere tutte le sue emozioni, sentimenti, angosce e paure, però in un contesto protetto, sicuro e rispettoso del bambino stesso e di quelle che sono le sue peculiarità. Tutto questo può aiutare il bambino a superare l'esperienza traumatica e permettergli di crescere in maniera sana.

5.2.3.2 Unità 2: Strumenti di Valutazione del trauma

Sabrina Maio

Esistono vari strumenti di valutazione del trauma che, come tutti gli strumenti diagnostici, possono essere somministrati esclusivamente da psicologi.

Tra i vari strumenti che esistono vale la pena citare il Test di Wartegg proiettivo, semi strutturato, basato sul disegno. È un test somministrabile dai 4 anni in su, fino all'età adulta. Si costituisce da un modulo cartaceo sul quale sono rappresentati 8 riquadri delimitati da una cornice nera all'interno dei quali è presente già un piccolo segno stimolo; la persona che realizza il test dovrà completare un disegno prendendo spunto da quello che è già presente nel riquadro, farlo riquadro per riquadro e fare otto disegni nel complesso.

È uno strumento psicodiagnostico molto semplice da somministrare, anche in termini di tempistica, ed è basato sul disegno, un canale sicuramente preferenziale e facilitante per il bambino, come accennato in precedenza sulla play therapy. Essendo un canale preferenziale per il bambino facilita la sua realizzazione.

Il test di Wartegg si basa su un sistema di decodifica ed interpretazione molto accurato. Nonostante la semplicità di somministrazione il sistema di decodifica è molto articolato e accurato e fa riferimento a Crisi-Wartegg system: una procedura messa a punto dal professore Crisi, che, in generale permette di ottenere una descrizione del funzionamento della personalità dell'individuo a cui è stato somministrato il test. Rispetto alla specificità del trauma il test consente, attraverso la lettura di determinati indici, di individuare intanto la presenza di un trauma, in termini di impatto sull'individuo, e tutto ciò che può scaturire a seguito di aver vissuto un'esperienza traumatica, questo sia su un piano cognitivo, che relazionale, che affettivo.

Il test di Wartegg non nasce come un test specifico per la valutazione del trauma, però può dare un contributo significativo in tal senso. Il report che scaturisce a seguito della decodifica, la quale avviene attraverso una prima fase in cui i disegni vengono tradotti in sigle, le sigle in indici, e questi letti in configurazione di indici che delineano e descrivono aspetti di funzionamento della personalità-

La forza di questo test è nella sua semplicità e immediatezza e può dare una descrizione di quello che è stato l'impatto del trauma sul funzionamento psicologico dell'individuo stesso.

Accanto al test di Wartegg, che ha natura proiettiva, esistono anche dei questionari di valutazione del trauma, per citarne alcuni: la Hopkins Symptom Checklist - 2 che è un questionario messo a punto dall'università di Harvard e che è stato creato per dare valutare la presenza di sintomi in bambini rifugiati (che hanno quindi vissuto questa esperienza), un'altro questionario è il Trauma Symptoms Checklist for Young Children un questionario che viene compilato non direttamente dal soggetto ma dal caregiver, infine il Coping Responses Inventory che invece viene somministrato dai 12 anni in su ed è un questionario self report.

5.2.3.2 Unità 3: panoramica europea nazione per nazione del trauma care

Alberto Zucconi

L'Europa è stata teatro di eventi traumatici di massa che hanno impattato negativamente larghe fasce della popolazione. Del resto il trauma, in tutte le parti del mondo, è molto diffuso. I calcoli dicono che circa il 70% della popolazione subirà nell'arco della propria vita almeno un evento traumatico, da questo ne riceverà danno; è una vera propria pandemia: un'epidemia diffusissima, e in quanto tale è così grave il danno a livello mentale, fisico, comportamentale, sociale, economico che gli effetti dei traumi provocano che si potrebbe dire sono state ben allertate le nazioni Europee, tra le più avanzate al mondo, per investire in ricerche, know how, finanziamento e sviluppare le skills per gestire efficacemente - come facciamo per tante altri fenomeni - questa pandemia.

Invece, purtroppo, così non è; incredibile ma vero è quanto poco è stato fatto. Ci sono delle eccezioni a questa regola, nazioni virtuose - come quelle scandinave - per esempio in Svezia si sono attrezzati non solo a livello di trattamenti di persone traumatizzate, ma anche a livello sociale, affrontando con lungimiranza la problematica per cui in ogni città esiste una task force dedicata al trauma; oppure i professionisti - come gli assistenti sociali - sono ben addestrati durante il loro iter accademico, su come gestire e prevenire queste tematiche.

Molti altri paesi europei, però, non sono stati altrettanto efficaci. Basti pensare che il Belgio, dove esiste un ottimo reddito pro capite, un'ottima capacità di sviluppo, dell'industria, dei servizi, fino a pochi anni fa non possedeva strumenti per contrastare o aiutare i professionisti a sviluppare le competenze nei loro iter di costruzione sociale del professionista.

La situazione, quindi, non è oggi assolutamente soddisfacente, con delle variabili - come l'Inghilterra ed in genere le nazioni di tipo anglosassone - che hanno sviluppato in maniera lungimirante le possibilità di addestrare e investire risorse nel creare istituzioni che possano essere di aiuto e trattamento alle persone traumatizzate, ma anche la loro prevenzione.

Tuttavia in molte nazioni, per esempio in Italia, ancora c'è ancora molto cammino da compiere prima che sia accettabile avere una situazione decentemente sotto controllo. Un lavoro positivo è stato svolto, ovviamente, dalle società di traumatologia che si sono sviluppate negli ultimi decenni; queste hanno un po' supplito a quello che sarebbe il compito degli iter di formazione universitaria delle varie professioni sanitarie a creare ed offrire training, aggiornamenti e addirittura delle possibilità di qualificazione dei diplomati nel trattamento del trauma. Moltissimo è ancora da fare e questo è un imperativo assolutamente etico, morale, ma soprattutto di salute sociale e di diritti alla salute degli individui. In Italia l'art. 33 della Costituzione, come tante altre costituzioni europee, dice che la salute è un diritto di ogni cittadino, quindi dobbiamo proteggere e promuovere la salute di tutti: questo è un imperativo.

5.2.5 Lezione 5: Conclusioni

5.2.5.1 Unità 1: conclusioni

Alberto Zucconi

Siamo arrivati alla fine del secondo modulo di questo corso. Vorrei ringraziare sentitamente tutti quelli che hanno contribuito a realizzarlo, incluso ognuno di voi che ha partecipato e in molti casi partecipato attivamente. Grazie a tutti coloro che hanno dato un onesto feedback, segnalato la propria situazione locale, suggerito e dato il permesso. Di usare del materiale, delle mappe e delle conoscenze che grazie a voi hanno migliorato questo corso nelle edizioni successive.

Un grazie sincero al team che ha lavorato veramente con grande generosità e impegno a realizzare quest'opera in cui credevano, negli scopi e gli obiettivi.

Un grazie a tutti i colleghi esterni all'istituto che hanno accettato di lavorare gratuitamente e dare la propria immagine, il proprio contributo e anche il proprio materiale per essere condivisi gratuitamente e di disseminati attraverso il portale di questo corso.

Grazie a tutto lo staff IACP che generosamente ha contribuito altrettanto con tutto il loro cuore e la loro mente a condividere le loro esperienze in questo campo difficile del trattamento dei minori affetti da traumi.

Un grazie anche a tutte le organizzazioni che hanno collaborato con noi e infine un grazie a tutti i partner del progetto Care Path che ci hanno assistito in ogni modo e anche con la loro simpatia e affabilità.

L'ultimo grazie, ciliegina sulla torta, è al project manager e a tutti i colleghi dell'università di Torino, Luca Rollè è veramente è uno dei migliori project manager che abbiamo incontrato nei vari progetti europei a cui abbiamo partecipato; anche ai suoi colleghi dell'università di Torino, Facoltà di Psicologia, sono meravigliosi e hanno fatto tutto e di più per facilitare il nostro compito.

Quindi un grazie, grazie a tutti e buon lavoro e buon proseguimento con gli altri moduli.

6. The Care Path Toolkit

How to use effectively the toolkit now and in the future with automatic updating.

Operating in science and conscience includes the obligation to keep one own practices updated with the research finding of the field and the preferred treatment guidelines

The toolkit contents an overview

1. Guidelines 11

2. Trauma informed Community 11

3. Building Collaborations/Community 11

4. Child welfare/protection services 12

5. The comprehensive resources lists support users in understanding how to build trauma-informed systems and organizations 13

6. Criminal Justice/Law Enforcement 13

7. Domestic violence 14

8. Education 14

9. Foster Care/Adoption 15

10. Health care 15

11. Homelessness 15

12. Military Families 16

13. Refugee/Immigrant services 16

14. Youth services 16

1. Emotional Trauma 17

1.1 A definition of emotional trauma 17

1.2 Different kinds of Trauma: differences from Simple Trauma and Complex Trauma 20

1.3 Adverse Childhood Experiences (ACEs) 22

1.4 Physical and Emotional neglect 23

1.4.1 Neglect in separation conflicts 25

1.5 Witnessing violence, natural or man made disasters 26

1.6 Intersectionality and Trauma 27

1.7 Collective and intergenerational Trauma 30

2. The burden of Trauma 30

4

Tool Kit Leaving Care

2.1 The impacts of Trauma on the mind and the body, the personal and the social levels 30

2.2 Common Denominators of Effective helping professionals 37

2.3 The economic burden of trauma 43

2.5 The dangers of re-traumatization 46

2.6 Vicarious Trauma 48

2.6.1 Drawing as processing of promoting healing from the vicarious trauma suffered by the children of Lampedusa 49

3 Trauma informed Care (TIC) 52

3.1 Trauma Informed Care principles and how to apply them 52

3.1.1 The Trauma-informed approach 52

3.1.2 1st trauma-informed principle 53

3.1.3 2nd trauma-informed care principle 54

3.1.4 3rd trauma-informed care principle 54

3.1.5 4th trauma-informed care principle 55

3.1.6 5th trauma-informed care principle 55

3.1.7 6th trauma-informed care principle 56

3.1.7 variables of a Trauma Informed Care Service 56

3.1.8 Trauma informed services for LGBTQI adolescents 58

3.1.9 Trauma-informed schools 61

3.2 Recovery 63

3.4 guidelines for foster youths' care empowerment 65

3.4.1 Embed Youth Empowerment into the Mission of Child Welfare Agencies 66

3.4.2 Legal Advocates for Children and Youth 66

3.4.3 Youth Advocate Involvement in Child Welfare Agencies 67

3.4.4 Multicultural Competence 67

3.4.5 Youth Understanding of Their Rights and Entitlements 67

3.4.6 Adequate Support for Youth Aging Out of Care 68

3.4.7 Accountability for Youth Empowerment Outcomes 68

3.5 Trauma informed Care in Communities 69

Toolkit 71

1. Emotional Trauma 71

5

Tool Kit Leaving Care

1.1 Different kinds of Trauma - Simple Trauma and Complex Trauma 71

1.2 Adverse Childhood Experiences (ACEs) 71

1.3 Physical abuse 71

1.4 Sexual abuse 72

1.5 Physical and Emotional neglect 72

1.6 Verbal abuse 72

1.7 Witnessing violence, natural or manmade disasters 72

1.8 Intersectionality and Trauma 72

1.9 Collective and intergenerational Trauma 73

2. The burden of Trauma 73

2.1 The impacts of Trauma on the mind and the body, the personal and the professional effectiveness of individuals 73

- 2.2 The burden of Trauma on the effectiveness of working teams, and the local community 73
- 2.3 The economic burden of trauma 73
- 2.4 The dangers of re-traumatization how to prevent the risks of re-traumatization 74
- 2.5 Vicarious Trauma: helping professionals' effective prevention, self-care and effective recovery 74
- 3. Trauma informed Care (TIC) 74
 - 3.1 Trauma Informed Care principles and how to apply them 74
 - 3.2 Recovery 75
 - 3.3 Human rights protection and promotion 75
 - 3.4 Trauma Informed Care in health organizations 76
 - 3.6 Trauma Informed Social Work 78
 - 3.7 Trauma informed Care in Communities 78
 - 3.8 Trauma informed workplaces 78
 - 3.9 Trauma informed penitentiary system 79
 - 3.10 Trauma informed legislation 79
 - 3.11 Vicarious Trauma Informed Care 79
 - 3.12 Trauma informed Prevention and treatment of sexual violence against women, children and men 79
 - 3.13 Trauma Informed management of refugees and migrants 80
- 4. Resilience and Growth After Trauma 80
 - 6
 - Tool Kit Leaving Care
 - 4.1 Resilience 80
 - 4.2 Growth After Trauma 80
- 5. Covid-19 80
- 6. Trauma informed International organizations 81
- 7. Video, YouTube sources 83
- 8. Patient/Person/People Centered Health 84
 - 8.1 Organizational Policies for the protection of children and adolescents 84
 - 8.1.1 IACP Policy for the Protection of Children and Adolescents * 84
 - 8.1.2 Purpose and guiding principles 85
 - 8.1.3 Understanding children and teenagers 86
 - 8.1.4 Child maltreatment 87
 - 8.1.5 Damage 89
 - 8.1.6 The rights of children and adolescents to protection against ill-treatment, neglect, exploitation and violence 89
 - 8.1.6 Risk assessment 90
 - 8.1.7 Prevention of risks 91
 - 8.1.8 Child-friendly environment 93
 - 8.1.9 How to deal with suspected abuse 94
 - 8.1 World Health Organization (WHO) guidelines for Patient/Person/People Centered Health 95

QUIZ PER CARE PATH MOOC – MODULO 1 e2

- 1 B
- 2 B
- 3 D
- 4 D
- 5 A

- | | |
|----|---|
| 6 | C |
| 7 | C |
| 8 | C |
| 9 | D |
| 10 | B |
| 11 | B |
| 12 | D |
| 13 | C |
| 14 | C |
| 15 | F |
| 16 | F |
| 17 | V |
| 18 | A |
| 19 | B |
| 20 | C |
| 21 | B |
| 22 | A |
| 23 | A |
| 24 | A |
| 25 | B |

4. Cosa si intende per “relazione d’aiuto?”

1. Una relazione affettiva che si basa sull’aiuto di un partner all’altro
2. Una relazione che si instaura tra un professionista ed un utente
3. Una relazione che soddisfa i bisogni del professionista e dell’utente
4. Una relazione tra medico e paziente

5. Cosa si intende per “paradigma bio-psico-sociale”?

- 1) un’ approccio multidisciplinare che tiene conto gerarchicamente del livello biologico, psicologico sociale dell’individuo
- 2) un’ approccio multidisciplinare che tiene conto contemporaneamente del livello biologico, psicologico sociale dell’individuo

3) La teoria generale dei sistemi è stata formulata da:

1. Wertheimer
2. Maslow
3. Rogers
4. Von Bertalanffy

4) Cosa è l’ OMS?

- Organizzazione Mondiale della Scienza
- Organizzazione Medica Sociale
- Organizzazione Mondiale della Salute
- Organizzazione Mondiale della Sanità

5) L’ Approccio centrato sulla Persona è stato fondato da

- C. Rogers
- O. Rank
- J. Bowlby
- A. Maslow

6) Quali sono i punti di forza di una relazione d’aiuto centrata sulla persona?

- a) far decidere alla persona i tempi e gli orari di ogni incontro
- b) la formazione dell'operatore d'aiuto
- c) l'empatia e l'ascolto attivo
- d) il saper guidare la persona verso gli obiettivi che l'operatore ritiene utili

7) Quali tra queste condizioni necessarie all'instaurarsi di una relazione d'aiuto non è stata teorizzata da C.Rogers?

- Empatia
- Accettazione positiva incondizionata
- Resilienza
- Congruenza

8) Alleanza di lavoro

- Riguarda la modalità contrattuale tra professionista e datore di lavoro
- Non riguarda le relazioni d'aiuto del singolo ma solo del gruppo
- E' molto importante in una relazione d'aiuto
- E' l'insieme di regole poste dal professionista e che l'utente deve rispettare

9) La mancanza di empatia nella relazione d'aiuto

- è indice di professionalità
- serve per capire meglio cosa sta dicendo l'utente
- è un'azione consigliata per prevenire il burn out
- limita l'efficacia di una relazione d'aiuto

10) Che cosa è la resilienza?

- a) è la capacità di saper resistere agli eventi traumatici o periodi di difficoltà
- b) è la capacità di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà
- c) è la capacità di prevedere e quindi evitare il presentarsi di eventi traumatici o periodi di difficoltà
- c) è presente nella persona fino a che non si presenta un evento estremamente traumatico

11) Cosa si intende per disturbo post-traumatico da stress complesso?

- è una dicitura alternativa del disturbo post traumatico da stress
- è un disturbo derivato da esperienze cronicamente traumatiche
- è una dicitura utilizzata quando i sintomi del disturbo post traumatico da stress perdurano per più di 6 mesi
- è un disturbo derivato da un trauma di gruppo

12) Quali sono i sintomi qui elencati che caratterizzano le persone che hanno subito un trauma psicologico?

- a) paura intensa, sentimenti di impotenza, bisogno di parlare ripetutamente del trauma vissuto
- b) paura intensa, episodi deliranti, enuresi notturna
- c) paura intensa, episodi deliranti e senso di onnipotenza
- d) paura intensa, sentimenti di impotenza, evitamento di pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

13) Cosa si intende per trauma-informed care?

- a) Una serie di tecniche che lo psicoterapeuta acquisisce in una formazione ad hoc
- b) Una serie di tecniche che l'operatore sociale acquisisce in una formazione ad hoc
- c) Un approccio multidisciplinare che promuove l'efficacia dei servizi erogati a persone traumatizzate di qualsiasi età
- d) Un approccio multidisciplinare applicabile nell'incontro con persone traumatizzate tra i 6 e i 18 anni.

14) Quali tra le seguenti caratteristiche non sono auspicabili in un sistema di assistenza "Trauma informed Care"?

- Valorizzare il paziente in tutti gli aspetti della cura
- Adottare un linguaggio neutrale e di supporto
- **Fare uno screening su quale esperienza possa definirsi traumatica**
- Formare il personale sul trauma ed i suoi effetti

15) Non si può guarire dal trauma

Vero \ **Falso**

16) Nell'incontro con vittime di tratta è opportuno lavorare primariamente sulle problematiche mediche (test HIV – visite ginecologiche- visite ortopediche etc) per poi lasciare spazio in un secondo momento alle problematiche psicologiche.

Vero \ **Falso**

17) Il trauma psicologico lascia segni anche a livello cerebrale?

Vero \ Falso

18) Quale è il fattore eziopatogenico più comune nello sviluppo del trauma psicologico?

- Esperienza reiterata di incuria fisica e psicologica da parte delle figure di accudimento**
- Esperienza in prima persona a catastrofi naturali
- Esperienza in prima persone di morti improvvise
- Esperienza di abuso sessuale infantile

19) Quali sono le linee guida per l'assistenza a minori traumatizzati?

- Prevenzione ,Rilevazione, Segnalazione ai Servizi Sociali territoriali, Protezione,. Valutazione e trattamento
- Prevenzione, Rilevazione, Segnalazione all'Autorità Giudiziaria Minorile e denuncia, Protezione,. Valutazione e trattamento**
- Rilevazione, Segnalazione all'Autorità Giudiziaria Minorile e denuncia, Protezione,. Valutazione e trattamento, Prevenzione delle recidive
- Rilevazione, Segnalazione ai Servizi Sociali territoriali, Protezione,. Valutazione e trattamento, Prevenzione delle recidive

20) Per trauma informed care si intende:

- Un insieme di tecniche che accompagnate all' EMDR facilita la rielaborazione traumatica
- Una tipologia di psicoterapia
- Un' approccio sistemico efficace per l'inquadramento e la presa in carico di persone con vissuto traumatico**
- Un reparto ospedaliero specifico per il trattamento delle persone con vissuto traumatico

21) Per violenza assistita si intende:

- Il trauma derivato dall'assistere a eventi catastrofici
- Situazione nella quale un minorenne assiste, direttamente o indirettamente, o percepisce gli effetti di atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui o lei affettivamente significative.**
- Tipologia di violenza attuata da un genitore verso l'altro con l'appoggio psicologico e/o materiale (ottenuto attraverso la manipolazione psicologica) di un figlio
- Il trauma derivato dall'assistere a fenomeni di violenza generici

22) Quali sono le azioni di intervento raccomandate in caso di violenza assistita?

- Rilevazione, Protezione, Valutazione, Trattamento**
- Osservazione, Valutazione, Trattamento, Mediazione familiare
- Rilevazione, Allontanamento dal nucleo familiare, Trattamento,Mediazione familiare, ricollocamento in famiglia
- Allontanamento dal nucleo familiare, Mediazione familiare, ricollocamento in famiglia

23) La teoria Polivagale è stata elaborata da

- a) Porges
- b) Borges
- c) Rogers
- d) Jackson

24) Secondo il rapporto dell'OMS pubblicato nel 2013 sulla prevenzione del maltrattamento all'infanzia in Europa, quanti sono i minori al di sotto dei 15 anni morti per maltrattamento?

- A) Tra 800 e 900
- B) Tra 500 e 600
- C) Tra 900 e 1000
- D) Tra i 400 e i 500

25) Il PTSD complex si differenzia dal PTSD per:

- A) il complex è tipico dell'infanzia
- B) il complex è presente in casi di violenza all'interno di una relazione di fiducia
- C) il complex è presente se accanto a sintomi psicologici ci sono sintomi motori
- D) il complex è presente esclusivamente in donne e minori

Train the Trainers Manual

How to use the manual

Modules 3 and 4 (Luca Rollè and the UNITO Team)

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Training and assessment materials

Summary

Training and assessment material MODULES 1 and 2 – English Version

Training and assessment material MODULES 3 and 4 - English Version

Training and assessment material MODULES 5 and 6 - English Version

Training and assessment material MODULE 7 - English Version

Training and assessment material MODULES 1 and 2 – Italian Version

Training and assessment material MODULES 3 and 4 - Italian Version

Training and assessment material MODULES 5 and 6 - Italian Version

Training and assessment material MODULE 7 - Italian Version

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014- 2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole

responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

assessmentMODULES 3 and 4

–

English Version

MODULES 3 and 4 (by Luca Rollè and the UNITO Team)

Module 3 - TRAUMA: RESEARCH, EVALUATION AND OUTCOMES

LESSON 1: RESEARCH

Unit 0 - Overview-Learning Objectives

3.1.0 Video: Introduction - First Week

3.1.0 Introduction - First Week.txt[31/07/2019 12:44:07]

Welcome. In these two weeks we will be exploring the subject of scientific research in greater depth.

In particular, during the first week we will present some definitions of research, and try to enumerate its typologies,

depending on its applications, its objectives and its techniques. We will observe the process that leads us from the

expression of a theoretical problem (from theory) to the methods that allow us to explore it, producing data that can

be interpreted and used. We will then integrate and examine in depth the fundamental principles, limits and benefits

of Action-Research, as a starting point, and my colleagues will explain the meaning of Action-Research, to then get

to explaining Evidence-Based Research.

After that, we will delve into advantages and challenges of the integration of Evidence-Based Research in Trauma-

Informed Care. In particular, the international relevance of the topic provides us with a transversal perspective on the

critical points and strengths of transforming research into clinical practice. Here we will analyze the main and related

elements of good practices in scientific literature, some of which are informative. We will ask ourselves, and we will

try to understand the meaning of training needs, and how these can in some ways be supported, taken into account,

by the organization.

We must not forget that a Trauma-Informed Care approach certainly has an aspect, an impact, that is fundamental in

both the organization and in the individual members of the organization. From here, we will take advantage of this

space to go and discuss scientific dissemination in the development and implementation of specific interventions in

Trauma-Informed Care. Arriving towards the end of our journey this week, we will go into the evaluative aspects in

organizations which develop or attempt to develop Trauma-Informed procedures or processes.

In fact, they can offer their employees, their collaborators, their volunteers, training and information on Trauma-

Informed Care, as well as offering possibly effective interventions related to research evidence in psychotherapy, or rather in Evidence-Based therapy. From here we will accompany each other and move on to the second week, that will allow us to examine further issues related to research. I wish all of you a pleasant course week and a good lesson, on my behalf and on behalf of all my colleagues.

Unit 1 - DEFINITION OF RESEARCH

3.1.1 What is Scientific Research

3.1.1 What is Scientific Research.txt[31/07/2019 12:44:39]

What is scientific research?

Discovery. Collaboration. Passion.

Sharing, future. Culture and knowledge.

Progress. Discovery for a better future.

Anticipation.

Development and bravery. Nice and stimulating.

Hard and exciting.

Passion, creativity and dedication.

Challenge. Development. The future.

Innovation. Perseverance.

Sacrifice, but great satisfaction.

Opportunity. Progress.

Understanding. Hard work.

Freedom and study.

Ambition. Evolution.

Effort (but also fun).

Curiosity. Innovation. Prosperity.

Research is human nature.

To not do research

means to not solve problems.

It means to not exist.

Research is curiosity.

It is the desire to know reality,

and above all, for those who have done it,

it is the priceless joy of discovery.

UNIT 1: DEFINITION OF RESEARCH

VIDEO

What is scientific research?

ARTICLE

It is not easy to define the boundaries of what research is and is not. Over time, many definitions

have been given. Let's take a look at some of the most recent:

"The research simply seeks the answer to certain questions to which it has not been given a response and the answers depend on human efforts. [...] In reality, research is simply the process to arrive at reliable solutions to a problem through the planned and systematic collection, analysis and interpretation of data." (Singh, 2006, p.1).

"Research is a creative process of discovery that develops according to a pre-established itinerary and according to pre-established procedures that have been consolidated within the

scientific community" (Corbetta, 2015, p.15).

In general, research is being carried out "whenever curiosity and intuition are applied with a systematic approach to answer questions about day-to-day phenomena, taking advantage of the

experiences and knowledge already acquired" (Research Italy, 2013).

There are different types of research that differ according to its application, objectives and methods of investigation. Research can in fact be "applied" or "pure". Applied research aims to find a solution to an application problem that needs to be addressed, while pure research mainly concerns generalizations and the formulation of a theory (Kothary, 2004; Singh & Masuku, 2013). Depending on its objectives, research can be descriptive, exploratory, correlational or explanatory. Descriptive research aims to describe a phenomenon, a problem, a situation.

Correlational research aims to explore a relationship between two or more variables.

Explanatory research aims to explain why certain things happen.

Exploratory research aims to examine the feasibility of a study or to explore a little-known thematic area.

The investigation to be started needs a work plan determined by procedural steps that must be carried out in relation to the investigation itself; these phases are known as "research design".

Depending on the techniques used, research can be divided into:

- Quantitative research: it uses a structured approach, aims to quantify the variation or diversity of a phenomenon, situation or attitude through a well-structured research design, which provides quantitative data that can be analyzed to verify hypotheses and test relationships between variables.

- Qualitative research: it uses an unstructured approach, it is explanatory, descriptive and inductive in nature with particular attention to context and aims to identify and describe as many variations as possible in a phenomenon, situation or attitude, understanding the reasons underlying the variations. The latter implies an "interpretative and naturalistic approach to the world; it means that qualitative researchers study phenomena in their natural contexts, trying to give them meaning or interpret them in terms of the meaning that people bring them" (Denzin & Lincoln, 2011, p. 3). The aim of qualitative research is to describe and understand phenomena rather than predict and/or control them (Streubert & Carpenter, 2005).

The mixed approach, on the other hand, combines both quantitative and qualitative research methods. "Social research is based on the definition of variables, the search for associations between them and the attempt to understand if and how the variation of one thing causes a variation in another. Some common variables that you will find in social research are age, gender, ethnicity, race, education, income, marital status and employment" (Bernard, 2006, pp.28-29).

First, then, we find the concept of variable: something that can take on more than one value. Secondly, there is the concept of "measurement": in fact, the variables are measured by their indicators, which are defined by the values of the variable itself. Measurement implies which value to record. Any search must also respect the principles of validity and reliability.

Validity means that the search must have accurate measuring instruments, data and results; while reliability means that the same results are obtained by measuring them several times with

the same instrument.

Bernard (2006) explains the four fundamental points that the research process follows:

1. First, a theoretical problem is formulated (scientific theory and literature);
 2. Then, appropriate units of analysis and method are selected;
 3. Then, the data is collected and analyzed;
 4. Finally, the theoretical proposition with which the research was started is either contested or supported.
- (Bernard, 2006, p.69)

Unit 2 - ACTION RESEARCH

3.1.2 What is Action Research

3.1.2 What is Action Research.txt[31/07/2019 12:45:18]

What is action research?

Teaching is a craft. It's both an art and a science. Which is why great teachers always experiment and make tons of mistakes.

But how do you know what's actually working?

Well one option is action research.

Here you can identify a question, test out a strategy, gather data and determine if it works. The end result is something dynamic, innovative, and tied directly to your classroom.

Action research dissolves the barrier between the participants and the researchers.

In other words, the teacher actively participates in the situation while also conducting the research.

There are many action research frameworks

but they generally follow a similar process. You start out in Phase 1, planning for research.

Here you begin with inquiry, where you define a specific research question.

It needs to be something that can actually be tested.

Next, you conduct a literature review to gain a deeper understanding of the topic.

Finally, you move into the design process where you determine your data methods, consider ethical issues, get the required permissions, create deadlines, and set up the systems. Next you move into the action phase.

This is where you engage in multiple cycles of experimentation and data collection. Your data collection might include qualitative data like observations, artifacts, and interviews or quantitative data like rubric scores surveys, or achievement data. After where you move to analysis.

You'll often start by organizing the data with charts or graphs and looking for specific trends.

You might also discuss it with peers, free write in a journal, or create a cluster map before eventually writing out your results.

Finally you have your conclusion.

This is where you share your research with the world and reflect on your own practice.

This will ultimately lead to newer questions

and the cycle will continue as you refine your craft as a better, more creative teacher.

UNIT 2: ACTION RESEARCH

VIDEO

What is Action Research?

ARTICLE

Traditionally, the task of research has been to extrapolate laws inscribed in the nature of the world by analyzing phenomena objectively. The researcher must face the phenomena he studies

from an absolutely neutral position. Research is by definition addressed to theory; it tends to

generality and to build models as universalistic as possible. Action, on the other hand, in common experience is imbued with motivations, desires, emotions and knowledge that are often not logical, are contradictory and aimed at doing, obtaining and transforming. Action is directed towards practice, it is linked to the particular and to the singular, localistic and situational, historicized, not always predictable in its origin and in its outcomes (Amerio, 2000).

Action-research was born with the intent to combine these two dimensions that traditionally have been seen as separate and irreconcilable. The two cornerstones of action-research, which differentiate it from traditional research, are participation and cooperation. Elliot would define

it this way:

"Action-research could be defined as the study of a social situation with the aim of improving the quality of action within it. In other words, it aims to introduce a practical evaluation in concrete situations; the validity of the "theories" or hypotheses it generates depends not so much on "scientific" verifications of the truth as on their usefulness in helping people to act more intelligently and skilfully. In action research, "theories" are not independently validated and then applied to practice. They are validated through practice." (Elliott, 1994, p.97)

And again:

"The situation-problem must be diagnosed and remedial action must be planned and implemented, the effects of which must be controlled if improvements are to be made. This overall process of Analysis-Diagnosis-Planning-Actuation-Effects checking is called actionresearch

[...]" (Elliott, 1994, p.96)

The original model of action-research was developed by Lewin (1946) with the aim of understanding the problems existing in specific contexts through the sharing of knowledge between people who are both researchers and experimental subjects. Action takes on more and

more value because it becomes a moment in which knowledge about the problem is built up.

The process of change takes place in three stages:

1. Unfreezing: the initial balance is broken by acting on resistance factors linked to adherence to social norms.
2. Moving: new and existing elements in the field move according to the forces acting within the field.
3. Refreezing: the new situation stabilises around a new balance.

Action-research is therefore a 'systematic collection and analysis of data for the purpose of taking action and bringing about change', generating shareable practical knowledge (Gillis & Jackson, 2002, p. 264).

The aim of any action-research is to produce social change through action (or actions), which is in turn the ultimate goal of the research (Greenwood & Levin, 1998; McNiff & Whitehead, 2006; MacDonald, 2012).

Researchers who start an action-research, have in mind the assumption that reality is created and recreated by a continuous social process. They recognize that, according to Argyris et al (1982), the crucial elements in a research approach that works within a specific social situation are:

collaboration between researchers and reference communities;

a critical investigation process;

focus on social practice;

and a reflective learning process.

This necessarily implies a different type of research from the verification of hypotheses, which places more attention on

the themes of the research, necessarily declared and discussed, to allow anyone interested to submit the research to critical examination (Checkland & Holwell, 1998).

VIDEO: GATTINO - Ricerca Azione

Unit 2 - ACTION RESEARCH

3.1.2 Gattino - Action Research

3.1.2 Gattino - Action Research.txt[31/07/2019 12:45:01]

The term Action-Research was introduced by social psychologist Kurt Lewin in the 1940s and indicates the

encounter between worlds which until then had been considered separate and opposed: research, which aims at

reflecting on things, and action, which instead aims at changing things. Action-Research therefore allows to create

an alliance between the cognitive aspect, Research, and the applicative aspect, Action, and expresses a

transformation in the way of conceiving, planning and doing research in Human Sciences, in which the complexity

of the studied phenomena is not simplified but, on the contrary, accepted and taken in account.

Action-Research is always carried out by Lewin in a group setting as the group is that psycho-social place within

which people build their actions and is also a tool that can facilitate processes of change.

Action-Research can be described as a family of research methodologies whose objective, as we have said, is to

simultaneously activate a path of action (in other words, of change) and of research (in other words, of

understanding phenomena).

This path takes place through a flexible process that consists of a spiral of cycles, each of which is structured into three consecutive stages:

planning,

execution and reconnaissance/inquiry;

the latter stage is aimed at assessing the

results of each phase, to prepare a rational basis for the next phase and to change, if necessary, the original plan of

action.

What happens after the first cycle of Action-Research? Once the results have been analyzed (and the potential

change that has been produced in relation to the initial situation has also been analyzed), a new cycle of the process begins, in which the new elements that emerged from the activity

carried out in the previous cycle are inserted; these cycles are repeated until the problematic situation is exhausted. Planning, execution and inquiry are supported by a critical assessment

in which participants ask themselves what worked, what did not work, what was learned, and what can be done differently. The critical evaluation of each cycle allows action-researchers

to correct any errors and to re-adjust the actions to the actual needs that emerged in the course of the research itself.

What is the goal of Action-Research? The objective of Action-Research is to generate change: change in behaviour,

habits, contexts and so on. The basic assumption is that the status quo does not enable the well-being of individuals

and that only through change can the situation improve. Change, therefore, must be provoked, then analysed and understood, and it must be lasting. According to Lewin, for change to be lasting, it must go through three phases: the 'unfreezing phase', which is obtained by acting on the factors of resistance to change, which are often linked to adherence to social norms; the 'moving phase', for example changing and developing new beliefs, values and attitudes on the basis of new information, and shifting from an old situation to a new one; then, there is the 'reconstruction phase' or 'refreezing', in which the new situation that has been created stabilizes around a new balance, that is, the new values, attitudes and behaviours which are established and integrated into the rest of the system.

An important aspect of Action-Research is the active involvement of the recipient, who in actual fact is both the recipient and actor of the intervention and must be put in a position to share the aims of the research itself. The basic assumption of Action-Research is that the people with whom we work are active individuals, with skills and competences that must be involved in the research process. When adopting the Action-Research approach, one cannot ignore the active involvement of the people to whom the intervention is addressed, and one must create a situation of collaboration and confrontation with the recipient-actors of the intervention. Another characteristic element of this family of research methodologies that is Action-Research is the absence of a predefined intervention method to be applied. In fact, this method is constructed together with the group starting from some crucial principles and on the basis of the responses observed during the course of the work. It often happens that the initial model is modified, since the choice of methodology and actions to be implemented are built during the process.

So far, we have illustrated the aspects that define Action-Research. Let's now check the elements that differentiate it from the experimental method. We have said before that in the Action-Research there is no fixed intervention. Those who adopt this approach therefore allow the hypothesis to emerge during the process and change its course through continuous monitoring. Another element of difference is that, in Action-Research, we do not try to define causal relationships, verify hypotheses from the literature or determine the results of treatments on representative samples with the aim of confirming or falsifying general theories. In Action-Research, throughout each cycle, the phenomenon on which we are intervening comes more into focus. We do not care about the measurability of variables and the objective is to solve problems by examining different paths that cannot be anticipated a priori, but that become the result and also the tool of the group. Finally, a further

element of differentiation is the way in which the final results are presented; in the case of Action-Research, they are illustrated to the entire group or the entire community in participatory ways, using simplified, accessible language rather than the technical-scientific jargon which characterizes experimental research reports. The objective to be achieved through the presentation of data is to generate new evaluations that allow the definition of possible opportunities for improvement.

Lastly, on the basis of what has been said so far, we can summarize the main assumptions underlying Action3.1.2

Gattino - Action Research.txt[31/07/2019 12:45:01]

Research:

The fact that it is practical and contextual. Action-Research takes on as its target the problems of a group or a

community; therefore, it is contextual in its nature, or in other words, it is localized research which takes place

within a context;

- it is aimed at change and focuses on the group dimension rather than on the individual, both when it comes to

analysing processes and defining of solutions and results that have emerged;

Moreover, Action-Research features multiple stages and a cyclical nature which is given by the design of the

research, which is configured as an alternation of phases of knowledge and action;

- it places participation at the centre, in terms of cooperation and interdependence between researchers and the group, or researchers and the community.

UNIT 3: PARTECIPATORY ACTION RESEARCH

VIDEO GATTINO - RICERCA AZIONE PARTECIPATA

ARTICLE

As Vargiu (2008) highlights, the field of action-research brings back very different experiences, but united by the fact that they pursue two main objectives: understanding and change. By analysing the literature, it is possible to define action-research as a "family of approaches" (Reason 1994, Reason - Bradbury 2006) oriented to "place research at the service

of the community, through the activation of participatory practices for the purposes of social change. This implies substantial differences with respect to other forms of research, regarding the objectives that the researcher sets himself, his epistemological assumptions and his

practices. (p. 206). According to the author, this "family" is associated with many approaches and practices, including: 1) action research, 2) participatory research, 3) participatory action

research, 4) participatory action research, 5) action science, 6) action inquiry, 7) sociology of action or *sociologie de l'action* (Bartoletto, 2006). Vargiu (2008) also adds those experiences

that can be traced back to the Community Based Research to the Community Based (Participatory) Action Research and observes that "participatory research and participatory

action research can be brought within the category of research that Capecchi (2006) defines as

"con-ricerca". (p. 209). According to the author, what allows useful differentiation is the level

of participation foreseen in the research process and how much, in the definition of the objectives, the procedural elements and the instruments, space is given to the subjective and

collective dimension.

Participatory research and action-research are increasingly becoming central paradigms in the social sciences (Brydon-Miller et al., 2004; Greenwood and Levin, 1998; Kindon, Pain and

Kesby, 2007; Jason et al., 2004; Park et al., 1993; Reason and Bradbury, 2006; Selener, 1997; Taggart, 1997). As indicated by Kindon, Pain and Kesby (2007) and by Mackenzie and colleagues (2012), Participatory Action Research (PAR) involves researchers and participants in an overall project, aimed at examining a problematic condition or action with the aim of modifying it in a better direction (Wadsworth, 1998). It is a collaborative process of research, education and action (Hall, 1981) oriented towards social transformation (McTaggart, 1997), starting from the recognition of the existence of a plurality of knowledge in a variety of institutions and contexts (Kindon, Pain and Kesby, 2007). The process is cyclical (based on reflection-action cycles): researchers and participants identify a problem or situation that needs

changing and initiate research that draws on skills and resources to accelerate relevant action. Both researchers and participants reflect on this action, learn from it and move on to a new cycle of research/action/reflection. As Kindon, Pain and Kesby (2007) specify, they also cooperate in the development of context-specific methods to facilitate these cycles. In summary, PAR focuses on the dialogical engagement between co-researchers (Kindon, Pain and Kesby, 2007) and PAR is, therefore, an orientation in doing research (Reason 2004; Kesby

et al, 2005), which requires methodological innovation and considers the research process as well as its products: its effectiveness is not only inherent in the quality of the information generated, but is also defined by the extent to which the participants' skills, knowledge and abilities are developed through research experience (Cornwall and Jewkes 1995; Kesby et al., 2005, 2007; Maguire 1987).

Reason and Bradbury (2006) argue for the need to adopt a participatory perspective or world view, which "asks us to be both situated and reflective, to be explicit about the perspective from which knowledge is created, to see investigation as a process of knowledge, to serve the democratic and practical ethos of action research" (p. 7). In line with Kindon and colleagues (2007), the key is an ontological view that implies that human beings are dynamic agents, endowed with reflective skills and personal change, and an epistemology that embraces those skills within the research process.

In accordance with a fundamentally participatory perspective, in PAR, the choices on the modes and levels of participation are not only made *a priori* by the researcher, but negotiated with co-researchers and participants. The most common methods used in PAR focus on dialogue, storytelling and collective action and the most commonly used are (Kindon, Pain and

Kesby, 2007):

- Surveys
- Participant observation
- Secondary data analysis
- Learning by doing
- Dialogue
- Political action
- Group work and discussions
- Interviewing
- Storytelling
- Mapping
- Community art and media
- Diagramming
- Educational camps
- Exchange programmes
- Ranking and scoring

- Shared analysis, writing and presentations

As already highlighted, active research becomes participatory action research depending on who is involved in each phase and to what extent. Participants as collaborators can inform the design, propose methods, facilitate some activities and, above all, review and evaluate the process as a whole (Mackenzie et al., 2012). From the planning phase PAR tends to involve the use of established research techniques adapted to the situation and considers it essential to develop a strategy (before the action) to monitor and evaluate the effects of the action. This should allow the identification of the extent of the changes, but also to "articulate a robust epistemology against which to assess the validity and salience of new or emerging knowledge,

similarly to a systemic thinking system (Ison, 2008). Effective monitoring and evaluation procedures provide the rigour of the process to assess the effectiveness, appropriateness and relevance of the action-research intervention. It also provides a framework to establishing causality in determining to what extent the research activity "caused" or "contributed" to desired changes in the situation" (McAllister and Vernooy, 1999)". (pp. 12-13). The evaluation

of the process and outcomes by the participants provides a further avenue to consolidate stakeholder engagement and offers the opportunity, collectively, to co-construct an active and critical commitment, in which alternative voices are indispensable and enriching. The PAR therefore requires the researcher to abandon control and take on the role of facilitator of the process (Kindon, Pain and Kesby, 2007; Janssen et al., 2013).

As highlighted by Kangovi and colleagues (2014), PAR in the field of mental health can be considered a good strategy to make the patient's involvement in the design operational. Its cooperative and iterative nature allows researchers, healthcare staff and patients to collaborate

in the design of interventions validated by end users. It can also be used to adapt an existing intervention to specific needs and, when it is disseminated, to new settings and/or patient groups. About the field of application to young populations, as indicated by Shamrova and Cummings (2017), the children's rights paradigm has provided great impetus for researchers to

recognize children as active participants in building meaning. In this, PAR is a mechanism through which agency is distributed to participants, supporting the implementation of children's

rights (Checkoway, 2011; Quijada Cerecer, Cahill and Bradley, 2013; Shamrova and Cummings, 2017). In addition, throughout literature, results regarding its application are also reported at an organizational level; the most frequent were the changes in the organizational culture aimed at: increasing the possibilities of participation, increasing the level of inclusiveness towards the child, and spreading greater awareness to make the programs better adapted to the needs of children and youth (Shamrova and Cummings, 2017). In this, the authors (Shamrova and Cummings, 2017), have identified some methodological choices that could help to support the participation of children as meaningful:

- training
- the construction and use of child-friendly data collection tools
- the active involvement of children in the analysis of data and in the reading of results
- the choice of significant locations for the dissemination of the results of the research.

With regard to research with vulnerable groups, as indicated by Lushey and Munro (2015), PAR can promote the rights of children participation and those who lose their care and, at the same time, inform the empirical basis resulting from studies on these populations.

On a conceptual level, particularly interesting is the Youth Participatory Action Research (YPAR) (Anyon et al., 2018; Rodriguez and Brown, 2009), which includes the following

founding principles:

1. it is based on investigation
2. the areas explored are the experiences just as they are lived by young people
3. it is participatory
4. has a transformative nature

Its key processes are:

- a) the sharing of power between young people and adults during the whole process
- b) training and application of research and advocacy methods
- c) the critical use of strategic thinking on how social change can be created;
- d) building alliances with all stakeholders.

Finally, an example of research according to the PAR paradigm is the one carried out by Törrönen and Vornanen (2014) with care-leavers. In line with the above principles, as indicated

by the authors, the professionals and researchers involved took on a supporting role, while the young people conducted interviews, collected data from their peers and encouraged the expression of opinions about the experiences (Törrönen & Vauhkonen, 2012). The central aspect was, in fact, the attention to the vision of minors involved as co-researchers; therefore, they were fully involved in the research process.

VIDEO: GATTINO - Ricerca Azione Partecipata

Unit 3 - PARTICIPATORY ACTION RESEARCH

3.1.3 Gattino - Participatory action research

3.1.3 Gattino - Participatory action research.txt[31/07/2019 12:45:35]

We have already examined the general assumptions of Action-Research, which we defined as a cluster of research

methodologies. Now let's zoom in and focus on a specific 'member' of the Action-Research family, that is, on

Participatory Action-Research. The central element of Participatory Action-Research is precisely focusing on the

idea of a shared knowledge between the researcher and the recipients of the intervention, who are simultaneously

recipients and actors of the intervention. As previously mentioned, the focus of Participatory Action-Research is to

consider that there is a shared knowledge aimed to design and restore the meaning of collective action.

Participatory Action-Research deems it important to design and conduct Action-Research in a collective way

through the participation of technical experts but also of people who belong to the context in which it intervenes, and who are able to take advantage of local knowledge and expert knowledge by bringing out the multiple points of view and perspectives that are present within that specific context.

At the basis of Participatory Action-Research interventions there is the principle of participation, intended as a tool

and also as an objective of the social change of intervention. Participatory Action-Research recognizes that a problem arises from a group that is in difficulty in a specific context and at a precise and well-defined historical

moment. The researcher therefore notes the problem, he/she does not generate it, and his/her role is to help the group

and the community to identify the key aspects in order to be able to continue with action. Those who adopt the

Participatory Action-Research approach must therefore create a situation of collaboration and discussion with citizens and operators regarding the definition of the problems to be investigated, the conduct of research, and the preparation of change.

Unit 4 - EVIDENCE BASED RESEARCH

3.1.4 - Types of Research Used for Evidence-Based Practice

3.1.4 - Types of Research Used for Evidence-Based Practice.txt[31/07/2019 12:45:49]

Types of Research Used for Evidence-Based Practice

Now, there are different types of research evidence out there, and it's really important that we understand the

different types. There's quantitative research, and quantitative research is research that looks at interventional studies and outcomes research. It's the type of studies that you do a lot of statistical analyses with. These types of studies are things like clinical trials, randomized control trials, case control studies, and the highest levels would be meta-analyses and systematic reviews.

Clinical practice guidelines for the most part are based off of quantitative research analysis. There's another type of research out there and it's called qualitative research, and qualitative research is really done to understand the human behavior, how people are responding to their situation. So the types of qualitative research you see done, and it's very often done in nursing and Social Sciences, are studies like phenomenology, where you look at the phenomenon of being sick or having a certain condition.

It also means looking at ethnographic groups, this is based out of anthropology, so we look at groups of people who have a certain condition. We know that qualitative research is very very important to how we deliver care today, because you need to make sure that your patients are having a good experience with the care they're receiving. Now, the highest level of research is considered secondary research and this is the thing that we call a systematic review or meta-analysis, and what is different about a systematic review and in meta-analyses is that it brings the same level of rigor to the review of all the research studies that have been done on a specific topic. It brings the same level of rigor to the analysis of all those studies. Here's another caveat: systematic reviews are very different than literature reviews because systematic reviews and meta-analyses actually have to be peer reviewed so that means two or more people have to be appraising all the studies that are included in a systematic review or a meta-analysis.

When you do a systematic review you also

need to look at a few other things to make sure that,

it's important to how we provide care to our patients. You need to look at: is it really feasible the results of the systematic review? Can I really implement this with a specific patient population?

Is it going to be appropriate? Is it meaningful to patient populations and to my practice as a health care provider?

And is it going to be effective? Is it really going to make a difference? We do know though that research evidence is not created equal, so it's really important when healthcare providers take a look at the research that they get from a search, they need to determine what level of research they're looking at. At the base we have all the original research studies and these are the things like the randomized control studies and those type of things. The next level up would be the systematic reviews in the meta analyses: again, the

systematic review meta analyses is done by a researcher looking at all the original research around a certain topic, doing a critical appraisal of it and a synthesis of it and then putting it together as a systematic review, so that's considered the higher level of research in the hierarchy of evidence.

But at the very top is our clinical decision support, and clinical decision support are tools that healthcare

providers can use they read immediately

and they go put into practice immediately. Now, why is this important?

Because health care providers at the bedside do not have time to read a hundred, two-hundred, three-hundred-page systematic reviews or meta-analyses and then go make a decision about a patient: they have to read the evidence and put it into practice

immediately and that's what clinical decision support tools do. All clinical decision support tools should be based on systematic reviews, meta analyses, evidence summaries or the best available evidence.

UNIT 4: EVIDENCE-BASED RESEARCH

VIDEO

Types of research used for evidence-based practice

ARTICLE

The term evidence-based research (EBR) was coined in 2009 to indicate the approach that counteracts the significant source of waste in biomedical research (Robinson, 2009) which was

mainly due to primary studies performed without a systematic review of available evidence.

This was considered neither ethical nor scientific (Lund, H. et al., 2017). Evidence-based research always starts from a systematic review (SR), which includes predefined research questions, inclusion criteria, research methods, selection procedures, quality evaluation, data extraction and statistical analysis (Lund, H. et al., 2017). Systematic reviews are used to understand and prioritise research and whether it is necessary and useful to the community or a possible source of wasted resources because it does not produce new scientific knowledge.

The guidelines suggested by Evidence, an open access journal of the GIMBE Foundation (Italian Group for Evidence-Based Medicine), to create an evidence-based research project are

as follows:

1. Formulate the preliminary research question and identify relevant systematic reviews;
2. Assess the adequacy of the purpose, quality and updating of the research;
3. Evaluate the details of: population, intervention, comparison, outcomes, and time range (PICOT);
4. Evaluate the method used and the results.

Ultimately, researchers should use systematic reviews to formulate the final question of the study they wish to promote; justify the need for it during the application for funding and approval by the ethics committee; interpret the results of the new study in the context of the available evidence; and make recommendations for future research. Over time, there has been an exponential growth in evidence-based research, which has led to the publication of about two million articles in over twenty thousand journals. There are many reasons for this growth, on the one hand its educational vocation (JAMA, 1992) and the paradigm shift (Pagliaro & Colli, 2014) that led to this practice, and on the other hand, the strengths that evidence-based research presents:

- it allows to produce knowledge and guide professional practice in areas where there is greater

uncertainty about the interventions carried out in clinical practice;

- it reduces waste because it defines the priorities of research questions taking into account previous systematic reviews;
- it allows a clear description of research designs (target population, interventions, comparisons, outcomes);
- it produces updates and disseminate systematic reviews;
- it integrates evidence into clinical practice;
- it allows a continuous re-evaluation of one's knowledge (GIMBE).

UNIT 5: EXAMPLES OF RESEARCH

The following is an example of a survey method by Bean & Creswell (1980, p 321-322):

“The site of this study was a small (enrollment 1.000), religious, coeducational, liberal arts college in a Midwestern city with a population of 175.000 people. The dropout rate the previous year was 25%. Dropout rates tend to be highest among freshmen and sophomores, so an attempt was made to reach as many freshmen and sophomores as possible by distribution of the questionnaire through classes. Research on attrition indicates that males and females drop out of college for different reasons (Bean, 1978; Spady 1971). Therefore, only women were analyzed in this study. During April 1979, 169 women returned questionnaires. A homogeneous sample of 135 women who were 25 years old or younger, unmarried, full-time U.S. citizens, and Caucasian was selected for this analysis. Of these women, 71 were freshmen, 55 were sophomores, and 9 were juniors. Of the students, 95% were between the ages of 18 and 21. This sample is biased toward higher-ability students as indicated by scores on the ACT test. Data were collected by means of a questionnaire containing 116 items. [...] The majority of these were Likert-like items based on a scale from “a very small extent” to “a very great extent” Other questions asked for factual information, such as Act scores, high school grades, and parents’ educational level. All information used in this analysis was derived from questionnaire data. This questionnaire has been developed and tested at three other institutions before its use at this college. [Authors discussed the instrument.] [...] Multiple regression and path analysis were used to analyze the data. [...]”

(Creswell, 2014, pp. 181-182)

The following is an example of a qualitative research (Cardano, Ortalda, pp. 242-243)

“The aim of the research was to study the initiation into smoking of pre-adolescents (Frohlich, Potvin, Chabot, Corin, 2002). After having reconstructed the prevalence of smoking among pre-adolescents in 32 territories of Quebec and having acquired relevant information on the constraints and "structural" resources that now hinder, now authorize the habit of smoking in this population - the presence of cigarette shops, the presence of public places where smoking is not allowed, the presence of subjects who monitor compliance with the rules governing the sale of cigarettes to adolescents and smoking in public places - the authors focus their attention on eight territories in which they lead focus groups. In each territory, the participants are recruited through the mediation of the teachers of the local school, thus putting them in charge of groups of boys and girls who - in all probability - knew each other and frequented each other before the focus group. In this study, the mutual knowledge of participants becomes a resource and not a limit, offering researchers the opportunity to access speeches that, perhaps less "domesticated", took shape in the context of the participants' lives. The latter, moreover, strengthened by mutual support, were able to deal with a topic - the habit of smoking - which was difficult to discuss in front of an adult interlocutor with greater serenity. Knowledge of the ethnographic context, of the linguistic codes of social practices widespread in the territories where the focus groups were anchored is what allowed the authors to face the difficulties commonly associated with the realization of a focus group with a natural group: the call to shared experiences not fully

explained in the speech, the use of slang expressions, the use of index expressions.”
(Cardano, Ortalda, pp. 242-243)

UNIT 6: REFERENCES

- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Anyon, Y., Bender, K., Kennedy, H., & Dechants, J. (2018). A Systematic Review of Youth Participatory Action Research (YPAR) in the United States: Methodologies, Youth Outcomes, and Future Directions. *Health Education & Behavior*, 45(6), 865–878. doi: 10.1177/1090198118769357
- Argyris, C., Putnam, R., and MacLain-Smith, D. (1982). *Action Science: Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bartoletto, N. (2006). *La ricerca-azione: un excursus storico-bibliografico*. In Minardi, E., Cifiello, S. (a cura di), pp. 54-67.
- Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Fourth Edition*. New York: Altamira Press.
- Brydon-Miller, M., Maguire, P. and McIntyre, A. (eds) (2004) *Travelling Companions: Feminism, Teaching and Action Research*, Westport: Praeger.
- Capecchi, V. (2006). *Per una storia della ricerca azione in Italia*, in «Inchiesta», XXXVI, 151, pp. 1-13.
- Cardano, M., Ortalda, F. (2017). *Metodologia della ricerca psicosociale*. Torino: Utet Università.
- Chekland, P., Holwell, S. (1998). Action Research: Its Nature and Validity. *Systemic Practice and Action Research*, 11 (1), 9-21.
- Colli, A., Pagliaro, L., & Duca, P. (2014). The ethical problem of randomization. *Internal & Emergency Medicine*, 9(7), 799–804. doi: 10.1007/s11739-014-1118-z
- Corbetta, G. (2015). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Vol. 1: I paradigmi di riferimento*. Bologna: Il Mulino.
- Cornwall, A. and Jewkes, R. (1995) ‘What is participatory research?’ *Social Science and Medicine*, 41(12), 1667–76.
- Cos’è la ricerca. (n.d.). Retrieved June 25th, 2019, from <https://www.researchitaly.it/cos-è-la-ricerca/>
(OPEN)
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elliot, J., (1994). La ricerca-azione: un quadro di riferimento per l'autovalutazione nelle scuole.
In Pozzo, G., L. Zappi (Eds.) *La ricerca-azione. Metodiche, strumenti e casi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research methods for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., et al. (1992) Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 268(17), 2420–2425. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Greenwood, D., & Levin, M. (eds) (1998). *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hall, B. (1981) Participatory Research, Popular Knowledge, and Power: A personal reflection, *Convergence*, 14(3), 6–17.

- Ison, R.L. (2008). Systems thinking and practice for action research. In: Reason, P., Bradbury, H. (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research Participative Inquiry and Practice, second edition*, 139–158. London: Sage Publications.
- Janssen, J., Hale, L., Mirfin-Veitch, B., & Harland, T. (2013). Building the Research Capacity of Clinical Physical Therapists Using a Participatory Action Research Approach. *Physical Therapy*, 93(7), 923–934. doi: 10.2522/ptj.20120030
- Jason, L., Keys, C., Suarez-Balcazar, Y., Taylor, R. and Davis, M. (eds) with Durlak, J. and Hotz Isenberg, D. (2004) *Participatory Community Research: Theories and Methods in Action*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: Methods and techniques*. New Delhi: New Age International.
- Lund, H., Brunnhuber, K., Juhl, C., Robinson, K., Leenaars, M., Dorch, B. F., Jamtvedt, G., Nortvedt, M. W., Christensen, R., Chalmer, I. (2017). Evidence-Based Research: le revisioni sistematiche devono sempre informare i nuovi studi primari. *Evidence*, 9(3), e1000164. doi: 10.4470/E1000164
- Lushey, C. J., & Munro, E. R. (2015). Participatory peer research methodology: An effective method for obtaining young people’s perspectives on transitions from care to adulthood? *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(4), 522–537. doi: 10.1177/1473325014559282
- MacDonald, C. (2012). Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34–50. (OPEN)
- Mackenzie, J., Tan, P., Hoverman, S., Baldwin, C. (2012). The value and limitations of Participatory Action Research methodology. *Journal of Hydrology*, 474, 11–21.
- McAllister, K., Vernooy, R. (1999). *Action and Reflection: A Guide for Monitoring and Evaluating Participatory Research. Working Paper 3: Rural Poverty and the Environment Working Paper Series*. Ottawa: International Development Research Centre.
- McNiff, J. & Whitehead, J. (2006). *All you need to know about action research*. Thousand Oaks, CA: Sage. (OPEN)
- Kangovi, S., Grande, D., Carter, T., Barg, F., Rogers, M., Glanz, K., Shannon, R., Long, J. (2014). The use of participatory action research to design a patient-centered community health worker care transitions intervention, *Healthcare*, 2(2), 136-144. doi: 10.1016/j.hjdsi.2014.02.001.
- Kesby, M., Kindon, S. and Pain, R. (2005) ‘‘Participatory’’ Approaches and Diagramming Techniques’, in R. Flowerdew and D. Martin (eds) *Methods in Human Geography: A guide for students doing a research project*, 144–66. London: Pearson Prentice Hall.
- Kindon, S., Pain, R., Kesby, M. (2007). *Participatory action research approaches and methods: connecting people, participation and place*. London: Routledge.
- Maguire, P. (1987) *Doing Participatory Research: A feminist approach*. Amherst, MA: Centre for International Education, University of Massachusetts.
- McTaggart, R. (ed.) (1997) *Participatory Action Research: International Contexts and Consequences*, New York: State of New York University Press.
- Park, P., Brydon-Miller, M., Hall, B. and Jackson, T. (eds) (1993) *Voices of Change: Participatory Research in US and Canada*, London: Bergin and Harvey.
- Reason, P. (1994). *Three Approaches to Participative Inquiry*. In: Denzin, N., Lincoln, Y.S.,

Handbook of Qualitative Research, Sage, Thousand Oaks.

Reason, P. (2004) Action research and the single case: A response to Bjorn Gustavsen. *Concepts and Transformation*, 8(3), 281–94.

Reason, P., Bradbury, H. (2006). *Handbook of Action Research*. London: Sage Publications.

Robinson, K. A. (2009). Use of prior research in the justification and interpretation of clinical trials. *UMI Dissertations Publishing*, 3392375, 123. Baltimore, MA: Johns Hopkins University.

Rodriguez, L. F., & Brown, T. M. (2009). From voice to agency: Guiding principles for participatory action research with youth. *New Directions for Youth Development*, 2009(123), 19-34.

Selener, D. (1997). *Participatory Action Research and Social Change*. Ithaca, NY: Cornell Participatory Action Research Network, Cornell University.

Shamrova, D. P., Cummings C. E. (2017). Participatory action research (PAR) with children and youth: An integrative review of methodology and PAR outcomes for participants, organizations, and communities. *Children and Youth Services Review*, 81, 400-412, doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.08.022.

Singh, Y. K. (2006). *Fundamental of research methodology and statistics*. New Delhi: New Age International.

Singh, A. S., & Masuku, M. B. (2013). Fundamental of applied research and sampling techniques. *International Journal of Medical and Applied Sciences*, 2(4), 123-124.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative nursing research: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Wolters Klower Health. (OPEN)

Taggart, R. (ed.) (1997) *Participatory Action Research: Contexts and Consequences*, Albany, NY: SUNY Press.

Törrönen, M. L., & Vornanen, R. H. (2014). Young People Leaving Care: Participatory Research to Improve Child Welfare Practices and the Rights of Children and Young People. *Australian Social Work*, 67(1), 135–150. doi: 10.1080/0312407X.2013.868012

Vargiu, A. (2008). Le Diversità Nella Ricerca-Azione Partecipata: Alcune Implicazioni Metodologiche E Procedurali. *Studi Di Sociologia*, 46(2), 205–232.

Wadsworth, Y. (1998). What is participatory action research? *Action Research International*, Paper 2. Available on www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/ari/p-ywadsworth98.html

Module 3 Lesson 1 – Research

1. A scientific research...

A) Should always take into account previously acquired knowledge

B) Starts with data collection

C) Always allows a faithful recording of reality

D) Always uses a single method

2. In Action-Research...

A) The participation and cooperation of researchers are encouraged

B) The researcher should be completely neutral towards the object of research

C) An attempt is made to extrapolate laws inscribed in nature through objective analysis of the phenomena

D) No social changes should be produced in the research context

3. Which of these steps is NOT part of every evidence-based research project?

A) Validation of theory through practice

B) Evaluation of the results

C) Formulation of research hypotheses

D) The systematic review of the literature

4. The central element of Participatory Action-Research is:

- A) **The focus on the idea of a shared knowledge between the researcher and the beneficiary of the intervention**
- B) The focus on the idea of a knowledge not shared between the researcher and the beneficiary of the intervention
- C) The clear and absolute separation between Action and Research
- D) The a priori choice of the problems to be investigated and the tools to be used

Module 3 - TRAUMA: RESEARCH, EVALUATION AND OUTCOMES

LESSON 2: EVIDENCE-BASED RESEARCH IN TRAUMAINFORMED CARE

UNIT 1: EVIDENCE BASED RESEARCH IN TIC/TIP: INTERNATIONAL PERSPECTIVE

ARTICLE

One of the main themes in the organization of services dealing with traumatized minors and one of the major requests coming from these is how to guarantee adequate and effective training for professionals on evidence-based interventions (Ruzek & Rosen, 2009). When observing the situation of the implementation of treatments and evidence-based guidelines from a general perspective, despite the importance of this theme in the field of public health, an unevenness of implementation and limited attention on systematic evaluation and long-term effects of training programmes can be inferred (Ruzek & Rosen, 2009). Furthermore, from a comparative perspective, Delaney (2006) underlined another relevant aspect: on an international level, the guidelines and their implementation in elective treatments throughout clinical practice vary considerably on a national level and throughout different nations (including public health regulations). Weiner, Schneider & Lyons (2009) studied the analysis of evidence-based methods for the treatment of trauma in minors. As specified by the authors, some of these have been tested through experimental or quasi-experimental methods, but most methods were structured for adult populations despite being applied to minors as well, and were evaluated with little to no attention paid to cultural variables and differentiation of subgroups based on factors impacting outcomes. From these observations, an interesting solicitation on crosscultural validation of treatments can be derived, which would allow not only an expansion of efficacy, but also an exploration of which barriers hinder their implementation and of flexible adaptation requirements relative to specific subgroups or application circumstances. Courtois & Gold (2009) and Layne & colleagues (2014) highlighted the need to include a specific focus on trauma and its consequences in operators' training, starting from an awareness of the fact that trauma and its effects impact all phases of treatment such as, specifically, the patient's engagement, the assessment, and the response to treatment. Furthermore, they underline how, in this respect, a relevant role is played by the creation of international standards and shared training methods for operators in Evidence-Based Practice (EBP; Lyon et al., 2011). EBP allows the operator to choose the best actionable choices, validated and appropriate for that specific situation, based on the specific needs of the client, their strengths and their circumstances (Layne et al., 2014). In order to guarantee adequate training in this regard, it is imperative for the scientific community to create a definition of core competencies, that is, a

base of knowledge that those dealing with a history of trauma should possess. In particular, this kind of attention should allow a good quality of provided services, increase operators' responsibility and disseminate knowledge that is shared and, often, manualized throughout protocols between different branches (psychology, psychotherapy, social sciences, psychiatry, etc). The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) is a web of professionals, family members, researchers and international partners dealing with the betterment of standards of care and the opportunity of access to services for children and families. The NCTSN has created a training protocol named CCCT (Core Curriculum on Childhood Trauma) (Layne et al., 2011) that clarifies the main elements of intervention (by including them in an integrated evidencebased matrix), the fundamental concepts in trauma and essential therapeutic skills for the planning and implementation of an effective intervention for children affected by trauma and their families. Two elements appear foundational: the goals of the intervention (objectives that are expected to be met through the intervention) and practical elements (the actual procedures meant to be applied in order to obtain results). This attention to operators' training on core competencies passes through the definition of specific "gold standards" relative to EBP training and evidence-based treatments (EBTT, Evidence-Based Trauma Treatments). The CCCT includes 5 levels: a) Empirical Evidence Base; b) 12 Core Concepts for Understanding Traumatic Stress Responses in Children and Families; c) intervention goals; d) practical elements (observable actions put in action to reach goals); e) therapeutic skills\abilities (two sub-levels: 1) procedural and process-oriented; 2) evaluative). The aforementioned model supports evidence-based practices and competences such as routine assessment and information gathering, theory of practice, application of results derived from scientific literature to individual patient situations, conceptualization of cases, and intervention planning.

In the process of examining and implementing the CCCT model, a task force has planned a specific enhancement session of statistical analysis competences and structuring of study protocols that are useful for clinical practice validation. What gets most underlined about this is the invitation for development of both theoretical aspects and evaluation methods (multidimensional), as well as the empirical base accessible to evaluation and validation of interventions (in particular, for outcomes, intervening factors, and the efficacy of interventions centered on the specific situation of a person). Briggs & colleagues (2012) further identify as a priority the betterment of standards through "[...] evidence-based development, implementation and dissemination" (p. 1). The structuring of intervention guidelines - meant to identify optimal targets and identification methods (what the best intervention may be given specific circumstances) and outcomes evaluation - is fundamental and useful for operators and for those dealing with the structuring of services. Research designs that may be useful are the ones that consider the interconnection between risk factors and different outcomes in order to clarify on what elements the intervention might be focused, as well as, recursively, to include

new aspects in theoretical understanding of trauma and to complexify the scientific framework.

Particularly interesting, as a matter of fact, is the observation that treatments targeting the reduction of PTSD-related symptoms are also effective in reducing functional difficulties not directly related to the object of treatment; this highlights how a trauma-focused treatment can generate positive, wide-ranging effects (Layne et al., 2010).

UNIT 2: TRAINING NEEDS IN ORGANIZATIONS DEALING WITH TIC

ARTICLE

Bryson and colleagues (2017) lay an interesting premise that is useful for distinguishing two levels of reflection applicable to the analysis and evaluation of the themes of this module.

The

authors separate trauma-specific treatments (that is, intervention techniques aimed at the reduction of trauma-related symptoms) from TIC as a general perspective which aims at a transformation of the care system, including in TIC an understanding of trauma-related stress responses on every level and in all aspects of the organization of services. Despite widespread

request for the application of TIC principles in services and despite the advantages that it might

bring, scientific contributions on the implementation of TIC for underage clients is,

unfortunately, limited (Bryson et al., 2017). Ruzek & Rosen, in 2009, already observed that the

dissemination of evidence-based treatments focusing on PTSD-related symptoms was one of the key elements to which organizations supporting people affected by trauma were committed,

and that, as a result, we witnessed an increase of scientific literature dealing with organizational

factors linked to the implementation and dissemination of best practices. Despite this, in a previous analysis introduced by Delaney (2006), confirmed by Ruzek & Rosen (2009) and by Bryson and colleagues (2017) themselves, a high volatility of practice use rates emerged, such

as restraint and isolation. Furthermore, as highlighted by Valenkamp and colleagues (2014)

and also by Bryson and colleagues (2017), few studies tested the effectiveness of these

interventions when compared to alternative methods of admission. The volatility of

intervention methods, according to Ruzek & Rosen (2009), would open up the necessity of proceeding to a comparative analysis of guidelines and international best practices in order to make them more based in the field of organizational change proposals and more evidencebased

oriented on a policy level. Bryson & colleagues (2017) attempt, through a systematic review of scientific literature, to highlight what factors make the application of TIC work, for what kind of user, in what circumstances, in what direction and why. The strategies considered

most widely shared in scientific contributions are: 1) a change-oriented leadership; 2) the use of research data to inform practice; 3) staff development; 4) the use of tools that prevent restraint and isolation; 5) the role of users in the context of their stay; 6) debriefing techniques.

In the face of the need to analyse the operational complexity of these elements while also linking them to the territorial and organizational peculiarities, the authors' invitation for services dealing with TIC application is to advance in the attempt of demonstrating, through

the process of scientific research and in a longitudinal perspective, the effectiveness of both efforts and changes applied for the betterment of the safety of patients, as well as the long-term outcomes of treatments. Coherently with this perspective, Lang and colleagues (2016) underline how important it is to reach a consensus on what constitutes a trauma-informed service and how to effectively measure the factors involved. First of all, central issues are: how to reach an optimal screening procedure; how to best operationalize the founding principles of TIC in daily work with subjects exposed to potentially or certainly traumatic events and what the best methods may be to enhance services dealing with this population. Currently, there is little research dealing with the efficacy of changes in the admission of patients in a TIC-based organizational level and how/how much these changes are useful to the health outcomes for participating users. A challenge underlined by the researchers could in fact be the integration of EBPs research and best practices, in order to enhance the quality of the implementation these services offer (while also considering the analysis of the scope of economic impact of these initiatives), through the development of staff competences, of screening procedures, of policy change capabilities. A critical role in this direction can be played by the leadership, who should support a process of change, sometimes radical, even on the level of organizational culture (emphasis, for example, on the importance of TIC). Training on trauma is an essential component, but it is not sufficient for an organization to be trauma-informed. Another important aspect, as specified by Kramer and colleagues (2013), is the collaboration between different agencies dealing with assistance for minors and their families, who should possibly share the principles of TIC. On this last aspect, the authors analyzed the efficacy of training oriented towards the acquisition of specific knowledge with longitudinal administering of adequate survey tools (before and after training) as well as a follow-up survey in order to analyze how much these acquired competences result in changes in the relevant service. On this specific aspect, an interesting theme is the analysis of barriers met by the whole staff and the structuring of comparative research (with randomized groups) meant to examine the usefulness of different strategies employed and further training needs, also longitudinally.

UNIT 3: DISSEMINATION OF TRAUMA RESEARCH IN ORGANIZATIONAL SETTINGS

ARTICLE

When talking about the theme of dissemination of research in organizational settings, Ruzek & Rosen (2009) underline its complexity: the models dealing with dissemination highlighted how it depends on multiple factors interacting with each other on different levels (individual and organizational). Briggs and colleagues (2012) show how it is recognized that a change in knowledge represents the first step towards organizational change, but the verification of how much this is shown through or translates into an actual behavioral change is just as fundamental.

Two aspects seem important: the systemic and multilevel complexity of the dissemination of scientific content in organizations, and the process that connects knowledge and practice through a complex mechanism of individual and organizational change. This process brings to

the fore one of the most frequent resistances to the implementation of new best practices: the fact that the choice of their application in the organization is often experienced as “top-down”

and, therefore, is not very well endorsed by clinicians (Rohrbach et al., 2006; Ruzek & Rosen, 2009). Indeed, in this case, the commitment of operators in changing their organizational praxis is a nodal dimension. As suggested by the scholars' contributions, an arrangement in which the agreement about change is negotiated by the leadership with subordinates, while keeping local needs in mind, contributes to success in its implementation (Durlak & DuPre, 2008; Ruzek & Rosen, 2009). Another central theme is the fact that healthcare organizations often do not have specialized personnel on their staff dedicated to EBP research, to studying of best practices and strategies for their application, and, in particular, to analysing and systematising continuous integration of scientific research's results (Berwick, 2003; Ruzek & Rosen, 2009). With regard to this, Marvin & Volino Robinson (2018) highlight the need for organizations to have a vision that contemplates the analysis of the institution or service itself regarding the skill or the readiness in accomodating and sustaining interventions of change (literature calls it "organizational readiness", and it can be measured on an organizational, group or individual level). Dealing with this dimension in the planning phase is definitely relevant to sustaining the application of new practices, to analyzing the possible barriers in the process and sustaining the beliefs and positive attitudes towards organizational change. An across-the-board consideration for this theme is the centrality that should be assigned to the recommendation of building targeted strategies for change in a specific organization (Augustsson et al., 2017; Marvin & Volino Robinson, 2018). Research demonstrates the importance of leadership and of managerial vision in co-constructing the way of change in sync with professionals and in sharing a culture oriented towards the application of TIC, that is devoted, first of all, to the analysis of staff needs.

UNIT 4: RESEARCH IN TRAUMA-FOCUSED SERVICES

ARTICLE

TIC could be defined as an evidence-based approach in reacting to trauma, which focuses on the ability (or lack thereof) of staff members to take part in a vision of care for a traumatized patient, as a critical precursor for success or failure in adopting strategies meant to reduce the risk of retraumatization of the user (Marvin & Volino Robinson, 2018). In this, it is fundamental to carefully take in the complexity of stories in which trauma is generated by different and individual experiences. Policies, procedures and daily operation could potentially be additionally traumatizing experiences or elicit responses linked to the individual functioning of the traumatized person, preventing them from receiving the care they need. In order to keep these situations from happening, and from generating frustration in staff members, turning to specially structured and internationally recognized best practices might be useful (see, for example, the strategies promoted by SAMHSA in 2014). In synergy with this, the TIC perspective invites organizations to consider the impact of working with subjects bearing traumatic stories to members flowing into clinical services (SAMHSA, 2014; Knight, 2015)

and how operators could be helped, through training and a trauma-informed leadership, in maintaining a good level of wellbeing and efficacy/efficiency in interventions when working (Manderscheid, 2009). Ruzek & Rosen (2009) examined in depth the factors influencing the way in which services receive research results on evidence-based practices linked to trauma treatment. A careful evaluation of both practice dissemination and research implies the inclusion of a field of analysis composed by multiple factors that can influence the evolution of the care process, the patients' or potential users' relationship with the services, the method clinicians use to learn new treatment techniques, the changes in the organizations linked to behavioral transformation. Surely, according to the vision of the authors, an increasingly urgent

priority in the application of empirical research in this field is the validation or support for treatment methods applicable in an economically convenient way. The researchers, in particular, analyzed the role of factors concerning the operators that the research highlighted when linked to outcomes. They observe that evaluations made by operators specialized in trauma-related stress (specifically, those dealing with PTSD) about a specific practice, their competences and features (e. g. their self-efficacy level), their willingness to change in operational practices (e. g. adopting a specific best practice by integrating it in their daily functioning) are influencing factors, but they are scarcely studied on an empirical level. Accessibility to training programmes on EBPs and worries about the applicability of innovations in the field of research relevant to their specific relevant population (problem of generalization of results) seem to be the most influential variables on their attitude towards evidence-based practices, independently of their theoretical framework. The training method that seems particularly efficient towards promoting change in caring behavior seems to be intensive training courses, especially when they call for the demonstration of necessary competences and when they require that those be put to the test throughout interactive participation in lessons (with availability of supervision on a regular basis and, therefore, beyond the training moment itself and training-the-trainers events). With regard to innovation factors, the authors highlight that patients' and operators' perceptions on treatments are an essential element in their adoption, particularly pertaining to their proved efficacy (even on a comparative level with other methods). With regard to systemic factors, they observe how particularly relevant the availability of spaces for supervision and administrative/organizational

support is for a successful application of a good practice (Fixsen et al., 2005).

Even more important is the need to empirically support the creation of trauma-informed care systems (Ko et al., 2008; Ruzek & Rosen, 2009). Furthermore, the monitoring of treatment implementation is another key aspect for dissemination, effects, and faithfulness to procedure for fulfillment of EBPs (Rosenheck, 2001b; DuFrene, Noell, Gilbertson & Duhon, 2005; Durlak & DuPre, 2008; Ruzek & Rosen, 2009). A particularly interesting aspect is the one analyzed by Rosenheck (2001a), who highlights the mutually recursive process of interaction between EBPs (in their general and prescriptive dimension) and local experiences/needs for implementation. The purpose of monitoring, even in the face of its cost in terms of economical

and time investment resources for services, should therefore be allowing [services] to focus on

crucial elements for treatment outcomes and treatment efficacy (Ruzek & Rosen, 2009). One of the key questions might be how the clinician's modifications in response to specific needs might undermine, increase or leave unaltered the intervention's effects (Ruzek & Rosen, 2009).

VIDEO: Trauma-Informed Care

Unit 4: RESEARCH IN TRAUMA FOCUSED SERVICES

3.2.4 - Trauma informed care

Trauma Informed Care

I think what we have to start the conversation with first, is really trying to understand what trauma-informed means, and that frequently, in the organizations that I work with throughout the country, people will call me and say “we’ve you know we’ve had a commitment to be trauma-informed for years and we really understand why this is so important and we really aren’t getting anywhere. There’s, you know, we know there’s some next steps that we have to take but we’ve never really been able to get organized and never really begin able to do that next thing”, and what we did at the National Council is, we developed a tool called the “organizational self-assessment” and with that tool we took the thoughts and the ideas from the leaders of the field, leaders in the field such as Roger Fowler and Maxine Harris and Judith Herman and Sandy Blum, and tried to synthesize their work in a way that expressed the practices and principles of what it means to be trauma-informed, so for example “safety first” or transparency and, you know, mutuality and choice and voice and control and collaboration and giving people control back in their lives and, so, you know, what we did is we created an instrument called the “organizational self-assessment” using those those pieces of the practices and principles to operationalize what it looks like in an organization to move towards being trauma-informed, and it’s, the OSA is a Likert scale of zero to four with a not applicable included, we took and created the seven domains of trauma-informed care and in those seven domains is where you capture those principles. Under each domain there are multiple standards and those standards are not the only standards, but the idea of the OSA is to get organizations to think a little bit differently about the work that they do. So, for example in the

seven domains, the first domain is “screening and assessment”, so we want to have an experience for people upon entry into an agency where screening is done, but we also want to have people have the opportunity to talk about anything, any of their experiences, in a sensitive way and over time. If I'm someone coming into an organization and I may be very scared or I may not trust you

3.2.4 - Trauma informed care.txt[31/07/2019 12:46:05]

if you're the intake coordinator but what I want to be at, what we want to be able to do is to create an environment where people do feel comfortable answering some of those questions. And people need to be trained in how to ask the questions, they need to be trained in how to establish the relationship from the very first time anybody walks through the door. The second domain is “consumer-driven care and services” and you know I'm so thrilled with Community Health Core and the way they're thinking about the work they're doing and the numbers of peers that are being trained and are being utilized in really wonderful ways, and that's not the only piece. Peers are able to see services through a very different lens: we know what it's like to go through a screening and assessment process, we know what it's like to be funneled into a group that really is not working for us, we know what it's like to be retraumatized by the system and being able to have that voice is part of all of the work, that's one piece of consumer driven care and services, but it's looking at things from that real recovery-oriented perspective where it's consumer driven, it's person centered and that I have that if I'm the person receiving services I have an opportunity to say what works for me and what doesn't. I'm really bringing that voice and making sure that peers, consumers clients, but however you frame the language that people have an opportunity to really talk about what's working well in the organization and what doesn't

work well. We also talked about workforce development in an educated trauma-informed workforce and that is including clinical training, clinicians need to have adequate training to do their jobs but if I'm the receptionist what does it mean for me to be a person working in a trauma-informed organization? Every person makes a difference, if I'm the van driver, if I'm the maintenance person, I make a difference in creating that community where people feel that they can begin to heal. And also thinking about compassion fatigue for staff, in our earlier work today we were talking about internal customer service, it's how every person in the organization treats each other. You cannot have a trauma-informed organization if staff is so overworked that

3.2.4 - Trauma informed care.txt[31/07/2019 12:46:05]

they experience compassion fatigue, so you know, thinking about the needs of staff but also thinking about how that impacts if I'm not taking care of myself how can i really be there for another person? It's also about good clinical supervision are you supervising in a way that's trauma-informed rather than supervising in a punitive way? Domain 4 is evidence-based in emerging best practices, it's always looking at, it's not saying "this is the one thing that we're doing in is evidence-based and never looking at the new and emerging things that are happening". It's always having an eye towards the good stuff, and really, you know, providing the training for staff, using peer delivered evidence-based best practices like "WHAM" Wellness, Whole Health Action Management, where peers are really helping other peers, you know, take control of their own physical health. Or "WRAP", Wellness Recovery Action Planning, is a great trauma-informed tool to use that's evidence based, and then creating safe and secure environments. People cannot heal if they do not feel safe. If you're on hyper alert, if you

feel like that you're walking into an environment that does not welcome you where you do not feel safe, nothing good is going to happen. I had somebody tell me, I was in a meeting, and they repainted, they just repainted and updated their reception area, and one of the clients came in and said "Are we moving?" and the person said "No, why?" "Well we figured, if you were making it this nice we were going to have to leave." and that's an indicator that people did not feel highly valued, it was a huge lesson for them. People deserve to be treated in a place and in a way that says "I respect you, you're valuable", you can't begin to heal until you begin to fill those things. And then domain six is about building community partnerships, whoever we are in our community we have to work to make communities, trauma-informed healing doesn't happen in a vacuum so if I receive great services at your program but I go out to, you know, department whatever and they treat me like I'm, you know, mud on the bottom of your shoe, it undoes all the good work I did when I was working with you, so really really reaching out into the community and help the community understand what it means to be

3.2.4 - Trauma informed care.txt[31/07/2019 12:46:05]

trauma-informed. And finally, domain seven is all about "Performance Improvement":

How do you know what you're doing is making a difference? If I do X is this going to work for me? Is this working for the people that we serve? Am I doing client feedback surveys? Am I asking clients about the level of safety that they feel? Am I surveying my staff? And then once I do the survey do I do anything about what it was? I just surveyed so, you know, the way we use the OSA is, we ask organizations, when they start the assessment, that's their baseline, and then we ask them over a period of time to do it again, so they can see the progress that they've made.

And then we use a number of other tools, a performance monitoring tool, and implementation guide to help organizations move forward, but that's kind of the OSA in a snapshot, very quick snapshot, because it's a long process, the OSA is not designed for organizations to just say "okay we're done now", it is not a checklist, it's a way to guide conversations, to begin to make significant change within the organization.

UNIT 5: REFERENCES

- Augustsson, H., Richter, A., Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2017). The need for dual openness to change: A longitudinal study evaluating the impact of employees' openness to organizational change content and process on intervention outcomes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 53(3), 349-368. doi: 10.1177/0021886317691930
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, 289(15), 1969-1975. doi: 10.1001/jama.289.15.1969
- Briggs, E. C., Greeson, J. K., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(1), 1-15. doi: 10.1080/19361521.2012.646413
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International journal of mental health systems*, 11(1), 36. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3 (OPEN)
- Courtois, C. A., & Gold, S. N. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3. doi: 10.1037/a0015224
- Delaney, K.R. (2006) Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19–30. doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00043.x
- Dufrene, B. A., Noell, G. H., Gilbertson, D. N., & Duhon, G. J. (2005). Monitoring implementation of reciprocal peer tutoring: Identifying and intervening with students who do not maintain accurate implementation. *School Psychology Review*, 34(1), 74-86.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Retrieved July 2nd, 2019 from <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Knight, C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37. doi: 10.1007/s10615-014-0481-6
- Kramer, T. L., Sigel, B. A., Connors-Burrow, N. A., Savary, P. E., & Tempel, A. (2013).

A statewide introduction of trauma-informed care in a child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 19-24. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.10.014

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396-404. doi: 10.1037/0735-7028.39.4.396

Lang, J. M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C. A., & Connell, C. M. (2016). Building capacity for trauma-informed care in the child welfare system: Initial results of a statewide implementation. *Child Maltreatment*, 21(2), 113-124. doi: 10.1177/1077559516635273

Layne, C. M., Olsen, J. A., Baker, A., Legerski, J. P., Isakson, B., Pašalić, A., Duraković-Belko, E., Đapo, N., Čampara, N., Arslanagić, B., Pynoos, R. S., & Saltzman, W. R. (2010). Unpacking trauma exposure risk factors and differential pathways of influence: Predicting postwar mental distress in Bosnian adolescents. *Child development*, 81(4), 1053-1076. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01454.x

Layne, C. M., Ippen, C. G., Strand, V., Stuber, M., Abramovitz, R., Reyes, G., Jackson, L. A., Ross, L., Curtis, A., Lipscomb, L. & Pynoos, R. (2011). The Core Curriculum on Childhood Trauma: A tool for training a trauma-informed workforce. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 243. doi: 10.1037/a0025039

Layne, C. M., Strand, V., Popescu, M., Kaplow, J. B., Abramovitz, R., Stuber, M., Amaya-Jackson, L., Ross, L. & Pynoos, R. S. (2014). Using the core curriculum on childhood trauma to strengthen clinical knowledge in evidence-based practitioners. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 286-300. doi: 10.1080/15374416.2013.865192

Lyon, A. R., Stirman, S. W., Kerns, S. E., & Bruns, E. J. (2011). Developing the mental health workforce: Review and application of training approaches from multiple disciplines. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(4), 238-253. doi: 10.1007/s10488-010-0331-y

Manderscheid, R. W. (2009). Trauma-informed leadership. *International Journal of Mental Health*, 38(1), 78-86. doi: 10.2753/IMH0020-7411380107

Marvin, A. F., & Volino Robinson, R. (2018). Implementing trauma-informed care at a non-profit human service agency in Alaska: assessing knowledge, attitudes, and readiness for change. *Journal of evidence-informed social work*, 15(5), 550-563. doi: 10.1080/23761407.2018.1489324

Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S., & Valente, T. W. (2006). Type II translation: transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Evaluation & the Health Professions*, 29(3), 302-333. doi: 10.1177/0163278706290408

Rosenheck, R. A. (2001a). Organizational process: A missing link between research and practice. *Psychiatric Services*, 52(12), 1607-1612. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1607 (OPEN)

Rosenheck, R. (2001b). Stages in the implementation of innovative clinical programs in complex organizations. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(12), 812-821. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1607 (OPEN)

Ruzek, J. I., & Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 980-989. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.008

SAMHSA (2014), *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Retrieved July 2nd, 2019 from <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>

Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing seclusion and restraint

during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169-174. doi: 10.1111/jcap.12084

Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. doi: 10.1016/j.chilyouth.2009.08.013

Module 3 Lesson 2 – Evidence-Based Research in Trauma-Informed Care

1. A study by Ruzek & Rosen (2009) has shown that in the international context of traumarelated treatments:

A) The training programs were implemented in different ways, highlighting the need for the definition of core competencies

B) The treatments were applied uniformly throughout various countries, highlighting the effectiveness of the approaches used

C) The needs of specific sub-groups were adequately addressed

D) The same treatments were equally effective in adults and children.

2. Trauma-Informed Care...

A) Aims to transform the care system, focusing on the ability of staff to participate in a vision of taking care of the traumatized patient

B) Aims to reduce only the symptoms related to trauma, focusing on intervention techniques

C) Implements techniques such as restraint and isolation

D) Is used exclusively with minors.

3. One of the advantages of scientific dissemination in trauma-related organizations is:

A) The possibility of starting a process of implementation of the most recent evidencebased

practices, aimed at improving the well-being of staff and patients

B) The possibility of expressing exclusive interest in issues related to working groups

C) The implementation of evidence as a top-down decision by the leadership

D) The transition to generic treatments that work for all patients

Module 3 - TRAUMA: RESEARCH, EVALUATION AND OUTCOMES

LESSON 3: THE INTERVENTION EVALUATION PROCESS

UNIT 1: DEFINITIONS AND PREMISES

ARTICLE

Guyadeen & Seasons (2018) highlight how, similarly to many other disciplines, “the field of planning has its own brand of evaluation” (p. 98) that can be classified into two branches: “plan

evaluation and planning evaluation. Traditionally, evaluation in planning was considered independent of program evaluation and involved the use of specific evaluation approaches. The

planning discipline currently argues that there is a benefit to building stronger links between program evaluation and evaluation in planning” (p. 98). In the public health system, evaluation

plays an important role in the development of policies and programmatic planning. “Both processes follow a problem identification and definition phase” (p. 99), followed by phases of

formulation, implementation and, finally, evaluation. The last phase aims to assess the success

of the intervention and to identify areas for improvement of the program (Pal, 2014; Guyadeen

& Seasons, 2018). As specified by Guyadeen and Seasons (2018): “It is a structured process that aims to create and synthesize information about interventions in order to make judgments regarding resulting changes, the desirability of an intervention, and the degree of adaptation between intended and unintended outcomes (McDavid & Hawthorn, 2006)” (p. 99). The process of evaluation can also be focused on the cost-effectiveness of programmes and plans and it can be considered of particular relevance in public sector organisations: reasons of political or legislative responsibility imply that planners should demonstrate the benefits of their actions or proposals to the public and to the community (Vedung, 2010; Guyadeen & Seasons, 2018).

Craig and colleagues (2008) highlight “how complex interventions are widely used in health services, in public health practices and in areas of social policy that have important consequences on health” (p. 1). These initiatives present challenges for operators dealing with evaluation, which go beyond the applicative and methodological difficulties that evaluation processes about the success of an initiative must address. As a matter of fact, “complex interventions are usually described as interventions that contain several interacting components” and have multiple “characteristics that evaluators should take into account” (Craig et al., 2008, p. 1). In this, for example, key questions in the evaluation of complex interventions could be: are such interventions effective in daily practice? Do the effects vary according to the target group or context? How does the intervention work? What are the key elements and how do they exert their effects?

In general, from a procedural and processual point of view, best practice consists in systematically developing interventions. This means that: “Best practice is to develop interventions systematically, using the best available evidence and appropriate theory, then to test them using a carefully phased approach, starting with a series of pilot studies targeted at each of the key uncertainties in the design, and moving on to an exploratory and then a definitive evaluation. The results should be disseminated as widely and persuasively as possible, with further research to assist and monitor the process of implementation” (Craig et al., 2008, p. 2).

To begin clarifying the elements involved in this complex process, Rychetnik, Frommer, Hawe

& Shiell (2002) provide us with the following definitions:

- **INTERVENTION:** it can be conceptualised as a set of actions aimed at an objective that involves a change or produces identifiable outcomes. To promote greater wellbeing or to protect health status are the main objectives of public health interventions, which are distinct from clinical interventions that, generally, have the aim of preventing or treating distress in individuals.
- **CONTEXT:** it refers to the social, political and/or organizational setting in which the intervention is planned/designed, implemented and evaluated. The contextual features that are considered relevant for an intervention vary according to the type of intervention. For public health interventions, political, organisational, socio-economic, demographic and environmental factors are important.
- **EVALUATION:** it is the process of determining the value of an intervention by comparing it with predetermined and defined standards.
- **EVIDENCE:** it implies the interpretative reading of the data collected through formal research or specific investigations implemented according to the standards of the scientific method. The Evidence-based practice highlights and deals with the desired

consequences of an intervention and considers central effectiveness (also in terms of cost) considering the data on the implementation and the outcomes of the intervention. Moreover, PROGRAMMES are composed of sets of activities aimed at achieving a specific related result or set of objectives (McDavid & Hawthorn, 2006; Pal, 2014; Guyadeen & Seasons, 2018). Programs are generally designed as means for transforming resources into activities to produce a desired result (McDavid & Hawthorn, 2006; Guyadeen & Seasons, 2018). PLANS, which can assume the feature of a guide, a sort of programmatic and planning vision, have a predominant role in the organization of interventions or initiatives for a community (Baer 1997; Ryan, 2011; Guyadeen & Seasons, 2018). They may have overarching

goals as they offer a vision oriented to future developments: they incorporate facts, objectives and policies that can be translated into a physical or tangible development model and address multiple community problems (Berke et al., 2006). Programmes can be part of the implementation strategies of a plan (Guyadeen & Seasons, 2018). As described by Guyadeen & Seasons (2018): "It is important to note that plans are evolving tools that need to be continually reviewed and updated to remain relevant to evolving needs, knowledge and experiences (Brody 2003). In this respect, evaluation should play a key role in ensuring the applicability and relevance of plans and programmes" (p. 99).

First, evaluation could be considered "an empirically oriented discipline that generates information about programs" (Guyadeen & Seasons, 2018, p. 99) with the aim of improving them and/or guiding future decisions. Secondly, there is an emphasis on both the functioning of the programme and the results. That is, the evaluation is not only about the effectiveness of the programme, but also about the process. As a matter of fact, it is focused on the way in which

programs are administered; it includes an analysis of the organisational methodologies used to

deliver the programme, the inputs used (e.g. Resources), the results (e.g., the tangible measures), and cost-effectiveness (Howlett, Ramesh & Perl, 2009; Guyadeen & Seasons, 2018). Finally, programme evaluation is used to try to make programmes more efficient and effective (Weiss, 1998; Guyadeen & Seasons, 2018), and as a means of ensuring accountability

and assuring quality (Cousins et al., 2014; Pal, 2014; Guyadeen & Seasons, 2018).

For these reasons, decisions on interventions in the public health field should be based on a deep assessment of the strength points regarding the innovations proposed, but also of the gaps

and weakness aspects in the evidence supporting their application (Rychetnik et al., 2002).

Critical guides in the field of intervention assessment, which identify and assess multiple dimensions of evidence, allow adequate consideration to be given to issues such as relevance and transferability, providing specific and justified recommendations for practice (Rychetnik et al., 2002). However, it is equally important to balance rigorous evaluation and overarching purposes to distinguish between a systematic assessment of the available evidence and the complex socio-political process that determines political and practical decisions (Rychetnik et al., 2002).

In addition, Rychetnik, Frommer, Hawe and Shiell (2002) underline "the distinction between the assessment of evidence and the process of policy-making or operational decisions on the implementation of interventions. Research-based evidence is only one of several factors taken into account in these decisions" (p. 119). The authors further specify:

"Public health interventions tend to be complex, programmatic, and context dependent. The evidence for their effectiveness must be sufficiently comprehensive to encompass that

complexity. The evaluation of evidence must distinguish between the fidelity of the evaluation process in detecting the success or failure of an intervention, and the relative success or failure of the intervention itself. Moreover, if an intervention is unsuccessful, the evidence should help in understanding whether the intervention was inherently faulty (that is, failure of intervention concept or theory), or badly delivered (failure of implementation). Furthermore, proper interpretation of the evidence depends upon the availability of adequate descriptive information on the intervention and its context, so that the transferability of the evidence can be determined” (p. 119)

As Craig and colleagues (2008) pointed out, in practice, evaluation is carried out through a wide number of approaches that impact on the possibility of choice between interventions and assessment methods. Moreover, in the field of complex interventions, various sources (e. g. political acceptability) can significantly inform researchers and influence the adoption of an ideal evaluation program. Furthermore, experimental methods are increasingly accepted as methodologies for evaluating policies, but political or ethical objections can limit their use. Evaluation should play a central role in the critical approach to intervention. If planners decide to apply non-experimental methods, they should be aware of their methodological limitations and, consequently, interpret and disseminate results with caution. In this, researchers “should be prepared to explain to decision-makers the need for adequate development work, the pros and cons of experimental and non-experimental approaches, and the trade-offs involved in settling for weaker methods. They should be prepared to challenge decision makers when interventions of uncertain effectiveness are being implemented in a way that would make strengthening the evidence through a rigorous evaluation difficult, or when a modification of the implementation strategy would open up the possibility of a much more informative evaluation” (Craig et al., 2008 p. 2).

More specifically, researchers (Craig et al., 2008) stress that, to develop a complex intervention, the evaluation process should follow a series of steps:

1. Identification of existing evidence on the subject: what is already published or disseminated in the scientific community about similar interventions (systematic and high-quality review of the relevant evidence including methods used to evaluate process and results);
2. Identification and development of the theory: the rationale of complex programs of intervention, the expected outcomes and the way in which the change is to be achieved may not be completely clear from the start. One of the first key tasks is “to develop a theoretical understanding of the likely process of change by drawing on existing evidence and theory, supplemented if necessary by new primary research. This should be done whether the researcher is developing the intervention or evaluating one that has already been developed” (p. 2);
3. Modelling process: Structuring an accurate model of a complex intervention before making a full assessment enables planners to include and collect information useful for both the intervention design and the assessment. More studies may be needed to progressively refine the project before a full evaluation is carried out. Another useful aspect in the preliminary design phase is economic evaluation, which can help project

proposers to identify weaknesses and fill in gaps.

Finally, researchers should pay attention to general statements about which models are suitable

for the type of intervention for the different questions and circumstances, and choose a study design based on the specific characteristics, such as the expected effect size and the probability

of selection or bias of allocation. “Awareness of the whole range of experimental and nonexperimental

approaches should lead to more appropriate methodological choices” (Craig et al., 2008, p. 3).

In the field of programme evaluation the main types of evaluation are the formative and the summative ones. Evaluations focused on improving the performance of a program are considered formative because they provide feedback aimed at improving the results of programs or increasing efficiency (McDavid & Hawthorn, 2006; Posavac & Carey, 2007; Guyadeen & Seasons, 2018). Training assessments produce information useful for making immediate decisions about a program, such as improving some parts and/or modifying processes (Shadish, Cook & Leviton, 1991; Guyadeen & Seasons, 2018). Evaluations focused

on results, that occur once a program is finalized or almost complete, provide information about

whether a program has achieved its goals and/or whether the process is worth continuing (McDavid & Hawthorn, 2006; Posavac & Carey 2007; Shadish, Cook & Leviton, 1991; Guyadeen & Seasons, 2018).

To summarise, as indicated by Wandersman and colleagues in 2000, the evaluation process is complex and articulated (Figure 1).

UNIT 2: EFFICIENCY AND EXPERIENCE EVALUATION (outcomes)

ARTICLE

According to Guyadeen & Seasons (2018), “the historically dominant evaluation model is science-driven and highly technical with a strong emphasis on quantitative methods”. Scientific

research methods and techniques such as systematic randomized research designs and experiments are considered integral to the evaluation process (Alkin 2013). This approach to evaluation focuses on measuring effectiveness and efficiency (Greene 1994)” (p. 100).

Scholars have been working for a long time and not without disagreements on how to evaluate

it, its objectives and contents, and its indicators (Jacobson et al., 1999). For example, a widespread practice in the field of evaluation concerns the analysis of how (mainly in quantitative terms) programmes promote or hinder the achievement of objectives. This approach requires clearly identified objectives and congruent indicators. The evaluation of effectiveness is a complex process and it is not free from the responsibility of undertaking relevant decisions: as Craig and colleagues (2008) point out, in assessing the effectiveness of an intervention, randomisation must always be considered as the method of choice (e. g. to prevent selection errors). If a conventional randomised trial between parallel groups is not appropriate, other randomised methodological study designs should be considered or, if an experimental approach is not feasible, quasi-experimental or observational projects could be considered.

Regarding the analysis of the outcomes of the intervention, if the research plan is carried out in accordance with the scientific method, it aims to confirm or disconfirm the existence of a causal relationship between the intervention and its effects and understand the reasons behind

its effectiveness or lack thereof. The study design also defines the level of evidence arising from it. The systematic review of randomised controlled trials (RCTs) is one of the most widely

used and recognised methods for providing the best level of evidence on the effects of prevention and/or treatment interventions (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002).
Longterm

follow-up may be necessary to determine whether expected results occur or whether shortterm

changes persist: “although uncommon, such studies may be highly informative” (Craig et al., 2008, p. 3).

About the levels of evidence in the evaluation of public health interventions, these are the subject of further study in the scientific literature because of their dependence on the criteria established to assess their credibility. In this regard, controversy continues to exist in the field of RCTs applied to the analysis of public health interventions; it mainly concerns the difficulty

in conducting these studies due to the programmatic complexity of the interventions, the analysis of the results and the underestimation of the contribution of observational studies.
Due

to their nature, many public interventions require multiple and flexible analysis strategies to which studies based on "classical" RCT models - according to the authors - are difficult to adapt (especially because they require a very rigid standardization of the intervention and the assumption of randomization on the basis of individual units). An important point of the researchers' analysis is that it is stressed that applying non-randomized methodologies where these would be possible, instead, can lead to a significant and unsustainable loss of relevance; but, following the words of Rychetnik and colleagues (2002):

"the design of the study alone cannot be sufficient as the main criterion for the credibility of evidence about public health interventions" (p. 121).

Interpretation of results

The evaluation process is a central aspect of the design and implementation of an intervention regardless of whether the results obtained on effectiveness are negative or positive. In fact, the

proof of an adequate implementation of the procedures foreseen by the intervention programme

and the use of effective indicators in monitoring the process are recognized as central in the scientific literature (Rychetnik et al., 2002).

The theories underlying interventions, their specification (explanation and plausibility) in relation to the underlying assumptions (hypotheses), related to the effectiveness and functionality of the measures of result and impact, are key criteria for the evaluation and interpretation of its quality in terms of public health (Rychetnik et al., 2002).

Following the analysis of Rychetnik and colleagues (2002), multidimensional approaches are available in the literature to evaluate research on outcomes. In the evaluation of evidence on the effectiveness of intervention three dimensions are important:

- 1) “the *strength* of evidence, determined by a combination of study design (level), methodological quality and statistical precision” (p. 122);
- 2) “the *magnitude* of the measured effects” (p. 122);
- 3) the “*relevance* of the measured effects (as observed in the evaluation) to the implementation context” (p. 122).

Empirical quality assessments are important, as they can influence decisions at a political or practical level in the field of public healthcare. It should be carefully ensured that the use of inadequate evaluation protocols does not result in unrealistic or excessively costly demands.

Evaluation criteria should support the decision-making process as they should help determine whether the measured results include (a) the interests of those who might be involved in the decision or proposal of the intervention and the target audience; (b) whether the unforeseen and

expected effects of the intervention result in benefits or not; and (c) the efficiency of the intervention and its effectiveness. About the first dimension, the contribution of all stakeholders is crucial, given the social and political nature of public health. For these reasons,

important actors in the evaluation process include decision-makers and target groups.

As Guyadeen & Seasons (2018) pointed out, there are evaluation models that place a strong emphasis on pluralism and on the analysis of the different stakeholders involved in an evaluation. Moreover, qualitative methods are often used to improve the vision of programmes

from the perspectives of stakeholders directly involved (Greene, 1994); as a matter of fact, they

could be considered critical as they have a direct involvement (e.g. money and personal interests) in the evaluation.

Participatory evaluation (Cousins, 2004), empowerment evaluation (Fetterman, 2004), collaborative evaluation (Rodriguez-Campos, 2012), and more recently, development evaluation (Patton, 2011) could be considered good examples of effective methodologies in this field (Guyadeen & Seasons, 2018).

UNIT 3: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS: process evaluation

ARTICLE

As highlighted so far, the evaluation process should play a key role in ensuring that plans reflect

the highest quality from both a conceptual and an applicational perspective (Guyadeen & Seasons, 2018; Berke and Godschalk, 2009; Baer, 1997). It can largely contribute to ensuring objectivity and systematization in the planning and analysis of the intervention, improving the

process of programmatic preparation and giving the possibility of analyzing the congruence between the project's declaratory plan (declared objectives) and the results obtained (Guyadeen

& Seasons, 2018). Through evaluation, it is also possible to document and empirically identify

gaps and/or strengths (Berke, Smith & Lyles 2012; Guyadeen & Seasons, 2018). A basic premise is that, for plans to be effective and assessable, there must be a clear relationship between the main components of a plan (i.e. its objectives and policies) and the mechanisms of implementation (Oliveira & Pinho 2010b; Guyadeen & Seasons, 2018). Overall, there are two general forms of evaluation in planning: (a) evaluation of the plan (e.g. evaluation of the quality of the plan, evaluation of the implementation of the plan and evaluation of the results of the plan) and (b) evaluation of the planning (e.g. evaluation of the planning processes and planning practice) (Guyadeen & Seasons, 2018). While the evaluation of planning involves determining the effectiveness of the planning process, the evaluation of the intervention plan and its results involves evaluating the quality of the plan, the success of its implementation and

the achievement of its objectives (Morckel, 2010; Guyadeen & Seasons, 2018). These forms of evaluation are similar to programme evaluation because they seek to improve decisionmaking,

but differ because of their emphasis on the plan, how it was created, and the results

generated by the activity of planning (Guyadeen & Seasons, 2018). In addition, there are generally three types of evaluation in planning: *ex-ante* (or *a priori*), ongoing and *ex-post* (Guyadeen & Seasons, 2018). According to Oliveira & Pinho (2010), these types of evaluation

correspond to the different stages of planning, which include plan preparation, implementation

and review (i.e., once implemented).

Evidence-based healthcare aims at taking into account efficiency and effectiveness, although until now efficiency issues have not been emphasized in evidence-based medicine. The assessment of evidence on public health interventions must inevitably determine whether efficiency has been assessed and, if so, the level of efficiency achieved (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002). Furthermore, “evidence-based decisions on the value and applicability of an intervention drawn on knowledge of the effectiveness of identical, similar or analogous interventions, are usually carried out and evaluated in a different setting at a different time.

To

assess the transferability of evidence about an intervention, information is needed on (a) the intervention itself, (b) the evaluation context, and (c) interactions between the intervention and

the context” (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002, p. 123). In case of complex interventions, loyalty is not an easy issue. An element that adds complexity is the fact that rigorous standardisation of procedures sometimes undermines the specificity of the intervention when it is motivated by local needs (Craig et al., 2008). A key point that needs to be clarified is the amount of changes or adaptations allowed and the need to record changes in

implementation so that fidelity can be assessed in relation to the degree of standardization required by the study protocol. Variability in implementation - whether planned or not - makes

it all the more important that process and outcome evaluation procedures are fully reported and

that a clear description of the intervention is provided to allow its replication (Craig et al., 2008).

UNIT 4: REFERENCES

Alkin, M. C. (2013). *Evaluation Roots: A Wider Perspective of Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Baer, W. C. (1997). General Plan Evaluation Criteria: An Approach to Making Better Plans. *Journal of the American Planning Association*, 63(3), 329-344. Open

Berke, Philip, Michael Backhurst, Maxine Day, Neil Ericksen, Lucie Laurian, Jan Crawford, and Jennifer Dixon. 2006. “What Makes Plan Implementation Successful? An Evaluation of Local Plans and Implementation Practices in New Zealand.” *Environment and Planning B: Planning and Design*, 33, 581-600. Open

Berke, P., Godschalk, D. (2009). Searching for the Good Plan: A Meta-analysis of Plan Quality Studies. *Journal of Planning Literature*, 23, 227-240.

Berke, P., Smith, G., Lyles, W. (2012). Planning for Resiliency: Evaluation of State Hazard Mitigation Plans under the Disaster Mitigation Act. *Natural Hazards Review*, 13(2), 139-149.

Brody, S. D., (2003). Are we learning to make better plans? A longitudinal analysis of plan quality associated with natural hazards'. *Journal of Planning Education and Research*, 23, 191-201

Cousins, J. B.. 2004. Crossing the Bridge: Toward Understanding through Systematic Inquiry. In Alkin M. C. (Ed). *Evaluation Roots*, 293–318. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cousins, J. B., Goh, S. C., Elliott, C., Aubry, T., Gilbert, N. (2014). Government and Voluntary Sector Differences in Organizational Capacity to Do and Use Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 44, 1-13.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655 Open
- Fetterman, D. M. 2004. Branching Out or Standing on a Limb: Looking to Our Roots for Insight. In Altes, M.C. (Ed). *Evaluation Roots*, 304-18. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guyadeen, D., Mark, S. (2018). Evaluation Theory and Practice: Comparing Program Evaluation and Evaluation in Planning. *Journal of Planning Education and Research*, 38(1), 98-110, doi: 10.1177/0739456X16675930
- Greene, J. C. (1994). The Art of Interpretation, Evaluation, and Presentation. In Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Eds) *Qualitative Program Evaluation: Practice and Promise*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Howlett, M., Ramesh, M., Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Toronto: Oxford University Press.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy Outcome Research: Methods for Reporting Variability and Evaluating Clinical Significance. *Behavior therapy*, 15, 336-352
- McDavid, J. C., Hawthorn, L L. (2006). *Performance Evaluation & Performance Measurement: An Introduction to Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morckel, V. C. (2010). Commentary. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 37(5), 769-774.
- Oliveira, V., Pinho, P. (2010b). Measuring Success in Planning. *Town Planning Review*, 81(3), 307-332. doi: 10.3828/tpr.2010.7
- Pal, L. A. (2014). *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*. Toronto: Nelson.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: Guilford.
- Rodriguez-Campos, L. (2012). Advances in Collaborative Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35(4), 523-528. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.12.006
- Ryan, B. D. (2011). Reading through a Plan: A Visual Interpretation of What Plans Mean and How They Innovate. *Journal of the American Planning Association*, 77(3), 309-326
Open
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 119–127. doi:10.1136/jech.56.2.119 open
- Vedung, E. (2010). “Four Waves of Evaluation Diffusion.”. *Evaluation*, 16(3), 263–77.
Open
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: a results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23(3), 389-395. DOI: 10.1016/S0149-7189(00)00028-8
- Weiss, C. (1998). *Evaluation*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Posavac, E. J., Carey, R. G. (2007). *Program evaluation: Methods and case studies*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., Leviton, L. C. (1991). Good Theory for Social Program Evaluation. In Shadish, W. R., Cook, T. D. Leviton, L. C. (eds). *Foundations of Program Evaluation: Theories of Practice*, 36-67. Newbury Park, CA: Sage.
- Module 3 Lesson 3 – The intervention evaluation process

1. According to Rychetnik, Frommer, Hawe and Shiell (2002), evaluation can be defined as:

A) **The process of determining the value of an intervention through comparison with predetermined and explicit standards**

B) A set of changes and outcomes that can be defined in advance

C) Interpretative reading of the data collected through formal research or specific surveys

D) The social, political and/or organisational setting within which the intervention is planned

2. When evaluating the effectiveness of an intervention, which of these does NOT seem to be a significant factor? (Rychetnik et al., 2002)

A) **The number of interventions carried out by the organisation**

B) The relevance of the measured effects in the implementation context

C) The magnitude of the measured effects

D) The strength of evidence, determined by a combination of study design, methodological quality and statistical accuracy

3. Evaluation...

A) **Allows empirical documentation of the weaknesses and strengths of the intervention plans**

B) Does not require integration between evaluation methods and the plan to be evaluated

C) Should avoid taking into account the interest of the people involved in decisions on interventions.

D) Should only be carried out on outcomes

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 1: METHODOLOGICAL ASPECTS OF TIC RESEARCH

Unit 0 - Overview-Learning Objectives

4.1.0 Introduction - Second Week

4.1.0 Introduction - Second Week.txt[31/07/2019 12:46:38]

Welcome. Here we are again in a new week, with new aspects, new insights. In this week we will discuss aspects

related to best practices, aspects related to observation and aspects related to indicators of child abuse and maltreatment.

Let's start with the first element. Together we will investigate the elements related to the intervention of research and

practice with particular attention to the development of best practices. After that we will examine the methodological

aspects of research in Trauma-Informed Care, which we have now learned to understand and read, and we will have

the opportunity to further understand how these apply to research planning, how to use the Trauma-Informed Care

format in research, and then understand the link from theory to practice. We will then try to identify the elements

that constitute a good research proposal by examining aspects related to a good technique such as observation.

Observation as a clinical tool, observation as a tool that can allow an operator who collaborates or intends to work or

(for a thousand other reasons) is willing to know and examine in depth the theme of Trauma-Informed Care can use

observation as a method, the observational tool, which can in turn be an important tool to understand the context, and to understand the person brought into that context (keep in mind the meaning of Trauma-Informed Care). And here we will investigate the requirements and possible applications of clinical observation and more. We will then continue with examples and concepts previously discussed such as good practices, observation and how these can be applied to child abuse and maltreatment, while also trying to identify indicators, taking into account that an indicator is, as such, just an indicator, and is certainly not a fundamental and certain element of abuse and maltreatment, but a set of indicators may be interesting for us as an element to keep in mind as there may be something to investigate. From here we will examine screening procedures on assessment of trauma and we will try to understand with colleagues how important a screening of trauma can be for knowledge. We will then close with aspects related to Trauma-Informed Care and links with research, and how there can be an organized system of processes that goes from theory to practice. If in the first part, in the first two weeks we discussed and examined with colleagues perhaps the most theoretical aspect of trauma, with us today, with these two weeks, we discussed research in Evidence-Based or Action-Research in Trauma-Informed Care, from now on you will move towards a new path that will always have trauma and Trauma-Informed Care as a central theme but from a slightly different point of view, specifically the legislative one, to then address issues related to legislation, research and policies. We wish you, on my behalf and on behalf of all my colleagues, a good progression of the path; you have now reached the half, perhaps more than half of the path, and at this point you are heading towards the closure of your MOOC. Again, we wish you a good continuation, and we will see each other again at the end of the MOOC.

UNIT 1: INTRODUCTION TO CORE METHODOLOGICAL ASPECTS OF RESEARCH IN TIC

ARTICLE

As Newman & Ridenour (1998) suggested, the way in which researchers conduct a study and what conclusions they obtain from it are very different and depend on their approach to reality.

Furthermore, epistemology concerns the study of how we know things while the method concerns the choice of the technique through which it is possible to proceed to the knowledge of phenomena (Bernard, 2006).

As Lastrucci (1963) pointed out, science is "an objective, logical and systematic method of analysing phenomena, designed to allow the accumulation of reliable knowledge" (p. 6). This is done through three objectives that guide the choices of the researcher (Bernard, 2006):

- Objectivity: this implies being explicit about measurements, attention to methodology and reference to peer review within the scientific community.

- The scientific method
- Reliability

The ethical dimension is part of the scientific method and, referring to research in the human sciences, a central question is how to operationalize phenomena that are complex by nature; this type of process is based on the definition of variables, on the search for associations or relationships between them and on the attempt to understand if and how the variation of one thing causes a variation in another (Bernard, 2006). In connection with these aspects, a founding element is the measurement and identification of valid and reliable indicators and is closely linked to the structuring of operational definitions that "consist of a set of instructions on how to measure a variable that has been conceptually defined" (p. 38).

UNIT 2: RESEARCH IN TIC

ARTICLE

In TIC, one of the key concepts is to use scientifically-validated procedures and concepts. From this point of view, it is essential to promote a synergistic interaction between clinical work and research in order to investigate the outcomes of treatment and to evaluate the functioning models of services in terms of effectiveness and efficiency, also by formalizing these aspects in specific guidelines and/or paying attention to the adherence of the specific protocol to the established elements in international research in this field (Schäfer et al., 2018).

In this respect, the contribution of scientific research to the analysis of TIC definitions and their underlying factors is significant.

In this regard, Becker-Blease (2017), Hanson & Lang (2016) and Johnson (2017) highlight a number of critical aspects related to TIC and application problems, including, for example, the

existence of a very present focus in the scientific literature on theoretical aspects and fundamental principles to the detriment of attention to the tangible elements and their applicability in practice: "there is a gap in how practitioners can transform theory and principles

into everyday practice and therefore assess their effectiveness" (Becker-Blease, 2017, p.3). The

focus on research is therefore useful for the evaluation of trauma-informed application initiatives, programmes and services and whether these are related to significant positive results.

In trying to implement a fruitful and functional exchange between conceptual and theoretical aspects and those related to application, a relevant focus should be dedicated to the analysis of

the applicability of standardised procedures and indicators both in terms of the process elements and the results obtained. The scientific literature on the subject urges organizations and institutions to consider particularly relevant the structuring of research projects, both basic

and applicative, aimed at dealing with screening procedures (evidence-based screening), the analysis of assessment procedures aimed at identifying traumatic events and their peculiarities.

Moreover, to this end, it is important that randomized, controlled studies are implemented on an experimental basis to test the effectiveness of trauma-oriented interventions.

UNIT 3: CORE ELEMENTS TO STRUCTURE A GOOD RESEARCH PROPOSAL

ARTICLE

There are different approaches to the structuring of a project (Leone & Prezza, 1999) in the social and health field: a) synoptic-rational (which implies maximum pre-structuring of the

contents), b) concertive-participatory or dialogical planning (in which continuous negotiation of the objectives between experts and recipients is central); c) heuristic (which provides for a minimum a priori structuring of the objectives).

From a general point of view, the following steps should be followed in the research process:

1. A theoretical problem is formulated (deriving from the analysis of scientific theory and literature);
2. Appropriate units of analysis and method are selected;
3. Data is collected and analysed;
4. The theoretical proposition with which the research was started is either contested or supported.

As indicated by Lanzara (1985): "Every actor who presents himself the problem of innovation,

or simply of intervening in a situation to modify it, has a design problem in front of him" (p. 336). Planning is a process of systematization; in fact, the structuring of a research project is a

critical and fundamental phase that involves important choices that condition its outcomes.

Moreover, Leone & Prezza (1999) underline that: "To articulate a project among different subjects, to think about the coherence between different parts (aims, times, available operators...) means problematizing the practice and dealing with the limit, with the partiality, and this is exactly what in some contexts tends to be removed" (p. 23) or considered too complex from an applicative point of view.

From a transversal point of view, the authors point out the fundamental stages in the structuring

of a project in the social field:

1. Ideation: the phase in which a project is supposed to be carried out or proposed
2. Activation: verification of resources, roles, problems and strategies, possible analysis of demand (clients)
3. Planning: elaboration of the project and structuring of the phases that compose it, establishing the times and defining the methodological choices
4. Implementation: start of activities, first check of hypotheses, ongoing changes
5. Verification: final analysis of the results

In addition, in the field of scientific research, important elements from the application point of

view are:

- Definition and analysis of the research object from the point of view of the scientific literature, explanation of the theoretical framework
- Identification and explanation of the general aims and specific objectives of the study (research question: exploratory, evaluative, explanatory)
- Structuring of hypotheses
- Identification of target population, recruitment of participants and sampling procedures
- Evaluation procedures, definition of indicators, tools and techniques for analysing the data collected
- Time planning (timeline) and feasibility analysis (including criticality and limitations)

In doing so, methodological installations of a quantitative, qualitative or mixed matrix can be used according to the research question.

Each phase of the design process entails that the researcher asks important questions that also take into account the critical elements from a conceptual and practical point of view. The context in which the research is carried out is one of these, as are the resources.

Given this complexity, it is of fundamental importance to pay attention to the training of staff

in this dimension, as well as the constant interaction between professionals engaged in clinical

work and researchers involved in research in and on the clinic.

Moreover, an important sector that shows its centrality is the structuring and validation of tools

that can be used starting from both intervention and research objectives. These can have different forms and be applicable to specific targets, which is why it is essential that all actors involved in the design and implementation of a project synergistically establish each stage of the project plan, including methodological choices.

UNIT 4: REFERENCES

Becker-Blease, K. A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do.

Journal of Trauma & Dissociation, 18(2), 131-138. doi:

10.1080/15299732.2017.1253401

Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Fourth Edition*. New York: Altamira Press.

Ciborra, C., Lanzara, G. F. (1985). *Progettazione delle nuove tecnologie e qualità del lavoro*. Milano: Franco Angeli.

Hanson, R. F., Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child Maltreatment*, 21, 95-100.

doi:10.1177/1077559516635274

Johnson, D. (2017). Tangible Trauma Informed Care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-21.

Lanzara, G. F. (1985). La progettazione come indagine: modelli cognitivi e strategie d'azione. *Rivista italiana di sociologia*, 3, 335-368.

Lastrucci, C. L. (1963). *The scientific approach: Basic principles of the scientific method*. Cambridge, MA, USA: Schenkman Publishing Company

Leone, L., Prezza, M. (2018). *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*.

Milano: Franco Angeli

Newman, I., Ridenour, C. (1998). Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum. *Educational Leadership Faculty Publications*, 122.

Retrieved July 3rd, 2019 from http://ecommons.udayton.edu/eda_fac_pub/122

Rollin, B. E. (2006). *Science and ethics*. Cambridge University Press.

Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egreteau, L., ... & Kazlauskas, E. (2018). Trauma and trauma care in Europe. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1556553. doi: 10.1080/20008198.2018.1556553

Module 4 Lesson 1 – Methodological aspects of TIC Research

1. The operational definition:

A) **Is carried out after the conceptual definition of a variable**

B) Is carried out before the conceptual definition of a variable

C) Is not useful for measuring a variable

D) Is processed during the measurement of a variable

2. In the field of Trauma-Informed Care it is crucial to:

A) **Promote synergistic interaction between clinical work and research**

B) Impose a methodology of intervention on operators

C) Avoid taking into account the contributions of scientific research

D) Avoid taking into account critical aspects and application difficulties

3. At each stage of the design process:

A) **The researcher should ask himself important questions that also take into account the critical elements from a conceptual and practical point of view**

- B) The researcher should not ask himself important questions that also take into account the critical elements from a conceptual and practical point of view
- C) The data must always be analysed
- D) There is need to plan for timing

Module 4 Lesson 2 – Good Practices in TIC: Transferability of Evidence-Based Good Practices

1. The TIC approach:

A) **Promotes caring for the person from a holistic point of view**

- B) Considers exclusively the psychological dimension of a person
- C) Considers only the physical dimension of a person
- D) Considers only the social dimension of a person

2. An intervention, in order to take into account best practices, should:

A) **Promote an in-depth evaluation and a constant monitoring of the competences of the staff (use of specifically designed procedures)**

- B) Avoid paying attention to the history of users and its association with symptoms or difficulties related to trauma
- C) Avoid including standardized and evidence-based screening procedures in clinical practice

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 2: GOOD PRACTICES IN TIC: TRANSFERABILITY OF EVIDENCE-BASED GOOD PRACTICES

UNIT 1: GOOD PRACTICE IN TIC

ARTICLE

Given the great risks to physical and psychological health due to the impact of traumatic events

(Adverse Childhood Experiences, ACEs), over the years many interventions have been developed to help institutions and practitioners assisting people with traumatic histories in order to emphasize the advantage of adopting a TIC-based approach (Baker et al., 2016). In particular, “a TIC approach looks at a person holistically, not just as a list of problems he or she is experiencing” (Hepburn, 2017, p. 7). As indicated by many authors (Bryson et al., 2017;

Bridgett, Valentino & Hayden, 2012; Ellis & Boyce, 2011; Perry, 2002; Rothbart, Ziaie, O’Boyle, 1992), a protective effect (buffer effect) is played by good care and supportive relationships exerted by attentive and proactive caregivers: relational safety reduces the harmful effects of trauma in children. Traumatic stress is a common condition in the case of an

ACE and often causes significant clinical manifestations (internalization and/or externalizing symptoms) frequently found in hospitals or residential facilities dedicated to adults and children (Bryson et al., 2017; Greenwald et al, 2012; Hummer, Dollard & Robst, 2010; Ko et al., 2008). Quoting Elliott and colleagues (2005), who stated that “Trauma informed services are those where service delivery is influenced by an understanding of the impact of interpersonal violence and victimisation on an individual's life and development” (p. 462) and that “Many common procedures and practices in service settings reactivate traumatic reactions

and are experienced as unsafe emotions and a source of weakness for trauma survivors” (p. 446). It is possible to further emphasize that good practices should be evaluated on the basis of

specific criteria that are identified and detailed in the scientific literature and that include a

careful evaluation of the complex factors involved in the traumatic stories. As a matter of fact,

in situations where the service or organisation deals with people who have suffered trauma, a perspective in which public health and social care are oriented towards risk prevention and reduction is recommended (Bryson et al., 2017). In this field, promoting trauma-informed approaches is a central issue: trauma-informed care (TIC) and trauma-informed practice (TIP)

are the chosen treatment paradigms because they aim to transform entire care systems by including an understanding of stress in response to trauma in all aspects of the service and focus on the priority of safety and choice. In addition, this philosophy aims to create a treatment

culture focused on non-violence, learning and collaboration in which the emphasis is on all environmental and interpersonal interactions (Bryson et al., 2017). In the systematic review of

literature, Bryson and colleagues (2017) included some important findings:

- The "reduction of physical coercion in routine and residential psychiatric care" (p. 11) is emphasized as the reduction/elimination of isolation or control and coercion strategies;
- A key aspect of TIC is "the fundamental importance of senior leaders giving priority to TIC [...] especially when the staff is required to adapt to new ways of working" (p. 11);
- researchers stress the need to support staff through advanced training - in particular on trauma

sequences - continuous supervision, coaching and debriefing;

- in this, it is essential to listen to patients and families, paying particular attention to their experiences, needs, priorities regarding the treatment process;
- the importance attributed to the area of constantly updating research data and to the analysis of outcome indicators are transversal dimensions aimed at motivating and informing the performance of services and improving effectiveness;
- the literature deals extensively with "the need to align formal and informal policy and practice with the general principles of trauma-informed practice" (p. 11).

Despite its increasingly frequent application, scientific research on the effectiveness of this type of approach is still lacking (Bryson et al., 2017); as pointed out by Valenkamp, Delaney & Verheij (2014) and Chandler (2008), there is a lack of randomised controlled studies that test interventions and explore the critical factors involved in implementing TIC-oriented treatments. With respect to what is currently indicated on an international level, empirical studies have shown how important training is in providing staff with a common language to be

used regarding the patient's experience and particular interventions to be used with trauma patients (Bryson et al., 2017). The centrality of this issue has also been highlighted earlier by Le Bel, Huckshorn & Caldwell (2008) and by Brown, Baker & Wilcox (2012). In addition, specific training on best practices and patient participation in staff training activities (e.g. by reporting on their experiences) has proved useful (Holstead, Lamond, Dalton, Horne & Crick, 2010), as has the involvement of children in debriefing on critical aspects or stages in the provision of care (Lebel et al., 2008), data sharing and continuous monitoring of performance/processes (at individual, collective and unit level) (Bryson et al., 2017). Another emerging focus of the scientific literature on effective TIC strategies is the ability of organisations to align policies and practices with the principles of informed trauma care (Bryson et al., 2017). According to this vision, the environment and culture of organizations are therapeutic tools themselves and both contribute to building a "therapeutic community". Of

particular relevance are: 1) the focus on creating a safe treatment space for both patients and staff and 2) the inclusion of TIC principles in mission and vision statements. In summary, the main TIC strategies spotlighted by Bryson and colleagues (2017) are aligned with those underlying the NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors) and both are presented in Table 1.

Tab. 1 Core strategies in TIC

Bryson and colleagues (2017)

Community inclusion
Leadership commitment
Model selection
Workforce transformation
Outcome orientation
Shared maintenance

NASMHPD

Leadership towards organizational change
Use of data to inform practice
Use of restraint and seclusion reduction tools
Workforce development
Improve consumer's role in an in-patient setting
Thorough debriefing techniques

In addition, in a study by Azeem and colleagues (2011), these strategic elements were tested longitudinally to analyse the reduction in the use of restraint and isolation. In particular, the authors stressed that:

- ✓ Leadership plays a key role in bringing about cultural change, particularly when a TIC oriented vision is shared by all staff.
- ✓ data collection and sharing has "a key role in performance improvement projects" (p. 12) and in monitoring processes
- ✓ Training and continuing education of staff in the principles of recovery-oriented care, personal-centred care and TIC with the associated performance evaluations have been shown to have significant positive effects;
- ✓ an important focus should be dedicated to the principles of primary prevention using individual treatment plans that include the history of trauma and communication with the strategies of the patient, family and staff;
- ✓ a good principle for TIC practice is the involvement of the patient and the family;
- ✓ support debriefing activities - particularly with regard to emotional aspects and necessary changes in treatment plans - such as interventions to mitigate traumatisation and traumatisation impact were effectively implemented.

By examining different approaches to TIC, Hanson and Lang (2016) and Johnson (2017) identified some issues that could be considered important to explore the approaches of services

for children and concluded that it is possible to identify 15 key TIC components.

The identified components were organised into three levels (Hanson & Lang, 2016, p. 98):

Workforce Development (WD):

- Training required for all staff in awareness and knowledge of the impact of abuse or trauma;
- Measurement of staff competence in defined criteria to demonstrate knowledge / practice on trauma;
- Strategies / procedures to deal with / reduce the stress associated with secondary trauma among staff;
- Knowledge/skills on how to access and refer to evidence-based best practices focused on

trauma.

2. Trauma Focused Services (TFS):

- Use of standardised measures of screening / evidence-based assessment to identify history and trauma-related symptoms or problems;
- Inclusion of the child's trauma history in the documentation / files / case service plan;
- Availability of qualified clinicians for and trained in evidence-based practices focused on trauma;

3. Organizational Delivery (ORG):

- Collaboration, coordination of services and sharing of information between professionals within the agency related to trauma-informed services;
- Collaboration, coordination of services and sharing of information between professionals of other agencies related to trauma-informed services;
- Procedures to reduce the risk of user re-traumatization;
- Procedures for user involvement and input into service planning and development of a traumainformed system;
- Providing services based on strengths and promoting positive development;
- Providing a positive and safe physical environment;
- Written policies that explicitly include and support trauma-informed principles;
- Presence of a defined leadership position or a job function specifically related to TIC.

UNIT 2: FUNDAMENTAL ELEMENTS OF GOOD PRACTICES

ARTICLE

By analysing literature and protocols for the evaluation of TIC practices, it is therefore possible

to conclude that good practices (potentially transferable in different contexts) should include:

- 1) permanent training of all staff members on trauma and its correlates. This training should not only be provided to professionals who work directly at the clinical level with users, but to all those who are included in various capacities and with different functions in the organization;
- 2) a constant update of the internal staff on evidence-based practices (EBP) in the treatment of trauma and a focus on the attitude of professionals towards EBPs;
- 3) collaboration with experts in the field in order to increase the availability of trained clinical providers;
- 4) the inclusion of standardized and evidence-based screening procedures in clinical practice and the use of specific and validated evaluation measures/tools to identify traumatic events (ACEs);
- 5) shared attention to the history of users and its association with symptoms or difficulties related to trauma;
- 6) in line with the previous point, the recognition of the specificity of the life history of each user guaranteed through an active and empathetic listening on behalf of all personnel;
- 7) the inclusion and careful sharing of the history of children's trauma in the planning of intervention or in the conceptualization of cases;
- 8) an in-depth evaluation and constant monitoring of the staff's skills (use of specifically designed procedures);
- 9) in-depth monitoring to maintain the standards set for good TIC service and, possibly, to improve the deficit elements;
- 10) the implementation of procedures to reduce secondary trauma stress and increase staff wellbeing;
- 11) building and maintaining a good network of cooperation not only within the services but

also with other agencies in the field;

12) attention to the centrality of the communicative dimension: the highest level objective should be to have attentive and collaborative professionals in pursuing objectives and applying

shared and co-constructed procedures;

13) attention to procedures to reduce the risk of re-traumatization for users;

14) encouraging the participation of patients in the design of the treatment plan;

15) involvement of users in the planning of the service: attention to their feedback and suggestions to improve the organization and the services offered;

16) a particular focus on providing services based on strengths, aimed at promoting factors for

positive development (e.g. resilience, empowerment);

17) training on strategies aimed at organising a positive environment for users and staff;

18) special attention to the physical and structural dimensions of the service;

19) adherence to and promotion of TIC principles with specific and clear policies;

20) a central role assigned to the leadership dimension and its functions in the organisation of the service.

UNIT 3: CRITICAL ELEMENTS AND CHALLENGES

ARTICLE

Although a particularly highlighted topic in the recommendations for the implementation of best practices, the use of evidence-based practices is still today an element of resistance on behalf of some professionals, organizations and researchers (Gray, Elhai, Schmidt, 2007).

This

should be the subject of analysis, discussion and attention on behalf of organizations that deal with clinical intervention on trauma, in order to create a cooperative definition of standards as well.

In fact, although the TIC approach is assuming an important role in the organization of services

and the provision of care for traumatised people at the moment, there are still some obstacles in its application and, even before that, in its conceptualization (Baker, 2016). In particular, there are shortcomings in this regard:

➤ a clear operational definition

➤ the presence of psychometrically validated tools to assess TIC dimensions.

To fill this gap, Baker and colleagues (2016), for example, built and validated a tool - Attitudes

Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale - to assess the TIC-related attitudes of staff working in different areas of intervention or contexts dealing with individuals with traumatic histories. Previously in their publication Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): a self-assessment and planning protocol, Fallot and Harris (2009) structured a Self-Assessment

and Planning Protocol that includes six domains that involve changes at the service, administrative or system level. Attention to the complexity of the TIC application situation is increasingly becoming a challenging objective from a propulsive point of view both for individual operators and for social and health services in their daily interaction and in their relationship with the scientific community of reference.

UNIT 4: RESEARCH IN TIC AND ITS CONNECTION TO POLICIES

ARTICLE

As a model that aims to structure the supply of services, TIC is implemented in a wide and varied contextual range; Bowen and Murshid (2016) underline how this paradigm can be

applied equally, in its founding principles (security, reliability and transparency, collaboration, empowerment, choice and intersectionality), to social policies. This, according to the authors' proposal, since TIC offers mental health professionals (especially in the public sector) a path aimed at breaking the disparities through clinical-organizational action that, due to its ethical and deontological dimension, can also rise to a broader political dimension. Reeves (2015) had already highlighted how the widespread implementation of TIC-oriented care models can put at the centre of the intervention the response to the unique and peculiar needs of the people in charge of the rehabilitation services, reducing the welfare inequalities experienced by this vulnerable population.

Recently Levy-Carrick and colleagues (2019) have underlined the unequal treatment in the context of trauma as a critical issue in the national organization of health services to which the adoption of TIC can remedy, if not completely, at least widely. As a matter of fact, a central point stressed by the authors is that the effective application of this paradigm would be guaranteed by the full participation of carers in the planning and implementation of activities at each step. In their book *“Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research”*, De Chesnay and Anderson (2019) have also highlighted that mental health has a political and participatory nature (in particular on the part of users). In line with this, the World Health Organization has often urged policies in order to create a collaborative space in which practitioners and groups defending the rights of users of mental health services (advocacy groups) as well as a wide range of stakeholders can engage in the direction of a synergy attentive to mutual needs.

In addition, as is the case in some circumstances, it is important to make a political contribution to the decision to fund studies to analyse and promote evidence-based practices, to create and disseminate shared standards and to define the organisational ratio and community objectives of organisations and institutions involved in the provision of care models (Ko et al., 2008; Bateman & Anderson, 2013; Levy-Carrick et al., 2019).

What said thus far concerns the general dimension of health policy, but it also concerns the local dimension in response to specific territorial needs and, even more specifically, the policies of individual organisations or services. The literature dealing with TIC suggests that "to implement informed assistance on trauma, there is a need for preparation, evaluation and organizational change (Harris & Fallot, 2001, Rivard, Bloom, McCorkle, & Abramovitz, 2005)

[...] The implementation of informed practices on trauma is therefore based on the use of individualized organizational data to inform planning and implementation" (Hummer et al., 2010, p. 82). The ability to support policies with data from effective research facilities is undoubtedly a priority and desirable strategic element (Levy-Carrick et al., 2019). For example, at the level of tools useful in analyzing how much organizational policies are oriented to the principles of TIC, the CCTIC protocol developed by Fallot and Harris (2009) could be particularly interesting to the extent that it enucleates domains and subdomains involved in the evaluation of organizational services and initiatives in the field of trauma care.

In conclusion, therefore, adopting a TIC-oriented perspective implies a sensitivity to what Levy-Carrick and colleagues stressed (2019): "Helping our patients and ourselves will require

a critical change of perspective that must be introduced at the beginning of the training, strengthened in all, shaped by its older professionals and promoted by future generations" (p. 107).

VIDEO: SOS VILLAGE

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 2: METHODOLOGICAL ASPECTS OF TIC RESEARCH

Unit 4 - RESEARCH IN TIC AND ITS CONNECTION TO POLICIES

4.2.4 SOS Village

4.2.4 SOS Village.txt[31/07/2019 12:46:53]

[To become an adult is not simple.

What are the everyday challenges?]

We're in Rome, interviewing people between 18 and 22 years-old

What is the TARI? [an Italian tax on garbage]

What is it?...

Oh, on savings...

A concept, like, about the economy...

The TARI is a thing, a political thing...

Yeah, right

What's the TARI?

The TARI? Is it a tax?

You need to look for a house: how do you do it?

What do you do? What's your move?

With public transport...

Giulia found it.

With an estate agency.

I live at home, with mom that's always waiting for me

What kind of contract do you sign?

I mean, I just pay, I mean I gotta pay

Contracts, ok, indefinite duration, long-term contracts...

I mean, I just started law school... but I just started! So...

You do the 4..? [4+4, a common housing contract]

4 Months?

Plus 5

Rent money is wasted money.

Like, water and electricity are included in the price

4?

The bank account

Like, a Latin interrogation is easier!

Eh, I dunno

Where you deposit..

If you want we can talk about Seneca

When you have any problem, who do you call?

Giulia

Dad

Seneca, who's dead.. so mom and dad for now.

Some questions are hard to answer, but some young people turning 18 years & one day old will have to face them

alone.

Care Leavers

I don't know what that is
Health... needs?...
Who are they?
Liverpool players
I don't know what that is, never heard of them
I don't understand the question?
Clerics
They're young people that are turning 18, they live in a foster home and need to leave their
foster home and find an
independent solution
Great!
[The future is built day by day]
4.2.4 SOS Village.txt[31/07/2019 12:46:53]
What can we tell these young people, come on?!
What... Wish them well, what do we tell them?!

UNIT 5: REFERENCES

- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x (OPEN)
- Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health*, 8(1), 61-76. doi: 10.1037/tra0000327
- Bateman, J., Henderson, C., & Kezelman, C. (2013). *Trauma-informed care and practice: towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia. A National Strategic Direction, Position Paper and Recommendations of the National Trauma-informed Care and Practice Advisory Working Group*. Sydney, Australia: Mental Health Coordinating Council.
- Bowen, E. A., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy. *American journal of public health*, 106(2), 223-229. doi: 10.2105/AJPH.2015.302970 (OPEN)
- Bridgett, D. J., Valentino, K., & Hayden, L. C. (2012). The contribution of children's temperamental fear and effortful control to restraint and seclusion during inpatient treatment in a psychiatric hospital. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(6), 821-836. doi: 10.1007/s10578-012-0298-x
- Brown, S. M., Baker, C. N., & Wilcox, P. (2012). Risking Connection trauma training: A pathway toward trauma-informed care in child congregate care settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 507-514. doi: 10.1037/a0025269
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International journal of mental health systems*, 11(1), 36. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3 (OPEN)
- Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to Trauma-Informed treatment: Transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(5), 363-371. doi: 10.1177/1078390308326625
- De Chesnay, M., & Anderson, B. A. (2019). *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research*. Burlington, MA, USA: Jones & Bartlett Learning.

- Ellis, B. J., & Boyce, W. T. (2011). Differential susceptibility to the environment: Toward an understanding of sensitivity to developmental experiences and context. *Development and psychopathology*, 23(1), 1-5. doi: 10.1017/S095457941000060X (OPEN)
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of community psychology*, 33(4), 461-477. doi: 10.1002/jcop.20063 (OPEN)
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. *Community Connections*, 2(2), 1-18.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Schmidt, L. O. (2007). Trauma professionals' attitudes toward and utilization of evidence-based practices. *Behavior modification*, 31(6), 732-748. doi: 10.1177/0145445507302877 (OPEN)
- Greenwald, R., Siradas, L., Schmitt, T. A., Reslan, S., Fierle, J., & Sande, B. (2012). Implementing trauma-informed treatment for youth in a residential facility: First-year outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(2), 141-153. doi: 10.1080/0886571X.2012.676525
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child maltreatment*, 21(2), 95-100. doi: 10.1177/1077559516635274 (OPEN)
- Harris, M., & Fallot, R. D. (Eds.). (2001). *New directions for mental health services. Using trauma theory to design service systems*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Hepburn, S. (2017). *Quantitative benefits of Trauma-Informed Care*. Retrieved July 3rd, 2019 from https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TAC.Paper_.5.Quantitative_Benefits_TraumaInformedCare_Final.pdf
- Holstead, J., Lamond, D., Dalton, J., Horne, A., & Crick, R. (2010). Restraint reduction in children's residential treatment facilities: implementation at damar services. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(1), 1-13. doi: 10.1080/08865710903507961
- Hummer, V. L., Dollard, N., Robst, J., & Armstrong, M. I. (2010). Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: A curriculum for organizational change. *Child Welfare*, 89(2), 79. (OPEN)
- Johnson, D. (2017). Tangible Trauma Informed Care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1). (OPEN)
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396-404. doi: 10.1037/0735-7028.39.4.396
- LeBel, J., Huckshorn, K., & Caldwell, B. (2008). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 169-187. (OPEN)
- Levy-Carrick, N. C., Lewis-O'Connor, A., Rittenberg, E., Manosalvas, K., Stoklosa, H. M., & Silbersweig, D. A. (2019). Promoting health equity through trauma-informed care: critical role for physicians in policy and program development. *Family & community health*, 42(2), 104-108. doi: 10.1097/FCH.0000000000000214
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100. (OPEN)
- Rivard, J. C., Bloom, S. L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005). Preliminary results

of a study examining the implementation and effects of a trauma recovery framework for youths in residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 83-96. doi: (OPEN)

Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in mental health nursing*, 36(9), 698-709. doi: 10.3109/01612840.2015.1025319

Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. *New directions for child and adolescent development*, 1992(55), 7-23. doi: 10.1002/cd.23219925503 (OPEN)

Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169-174. doi: 10.1111/jcap.12084

Module 4 Lesson 2 – Good Practices in TIC: Transferability of Evidence-Based Good Practices

1. The TIC approach:

A) **Promotes caring for the person from a holistic point of view**

B) Considers exclusively the psychological dimension of a person

C) Considers only the physical dimension of a person

D) Considers only the social dimension of a person

2. An intervention, in order to take into account best practices, should:

A) **Promote an in-depth evaluation and a constant monitoring of the competences of the staff (use of specifically designed procedures)**

B) Avoid paying attention to the history of users and its association with symptoms or difficulties related to trauma

C) Avoid including standardized and evidence-based screening procedures in clinical practice

D) Make sure that the internal staff always continues to perform the procedures on which it was initially trained.

3. A good research proposal...

A) **Carries out a feasibility analysis and defines a timetable**

B) Maintains its objectives as general as possible

C) Always formulates research hypotheses after data collection

D) Always provides for a stratified sample

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 3: OBSERVATION / INDICATORS OF MALTREATMENT

AND ABUSE

UNIT 1: THE IMPORTANCE OF OBSERVATION

ARTICLE

Clinicians and researchers are constantly searching for knowledge about a particular phenomenon, in a more or less systematic way. This desire for knowledge arises out of interest

or curiosity, from a careful look, through the naked eye or with the help of tools, using a single

word, through 'observation'.

Mantovani (1995) defines observation as: "[...] a form of detection aimed at exploring a given phenomenon" (p. 84).

Observation is a complex and demanding activity that requires:

- time;
- intellectual freedom;

- absence of prejudices and preconceptions,
- self-awareness;
- ability to not get involved;
- ability to suspend judgement.

In clinical and research contexts, observation acquires considerable importance, transforming itself from a simple and unscientific method into a flexible, structured and reliable one (Venuti, 2001). With the progress of studies on children, for example, the use of "child biographies" has

been abandoned, to give space to systematic observation and experimentation (Bornstein, 2001). As a matter of fact, over time naturalistic observations have left room for standardized observations (Bornstein, 2001). One could argue, in the words of Venuti (2001), that observation "[...] acts as a bridge between an explanatory model of reference and a subsequent

process of analysis and interpretation of data" (p. 58). To observe, therefore, it is no longer enough to look at a group of children interacting or recorded video of the behavior between mother and child, as observation must always refer to a theoretical and explanatory model, which will guide the researcher to formulate hypotheses and analyze the data (Venuti, 2001). What to observe, how, where and when to do it, will depend on the purpose of the research and

the theoretical approach of reference.

There are different types of observations:

- psychoanalytic observation, which has psychoanalysis as its theoretical model;
- piagetian observation, which has as its theoretical model the psychology of development;
- ethological observation, which has ethology as its theoretical model.

Piagetian observation is a quasi-experimental type of observation. It lays its foundations on the

theoretical approaches of interactionism, structuralism, cognitivism and deepens the study of the path of mental life in the course of development (Vigna, 2002). It is not limited to the recording of everything that the child does, but is guided by some hypotheses that form the basis of piagetian theory. The observer tries to establish an interaction with the observed in a natural context (Petter, 1984; Vigna, 2002). The basic principles of this observation are two:

1. The observer adapts to the child's stage of development and, by interacting, modifies the very conditions of the observation;
2. The observer repeatedly reproduces the same play situation during an observation to assess whether the child's reaction is repeated in the presence of the same stimulus and is not attributable to randomness.

The main application contexts of this type of observation are playschool and kindergarten.

The ethological approach, on the other hand, is inspired by Darwin's theory of evolution and the work of the ethologist Lorenz. The observation is defined as ethological when the observers

do not influence in any way the behavior that they are interested in studying and cancel their subjectivity as much as possible. Usually this technique is applied in the natural environment in which a given behavior manifests itself spontaneously. However, it is possible to use the laboratory as an environment, provided that it is equipped in such a way as to reproduce a familiar environment for the child (e.g. a playroom).

It is useful in the investigation of the early years of life, where verbal language is still absent or poor, for two reasons:

1. it is easier to define the natural living environment of young children;

2. young children do not always realise that they are being observed and, in any case, do not react by changing their behaviour.

This type of observation aims at the exclusion of subjectivity and the achievement of objectivity

that alone allows us to draw conclusions that are not misleading (Lis & Venuti, 1986). In this type of observation, procedures are used that allow the recording and the objective and systematic cataloguing of behaviors, so as to be able to interpret them later in the light of the initial hypotheses. Among the strengths of ethological observation emerge:

- an increase in descriptive studies of childhood behaviour;
- an attribution of importance to longitudinal research, considered the most suitable to grasp the process of change and its evolutionary meaning.

However, the emphasis on objective description can make us forget that when we observe, it is inevitable to make choices. Moreover, the importance of detecting micro-behaviours, which

can be described objectively, cannot make us lose sight of the meaning that a certain behaviour

assumes in a particular moment and context.

Psychoanalytic observation, on the other hand, is a type of direct observation, a method that does not make use of any instrument outside the observer himself. According to the psychoanalytic model, when there are no phenomena foreseen on the basis of a theory, "the unexpected" (Bion, 1962) becomes relevant. Observation in this case has the main function of creating a space where the unexpected can express itself. This picture does not involve any intentionality on the part of the observer to allow us to grasp the conscious and unconscious intentionality of the person observed. The fields of application are:

- psychological research;
- clinical work;
- training of child psychotherapists and analysts.

The observer is an integral part of the situation and observes both behaviors and verbalisations,

as well as moods and emotions. He must also carefully evaluate his own psychological states as a source of information about the observed subject, using his own similarity to differentiate

the latter from himself and accepting his own presence.

Finally, one can observe the entire family nucleus through structured tasks in the clinical context or in one's own natural environment. This type of observation can be associated with an interview with the family and has the intention of understanding how the members of the nucleus interact with each other and understanding communications at the verbal and preverbal

level (forms of implicit intersubjectivity).

Ultimately, observation is one of the cornerstones of the professionalism of those who work in

the field of education and training, helping to build a "basic attitude" that becomes an integral part of the way of acting professionally, as a basic element of educational competence. It is not

a simple tool, but a set of attitudes, methodologies and tools. These can be structured (video recording, grids, checklists, etc.) or unstructured (e.g. logbook). The observer should then be trained through a training phase, acquire specific skills and knowledge to be able to use these tools and to detect the phenomenon he intends to study (Venuti, 2001). The data obtained from

observation can be both qualitative and quantitative. Qualitative data have a narrative structure

(Hilliard, 1993), while quantitative data can be used for various measurements and analyses (e.g. frequency and duration measurements, sequential analyses, etc.).

VIDEO

The Strange Situation | Mary Ainsworth, 1969 | Developmental Psychology

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 3: OBSERVATION / INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

Unit 1: THE IMPORTANCE OF OBSERVATION

4.3.1 - The Strange Situation _Mary Ainsworth, 1969_Developmental Psychology

4.3.1 - The Strange Situation _Mary Ainsworth, 1969_Developmental Psychology.txt[31/07/2019 12:47:13]

The Strange Situation / Mary Ainsworth, 1969 / Developmental Psychology

In 1969, American psychologist

Mary Ainsworth gave developmental psychology a new procedure for studying attachment in infants.

She called it the "Strange Situation classification"

and it's widely referred to as simply "The Strange Situation".

As an adult, you know when you formed an attachment with someone. You know how it feels,

And you know how to express your feelings in words.

However, when it comes to babies and young children, they haven't yet developed these skills and therefore researchers must turn to more subtle techniques.

Such as the strange situation,

which measures the security of an attachment in one-to-two year olds.

A 20-minute participatory observation during which the researcher observes the infant's behavioral

responses to a series of scenarios.

Ainsworth's Strange Situation includes eight stages, each lasting roughly three minutes.

To start with the mother, baby and researcher are all together in the room,

A small, neutrally colored space with some toys for the baby to play with.

The experimenter leaves after around a minute and the mother and baby are alone for approximately

three minutes.

In this stage

researchers are watching to see whether the child is confident to explore the new environment or

whether she :01:41.280

A stranger joins the mother and baby in the room. The researchers record the baby's response to this

unfamiliar newcomer,

who is left alone with the baby when the mother leaves the room.

At this stage, the researchers are observing the baby's behavior for signs of separation anxiety.

Three minutes later, the mother returns, and the researchers observe for the baby's reunion response.

The stranger leaves the room.

A few minutes more and the mother leaves the room too - leaving the baby alone for the first time in the experiment.

The next person to enter the room is the stranger, and finally, after three minutes, the mother returns and the stranger leaves, all in all a perfectly strange situation for all involved.

So, what were the researchers measuring?

When the mother was in the room with the baby, they scored the infant's behaviour on four measures:

"Proximity and contact seeking". "Contact maintaining".

"Avoidance of Proximity and contact"

and "Resistance to contact and comforting". The baby's exploratory behaviors were also recorded as she explored the environment.

Ainsworth reported that infants display one of three attachment types:

Securely attached infants showed distress when separated from their mother, were avoidant of the

stranger when alone,

but friendly in the presence of their mother and were happy when the mother returned from outside the room.

70% of children studied fell into this category.

15% of children demonstrated an ambivalent attachment with their mother.

These children showed intense distress when the mother left the room and demonstrated a significant fear of the stranger. When the mother returned to the room, ambivalent children approached the mother but rejected contact.

Ainsworth reported that a final 15 percent had an avoidant attachment style.

Such infants show no interest when the mother leaves the room and play happily with the stranger.

When the mother returns, avoidant children barely seem to notice.

In 1990, Main and Solomon added that a very small percentage were

Inconsistent in their behaviors and defined this attachment style as "disorganized".

Ainsworth's "caregiver sensitivity hypothesis" suggests that differences in infant attachment styles

are dependent on the mother's behavior towards the baby during a critical period of development.

UNIT 2: INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

ARTICLE

Schimmenti (2018) underlines how trauma constitutes a deep laceration for individuals that can impact on their psychological processes of conditioning, at multiple levels, and their functioning. In particular, it has consequences with regard to the concept of self, relational modalities and belief systems. Furthermore, the author points out that scientific studies have highlighted how often events that can be defined as traumatic are interrelated and that exposure

to multiple traumatic experiences increases the risk of developing a psychopathology (cumulative trauma), especially if this occurs during childhood and, especially, in the context of family relationships. Curran and colleagues (2018) also highlight this aspect in the scientific

literature, pointing out how this involves:

1. for children who have been victims of multiple traumatic experiences, an increase in the risk of experiencing depression and impotence (Arata et al., 2007);
2. on a longitudinal level in adulthood for subjects with stories of physical and psychological abuse, a decrease in self-esteem and coping skills compared to emotions (especially anger and aggression), an increase in deviant sexual behavior and difficulty in psychosocial adaptation (Sesar et al., 2010);
3. for victims of sexual or physical abuse, a higher risk of having psychosocial difficulties and displaying asocial or antisocial behaviour, chronic physical symptoms, anxious or depressive disorders, symptoms related to trauma and dissociation (Higgins & McCabe, 2000).
4. In addition, in adolescence, scientific research also shows an increased risk of development of delinquent behavior, substance abuse and self-harm, especially in individuals with PTSD or poly-victimization histories.

In general, research suggests, from an epidemiological point of view, the connection between trauma and severity of impairment; moreover, if suffered during childhood, it can have serious

and debilitating consequences on the development of cognitive, emotional and social skills (Curran et al., 2018). One aspect that seems to have a particularly significant impact on the development and outcomes of traumatic experiences in childhood is the emotional neglect of attachment figures - particularly those with parental functions - for the child (Schimmenti, 2018). An adequate understanding of the mechanisms underlying individual variability in the psychological response to trauma is important both to identify children at risk of long-term distress and to structure appropriate and effective interventions (Ozer et al., 2003; Alisic et al.,

2011). In particular, it is important to emphasize that children react to trauma in different ways

than adults, in part because of their level of development and their skills including the management of mnemonic content and emotional responses to events. Lonigan and colleagues (1998) had already stressed the need for scientific research to focus on the analysis of childhood

reactions to trauma and the factors associated with it. One of the questions they raised was the

need to investigate indicators - specifically valid and reliable for the child population and not simply borrowed from the conditions found in adult subjects - on normal versus psychopathological reactions of children to adverse events. An interesting area of investigation

is, in fact, that concerning the distinction between typical reactions to trauma and those conditions in which it is possible to find a psychopathological response with a particular focus

on which symptoms allow a differential vision between the two conditions and an improvement

of the possibilities of effective assessment by clinicians (Lonigan et al., 1998). The literature provides a lot of information on indicators of mistreatment and abuse, pointing out that these are often non-specific signals that should be read with care and caution, since they do not always point to maltreatment exclusively. In fact, it is necessary for the operators to improve their ability to grasp the child's suffering in the contexts in which they find themselves, offering

them the appropriate conditions so that they can feel welcomed and helped to express their emotions and difficulties. Coupled with observation techniques, the operators can use grids of indicators to investigate the problem as much as possible. As an example, see the link to a

document drawn up by CE.S.P.IM (Centro Servizi per il volontariato Provincia di Imperia) entitled "*Il Silenzio dei Passerotti. Project for combating and recovering abuse and mistreatment of children*", in which some examples of indicators of abuse and maltreatment can be viewed.

VIDEO

Different types of child abuse

VIDEO LONGOBARDI: INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 3: OBSERVATION / INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

Unit 2: INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

4.3.2 - Different types of child abuse

4.3.2 - Different types of child abuse.txt[31/07/2019 12:47:27]

Different types of child abuse

There are many forms of child abuse. Online abuse: online abuse is any type of abuse that happens over the Internet.

This can be in the form of cyber bullying, grooming, sexual abuse and exploitation or emotional abuse, from people

they know as well as strangers. Online abuse can occur solely online or in addition to occurring in the real World. As

technology is everywhere, children and young people suffering from this form of abuse may feel trapped with

nowhere to turn as it follows them everywhere they, go like their bedroom which is meant to be a safe place for

them. Grooming: grooming is when an adult builds a connection with a child for the purpose of abusing and/or

exploiting them sexually. This can be done online, in the real world, by a stranger or someone they know. Sexual

abuse: sexual abuse is where a child is forced or persuaded into participating in any sort of sexual act, and does not

have to be physical. Sometimes the child may not be aware what is happening is abuse or that what is happening is

wrong. Physical abuse: physical abuse is deliberately hurting a child, thus causing injuries such as broken ribs, burns

or cuts. They could be kicked, punched, slapped, poisoned, burned or have objects thrown at them. Babies can be

shaken sometimes so violently it leads to their death. Neglect: neglect is a continuous failure to provide the most

basic needs to a child. Children left to go hungry, unbathed or adequately clothed, sheltered and supervised are all

examples of neglected children. Neglect can also occur in the form of a parent or carer not protecting a child from

other types of abuse. Bullying: bullying is behavior that hurts someone else such as name-calling, hitting, pushing,

spreading rumors, threatening or undermining someone. This can happen anywhere, even in their own home, and

often over a long period of time. Emotional abuse, also known as psychological abuse, when a parent or carer is

constantly maltreating or neglecting a child emotionally, which can involve deliberately trying to scare or humiliate

a child or isolating or ignoring them. Harmful sexual behavior: children and young people who develop harmful sexual behavior harm themselves and others by using sexually explicit words and phrases, inappropriate touching, using sexual violence and threats or engaging in full penetrative sex with other children or adults. Child sexual exploitation is another form of child abuse. Children and young people being sexually exploited are vulnerable people who have been tricked or manipulated into believing they're in a loving, safe relationship. They may be offered money or other rewards only to be trafficked into slavery. They may have been groomed online and become totally dependent on their abuser, making it even harder to leave. Trafficking children is also child abuse. Children can be trafficked for cheap labor, sexual abuse, domestic servitude, benefit fraud and forced marriage.

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE AND POLICIES

LESSON 3: OBSERVATION / INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

Unit 2: INDICATORS OF MALTREATMENT AND ABUSE

4.3.2 Longobardi - Child Abuse and Mistreatment

4.3.2 Longobardi - Child Abuse and Mistreatment.txt[31/07/2019 12:47:43]

We are discussing child mistreatment and abuse, and before accessing what the consequences of a traumatic event or exposure to specific forms of violence are according to behavioral indicators, we will briefly mention the categories of victimization in the area of abuse.

Let's start from the international classifications: first there's psychological abuse, also called "Emotional abuse" /

"Psychological abuse", then there's physical abuse, and finally sexual abuse.

About psychological abuse, it is the exposure to forms of violence characterized by physical harm which the child goes through, it is therefore a very strong traumatic event since it has consequences on development, we will shortly see which ones I'm referring to.

When speaking of psychological violence, we're referring to insults, denigration, social isolation of the child, and neglect; these are forms of violence that are less visible, but which have a psychological impact nonetheless, and therefore constitute a traumatic event in the long term.

Physical abuse is the exposure to forms of violence characterized by physical harm; this is therefore a very strong traumatic event, since it impacts on development; we will shortly see what I'm referring to specifically.

Finally, sexual abuse refers to all those acts related to victimization which are linked to physical exposure to sexual violence, incest, touching, or inappropriate touching on behalf of those who care for the child in a protected situation.

Let's analyse the consequences related to abuse and violence against a child, taking into consideration both behavioural and emotional indicators. The consequences that the child encounters during his/her development are for example, disturbances in the perception of the body, and therefore in his/her own body image; the child cannot understand whether his/her body belongs to a child or an adult, because it has been eroticized since a young age. Other consequences are chronic sleep-related difficulties; in other words, the traumatic event has an impact on the regulation of the sleep-wake rhythm. Then there are attention disorders, and difficulties in concentrating and paying attention when in school. If the child is younger than 3-5 years old, there can also be evacuation disorders. During adolescence, other manifestations of discomfort that the child or young person may express are eating disorders, including anorexia and bulimia, acts of explicit aggression towards all subjects who tend to express a behaviour of an attentional nature towards the child (the child may defend himself/herself with explicit aggression). Finally, acts of self-harm, precisely because there is an inherent suffering, internal to the child caused by the traumatic event; the child then reacts by causing harm to him/herself as well as other subjects. These are some of the consequences of exposure to traumatic events in infancy, childhood and adolescence, but many more are investigated by literature: learning difficulties, isolation and anti-social behavior such as use and abuse of alcohol and drugs, promiscuous sexual behavior, exposure to particular sexually transmitted diseases. Therefore, this makes us understand how a normal developmental trajectory is not obtained because those who care for the child and should have the function of child-carer abuse the child in a physical way, through beating and voluntarily inflicting pain on the child, in a sexual way, that is, by eroticizing the body of the child, or in a psychological way, that is by humiliating, isolating and denigrating the child. These forms of abuse have a traumatic impact on the child with the consequences we have just explored. These consequences are therefore indicators of a behavioral but also emotional nature and express a discomfort that the child experiences at a specific time and on which it is necessary to intervene early, before the consequences become increasingly traumatic and inherent in the development of the personality of the subject, with, of course, consequences of a psychopathological nature.

UNIT 3: REFERENCES

- Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*(5), 736-747. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.001
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., O'Brien, N. (2007). Differential

correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 393–415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006

Bion, W. (1962). A Theory of Thinking. *The International Journal of Psycho-analysis*, 43, 306-310.

Bornstein, M. H. (2001). Introduzione: osservazione e sperimentazione con i bambini nei primi anni di vita. In Venuti, P. (Ed). (2001). *L'osservazione del comportamento*, 17-21, Roma: Carocci Editore

Curran, E., Adamson, G., Rosato, M., De Cock, P., & Leavey, G. (2018). Profiles of childhood trauma and psychopathology: US National Epidemiologic Survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(11), 1207-1219. doi: 10.1007/s00127-018-1525-y

Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child maltreatment*, 5(3), 261-272. doi: 10.1177/1077559500005003006

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in Psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.

Lis, A., Venuti, P. (1986). *L'osservazione nella psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti Gruppo Editoriale

Lonigan, C. J., Elbert, J. C., Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27(2), 138-145.

Mantovani, S., Kanizsa S. (1995). *La ricerca sul campo in educazione : i metodi qualitativi*. Milano: Mondadori.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52-73. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.3

Sesar, K., Šimić, N., & Barišić, M. (2010). Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croatian medical journal*, 51(5), 406-416. doi: 10.3325/cmj.2010.51.406

Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5), 552-571. doi: 10.1080/15299732.2017.1402400

Venuti, P. (2001). *L'osservazione del comportamento: ricerca psicologica e pratica clinica*. Roma: Carocci editore.

Vigna, D. (2002). *Imparare ad osservare*. Roma: Borla Edizioni

Modulo 4 Lezione 3 – Observation / Indicators of maltreatment and abuse

1. Observation is defined as (Mantovani, 1995):

A) **A form of detection aimed at exploring a given phenomenon**

B) An intermediate moment between a phenomenon and its interpretation

C) The description of a species in a catalogue

D) An objective and faithful way to record reality

2. During observation, an important factor is:

A) **To avoid being influenced by prejudices and preconceptions**

B) To avoid involvement in the interaction with the object of observation at all costs

C) To always use structured observation tools

D) The speed of judgment

3. In a minor, the presence of indicators and signs associated with maltreatment and abuse...

A) **Can be deduced through the observation of emotions and behaviors**

B) Should be considered without taking behaviors into account

C) Corresponds, in any case, to situations of maltreatment and abuse.

D) Results in the immediate forfeiture of parental responsibility.

4. According to Schimmenti (2018), traumatic experiences...

A) Increase the probability of developing mental illness, especially when the subject is subject to multiple exposures (cumulative trauma).

B) Are always easy to overcome by talking to friends and family about the event.

C) Do not cause any damage at all if they are experienced as a single event, thanks to neuroplasticity

D) Should be repressed by trying not to think about them.

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union’s Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-

2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole

responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may

be made

of the information it contains.

Training and assessment

material

MODULES 5 and 6

–

English Version

MODULES 5 and 6

Legal framework and fundamental legal principles within which

Learning objectives:

1. know briefly the socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition

that children are subjects of rights and that States have an obligation to intervene promptly and

effectively for their protection in case of violence, abuse or negligent treatment

2. know the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on

be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their

care and their future after leaving care

3. know and understand the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in

proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. the

right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to

seek his or her consent)

4. understand the operational effects of the children’s rights based approach (and specifically of

children’s participation rights) on social and health policies

5. know and master the legal terminology.

the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

children's rights within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied. Specific attention will

Unit_0_1_Learning outcomes

The objective of this module is to examine the regulatory framework and the fundamental legal principles of the Trauma Informed Care.

At the end of the module, it will be necessary to use correctly concepts such as abuse, mistreatment, prejudice, abandonment.

The specific educational objective of this module is to understand the cultural and legal process that led, at global and European level, to the recognition that minors are subjects of rights and that there is an obligation for the States to intervene promptly and effectively for their protection.

In this module, you will also learn the fundamental rights and principles set by the international and european regulatory framework in the field of children's rights, a framework that is fundamental for the Trauma Informed Care. In particular, you will focus on the right of children to be informed and to be heard in the proceedings concerning their assistance, their care and their future, even after the end of the taking over by the State.

You will also understand the measures that guarantee the participation of minors, who suffered an abuse, to the decision-making procedures, whether administrative or judicial, concerning their protection; therefore, we'll focus on the right of the child with understanding to be heard and on the duty, if necessary, to obtain his consent for the activation of a protection measure.

The last part of the module will be dedicated to the impact on social and health policies of the children's rights based approach, through a general overview and some case studies; for example, this part will focus on the analysis of the policies against female genital mutilation and against the use of corporal punishment in the family, or on the policies that many Countries have adopted to appoint a guardian for the assistance of abandoned foreign minors.

Unit_1_1_Legal glossary on childhood trauma: "abuso", "maltrattamenti", "pregiudizio", "stato di

abbandono"/child maltreatment, abuse, neglect

The term "trauma" is not commonly used in legal language.

The International Convention on the Rights of Children and Adolescents (CRC), for example, plans to "protect the child from all forms of physical or mental violence, injury or abuse,

neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse" (Art. 19).

ABUSE and MALTREATMENT:

The Council of Europe defines as child abuse: "the acts and shortcomings that seriously disturb the child, threaten his bodily integrity, his physical, intellectual and moral development,

whose manifestations are neglect and / or physical and / or mental and / or sexual injuries by a family

member or others who care for the child" (IV Criminological Seminar - Strasbourg, 1978)

The World Health Organisation states that: "for child abuse and maltreatment (child abuse, maltreatment) all forms of physical and / or emotional ill-health, sexual abuse, neglect or negligence

or commercial exploitation or anything else that involve a real or potential prejudice for the health of

the child, for its survival, for its development or for its dignity in the context of a relationship characterized by responsibility, trust or power" (World Health Organisation, World Report on

Violence and Health, 2002).

Both abuse and maltreatment can take the form of:

- active behaviour (for example, beatings, injuries, sexual acts, exploitation)
- omissive behaviour (for example, carelessness, negligence).

The absence of physical traumatic evidence does not exclude the hypothesis of mistreatment or abuse. For example, the conduct of the teacher / parent who humiliates, devalues, denigrates or

psychologically violates a child or makes a threat may constitute abuse, when it consists of psychological violence that may cause damage to the child's psycho-physical health and may undermine their dignity.

The terms **VIOLENCE** and **EXPLOITATION** usually refer to active behaviours carried out against the child.

Exploitation, in particular, may be of economic or sexual nature

□ Article 32 (CRC): "States Parties recognise the right of the child to be protected from economic

exploitation and from performing any work that is likely to be hazardous or to interfere with the child's education, or to

be harmful to the child's health or physical, mental, spiritual, moral or social development."

□ Article 34, par. 1 (CRC): "States Parties undertake to protect the child from all forms of sexual

exploitation and sexual abuse."

The United Nations Committee for the Rights of the Child determines that "violence" means "all forms of physical or mental violence, injury or abuse, negligent or neglectful treatment, abuse or

exploitation, including sexual abuse". In common language the term violence is often used to designate only physical damage and/or intentional damage. However, the Committee places a strong

emphasis on the fact that the choice of the term violence in this general comment should not be

interpreted in any way as to minimise the impact or the need to deal with non-physical and/or unintentional forms of damage (such as, among others, abandonment and psychological mistreatment) (The right of the child to freedom from all forms of violence, General comment no. 13

(2011) CRC / C / GC / 13, 18 April 2011).

Finally, the expression **STATE OF ABANDONMENT** refers to a situation of serious and permanent inadequacy of the parents to take care of the child due to negligence, serious violence or

exploitation.

Unit_1_2_video short ad hoc video Prof.ssa Long

Good morning. The objective of this video is to provide some elements of knowledge on the cultural and legal process that led, on the one hand, to recognize that children are also subjects of rights; they are holders of the rights usually recognized to every human, as such as well of the rights specifically recognized to them for being subject in training; secondly, the path that led to recognize of the existence of a State duty to intervene to protect and promote children's rights who are victims of violence and mistreatment.

To frame the topic I read a few lines from a 2006 book, entitled "Life and the rules", published by Feltrinelli in Italy. The author is Stefano Rodotà, Italian jurist, political, who is one of the authors of the European Charter of Fundamental Rights.

Rodotà writes: "the legal rule cannot be thought of as what removes pain from the world, but as one of the criteria that mark the tolerable pain threshold, personally and socially".

I think that this text helps us to set the theme of the reaction of the State in the face of child abuse because it highlights: above all, that law is not omnipotent. And this means that even if there are legal rules that repress violence and abuse against children and that try to prevent them, this doesn't mean that, unfortunately, violence and mistreatment don't occur in practice. In addition to this it must be admitted that in practice, when this violence and mistreatment don't occur, the State is not always able to activate a timely and efficient intervention.

In addition to this, the short lines of Rodotà's text help us to reflect on the threshold for State intervention, in general for the protection of subjects who are in serious hardship and then, specifically, in support of children victims of mistreatment. Here, this threshold can be identified in the attack, in the violation of human dignity. Therefore, the intervention of the State must occur when the pain threshold is so high as to compromise the very dignity of the human being and the ratio of State intervention in these cases must be identified in the general duty of social solidarity that it brings, a of rights functions, protection of individual liberties and specific protection of vulnerable individuals.

But let us now come to the fundamental stages of this journey which has led to identify the child as a subject of rights and to recognize the duty of the State to protect children who are victims of abuse.

A first fundamental date can be identified in 1874. In that year in the city of New York, in the United States, there was a trial against a woman, the mother of a child named Mary Ellen Wilson. The case of Mary Ellen Wilson is a court case that raises a lot of clamor because

it highlights the non-existence of a public system of child protection and it was precisely the specific case that led to the creation of the first charity specialized in the subject: the New York Society for the prevention of Cruelty to children.

What had happened? The neighbors had reported to a Methodist missionary by name Etta Wheeler, that a child of an apparent age of 5 years (Mary Ellen, that was, actually, 10 years old) was a victim of abuse by his mother. Etta Wheeler enters the house with the excuse of asking for help from a neighbor with a chronic disability.

With the excuse of asking for help from a neighbor Etta Wheeler enters the home of Mary Ellen's parents and can thus personally verify the situation of the child, who is actually a victim of abuse, both of a physical nature, because she presented burns, bruises, cuts on the body and even clothing not suitable for the season; but also psychological mistreatment, because the child for example, for many hours a day was often forced to stay locked in a closet, and couldn't go out into the street, except in the courtyard of the palace during night time.

Etta Wheeler contacts the local authority and tries to obtain from them the removal of the child from the family home, but the local authorities refuse in the absence of a legal framework that such removal would allow. Etta Wheeler doesn't give up: she asks for and gets the help of a lawyer specialized in protecting animals from cruelty and by using this regulatory framework gets the goal of removing the child from the house and in 1874 is celebrated the process that will end with the sentence of the mother to one year of imprisonment for the mistreatment suffered by Mary Ellen.

Going for very long stages, another significant date in the process of affirming children's rights is 1924. This time we are in Europe, in the city of Geneva. The League of Nations proclaims the Charter, the So-called "Geneva" declaration, the Declaration of the Rights of the Child. It's still a Charter that is strongly focused on the material and affective needs of children and children are essentially conceived as passive recipients of rights. To give an example, the Declaration states: "The hungry child must be fed; the sick child must be treated".

We will have to wait a few decades to arrive at a new Charter, the Universal Declaration of the Rights of the Child, New York Declaration of 1959, this time in the context of the United Nations, to arrive at a document in which children are recognized as subjects of law, and therefore we introduce the concept that even the children, like every human person, can be the holder of rights directly. In the first principle, for example, we read: “the child must enjoy all the rights set forth in this declaration”. And then, for example, the third principle: “the child has the right, from birth, to a name and a nationality”.

This formulation in terms of rights is then taken up in the worldwide most famous document on Children’s Rights, which is the United Nations Convention of 1989. I emphasized the word “convention” because this is a first important change compared to the documents of 1924 and 1959. The 1989 Convention is a document that is binding for States that have ratified it, instead of the Declaration that is an act with a merely programmatic and, therefore, persuasive efficacy for the states that were its recipients. The 1989 Convention is also noted for the establishment of a monitoring and control mechanism which is centered on the Committee on the Rights of the Child which is based in Geneva and which examines the periodic reports that are presented by the Member States on the implementation of the Convention within the national legal systems. As far as the articulated is concerned, the child is recognized all the rights generally recognized by the international charters to human, plus some specific rights pertaining to children as subjects in formation.

About children maltreatment, I would like to point out, in particular, article 19 which protects “the child against all forms of violence” within the family; then, Article 34, “Protection against exploitation and sexual violence”; 35 “child protection against kidnapping, sale and trafficking”; 37 “protection against torture, inhuman and cruel treatment”; and then the article 39, very significant because it establishes that: “States Parties shall take all appropriate measures to promote physical and psychological recovery and social reintegration of a child victim of abuse.”

Unit_1_4_Reading of the summary of the judgment by the European Court of Human Rights, in the case Z and others v. the United Kingdom, 10 May 2001.

CASE OF Z AND OTHERS v. THE UNITED KINGDOM
JUDGMENT 10 May 2001

THE FACT

The case stems from a claim against the United Kingdom lodged by the applicants on 9 October 1995.

The applicants, Z, A, B and C , were four brothers aged between seven and thirteen years complaining

about the violation of articles 3, 6, 8 and 13 of the European Convention on Human Rights due to the

fact that the local authority had not taken adequate measures to protect them from negligence and

from the abuses of which they had been victims.

The family was first referred to social services in October 1987 by their health visitor due to concerns

about the children and marital problems.

The family were reviewed at a further meeting in March 1988 and as it appeared that concerns had

diminished, the file was closed.

Subsequently, it was reported by a neighbor that children remained locked away from home for most

of the day . Added to this was the circumstance, reported by the police and confirmed by the family doctor, that the children's rooms were dirty and, according to the doctor, the doors of children's rooms were often locked.

At a professional's meeting on 4 October 1989, at which the social services, the applicant's head teacher, the applicant's general practitioner and health visitor attended, it was decided that no social worker would be allocated to the family. The school was to monitor the older children's weight and the health visitor was to continue to visit the family regularly. It was agreed that the problem was one of limited and neglectful parenting rather than a risk of physical abuse, and that the parents should be assisted to manage their responsibilities better.

On 13 December 1989, the health visitor requested that the four older children be placed on the Child Protection Register as she felt that their mother could not offer consistent care. This suggestion was rejected. However, a social-work assistant, Ms M., was assigned to the family.

At a further professionals' meeting on 3 October 1990, the assistant social worker, Ms M., stated that she was concerned about the applicants' soiling and their mother's lack of interest. Apparently, the children were defecating in their bedroom and smearing excrement on their windows.

Due to concern for children, a meeting of professionals took place on 5 December 1990 the decision was taken to organize a conference for the case in January 1991.

At the next meeting held on 28 January 1991, Ms M. declared that the children's room had no light, no carpets or toys and that their bed linen was wet, smelly and stained with earth. Their head-teacher stated that Z was tearful and withdrawn, A had been raiding school bins and was often dirty, and B was very withdrawn, craved attention and was ravenously hungry.

However, concluded that, despite the many concerns about the parenting of the applicants and the conditions in the home, there was little evidence to support going to court. It was felt that the parents were not wilfully neglecting their children and, bearing in mind their own poor upbringing, it was considered that the applicants' parents were doing what they could and that continued support was required to try and improve the situation. It was decided not to place the children on the Child Protection Register.

On 10 June 1992 the applicants' mother demanded that the children be placed in care as she could not cope. She stated that if they were not removed from her care she would batter them. The applicants

were placed in emergency foster care. The applicants were entered onto the Child Protection Register under the categories of neglect and emotional abuse after a child-protection meeting on 22 June 1992.

On 8 October 1992 the local authority decided to seek care orders in respect of the children. Interim

care orders were made on 7 December 1992.

All the applicants were seen by Dr Dora Black, a consultant child psychiatrist, in January 1993. Dr

Black stated that the three older children were all showing signs of psychological disturbance. Z was

exhibiting signs of serious depressive illness and had assumed responsibility for her family and for

its breakdown. Her mother's behaviour towards her was described as cruel and emotionally abusive.

A and B, who suffered from nightmares, were both identified as showing signs of post-traumatic

stress disorder and A was also chronically under-attached. Dr Black noted that all children had been

deprived of affection and physical care. She described their experiences as "to put it bluntly, horrific",

and added that the case was the worst case of neglect and emotional abuse that she had seen in her

professional career.

In June 1993 the Official Solicitor, acting as the applicants' next friend, commenced proceedings

against the local authority claiming damages for negligence and/or breach of statutory duty arguing

that the authority had failed to have regard to their welfare as was required by statute and should have

acted more quickly and more effectively when apprised of their condition. It was argued that the local

authority's failure to act had resulted in psychological damage.

The request was rejected by both the Court of first instance and the Court of Appeal.

The applicants then lodged an appeal to the House of Lords .

On June 29, 1995, the House of Lords rejected the appeal, deeming that no action could be taken

against the local authority due to negligence or violation of statutory obligations relating to the

performance of tasks aimed at the well-being of children under the 1989 Minors Act .

THE DECISION OF THE COURT

The Court unanimously states that there is a violation of Article 3 of the Convention; that none of

these separate one is pursuant to 'Article 8 of the Convention; with twelve votes against five states

that there was no violation of Article 6 of the Convention; finally, with fifteen votes against two ,

decides that there is also a violation of Article 13 of the Convention.

THE ARGUMENTATION PATH OF THE COURT

ALLEGED VIOLATION OF ARTICLE 3 OF THE CONVENTION ("No one may be subjected to torture or inhuman or degrading treatment or punishment")

The applicants alleged that the local authority had failed to protect them from inhuman and degrading treatment contrary to Article 3 of the Convention.

The Court reiterates that Article 3 enshrines one of the most fundamental values of democratic

society. It prohibits in absolute terms torture or inhuman or degrading treatment or punishment. The

obligation on High Contracting Parties under Article 1 of the Convention to secure to everyone within

their jurisdiction the rights and freedoms defined in the Convention, taken in conjunction with Article

3, requires States to take measures designed to ensure that individuals within their jurisdiction are not

subjected to torture or inhuman or degrading treatment, including such ill-treatment administered by

private individuals. These provisions must provide effective protection for children and other vulnerable people and include reasonable measures to prevent ill-treatment that the authorities knew

or should have been at knowledge.

There is no dispute in the present case that the neglect and abuse suffered by the four applicant

children reached the threshold of inhuman and degrading treatment (as recounted in paragraphs 11-

36 above). This treatment was brought to the local authority's attention, at the earliest in October

1987. It was under a statutory duty to protect the children and had a range of powers available to

them, including the removal of the children from their home. These were, however, only taken into

emergency care, at the insistence of the mother, on 30 April 1992. Over the intervening period of four

and a half years, they had been subjected in their home to what the consultant child psychiatrist who

examined them referred as horrific experiences

The Court recognizes that social services face difficult and sensitive decisions and also recognizes

the importance of the principle that family life should be respected and preserved.

In this case, however, there is no doubt that the system has failed to protect asylum children from

neglect and severe abuse over a long period of time.

Therefore, the Court recognizes the existence of a violation of Article 3 of the Convention.

ALLEGED VIOLATION OF ARTICLE 13 OF THE CONVENTION (Right to an effective remedy)

The applicants submitted that they had not been afforded any remedy for the damage which they had

suffered as a result of the failure of the local authority to protect them

The Court finds that in this case the applicants did not have available to them an appropriate means of obtaining a determination of their allegations that the local authority failed to protect them from inhuman and degrading treatment and the possibility of obtaining an enforceable award of compensation for the damage suffered thereby. Consequently, they were not afforded an effective remedy in respect of the breach of Article 3 and there has, accordingly, been a violation of Article 13 of the Convention.

However, having found a violation of Article 3, the Court considers that no separate issue arises in relation to the VIOLATION OF ARTICLE 8 OF THE CONVENTION (Right to respect for private and family life) .

Likewise, the Court considers that there has been no VIOLATION OF ARTICLE 6 OF THE CONVENTION (Right to a fair trial) , since the appellants were not prevented in any practical way from presenting their claims before the national courts , so much so that the case was challenged up to the House of Lords and the applicants were legally assisted in that purpose.

Unit_1_6_Test 5 multiple choice questions with one best answer

1) In legal language it's "trauma" to childhood:

- a) **any form of physical and non-physical violence, even if it's not done with the intention of procuring it**
- b) only physical violence and done with intention to procure it
- c) only physical violence, even if it's not done with the intention of procuring it
- d) any form of physical or non-physical violence, if it's done with the intention of procuring it

FEEDBACK: The UN Committee for the Rights of the violence also qualifies as forms of violence harm no physical and / or unintentional (such as, among others, neglect and psychological maltreatment) [*Entitlement of the minor to freedom from all forms of violence* General comment No. 13 (2011)]

2) In the case of Mary Ellen Wilson the child victim of abuse receives protection in application of:

- a) **prohibition of animal cruelty**
- b) prohibition of inhuman and degrading treatment
- c) prohibition of corporal punishment
- d) ban on child abuse

FEEDBACK: after finding the local authorities reluctant to act (especially because the torture of children had not yet entered the rule of law), the protection of Mary Ellen takes place thanks

to the action of a lawyer specialized in the prevention of cruelty to animals that invoked the prohibition of animal cruelty (see video contribution)

3) Which of the following statements is true?

- a) **Children hold specific rights granted to them as trainees**
- b) Children are not subject to rights
- c) Children have only rights recognized to every human person as such

d) Children are subject to rights if they have the ability to discern

FEEDBACK: Children are subjects of rights (in particular, they are holders of the rights recognized to each human person as such and of the rights they are granted because children and therefore trainees) (v. Video contribution Prof. Long)

4) Which of the following represents a specific instrument developed within the Council of Europe for the protection of the child?

a) **Lanzarote Convention**

b) ECHR

b) European Social Charter

d) Charter of Nice

FEEDBACK: the ECHR, the European Social Charter and the Charter of Nice (EU Charter of

Fundamental Rights) are general instruments on human rights.

The 2007 Council of Europe Convention for the protection of minors against sexual exploitation

and abuse (Lanzarote Convention) is instead a specific instrument developed within the Council of Europe for the protection of the child.

5) In the judgment of the ECtHR Z. AND OTHERS against UNITED KINGDOM, is recognized the violation of:

a) **Article 3 of the ECHR (Prohibition of Torture)**

b) Article 5 of the ECHR (Right to freedom and security)

c) Article 6 of the ECHR (Right to a fair trial)

d) of article 8 of the ECHR (Right to respect for private and family life)

FEEDBACK: The Court unanimously maintains that there is a violation of Article 3 of the Convention; that no separate issue arises pursuant to Article 8 of the Convention; with twelve votes against five, that there was no violation of Article 6 of the Convention; finally, with fifteen

votes against two, there is a violation of Article 13 of the Convention.

RESERVE QUESTIONS:

6) Which of the following statements is true?

a) **The state has a duty to intervene even if the child is not a victim of abuse but risks being so.**

b) The State has a duty to intervene to protect children only if they are actually victims of violence.

c) The State has a duty to take effective action for the protection of children victims of mistreatment

only if the facts have been reported to the authorities.

d) The state has a duty to intervene when the pain of the child has exceeded a threshold established by

law.

FEEDBACK: the State has a duty to intervene promptly and effectively for the protection of children if

they are victims or are at risk of being victims of abuse . The threshold for state intervention is respect

for the dignity of the human being (therefore, the State must intervene when the pain of a person, and

in particular of children and young people, is of such intensity as to compromise its dignity itself).

7) The International Convention on the Rights of the Child:

a) **provides for a monitoring and control mechanism on the implementation of the Convention in the individual States**

b) is binding on all States

c) is not binding

d) not provides monitoring and control mechanisms for individual states

FEEDBACK: The Convention on the Rights of the Child is a binding instrument for States which have

ratified it. Provides for a monitoring and control mechanism that has its center in a Committee of the

Rights of the Child, specially established and which examines and evaluates (also highlighting the

critical points) the periodic reports presented by Member States on the implementation of the Convention in their respective jurisdictions.

Unit_2_1_Legal glossary on international and UE's organizations and treaties

United Nations (UN) = international organization founded in 1945, with the aim of maintaining

international peace and security, developing friendly relations among nations, cooperating in resolving international problems and promoting respect for human rights, represent a center for the

harmonization of the various national initiatives. The members of the UN are sovereign states; the

United Nations is not a world government and does not legislate.

However, the UN provides the means to help resolve international conflicts and formulates appropriate policies on issues of common concern.

International Convention on the Rights of the Child (CRC) = international treaty approved by the

General Assembly of the United Nations in 1989 which expresses a consensus on the obligations of

States and of the international community towards children and recognizes for the first time that

children also enjoy civil, social, political, cultural and economic rights .

UN Committee on the Rights of the Child = established by the UN Convention on the Rights of the

Child in order to examine the progress made by the States parties in the execution of the obligations

deriving from the treaty, is composed of 18 experts of high morality and in possession of a recognized competence in the sector covered by the Convention. The task of the Committee is to

analyze the periodic reports on the implementation of the Convention which the States Parties are

committed to present on the basis of the provisions of art. 44 of the Convention .

European Convention on Human Rights (ECHR) = international treaty by which the member states

of the Council of Europe guarantee fundamental civil and political rights not only to their own

citizens but also to anyone under their jurisdiction. Signed in Rome on 4 November 1950, the Convention entered into force in 1953.

European Court of Human Rights (Strasbourg Court) = International court established in 1959

with headquarters in Strasbourg. It pronounces on individual or state appeals concerning alleged violations of civil and political rights established by the European Convention on Human Rights.

Since 1998, the Court has been a permanent body and can be approached directly by individuals.

Council of Europe = international organization whose purpose is to promote democracy, human

rights, European cultural identity and the search for solutions to social problems in Europe. Founded

on 5 May 1949 with the Treaty of London, it is based in Strasbourg and includes 47 Member States,

including the 28 members of the European Union.

Watch out! The Council of Europe is outside the European Union and should not be confused with

its organs.

Council of Europe Convention for the Protection of Children against Sexual Exploitation and

Sexual Abuse (Lanzarote Convention) = treaty with which member states agree to criminalize

certain forms of sexual abuse of children. It is the first international treaty that deals with sexual

abuse of children taking place within the family.

Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and

domestic violence (Istanbul Convention) = international treaty that aims to prevent violence,

promote the protection of victims and prevent impunity for perpetrators . It is the first legally binding international instrument to create a comprehensive legal framework to protect women

against any form of violence.

European Union = economic and political organization between 28 countries of the European

continent, created after the Second World War with the aim of promoting greater economic cooperation between Member States, has over time become an organization aimed at establishing

the foundations of a Union among the European peoples, safeguarding the country and seeking

political unity and guaranteeing, through joint action, economic and social progress , such as the

creation of a single European market and the strengthening of social cohesion.

Charter of Fundamental Rights of the European Union (So-called Nice card) = proclaimed during

the Nice European Council of 20 December 2000, collects all the civil, political, economic and social

rights valid within the European Union and establishes the fundamental character and scope of

human rights for EU citizens . Although it became legally binding only following the entry into force

of the Lisbon Treaty, it inspired, from its origins, the activity of the European Parliament. With the entry into force of the Lisbon Treaty, the *Charter of Nice* has the same legal value as the treaties and therefore stands as fully binding for the European institutions and the Member States. **Court of Justice of the European Union (CJEU - Luxembourg Court)** = established in 1952 is based in Luxembourg and interprets EU law to ensure that it is applied in the same way in all Member States and settles legal disputes between national governments and EU institutions.

CHILDREN'S RIGHTS IN INTERNATIONAL AND EUROPEAN UNION LAW

Learning objectives

- Knowledge of the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on children's rights within which the Trauma applied.
- Specific understanding of children participation rights Informed Care TIC can be

Who is the child?

The International Convention on the Rights of the Child (CRC) establishes that "a child means every human being below the age of eighteen years" (article 1). Similarly, most instruments of the Council of Europe concerning children adopt the definition set by the CRC. Within the European Union there is no description of "child" and therefore the CRC definition is commonly used.

Legal framework

International level

United Nations Organization - UN
International Convention on the Rights of the Child - CRC
Council of Europe European Convention on Human Rights (ECHR)

European level

Charter of Fundamental Rights of the European Union (Charter of Nice)
Lanzarote Convention
Istanbul Convention
European Court of Human Rights (ECHR-Court of Court of Justice of the European Strasbourg) Union (CJEU - Court of

Luxembourg)
European Union

CHILDREN'S RIGHTS AND FREEDOMS

All individuals, including children, enjoy **freedoms and rights** recognized by the legal instruments (conventions, treaties, declarations) on human rights, in particular the European Union Charter of Fundamental Rights (*Charter of Nice*) and the European Convention of human rights (*ECHR*).

FUNDAMENTAL RIGHTS

AND FREEDOMS

CIVIL RIGHTS

ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS

- They are called "first generation" rights and are considered fundamental because their violation profoundly damages the persons' life.
- they require States both not to interfere in the private sphere of the individual, and to actively engage in an activity to secure the effective enjoyment of a fundamental right

FREEDOMS AND FUNDAMENTAL

CIVIL RIGHTS

For example the right to respect for family life (art. 8 ECHR) call for States not to separate children from the parents except when this is strictly necessary for the protection of the offspring themselves, but also to take measures to promote the development of the relations between parents and children supporting the non custodial parent to have access to his or her child and overcoming the unjustified opposition of the other parent
Everyone has the right to respect for "**family life**" as experienced in practice
(the child has, for example, the right to grow up in the family and to maintain contact with both parents after the separation between them)

Right to respect for family life

Reference articles:

- Article 7 (right to respect for family life) Charter of Nice
- Article 8 (right to respect for family life) ECHR
- Articles 8 and 9 CRC

The notion of "**private life**" developed by the case law of the Court of Strasbourg is broad and includes many aspects of an individual's identity
(for example the physical and moral integrity of the person, the name, image, privacy and protection of personal data)

Right to respect for private life

Reference articles:

- Article 7 (right to respect for private life) Charter of Nice
- Article 8 (right to respect for private life) ECHR
- Article 16 CRC

Different treatments based on gender, race, skin color, ethnic or social origin, genetic characteristics, language, beliefs or religion, political or other opinions, belonging to a national minority, financial situation, birth, disability, age or sexual orientation **are considered discriminatory and prohibited** unless they serve a legitimate purpose

Non-discrimination

Reference articles:

- Article 7 (right to respect for private life), Articles 20 (equality before the law) and Article 21 (non-discrimination) Charter of Nice
- Article 14 ECHR; Article 1 of Protocol No. 12 of the ECHR (non-discrimination)
- Article E (non-discrimination) European Social Charter (ESC)
- Article 8 (right to respect for private life) ECHR
- Article 2 CRC

Children and young people have the right as underage to benefit from special protection and therefore for differentiated treatment based on age

Reference article:

Article 3 CRC

Principle of the best interests of the child

EXAMPLE 1

The judge called to decide the custody of children after the separation / divorce of the parents have to

decide on the sole basis of what is best for the child and not for the parents

Everyone has the right to freedom of expression. This right shall include freedom to hold opinions and to receive and give information and ideas without interference by public authority and regardless of frontiers.

(Article 10, paragraph 1 ECHR)

Reference articles:

- Article 11 and Article 24 paragraph 1 Charter of Nice
- Article 10 ECHR
- Article 12, paragraph 1 CRC

Freedom of expression

«The child shall be provided the opportunity to be heard in any judicial and administrative proceedings affecting the child, either directly, or through a representative or an appropriate body, in a manner consistent with the procedural rules of national law.» (Article 12 CRC)

Reference articles:

- Article 12 CRC
- Articles 3 and 6 European Convention on the Exercise of Children's Rights

The right of the child to be heard

For more information on the child's right to be heard, see the contribution [Unit_2_3_video_Prof.ssa_Long](#)

« States Parties shall take all appropriate legislative, administrative, social and educational measures to protect the child from all forms of physical or mental violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse» (Article 19, paragraph 1, International Convention on the Rights of the Child - CRC)

Reference articles:

- Articles 2 (right to life), 3 (inhuman or degrading treatment) and 8 (physical integrity) ECHR; Protocol n. 1 to the ECHR, article 2 (right to education)
- Articles 7 (right to special protection against physical and moral hazards) and 17 (right to protection) European Social Charter (CSE)
- Convention on the protection of children against sexual exploitation and abuse (Lanzarote Convention).
- Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention)
- Directive on the fight against sexual abuse and sexual exploitation of children and child pornography (2011/93 / EU)

The right of the child to protection against violence and exploitation

Case Z. and Others
vs. U.K.

Violence does not produce damage only when it is acted out, but also when children become witnesses to it.

Watching, listening, experiencing anguish, being invested, infected and overwhelmed without being able to do

anything. It means exposing a child to any form of mistreatment, carried out through acts of physical, verbal,

psychological, sexual and economic violence, on reference figures or on other emotionally significant figures

within domestic and family environments. This is witnessing violence.

A phenomenon still submerged, almost "invisible", characterized by multiple signals, whose effects can be

devastating on the physical, cognitive and behavioral development of children

(Save the Children, <https://www.savethechildren.it/campagne/abbattiamo-il-muro-del-silenzio>)

Reference articles:

Article 19 CRC

Article 17 European Social Charter (ESC)

EXAMPLE 2: Witnessing violence

Children who witness an act
of violence suffer it

<https://www.youtube.com/watch?v=aNbVwD86JqU>

The story of a child witness

<https://www.youtube.com/watch?v=hYX8cRkikIE>

It is considered corporal punishment:

- any punishment for which physical strength is used to inflict a certain level of pain or affliction, no matter how slight
- equally cruel and degrading forms of non-physical punishment, for example, punishments that aim to denigrate the child, humiliate him, diminish him, despise him, make him a scapegoat, threaten him, scare him or taunt him (UN Committee on the Rights of the Child, General Comment n. 8 of 2006)

Reference articles:

Article 3 ECHR.

Articles 19, 28, paragraph 2, and 37 CRC

EXAMPLE 3 : Corporal punishment

Raise your hand against
smacking!

[https://www.youtube.com
/watch?v=FB6_Og-x6Cw](https://www.youtube.com/watch?v=FB6_Og-x6Cw)

It is considered “sexual abuse” engaging in sexual activities with a child where:

- use is made of coercion, force or threats; or abuse is made of a recognised position of trust, authority or influence over the child, including within the family;
- abuse is made of a particularly vulnerable situation of the child, notably because of a mental or physical disability or a situation of dependence.

(Article 18, paragraph 1, Convention of the Council of Europe on the protection of children from sexual

exploitation and sexual abuse - Lanzarote Convention)

Reference articles:

- Articles 32 and 34 CRC
- Lanzarote Convention

EXAMPLE 4 : Sexual abuse

You can't touch here!

[https://www.youtube.com
/watch?v=ZNmu7plH5c8](https://www.youtube.com/watch?v=ZNmu7plH5c8)

They represent the so-called “second generation” rights that each state is called upon to satisfy in order to overcome social inequalities, economic imbalances, disadvantages caused by nature, age, etc.

Their concrete realization (unfortunately!) takes place gradually and compatibly with the economic-structural problems that every State faces.

ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS

«Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not simply an absence of disease or infirmity»

(World Health Organization, 1948)

)

Reference articles:

- Article 35 (access to health care) Charter of Nice
- Article 25 Universal Declaration of Human Rights
- Articles 24, 25 and 26 CRC
- Article 2 (right to life) and article 3 (right to physical integrity) ECHR
- Article 11 (right to health protection) and article 13 (right to social and medical assistance) European Social Charter (CSE)
- Article 6 European Convention for the Protection of Human Rights and the Dignity of the Human Being with regard to the Applications of the biology and medicine, so-called “Oviedo Convention”

Right to health

«Everyone has the right to education. Education shall be free, at least in the elementary and fundamental

stages. Elementary education shall be compulsory. Technical and professional education shall be made

generally available and higher education shall be equally accessible to all on the basis of merit.»

(Article 26, Universal Declaration of Human Rights)

The right to education doesn't only refer to the learning of basic school subjects but must be conceived in a broader sense. Education must seek to foster the development of the child's personality, his mental and physical qualities and attitudes. (Article 29 CRC)

Reference articles:

Article 14 Charter of Nice

Articles 28 and 29 CRC

Article 17 ECHR

Article 2 of Protocol No. 1 ECHR

Right to education

Unit_2_3_short ad hoc video (Prof. Long) on the right to participate and to be heard
Good morning. One of the pillars of the United Nations Convention on the Rights of the Child and, more generally, one of the principles that open the realization of underage people is the participation of children and young people in the procedures at the end of which are taken decisions that could influence significantly their lives.

The UN Convention on the Rights of the Child recognizes the right of the child, as a human being, to freedom of expression in Article 12, paragraph 1; and, in the next paragraph, paragraph 2, identifies one of the instruments that guarantee the child's participation in the procedures, in particular the right to be heard, by the judge or by the other administrative authorities that will make decisions in the interest of the child.

But listening is not the only tool that guarantees the child's participation in the decisions that concern him.

The European Convention on the Exercise of Children's Rights, which specifically concerns judicial procedures, in Article 3 recognizes the right of the child to "receive all relevant information" and, in

Article 4, recognizes the right of the child to "request [...] the designation of a special representative"

and "if there is a conflict of interest between the persons exercising parental responsibility and the child, a representative who operates, precisely in the judicial procedures".

But what does it mean in practice to bring back the child's listening to his freedom of expression? It

means that, even if it's true that the decision-maker during the listening of the child could obtain

useful information for the final decision, this preliminary investigation of listening is subordinated

to the main value of the listening, which is to guarantee to the person listened the possibility of

expressing himself on a theme so important for his life.

Hence some practical consequences that concern, for example, the methods of listening: this means

that listening cannot be conducted as an interrogation or as a hearing of a witness. It also means, for example, that the child may refuse to be heard by the judge. Since the listening is a right the right holder can choose not to exercise it.

Or, again, as regards the reasons for which it will be impossible to proceed with listening: the fact of not having listened to a child cannot be motivated by saying that this listening was superfluous in the specific case. The only reason why listening could be ruled out is to believe that listening would be contrary to the interests of the underage person.

Another of the pillars of the UN Convention on the Rights of the Child is in fact the protection of the

child and the protection pillar must be balanced with the rights of the child to participate in the

procedures that concern him. And we can find this need of balancing also in the role that the will

expressed by the child during listening plays in the final decision taken by the authority. The authority, in fact, cannot be considered bound by the will expressed by the child. In fact, it may

happen that the authority believes that the will expressed by the child is actually contrary to his

interest. Let us think, for example, of a underage person who, in the context of a civil procedure

concerning family maltreatment, insists on reviewing the parent or, more generally, the abusing

adult. In this case the authority may well deny the visits, continue to maintain the suspension of

visits even if this is contrary to the will expressed by the child. It's different, therefore, compared to

what happens to the adult subject. Adults have the right to refuse medical treatment even if a certain

death results from this refusal. Not so for the younger person because, as I said, the right to participate, and in general the right to self-determination, must be balanced with the principle of the

best interests of the child. However, the need of balancing requires the judicial authority, and in

general the authorities that make decisions about the child's life, to inform the child of the decision

taken and also to motivate specifically on the reasons for which it was not possible to adhere to the

will expressed by the child himself during listening.

Unit_2_4_External link_(The children act |Trailer) Short summary

INTRODUCTION TO THE FILM "THE CHILDREN ACT"

The main characters of the film are Adam, a seventeen year old boy who refuses a life-saving blood transfusion for religious reasons in agreement with his parents, and Fiona Maye, an English

judge in the field of family and minors, called upon to decide whether to authorize the doctors to

proceed with the blood transfusion regardless.

The film allows us to reflect on two distinctive features of the discipline of minor rights to hearing, found in art. 12 of the United Nations Convention of Child Rights (CRC).

1) **Hearing is the means through which the minor exercises his own freedom of expression.**

In fact Fiona meets Adam because she wants to “know” him and doesn’t “hear” him with the modality of an interrogation or a witness hearing. She doesn’t limit their meeting to looking in depth to the reasons for his decision to refuse the transfusion but chats with him touching different topics, such as music and poetry.

2) Moreover, the **hearing doesn’t bind the judge to the minor’s will.** In fact, in the film Fiona

decides to act against Adam’s will. As opposed to the adult – who has the right to decide on his own life even if that decision should lead to death (e.g. typical the refusal of a life-saving blood transfusion for religious reasons) – the minor is not the holder of this right in all cases: art. 12 of the United Nation Convention of Child Rights (CRC) establishes that whoever decides has to take into consideration the minor’s opinion along with growth in function to their age and maturity level, but this is not binding to the judge. Indeed, if the judge or the person called upon to make a decision regarding a minor believes that the will expressed during the hearing doesn’t conform to the minor’s interest, not only has he the right, but he must decide in the opposite manner.

Unit_2_6_Test 5 multiple choice questions with one best answer

1) Are corporal punishment to the detriment of the child:

- a) **also non-physical actions, such as threats, aimed at the humiliation of the child**
- b) only physical punishment intended to cause pain to the child
- c) exclusively physical punishment intended to cause pain or discomfort to the child
- d) physical or non-physical actions, except those carried out to educate children

FEEDBACK: it’s corporal punishment any punishment for which physical strength is used, in order to inflict a certain level of pain or affliction, no matter how slight , as well as equally cruel and degrading non-physical forms of punishment , for example, punishment that aim to denigrate the child, humiliate him, diminish him, despise him, make him a scapegoat, threaten him, scare him or taunt him (UN Committee on the Rights of the Child, General Comment No.8 of 2006)

2) Which of the following statements is false?

- a) **All treatments differentiated by age are prohibited**
- b) Unjustified differentiation based on age is prohibited
- c) Underage people have the right as such to a differentiated treatment based on age
- d) The treatment of children must be inspired by the principle of the best interests of the child

FEEDBACK: children are entitled as such as to benefit from a particular protection and therefore to a differentiated treatment on the basis of age , under the principle of the best interests of the child.

3) Which of the following statements about the child’s listening is true?

- a) **it must be guaranteed only in the judicial and administrative procedures that concern it**
- b) it can be conducted as the hearing of a witness, but not as an interrogation
- c) can be excluded when the child’s opinion is superfluous
- d) it must be guaranteed only in the judicial and not in the administrative procedures that concern it

FEEDBACK: the child has the right to be heard in any judicial or administrative procedure that concerns him, either directly or through an appropriate representative or

body (Article 12 International Convention on the Rights of the Child - CRC). Listening cannot be conducted as an interrogation or even with the hearing of a witness. (see video contribution Prof. Long)

4) In case of listening, is the opinion of the child binding for those who decide?

a) **No, but the decision maker must take this into account**

b) Yes

b) No, the decision maker can disregard

d) Yes if the child has a high degree of maturity

FEEDBACK: the right to listen does not bind who decides to the will of the minor.

(see Prof. Long video contribution)

5) Which of the following is a specific instrument developed within the Council of Europe on domestic violence and assisted violence ?

a) **Istanbul Convention**

b) Lanzarote Convention

c) International Convention on the Rights of the Child (CRC)

d) Convention on personal relations concerning children

FEEDBACK: the Convention of the Council of Europe on preventing and combating violence against women and domestic violence is the Istanbul Convention

RESERVE QUESTIONS

6) Which of the following statements about the Council of Europe is true?

a) **It is an international organization**

b) It is a European organization

c) It aims to promote greater economic cooperation between Member States

d) It became legally binding only following the entry into force of the Lisbon Treaty

FEEDBACK: The Council of Europe is an international organization whose purpose is to promote democracy, human rights, European cultural identity and the search for solutions to social problems in Europe.

7) European Court of Human Rights (ECHR) :

a) **Can be applied directly by individuals**

b) It pronounces on appeals concerning alleged violations of civil and political rights established by the Charter of Fundamental Rights of the European Union

c) It can only be applied by States

d) It's an institution of the European Union

FEEDBACK: since 1998, the Court is a permanent organ and may refer you directly to individuals

Unit_3_1_Legal glossary on the participation of children in decision-making processes concerning them:

(Hearing, Consent)

Primary victimization = abuse or violence, which causes suffering and physical and/or psychological injuries.

Secondary victimization = further suffering caused by the stress of the proceedings itself, by the memory of the abuse suffered and by the possible contact with the author of the conduct, with the judge and with the lawyers.

Criminal proceeding = jurisdictional procedure through which the author of the conduct against the minor is punished, if his conduct is a crime.

Civil proceeding = jurisdictional procedure in which a judge assesses the adequacy of the child's family environment and takes any necessary measures.

Hearing of the minor = part of the civil/criminal proceedings in which the minor makes statements about the facts relevant to the judge's decision.

Consultation of the minor = part of the procedure (especially civil) in which the minor

expresses his views, before the judge takes the decision.

Consent of the minor = further guarantee which consists in the obligation for the judge to obtain the favorable opinion of the minor in order to take a specific decision (for example, custody or adoption).

Representative = when parents are absent, unavailable, or in conflict of interest, representative is a person who identifies the interests of the child and protects them during the proceedings.

Lawyer = qualified person appointed to try to obtain a judge's decision as far as possible in accordance with the interests of the child.

Social or health professional = expert in psychology, psychiatry or sociology, who assist the traumatized child during civil and criminal proceedings and help the judge to assess his psycho-physical conditions and his protection needs.

Precautionary measures = provisional measures, adopted by the judge, to protect the psycho-physical well-being of the minor, during the proceedings.

The voice of the traumatized child in civil and criminal proceedings

Unit

Learning objectives

To describe the participatory powers of the traumatized child in civil and criminal proceedings that concern him and the measures that aim to ensure his safety and psycho-physical well-being

- Directive 2011/36/EU on trafficking in human beings

Main international and european sources

- European Convention on Human Rights (ECHR)
- Lanzarote Convention
- European Convention on the Exercise of Children's Rights (Strasbourg Conv.)
- Convention on the Rights of the Child (CRC)
- Charter of fundamental rights of the European Union
- Directive 2012/29/EU on the rights of victims of crime
- Directive 2011/93/EU on combating the sexual abuse and sexual exploitation of children and child pornography

Proceedings in which the child may be involved

1. Criminal proceedings

State's obligation to prevent and punish violence and abuse against minors (primary victimization)

Artt. 3-7 CRC; art. 3 ECHR; art. 18 Lanzarote; artt. 2-10 Directive 36; artt. 3-17 Directive 93

Prevention

Introduction of criminal offences related to violence and abuse against children

Punishment

Punishment of perpetrators of violence and abuse against minors

2. Civil Proceedings

When one or both parents are directly

perpetrators of the abuse, or
otherwise they have allowed it

Custody of the child
to another family

Adoption of the minor

To guarantee a safe and peaceful family environment

Art. 9 CRC; art. 8 ECHR

- Video Baldelli
- Video Ceccarelli
- Video Cibinel

Placement in facilities
for traumatized
children

Restrictions for parents

Relations between criminal
proceedings and civil proceedings

Criminal proceedings Civil proceedings

objective → to identify and punish
the perpetrator of the conduct against
the minor, if that conduct is a crime

objective → to verify the adequacy
of the child's family and to
prevent any other injury

These proceedings are separate and independent → a
conduct that is not a crime can compromise family
environment, so as to justify the intervention of the judge

- Video Cibinel
- Video Baldelli

3. Extrajudicial procedures

When the relationship between the
perpetrator of the abuse and the
minor appears to be recoverable

Art. 13 Strasbourg Conv.; art. 12 Directive 29

The aim is to avoid intrusive procedures, which could
definitively compromise the recovery of the relationship

Mediation

Conciliation
attempt

Additional measures
for rapprochement

The best interests of the child

This principle applies to every proceedings and
requires to put the child's psycho-physical wellbeing
before any other interest worthy of protection

Art. 3 CRC; art. 6 Strasbourg Conv.

Judge's decision must
always be oriented

towards the protection of
the minor's interests

Judge must gather all the

information necessary to know
the facts in issue and the
child's family environment

Participatory

guarantees for the child

Protection measures

to avoid "secondary
victimization"

- Video Ceccarelli

- Video Long

Child's right to be consulted

The child's views must be known by the
judge and taken into account for the decision

Art. 12 CRC; art. 3 Conv. Strasburgo

Participatory guarantees for the child

1. The right to be informed

Art. 31 Lanzarote; art. 3 Strasbourg

Conv.; artt. 3-4 Directive 29

Only a child with adequate knowledge can
profitably participate in the decision-making process

- meaning of the proceedings

- facts in issue

- rights and protections

- child's role

- possible consequences of his views

About What? Who? How?

- judicial authority

- lawyer

- representative

- expert

use of a language and

of concepts suitable

for the age and the

understanding of the

child

2. Right to be heard about facts in issue

The minor may be asked to testify
about facts relevant for the decision

Child as witness

about violence and

abuse suffered, in

order to ascertain the

guilt of the accused

Criminal

proceedings

Child as witness about

violence and abuse

suffered, in order to assess

the adequacy of the family

Civil

proceedings

High risk of secondary victimization

3. Right to be consulted

before judge's decision

Before the decision, the child has the right to express his views about the issues addressed in the proceedings

Art. 12 CRC; art. 3 Strasbourg Conv.

Criminal proceedings

- beginning of the proceedings
- precautionary measures
- probation and other special

proceedings

- assessment of the evidence

Civil proceedings

- subtraction from the family
- removal of one of the parents
- child custody
- adoption

Often opinion is replaced by the stronger guarantee of consent

Extrajudicial procedures

Consent for mediation

or conciliation attempt

The weight of opinion depends on the understanding of the child

- Video Ceccarelli
- Video Cibinel
- Video Long

Protection tools in the proceedings

1. Support persons

Art. 12 CRC; art. 31 Lanzarote; artt. 9-10

Strasbourg Conv.; art. 24 Directive 29

Representative (if Lawyer

parents are unavailable,
or in conflict of interest)

Social or health

professionals (psychologists,
psychiatrists, social workers)

He identifies and

protects child's interests

He adopts the most

appropriate legal

strategy to obtain a

decision in accordance

with child's interests

- protection against secondary victimization

- support to the judge, the parents and the lawyers, to understand needs and fragility of the child

- contribution to overcoming the trauma resulting from the violence suffered

Queste figure possono eventualmente essere designate dal giudice

2. Privacy

Art. 16 CRC; art. 8 ECHR; art. 21 directive 29

Hearing in closed session, without presence of the public

Limits to the dissemination of images and information

Limits to the questions about private life that can be addressed to the child during the hearing

3. Reasonable duration of the proceedings

Secondary victimization is linked also to the length of the proceedings

Art. 7 Strasbourg Conv.

the decision must be taken as soon as possible to avoid a prolonged stress conflict between

different values

the other interests of the minor and of the other persons involved in the decision

cannot be completely sacrificed

need for balancing

Measures to avoid the risk of secondary victimization

Who asks the questions?

the questions may not be addressed directly by the lawyers of the parties, but by the judge, or by an expert

Lawyers could be aggressive, or more simply they might not have experience with the hearing of minors

Venue of the hearing

audition may take place outside the courtroom

Minor's house, judge's office, lawyer's office, special room

When the child testifies about the abuse, about his relations with the author of the conduct, about his family

4. Protection measures

during the hearing (part I)

Art. 31 Lanzarote; art. 18 Directive 29; ECHR, 2.7.2002, S.N. c. Svezia

It's necessary to proceed as soon as possible to the hearing and avoid repetitions

The waiting for the hearing and the repetitions increase stress

The hearing of the child must take place in the early stages of

the procedure, and then it must
no longer be repeated
No contact with the accused, parents in
conflict of interest and their lawyers
Eye contact can stress
and intimidate the child

- intercom system with mirror glass
- video conference
- questions prepared by the lawyers
but addressed by the judge or by
an expert in a special room

need to balance the interests of the
child with the rights of the defence

4. Protection measures during the hearing (part II)

Example of a special room in Italy

Videos about child's hearing

Preparation of the child before testifying
(video 1 and video 2)

A child's testimony about his sister's murder

5. Protection measures for the expression of child's views or consent

Art. 6 Strasbourg Conv.

Free expression of opinion or consent could
be affected by the presence of other subjects
such as parents, accused and lawyers
Judge can hear what the child wants
to say outside the courtroom, or
without the presence of those persons

- Video Ceccarelli
- Video Long

6. Well-being protection during the proceedings

*Artt. 20-21 CRC; art. 31 Lanzarote;
art. 18 Directive 29*

Before the final decision is taken, provisional precautionary
measures can be adopted in order to protect the child

Measures against the
author of the conduct

Measures for
the minor

precautionary detention/house arrest

restrictions against parents

removal from the family home

prohibition on approaching the child

provisional custody

with another family

removal from the family home

- Video Baldelli
- Video Cibinel

7. Assistance outside the proceedings
Art. 39 CRC; art. 31 Lanzarote; artt. 8-9 Directive 29

Psychological and emotional
support outside the proceedings

The secondary
victimization must be
fought also before
and after the hearing

The punishment of the guilty
and the recovery of family
serenity are not enough
it is necessary to support
the child to overcome the
trauma resulting from the
abuse suffered (primary
victimization)

These needs are often ensured
through the work of social services
Video Cibinel

Summary on the role of the social or health professionals

- Individual assessment about specific protection needs
- assistance during the child's participation in procedural activities
- assessment of the child's reliability
- participation to conciliation attempts
- assessment of the understanding
- evaluation of the family conditions

Inside the proceedings

Outside the proceedings

- psychological and emotional support for the child
- checks on the conditions of the new family

main objective → to prevent secondary victimization and to provide the judge with the knowledge useful for his decision

main objective → to overcome the trauma caused by the violence and the abuse suffered and to restore family serenity

Guidelines on child-friendly justice
(Council of Europe)

Other useful

learning materials

Guidelines on children in contact with the justice system
(International Association of Youth and Family Judges and Magistrates)

Handbook for professionals and policymakers on justice in matters involving child victims and witnesses of crime

(United Nations)

Unit_3_3_video Video interview to Dante Cibinel (juvenile judge)

The intervention of the Juvenile court for the protection of minor victims of abuse takes place in this way: a request of the public prosecutor is necessary, because the court doesn't act on its own, a request of the public prosecutor resulting from a report of other subjects about an abuse suffered by a child in the family environment. These other subjects, reporting to the public prosecutor the abuse, are usually social services, school authorities, or even police authorities that intervene when a crime is committed.

Then there is also an intervention, obviously, of the criminal judicial authorities, but, very often, when a crime has been committed, the interventions are simultaneous: the juvenile court intervenes for the protection measures and the criminal judicial authority intervenes to ascertain the crime.

Court's intervention is conditioned by the type of request of the public prosecutor. There are situations in which the public prosecutor can request an immediate and urgent intervention, in order to remove the child from his family environment; or situations in which the public prosecutor asks the court to carry out investigations to verify the seriousness of the facts reported, their truthfulness and gravity, and to identify the most appropriate measures to protect the child.

During these investigations, or immediately after the removal order, when it was necessary to adopt it, when the court found it essential, not only the reporting services are involved, but also other services: the specialized psychology services intervene, the parents themselves necessarily intervene even if, obviously, their intervention is particular, but the law provides that they must be heard before the court adopts definitive measures to protect minors that would limit or delete the parental responsibility, that is a forfeiture of parents' responsibility, if the public prosecutor has also requested this type of decision.

The child is also heard in these proceedings, if he is twelve years old, or the judge considers him capable to express his view. Obviously it is an evaluation that the judge does freely, in order to understand the desires and also the real psychological situation of the minor. I repeat: it is a real psychological situation of the child that is first evaluated through the intervention of the specialized services which hear the child and report to the judge what the child was able to say, even depending on his age. This is a form of listening, that we can say mediated, performed by other subjects, with specific professional skills, which help the judge to take the decision.

Unit_3_4_video Video interview to Annamaria Baldelli (juvenile judge)

The juvenile public prosecutor has the task to activate the intervention of the juvenile court for minors' protection. Starting from this generic competence, when a crime concerning the parents or other relatives of a minor is committed, two problems immediately arise: the first problem is the coordination with the ordinary prosecutors, who have ownership of the criminal proceedings, in order to avoid interference that could damage the criminal investigations; and the second problem is to collect information about the prejudice suffered by the minor and about the personal and family resources, possibly also of other relatives; then it is necessary to prepare an appeal to the Juvenile Court, with adequate prospects for intervention.

The main difficulty is to contain the times, because the proceedings for the minor's protection has its own times, but also the criminal proceedings has a duration that is not always governable. What we try to do is to ask the police to report, simultaneously, both to the ordinary public prosecutor, who is the holder of the criminal proceedings against the offender, and to the juvenile public prosecutor, which is the holder of the power of protection of the victim of the crime, in order to put these authorities in the position to coordinate promptly and immediately, that is, from the very beginning of the investigation.

This way of acting, also supported by agreements between with the various prosecutor's offices, has allowed us to define who does what, when and how, preserving the needs of the criminal proceedings, but also the measures for the protection of the minor.

Sometimes it can happen, especially when children are admitted to the hospital and there is no disagreement between his parents on this admission, sometimes it is possible that the protection intervention is delayed and therefore the intervention of the juvenile court is delayed, because the protection of the child is already ensured by the hospitalization, and the ordinary public prosecutor, holder of the criminal proceedings against the offender, can carry out his own investigations in a secret way and therefore effectively.

If a decision about the protection of the minor can't be postponed, it may even be the colleague of the office of the ordinary public prosecutor, holder of the criminal proceedings, to issue an administrative protection order through the police authorities, pursuant to article 403 of the civil code, in order to protect the minor, awaiting that, with our appeal, the juvenile court ratifies that measure of temporary protection.

Unit_3_5_video Video interview to Elisa Ceccarelli (former juvenile judge)

I was a juvenile judge for many years and I often wondered what it meant to hear children and teenagers.

I have never been able to hear very young children, because I preferred that their hearings were conducted in a different environment, by more competent people; and, in these cases, I made only an indirect hearing. Instead I heard many seven, eight, ten, eleven years old children.

They were above all children in extremely conflictual family environments, with parents who didn't decide to separate; separated, but in fact always united by conflicts that reflected heavily on their children.

What I always tried to communicate to the children was first of all that there was a person who heard them, a person who had a specific task, that is to decide in the best way for them, and that this decision could also be different from what the children wanted, from what they expressed.

The decision depends on the court, it depends on the judge. The judge has to decide; so I take into account everything you tell me, I will try to do what is good for you and, however, the decision will not always coincide with your desire. This is something that always happens during our life and so you have to get used to it too.

I always tried to safeguard the positive aspects of children's relationship with their parents. In general fathers are the most aggressive in the relations with the children and sometimes they force children to make things thinking that these things are useful in their conflictual relationship with the former partner. I tried to say: look at the dad, he has nothing against you and it is right that you love your dad; but we know that he has some problems, that he doesn't accept the current situation. In sum we must also be able to preserve this figure of the father.

So, how to say, judge must never adhere to conflicting attitudes of the child; but, however, it is necessary also to safeguard even the possibility that the child can say no, I can no longer stand with this dad, because he doesn't understand.

I remember the case of a little girl who was ten years old with two parents; her father was absolutely very pathological and the decision was: okay let's wait for the dad to change, if he can change; and if he won't succeed to change, it will certainly not be the child who will have to bear all this weight.

Unit_3_6_Test 5 multiple choice questions with one best answer

1) Secondary victimization is caused by:

a) **the stress resulting from minor's participation in the proceedings**

b) the abuse that made necessary the intervention of the judicial authority

- c) the stress resulting from the placement into a new family
- d) the repetition of the abuse originally suffered

FEEDBACK: “secondary victimization” refers to the suffering, which can be caused by the evocation, inside the proceedings, of the abuse suffered, as well as by the interaction with the investigators, the lawyers and, above all, the author of the conduct. So, when the child participates to the proceedings, the protection measures illustrated in this unit are often applied.

2) The principle of the best interests of the child:

a) **implies that the judge must always take into consideration, above all other interests, the psycho-physical well-being of the child**

b) applies only to criminal proceedings

c) applies only to civil proceedings

d) obliges the States to avoid the participation of the minor in the proceedings following the abuse suffered

FEEDBACK: international and supranational conventions attach more importance to the needs of the minor than to all others interests; this rule, which applies in every proceedings, is the most important guideline for the judge. It may happen that, in particular cases, the minor’s superior interest requires to avoid his participation in the proceedings, but this isn’t a mandatory rule.

3) The hearing of the child as a witness:

a) **it is preferable that it is carried out at the beginning of the proceedings**

b) must always be performed by the judge

c) it is preferable that it is carried out in the last part of the proceedings

d) it is better that it is repeated at least twice, to test the reliability of the child

FEEDBACK: child’s testimony may cause secondary victimization; so, testimony must be surrounded by special precautions: the questions should preferably be addressed by the judge, a social or health professional, or in any case by a qualified person. Furthermore, it is appropriate to hear the child as soon as possible and to concentrate the questions in a single session; this allows to avoid a stressful wait, catching the memory of the child when it’s still fresh, and to prevent trauma caused by the repeated reenactment of the facts.

4) The opinion expressed by the minor during the proceedings:

a) **is not binding, but the judge must take it into consideration in order to decide**

b) is always binding for the judge

c) is binding for the judge, but only if the minor is at least 14 years old

d) is binding for the judge, but only if the minor has a sufficient understanding

FEEDBACK: the minor has the right to express his views on the matters that concern him; this opinion, whose persuasiveness depends on the child’s understanding, is never binding for the judge. Consent is instead binding and it is generally required for the most important decisions related to the existence of the child, such as adoption.

5) Criminal and civil proceedings following child’s abuse:

a) **address different issues and have different purposes**

b) are separate, but the civil one can start only after the penal one

c) are separate, but the civil one can only start if, in the criminal one, parents have been convicted

d) have the same purpose and the same object

FEEDBACK: criminal proceedings aims to identify and punish the perpetrator of a criminally conduct suffered by the child; the civil proceedings, on the other hand, has the objective to assess the adequacy of the child’s family environment and is completely independent of the commission of a crime. The two proceedings, therefore, having different objects and purposes, can proceed in parallel and, generally, they don’t have mutual

interference.

6) When does the judge order a precautionary measure?

a) **during the proceedings, to protect the psycho-physical well-being of the child**

b) at the end of the proceedings

c) before the beginning of the proceedings

d) during the proceedings, to ensure the reasonable duration of the proceedings

FEEDBACK: during the proceedings, when the interests of the minor are in danger and urgency does not allow waiting for the final decision, the judge may adopt precautionary measures concerning the parents, the author of the abuse, or the minor himself.

7) Extrajudicial procedures:

a) **are applied when the relationship between the perpetrator of the abuse and the minor appears to be recoverable**

b) are applied only when the abuse is serious

b) must always be applied

d) are applied only when the mistreatment isn't very serious

FEEDBACK: civil and criminal proceedings are stressful and may increase the conflicts and the disagreements between the perpetrator of the abuse and the minor. So, when their relationship seems recoverable, an attempt for reconciliation can be made through less formalized procedures.

Unit_4_1_Legal glossary on child policies

Social services = range of services, provided by public or private bodies, which respond to collective

and personal needs. While the term "services" means standardized services, universally provided

to people as members of a category, "social services" respond to "specific needs" of the beneficiaries.

Social Services for children and families = series of measures and activities that meet the general

or individual needs of a child and / or his family. These types of services are aimed at satisfying the

different needs of children and families, such as specialized and intensive services .

Child-friendly social services = social services that respect, protect and realize the rights of every child, including the right of access to benefits, participation and protection and the principle of the best interests of the child. (Recommendation of the Council of Europe, November 16, 2011, No. 12, on the rights of children and social services for children and their families)

Child-friendly justice = judicial systems that guarantee the respect and effective implementation of

all children's rights at the highest possible level, taking into account the degree of maturity and

understanding of the child. It is an accessible justice, adapted to the age, rapid, diligent, adapted to

the needs of the child and centered on them, in respect of the rights of the child, including the right

to due process, participation and understanding of the proceedings, respect for private and family

life, integrity and dignity. (See the Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe

for child-friendly justice, adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 17

November 2010)

Early Childhood Education and Care (ECEC) = service offered to children from birth to primary education subject to a national regulatory framework and to compliance with a set of minimum standards and / or procedures for accreditation. The service includes private, public and volunteering services. European countries present different solutions to guarantee the education and care of children below the age of compulsory education. However, ECEC is increasingly becoming an integral part of education systems in Europe. (See <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0066:FIN:IT:PDF>)

European Higher Education Area (European Higher Education Area - EHEA) = project that aims

to achieve a process of convergence and strengthening of higher education or university studies in

Europe. This process is in line with the strategies that the European Commission together with the

Member States of the Union has launched in recent years to build a true Europe of knowledge and

has the main purpose of promoting the mobility and employment of students, improving the quality

and make education systems more competitive, attracting students (and teachers) from Europe and

other parts of the world. The means to achieve this goal are the support for greater comparability

and compatibility between the different systems and the different institutions of Higher Education

in Europe, and the raising of their quality. (See https://ec.europa.eu/education/education-in-theeu/european-education-area_en)

Child-friendly health care = health care policies and practices focused on children's evolving rights,

needs, characteristics, resources and capacities, taking into account their opinion. (See <https://rm.coe.int/168046ccef>)

Child-friendly health care approach = integrated conceptual and operational framework that fully

respects the rights and needs of children in the health sector. (See <https://rm.coe.int/168046ccef>)

The impact of a children's rights based approach on social and health policies

Unit

Learning objectives

Understanding the operational effects on social and health policies of an approach centered on the fundamental rights of children and in particular on their participation rights

Legal framework vs. policies

Policies are an essential part of the framework for combating violence

against children: the presence of adequate legislation that prohibits such violence is NOT sufficient!

“Too often, we see that legislation is on the books but that many children remain on the margins of society (...), all the more vulnerable to violence and abuse (Rima Salah, Deputy Executive Director, UNICEF. cit., in United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children)”

Social and health policies & participation rights

Children contribute to policies:

actively participating in the decision-making process **in their specific case** (eg through interviews / letters to the social worker or the judge responsible for their case, direct

participation in meetings where decisions are made about their case, presence of a special representative)

participating **as a group** in the definition of priorities and actions to combat violence against children (eg the establishment of advisory councils for children, involvement of young people in the training of childcare professionals, involvement of children in

studies and research on the functioning of childcare services)

In the family

«A family where children can freely express views and be taken seriously from the earliest ages... **plays a preventive role against all forms of violence in the home and family**»

Parent education programmes addressing:

- the relationship of mutual respect between parents and children;
- the involvement of children in decision-making;
- ways of dealing with conflicting views within the family

Source: General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*

At world and European level there are multiple awareness-raising initiatives, several specifically aimed at parents, to affirm the illegitimacy of any corporal punishment of children

EXAMPLE N. 1

In alternative care

“Mechanisms must be introduced to ensure that children in all forms of alternative care, including in institutions, are able to express their views and that those views be given due weight in matters of their placement, the regulations of care in foster families or homes and their daily lives» (General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*)

For instance, they must be heard in decisions concerning:

- the choice of the time and place of their placement in alternative care
- family members with whom to maintain contact during alternative care, the frequency and methods of such contacts
- projects about their future
- periodic reviews of their situation

(See SOS, Children's Villages International/ISS, Guidelines for the Alternative Care of Children: A UN

Framework, Geneva, 2009)

General mechanisms could include:

- a **monitoring institution** (such as *ombudsman* for children) with

unimpeded access to care facilities to hear the views and concerns of the child directly

- a **representative council** of the children in the residential care facility, with the mandate to participate in the development and implementation of the policy and rules of the institution
- specific **training of professionals**, also involving children as trainers

Source: General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*

Example N. 2

In several European countries, **informal networks of care leavers and former care leavers** placed in care facilities or foster families promote participation and active citizenship:

- creating moments of aggregation, confrontation and mutual enrichment among the participants
- contributing to the improvement of social policies related to alternative care and to the need to specifically support young people leaving State care.

A *European Care Leavers Network* is currently being established.

Source: <http://www.agevolando.org/leavecare-livelife/>

For a concrete action of the Italian Care Leavers Network to raise awareness on the difficulty for care leavers to become autonomous at the age of majority: see the video «18 years and (not) feeling it»

One of the most recurrent concerns of children in alternative care is **the future after the coming of age**, which is often followed by the end of the State's specific obligation to provide for them

For a concrete action of an ombudsman, see the video of the Irish Ombudsman «Young person in residential care makes complaint to Ombudsman for Children»

Health care

Children should always be involved in discussions and decisions related to their health

(Unicef- Save The Children, *Every child's right to be heard*, 2009)

They have the “right to be **informed** in a manner appropriate to age and understanding” (art. 4 EACH – European Association for Children in Hospital – Charter)

«Where, according to law, a minor does not have the capacity to consent to an intervention, the intervention may only be carried out with the **authorisation of his or her representative** or an authority or a person or body provided for by law.

The **opinion of the minor** shall be taken into consideration as an increasingly determining factor in proportion to his or her age and degree of maturity.»

(art. 6 para 2° Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine)

When they are experiencing violence or abuse at home, children may need «access to **confidential medical counselling and advice** without parental consent, irrespective of the child's age»

General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*

Child's participation in decisions concerning his or her health not only promotes his or her personal well-being, but also improves health policies and health and safety practices

General mechanisms can include:

- feedback systems for all users of services
- research and consultative processes with children as respondents and/or researchers
- participation of children's councils in the development of standards and indicators for health services that respect children's rights
- involvement of children in inspections and monitoring

[Unicef- Save The Children, *Every child's right to be heard*, 2009, p.98]

In situations of violence

States are encouraged to:

- consult with children, including marginalized and disadvantaged groups, in the development and implementation of legislative, policy, educational and other measures to address all forms of violence. (General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*)
- ease access to individuals or organizations to which children can report in confidence and safety (General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*)
- establish independent authorities to guarantee the rights of all minors and in particular those who have suffered violence (General comment No. 13 (2011) *The right of the child to freedom from all forms of violence*)

EXAMPLE N. 3

The video of the Council of Europe "Tell someone you trust" deals with sexual abuse with a language and methods suitable for children, **encouraging them to report the violence they have suffered**

EXAMPLE N. 4

The Italianaire is a video cartoon made with the participation of five young adults living in Italy and coming from Egypt, facilitated by Save the Children, aimed at informing and sensitizing Egyptian children living in areas with a high rate of child emigration about the **real conditions of life in Italy** of Egyptian migrant children

EXAMPLE N. 5

The Council of Europe's video "Beat Bullying" shows the effects of bullying using child friendly contents and language and encourage children to take a leading role in fighting bullying

«Children and young people's right to be heard can also play a preventive role against all forms of violence in the home, family, schools and institutions»

(European Network of Ombudspersons for Children (ENOC), *Position Statement on 'Violence against Children'*, 2015)

Adults should guarantee the child's participation in decision-making processes, taking every precaution to minimize the risk of violence or any other negative consequence that may derive from the

participation itself

(General Comment No. 12 (2009) *The right of the child to be heard*)

Conclusions

An **integrated approach** is needed and should include:

- not only contrast but **prevention** of violence against children
- promoting a **culture of respect** for children's rights
- specific training** for professionals working in contact with children on protection and participation rights
- children's services created and managed on a **child-friendly basis**
- help desks / help lines** easily accessible to children who experience violence

Source: Council of Europe, *Policy Guidelines on Integrated*

National Strategies for the Protection of Children from

Violence, 2009. See also European Network of

Ombudspersons for Children (ENOC), *Position Statement on*

'Violence against Children', 2015.

«Children have a unique body of knowledge about their lives, needs and concerns, together with ideas and views derive from their direct experience...

Decisions that are fully informed by children's own perspectives will be more relevant, more effective and more sustainable»

Source: The Save the Children Found, *Every Child's Right*

To Be Heard, a resource guide on the UN Committee on the

Rights of the Child general comment no.12, London, 2011

Unit_4_3_Reading_ Role and functions of the Ombudsman

The competences attributed by the various institutive laws to the children's ombudsman are attributable to different actions: listening and participation, promotion and awareness, collaboration,

preparation of proposals, opinions and recommendations.

The activity of the Ombudsman for Children takes on today a leading role in policies aimed at

ensuring the knowledge and respect of children's rights, and allows) to be given a voice to people

(children) that often risks being invisible: <https://www.youtube.com/watch?v=jWiE2jHX5yE>.

The children's ombudsman, in summary:

- monitor the application of the Convention on the rights of children and adolescents in the territory and help spread the knowledge and culture of the rights of children and adolescents;
- report to the competent authorities any violations of these rights;
- verify that persons of minor age have full access to their rights;
- express opinions on the regulatory proposals concerning minors and on the protection of the

rights and development of subjects in the developmental age.

More in detail, the functions and powers of the Guarantor Authorities (children's ombudsman) can

be divided into two main areas.

1) The first is of a general nature and can be traced back to interventions to promote children's rights.

The children's ombudsman, for example, promote the knowledge and the affirmation of the

individual, social and political rights of childhood and adolescence, taking on every initiative aimed at their concrete realization; monitor the application in the territory of the Convention on the Rights of the Child; express, at the request of the competent local bodies, opinions, proposals and observations on draft laws, regulations and administrative acts concerning the possible impact on children and young people.

2) The second area of intervention is specific and concerns the responses to reports of situations of single children in difficulty. The children's ombudsman, in fact, accept the notifications coming even from underage people (for an example, see here), from the families, from the schools, from associations and institutions, in order to cases of violation of the rights; report to the competent public administrations the cases of violation of rights, consequent to deeds or facts delayed, omitted or otherwise irregularly performed, of which it has had knowledge from public and private subjects, or from single persons, even children.

As for the *modus operandi*, the children's ombudsman are not granted direct and incisive powers of investigation, prescription and sanction. The action of the Guarantors is essentially expressed in the so-called moral suasion, that is in the persuasion exercised towards public subjects (political decisionmakers, local administrations, social-assistance territorial services, judicial authorities) and private (conflicting parents, third sector bodies) based on the authority of its status as a guarantee authority.

Thus, for example, the children's ombudsman can recommend to the competent administrations the adoption of aid and support interventions, as well as the adoption, in the case of their omissive conduct, of specific measures; to promote, within the competent administrations, the modification or reform of measures deemed prejudicial to children and young people; call upon the competent administrations to take into consideration as the preeminent the superior interest of the child. The children's ombudsman can exist both nationally and locally.

In Europe we can find The European Network of Child and Adolescent Guarantors (European Network of Ombudsman for Children - website: https://enoc.eu/?page_id=174) which meets at least once a year to discuss issues of common interest at European level and to identify lines of shared intervention.

The national supervisory authorities constantly collaborate with the international network of guarantors of the children, with international organizations and institutions for the protection and promotion of the rights of children and non-profit organizations.

The exchange with different subjects allows the Authorities to develop proposals in step with the times and the needs of young people.

One of the areas of intervention of the Guarantors concerns the phenomena of violence and maltreatment a damage to underage people (psychological mistreatment, physical abuse, violence

sexual behavior, neglect, assisted violence). On this point see the ENOC contribution Position

Statement on "Violence against Children", <http://enoc.eu/wp-content/uploads/2014/12/ENOCposition-statement-on-Violence-against-children-2015-FV.pdf>

Unit_4_5_The experience of a voluntary guardian of an unaccompanied child

The volunteer guardian as the “voice” of the unaccompanied minor

There are many minors that are forced to leave their country and live their childhood and adolescence away from home, separated from their families and with no referees whom can assure their interests are being defended. The large majority of them has traumatic experiences related to the migratory journey, to the life before it or to the abandonment from the family of origin.

In the EU law, the European Parliament and Council Directive, n. 2011/95/UE, defines the unaccompanied minor (UM): “‘unaccompanied minor’ means a minor who arrives on the territory of the Member States unaccompanied by an adult responsible for him or her whether by law or by the practice of the Member State concerned, and for as long as he or she is not effectively taken into the care of such a person; it includes a minor who is left unaccompanied after he or she has entered the territory of the Member States”.

In many european judicial systems is spreading the figure of the volunteer guardian, a private citizen, highly qualified, called to practice the legal representation of the minors who are arrived in the State territory alone and to make sure their interests are being defended, their needs listened anche their potential nurtures. The institution of the volunteer guardian represents, in other words, an example of active citizenship and so an instrument of social politic for the underaged.

Carlo Infuso, a lawyer from Turin, describes his experience as volunteer guardian.

“I met V, my guardiane, in an absolutely ordinary situation: he’s been introduced to me by the Community who was hosting him. I met this boy and I have to say that after the mutual introduction we didn’t know what to talk about. So, I got him on my motorbike and we went for a ride, we talk a little bit and, slowly, we started to build this relationship that today is evolved to something pleasant, full of mutual trust and enjoyable.

V. is finally starting his life here in Italy, He benefits from the international protection, so he will have a residency permit when he will turn eighteen and even after because he got a two years permit. We will ask that he can proceed e conclude his studies.

He’s finally starting to understand the importance of learning the italian language - which he didn’t realize before - for himself, his relations with others and with me, with my friends, with the people he sees through me whom he’s getting to know better. He’s also learning the importance of studying as a waiter, he thought that being a waiter just ment bring food to the table, but instead he’s learning to make cappuccino, the cappuccino with the drawing on the top of it, serve with the double cutlery, from left, from right, the water glasses, the ones for the wine, how to place the napkin, and so on.. He’s discovering little by little the pleasure from learning, the learning for itself.

He’s very funny. He’s young, a teenager: he thinks a lot about music, he has a earring, the haircut... just like any other boy.

Something which amazed me in my guardian role, is the fact that it is a bit outside from the

guardian role. When a decision had to be made, about what to study and where, when V. told me: “I don’t have any parents, you are my Italian father, you decide for me, because I know that what you decide for me is surely fine”.

Today, after a few months, I’m glad V. can say: “I’m happy we decided together for this study, because I really like this school”.

Also the fact that I managed, maybe through the little daily things, to trigger in him a mechanism of confidence toward others, has allowed to build some self confidence and today V. probably is able to make little choices that he wouldn’t be able to do before, with more awareness, levity and so much more commitment than before.

Is a relationship that grows (between guardian and guardianee) and this is a relation that can go well or go badly, in our case it went well, it allows us to build something.

I can gladly say that V. is a guest in my home this weekend, tonight he will probably cook some of his food and we are all really happy.

Unit 4_6_Test 5 multiple choice questions with one best answer

1) In situations of domestic violence or in case of conflict with parents, children and teenagers:

a) they must have access to confidential medical advice and advice without parental consent, regardless of their age

b) they must have access to confidential medical advice and advice without parental consent if they are over 14 years old

c) they must have access to confidential medical advice and advice with the consent of their parents, regardless of their age

d) they must have access to confidential medical advice and advice with the consent of their parents, if they have a high degree of maturity

FEEDBACK: in situations of domestic violence or in case of conflict with parents, children and teens must have “access to confidential medical counseling and advice without parental consent, regardless of their age, where necessary for their safety and their wellness”.

(Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 12)

2) The Bucharest Declaration of the children of the European Union is an instrument to mobilize the European institutions and the Member States to establish formal structures and mechanisms that promote the right of children and young people:

a) to participate in European Union decisions

b) to be heard in any judicial or administrative procedure that concerns them

c) to receive or communicate information or ideas without interference from public authorities

and without border limits

d) to benefit from a particular protection and therefore to a differentiated treatment on the basis of age

FEEDBACK: The Declaration is a tool that can mobilize the European institutions and the Member States to establish formal structures and mechanisms that will promote the right of children and young people to participate in EU decision

3) When, according to the law, a child doesn’t have the capacity to give consent to a health intervention, this:

a) it cannot be carried out without the authorization of its representative, authority or person or body designated by law

b) cannot be carried out

c) can be carried out even without the authorization of its representative, authority or person or body designated by law

d) can be carried out even without the authorization of its representative, authority or person or body designated by the law if it is possible to reconstruct the will of the child

FEEDBACK: when, according to the law, a child doesn't have the ability to give consent to an intervention, this cannot be carried out without the authorization of its representative, of an authority or a person or a body designated by the law . (Article 6 paragraph 2 European Convention for the protection of human rights and the dignity of the human being with regard to the applications of biology and medicine, so-called "Oviedo Convention")

4) The video of the Council of Europe " Tell someone you trust "deals, with child-friendly methods , the theme :

a) **of sexual abuse**

b) of bullying

c) of witness violence

d) of corporal punishment

FEEDBACK: the video of the Council of Europe "Tell someone you trust"discusses the issue of child sexual abuse with child-friendly language and methods, encouraging children to report the violence they have suffered

5) The Children's Ombudsman exercise:

a) **powers of moral suasion**

b) incisive investigative powers

c) limitation and sanction powers

d) regulatory powers

FEEDBACK: to the Children's Ombudsman are not delivered direct and incisive powers of investigation, prescription and sanctions. The action of the Ombudsman for children is essentially expressed in the so-called moral suasion, that is in the persuasion exercised towards

public and private subjects based on the authoritativeness of its own status of guarantee authority

RESERVE QUESTIONS

The acronym ENOC refers to:

a) **the European Network of Children's Ombudsman**

b) the Committee on the Rights of the Child

c) the European Association for Children in Hospital

d) a policy activated by the Council of Europe

FEEDBACK: ENOC is the acronym of European Network of Ombudsman for Children and indicates the European Network of Child and Adolescent Guarantors

7) Which of the following statements about children "outside the family" is false?

a) **They cannot maintain contact with family members with whom they are connected outside the home**

b) They must be consulted for decisions regarding periodic reviews of their situation

c) They must be consulted on matters concerning their placement

d) They must be able to express their opinions on matters concerning the rules of care in families and foster homes

FEEDBACK: children "outside the family" must be able to express their opinions and these must have the right weight, on issues related to their insertion, the rules of care in families and foster homes and in daily life (Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 12).

They must be consulted in view of decisions concerning, for example: the choice of the time and place of their placement "outside the family"; family members with whom to maintain contact during the unfamiliar placement, the frequency and methods of such contacts; projects about their future; periodic reviews of their situation

Unit 5_1 video Prof. Scomparin

You have reached the end of these two weeks of training, in which we tried to identify and

describe the legal and social measures for the protection of minors who have suffered a trauma.

So, in this short final video, i would like to summarize our path, identifying the most important issues we have discussed.

First, it is important to remember that the consecration of the children's rights has been a troubled achievement. A clear testimony of that is certainly the case of Mary Ellen Wilson, that ended positively only thanks to the tenacity of a methodist missionary and the intuition of a lawyer: to remove a child from an at least inadequate family environment, it was necessary to apply the law concerning animal abuse. And that is certainly something that can be astonishing.

But even more surprising is the context of the decision of the European Court of Human Rights *Z c. United Kingdom*, also because it occurred over a hundred years later. Even in the early nineties, the idea of a State's obligation to remedy problematic family situations for a child's well-being was not rooted. Therefore the judges of the European Court derived this duty from the European Convention of human rights, recognizing it as a corollary of the prohibition of inhuman or degrading treatments set in art. 3 of the European Convention. Then we have to remember that international and supranational law offered a decisive impulse for the overcoming of legal gaps which were present in every State. We have certainly to remember the New York Convention and then many acts adopted by the Council of Europe, and, more recently, by the European Union.

Only through these acts the awareness that the minor is an autonomous subject of rights, owner of a legal position, independent of those of his parents, has definitely spread; so today we can say that this idea belongs to the common heritage of every legal system. In the same way, it is also well established that there is a duty of the State's authorities to prevent and punish any abuse against children and to assist effectively those who have suffered abuse towards a total recovery of their psycho-physical well-being.

Moreover it is important to stress that the minor is an individual with remarkable peculiarities: his personality is still evolving and, proportionally to his age, he certainly needs attentions that the adult usually doesn't require; even more so these special attentions are necessary when the child has been victim of abuse and violence, maybe even in the family context. In other words, we could say that, with regard to minors, the rights that generally belong to each individual have required an independent elaboration, which takes into account their particular conditions.

So it is true that the child has the right to be heard and to express his opinion on any matter that concerns him; but it is also true that, if necessary to realize his superior interest, the decision could also be different from the one he expressed as preferable; and it can also be completely different from the will that the minor expressed.

There is a fourth remarkable issue. The path towards the recovery of the well-being of the traumatized child can be painful almost as much as the violence and the abuse suffered. A criminal proceeding or a civil proceeding are often essential for the achievement of numerous and important objectives: to punish who committed the crime, if his conduct is a crime; to prevent the reiteration of the abuse; to compensate the damage suffered; and, when it is necessary, also to restore an adequate family environment. But it should not be forgotten that there is another side of the coin, that is represented by the numerous sacrifices required to the minor to face all the steps of the proceedings.

It is often crucial, for example, that the child participates in these proceedings; and the participation is not only one of his rights, but also a fundamental device for ascertaining the true: by expressing his opinion and telling his experience, the victim can always offer to the judge important elements for the final decision. However, as we have seen, there are also important risks of secondary victimization, because, during the proceedings, the minor

must probably remember the facts and the traumas suffered; he must probably suffer the public exposure related to his case; probably, during the process, he must also come into direct contact with the author of the abuse. All these are important and relevant risks. Then when it is necessary to dispose the adoption or even the custody of the minor, it should certainly not be forgotten how difficult it can be to relate with a new family. Paradoxically, we could say that the overcoming of the first trauma, caused by the abuse, requires to face a path, in which there is the risk of many other small traumas. The most important consideration remains to be done.

It often happens that new rights and safeguards require a lot of time and energy to succeed; and this, as we seen, also happened with regard to the minor. Now that, however, these guarantees exist, a further step is probably to be taken: it is necessary to become aware that law alone is not enough; that the international and supranational Conventions, the European directives and the laws of the single States alone are not enough. These acts are starting points, a basis on which everything else must be built. What matters most - in this field probably more than in others - is how the guarantees, which are in the law, are implemented through efficient social policies.

Central and local administrations must certainly promote the respect of minors' rights with concrete measures. At the same time, they must invest and realize specific services for children and adolescents, services such as help desks, support groups, supervisory authorities. And we can't forget the important role of volunteering and of the associations promoting and protecting the rights of minors; these associations are certainly a fundamental element to implement effective and efficient social policies.

Public administrations must have an adequate sensitivity and make appropriate investments also to limit the risks of secondary victimization: for examples, they must certainly set up special rooms for the hearing, sensitise judges and lawyers, ensure the best conditions for the hearing of the minor, and ensure continuous psychological assistance during the proceedings.

And of course the contribution of the first users of this course, that is the professionals, who interact with the minor, is fundamental. You are the guardians of the minors outside the proceedings, for the overcoming of the trauma caused by primary victimization; you are the guardians of the minor inside the proceedings, because you can make more bearable something that can never be ordinary; and then you are the guardians of the minors even after the proceedings, because you have to ensure that the difficult path towards the recovery of the serenity does not stop when it should accelerate and finally reach its objectives.

Ultimately, many difficulties wait the child or adolescent victim of abuse; but, as we have tried to highlight, there are also many devices to help him to face these challenges and to overcome them.

So good job to you all.

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-

2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made

of the information it contains.

Training and assessment

material
MODULE 7

–

English Version

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union’s Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Training and assessment

Versione Italiana

Percorso di Formazione Formatori Care Path MOOC ©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union’s Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

TO

Introduzione

Questo manuale è stato sviluppato come parte del progetto CAREPATH "Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support". È stato ideato e scritto come strumento e risorsa sviluppata nell'ambito di questa iniziativa. Questo manuale ha lo scopo di fornire un quadro teorico e pratico ai formatori che saranno coinvolti nel progetto.

Le linee guida sono fluide e organiche, e libere di essere cambiate se necessario. Sono aperte a modifiche e aggiunte da parte del facilitatore in risposta a sviluppi, sfide, domande e bisogni dei partecipanti che emergono all'interno dell'ambiente di apprendimento organico.

Come guida alla consegna, i fattori più importanti sono che il facilitatore sia a suo agio con le risorse e i metodi di consegna, e che le informazioni siano pertinenti al contesto. Questo rispetta la natura transnazionale e interdisciplinare del partenariato coinvolto nella progettazione e nell'attuazione di questo importante programma.

All'interno del manuale incontrerete un'ampia gamma di risorse sviluppate nei vari siti transnazionali. Anche la gamma di materiali sviluppati riflette la natura transnazionale e interdisciplinare del progetto. La gamma di risorse include: Presentazioni PowerPoint, video, film, materiali YouTube, articoli accademici, bibliografie, sitografie (siti web), vignette, immagini e fotografie.

Informazioni sul progetto CarePath

Il progetto "Care Path" è un'iniziativa biennale che mira a migliorare i sistemi nazionali e regionali di protezione dell'infanzia nel fornire un supporto integrato di aftercare ai bambini che escono dall'assistenza.

Il progetto si sforza di assicurare che i bambini che escono dall'assistenza abbiano accesso a un adeguato supporto post assistenza informato sul trauma come parte del sistema integrato di protezione dell'infanzia. Promuove l'efficacia dei professionisti dell'assistenza e mira a sviluppare un meccanismo sostenibile che permetta alle autorità pubbliche e ai professionisti di fornire servizi completi di sostegno psicosociale ai bambini che lasciano l'assistenza, basati su interventi informati sul trauma.

Il progetto si rivolge alle autorità pubbliche, ai comuni e agli enti responsabili della protezione dei bambini in quattro paesi europei. Coinvolge anche professionisti come psicologi, psicoterapeuti, arteterapeuti, operatori sociali e sanitari, consulenti che lavorano con i bambini che escono dall'assistenza, così come fornitori di formazione professionale e volontari.

Cos'è e perché abbiamo scelto il MOOC?

I MOOC (Massive Open Online Courses) sono attività di formazione interamente online.

Massive: Un numero molto grande di persone può partecipare.

Aperto: tutti possono partecipare al corso.

Online: Non c'è una classe fisica.

Corsi: Il programma del corso comprende diversi moduli.

I corsi possono essere parte di un curriculum più ampio e al completamento delle attività verrà rilasciato un certificato di frequenza. La partecipazione ai MOOC è totalmente gratuita.

La partecipazione a un MOOC dà l'opportunità di seguire un modello di formazione centrato sul partecipante, in cui i partecipanti stessi creano una comunità di apprendimento attiva e stimolante.

Queste caratteristiche rendono i MOOC lo strumento ideale per raggiungere i seguenti obiettivi:

1. migliore supporto per i bambini traumatizzati che si preparano a terminare il loro trattamento;
2. miglioramento dei sistemi di protezione dell'infanzia all'interno degli stati partner, promuovendo interventi one-stop rivolti al trauma;
3. miglioramento delle capacità di efficacia professionale, sviluppando piani individualizzati volti a promuovere il recupero dal trauma.

Obiettivi, struttura e contenuti del nostro MOOC

Nell'ambito delle attività previste dal "Progetto Percorso di Cura" la prerogativa è quella di fornire una formazione sui principi fondamentali che caratterizzano questo settore, con particolare attenzione alla dimensione psicologica, giuridico-legale e di ricerca scientifica.

In particolare, il corso di formazione è offerto a tutti coloro che lavorano in questo settore di interesse, ma non solo, e anche a chi ha diverse abilità e competenze.

Tiene conto del fatto che essi possono avere responsabilità e aree di azione che variano a seconda del ruolo e da paese a paese. Pertanto, nel corso di formazione si presta particolare attenzione al fatto che le responsabilità e le aree di intervento sono regolate da diverse leggi, regolamenti, codici etici delle varie professioni e associazioni e secondo i regolamenti interni e le filosofie di trattamento o le linee guida scientifiche attuate dalle diverse organizzazioni. A tal fine, i moduli che compongono il corso sono specificamente dedicati

all'approfondimento degli aspetti essenziali della TIC; sono suddivisi in sezioni tematiche organizzate secondo una prospettiva specifica e multidimensionale con un'ulteriore attenzione alle componenti politiche e organizzative coinvolte nel complesso modello della TIC

Caratteristiche del MOOC

Il corso è dedicato a tutte le persone interessate ad approfondire le tematiche relative alle buone pratiche negli interventi focalizzati sul trauma dedicati ai bambini che hanno una storia di sviluppo resa complessa da eventi traumatici.

Il programma di formazione è sviluppato in diverse lingue: Inglese, Italiano, Francese, Ungherese e Greco; ha una durata complessiva di 8 settimane: un totale di 60 ore di impegno per il partecipante (8 ore a settimana).

Il nostro MOOC prevede l'uso di tecniche di apprendimento attivo tra cui video, casi di studio, articoli, presentazioni in Power Point, forum.

Alla fine del processo di formazione e dopo aver superato le valutazioni previste, i partecipanti possono ottenere un certificato di frequenza firmato dal partenariato del progetto Care-Path.

Descrizione generale dei contenuti e degli obiettivi della formazione

La prima sezione del corso offre una rassegna della più recente letteratura scientifica sui modi più efficaci ed efficienti per sostenere i bambini traumatizzati. Il corso copre concetti fondamentali come l'empowerment, il rischio di ritraumatizzazione per gli utenti del servizio e il trauma secondario che i professionisti potrebbero causare con operazioni sbagliate. Questa parte del corso è organizzata con l'obiettivo di ottimizzare e facilitare l'ulteriore sviluppo dell'efficacia personale e professionale dei membri dello staff, attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze che facilitino la protezione e la promozione del capitale umano, l'efficacia personale e professionale, la prevenzione dei conflitti e le capacità di problem solving, la collaborazione efficace con colleghi di diversa estrazione professionale che ricoprono diversi ruoli e responsabilità nei vari team, promuovendo alleanze di lavoro efficaci con i clienti.

In questo corso, il processo di apprendimento centrato sulla persona, in sinergia con le metodologie del learning by doing, offrirà opportunità di apprendimento facilitando i corsisti a partecipare attivamente al processo di apprendimento e creando un clima di collaborazione e lavoro di gruppo. Questo progetto prevede, infatti, l'individuazione da parte dei partecipanti delle criticità dell'esperienza lavorativa sul campo, con la comprensione dei processi e dei fattori che li determinano, la discussione di possibili soluzioni, la valutazione con altri colleghi e i loro responsabili organizzativi della fattibilità delle possibili soluzioni, la priorità degli interventi, il monitoraggio, l'introduzione di eventuali cambiamenti in itinere necessari e la valutazione dei risultati.

Una sezione del corso di formazione si concentra sui temi della ricerca in e su TIC. In particolare, vengono presentati gli elementi chiave dei progetti di ricerca da un punto di vista metodologico, il ruolo dell'approccio basato sull'evidenza, gli elementi critici e le sfide a livello applicativo, la rilevanza di strutturare progetti scientificamente fondati sia sulla valutazione che sulle proposte politiche a livello internazionale. Particolare attenzione è rivolta alla ricerca-azione e all'osservazione e agli indicatori di maltrattamento e abuso con particolare riferimento alla fase infantile della vita.

Le diverse sezioni tematiche prevedono l'esposizione dei concetti di base attraverso la proposta di articoli di approfondimento accompagnati da video esplicativi di esperti del settore. Le principali competenze che i discenti acquisiranno riguardano la capacità di guardare criticamente alle pratiche di intervento e, in particolare, alla ricerca. La

consapevolezza della rilevanza della fase di progettazione e pianificazione incoraggia i partecipanti a mantenere una visione multidisciplinare che permette un approccio alla dimensione complessa dell'intervento nel campo della salute mentale.

La seguente sezione di contenuti, focalizzata sugli aspetti legali, ha lo scopo di fornire, attraverso il riferimento a leggi e regolamenti, le conoscenze di base sul quadro giuridico e sui principi all'interno dei quali la Trauma Informed Care può essere applicata. In questa prospettiva, dopo aver presentato il processo culturale e giuridico che ha portato al riconoscimento dei diritti dei bambini a livello mondiale ed europeo, vengono descritti i diritti e i principi fondamentali sanciti dal quadro giuridico internazionale ed europeo esistente, all'interno dei quali può essere applicata l'assistenza basata sulla TIC, e vengono descritti gli strumenti legali che garantiscono la partecipazione dei bambini traumatizzati alle decisioni e alle procedure (amministrative e legali) che li riguardano.

Inoltre, questa parte esamina gli effetti operativi sulle politiche sociali e sanitarie dell'approccio basato sui diritti del bambino e sui diritti di partecipazione dei bambini e dei giovani adulti. Il processo culturale e giuridico che ha portato al riconoscimento che i bambini hanno diritti e che gli Stati hanno il dovere di agire per proteggere e promuovere la salute dei bambini che subiscono violenza è stato lungo e difficile. In questo processo, un ruolo importante è stato svolto dalle fonti del diritto internazionale e dal diritto dell'Unione Europea.

La sezione finale del corso di formazione mira a permettere ai partecipanti di consolidare e utilizzare criticamente le conoscenze apprese nelle sezioni precedenti. Prende la forma di un compito finale e consiste nella creazione di un prodotto (testo, video, presentazione.ppt) che contenga le riflessioni del partecipante, alla luce dei principi fondamentali del Trauma Informed Care, su uno scenario su una situazione di abuso/maltrattamento infantile e, quindi, su una condizione traumatica.

Ruolo e compiti dei formatori

Il problema delle scuole è che ci sono troppi insegnanti e così pochi facilitatori dell'apprendimento

John

Dewey (1916, pp.5).

Teorici come John Dewey, Jean Piaget e Lev Vygotsky, il cui lavoro collettivo si è concentrato su come gli studenti imparano, hanno posto le basi per un apprendimento centrato sullo studente. Le idee e le ricerche di Carl Rogers sul funzionamento degli esseri umani hanno contribuito significativamente all'educazione centrata sulla persona, promuovendo l'apprendimento incentrato sullo studente e lungo tutto l'arco della vita.

La ricerca di Carl Rogers negli ultimi 70 anni ha identificato qualità specifiche nelle relazioni che promuovono lo sviluppo di persone pienamente funzionanti.

Queste qualità relazionali sono presenti nei facilitatori efficaci dell'apprendimento:

Rispetto

Comprensione empatica

Autenticità/congruenza (contatto profondo)

La ricerca mostra che l'educazione incentrata sullo studente ha risultati migliori dell'educazione tradizionale, offrendo risultati positivi con studenti di sesso, etnia e culture diverse.

Tra i risultati positivi:

- migliore raggiungimento degli obiettivi educativi
- migliore frequenza
- maggiore soddisfazione degli studenti
- migliore morale
- migliore immagine di sé
- più pensiero critico
- migliore risoluzione dei problemi
- migliori relazioni tra gli studenti dentro e fuori la classe
- meno comportamenti distruttivi o abbandoni.

Gli standard europei rivisti e le linee guida per la garanzia della qualità affermano che:

"Le istituzioni dovrebbero garantire che i programmi siano erogati in modo da incoraggiare gli studenti ad assumere un ruolo attivo nella creazione del processo di apprendimento e che la valutazione degli studenti rifletta questo approccio" European Standards and Guidelines for Quality Assurance In the European Higher Education Area-ESG; 2015, pp.12).

I principi dell'educazione centrata sulla persona/studente sono congruenti con le attuali conoscenze scientifiche derivate dalla psicologia, dalla sociologia, dall'antropologia e dalle neuroscienze.

I risultati di numerose ricerche dimostrano che l'educazione centrata sulla persona/studente è più efficace del tradizionale insegnamento centrato sul professore e dell'apprendimento centrato sul contenuto. (Aspy e Roebuck, 1977, 1983); (Tausch & Tausch 1963/1998); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010).

L'educazione incentrata sullo studente è più efficace dell'educazione tradizionale anche nell'apprendimento

"(Motschnig-Pitrik, R.; Holzinger, A. 2002). (Motschnig-Pitrik, R.; Mallich, K. 2004); (Motschnig-Pitrik, R. 2005).

Gli educatori centrati sulla persona/studente imparano molto di più e meglio rispetto a quelli che sono educati in modo tradizionale. Si assumono la responsabilità per il loro sviluppo personale, per lo sviluppo delle abilità sociali, personali e di risoluzione dei problemi, per imparare a imparare, per imparare dagli errori, per contribuire a un ethos scolastico cooperativo e tollerante e per imparare a relazionarsi con se stessi e gli altri con rispetto, empatia e congruenza. L'educazione incentrata sullo studente promuove l'autoregolazione, aiutando gli studenti a capire e gestire il proprio apprendimento e a scegliere obiettivi degni e raggiungibili (Pintrich, 2000).

David Aspy e Flora Roebuck hanno condotto il più grande studio sul campo mai fatto in 42 stati degli Stati Uniti e 7 paesi, negli anni '70 e '80, per un periodo di 12 anni, concentrandosi su ciò che ha portato gli studenti a risultati, creatività, più pensiero critico e interattività, meno violenza e più soddisfazione di insegnanti e studenti. La loro ricerca supportava le precedenti scoperte di Carl Rogers: gli insegnanti più efficaci erano empatici, si prendevano cura o apprezzavano i loro studenti, ed erano autentici o genuini nella loro classe (Aspy e Roebuck, 1977, 1983).

Reinhard e Anne Marie Taush hanno replicato la ricerca in un gran numero di classi in Germania e hanno mostrato risultati positivi simili (Tausch & Tausch 1963/1998).

Nel 2007 Cornelius-White e nel 2010 Jeffrey Cornelius-White e Adam Harbaugh hanno pubblicato una grande meta-analisi sull'educazione centrata sullo studente, includendo nella loro analisi gli studi sull'educazione centrata sulla persona o umanistica fatti dal 1948. I loro risultati hanno anche corroborato le precedenti scoperte di Carl Rogers e di Aspy e Roebuck, sottolineando il fatto che un'educazione centrata sullo studente che promuove istruzioni

centrate sullo studente funziona meglio dell'educazione tradizionale, facilita risultati positivi con studenti di genere, etnia e culture diverse. Ulteriori ricerche hanno confermato i risultati positivi (Cornelius-White, 2007); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010); (Anyanwu & Iwuamadi, 2015); (Requena-Carrion, et al. 2010).

Tra i risultati positivi ci sono, un migliore raggiungimento degli obiettivi educativi, una migliore frequenza, una maggiore soddisfazione degli studenti, un morale migliore, una migliore immagine di sé, più pensiero critico, una migliore risoluzione dei problemi, migliori relazioni tra gli studenti in classe e anche al di fuori dell'orario scolastico e meno comportamenti distruttivi o abbandoni. (Cornelius-White & Harbaugh, 2010). Ciò che è rilevante è che l'educazione centrata sulla persona/studente ha effetti positivi su tutti i livelli e gradi di istruzione (Kember, 2009), e mostra anche ottimi risultati quando viene applicata ai cosiddetti campi tecnici "aridi" come la biologia molecolare, la biochimica, la farmacologia ecc. (Knight & Wood, 2005); (Kemm & Dantas, 2007); (Costa, 2014), o quando si utilizzano le nuove forme di offerta educativa ibride o e-learning assistite dal computer (Motschnig-Pitrik & Derntl, 2002); (Motschnig-Pitrik, R.; Holzinger, A. 2002); (Motschnig-Pitrik, R.; Mallich, K. 2004); (Motschnig-Pitrik, R. 2005).

Di non secondaria importanza sono i fatti che un'educazione inefficace impone gravi costi ai singoli cittadini, alle loro famiglie, alle comunità e alle nazioni e che sempre più di questi costi socio-economici rilevanti così come i guadagni derivanti dal miglioramento dell'educazione sono valutati scientificamente (KPMG Foundation, 2006); (OECD 2010).

L'educazione incentrata sullo studente favorisce le abilità trasferibili come la risoluzione dei problemi, il pensiero critico e il pensiero riflessivo.

In Europa, l'apprendimento centrato sullo studente è aumentato di importanza negli ultimi decenni. Il comunicato ministeriale di Leuven/Louvain-la-Neuve (Processo di Bologna, 2009) sottolinea l'importanza dell'istruzione incentrata sullo studente per affrontare efficacemente i cambiamenti attuali della società (Geven & Attard, 2012):

"L'istruzione superiore europea affronta anche la grande sfida e le conseguenti opportunità della globalizzazione e degli sviluppi tecnologici accelerati con nuovi fornitori, nuovi studenti e nuovi tipi di apprendimento. L'apprendimento incentrato sullo studente e la mobilità aiuteranno gli studenti a sviluppare le competenze di cui hanno bisogno in un mercato del lavoro che cambia e li renderanno capaci di diventare cittadini attivi e responsabili" (Processo di Bologna, 2009, p. 1).

"Nel corso degli anni, le prove della ricerca continuano ad accumularsi, e puntano fortemente alla conclusione che un alto grado di empatia in una relazione è forse il più potente e certamente uno dei fattori più potenti nel portare al cambiamento e all'apprendimento." -

Carl Rogers, /1975, pp. 4.

Per Rogers e diversi ricercatori in questo campo ((Aspy e Roebuck, 1977, 1983); (Tausch & Tausch 1963/1998); (Jarvis, 1987); (Cornelius-White, 2007); (Cornelius-White & Harbaugh, 2010); (Requena-Carrion, et al. 2010); (Anyanwu & Iwuamadi, 2015).

Ci sono 3 condizioni fondamentali o capacità o atteggiamenti relazionali che facilitano il processo di apprendimento centrato sullo studente, e tutti convergono sulla capacità di essere centrati sullo studente in modo facilitante:

- essere genuino, reale o congruente;
- essere non giudicante e capace di fidarsi profondamente e rispettare lo studente e credere nelle sue potenzialità;

- essere capace di comprenderlo con empatia, il che crea un clima facilitante nella classe o nella comunità di apprendimento on line e promuove un apprendimento efficace.

In particolare, per quanto riguarda il ruolo dei facilitatori:

1) Autenticità e capacità di contatto nel facilitatore di apprendimento:

Quando il facilitatore/formatore/insegnante si relaziona con gli studenti come persone reali, e mantiene una relazione con i discenti senza presentare una facciata, ha molte più probabilità di essere efficace.

Questo significa che il facilitatore dell'apprendimento:

- è congruente, cioè è in contatto con la propria esperienza interiore, senza distorcerla o negarla in modo difensivo: i sentimenti che sta sperimentando sono a sua disposizione ed è in grado di vivere questi sentimenti, essere loro, e in grado di comunicarli se appropriato nel contesto di apprendimento; -
- mantiene una reale capacità di contatto e incontro con se stesso e con il discente su una base personale;
- - ha la capacità e il coraggio di essere onesto, reale e trasparente.

2) Un atteggiamento non giudicante

L'accettazione, la fiducia, il profondo rispetto per il discente sono altri atteggiamenti fondamentali necessari in facilitatori di apprendimento efficaci. È un atteggiamento di sincero interesse e apprezzamento per il discente, le sue opinioni e i suoi sentimenti, una cura non possessiva per il discente, con una reale accettazione dell'altro. È una fiducia di base, una convinzione che la natura umana e il discente siano fundamentalmente degni di fiducia: così questa è per l'insegnante non solo una teoria ma anche la sua posizione esistenziale sugli esseri umani.

3) La comprensione empatica è la terza competenza di base

La capacità dell'insegnante di comprendere profondamente le esperienze interiori, i sentimenti, i pensieri e i comportamenti dello studente e di comunicare al discente tale comprensione empatica in modo chiaro, semplice, diretto e delicato.

".... Gli studenti si sentono profondamente riconoscenti] quando vengono semplicemente capiti – non valutati, non giudicati, semplicemente compresi dal loro punto di vista, non da quello dell'insegnante".

Rogers 1967pp. 304-311

Tra i risultati positivi ci sono, un migliore raggiungimento degli obiettivi educativi, una migliore frequenza, una maggiore soddisfazione degli studenti, un morale migliore, una migliore immagine di sé, più pensiero critico, una migliore risoluzione dei problemi, migliori relazioni tra gli studenti in classe e anche al di fuori dell'orario scolastico e meno comportamenti distruttivi o abbandoni. (Cornelius-White & Harbaugh, 2010). Ciò che è rilevante è che l'educazione centrata sulla persona/studente ha effetti positivi su tutti i livelli e gradi di istruzione (Kember, 2009), e mostra anche ottimi risultati quando viene applicata ai cosiddetti campi tecnici "aridi" come la biologia molecolare, la biochimica, la farmacologia ecc. (Knight & Wood, 2005; Kemm & Dantas, 2007; Costa, 2014), o quando si utilizzano le nuove forme di offerta didattica ibrida o e-learning assistita dal computer (Motschnig-Pitrik & Derntl, 2002).

Con queste premesse, i compiti principali dei formatori sono:

-facilitare un'alleanza di lavoro con i partecipanti al MOOC

- promuovere un clima relazionale di fiducia, rispetto e ascolto enfatico
 - se un partecipante ti fa una domanda di cui non conosci la risposta, sii trasparente e rispondi che non lo sai ma lo chiederai a qualche supervisore

 - fornire assistenza tecnica agli utenti del corso per permettere loro di accedere ai contenuti e utilizzarli correttamente
 - verificare che i partecipanti abbiano avuto accesso alla piattaforma e abbiano partecipato attivamente alla formazione;
 - garantire l'assistenza agli utenti del corso rispondendo a qualsiasi richiesta individuale relativa al corso di formazione;
 - promuovere il superamento della riluttanza all'uso degli strumenti tecnologici incoraggiando la familiarizzazione con le piattaforme virtuali;
 - fornire informazioni sulla disponibilità di risorse bibliografiche o sitografiche;
 - fornire nuovi strumenti tematici per consentire un costante aggiornamento sulle più importanti novità nazionali e internazionali;
- verificare l'uso attivo degli strumenti di interazione tra gli utenti del MOOC e promuoverne l'uso soprattutto a coloro che, per vari motivi, non partecipano attivamente alle attività online;
- promuovere l'uso del forum e, in particolare, l'apertura di discussioni e la discussione su argomenti relativi ai moduli formativi;
 - moderare le discussioni del forum;
 - verificare i risultati di apprendimento ottenuti dagli utenti durante il corso, favorendo la comprensione degli errori, eventualmente con un nuovo rinvio delle domande a cui è stata data una risposta incoerente o errata
 - partecipare alla valutazione dei compiti finali.

Bibliografia

Bibliography

- Anyanwu, U. S. & Iwuamadi, N. F. (2015). Student-centered Teaching and Learning in Higher Education: Transition from Theory to Practice in Nigeria. *International Journal of Education and Research Vol. 3 No. 8 August 2015. pp. 349-358.*
- Armstrong, J.S (2012). *Natural Learning in Higher Education. Encyclopedia of the Sciences of Learning.* Heidelberg: Springer.
- Aspy, D. and Roebuck, F. (1977). *Kids Don't Learn from People They Don't Like.* Amherst, MA: Human Resources Development Press.
- Aspy, D., & Roebuck, F. N. (1983). *Researching Person-Centered Issues in Education. Freedom to Learn for the '80s.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Aspy, D. and Roebuck, F. (1988). Carl Rogers' contributions to education. *Personcentered review, Newbury Park, CA, vol. 3, no. 1, 1018.*
- Bologna Process. (2009). Leuven/Louvain-La-Neuve Communiqué. *Leuven/Louvain-La-Neuve: Bologna Secretariat.*
- Bologna Secretariat. (2010). Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. http://media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf
- Brookfield, S. D. (1985). Self-Directed Learning: A Conceptual and Methodological Exploration, *Studies in the Education of Adults, 17/1, pp. 19-32.*
- Brown Wright, G. (2011). Student-Centered Learning in Higher Education. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education 2011, Volume 23, Number 3, pp.92-97. ISSN 1812-9129.*

- Caffarella, R. S. and O'Donnell, J. M. (1990). *Self-directed learning. Adults: Psychological and Educational Perspectives, No. 1. Nottingham: Department of Adult Education, University of Nottingham.*
- Caine, R. and Caine, G. (2011). *Natural Learning for a connected World: Education, Technology and the Human Brain.* Teachers College Press.
- Catalano, George D., and Karen Catalano. 1999. Transformation: From Teacher-Centered to Student-Centered Engineering Education. *Journal of Engineering Education* 88 (1). Wiley-Blackwell: 59–64. doi:10.1002/j.2168-9830.1999.tb00412.x.
- Cornelius-White, J.H.D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective-A meta-analysis. *Review of Educational Research.* 77 (1) pp.113-143.
- Cornelius-White, J. and Harbaugh, A: (2010). *Learner Centered Instruction.* Los Angeles: Sage.
- Costa, M. J. (2014). Self-Organized Learning Environments and the Future of Student-Centered Education. *Biochemistry and Molecular Biology Education* 42 (2). Wiley-Blackwell: 160–61. doi:10.1002/bmb.20781.
- Costa, A., & Kallick, B. (2004). *Assessment strategies for self-directed learning.* Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Curaj, A. et al. (eds.) (2012). *European Higher Education at the Crossroads: Between the Bologna Process and National Reforms.* Springer Science+Business Media Dordrecht 2012 DOI 10.1007/978-94-007-3937-6_9. ISBN 9400739370.
- Dewey, J. (1897). My pedagogic creed. *The School Journal.* LIV, 4. 77-80. pg. 77.
- Dewey, J. (1924). *Democracy and Education.* New York: Macmillan.

- European Standards and Guidelines for Quality Assurance In the European Higher Education Area-ESG; (2015). Bruxelles, Belgium.
- Ekstrom, A. J; Moser, C. S and Margaret Torn, M. (2011). Barriers to Climate Change Adaptation: A Diagnostic Framework. California Energy Commission. Publication Number: CEC-500-2011-004.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977.* New York: Pantheon.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed.* Transl. M. Ramos. First published 1968. New York: Bloomsbury.
- Gershon; Vincow, (1997). The Student-Centered Research University. *Innovative Higher Education* 21 (3). Springer Science + Business Media: 165–78. doi:10.1007/bf01243714.
- Geven, K.; Attard, A. (2012). Time for Student-Centred Learning? In: Curaj, Adrian; Scott, Peter; Vlasceanu, Lazar. *European Higher Education at the Crossroads.* ISBN 9400739370.
- Goswami, U. (2004). Neuroscience and Education. *British Journal of Educational Psychology* 1–14.
- Hill, J. (1994). *Person-centred approaches in schools.* Manchester: Manchester Pccs books.
- Jarvis, P. (1987a). ‘Malcolm Knowles’ in P. Jarvis (ed.) *Twentieth Century Thinkers in Adult Education,* London: Croom Helm.
- Kember, D. (2009). Promoting student-centred forms of learning across an entire university. *Higher Education.* 58 (1): 1–13.
- Kemm, R. E., & Dantas, A. M. (2007). Research-led learning in biological science practical activities: Supported by student-centred e-learning. *FASEB Journal,* 21(5), A220-A220.
- Knight, J. K., & Wood, W. B. (2005). Teaching more by lecturing less. *Cell Biology Education* 4(4), 298-310.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers.* New York: Delacorte Press.
- Kirschenbaum, H. and Henderson, V. L. (eds.) (1990). *The Carl Rogers Reader.* London: Constable.

- Knowles, M. (1975). *Self-Directed Learning*. Chicago: Follet.
- Knowles, M. (1984a). *The Adult Learner: A Neglected Species* (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.
- Knowles, M. (1984b). *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Knowles, M. S. (1990). Fostering competence in self-directed learning. In R. M. Smith (Ed.) *Learning to learn across the life span*. San Francisco: Jossey-Bass, 123–136.
- Lambert, M.N.; McCombs; B. (1997). *How Students Learn: Reforming Schools through Learner-Centered Education*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levine, E. (2002). *One Kid at a Time: Big Lessons from a Small School*. New York: Teachers College Press.
- McCombs, B. L. (2013). The Learner-Centered Model: From the vision to the future. In J. H.D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, & M. Lux (Eds.), *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach: Connections Beyond Psychotherapy*. New York: Springer.
- Motschnig-Pitrik, R., & Derntl, M. (2002). Student-Centered e-Learning (SCeL): Concept and application in a students' project on supporting learning. *Proceedings of International Workshop on Interactive Computer-Aided Learning (ICL) 2002, September 25-27, 2002, Villach, Austria*.
- OECD (2010). *The High Cost of Low Educational Performance, The Long-run Economic Impact of Improving Educational Outcomes*. OECD: Paris.
- Pintrich, P. R. (2000). The role of goal orientation in self-regulated learning. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Requena-Carrion, J., Alonso-Atienza, F., Guerrero-Curieses, A., & Rodriguez-Gonzalez, A. B. (2010, April). A student-centered collaborative learning environment for developing communication skills in engineering education. In: *Proceedings, Education Engineering (EDUCON), 2010 (pp. 783-786)*. doi: 10.1109/EDUCON.2010.5492499
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Houghton Mifflin, ASIN B000GPHHKK
- Rogers, Carl R. (1959). Significant Learning in Therapy and in Education. *Educational Leadership* 16 (1959): 232-242.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, ISBN 978-0-395-08409-0
- Rogers, Carl R. (1967). The Facilitation of Significant Learning. In: *Contemporary Theories of Instruction*. Ed. L. Siegel. San Francisco: Chandler.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: a view of what education might become*. Columbus, OH, Charles E. Merrill.
- Rogers, C. (1970). *Encounter Groups*, New York: Harper and Row.
- Rogers, C.(1975).Empathic: An Unappreciated Way of Being- The Counseling Psychologist, 1975, Vol. 5, No. 2-10.
- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. N.Y. Delacorte Press.
- Rogers, C. R. (1980). *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus, Charles E. Merrill.
- Rogers, C. R.; Lyon, C. H.; Tausch, R. (2014). *Becoming an Effective Teacher*. New York: Routledge.
- Silani, G.; Zucconi, A.; Lamm, C. (2013). Carl Rogers meets the Neurosciences: Insights from Social Neuroscience for Client Centered Psychotherapy. In: White-Cornelius, J.H.D.; Pitrik-Motschnig, R.; Lux, M., (Eds.) *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach, Research and Theory*. New York, Springer Science.
- Smith, R. M. (Ed.) (1990). *Learning to learn across the life span*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Smith, M. K. (2002). Malcolm Knowles, informal adult education, self-direction and andragogy', the encyclopedia of informal education. <http://www.infed.org/encyclopaedia.htm>
- Tausch, R., & Tausch, A. M. (1963/1998). *Erziehungs-Psychologie* (11th ed.). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Thorkildsen, A. T. (2011). Education as a Person-Centered Process. *PsycCRITIQUES* 56 (30). *American Psychological Association (APA)*. doi:10.1037/a0024227.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*, London: Sage.
- Weimer, (2002). *Learner-centered teaching: Five key changes to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zimring, F. (1994). Carl Rogers on Education. *Prospects: the quarterly review of comparative education*, Paris, UNESCO: *International Bureau of Education*, vol. XXIV, no. 3/4, 1994, p. 411-22.
- Zucconi, A. (2008). Effective Helping Relationships: Focus on illness or on health and well being? In B. Lewitt (Ed.). *Reflections of Human Potential: The Person-Centered Approach as a positive psychology*. PCC Books, U.K.
- Zucconi, A (2011). The Politics of the helping relationships: Carl Rogers contributions. *Journal of the World Association for Person-Centered Psychotherapy and Counseling*, Volume, 10 N.1, March 2011. pp. 2-10.
- Zucconi, A. (2013). The Psychology of Denial: Forms of Self-Inflicted Blindness in the Anthropocene Era In: Serageldin, I. & Mohammed, Y. Eds. *New Life Sciences: Linking Science to Society*. BioVision Alexandria 2012. Alexandria, Egypt: Bibliotheca Alexandrina, Alexandria, Egypt.
- Zucconi, A. (2015). Person-Centered Education. *Cadmus, Journal of the World Academy of Art and Science*. Volume 2 - Issue 5, October 2015. pp. 59-61.
- Zucconi, A. (2016). What kind of Education is Needed to Navigate the Fourth Industrial Revolution? *Book of Proceedings of the international conference on "Technology and Society, what kind of Future"*, held by the Montenegrin Academy of Sciences and Arts, in cooperation with WAAS, EASA, GRT and ALLEA, in Podgorica, on 19-20 May, 2016.

F THE DOCUMENTAND

Due giorni di formazione formatori IACP Care Path MOOC Program

Giorno 1

9.30 Alberto Zucconi, Antonella Doriano, Gabriele Castelnovo : Accoglienza dei tirocinanti e illustrazione del programma di formazione

9.50 Breve autopresentazione di tutti i formandi

10.15 Illustrazione di:

Progetto Percorso di cura

Formazione sul percorso di cura

Breve storia della definizione di Trauma

I vari tipi di trauma

11.15 Il peso del trauma sulla salute individuale e sociale

Il trattamento dei traumi in Italia

Risultati della valutazione dei bisogni formativi dei professionisti delle relazioni di aiuto condotta dallo IACP per il progetto Care Path

11.30 Break

11.45 Brevi note sulla costruzione sociale della diagnosi e del trattamento dei traumi

Brevi note sulla storia e la sociologia della traumatologia in Italia

I rischi iatrogeni della ritraumatizzazione

12.30 Discussione

13.00 Pranzo
14.30 Trauma e i Rischi per i professionisti:
Gestire lo stress e prevenire il burn out
Prevenzione e cura dei traumi vicari
15.30 Discussione
16.00 Etica e deontologia dei formatori IACP nel percorso di cura del MOOC
Prevenzione e Cura
Trauma Informed Care
16.30 Discussione
16.45 Break
17.00 l'importanza di approcci centrati sulla persona in questo settore
Il concetto di recovery
Promuovere il cambiamento con azioni di empowerment e responsabilizzazione
Esempi di buone pratiche
Esempi di cattive pratiche
17.45 Discussione
18.00 L'importanza della supervisione, del lavoro di squadra e dei gruppi di supporto
Terapeuta Aiuta te stesso: cura di sé stessi e work/life balance
Il sociogramma dei diversi professionisti che si dedicano ad utenti affetti da trauma
18..15 Domande e risposte e chiusura della prima giornata
18.30 Fine

Seconda giornata di Formazione IACP Train the Trainers

9.30 Bollettino come mi sento come partecipante di questo training
10.00 Denominatori comuni dei formatori efficaci
Alleanza di lavoro
Rispetto profondo degli utenti, non giudizio, libertà da pregiudizi e attitudini discriminatorie.
Il professionista efficace tutela e promuove i diritti degli utenti come contemplati nella carta dei diritti delle Nazioni Unite.
11.00 Discussione
11.30 Break
11.45 l'importanza dell'Empatia
L'importanza della Congruenza/autenticità
L'importanza dell'Empowerment, Responsabilizzazione e valorizzazione degli utenti
L'importanza di rispettare i confini
Errori da evitare
12.45 Discussione
13.00 Pranzo
14.30 Il Care Path Training e il Toolkit come utilizzarli in modo sinergico
Il Care Path MOOC
Il programma di formazione del Progetto Care Path on line
15,30 Discussione
16.00 Il formato MOOC
La pedagogia del MOOC Care Path
Nazione diverse, Diverse leggi e regolamentazioni
L'importanza di un disclaimer in termini di leggi, etica e deontologie
17.00 Discussione
17.30 Break

17.45 L'imperativo di operare sempre nella scienza e nella coscienza a beneficio degli utenti dei servizi

Etica e deontologia dei formatori IACP del Care Path Mooc

L'importanza di rispettare i confini professionali

Il Care Path Training e il Toolkit come utilizzarli in modo sinergico

18,00 Discussione

18.20 Chiusura del training per trainer del Care Path MOOC

18.30 Chiusura della seconda giornata

I

MODULES 1 and 2

-mmm

Italian Version

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-

2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made

of the information it contains.

Training and assessment

material

MODULES 3 and 4

-nnn

XXItalian Version

SEZIONE/MODULO 1: CORSO CARE PATH

SOTTOSEZIONE/LEZIONE 1: LE BASI TEORICHE

Unità 1: Introduzione e disclaimer. Alberto Zucconi - psicologo psicoterapeuta, presidente dell'Istituto Centrato sulla Persona

Salve, sono Alberto Zucconi, psicologo psicoterapeuta e presidente dell'Istituto Centrato sulla Persona che ha curato i primi due moduli di questo corso al quale volevo darvi il benvenuto.

Prima di tutto vorrei dire due parole come Alberto Zucconi, cittadino, e sono parole di gratitudine. Un grazie sincero ad ognuno di voi che lavora a supporto e tutela di minori traumatizzati. Il vostro è un lavoro importantissimo, sensibile, delicato, ma alcune volte anche molto pesante. Sappiamo bene che lavorare con persone che soffrono a volte fa anche soffrire e può anche portarci al burn-out. Quindi un grazie sincero perchè il vostro lavoro è a tutela di una realtà preziosa per una nazione e per una comunità: il capitale umano. Le persone traumatizzate hanno tutto il bisogno di tutte le cure possibili per essere aiutate a rientrare, a pieno titolo, ad essere membri attivi della comunità ed essere costruttivi per sé stessi e gli altri membri della comunità.

Vorrei aggiungere un'altra cosa, forse ovvia, ma che è meglio sottolineare: questo corso è indirizzato a tutti voi che siete diversa provenienza, professionalità e competenze e che - cosa risaputa - siete tenuti dalle leggi vigenti, dagli ordinamenti deontologici delle varie professioni e dalle regole interne delle varie organizzazioni di cui fate parte, a fare tutto quello che sapete

fare ed a cui siete è preposti a fare e di non valicare i confini e i limiti, perché questo non sarebbe certo a favore dei vostri assistiti.

Aggiungo ancora un'altra cosa ovvia, per complicare le cose le leggi non sono le stesse in tutte le nazioni europee e questo è un corso indirizzato a varie nazioni e in varie lingue, quindi - ovviamente - l'aspettativa è quella di erogare un corso a persone consapevoli del fatto che anche rispettare i limiti significa lavorare efficacemente ed efficientemente.

Ancora grazie per essere saliti a bordo di questa avventura e grazie per il lavoro quotidiano che svolgete con passione.

Unità 2: che cos'è una relazione di aiuto. Gabriele Castelnuovo

Siamo qui insieme oggi proprio per parlare di relazione di aiuto, soprattutto per andare a definire che cosa sia una relazione d'aiuto; per fare questo è necessario partire dal paradigma di riferimento. Sappiamo e abbiamo visto che il paradigma si è modificato. All'inizio del '900 c'è stato un grosso cambiamento e si è passati da un paradigma meccanicistico riduzionista ad uno olistico e sistemico. Anche il modo di intendere una relazione di aiuto è cambiata, infatti nel paradigma meccanicistico riduzionista la relazione d'aiuto era caratterizzata da un'asimmetria: il professionista era l'agente significativo che imponeva al proprio paziente la visione della realtà, la sua visione della realtà, in qualche modo agiva creando degli effetti nel proprio paziente e quindi questi era passivo presso il professionista.

Con l'adozione del nuovo paradigma molte cose si sono modificate perchè sappiamo che il centro è divenuto la relazione: l'importanza non è sulle parti, ma sulla relazione in cui sono queste parti e che vanno con essa ad essere qualificate. La relazione d'aiuto alla luce di questo nuovo paradigma quale può essere? Per aiutarci a definirla leggiamo le parole scritte da Carl Rogers già nel 1951, autore che occupa un posto di primo piano nell'intendere la relazione di aiuto proprio in questa ottica. Carl Rogers ci dice: "la relazione d'aiuto è una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato; l'altro in questo senso può essere un individuo o un gruppo. In altre parole la relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o in ambedue le parti, una maggiore realizzazione delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione".

Si evince qui le parole che meglio risaltano sono valorizzazione, promozione, risorse e quindi questa nuova ottica in cui vedere la relazione di aiuto è un'ottica che pone i due protagonisti della relazione in una parità, così il professionista non sarà l'esperto agente significativo, ma sarà colui che andrà a promuovere tutte quelle risorse che sono intrinseche all'altra persona. Così facendo potrà innescare un processo di co-costruzione della realtà più funzionale per il cliente andando così ad accompagnarlo in un processo, stando però lì dove è lui.

Allora quale caratteristiche deve avere il professionista delle relazioni di aiuto oggi? Sicuramente deve poter farsi forza attraverso un sapere, deve cioè avere un *corpus* di nozioni teoriche a cui appoggiarsi, deve oltretutto saperle applicare e quindi queste teorie vanno anche rese concrete, vanno applicate e sapute applicare nella relazione. Oltre al saper fare, dato che il *focus* della relazione è proprio la qualità della relazione stessa, sarà necessario saper essere, sapere cioè mettere in campo tutte quelle condizioni e qualità che facilitano e rendono una relazione di aiuto efficace. Tra queste sappiamo sicuramente che l'autenticità è una, che il saper vedere il mondo con gli occhi dell'altro è la seconda e che la terza è il non giudicare il cliente, ma riuscire ad accoglierlo.

Se questo è possibile, se queste tre condizioni saranno attuate dal professionista, tutto si avvierà verso un processo di cambiamento e di miglioramento.

Unità 3: Il differenziale di potere, i rischi di passività appresa, da pazienti passivi a cittadini attivi. Alberto Zucconi

Il potere è sempre presente nelle interazioni umane. Dove due o più persone interagiscono c'è sempre un potere che può essere oscurato o messo in evidenza. In genere la storia ci insegna che coloro i quali hanno molto potere non amano molto discutere su questo argomento perché temono di avere meno potere se c'è trasparenza sui differenziali di potere.

I differenziali di potere esistono ovviamente sempre anche nelle relazioni di aiuto. Il professionista, l'esperto, colui o colei il quale offre un servizio ha più potere dell'utente, cliente, paziente che si voglia definire. Perché? Perché sa qualcosa di cui l'utente non conoscere esattamente gli elementi, in più può offrire al cliente qualcosa di cui il cliente ha bisogno, inoltre disegna le regole del setting (cioè della fruizione del servizio) e può addirittura sospendere l'erogazione del servizio stesso. Insomma c'è sempre un differenziale di potere tra chi eroga un servizio e chi lo riceve.

In passato, con il paradigma meccanicistico-riduzionista, nelle relazioni di aiuto il differenziale di potere era molto elevato. Si è visto, alla luce anche del nuovo paradigma della Carta di Ottawa e del paradigma biopsicosociale, che questo non era auspicabile perché un differenziale di potere eccessivamente alto può portare al fruitore del servizio ad assumere una connotazione passiva che non aiuta a raggiungere gli obiettivi del servizio stesso.

Oggi quindi si tende a centrarsi sugli utenti, sulle persone dei clienti, ed incoraggiare il cambiamento attraverso azioni di *empowerment* che responsabilizzano il cliente a sviluppare le proprie capacità, la propria creatività e la propria resilienza. Questo, le ricerche lo evidenziano in molto chiaro, è veramente utile in quanto in tutti i campi delle relazioni di aiuto si ottengono migliori risultati in minor tempo e si abbassano - per esempio nel campo della salute e del benessere - effetti secondari e ricadute; quindi il mondo si sta sempre più orientando all'evidenza che tutti guadagnano se il potere è condiviso e se tutte le persone contribuiscono a raggiungere gli obiettivi. Tutto ciò anche a livello della società e quindi una cittadinanza attiva, consapevole contribuisce molto di più ad una ecologia sociale e alla costruzione comune della policy: per relazioni sostenibili una policy sostenibile.

Ciò è vero anche quando si erogano servizi ai bambini che sono piccole persone, non sono bambini che non capiscono e che non sono responsabili, questa costruzione sociale dei bambini come delle "piccole cose" è senz'altro obsoleta.

Unità 4: il coping. Alberto Zucconi

A cosa servono le relazioni di aiuto per coloro che se ne avvalgono? Abbiamo sottolineato in precedenza, quando abbiamo evidenziato l'obiettivo della carta di Ottawa del paradigma biopsicosociale, è quello non solo di curare le malattie, ma di sviluppare il potenziale di salute e benessere, la capacità di apprendimento attivo e di sviluppare la propria creatività e resilienza.

Un'altro modo di appellare questa capacità innata negli organismi umani è quella di *coping*: termine inglese che in italiano significa saper gestire le proprie evenienze di vita; in altre parole di saper gestire al meglio le capacità di relazione con me stesso, con gli altri e con il mondo che mi circonda. Sappiamo che nelle relazioni di aiuto, per quanto riguarda le qualità che il professionista efficace a prescindere dall'approccio che usa, questi per essere efficace deve sapersi relazionare con il suo utente con alte qualità di rispetto profondo e non pregiudizio, di comprensione empatica non solo di quello che dice l'utente, ma quello che sente, i suoi significati, e rapportarsi a lui con onestà, autenticità, trasparenza. E necessario però anche da parte dell'utente, cliente, paziente delle capacità perché questo funzioni, poiché si tratta di un gioco di squadra.

Nelle relazioni di aiuto gli utenti che si potrebbero definire "efficaci", sono utenti che sono sinceri e si sentono motivati al cambiamento, magari perché non stanno bene e vogliono

cessare di soffrire in qualche maniera, inoltre hanno la capacità di entrare in contatto psicologico con il professionista che lavora con loro e di percepire le qualità relazionali che il professionista mette nella relazione.

Queste capacità fanno sviluppare, insieme anche alla capacità di perseveranza, all'essere disponibile ad imparare dagli errori, con il coraggio che serve per di ammettere che si ha sbagliato, per far diventare l'errore un saggio maestro. Questo sottolinea quanto il *coping* sia una situazione ottimale di funzionamento e il risultato di un gioco di squadra del professionista e del suo cliente per il raggiungimento di obiettivi di maggiore qualità di vita e maggiore realizzazione delle intrinseche potenzialità che ognuno di noi è nato proprio e sono descritte nel suo codice genetico e poi sviluppate ulteriormente, più o meno con le condizioni ambientali che noi troviamo, ma anche con l'attitudine che abbiamo e come ci poniamo di fronte alla vita.

SOTTOSEZIONE/LEZIONE 2: I DENOMINATORI COMUNI DELL'EFFICACIA

Unità 1: centrarsi sulla malattia o sullo sviluppo delle potenzialità umane

Centrarsi sulla malattia o sulla salute? Le ricerche ci mostrano che è molto meglio centrarsi sulla salute perché si ottengono maggiori successi e si abbassano i costi. Perché ciò avviene? Perché nel precedente paradigma meccanicistico riduzionista la persona che aveva bisogno di aiuto era in una condizione di passivizzazione, infatti l'appellativo paziente può diventare in un certo senso troppo paziente, cioè troppo passivo; indicare l'assunzione di una passività acquisita. Questo è un rischio molto meno evidente nel nuovo paradigma perché si incoraggia la persona all'uso del proprio potere ad essere ed entrare in una *partnership*, dove anche al il potere decisionale è condiviso tra professionista e il suo utente. Inoltre le ricerche ci mostrano che con un approccio di promozione alla salute e del benessere si ottengono, per le stesse categorie di utenti, risultati migliori. Per esempio un rapporto proattivo dei pazienti con una buona relazione con lo staff ospedaliero, nel caso in cui si tratti di ricevere un intervento chirurgico, attraverso il nuovo modello la durata dei giorni di degenza è inferiore e minori sono le conseguenze negative post operatorie, maggiore è lo sviluppo delle difese immunitarie e maggiore è la *compliance*, cioè la collaborazione con il medico e gli infermieri per rispettare le istruzioni di manutenzioni che possono essere di non fare o fare delle cose, prendere regolarmente dei farmaci. Il nuovo modello mostra anche molto minore litigiosità da parte degli utenti nei confronti delle strutture sanitarie e risulta anche molto meno frequente il cambio medico curante. Quello che era forzato, quindi, era la capacità di collaborazione dell'utente e questo nuovo paradigma non solo favorisce i risultati per l'utente e per i suoi familiari, ma per la società tutta, perché una società dove le persone sviluppano più il loro potenziale si ammalano di meno, hanno vite più longeve e meno contrastate da malattie; è una società più prospera. Insomma promuovere la salute e il benessere è una opzione win-win dove tutti risultano vincenti e i risultati parlano da soli.

Unità 2: mettere la persona al centro si traduce in maggiore efficacia e offre un miglior rapporto costi/benefici. Alberto Zucconi

Vorrei dire alcune parole su le relazioni psicoterapeutiche efficaci. La psicoterapia è una delle tante relazioni di aiuto, ma regolata dalle leggi in maniera specifica: per esempio qui in Italia soltanto medici psicologi possono - se hanno fatto una scuola di specializzazione di almeno quattro anni - erogare servizi di psicoterapia; gli altri non possono, sarebbe un reato perché tutto quello che impatta un organismo - e quindi fa bene - può, se non saputo promuovere nella maniera giusta, ovviamente fare male.

Ebbene le riceve mostrano che l'efficacia nel campo della psicoterapia non deriva dallo specifico approccio teorico, deriva molto di più dalle qualità relazionali degli psicoterapeuti appartenenti ai vari approcci psicoterapici e, come nelle relazioni di aiuto, anche nelle relazioni psicoterapeutiche le stesse variabili, gli stessi fattori, sono operanti. Un psicoterapeuta efficace non lo è perché applica un certo modello teorico, lo è perché ha la capacità di relazionarsi con il suo utente con ampie dosi di capacità di accoglienza, non giudizio, rispetto profondo e perché ha la capacità non solo di ascoltare quello che il suo utente/paziente/cliente gli dice, ma che cosa significa per la persona dell'utente. È poi capace di relazionarsi al cliente in maniera genuina, spontanea, trasparente, ma non basta perché la relazione psicoterapica come ogni relazione di aiuto è un gioco di squadra, una co-costruzione e quindi il cliente, l'utente, il paziente ci mette del suo, altrimenti non funziona. E cosa? La motivazione che spesso viene fornita dalla sensazione di disagio - e quindi la motivazione al cambiamento - e poi la capacità di contatto psicologico con quello psicoterapeuta e, inoltre, la terza condizione: essere capace di percepire la qualità delle relazioni e quelle qualità che sono fondamentali, cioè: il rispetto profondo, l'ascolto empatico e l'autenticità del suo psicoterapeuta.

In questo modo la diade potrà funzionare con risultati molto positivi e più efficaci se la persona per lo stesso disagio ricevesse solo un trattamento farmacologico, o ovviamente nessun trattamento.

Insomma anche nel settore psicoterapico la relazione efficace è buona medicina.

Unità 3: la recovery. Alberto Zucconi

L'organizzazione Mondiale della Sanità ed anche le ricerche nel campo delle relazioni di aiuto, suggeriscono che per avere maggiore efficacia e efficienza dei trattamenti è raccomandabile centrarsi, focalizzarsi, sulla persona dell'individuo di quel cliente che abbiamo preso in carico. Insomma, è importante personalizzare i trattamenti, non come fossero giusto un barattolo di vernice bianco e allora dipingiamo di bianco a prescindere da chi sono gli utenti.

Come la psicoterapia va personalizzata, anche le relazioni di aiuto vanno personalizzate, perché così si aiuta meglio Gino, Maira, Joseph, Mary, etc. Perché dobbiamo stabilire al massimo un lavoro di squadra e impegnarci seriamente in un percorso che vede l'altro come protagonista di questa avventura di cambiamento.

La Task Force 29, che abbiamo già menzionato, dell'American Psychological Association, mostra l'importanza di centrare sulle persone i trattamenti e raccomanda, inoltre, anche un'altro aspetto importante: che i trattamenti, la loro filosofia, deve essere impostata a concetti di *recovery* invece che come si faceva precedentemente, ad una facile e pessimistica visione di cronicità.

Che cos'è la *recovery*? La *recovery* negli ultimi decenni ha sviluppato una capacità, con le stesse problematiche di essere maggiormente d'aiuto, e ha sfatato alcuni miti, come quello che la schizofrenia è un'affezione, una patologia, cronica. Prima si pensava così, ma il fatto di pensare in questo modo costituiva anche una profezia autoavverante e questo, se ci pensiamo bene, è un po' una ovvietà. Tanto è vero che, sempre usando l'esempio della schizofrenia, noi sappiamo che esiste in ogni paese, tuttavia nessuna cultura la tratta ugualmente. In alcune società e culture lo schizofrenico, lo psicotico, viene considerato come una persona toccata dagli dei e perciò la comunità lo vive con rispetto, benevolenza e gli offre cibo, riparo quando ne ha bisogno; in altre società invece è un reietto che viene bandito dalla comunità e incatenato ad un albero nella foresta. Nella nostra cultura, in epoche diverse, abbiamo trattato queste persone in maniera molto diversa, a volte anche crudelmente, ma ovviamente lo facevamo per il loro bene, come quando credevamo che fosse un fenomeno derivante da una possessione diabolica e allora torturavamo questi poveretti con ferri roventi

così, se il corpo posseduto da un diavoletto diventava per questo scomodo si sperava che il diavolo ne uscisse; oppure abbiamo trattato le persone con tanti altri mezzi, ma sempre facendo la profezia della cronicità e puntualmente queste profezie si avverano.

Con la visione della *recovery*, che dice “no, qualsiasi sia la tua situazione, anche disperata, come nella schizofrenia, puoi recuperare funzionalità”, ebbene si realizza una profezia positiva che, come tutte le profezie, in certa misura si avvera. Per cui oggi vediamo che chi viene visto con maggiore ottimismo soddisfa queste profezie. Abbiamo quindi persone che ancora vedono cose che gli altri non vedono, sentono voci che altri non sentono, ma sono consulenti pagati in un'ASL impiegati per consigliare come trattare persone con le stesse affezioni in maniera più umana e ottimistica, e poter realizzare - invece di profezie negative - delle profezie positive che sono ugualmente autoavveranti. La profezia, infatti, bisogna stare attenti dove ci conduce.

Unità 4: l'efficacia professionale nelle relazioni di aiuto: denominatori comuni e aspetti specifici delle diverse relazioni di aiuto. Alberto Zucconi

Oggi disponiamo di una vasta messe di ricerche ci illustrano in cosa consiste l'efficacia professionale per un professionista che eroga dei servizi nell'ambito delle relazioni di aiuto. La ricerca parte da delle ipotesi genialmente formulate dai Carl Rogers, colui che sarà il fondatore dell'approccio centrato sulla persona e uno dei padri della psicologia umanistica.

Nel lontano 1942 Rogers formulò scientificamente delle ipotesi e passò alla sua verifica empirica su quello che costituiva in un professionista le condizioni necessarie e sufficienti per promuovere il cambiamento. Queste erano e sono state confermate fino ad oggi dalle ricerche: la capacità di stabilire una relazione con l'utente, il cliente, ricca di un'attitudine di non giudizio, un'accoglienza profonda nel suo rispetto della persona dell'utente, una capacità sensibile e accurata di ascolto empatico - cioè capire non solo quello che il cliente dice, ma anche quello che significa per lui - e anche un'attitudine di autenticità, schiettezza ed onestà nella relazione.

Queste ipotesi che furono subito confermate sono state via a via confermate e operanti in tutte le relazioni di aiuto, nessuna esclusa, quindi in questo Rogers dette un grande contributo ad un passo avanti delle relazioni di aiuto basate non su convenzioni, ma propriamente sulle delle basi empiriche e quindi scientifiche.

Credo ancora più eloquente sarà ascoltare direttamente da Carl Rogers in persona che illustra queste tre condizioni necessarie e sufficienti in un suo famoso filmato:

“From my own years of therapeutic experience I have come to feel that If I can create the proper climate, the proper relationship, the proper conditions, the process of therapeutic movement will almost inevitably occur in my client. You might ask, what is this climate? What are these conditions? Will they exist in the interview with the women I'm about to talk with whom I have never seen before? Well let me try to describe very briefly what these conditions are as I see them. First of all, one question is, can I be real in the relationship? This has come to have an increasing amount of importance to me over the years. I feel that the genuineness is another way of describing the quality I would like to have. I like the term congruence, by which I mean, what I'm experiencing inside is present in my awareness and comes out through in my communication. In a sense, when I have this quality, I'm all in one piece in the relationship. There's another word that describes it for me, I feel that in the relationship I would like to have a transparency, I would be quite willing for my client that sees all the way through me, that there would be nothing hidden. When I'm real in this fashion that I'm trying to describe then, I know that my own feelings will often bubble up into awareness and be expressed, but be expressed in ways that won't impose themselves on my client. Then the second question I would have is, will I find myself praising this person, caring for this person. I certainly don't want to pretend a caring that I don't feel. In fact, if I

dislike my client persistently, I feel it's better that I should express it. But I know that the process of therapy is much more likely to occur, and constructive change is much more likely, if I feel a real spontaneous prising of this individual with whom I am working. A prising of this person as a separate individual. You can call it acceptance, you can call it caring, you can call it a non-possessive love if you wish. I think any of those terms tend to describe it. I know that the relationship will prove more constructive if it's present. And in the third quality, will I be able to understand the inner world of this individual, from the inside, will I be able to see it through her eyes, will I be sufficiently sensitive to move around inside the world of her feelings, so that I know what it feels like to be her. So that I can sense not only the surface meanings but some of the meanings that lie somewhat underneath the surface. I know that If I can let myself sensitively and accurately enter into her world of experience than change and therapeutic change are much more likely."

"Dai miei anni di esperienza terapeutica ho avuto la sensazione che se riuscissi a creare il clima giusto, la relazione corretta, le condizioni adeguate, il processo di movimento terapeutico potrebbe avvenire quasi inevitabilmente nel mio cliente. Potresti chiedere, che cos'è questo clima? Quali sono queste condizioni? Esisteranno anche nelle interviste con le donne o con le persone che non ho mai visto prima? Bene, lasciami provare a descrivere brevemente quali sono queste condizioni quando le vedo. Prima di tutto, una domanda è: posso essere reale nella relazione? Questo ha acquisito un'importanza crescente per me nel corso degli anni. Sento che la genuinità è un altro modo di descrivere la qualità che vorrei avere. Mi piace il termine congruenza, con cui intendo ciò che sto vivendo dentro, che è presente nella mia consapevolezza ed emerge attraverso la mia comunicazione. In un certo senso, quando ho questa qualità, sono tutto in un pezzo nella relazione. C'è un'altra parola che lo descrive, sento che nella relazione vorrei avere una trasparenza, sarei abbastanza disposto per il mio cliente che vede attraverso di me, che non ci sarebbe nulla di nascosto. Quando sono reale in questo modo che sto cercando di descrivere in quel momento, so che i miei sentimenti spesso si diffondono nella consapevolezza e si esprimono, ma si esprimono in modi che non si imporranno sul mio cliente. Quindi la seconda domanda che avrei è, mi troverò a lodare questa persona, a prendermi cura di questa persona? Non voglio certo fingere un affetto che non provo. In effetti, se non mi piace il mio cliente, sento che dovrei esprimerlo. Ma so che è molto più probabile che si verifichi il processo di terapia, e che il cambiamento costruttivo sia molto più probabile, se provo un vero e proprio sentimento spontaneo per questo individuo con cui sto lavorando. Un sentimento per questa persona come individuo separato. Puoi chiamarlo accettazione, puoi chiamarlo cura, puoi chiamarlo amore non possessivo se lo desideri. Penso che uno qualsiasi di questi termini tenda a descriverlo. So che la relazione si dimostrerà più costruttiva se presente. E nella terza qualità, sarò in grado di capire il mondo interiore di questo individuo, dall'interno, sarò in grado di vederlo attraverso i suoi occhi, sarò sufficientemente sensibile per muoversi all'interno del mondo dei suoi sentimenti, quindi che so cosa si prova ad essere lei. In modo che io possa percepire non solo i significati della superficie ma alcuni dei significati che si trovano in qualche modo sotto la superficie. So che se riesco a farmi entrare sensibilmente e accuratamente nel suo mondo di esperienza, il cambiamento e il cambiamento terapeutico sono molto più probabili. "

SOTTOSEZIONE/ LEZIONE 3: I TRAUMI

Unità 1: la definizione di trauma. Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli -Università Cattolica di Roma

Il trauma che cos'è? Come possiamo definirlo? Il trauma è, in realtà, un'esperienza, un fenomeno stressante - spesso improvviso - che oltrepassa le possibilità della persona/soggetto di reagire e di difendersi dal trauma stesso. In realtà il trauma è qualcosa che soverchia le forze di opposizione di una persona che ne è esposta.

Il trauma è stato studiato in vari modi, esistono traumi acuti - per esempio dovuti a catastrofi naturali o tecnologiche - esistono situazioni traumatiche di tipo cronico/ripetuto - come ad esempio quello a cui sono spesso esposti i bambini - ma quello che si può dire è che la storia del trauma, da un punto di vista clinico, inizia proprio con lo studio delle nevrosi post-traumatiche, le quali sono state studiate anche da Freud - e quindi nel contesto della psicanalisi - e sono state riprese poi da altri autori.

Perché nevrosi post-traumatiche? perché dopo le grandi guerre - in particolare in seguito alla prima guerra mondiale e alle guerre successive - si sono notati molti disturbi da esposizione a traumi bellici che hanno poi comportato delle conseguenze psicologiche e che in seguito sono state riprese dai sistemi di classificazione psichiatrica, quindi della psicopatologia, come disturbo post-traumatico da stress.

Questo disturbo post-traumatico da stress è l'unico disturbo in psichiatria che è certamente e sicuramente dovuto da un fattore esterno; questo fattore è appunto il trauma. Non è quindi necessario ad una persona che si espone, per esempio, ad un terremoto o ad una inondazione, di essere portatore di una sua debolezza, fragilità o vulnerabilità, perché il trauma è talmente importante e soverchiante delle forze dell'individuo che di per sé è in grado di indurre delle conseguenze a livello psicologico e a livello anche fisico. A livello fisico in quanto tra i sintomi più importanti di quello che oggi si chiama disturbo post-traumatico da stress ci sono, per l'appunto, i sintomi di tipo neurovegetativo: sintomi di allerta, di aumentato *arousal*, ovvero di aumento della vigilanza e della reattività agli stimoli esterni. Questo quindi significa che una persona porta dentro di sé anche dei segni oggettivi, e non soltanto dei sintomi soggettivi, dell'impatto che il trauma ha avuto su di lei.

Il trauma è stato studiato anche dal punto di vista dei meccanismi psicologici, i quali sono molto importanti: quello che ha studiato la psicoanalisi, fin dalle origini, è stato il fatto che un trauma - in particolare se precoce, ad esempio nell'infanzia - è soggetto ad un processo di rimozione; questa rimozione non significa però che il trauma viene dimenticato, negato o sepolto, il trauma può ricomparire, essere riattivato, in un momento successivo - ad esempio nella vita adulta - magari per effetto di un altro trauma che per certi versi richiama il trauma precedente. Questo è un meccanismo in due tempi che Freud aveva studiato accuratamente secondo cui c'è un primo trauma che, in un certo senso, sensibilizza ed un secondo trauma che ripropone al soggetto la condizione di essere vittima, di impotenza e fragilità in cui si era trovato, riproponendo così di fatto la situazione riconducendo a nuovi sintomi ed ad una situazione clinica che il soggetto sperimenta come se fosse la prima volta.

Detto questo il trauma del disturbo post-traumatico da stress si verifica invece in un modo puntuale e che mette a repentaglio la vita del soggetto. Può essere causato da motivi bellici, di tortura, per motivi tecnologici o ambientali, ma questo trauma è di tipo puntuale e ben riconoscibile nella vita del soggetto.

Unità 2 Il trauma tipo I. Camillo Loriedo - psichiatra-psicoterapeuta

Analizziamo il tipo di trauma che può comportare il disturbo alimentare. Il trauma classico, quello che colpisce una volta, che è un evento particolarmente grave, in realtà costituisce forse il caso meno frequente anche se è particolarmente importante per gli effetti devastanti che può produrre su una persona. Si tratta di eventi gravi che hanno un aspetto negativo, che

può incidere sulla vita di una persona tanto da produrre un danno psichico o fisico, oppure di entrambe le nature, e che può durare per diversi anni nella vita di una persona.

Abitualmente ritroviamo questo trauma in quella che si chiama disturbo post-traumatico da stress, ma è molto frequente nel disturbo alimentare, in particolare in alcune forme di disturbo alimentare. Questo si può suddividere in due parti:

- Il trauma fisico, che è quello soprattutto che può capitare nella vita in momenti o particolarmente drammatici quali lo stupro, la rapina, la violenza fisica, il combattimento in guerra, un disastro naturale (come uno tsunami o un terremoto), un incidente in auto molto grave, un incidente ferroviario
- Il trauma soprattutto di tipo psichico: quando la vita di una persona viene messa in pericolo fortemente dalla minaccia di qualcuno, di qualche situazione particolare in cui la persona può trovarsi, in cui non derivano fatti con lesioni fisiche, ma semplicemente una minaccia così estrema e forte che difficilmente la persona riesce a cancellarla dalla sua mente nel suo prossimo futuro.

Per le persone soggette al trauma di tipo I, detto anche “trauma focale”, il trauma è detto “single blow”, colpisce cioè una volta, ma lascia tracce pesanti e sulla sintomatologia di tipo alimentare ha un effetto molto simile a quello del disturbo post-traumatico.

Un trauma di questo genere può avere una serie di conseguenze, tra cui il disturbo alimentare è uno dei più comuni, e poi una serie di sintomatologie piuttosto estese che può comportare una serie di tratti che, straordinariamente e particolarmente, si trovano tutti presenti nel disturbo del comportamento alimentare. Vale a dire il comportamento da disturbo alimentare non è solo un comportamento alimentare, ma questi sintomi possono accompagnare, frequentemente ed in quasi i tutti i casi si ha questa sintomatologia, tutti i singoli disturbi dell'alimentazione e sono in particolare: un'autostima bassa, una tendenza molto forte alla depressione, una immagine del proprio corpo e della sessualità particolarità distorti, un alto rischio suicidario, disturbi d'ansia, uso di sostanze alcoliche, disturbi del sonno, disturbi dissociativi, perdita di memoria, aggressività e disturbi della personalità.

È un corteo sintomatologico che non ci stupisce mai di trovare nei disturbi alimentari i quali non vengono mai da soli, ma sono sempre accompagnati da sintomi di questo genere o da vere e proprie patologie che completano il quadro del disturbo alimentare e raramente sono assenti.

Abbiamo, in particolare, il trauma che lascia una traccia - come questo trauma di tipo I - il quale si verifica soprattutto producendo alexithymia, che è un disturbo delle emozioni che impedisce ad una persona di esprimere aperta le proprie emozioni con le parole. La tendenza in questo caso, dopo un trauma di tipo I, è di esprimere emozioni soprattutto a livello non verbale, con il proprio corpo, e queste sensazioni possono essere molto gravi e possono comportare una disregolazione emotiva, anche notevole, fino al punto in cui la persona mostra una impulsività di un certo livello, e sappiamo - perché questo è uno dei riscontri più frequenti che troviamo - che esistono delle forme di bulimia nervosa in cui il trauma di questo tipo (ad esempio l'abuso) sono di tale gravità ed entità da produrre delle sintomatologie che possono portare ad una perdita di controllo notevole e diffusa a diversi livelli. In particolare, soprattutto quanto avviene in una fase precoce dello sviluppo, quando il trauma è drammatico, quando le variabili familiari sono gravi da sostenere e da supportare, in questi casi si corre il rischio di bulimia multicomplussiva: una forma di bulimia molto grave e pericolosa in cui insieme ai comportamenti bulimici si manifestano alterazioni della personalità del comportamento alimentare e soprattutto impulsività che può riguardare la sessualità, la tendenza ad assumere cibo in maniera incontrollata e senza sentirne il sapore, ma che ad esempio può comportare- comportamento tipico di quelle persone attuano furti nei supermercati, che consumano il cibo nel supermercato e non possono aspettare di tornare a casa per mangiare anche se avrebbero la possibilità di acquistare cibo.

Una disinibizione dei propri impulsi che abbiamo visto può riguardare anche la sessualità, ma soprattutto, più importante e più pericolosa, l'impulsività autolesiva per la quale abbiamo comportamenti autolesivi quali tagliarsi o tentare il suicidio. Questo tipo di bulimia, quella multi compulsiva è la più pericolosa conosciuta, in particolare per l'elevato tasso di suicidi. Concludendo un trauma di tipo I ha come conseguenza, in particolare se l'ambiente non è supportivo, questa forma di bulimia che è sicuramente la forma più pericolosa conosciuta in particolare per il rischio suicidario molto elevato.

Unità 3: Il Trauma di Tipo II. Camillo Lorio - psichiatra-psicoterapeuta

A fianco trauma di tradizionale, quello single blow, che conosciamo come il grande trauma che cambia la vita di una persona, esiste un'altro tipo di trauma che si chiama trauma di tipo II, ma è soprattutto il trauma di minore gravità ma che si ripete nel tempo, con una frequenza tale che le persone iniziano a prevederlo, ma non possono prevedere esattamente quando avverrà e questa attesa ed aspettativa ha un effetto logorante: produce nel soggetto una sensazione di impotenza estremamente forte che dà a questi la sensazione di non essere padrone di se stesso.

In questo tipo di trauma si riscontra frequentemente disturbi alimentari, può esserci una storia di conflitti molto violenti nell'ambiente domestico a cui il ragazzo, l'adolescente, a volte il bambino, hanno assistito per lunga parte della loro vita senza conoscerne il termine; può essere infatti che questo conflitto violento possa sfociare in un vero e proprio comportamento violento che può produrre anche danni gravi o addirittura delle perdite.

Questo tipo di trauma che si ripete crea una situazione di attesa molto drammatica per la persona, si aspetta che ci possa essere opposizione anche se non è detto che avvenga, tuttavia la traumatizzazione è dovuta all'attesa estremamente forte e si ripete con tale frequenza che la vita successiva della persona può arrivare allo stesso tipo di timore anche qualora queste esperienze di tipo traumatico sono cessate. In certi casi si manifesta una tendenza nelle persone a ripetere il tipo di trauma, per esempio: in una giovane donna che ha assistito per tutta la vita alle liti tra padre e madre a causa dei tradimenti dell'uno verso l'altro, in tutte le realtà di vita successiva ha saputo soltanto scegliere partner che manifestavano comportamenti infedeli, quali tradimenti che aumentavano in lei il bisogno di scoprire il tradimento vi era o meno; questo tipo di atteggiamento in un certo qual modo diventa una ripetizione della previsione dell'evento dannoso con la paura che si possa verificarsi da un momento all'altro, come se il momento dell'infanzia non fosse mai passato.

Il trauma di tipo II produce, fra l'altro, una tendenza al diniego massivo, l'intorpidimento affettivo - come se la persona tendesse ad eliminare le sensazioni di tipo emotivo - quindi si tratta di soggetti che si comportano come se fossero "raffreddate", come se non avessero altre sensazioni in certi momenti della loro vita; questo è chiamato *numbing* che si manifesta come forma di intorpidimento che è uno degli elementi di base del cosiddetto disturbo dissociativo: un disturbo in cui la persona perde la capacità di avvertire le sensazioni normali, come se perdesse delle capacità sensoriali significative, se si assentasse o non facesse parte della vita reale di tutti i giorni in alcuni momenti della sua esistenza.

A questo si accompagna, soprattutto nei disturbi alimentari e ancora più nei disturbi alimentari in cui si manifesta perdita di controllo quindi anoressia non restrittiva o anoressia con condotte bulimiche o vere e proprie bulimie, in questi comportamenti si nasconde sempre una profonda rabbia: il soggetto è passivo, sembra non reagire, ma quando compie un atto si percepisce in lui o in lei una forte rabbia, quali manifestazioni di aggressività verso l'esterno sono molto contenute, ma quando il soggetto prova forti emozioni può esplicitare la sua forte rabbia fino ad arrivare a veri e propri agiti i quali hanno come conseguenza anche comportamenti violenti nei confronti di se stessi o degli altri.

Il soggetto manifesta una tristezza incessante, non di tipo intermittente, che è stabile nella persona come se ci fosse stato un trauma infantile che produce una pausa costante la quale a sua volta produce un senso di disperazione che comporta una tristezza che si estende a tutta la vita.

Si tratta, come si è detto, di traumi piccoli che si accumulano, ma sono stati chiamati anche traumi complessi o traumi relazionali poiché dipendono da una serie di relazioni continue che si hanno nei confronti degli altri, quindi nella vita di una persona può accadere che chi ha subito questi traumi abbia vissuto nell'ambiente di casa, soprattutto quello familiare, momenti traumatici molto forti. Sono, quindi, traumi costanti che si ripetono e che producono sintomi dissociativi di cui abbiamo parlato o di regolazioni emotive.

Unità 4. Il trauma complesso. Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli -Università Cattolica di Roma

La storia del trauma è una storia complessa, fatta di corsi e di ricorsi storici. Di fatto, negli ultimi venti anni fino ad oggi, con l'ultima edizione del sistema di classificazione americano e universalmente noto in psichiatria come DSM5 si è considerato come possibile disturbo conseguente ad un trauma il disturbo post-traumatico da stress.

In realtà l'attenzione di ricercatori, in primis Van der Kolk che ha inaugurato la questione del trauma complesso, l'attenzione dei ricercatori si è rivolta ai traumi infantili, quelli che si sono verificati in un'età del soggetto in cui questi si trovava in una posizione di debolezza, di inferiorità, come per l'appunto normalmente i bambini sono. Questo tipo di situazione traumatica, di eventi ai quali può essere esposto il bambino possono essere riconosciuti, anche dal punto di vista neurobiologico e non soltanto da un punto di vista psicopatologico, come possibili cause predisponenti allo sviluppo di disturbi psichiatrici che vanno ben oltre il confine del disturbo post-traumatico da stress.

Questi fenomeni di traumi infantili sono di diverso tipo: possono essere di tipo acuto, possono essere protratti e ripetuti nel corso dell'infanzia e vanno sotto il nome, per l'appunto, di abusi quando sono dei fenomeni traumatici di tipo positivo - ovvero quando qualcosa viene commesso sul bambino, come per esempio gli abusi infantili, le violenze sessuali o fisiche, oppure le violenze psicologiche - oppure possono essere di tipo omissivo, cioè possono essere dovuti a un tipo di *neglect*, una trascuratezza sia nelle cure psicologiche che nelle cure fisiche del bambino portando a dei veri e propri eventi e situazioni di maltrattamento. Il maltrattamento e l'abuso, quindi, sono i fenomeni di cui noi adesso ci occupiamo quando parliamo di trauma complesso.

Il trauma complesso, complex trauma o trauma evolutivo primario come qualcuno lo chiama, dovuto spesso al fallimento delle figure di accudimento primario, quindi quelle genitoriali per esempio e trauma anche cumulativo - lo psicanalista Masud Khan si è occupato proprio di questo aspetto del trauma - ovvero tanti piccoli eventi o situazioni traumatiche o di tipo omissivo o di tipo commissivo che si sono ripetuti durante l'infanzia e che, cumulativamente, hanno dato luogo ad un clima o dimensione traumatica della quale il soggetto risentirà durante la sua età adulta nel momento in cui incontrerà una difficoltà, un problema o un'altro trauma che richiama il trauma precedente.

Tuttavia questo trauma precedente è un trauma complesso, cioè articolato, che si può estendere per un periodo temporale molto importante e lungo, addirittura lungo l'intera infanzia. Pensiamo a situazioni in cui ci sono famiglie nelle quali viene vissuto e sperimentato un clima di paura o di violenza prolungato causato da disturbi o problemi a carico dei genitori - dell'uno o dell'altro - e che quindi non garantiscono quella serenità, quel senso di sicurezza e protezione che sono invece molto importanti perché un bambino sviluppi quella che si chiama basic trust, che servirà poi ad andare incontro alla vita e alle relazioni con gli altri in modo tranquillo, aperto e fiducioso.

Il soggetto può non accorgersi di questo, perché tutte queste situazioni possono più o meno andare in contro a fenomeni di rimozione, di dimenticanza e possono quindi semplicemente lavorare dall'interno, in modo sotterraneo, fino a che poi non si "presenteranno i conti" al soggetto, perché questa situazione viene a galla, in modo talvolta anche esplosivo, ma per effetto di qualche cosa nell'ambiente del soggetto che in età adulta contribuisce a destrutturarne il clima emotivo e contribuendo al malessere del soggetto riaprendo così lo scenario del trauma passato. Questo perché, come si diceva precedentemente, il trauma attuale può attrarre a sé e richiamare il trauma passato, come una sorta di attrazione fatale.

Unità 5. Rivittimizzazione nel trauma complex Luigi Janiri professore di psichiatria e primario di psichiatria del Policlinico Gemelli -Università Cattolica di Roma

Quali sono le manifestazioni cliniche del trauma complesso? Si è visto che il trauma complesso porta ad una serie di conseguenze psicopatologiche che vanno ben oltre il semplice, per modo di dire, disturbo post traumatico da stress.

Si tratta di conseguenze evolutive che maturano nel tempo e, proprio perché hanno questa lunga gestazione diversamente dal disturbo postraumatico da stress, si aprono in un arco di possibilità patologiche molto più ampio.

A cominciare dai disturbi della regolazione affettiva, della emotività, del comportamento. Questo significa che spesso queste persone, che sono state soggette ad un trauma complesso, sviluppano una impulsività che non è soltanto di carattere, ma da disturbo, un disturbo che controlla gli impulsi. Si può verificare e si può attualizzare in comportamenti di tipo violento, verso gli altri e verso se stessi, in comportamenti di uso di sostanze in modo impulsivo e quindi di tipo tossicomano o alcolismo.

Un altro ambito molto importante è quello della regolazione affettiva nel senso dell'autostima, della possibilità che una persona stabilisca una fiducia di base in sé stessa e quindi anche i possibili sensi di colpa che, in modo più o meno latente, una persona si porta dietro fin dall'infanzia. Teniamo presente che un bambino sottoposto ad un abuso, ad esempio sessuale, spesso si sente in colpa per aver fatto qualche cosa di sporco e non riuscirà, quindi, ad attribuire in modo corretto la responsabilità di quanto accaduto all'adulto, che invece perpetra l'abuso.

Questi sensi di colpa si possono sviluppare, portare avanti e dare origine ad una vulnerabilità di tipo depressivo. La depressione maggiore può essere in età adulta uno degli esiti di un trauma complesso.

Altri esiti molto importanti sono i disturbi psicosomatici, infatti le conseguenze di un trauma possono esserci anche sul piano fisico, ad esempio sulla reattività fisiologica, la iper reattività fisiologica, sul piano del sistema cardiovascolare (ad esempio fenomeni di tipo cardiotonico, ipertensivo), problemi della regolazione del dolore e della sua soglia (ad esempio dolori diffusi in varie parti del corpo), ipersensibilità agli stimoli dolorosi e poi ancora i vari disturbi sessuali che, dal punto di vista psicosomatico, si vanno poi a collegare a disturbi del controllo degli impulsi dando così origine a delle vere e proprie forme di perversione e quindi problemi di discontrollo degli impulsi sessuali.

In ultimo si segnalano i disturbi dissociativi, per esempio la depersonalizzazione, la derealizzazione i quali sono fenomeni che oggi si riconoscono con una certa difficoltà intuitiva, ma che si manifestano con un senso di estraneità che il soggetto prova di fronte alla realtà e a se stesso. Questi sono meccanismi di difesa nei confronti di una realtà che il soggetto sente come, in qualche modo, intollerabile, che non può sentirsi rivivere addosso e quindi la dissociazione significa prendere le distanze dalla realtà.

Freud aveva messo in evidenza questo meccanismo fondamentale della coazione a ripetere per la quale un soggetto cerca di reincontrare il trauma non tanto per subirne ancora gli effetti negativi, ma quanto per cercare di superarlo. Questo cercare di superare il trauma significa

che alcuni comportamenti del soggetto lo possono riportare a rivivere delle situazioni: la situazione classica è quella del bambino, della vittima rispetto ad un carnefice, che può essere riproposta in età adulta a ruoli uguali oppure a ruoli opposti. L'adulto può cercare di rivittimizarsi, cioè creare delle situazioni in cui si troverà a vivere come vittima le conseguenze delle azioni di altre persone, oppure potrà metter in atto dei comportamenti per i quali egli stesso si pone come carnefice nei confronti di una vittima. Questo potrebbe accadere, ad esempio, in situazioni di violenza sessuale subita da bambino e che magari può diventare in età più avanzata - in adolescenza o in età adulta - una situazione che si ripropone, ad esempio in uno stupro, una violenza sessuale nei confronti di una donna che può essere vissuta in prima persona come carnefice oppure riproporsi come vittima, creando una situazione in cui in ogni - in ruoli anche contrapposti - il trauma viene rivissuto per cercare di superarlo in quello che Freud ha chiamato coazione a ripetere.

Unità 6. Effetti iatrogeni: re-traumatizzazione degli utenti. Alberto Zucconi

La re-traumatizzazione è un evento infausto che vede una persona che già ha sofferto un trauma avere una ricaduta, questo principalmente per due motivi. Uno perchè per cause naturali la persona in precedenza traumatizzata si trova esposta a immagini o accadimenti dove altre persone sono vittime di trauma e questo fa rivivere al soggetto il trauma precedentemente esperito. L'altro è invece un tipo di re-traumatizzazione che ha origine iatrogena e cioè sono le cure che vengono erogate in maniera disfunzionale, magari non per cattiva intenzione degli operatori ma per semplice ignoranza, che la persona traumatizzata invece di essere aiutata dalle attenzioni e cure che riceve ne viene ulteriormente traumatizzata. Insomma, sarebbe come una persona che arriva ad un pronto soccorso con una gamba rotta e i medici la gestiscono malamente per cui fanno cadere dalla barella il paziente che si ritrova con due gambe rotte, raddoppiando così il danno; una vera propria tragedia.

La storia e la sociologia dei trattamenti del trauma ci rivelano che, purtroppo, non è stato affatto infrequente nel passato - ovviamente per cattiva volontà, ma per ignoranza - commettere tali danni, con risultati iatrogeni. Tutto il mondo delle cure, perché impattano un sistema complesso e delicato come un essere umano, rischia non solo di impattarlo a fin di bene, ma - anche non volendo - danneggiando ulteriormente; è vero per i farmaci, è vero per gli interventi chirurgici, è vero per qualsiasi tipo di relazione di aiuto, se non erogata in maniera efficace, diventa controproducente.

Nella specificità del trauma questo è particolarmente grave perché una persona traumatizzata è particolarmente sensibile e può essere notevolmente danneggiata con una seconda traumatizzazione, per questo noi oggi abbiamo appreso dagli errori, le ricerche sono diventate più numerose e abbiamo una vasta conoscenza - che ovviamente progredirà sempre anche in futuro - grazie alla quale sono state elaborate delle precauzioni per non far correre il rischio alle persone già traumatizzate di essere traumatizzate nuovamente.

Queste precauzioni sono dette procedure trauma inform, centrate sulla persona dell'utente traumatizzato e che hanno l'attenzione provocare altri danni.

Unità 7. Adolescenza e trauma. Milena Masciarri - psicologa-psicoterapeuta

L'adolescenza è un periodo del nostro ciclo vitale che, per le sue caratteristiche evolutive, rappresenta un periodo di aumentata vulnerabilità in quanto espone ogni individuo ad importanti esperienze di cambiamento bio-psico-sociali che possono essere vissute con disagio, sofferenza e tutti i malesseri che possono accentuarsi se l'individuo è esposto ad esperienze traumatiche perpetuate soprattutto dalle figure criterio.

Se infatti, come illustrato da Rogers, il bambino cresce in un ambiente facilitato, questo gli permetterà di non replicare il proprio sentire, né di bloccarlo o congelare le esperienze drammatiche, ma di muoversi nella realtà soddisfacendo i propri bisogni e valutando le

esperienze come piacevoli o spiacevoli a seconda che siano favorevoli o sfavorevoli al proprio sviluppo, avendo innata in sé quella tendenza, che Rogers chiama tendenza attualizzante, che è la capacità di autocomprendersi, autoregolarsi e autorealizzarsi.

Se invece il bambino vive in un ambiente in cui sente che l'apprezzamento dei captive dipende solamente da quanto è egli in grado di aderire alle aspettative, questo gli può comportare di amputare per forza una parte del proprio sé e di quindi di rapportarsi alla realtà costruendosi dei costrutti rigidi, costrutti che saranno ancora più rigidi se costruiti su un senso costante di ambiguità, minacce e paura, se il bambino cresce in un ambiente pulsante. È proprio in questo nucleo profondo di straniamento tra il proprio percepire, esperire, simbolizzare ed agire che si crea e rafforza quel senso di estraniamento da sé che poi è alla base dell'eziopatogenesi. Vediamo quindi che il nostro adolescente, che è cresciuto e si è nutrito nel suo contesto relazione, si trova poi esposto ai cambiamenti evolutivi a cui si accennava prima e tutti questi cambiamenti gli determinanti richiedono una sorta di rimodernizzazione interna, di risintonizzazione che coinvolge l'individuo stesso e le sue relazioni più importanti e che gli richiedono di ritrovare un equilibrio che sia sia flessibile, che dinamico rispetto alle esperienze che si vive, ma anche costante rispetto al senso di identità che si è costruito fino a quel momento e tutto questo richiede, quindi, una ridefinizione del proprio concetto di sé.

Vediamo quali sono questi cambiamenti a cui va incontro l'adolescente. Il primo tra tutti riguardano sicuramente il corpo: il corpo dell'adolescente è un corpo in evoluzione, con la crescita ponderale, la comparsa degli organi sessuali secondari, degli organi riproduttivi e quindi un corpo che richiede una nuova qualità della relazione con esso, un corpo che l'adolescente utilizza come veicolo primario e intermediario per comunicare all'esterno i propri vissuti. Un corpo, quindi, che sceglie di curare, di abbellire, ma anche di scalfire, di tagliare, di dimenticare; un corpo che sceglie per far parlare di sé. Allo stesso tempo è un corpo che viene visto dall'esterno, che cattura lo sguardo degli altri, con desiderio o derisione e quindi espone l'adolescente a nuove esperienze, nuove opportunità, ma anche a nuovi rischi.

Ci sono poi dei cambiamenti a livello interpersonale. In famiglia gli viene richiesto il passaggio dalla dipendenza - fase di accudimento e attaccamento - all'autonomia e alla ricerca di equilibrio tra queste due spinte evolutive apparentemente opposte che hanno una ripercussione sul piano sociale, infatti nell'ambiente esterno cambia il ruolo che il ragazzo ha nel gruppo dei pari con altre figure significative.

Inoltre ci sono dei cambiamenti al livello del cervello, come hanno dimostrato tutte le ultime ricerche. Il cervello a incontro ad una nuova modificazione, sia strutturale, che funzionale, soprattutto in quelle aree corticali che sono adibite ai processi decisionali.

Tutto questo determina una grande vulnerabilità che, come detto prima, viene ancora di più minata se il soggetto vive delle esperienze traumatiche che vanno a ledere o compromettere quel senso di sicurezza interna, la base sicura di Bowlby, che il luogo nostro affettivo di sicurezze in cui i bisogni possono essere sentiti, nominati, appagati, a cui non possiamo fare sempre ritorno e che quindi ci permette di fare quella preziosissima esperienza di crescente autonomia senza però perdere l'amore, ma anzi arricchendosi dagli incontri che facciamo con le altre persone.

La persona che, invece, ha subito un trauma ha bassa capacità di mentalizzazione e non è in grado di autoregolare i propri stati affettivi, non può far altro - come ci dice Bromberg - di isolare quella che è l'esperienza traumatica, tutti i vissuti e contenuti ad essa associati, dissociandosi; la dissociazione patologica - come illustra Caretti - porta ad un impoverimento del soggetto e delle sue risorse perché gli impedisce di ricostruire quelle esperienze traumatiche in una narrazione coerente con la propria storia di vita.

Proprio per questo che se lavoriamo ad un contatto con ragazzi adolescenti che hanno un falso di stress emotivo quello che possiamo offrire è lavorare con loro ad una profondità relazionale importante, offrendo loro delle relazioni che siano profonde, basate sull'ascolto, sull'ascolto empatico, sul rispetto profondo di chi sono i ragazzi, sul cercare di capire le esperienze da loro punto di vista cercando di cogliere i significati che loro danno a ciò che vivono e, quindi, offrire dei contesti relazionali in cui il ragazzo può, piano piano, può ricontattare quelle parti di sé, quei bisogni fino a quel momento negati non solo permettendogli di risentirli, ma anche di risintonizzare delle parti di sé, delle esperienze esterne che lui vive fino a quel momento come eccessivamente dissonanti.

Questo è possibile offrendo loro anche dei contesti relazionali nei quali abbiamo verso di loro uno sguardo diverso, non solo uno sguardo che ci porta ad etichettarli come ragazzi in perenne rivoluzione e lotta col mondo esterno, o come figure apatiche risvegliate solamente dal mondo dei social network, ma di vederli come dei ragazzi con delle caratteristiche, degli strumenti tipici delle loro fasi evolutive, che si muovono curiosi nel mondo, si fanno domande, si danno risposte, esplorano, cercano di dare un senso soggettivo alle loro esperienze, così come poi noi continuiamo a fare da adulti per tutto il resto della nostra vita e quindi avere sempre verso di loro uno sguardo che fa il tifo per loro.

Unità 8. Il trauma può cambiare il cervello. Piero Petrini

Verranno trattati i cambiamenti neurologici che avvengono quando si verifica un trauma, in qualsiasi persona, ma principalmente negli adolescenti e negli adulti; negli adolescenti sono chiaramente più evidenti che rispetto agli adulti.

Lo studio è ripreso da situazioni neurologiche, da ricerche internazionali neurologiche e dal lavoro fatto dal Dott. Petrini e dalla Dott.ssa Mandese della tecnica-processo psicoanalitico mutativo: una tecnica che ha una parte psicanalitica e una parte neurologica, completamente in accordo con quelle che sono le ricerche neurologiche internazionali e il rapporto tra neurologia e psicanalisi.

É risaputo che ogni individuo in una situazione di benessere sviluppa quotidianamente 1400 nuovi neuroni dalle cellule staminali estrocitaria sia a livello dell'ippocampo che al livello olfattivo.

Questo è un aspetto molto importante perchè l'ippocampo è la parte centrale della memoria del nostro organismo che viene rievocata in situazioni simili, quindi in situazioni di trauma; mentre a livello olfattivo osserviamo i nostri lobi cerebrali non sono altro che un'estroflessione del nostro lobo olfattivo. Gli animali funzionano con l'olfatto, noi funzioniamo col pensiero, quindi il pensiero, nell'uomo, non è altro che l'olfatto che si è allargato si è sviluppato in queste cellule cerebrali.

Pensiamo che l'essere umano ha circa 30.000 geni, troppo pochi per definire tutte le situazioni, quindi entrano in gioco situazioni familiari, sentimentali, relazionali, culturali e religiose. [Non comprensibile] afferma che solamente il 70% dei geni è determinato geneticamente e solo il 30% viene gestito da quelli che sono i fattori esterni. La differenza di geni tra un'uomo meschina e un bonobo maschio è del 5%, tuttavia questa percentuale è molto rilevante, mettere sullo stesso livello un'uomo e un bonobo non è equiparabile, a tutti i livelli, da quello sentimentale a quello lavorativo.

Ne risulta che la cultura, la religione, tutte le situazioni esterne, la famiglia, la comunità in cui si vive sono molto importanti per la formazione di un individuo.

Cosa succede quando avviene uno stress? Una situazione stressante, o neglettante (il neglect come si è visto è come uno stress) non fa altro che bloccare l'attività delle cellule staminali al livello dell'ippocampo e quindi diviene impossibile sostituire neuroni che normalmente si perdono; quindi c'è una perdita neuroni le nel punto più importante e profondo del cervello che è l'ippocampo.

La regolazione emotivo-cognitiva che accompagna e sostiene queste modifiche cerebrali è caratterizzata da ansie e depressioni legate all'amigdala: un corpicino di piccole dimensioni all'interno del cervello che sostiene tutte le nostre situazioni emotivo-affettive, dall'amore, alla sessualità, al mangiare, a tutto ciò che è importante dal punto di vista affettivo. Avviene un'alterazione nelle corteccie prefrontali, le quali sono quelle indirizzano i nostri obiettivi: se decido di andare a teatro a vedere un attore è la corteccia prefrontale che mi spinge a compiere tale azione, poi la frontale la realizza, ma la corteccia prefrontale è anche quella degli impulsi, ad esempio quando ho l'impulso di andarmene o di rimanere in un luogo lo devo alla corteccia prefrontale che la frontale poi reagisce e che comunica la necessità di rimanere, ad esempio, a causa di un impegno.

Il terzo punto che viene danneggiato è, naturalmente, l'ippocampo nella memoria (come abbiamo già detto la sede della memoria è l'ippocampo). Studi longitudinali hanno evidenziato che i traumi non si esprimono attraverso un disturbo del DSM -5 o del ICD - 10 che si chiama post traumatico da stress, ma si trasmette - con i sintomi di ansia e depressione, a volte situazioni di allucinazione, ma si evidenzia attraverso modificazioni del senso del sé delle relazioni interpersonali.

Una persona che ha subito un trauma ha delle limitazioni comportamentali e limitazioni mentali, cioè la persona sembra non in grado di esprimersi nel mondo del lavoro, degli affetti, delle relazioni, delle attività, è come se fosse caduta ad un livello di funzionamento più basso.

Questo è dovuto al sistema HPA il sistema ippocampale ipofisario e adrenocorticale. Al livello del cervello si trova una ghiandola che si chiama ipofisi dalla quale si irradiano tutti gli ormoni del nostro organismo. Il collegamento tra la parte endocrinologica-ormonale e la parte nervosa è dato dall'asse ipotalamo-ipofisi, tutto ciò che arriva all'ipotalamo - una zona di centrale importanza, quasi un cervello più piccolo rispetto la corteccia cerebrale - viene trasmessa all'ipofisi e da luogo a delle sensazioni ormai, cioè il segnale nervoso viene trasmesso con sostanze ormonali. Queste sostanze ormonali si diramano in tutto l'organismo, dall'ipofisi, e controllano la tiroide, la sessualità per mezzo delle ghiandole genitali, la sessualità maschile e femminile con l'ormone maschile (che comunque determina anche la sessualità femminile) e poi, specialmente, il rilascio di corticotropina: l'ormone dello stress, o meglio il pre-ormone dello stress in quanto il vero ormone dello stress è l'ACTH, il cortisolo, motivo per il quale si somministra cortisone per aiutare l'organismo a reagire quando ci sono malfunzionamenti fisici, il cortisolo infatti ha gli stessi elementi del cortine. Anche nel caso di battaglie e guerre l'organismo umano è preparato, infatti il cortisolo - l'ACTH per la precisione - non fa sentire il dolore, da luogo a meccanismi di aggressività (come avviene nell'animale) e questa situazione è una situazione chiaramente di aggressività.

Quando questo meccanismo di attività viene ripetuto diventa cronico e si presentano stati di ansia e angoscia protratti che dipendono dall'amigdala prima citata. L'amigdala è il "comò" della nostra memoria emotiva, nel senso che conserva tutte le nostre memorie emotive, come fosse una macchina fotografica della realtà emotiva, quindi, per esempio, il primo bacio, il primo lavoro, la prima sensazione di benessere, la prima vittoria in uno sport, sono tutte fotografate nell'amigdala e riemergono quando si presentano situazioni analoghe; nel momento in cui l'ippocampo inizia a secernere cortisolo, questo si lega con tutti i recettori dell'ippocampo, dell'amigdala e della zona prefrontale e quando è arrivato ad un livello sufficiente, se la situazione non è cronica, abbassa il livello ACTH e di CRF (-).

In questo modo l'ippocampo regola le risposte allo stress. Quando invece noi stiamo bene la serotonina gestisce l'area, la serotonina è l'ormone della felicità, vero è infatti che quando un soggetto è in un momento di depressione vengono prescritti farmaci serotoninergici. La serotonina inibisce comportamenti aggressivi e promuove la socializzazione. Viene prodotta a partire del triptofano e viene introdotta nella dieta. La serotonina, insieme all'ossitocina che

è l'ormone del legame, è l'ormone più positivo e utile per l'organismo, nel senso che mentre la serotonina stimola socialità e relazione con gli altri, l'ossitocina - liberata dopo 5 secondi di abbraccio con un'altra persona - è l'ormone che stimola il legame.

La ricerca sta mettendo in evidenza che attività amate, pensieri e sentimenti importanti hanno profondi effetti terapeutici sul nostro corpo, quindi indubbiamente esiste, nel nostro modo di essere, una serie di reazioni che vanno a modificare il cervello e che spingono a modificare il corpo, in qualsiasi situazione sono presenti ormoni legati ai neurormoni e legati agli stimoli nervosi.

Unità 9. Violenza assistita. Camilla Annibaldi

Per parlare di minori vittime di violenza assistita occorre definire cos'è la violenza assistita nell'ambito familiare. Ci si riferisce a violenza assistita quando un minore fa esperienza di qualsiasi forma di maltrattamento compiuta attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. SI includono in questo tipo di violenze anche quelle messe in atto da minori su altri minori, ma anche da parte di altri membri della famiglia ad esempio su animali domestici; sono esperienze altamente traumatizzanti per i minori.

Le caratteristiche di queste esperienze possono essere diverse. La violenza può essere indiretta: la violenza è percepita all'interno del proprio campo percettivo, quindi non si tratta solo di vedere la violenza, ma anche solamente sentirla. È opportuno sottolineare ciò perché molte donne vittime di violenza riportano che i bambini, quando venivano picchiate, erano in un'altra stanza; in realtà anche in questi casi si tratta di una forma di violenza diretta nel caso in cui il bambino sentisse.

L'esperienza può essere indiretta quando il minore è a conoscenza che la violenza è avvenuta o che sta per avvenire; in questo senso i bambini hanno come delle "antenne": capiscono quando c'è una tensione in casa tipica che precede l'episodio di violenza in se.

L'esperienza può altre volte essere non percepita in modo diretto o indiretto, ma il minore ne può percepire gli effetti; ad esempio vedere la madre con dei lividi, o stare a sentire questa aria di violenza nella casa, ebbene in questi casi si tratta di violenza assistita.

Ci sono alcune false credenze sulla violenza assistita. Il bambino non è impermeabile rispetto alla violenza che intercorre all'interno della propria famiglia, anche se l'atto violento non è agito in sua presenza può coglierne l'attuazione, questo perché il bambino non è mai spettatore passivo e inconsapevole.

La violenza assistita aumenta il rischio di violenza diretta sui minori; semplicemente il minore che cerca di difenderà la madre, mettendosi in mezzo, può essere colpito da parte del padre: in questo caso la dott.sa Annibaldi utilizza un'ottica di genere per parlare di violenza assistita, in quanto nella maggioranza dei casi la violenza è attuata da parte dell'uomo verso della donna; non si esclude che la violenza possa essere perpetrata da parte della madre nei confronti del padre, o comunque da una persona femminile rispetto ad una maschile, ma statisticamente è un dato meno significativo.

I bambini esposti alla violenza sono cinque a volte più a rischio, rispetto ai bambini non testimoni di violenza, di diventare violenti in età adulta. Gli effetti della violenza assistita sono: un sentimento di paura, ansia, consunzione, tristezza, vera e propria depressione, sensi di rabbia, colpa, inadeguatezza e vergogna. I bambini perdono fiducia in sé stessi e negli altri, possono avere disturbi psicosomatici, del controllo degli impulsi, difficoltà scolastiche, disturbi dell'apprendimento, del linguaggio, del controllo degli sfinteri, difficoltà relazionale e possono sviluppare anche un disturbo post-traumatico da stress complesso in quanto tale

esperienza traumatica si è sviluppata all'interno di una relazione di fiducia, come quella familiare.

Al livello bio-psico-sociale gli effetti della violenza assistita si ripercuotono nel comportamento, nelle emozioni, nella cognizione, nell'area fisica del bambino, ma anche nelle relazioni. Ciò che si trova a vivere il bambino è un mondo in completo subbuglio, la violenza diviene la normalità e per conseguenza la normalità la violenza; è questo quello che il bambino nella propria normalità: riconoscerà come normale e fisiologico un comportamento violento o, sminuendo in tal senso la propria esperienza drammatica e, probabilmente, reiterando questi comportamenti.

Occorre sempre di più focalizzarsi sulla violenza assistita e come questa abbia degli effetti sui minori e sugli adulti che questi minori diventeranno.

Unità 10. Neglect. Camillo Lorio

Il neglect è una forma di trauma infantile e adolescenziale che è comune ma molto poco considerata. L'attenzione verso questo tipo di problematica traumatica molto significativa è stata rivolta soltanto in tempi molto recenti; si parla infatti di neglect del neglect: la trascuratezza della trascuratezza. Per molto tempo questo aspetto non è stato considerato un vero proprio trauma, al massimo una piccola parte dei traumi esistenti. In realtà oggi si pensa a questo trauma come il più diffuso, il più comunque e quello che da conseguenze peggiori in termini di durata nel tempo.

Da questo punto di vista il neglect indica il perpetrarsi di comportamenti di omissione da parte di coloro che dovrebbero dare cure e queste omissioni indicano che manca un imminente rischio grave di danno, ma una serie di mancanze che si protraggono per un lungo periodo di tempo. Si tratta di mancanze che possono, ad esempio, accompagnare la presenza di un trauma di tipo I, un abuso potrebbe essere ben tollerato, o in maniera sufficientemente adeguata, tuttavia lo è molto di meno se accanto a sé non si ha un genitore capace di comprendere e di aiutare, sostenere e proteggere il figlio che ha subito questo tipo di trauma. Il neglect quindi può essere complementare al trauma di tipo I, di per sé comunque produce dei danni.

Possiamo avere diversi tipi di neglect che possono riguardare l'assistenza sanitaria, l'istruzione, la supervisione del ragazzo, la tutela rispetto ai rischi ambientali, ai bisogni fisici, al sostegno emotivo che viene dato soprattutto dalla famiglia o comunque da chi si prende cura del bambino. Questo tipo di trascuratezza può sembrare di scarsa importanza, ma in realtà dà la sensazione alla persona di non avere nessuna protezione da parte degli altri e quindi di vivere un ambiente ostile non in grado di garantirgli alcun tipo di sicurezza.

Ovviamente se si parla di diversi tipi neglect, che sia di tipo emotivo o di tipo fisico, ritroviamo due aspetti di completamente diversi. In alcune situazioni l'emotività viene trascurata in quanto ci si trova di fronte a caregivers freddi, distaccati e poco partecipi; il neglect fisico può riguardare invece l'aspetto strettamente materiale, i bisogni di base e può essere esteso anche ai bisogni educativi del ragazzo che può non ricevere dai genitori quelle informazioni necessarie per vivere in un contesto relazionale. Esiste inoltre un medical neglect, ovvero quando c'è un bisogno di curare le proprie patologie, ma chi dovrebbe prendersi cura del ragazzo o del bambino non lo fanno e per conseguenza le patologie possono incrementarsi e diventare particolarmente pericolose o dannose. Il moral neglect, ovvero la mancanza di istruzioni per gli aspetti etici e morali del comportamento etico di una persona.

Le conseguenze di questi tipi di neglect sono dei danni sulla salute pubblica che per lungo tempo sono stati sottovalutati. Oggi sappiamo che l'esposizione per lungo tempo a neglect può comportare non solo le patologie di cui si è già parlato, come il disturbo alimentare, ma anche addirittura una riduzione della materia grigia della corteccia e quindi una capacità

cognitiva molto diminuita rispetto a soggetti normali. Questi dati ci hanno così conti o di quanto sia importante di occuparsi del neglect e cercare di ristabilire nel contesto familiare, e individuale, quel tipo di cure e attenzioni che danno sicurezza all'individuo e danno la sensazione di essere protetto e capito.

A conclusione della panoramica sulle patologie trattate, dai disturbi alimentari al neglect, si segnala che quest'ultimo è particolarmente diffuso in persone che svilupperanno un'alimentazione incontrollata fino alla forma avanzata di perdita completa del controllo. È necessario pensare ad un rapporto terapeutico in cui si presti attenzione particolare alla persona e si dimostri di avere interesse verso di lei, vale a dire un atteggiamento empatico, di comprensione, è uno degli elementi più importanti per superare questo trauma, da poco riconosciuto, ma particolarmente insidioso e non di minore importanza rispetto altri traumi maggiori.

Unità 11. Neglect nelle separazioni conflittuali. Antonella Dorianò

Nelle separazioni conflittuali i genitori spesso si "fanno la guerra" investendo molte energie nel combattimento dell'altro genitore, visto come un nemico; in questi contesti la cosa più importante è vincere.

In queste guerre in realtà veicolano dei sentimenti di forte rabbia che ci indicano in realtà di quanto sia complesso, per queste persone, entrare in contatto con i sentimenti vissuti e legati al processo separativo; sentimenti di delusione, dolore per l'abbandono, per la mancanza, percezione di vuoto, solitudine e senso di fallimento. Queste persone in realtà comunicano quanto sia complesso per loro elaborare quello che si chiama divorzio psichico. In questo contesto emerge la figura del minore che, in quanto tale, andrebbe tutelata; questo purtroppo non sempre accade in quanto in realtà il minore diventa il fulcro del conflitto, ne diventa l'elemento centrale e quindi i genitori iniziano a comunicare attraverso il minore, il figlio diventa il ponte tra i genitori, il motivo di discussione in quanto ogni genitore litiga per cercare di dichiarare quale sia il bene del loro figlio. In questo caso il benessere del minore diventa una scusa dietro cui si nascondono disappunti, gelosie e fastidi personali; ciò che viene a mancare è la protezione del minore che deve essere sempre presente, ma è necessaria in contesti di rottura come quelli che stiamo vedendo.

Quello che potrebbero e dovrebbero fare i genitori è collaborare e cooperare in tutti gli aspetti legati alla funzione genitoriale, nell'ottica di alleggerire il figlio di un peso in quanto i figli, in realtà, si caricano di un peso in quanto si sentono in colpa per la separazione dei genitori, si sentono responsabili della loro felicità in quanto anche sono causa dei loro litigi. In questo frangente ciò che accade è che il figlio, in realtà, non viene visto e qui nasce il trauma del minore: nel momento di maggiore vulnerabilità il minore non viene visto e quindi i suoi bisogni e sentimenti non vengono riconosciuti e per conseguenza accolti.

La separazione è sempre un evento traumatico in quanto è lesivo, provoca una spaccatura: una coppia genitoriale che nella mente del figlio è un nucleo unico che in un certo qual modo deve spaccarsi, questa scissione esterna di padre e madre produrrà una scissione interna, tuttavia nella mente del figlio la coppia genitoriale non smette di esistere, ma rimane, solo che perde di forza, di identità, di dignità, di funzione di guida.

Subentrano in questo caso altri fattori che hanno una carica molto forte in senso negativo: ci sono degli aspetti che ci indicano poi l'entità del trauma, ad esempio il temperamento del minore e la sua capacità di tollerare la frustrazione, la qualità della relazione e il tipo di attaccamento che i genitori sono stati capaci di creare prima dell'evento separativo. Il fattore che più di tutti ci dice del trauma e della sua entità è l'età del minore: più piccolo è il figlio maggiore sarà l'entità del trauma e i genitori, anche inconsapevolmente, attuano una serie di dinamiche disfunzionali che intrappolano il minore in un ruolo rigido dal quale questi non riesce a liberarsi poiché, data la sua giovane età, non ha ancora quel livello di consapevolezza

e neppure una personalità solida e capace di liberarsi da solo questo incastro. Per questo motivo interviene in questi casi un consulente tecnico, in quanto capace di individuare il tipo di dinamica che esiste in una famiglia e di capire quali sono gli interventi da arrivare sulla coppia genitoriale per liberare il minore.

Unità 12. Trauma e disturbi alimentari. Camillo Loriedo

Vediamo ora i disturbi e i comportamenti alimentari di quelli soggetti che hanno difficoltà ad esprimere le emozioni con le parole le trasmettono soprattutto con il proprio corpo. Si tratta di una serie di patologie che vanno dall'anoressia all'alimentazione incontrollata che sono caratterizzate da un interesse esagerato per il proprio corpo e da un'alimentazione che può essere estremamente limitata o esageratamente accresciuta.

Questo tipo di pazienti, in particolare nel caso dell'anoressia, sono soprattutto di genere femminile. L'anoressia nervosa è caratterizzata da una grande dimagrimento che porta le persone ad un peso che può diventare estremamente pericoloso per la vita, questo dimagrimento è voluto e ricercato dalla persona affetta che considera il suo corpo, invece, di proporzioni molto maggiori di quello che sono effettivamente.

Nell'anoressia può esserci una restrizione severa, quindi il cibo che si assume è molto limitato, oppure il peso viene mantenuto basso attraverso l'assunzione di cibo seguita da forti condotte di eliminazione che portano ad eliminare più di quanto si è assunto e per conseguenza a perdere peso.

Subito dopo viene la bulimia nervosa. Una patologia in cui l'alimentazione è prevalentemente cospicua, si presentano episodi di abbuffate, momenti in cui il paziente assume una quantità di cibo ingente e al tempo stesso, questo paziente però ha la capacità di ridurre il loro peso corporeo attraverso l'eliminazione di cibo e soprattutto ricorrendo a strumenti o mezzi inappropriati quali il vomito, l'uso di lassativi o diuretici, l'uso di sostanze che eliminano l'appetito o di attività fisica. In queste persone l'equilibrio del peso si mantiene buono e fisicamente si mantengono in forma.

L'eccesso opposto si verifica nella direzione dell'alimentazione incontrollata detta anche [incomprensibile]. L'alimentazione incontrollata è costituita da una modalità di assunzione di cibo costantemente basata sulle abbuffate, il ricorso al cibo in maniera continuativa per diverse ore del giorno, un'alimentazione senza freno, vengono a mancare le capacità dell'individuo di ridurre l'alimentazione e di ridurre il proprio peso fino ad arrivare a pesi notevoli, dai 150 ai 200 kg, con un connesso rischio fisico in quanto il peso eccessivo può causare patologie fisiche di notevole gravità.

Queste tre patologie si susseguono una dietro l'altra, hanno come caratteristica di passare dall'una all'altra man mano che la capacità di controllo diminuisce. Nell'anoressia nervosa il controllo è molto buono e le persone sono in grado di limitare l'alimentazione fino a mantenere un peso corporeo estremamente basso. Quando il controllo diminuisce si passa alla bulimia nervosa all'interno della quale, ragazzi o ragazze che vivono questa problematica, si alimentano - anche molto - ma mantengono un buon compenso e hanno una capacità di controllo che emerge successivamente dopo l'assunzione del cibo, non prima, e tuttavia permette di mantenere il peso a livelli accettabili. Nel terzo tipo, l'alimentazione incontrollata, la giornata è trascorsa soltanto alimentandosi, spesso davanti alla televisione, quasi senza consapevolezza dell'atto ripetitivo e costante nel tempo di assunzione di cibo.

In comunque, queste tre patologie, hanno una serie di aspetti che riguardano tutta l'area emozionale ed il fatto di esporre a vari tipi di trauma che possono verificarsi nei disturbi alimentari.

Unità 13. Pericolo, attaccamento e trauma psicologico. Franco Baldoni

L'esposizione a situazioni di pericolo e a minacce sul piano fisico o psicologico, come malattie, traumi, condizioni di abbandono, maltrattamento, abuso fisico sessuale, sono esperienze molto comuni, sia durante l'infanzia che in età adulta.

Queste esperienze non comportano necessariamente lo sviluppo di un trauma psicologico, in quanto la nostra specie ha delle capacità di adattamento estremamente sofisticate, che permettono di affrontare anche situazioni estreme senza che queste necessariamente sviluppino una condizione di trauma psicologico. Se sono affrontate in modo efficace queste situazioni pericolose vengono, in qualche modo, disarmate nel loro potenziale disadattivo permettendo all'individuo di rimanere in una condizione di salute mentale e psicologica.

In particolare la nostra specie ha sviluppato, nel corso del tempo, delle capacità di relazione e dei comportamenti molto sofisticati che hanno la funzione principale di proteggerci nei confronti dei pericoli. Questo insieme di comportamenti e di atteggiamenti è definito con il nome di sistema di attaccamento. La parola attaccamento deriva dalla teoria dell'attaccamento che venne proposta inizialmente negli anni '50 dallo psicoanalista inglese John Bowlby. La teoria dell'attaccamento sostiene che l'essere umano ha una predisposizione innata a sviluppare delle particolari relazioni di attaccamento con delle figure primarie, spesso i genitori, che svolgono la funzione principale di proteggere nei confronti dei pericoli. Questa teoria non deriva solo dalle osservazioni psicologiche e psicoanalitiche, ma da quelle che allora erano le prime conoscenze che si sviluppavano nell'ambito dell'etologia, lo studio del comportamento animale, della teoria dell'evoluzione e delle nuove teorie cognitive, sistemiche e cibernetiche. La teoria dell'attaccamento nasce da un crogiolo di teorie moderne che negli anni '50 dello scorso secolo iniziavano a diffondersi.

In questa teoria si parla di attaccamento, la cui funzione principale è quello di proteggere dalle condizioni di pericolo, ma non solo: la persona che si sente in una condizione sufficientemente sicura è sostenuta ad esplorare l'ambiente esterno, conoscendone le risorse e imparando anche a prevenire i pericoli che l'ambiente stesso può nascondere. Queste funzioni dell'attaccamento sono state studiate sia nei bambini di ogni età - in particolare in quelli di 1 e 2 anni di vita nel rapporto con la madre - che nei primati, ed esempio esistono ricerche degli anni '50 sulle piccole scimmie resus che dimostrano quanto sia importante anche per i primati la funzione protettiva della madre, più ancora che quella nutritiva.

L'attaccamento viene solitamente suddiviso in: sicuro e insicuro. Quello sicuro è caratterizzato da un senso di sicurezza, fiducia nei confronti dell'ambiente, di fiducia nelle proprie risorse e nella possibilità di essere aiutato e protetto in caso di pericolo. L'attaccamento insicuro è a sua volta diviso classicamente in attaccamento insicuro ambivalente preoccuparti - nei bambini definito di tipo C - caratterizzato da una iperattivazione dell'organismo con enfasi emotiva, manifestazioni di rabbia, paura, lamentele rispetto al proprio bisogno di protezione, difficoltà nella separazione dalla madre; l'altro tipo di attaccamento insicuro è quello evitante distanziante - noto anche come tipo A - che, al contrario del precedente, si caratterizza da ipoattivazione, in particolare da una presa di distanza dalle reazioni emotive che possono essere sollecitate da una condizione di pericolo, quindi dalla propria paura, la rabbia, il senso di vulnerabilità che vengono o inibiti nella loro espressione (ad esempio con un atteggiamento di apparente indifferenza) oppure falsificati e trasformati in espressioni di emozioni opposte (ed esempio sorridere di fronte ad un argomento spaventoso).

QUando queste modalità di attaccamento sono efficaci proteggono dal pericolo che proviene dall'ambiente e dalle relazioni nelle quali ci si trova impegnati. Se queste strategie sono efficaci e proteggono sufficientemente non si verificano condizioni di trauma psicologico e l'individuo si mantiene in una condizione di relativa sicurezza.

La condizione di trauma psicologico si manifesta quando queste modalità sono inefficaci, ad esempio quando un atteggiamento di inibizione di espressione delle proprie paure, rabbia o bisogni, non è sufficiente per proteggere l'individuo dalle minacce ambientali.

Il trauma psicologico è una condizione nella quale tutta l'attività di elaborazione mentale è influenzata negativamente da un'esperienza di pericolo passata oppure attuale. Questo può venire da un evento singolo particolarmente intenso ed improvviso - ad esempio un trauma fisico o un abuso - ma può venire anche da una serie ripetuta di esperienze che nel loro complesso assumono valore traumatico: in questo caso si parla di trauma evolutivo, è la condizione in cui un bambino, per esempio, cresce in un gruppo familiare inadeguato e trascurante e nel loro complesso queste esperienze prolungate creano un clima di sviluppo inadeguato che può portare ad una condizione comunque di trauma psicologico.

La capacità di adattamento e rielaborazione di una situazione di pericolo potenzialmente traumatica dipende da alcune caratteristiche. Dall'individuo, la sua età, maturazione, personalità e dalle caratteristiche del suo attaccamento, se sono efficaci o meno a proteggerlo; la sua forza fisica e condizione di salute in quanto una persona malata è più fragile nei confronti dell'elaborazione di una condizione di pericolo. È molto importante, inoltre, la disponibilità protettiva delle figure di attaccamento, che una persona che non si senta sola davanti al pericolo, ma accompagnata da relazioni protettive da parte di persone disposte a far sentire protetto e accompagnato nell'elaborazione di una esperienza di natura pericolosa. Un ruolo importante è giocato dal contesto sociale: è fondamentale trovarsi in un ambiente accogliente, con persone che accolgono e sostengono con la loro cultura, rituali o presenza personale (ad esempio gli amici).

Il processo di adattamento di una condizione di trauma non è immediato ma ha bisogno di tempo, ad esempio un lutto significativo - come quello del coniuge o genitore - richiede solitamente uno o due anni per poter essere adeguatamente elaborato, senza trasformarsi in una condizione di lutto traumatico. Quando un'esperienza potenzialmente traumatica non è elaborata, solitamente, viene accompagnata da un'eccessiva iperattivazione emotiva, con sogni, incubi, paure, senso di minaccia, reazioni incontrollate - come nel caso del disturbo post traumatico da stress - oppure da una situazione di ipoattivazione eccessiva, ovvero una eccessiva presa di distanza da tutto ciò che riguarda l'esperienza pericolosa, mancanza di ricordi, inibizione affettiva, evitare di parlare o i luoghi che sono legati all'esperienza traumatica. In presenza di queste due condizioni si può parlare di trauma psicologico.

Unità 14. Mentalizzazione e trauma psicologico. Franco Baldoni

Quando si parla di mentalizzazione si parla di qualche cosa che sembra un scontato, che viene da molto lontano. In effetti ogni essere umano, prima ancora dello sviluppo della psicologia, ad un certo punto della sua vita si pone dei problemi di mentalizzazione; cioè si pone il problema di riflettere su se stesso e su gli altri, considerando che noi e gli altri abbiamo una mente, dei pensieri, sentimenti, bisogni, aspettative e credenze che ci influenzano.

Un modo semplice per intendere il concetto di mentalizzazione è quello che corrisponde a considerare sé stessi e gli altri in termini di stati mentali. Queste capacità nella nostra specie iniziano a configurarsi attorno ai 4 anni di età, quando il bambino si rende conto che quello che pensa e sente non è necessariamente capito e condiviso da altre persone, ad esempio la madre può non conoscere cosa passa nella mente del bambino. I bambini quando imparano questa grande novità imparano allo stesso tempo anche a utilizzare una modalità strategica di adattamento ai problemi molto utile e importante; imparano cioè l'importanza della menzogna: una bugia si può dire se si pensa che la mente degli altri ha una visione del mondo diversa dalla propria e gli altri non possono conoscere i pensieri di un individuo.

La mentalizzazione e i suoi processi sono basati su una serie di passaggi. Il primo riguarda il fatto di essere relativamente sensibili a percepire gli stati mentali, ovvero a rappresentare di noi e degli altri degli stati mentali (ad esempio capire di essere allegri, tristi, di avere aspettative, pregiudizi) e la capacità di interpretare il proprio comportamento e quello degli altri sulla base di questi stati mentali è fondamentale per poter adattarsi (ad esempio una persona che sta davanti a noi in silenzio: non pensiamo non abbia nulla da dire, pensiamo che la sua mente sia attraversata da immagini e pensieri e il suo silenzio non è espressione di vuoto, ma di una serie di stati mentali che sono alla base di questo comportamento silenzioso).

Un secondo aspetto importante della mentalizzazione è che la mentalizzazione di noi stessi favorisce la regolazione del nostro organismo, se per esempio ci rendiamo conto di essere arrabbiati e iniziamo a pensare che qualcosa che si è detto è relazionato alla rabbia, il fatto di rendersene conto, ricordare, fare aspettative e proiezioni sulle conseguenze di un'azione apre una strada psicologica per regolare la rabbia che si è attivata in noi. Il cuore, la respirazione, la produzione di ormoni legati all'attivazione rabbiosa cominciano ad essere regolati da meccanismi di carattere psicologico; ad esempio potrei sentirmi in colpa per aver provato rabbia verso qualcuno a cui voglio bene, questo inibisce l'espressione della rabbia e regola lo stesso organismo; si tratta di una funzione fondamentale, tanto è vero che le persone con scarse capacità mentalizzazione sono maggiormente esposte alla disregolazione dell'organismo (il cuore batte più velocemente e in modo irregolare, le reazioni emotive sono più incontrollate, e questo può portare a lungo termine a malattie dovute alla disregolazione costante dell'organismo).

Una delle funzioni più importanti del genitore nei confronti dei figli è quello di essere mentalizzazione: pensare cioè ai figli anche in relazione a quelli che possono essere i bisogni, sentimenti, paure, calandosi - in un certo senso - nei panni dei figli e percependo le cose anche dal loro punto di vista. Ad esempio un bambino di tre anni vivrà certi argomenti e interpreterà certe parole o discorsi con le proprie capacità di bambino, da parte dell'adulto è importante mettersi nei suoi panni. Questa condizione, che è stata definita *mindedness* è una delle condizioni maggiormente correlata allo sviluppo sicuro dei figli; è una condizione basilare del buon genitore quello di riuscire a mettersi nei panni dei figli e percepire i bisogni. Si osserva già nella madre di un bambino molto piccolo che, per esempio, si mette nei panni del figlio che piange e si agita, e quindi pensa che possa avere freddo, o fame, dando così voce ad uno stato del bambino, come se il figlio a essere in qualche modo pensieri organizzati e li potesse esprimere. La capacità di rappresentarsi gli stati mentali dei figli è una condizione base di fare il genitore.

La mentalizzazione è anche alla base della capacità di affrontare lo stress e le condizioni potenzialmente pericolose adattandosi senza che si sviluppino condizioni di traumi psicologici. Per esempio: ad un bambino di fronte ad un comportamento incoerente del genitore - che magari ha un gesto di rabbia o di violenza fisica o dire cose negative verso il bambino - la capacità di questo bambino di immaginare lo stato mentale del genitore agisce come ammortizzatore e permette di considerare quello che il genitore fa e dice all'interno di un contesto. (Può pensare "il babbo è stanco e quello che dice non corrisponde alla realtà, il babbo di solito è affettuoso e mi vuole bene, ciò che accade ora ha valore in questo momento ed è legato a stati d'animo particolari ma non è assoluto"). L'atteggiamento appena esposto protegge dagli stati mentali degli altri e rende la situazione potenzialmente meno traumatica. È un fatto che si osserva chiaramente nelle persone adulte con dei bassi livelli di mentalizzazione, come il caso da persone con disturbo borderline della personalità, sono molto più esposte a continui traumi psicologici, ciò che avviene a loro non viene contestualizzato, sottoposto ad un processo di riflessione sufficiente, per cui tutte diventano totali, assolute e potenzialmente traumatiche.

In alcuni momenti l'incapacità dei genitori di porsi nei panni dei figli può essere particolarmente pericolosa e produrre degli atteggiamenti che in un bambino o adolescente possono manifestarsi attraverso comportamenti di forte aggressività. L'aggressività e i comportamenti dettati da questa possono essere, in parte, interpretabili attraverso il concetto di mentalizzazione.

Se per esempio dei genitori sono costantemente irritati dai comportamenti di un figlio, se ad esempio un figlio pone un problema o fa un capriccio il genitore inizia a rivolgersi al figlio in modo negativo (magari affermando che sia stupido, malato, non valga nulla), dal punto di vista del figlio questo ha di se stesso un'immagine restituita di una persona malata, disturbata, incapace, questo atteggiamento viene tenuto a distanza da comportamenti aggressivi per cui ogni volta che un adulto si avvicina ad un bambino in queste condizioni con l'intento di conoscerlo e di farlo confidare avrà come risposta probabile un atteggiamento di forte reazione aggressiva, con la funzione di tenere l'adulto lontano in quanto potenzialmente traumatico. Il caso può essere quello di giovani che in classe sono ritenuti incapaci e vengono più volte puniti, gli insegnanti li ritengono dei soggetti negativi e a casa questi ragazzi hanno genitori che rinforzano questa idea negativa di se stessi; questi ragazzi nei confronti degli stessi adulti che cercano di aiutarli (un educatore, un insegnante) hanno degli atteggiamenti di forte reattività e rabbia con la funzione di tenere l'altro lontano in modo da non ripetere l'esperienza di sentirsi dipingere come persone sbagliate o negative.

Modulo 2 Protezione e promozione della salute e dei diritti delle vittime di traumi

LEZIONE 1: LA RITRAUMATIZZAZIONE, LE CAUSE, LA PREVENZIONE E I TRATTAMENTI

Unità 1. Effetti di ritraumatizzazione provocati dalle politiche sui migranti a livello Italiano e Internazionale. Daniela di Capua ex Direttrice SPRAR/SIPROIMI

Lo SPRAR, sistema di protezione per i richiedenti asilo e i rifugiati, ha modificato il nome in SIPROIMI, questo a causa dell'entrata in vigore della legge 113/2018, quindi molto recentemente dopo una serie di modifiche, anche normative, che il nuovo governo insediatosi nello scorso maggio in Italia ha apportato a tutto il tema dell'immigrazione, del diritto d'asilo e quindi dell'accoglienza.

Lo SPRAR è stato istituito nel 2002 ed è composto da una rete di comuni, enti locali, che in collaborazione con le associazioni del terzo settore e le ONG gestiscono su base volontaria, quindi su propria scelta, dei progetti di accoglienza e integrazione per i richiedenti asilo e i rifugiati.

Questa rete nel corso degli anni ha avuto una progressiva e positiva evoluzione: si è passato dagli iniziali 1500 posti di accoglienza agli attuali 35000, vi sono stati diversi passaggi nel corso della storia dello SPRAR che ne hanno determinato alcuni cambiamenti.

Il primo è stato il momento della sua istituzionalizzazione per mezzo di una legge che lo ha reso stabile e ordinario come sistema di accoglienza centrale in Italia, laddove negli anni precedenti non esistevano sistemi di accoglienza strutturati ma solo interventi di tipo emergenziale.

Un altro importante momento è stato nel 2003 quando durante la cosiddetta emergenza nord-africa ha fatto emergere, in modo evidente anche a livello europeo, l'efficacia e l'efficienza del modello SPRAR in termini di raggiungimento di obiettivi di inclusione sociale e integrazione.

L'ultimo passo è quello più recente nel quale viene modificata l'identità dello SPRAR che non può più accogliere né richiedenti asilo, né protetti umanitari (anche perché la protezione umanitaria è stata abolita) e può accogliere solamente minori stranieri non accompagnati, titolari di protezione internazionale (che però costituisce un numero residuale rispetto alle richieste di asilo) e alcune nuove tipologie di permesso di soggiorno, i cosiddetti casi speciali. Lo SPRAR, che ora si chiama SIPROIMI, potrà accogliere ora i casi speciali per cure mediche, di vittime di tratta, vittime di sfruttamento lavorativo, di violenza domestica, di calamità naturali e persone che si sono distinte per particolari atti di eroismo, sempre riferito agli stranieri, non ai cittadini italiani, che hanno altri circuiti di protezione sociale.

Si può dire che ora lo SPRAR ha un'identità di welfare indirizzato agli stranieri e non più di sistema accogliente e protettivo verso le persone afferenti al tema del diritto d'asilo. Cambia la propria identità e potrebbe rappresentare sulla carta, un passaggio parzialmente positivo, se si pensa che ci si rivolge alla protezione di persone con qualche tipo di fragilità. In questo momento la difficoltà è costituita dal fatto che il permesso di soggiorno diventa dirimente, ma non è detto che la persona vittima di tratta automaticamente possa acquisire il permesso per caso speciale come vittima di tratta, lo stesso si può dire per la vittima di sfruttamento lavorativo, e così via.

Mancano dei criteri precisi di come dovranno essere queste procedure e di come far confluire tutte le persone con questo tipo di vulnerabilità sotto la definizione, anche giuridica, di caso speciale; solo attraverso la formalizzazione in un permesso di soggiorno per caso speciale un soggetto potrà accedere allo SPRAR e usufruire di tutti i servizi di protezione, presa in carico e accompagnamento all'integrazione che lo SPRAR prevede. Non sono stati ancora definiti i criteri e i requisiti per i quali una persona potrà avere il permesso per cure mediche, per quale tipologia di disagio mentale o fisico, di quale livello di gravità, per quale temporalità questa presa in carico è prevista?

Ci si trova quindi in un momento di transizione critico poiché molte persone che fino a pochi mesi fa avevano diritto di accesso ai progetti SPRAR ora non lo hanno più, viceversa chi sulla carta sembra poter godere di questo accesso in verità non è dato sapere come poter dar loro la cosiddetta "pezza d'appoggio" per usufruire effettivamente di questo diritto.

Unità 2. Intersectionality e trauma. Maddalena Vagnarelli

Il concetto di intersectionality sviluppato in origine da Kimberly Williams Chrenksud, docente di legge, nera e femminista, potrebbe essere compreso più a fondo da un punto di vista geografico, geopolitico, globale, transnazionale e postcoloniale; questo secondo coloro che hanno poi studiato e riutilizzato questo concetto. Alice Ludvig ha sviluppato elaborati schemi multidimensionali che includano più livelli di differenza, quali possono essere il genere, la sessualità, la razza, il colore della pelle, l'etnia, lo stato, la classe, la cultura, e così via e questo ci dà la misura degli innumerevoli livelli di cui dovremmo tenere conto e prestare attenzione quando ci troviamo in una relazione di aiuto con persone che afferiscono quelle che vengono comunemente considerate popolazioni minoritarie. Per citare Audre Lorde potremmo dire che non c'è nessuna lotta che abbia a che fare con un solo problema, perché non viviamo vite fatte di una sola dimensione.

L'internazionalità è sempre più spesso un elemento dello sviluppo di politiche di parità, la possibilità, anche grazie al lavoro delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea. SI pensi alle direttive per combattere le discriminazioni e di tutte le iniziative a livello nazionale,

regionale, locale e alle politiche e al management delle diversità che ormai in tutte le nazioni dell'Occidente, in moltissime aziende, vengono adottate.

Questo non azzera, ovviamente, le ambivalenze, le sofferenze e i silenzi di chi si trova a vivere condizioni di minoritarità multiple, magari dopo aver vissuto situazioni traumatiche proprio a causa minoritarità. Sul "fatto quotidiano" del 17 maggio 2018 viene riportata una frase di un ragazzo del Camerun: "un giorno eravamo in cucina e guardavamo in TV un programma sui migranti LGBTQI, i miei compagni africani hanno cominciato a dire - l'Italia è un paese di merda pieno di omosessuali - ancora una volta non mi sono sentito libero"; Allen ha 22 anni ed è scappato da chi lo picchiava e lo chiamava demonio, si è lasciato alle spalle il Camerun - riporta il giornale - dove essere omosessuale è reato, per chiedere in Italia la protezione internazionale, ma la paura è rimasta a lungo la stessa perché l'omofobia lo ha seguito fino a dentro al hub di Via Mattea Bologna dove è stato accolto insieme ai suoi connazionali.

I migranti LGBTQI, molto spesso, sono molto giovani, non possono contare sul sostegno della propria comunità di origine, con cui si trovano a migrare, ma che spesso culturalmente connotate da quella omofobia o transfobia da cui si è sfuggiti. Non possono neppure essere certi di venire a contatto con realtà multiculturali in cui vivere serenamente il proprio orientamento sessuale o la propria identità. Come si sottolinea in più occasioni in alcune interviste di Vincenzo Bramato, presidente del circolo Arcigay di Bologna, in alcuni paesi europei - come la Germania - esistono strutture protette per accogliere chi scappa da persecuzioni a causa del proprio orientamento sessuale, in cui il personale ha ricevuto una formazione specifica volta proprio a non riproporre atteggiamenti giudicanti o denigratori che rinverdirebbero lo stigma e il trauma delle persone.

In Italia, al momento, il modello di accoglienza non prevede queste specificità, ma esistono realtà virtuose come l'esperimento pilota avviato nel 2017 a Modena con un piccolo appartamento da sei posti riservato proprio ai richiedenti asilo LGBTQI, in più uno sportello per migranti LGBTQI di Verona.

Per questi ragazzi migranti in una età evolutiva afferenti alla comunità LGBTQI essere parte di una minoranza etnica in un paese che li ospita è solo una parte del problema. Sono infatti, molto spesso una minoranza silenzio e spaventata, anche all'interno della propria comunità di riferimento. Un trauma dell'invisibilità, per dirla con Rogers, raddoppiato, un minority stress - se vogliamo fare riferimento a Vittorio Lingiardi - che ha un'incongruenza - per arrivare fino a Rogers - raddoppiata; dunque un rischio raddoppiato per la salute psicofisica di queste persone e quindi una perdita di capitale umane inestimabile.

Formarsi all'accoglienza significa innanzitutto formarsi sui diritti umani e sulle specificità che il migrante LGBTQI porta con sé nella relazione d'aiuto. La formazione dovrà quindi essere centrata sulla persona e accogliere queste specificità conoscendole per risultare veramente inclusivi, inoltre i servizi rivolti ai migranti, progettati e forniti senza considerare molto spesso la variabile dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere ne riducono a volte l'efficacia, sia per quanto concerne la relazione con l'utente (e quindi questi ragazzi che non posso ricevere l'accoglienza che invece potrebbero avere), ma anche relativamente all'utilità di percorsi formativi o preventivi (pensiamo ad esempio alle malattie sessualmente trasmissibili, quanto sia multidimensionale anche una formazione rispetto a questo aspetto nel momento in cui abbiamo un'adolescente migrante afferente alla comunità LGBTQI). Dall'altro lato i servizi forniti proprio dalla comunità LGBT sono fortemente collegati ad un modello culturale di uomo-gay e donna-lesbica occidentali, e quindi molto spesso questi modelli non considerano un modello in cui questi ragazzi che vengono da altre culture possono davvero riconoscersi.

L'esperienza delle realtà sopra citate ha provato che i servizi di informazione di supporto e di counseling forniti dalle istituzioni, ma anche dalle associazioni, possono non essere efficaci

per questi ragazzi; pertanto lavorare con queste popolazioni di molteplici minoritariet  implicher  una riflessione interdisciplinare sulle prassi delle relazioni d'aiuto. Nella relazione con queste persone la approfondire delle dimensioni relative all'omosessualit , la bisessualit  e la transessualit  nella storia della psichiatria e della psicologia, il concetto di stigma, di omofobia, di omofobia interiorizzata, ma anche a costare tutto questo un costante aggiornamento degli operatori sulle legislazioni relative a questi temi, sia nei paesi di accoglienza che nei paesi di provenienza delle persone che si va ad accogliere. In pi  andrebbe continuamente approfondito e conosciuto, perch  in continua evoluzione e variazione, tutto quello che   relativo alla legislazione legata all'asilo.

Unitamente alle competenze di ordine pi  tecnico, sar  necessario sviluppare e consolidare, dal punto di vista pi  personale, un approccio sensibile al genere e mantenere viva dentro di s  e all'interno del gruppo di lavoro con cui si accolgono i quesiti ragazzi una riflessione sui diritti umani, come convenzione occidentale.

Unit  3. Elaborazione del trauma con gruppi d'incontro centrati sulla persona. Vincenza Malatino

Nella sua attivit  presso il servizio poliambulatorio di Lampedusa, dal 2001, la dott.ssa Malatino da ormai 25 anni. Lampedusa   sede di sbarchi da parte di uomini e donne che cercano di lasciare la loro terra per trovare un futuro migliore. Nell'affrontare il lavoro con le persone dell'isola si sono presentate occasioni di lavoro anche con i migranti, l'esperienza migratoria   divenuta parte del suo percorso personale e professionale.

Nel 2002 si chiedeva di offrire presso il centro di accoglienza supporto e terapia a persone che, sbarcate sull'isola dopo viaggi molto difficili, lunghi e con notevoli rischi di morte, avessero bisogno di farmaci e il responsabile della struttura chiese di fare una valutazione psichiatrica dei soggetti che sbarcavano sull'isola.

Si mostr  pressoch  impossibile valutare la salute psichiatrica di soggetti esposti e sottoposti ad eventi traumatici cos  gravi, e che per  venivano da cultura diverse non richiedevano l'aiuto o il sostegno di tipo farmacologico, provenendo da contesti questi che non consideravano la medicina occidentale come medicina convenzionale. Ci  che pi  sosteneva ed aiutava questi soggetti in certi casi era ricorrere a rituali magici e in qualche modo legati al pensiero magico preventivo di cui molti erano portatori.

Accogliere tutta questa sofferenza si mostrava particolarmente complesso e allo stesso tempo essere di aiuto e supporto. Fu cos  che si pens  di organizzare dei gruppi di ascolto. Questa   stata un'esperienza straordinaria per una psicoterapeuta psichiatra Rogersiana che fino a quel momento aveva condotto gruppi di ascolto legati al modello di Carl Rogers. In questo tipo di gruppo l'incontro   caratterizzato dal fatto che le persone si siedono in cerchio e si ascoltano reciprocamente, l'elemento fondamentale   l'assenza totale di giudizio e il rispetto assoluto di qualsiasi argomento voglia essere trattato dal gruppo; in questo modo   possibile creare un clima di confidenza che facilita molto la fiducia e aiuta i partecipanti, anche in situazioni emozionali particolarmente problematiche, a rielaborare l'esperienza e contemporaneamente a trovare una forma di solidariet : rendersi conto del proprio vissuto personale non   necessariamente solo individuale, ma pu  essere condiviso e compreso da altri soggetti, ci  di per s  favorisce la risoluzione - a volte - della sofferenza, del conflitto o dell'evento doloroso.

Questo   quanto   accaduto all'interno di questi gruppi. Un elemento importante e fondamentale   stato trovare l'equilibrio con il mediatore culturale, il traduttore, in quanto il facilitatore non parlava la lingua dei soggetti e le condizioni di base su cui si   trovati ad operare sono state assolutamente proibitive per mancanza di materiali (mancavano sedie) o per situazioni contingenti (alcuni gruppi erano appena scampati dal naufragio e alcuni avevano addosso solo lenzuola di salvataggio).

Nonostante la situazione poco ortodossa, con grande sorpresa, si è constatato che il valore profondo non sta solo nella forma, ma nella sostanza. Di fronte a persone che portavano con sé la loro storia dopo viaggi terribili e lunghi (nel deserto, in Libia, il rischio di annegamento), le esperienze raccontare erano fortemente traumatiche e lo sono state anche per il professionista che ascoltava queste storie, con la difficoltà di uscire anche da questa situazione di sofferenza e di dolore che era diventata anche l'esperienza dello stesso professionista. È stato rievocativo, per il professionista, di un evento - che era stato dimenticato - dell'infanzia di quando una zia era partita e che aveva causato tanto dolore da aver comportato la rimozione del ricordo.

Alla luce di tutto ciò, quando si accoglie qualcuno che ha vissuto un dramma come questo, la cosa fondamentale è provare a dare sempre l'elemento dell'ascolto, elemento fondamentale della possibilità che qualcuno si apra ed esprima anche i suoi vissuti. Accanto a questo è necessario avere l'accettazione profonda della persona e l'assenza di giudizio perché questo favorisce la fiducia. Inoltre è importante l'empatia, un balsamo per l'anima, il sentire che un'altra persona si mette nei tuoi panni e ascolta profondamente come se sentisse il tuo stesso dolore. Queste sono le tre condizioni fondamentali che detta Carl Rogers per lavorare nei gruppi di incontro e nelle relazioni di aiuto di psicoterapia.

A conclusione di questa riflessione sul valore dei gruppi di incontro rogersiani nella rielaborazione del trauma con soggetti migranti è possibile soffermarsi su un aspetto interessante: nessuno ha avuto bisogno di somministrazione di farmaci dopo aver partecipato ai gruppi di ascolto. Quello che ha favorito molto è la naturale dimensione del gruppo che è quello dell'assetto circolare, la circolarità ha riprodotto forse anche un po' parte delle esperienze che i soggetti riescono a vivere nei loro paesi, ad esempio in Eritrea, dove c'è l'usanza che gli anziani e i maschi del villaggio si riuniscono in cerchio intorno ad un grande albero, che viene definito l'albero delle parole. In questo incontro, attraverso le parole, è stato ricostruito il tessuto di una trama strappata.

Unità 4. L'ascolto empatico per facilitare l'elaborazione del trauma. Vincenza Malatino

Attraverso lo spezzone di un film, "Orizzonti Mediterranei" di Pina Mandolfo e Maria Grazia Lo Cicero, curato nel 2014 dopo gli eventi dell'ottobre 2013 dove morirono 388 persone nel naufragio dell'isola di Lampedusa.

In quel tempo si è pensato di elaborare questo film per dare persone contezza e conoscenza della realtà drammatica dell'esperienza di migrazione.

La storia del ragazzo protagonista è una storia che racconta di violenze fisiche e psichiche; la cosa singolare è che questo ragazzo è arrivato accompagnato dalla sorella e questa - anch'essa oggetto di violenza e stupro - non aveva mai parlato con il fratello di questa esperienza, come lui a sua volta era stato violentato e non ne aveva mai parlato con la sorella. Si è osservato come per lui era fonte di vergogna parlare di questa esperienza, tant'è che aveva chiesto che la sorella non fosse presente, perché lui non voleva che lei lo sapesse, ma un po' - come confessò in seguito - per vergogna di essere un uomo e di essere stato fatto oggetto di violenze. Va ricordato che questo ragazzo aveva solamente 16 anni.

Nella testimonianza che il ragazzo rende si ascolta cosa è accaduto nel suo percorso e come l'unica modalità per lasciare che il suo flusso emozionale non si interrompesse fosse stata quella di ascoltare senza mai interrompere la narrazione. Solo in pochi casi, in caso di situazione, qualche cenno del capo o la condivisione di uno sguardo più profondo, favoriva per lui la possibilità di continuare a parlare della sua storia. Si osserva quindi come l'aspetto empatico ha a che fare con la manifestazione di un'empatia più che verbale situazionale, cioè il contatto visivo, cenni del capo, il corpo che si protendeva verso di lui. Questo è stato necessario per aiutarlo a parlare, senza mai toccarlo; questo perché per lui il contatto era fonte di vergogna, come fosse un bambino incapace di esplorare una storia difficile e di

sopportarla, lui che era piccolo della sorella riteneva di dover essere quello che dava sostegno e coraggio alla sorella. Anche qui si osserva come la delicatezza, il tatto, l'empatia e l'ascolto favoriscono profondo l'emergenza delle relazioni di condivisione.

IN QUESTA PARTE INIZIA IL VIDEO DI DIFFICILE TRASCRIZIONE ESSENDO PRESENTI VOCI NARRANTI INTERVISTE E IMMAGINI.

Il video ha a che fare con l'esperienza di ascolto di due storie: quella di una ragazza o quella di un ragazzo, che sono fratelli. Questi due fratelli, partiti dall'Eritrea e approdati a Lampedusa nel 2014, portati al CARA di Mineo rimanevano presso la struttura per ottenere il permesso di soggiorno, ma quando si è cercato di intervistarli per avere la possibilità di dare testimonianza delle loro esperienze e storie ci si è resi conto alla base di questo tipo di racconto doveva esserci una dimensione di ascolto molto attenta, delicata perché questi due ragazzi erano stati fatti oggetto di torture e di violenze molto forti e drammatiche. Ognuno di loro aveva chiesto di parlare in assenza dell'altro.

La storia della ragazza, della sua esperienza di viaggio iniziata per dare possibilità al fratello di non essere costretto a 16 anni di fare il servizio militare. Nella sua narrazione si capisce che lei dice una cosa fondamentale: "non posso dimenticare, non trovo la forza di parlare"; si tratta delle parole chiave e allora l'ascolto è stato accompagnato con un contatto tra le mani del professionista e quelle della ragazza. Lavorare con contatto fisico in presenza di queste esperienze è complesso, anzi è preferibile non toccare le persone oggetto di trauma e violenza fisica; in questo specifico ci si è resi conto che la ragazza aveva la necessità di essere profondamente sostenuta per poter raccontare questa storia, così la professionista ha chiesto se poteva prendere le sue mani. Proprio la richiesta, e non l'azione non accettata, ha favorito la possibilità che lei desse il suo assenso. Con questo contatto si è creato un canale di energia forte e potente, ogni volta che la ragazza doveva parlare di aspetti particolarmente traumatici e dolorosi tendeva a fermarsi e così la professionista stringeva le sue mani provocando così il proseguire del flusso energetico necessario per il prosieguo della storia.

A conclusione di questa esperienza si può affermare che mai il racconto di qualcuno può essere, in presenza di storie di traumi, fatto oggetto di banalizzazione o di esasperazione o di amplificazione, la cosa fondamentale è l'ascolto della storia, come viene raccontata, ascoltando con grande sensibilità e soprattutto empatia e riconoscimento della sofferenza altrui. Questo è stato l'elemento fondamentale che ha consentito di aver accesso alla espressione emozionale più intensa e profonda di questa profonda nel racconto della sua storia.

Unità 5. Adozione e trauma. Mario Ruocco

Adottare un bambino significa vincere sulla natura, in particolare sulla sterilità. Il gesto di un genitore che adotta un bambino è un gran regalo che il genitore fa, non solo a se stesso in quanto in questo modo finalmente ha un figlio, ma anche al bambino, perché il bambino finalmente trova una famiglia.

Si discute se chiamare il genitore "genitore adottivo" o limitarsi al termine "genitore". Chiaramente il genitore adottivo è un genitore a 360° che non ha nulla in meno di un genitore biologico, lo dicono le ricerche, ma soprattutto lo dice la relazione che viene a generarsi tra figlio e genitore.

Avere un figlio adottato ha molte sovrapposizioni con l'aver un figlio biologico. Per un genitore adottivo sentirsi chiamare babbo è ogni volta una sorpresa, mentre per un genitore biologico è forse scontato. Questo vuol dire che forse la genitorialità adottiva è operosa più intensa di quanto possa essere quella biologica. Questo però deve porre comunque delle attenzioni da parte del genitore: il figlio adottato ha il diritto ad essere felice e per essere felice si deve anche considerare quale è stata sua storia, che noi non sempre potremmo conoscere, perché nessuno ce la racconta e lo stesso figlio non se la ricorda. Tuttavia si deve

prestare attenzione con sensibilità a quelle che sono le problematiche che il bambino può portarsi dietro. Il bambino, e poi l'adulto, adottato spesso si confronta con temi esistenziali: quali sono state le mie origini? Perché sono stato abbandonato? Sono risposte a cui nessuno può dare spiegazioni, ma questo non esclude che la vita è bella e tutti dobbiamo tendere a vivere al meglio.

Unità 6. La ritraumatizzazione. Alberto Zucconi

I fattori di ritraumatizzazione sono molti, ma principalmente li possiamo dividere in due gruppi. Quelli che avvengono per cause naturali: come una persona già traumatizzata si trova a rivivere il trauma in quanto esposta a stimoli esterni che sono traumatici (come una catastrofe, o vede persone che vengono traumatizzate, a volte anche vedere un film o un notiziario può essere traumatizzante); quelli in cui il trauma che viene vissuto e sofferto da una persona già traumatizzata, perché gli si offrono dei servizi, delle cure, da parte di persone inesperte o di un'organizzazione non trauma oriented, che anche non volendo provocano danni ritraumatizzando la persona. Infatti si chiamano trauma inform tutte quelle cautele e procedure che un operatore, un professionista, una istituzione adottano per prevenire la ritraumatizzazione dei propri assistiti.

In passato, purtroppo, abbiamo traumatizzato chi già aveva sofferto un trauma non per cattiva volontà, ma per ignoranza. È proprio grazie alle ricerche e alle evidenze cliniche che si è osservato che queste persone, se venivano pressate a fare cose che non volevano fare, se non venivano rispettate nei propri tempi, se venivano forzate a ricordare le loro esperienze traumatiche - ovviamente a fin di bene - pur senza accorgersene si procuravano loro dei danni iatrogeni.

Per cui, con la definizione trauma inform oggi si intende tutte quelle cautele, quella rete di sicurezza sviluppata attraverso le ricerche, che ci hanno mostrato che è importantissimo, per proteggere le persone già traumatizzate dal pericolo di nuova traumatizzazione, rispettare i loro tempi, centrarsi sull'erogazione di servizi sulla loro persona, sulla loro esigenza e sensibilità, inoltre mai forzare a fare qualcosa che gli utenti non sono disponibili ancora a fare.

Il perché è molto semplice: abbiamo osservato che persone già traumatizzate hanno bisogno di accoglienza, di benevolenza e dei porti sicuri in cui riprendere le forze e riprendere i loro ritmi di esplorazione che, proprio perché traumatizzati, necessariamente cauta visto la loro pregressa esperienza. Quindi, fidarsi delle capacità di autoregolazione degli utenti traumatizzati è fondamentale buona cura. Rispettare le persone - è interessante notare - sembra così semplice è invece spesso difficile nel mondo delle cure.

Unità 7. Come si esplicita il trauma nei bambini adottati e la video intervention therapy. Laura Caetani

Il sostegno alla genitorialità adottiva nel sostegno post adottivo è importante perché, nel periodo post adottivo verranno ad evidenziarsi i traumi che i bambini hanno subito durante il periodo precedente, durante il periodo dell'istituzione, quello in cui sono stati lasciati dalla propria famiglia o madre, o in istituto o in altre famiglie.

Tutto questo sarà importante per la famiglia che adotterà questi bambini perché di fatto si ripresenteranno delle difficoltà importanti nella relazione con la nuova famiglia. Dalla ricerca sappiamo che i traumi hanno la capacità di rompere le relazioni, di renderle problematiche e difficili, i bambini non fanno eccezione a questo. Il poter avere consapevolezza della difficoltà che il bambino trova nella nuova famiglia adottiva può rendere più facile o, perlomeno, più consapevole il genitore del percorso che si troverà a dover affrontare.

Negli scambi che costituiscono la relazione, negli scambi interattivi, i bambini saranno difficile da gestire, possono dare dei segnali confusi e pochi chiari, sembrare non interessati,

assenti. Tutti questi sono aspetti che andranno analizzati punto per punto e che faranno parte della storia di ogni adottato.

In tal senso noi sappiamo, sempre dalla ricerca, che ogni scambio interattivo è formato da micro eventi che analizzati in dettaglio influenzano la risposta adulto-bambino e bambino-adulto; su questo non fa eccezione il rapporto tra genitore adottante e figlio adottivo. Per questo sarà estremamente importante l'uso del video, perchè proprio in questa situazione in cui il trauma ha creato dei presupposti di difficoltà alla lettura di aspetti microanalitici interattivi sarà importante poterli filmare, vederli in uno scambio e vedere dove e come si muove il bambino nello scambio interattivo e come può rispondere il genitore.

L'uso del video, quindi, sarà veramente da sottolineare e da raccomandare perché sarà un modo di porre le basi e poter guardare in dettaglio in maniera specifica, momento per momento, tutto quello che accade nello scambio tra bambino e genitore. La cosa importante da sottolineare è che questo particolare uso del video deve, e dovrà sempre, essere utilizzato e mostrato soltanto da terapeuti specializzati in questo particolare uso; non potrà essere utilizzato da chi non ne ha la specializzazione, data la particolare delicatezza del tema trattato.

Si osserva che, come s'è detto, i bambini adottati hanno una modalità di mandare segnali un po' meno evidente, più breve e confusa, di bambini non adottati. In questo senso l'uso del video sarà estremamente importante perchè consentirà al genitore, scandendo l'interazione momento per momento, di vedere dove e come il bambino è in grado di agganciarsi relazionalmente a lui. Questa sarà una pietra miliare nello scambio interattivo e sarà l'inizio della possibile nuova costruzione e di un legame di attaccamento.

Un'altro aspetto molto importante dell'espressione del bambino è l'ipervigilanza. È molto importante perché ci racconta della sua storia, delle sue paure, dell'incuria e trascuratezza che ha vissuto, ma soprattutto se questo bambino ha subito violenza fisica, forse abuso, o comunque violenza assistita nella migliore delle ipotesi. L'ipervigilanza è un aspetto per cui il bambino è estremamente focalizzato sull'espressione dell'adulto, lo monitora momento per momento per poter leggere attraverso l'espressione dell'adulto se ci sarà qualcosa che potrà essere pericoloso per lui o se quello che sta facendo potrà diventare in qualche modo pericolo o fonte di minaccia.

Indica quindi chiaramente la mancanza di fiducia che il bambino presenta nei confronti dell'adulto, questo tenderà a sparire piano-piano lavorando nella relazione adulto-bambino, ma non sempre in maniera definitiva.

Un'altro aspetto che il bambino presenterà sarà un aspetto di goffaggine affettiva, un aspetto che farà molto soffrire il genitore adottivo perchè sentirà questo bambino mai perfettamente libero nell'esprimere il suo affetto e vicinanza affettiva all'adulto. Non è responsabilità del bambino, anche questo è un frammento, che si esprime nella relazione, di una storia passata è particolarmente dolorosa. I bambini sono abituati a non avvicinarsi all'adulto, a far in modo che l'adulto diventi meno pericoloso per sé nella relazione, per cui non sono abituati spesso a toccarlo, abbracciarlo, cosa che nella relazione nuova potrebbe avvenire.

Possiamo quindi assistere a bambini particolarmente vicini, forse troppo, a volte appiccicosi, ma proprio perchè non sanno modulare la modalità di avvicinarsi all'adulto, non sanno quando è troppo o troppo poco e sono in un completo disorientamento ed imbarazzo.

Altre volte il bambino si avvicina con un fare estremamente goffo, quasi falso, poco spontaneo, questo è subito monitorato dal genitore che tende ad etichettarlo. Quello che si raccomanda è vederlo sempre come l'espressione di un momento della storia del bambino, non è mai stato libero di avvicinarsi come avrebbe voluto e come avrebbe sentito ad un adulto, questo rimane ancora in tale modalità poco spontanea e piuttosto goffa.

Un altro aspetto che il genitore troverà sarà la fatica e la difficoltà al sonno e ad avere sempre un sonno estremamente agitato, poco riposante e la difficoltà ad addormentarsi. Un'ulteriore

aspetto si può osservare nella difficoltà di concentrazione, spesso letta come disturbo di apprendimento non meglio identificato: il bambino non ha disturbo d'apprendimento, ma la sua modalità ipervigile gli suscita elementi emotivi così difficili, negativi e faticosi che lo distraggono dal compito assegnatogli. Ancora una volta vedremo che il bambino è sintonizzato sul volto dell'adulto, la sua espressione, su quello che l'adulto esprime, sulla pericolosità che potrà dimostrare; tutto ciò renderà difficile al bambino il potersi concentrare. Tutti questi aspetti però sono estremamente importanti, questi comportamenti sono la narrativa di una storia passata, diranno al genitore adottivo tutto quello che è segnato nella storia del bambino, che forse questo bambino non riesce ad esprimere se non attraverso questi comportamenti; per cui, forse, è importante pensare che sono informazioni preziose che possono metterci nella condizione di sapere quella parte di passato, assolutamente inconoscibile per noi, ma che ha creato quel bambino così com'è, in quella relazione così com'è con il nuovo genitore adottivo.

Più che situazioni da correggere sono comportamenti da accogliere al massimo, nello pieno delle possibilità di poter leggere cosa ci raccontano di una storia passata che possa diventare, insieme a questo piccolo bambino, oggi una storia insieme. Come la narrazione del passato possa creare il ponte con la narrativa del presente.

Unità 8. Figli di detenuti e trauma. Mario Ruocco

Il figlio del detenuto si trova nella condizione di vivere diverse condizioni di difficoltà. La prima è il fatto di essere deprivato improvvisamente dal proprio genitore e di dover crescere senza di lui. La seconda è quella di dover vivere in una famiglia che spesso non ha risorse economiche, infatti con l'arresto del genitore viene a mancare, il più delle volte, l'unica fonte di guadagno (per quanto fosse una fonte illecita, ma sufficiente per le necessità quotidiane).

Un'altra tragedia secondaria, ma non meno importante è dovuta al fatto che il bambino si trova immerso in mondo di giudizio: essere figli di genitori detenuti significa essere figli della colpa; il bambino mano a mano che si relaziona con questo processo sociale fa suo il giudizio fino a convincersi di essere lui stesso una persona meritevole di punizioni. Tanto è vero che spesso i figli di genitori detenuti sono bambini agitati, la cui agitazione è dovuta anche al fatto che non ha un genitore - spesso il padre - che lo educa e lo frena nelle sue intemperanze. È un bambino costretto a vivere da solo, la madre non riesce a far fronte a tutte problematiche che si concentrano sulla sua persona, non potendo più far conto sul contributo del proprio marito.

È una sfida tutta da giocare perché purtroppo anche gli operatori sociali cadono nella trappola di stigmatizzare il bambino che dovrebbe essere capito ancor di più di bambini, perché vivere da soli con la madre in difficoltà non deve essere assolutamente semplice.

C'è una discussione su come comunicare al bambino che il proprio genitore è stato arrestato. Tanti genitori, per vergogna o per difficoltà, raccontano al bambino la storia di essere dovuti improvvisamente partire per andare a lavorare. Chiaramente le bugie hanno le gambe corte e il bambino non è convinto, perché se fino ad allora il padre lavorava tornando a casa ogni giorno non si spiega come mai sia cambiata improvvisamente la mansione lavorativa e sia partito per così tanti giorni, mesi, anni, i natali, i compleanni, così il bambino capisce la bugia.

La cosa migliore da dire ai bambini in questi casi è dire la verità "il babbo ha sbagliato, ha commesso degli errori e purtroppo deve stare in un luogo a rispondere di del suo comportamento, ma sta bene, ci sono tutti i servizi perché stia bene, stai sereno, lo potrai vedere presto".

Questo è un'altro tema legato ai figli di genitori detenuti: se far vedere o meno il genitore in carcere. Alcuni operatori sociali sostengono non sia opportuno perché l'ambiente del carcere non è ambiente tagliato sulle esigenze del bambino. È vero che entrando in carcere si ha a che

fare con poliziotti, ambienti non sempre dignitosi, ma è altrettanto vero che non c'è elemento più importante per un bambino che quello di poter vedere il genitore. In realtà quindi andrebbero facilitati gli incontri tra detenuti e figli.

Fino a pochi anni fa esistevano ancora dei muri che dividevano i detenuti dai visitatori, oggi molte cose sono cambiate: molti carceri dispongono di una ludoteca o di ambienti più colorati, con giochi, e gli stessi agenti penitenziari sono molto più preparati nell'accogliere i bambini. Questo tuttavia non è il tema principale, il tema non è se il bambino va in un ambiente idoneo o meno, ma è quello di facilitare l'incontro tra genitore e figlio. Tutto ciò viene rivisto ovviamente se il genitore è in carcere per un reato contro il minore.

Unità 9. Traumatizzazione Vicaria. Alberto Zucconi

Che cos'è il trauma vicario? È il trauma derivante da assistere persone che sono colpite da traumi; infatti il trauma vicario in genere colpisce coloro che erogano servizi alle persone colpite da traumi naturali (tipo catastrofi) o persone che soffrono di traumi a seguito di violenze perpetrate ai loro danni altri esseri umani, esempi sono la guerra, gli attentati terroristici, ma anche la violenza familiare o assistere le vittime di violenza sessuale.

Insomma l'operatore con buona volontà si apre e dà assistenza, supporto umano e contatto psicologico ad una vittima di trauma, ma questo - giornalmente - nonostante il significato profondo della generosità dell'apertura, anche a livello esistenziale, può incidere sulla mia salute mentale, le mie forze, il mio metabolismo e diventare fonte di un vero e proprio trauma con tutte le conseguenze che hanno i traumi.

Per cui è importante per prevenire e diluire l'impatto del trauma vicario che gli operatori e tutti coloro i quali si trovano per il loro lavoro esposti a vittime di traumi o violenze; i poliziotti ad esempio, o i giornalisti reporter e tutti coloro che a vario motivo sono a contatto con persone traumatizzate.

È buona regola, quindi, poter prevenire il trauma vicario, come anche quello più generalmente chiamato burn out che colpisce anch'esso persone nelle relazioni di aiuto e che colpisce duramente, in particolare, quando non si riesce a ricaricare le batterie, staccare dal lavoro che è pesante e oneroso oltre che bello, e anche avere un certo bilancio tra il lavoro - diciamo - umanitario e la propria vita personale, la famiglia, gli amici e gli svaghi.

Insomma è una sfida per tutti coloro che meritevolmente offrono i loro servizi con passione, generosità, empatia anche estendere tale rispetto a se stessi, perché purtroppo non si può dare agli altri quello che non si ha, è quindi moralmente doveroso promuovere la propria resilienza, salute e benessere, perché se vogliamo dare molto dobbiamo includere con generosità anche la persona che non ci abbandonerà per ogni ora della nostra vita: noi stessi.

Unità 10. Il disegno come elaborazione del trauma vicario dei piccoli abitanti di Lampedusa. Vincenza Malatino

Il 3 ottobre 2013, a Lampedusa, si è verificato un evento di particolare drammaticità. Un barcone con 500 migranti ha fatto naufragio e 388 di questi hanno perso la vita. Tra questi che hanno perso la vita si riscontrano donne, bambini, molti giovani e per la popolazione di Lampedusa è stato un evento particolarmente traumatico perché tutti gli abitanti si sono ritrovati a prestare soccorso nel mare e a recuperare centinaia di cadaveri e vivere e vedere dimensioni sconvolgenti legate alla tragicità della morte, addirittura è stata ritrovata una mamma che stava partorendo durante il naufragio con il figlio ancora attaccato col cordone ombelicale.

Un evento di questo genere inevitabilmente non poteva non produrre l'effetto di un trauma vicario sulla popolazione e quindi si è cercato, in qualche modo, al poliambulatorio di avere quanto più possibilità di ascolto, visite e supporto alle persone che avevano avuto esperienze di tipo traumatico nel prestare il loro aiuto, ma una delle situazioni più difficili da gestire è

stata quella legata all'esperienza traumatica percepita dai bambini, in particolare delle scuole elementari. L'immigrazione a Lampedusa è un'esperienza pluriennale e tutti (anche i ragazzi giovani) sanno che spesso viaggi della speranza si risolvono con la perdita della vita, ma i bambini di 6 e 7 anni sono particolarmente sensibili a questo tipo di esperienza e molti di loro hanno iniziato ad avere paure, angoscia, fobie, tutti fenomeni tipici di chi è stato esposto a esperienze traumatiche dove la vita viene messa in pericolo e oggettivamente perduta.

Per questi bambini questo evento era accaduto nel loro mare, un mare che vivono come fonte di gioia, gioco e divertimento; quel mare che rappresentava per loro un elemento di gioia e leggerezza improvvisamente si è trasformato in un mare di morte. Una delle possibilità che si sono messe in atto per affrontare l'elaborazione di questo trauma vicario dei bambini è stata quella di proporre loro di fare dei disegni, questi disegni adesso mostrano come i bambini rispondono e reagiscono a questo trauma.

Si deve fare una piccola premessa: l'arte è uno strumento potente per rendere tangibili eventi dolori e spaventosi, in sé l'arte produce effetti liberatori e di rielaborazione anche degli eventi traumatici. Ci si deve chiedere poi cosa sia un evento traumatico dal punto di vista dei bambini. In questo caso dipende dal tipo di evento, l'evento traumatico ha diverse forme, può essere prodotto dall'uomo (come le guerre e del terrorismo) o determinato dalla natura (uragani e terremoti) e ognuno di questi lascia tracce specifiche e specifiche paure nella mente e nella psiche dei bambini. Da questo punto di vista è stato necessario nel caso del naufragio di Lampedusa ricomporre la frattura emozionale e interna che i bambini avevano avuto, legata al fatto che questo evento potesse non solo ripresi, ma investire anche le loro famiglie; questo perché un bambino di 6 e 7 anni è difficile comprendere il senso della morte e sappiamo come i bambini riconducono tutto a se stessi. Questi eventi e storie di morte hanno avuto l'effetto di produrre in molti bambini la paura di mangiare il pesce (i pesci avevano mangiato i bambini e le loro mamme) o di andare al mare (nel mare ci potevano essere i cadaveri); è stato necessario ricostruire questo puzzle della loro dimensione di serenità rispetto anche all'immaginario che si costruiva nell'isola di Lampedusa.

Questo è stato possibile con il disegno, come si diceva.

Con il disegno è possibile costruire una narrazione di come ogni bambino individualmente abbia percepito questo evento, perché l'evento era collettivo ma la percezione era specifica per ogni bambino. È stato importante non offrire elementi di consolazione immediata e risolutivi, ma lasciare che ogni bambini per mezzo dell'elaborazione grafica e verbale che l'ascolto che ha seguito i disegni, trovasse delle personali soluzioni a quello che è un elemento fortemente angoscioso come la dimensione della morte e della perdita che a 6 - 7 anni è l'angoscia più grande per un bambino.

LEZIONE 2: IMPARARE DAGLI ERRORI

Unità 1. Imparare dagli errori: le lezioni che si debbono trarre dalle cattive pratiche. Alberto Zucconi

Imparare dagli errori, più facile a dirlo che farlo, anche perché c'è una certa cultura che ci spinge ad associare alla nozione "ho commesso un errore" un modo di disappunto, ma anche una certa vergogna: la paura di aver perso la stima dei colleghi - e magari degli utenti - e quindi una certa inflessione un po' infantilistica che tende a rimuovere l'errore, a scusarsi dicendo che non è colpa nostra, che è colpa di altri fattori esterni, insomma con un risultato misero che ci impedisce di vedere del un po' l'ovvio: che dietro ogni errore noi possiamo trovare un tesoro di saggezza. Con la giusta attitudine, non difensiva noi possiamo aprirci a

imparare dagli errori: gli errori come maestri che ci aiutano a diventare dei professionisti che fanno quello che esortano i loro utenti e clienti a fare, ovvero apprendere dall'esperienza.

È buffa - e tragica - la situazione: noi professionisti della relazione di aiuto ispiriamo convintamente i nostri clienti d'imparare dalle loro esperienze e dai loro errori, ma questo è valido per i nostri clienti e meno per noi; siamo meno entusiasti noi ad accettare di non difenderci e di ammettere che l'errore è nostro, lo sbaglio è nostro, e così facendo essere aperti all'apprendimento. Una maniera disfunzionale di costruire l'esperienza dell'errore mi porta a perdere autostima, quando dovrebbe accrescere, come se fosse una cosa un po' pazza che chi prova paura pensa di essere un codardo, ignorando che chi è coraggioso prova paura ma non si fa congelare da questa, e così chi è intelligente e saggio accetta l'errore e impara da esso.

Abbiamo quindi da imparare dai nostri utenti che sono, a volte, più pronti di noi ad accettare con umiltà di imparare dalla loro esperienza e cercare di non commettere sempre gli stessi errori, ma noi siamo condannati ad una vera coazione a ripetere se ci rifiutiamo di ammettere che ridiscendono in io gli errori, perchè così facendo e descrivendoci come vittime ci creiamo una autodefinita situazione di impotenza. In questo senso diamo il benvenuto agli errori come maestri di saggezza.

Unità 2. Il trauma ha effetti significativi sulla salute fisica e mentale ed è una delle principali cause di morbidità e mortalità di generazione in generazione. Alberto Zucconi

Notevole è l'impatto negativo sulla salute fisica e mentale delle persone che soffrono una qualsiasi forma di trauma. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che le varie forme di trauma costituiscono una vera e propria emergenza sanitaria.

Noi vediamo che il capitale umano soffre notevolmente al livello fisico-mentale, in relazione al subire un trauma, e anche la capacità di contribuire efficacemente alla prosperità della sua comunità viene compromessa in quanto chi è colpito da trauma è bisognoso di cure e queste richiedono risorse economiche, finanziarie ed è anche debilitato nel produrre prosperità per se stesso, la propria famiglia, comunità e nazione.

Osserviamo anche un altro aspetto molto preoccupante per chi è vittima di trauma: che non solo la vittima diventa una persona con danni alla propria salute fisica e mentale, ma sovente, soprattutto per alcuni tipi di traumi (come essere vittime di violenza o violenza sessuale) c'è un'alta frequenza di diventare perpetratori e quindi traumatizzare altre persone innocenti e da vittime divenire aguzzini; un cosa terribile è come il trauma sia un virus che si espande se non contrastato, prevenuto e curato efficacemente nella comunità: una vera e propria pandemia. Si potrebbe parlare di pandemie, cioè di qualcosa che si trasmette da individuo a individuo velocemente in tutta la popolazione che ammonta ad una perdita di capitale umano sempre più importante.

Dobbiamo anche vedere che in un approccio bio-psico-sociale non possiamo lasciare solo al settore sanitario la prevenzione e cura del trauma, ma è compito della policy e di quindi tutte le istituzioni - la scuola, il lavoro, le organizzazioni, il mondo della giustizia minorile - che devono diventare sensibili a queste problematiche e diventare anche parte di una rete efficace di prevenzione e risoluzione del trauma. Questo nell'interesse e per il bene di tutti.

Unità 3. Il trauma è pervasivo. Gabriele Castelnovo

Parleremo della pervasività del trauma: si sta scoprendo sempre di più, infatti, che il trauma ha degli effetti importanti sulla comunità e le società. Un tempo gli studi sul trauma si concentravano più su quegli aspetti dell'acutezza di un trauma e quindi dell'esposizione di un evento di una certa importanza, nel tempo il concetto di trauma si è allargato fino ad includere molti altri aspetti.

Comunque sia il trauma è qualcosa che davvero si mostra in forma pervasiva nelle nostre società: sappiamo che un individuo adulto è stato esposto, o lo sarà in futuro, almeno una volta ad un evento traumatico. Da alcuni studi, che troverete nell'approfondimento come studi di Benguet, sappiamo che a livello mondiale la percentuale del trauma nelle varie nazioni è molto alta, con variazioni, ma che rimangono comunque percentuali elevate. È quindi importante oggi andare ad approfondire quali sono gli aspetti che proteggono e quali aumentano il rischio di esposizione al trauma.

Sappiamo da altri approfondimenti sul tema che il trauma è anche alla base molti dei disturbi cronici che oggi hanno ripercussioni importanti a livello economico e sulla salute pubblica, ma soprattutto vanno anche a incidere sulle capacità dell'individuo di esprimere le proprie potenzialità e quindi di diventare pienamente un cittadino cosciente ed efficace nella comunità e società in cui vive.

Ancora più importante è il trauma se consideriamo tutti quei traumi che intervengono nel periodo di sviluppo dell'individuo, infatti è lì, nel momento in cui la persona va a costruire le proprie capacità cognitive, emotive e socio relazionali, che un trauma può andare a incidere potentemente sullo sviluppo di queste capacità, andando a minare seriamente lo sviluppo futuro dell'individuo.

Sarà quindi fondamentale, e lo è tuttora, approfondire le nostre conoscenze sul trauma, cioè essere informati, proprio come stiamo facendo attraverso questo percorso

Unità 4. Breve aggiornamento sul trauma: lo studio ACE. Alberto Zucconi

Adverse Childhood Experience: su un campione molto vasto della popolazione sono state misurate l'incidenza e i risultati di avere da bambini degli effetti traumatizzanti e le loro conseguenze negative nella vita delle persone, ma andiamo per ordine.

The ACE study, cioè quello che ha studiato le esperienze infantili negative di una larga fetta della popolazione è stato condotto dalla più grande organizzazione no profit di assicurazioni sanitarie: il Kaiser Permanente un'assicurazione sanitaria privata senza scopo di lucro, in California, ha investito molti milioni di dollari per fare questo studio e che ha beneficiato l'intera comunità scientifica perchè ora sappiamo, e repliche di questo studio e altri simili hanno confermato i dati originali, che mediamente nella popolazione almeno un terzo - quindi $\frac{1}{3}$ cittadini - viene colpito nella propria infanzia almeno da un episodio avverso, quindi da un trauma. Un numero inferiore di cittadini viene colpito da due tipi di traumi, un numero ancora inferiore ha un numero superiore di traumi.

Più una persona è colpita da traumi multipli e più questa soffre delle conseguenze negative, come se una coltellata facesse molto male, ma ancora peggio è essere accoltellati più volte. I traumi sono peggio delle coltellate, perché questi non solo hanno conseguenze negative - come le coltellate - sull'aspetto fisico e mentale della vittima di tale violenza, ma sono anche - in qualche maniera - una sorta di virus che porta alcune persone colpite da traumi - soprattutto traumi in cui si è vittime di violenza, abuso sessuale etc. - a divenire in età adulta dei perpetratori. Inoltre le problematiche di tipo mentale e di tipo fisico, spesso le due cose sono associate; per spiegare meglio: le persone che sono i soggette a trauma cercano istintivamente di aggiustarsi al trauma, cioè di fare coping, gestire l'evento, e alcuni aspetti di questo tipo di gestione dell'evento possono essere efficaci in un primo momento, ma molto costosi a lungo andare. Ad esempio alcune persone possono - per gestire gli effetti del trauma - attutire la loro sofferenza con l'ingestione di alcolici o con l'uso di droghe, che però creano subito un altro problema, quindi aggravano la situazione, perchè uno diventa poi alcolizzato o dipendente. Oppure a livello comportamentale è noto il fatto di evitare il contatto con gli altri, ma isolandosi ci si taglia fuori dal "rifare le batterie". Oppure praticare promiscuità sessuale, insomma le esperienze avverse infantili sono una vera piaga sociale e costosissima, perchè i costi solo per il trattamento e le cure sono molto onerosi. Nell'interesse di tutti, tutti debbono

impegnarsi a prevenire e curare efficacemente i traumi che soffriamo da bambini. Questo non solo beneficia le vittime, ma tutta la società.

Unità 5. L'approccio trauma informed. Alberto Zucconi

Che vuol dire trauma informed? Semplicemente informato sul trauma. È un approccio teso a prevenire la ritraumatizzazione e a offrire servizi e disegnare strutture che abbassino il pericolo di ritraumatizzazione e massimizzano la possibilità di erogare servizi efficaci.

Siamo giunti a definire delle buone pratiche come pratiche trauma informed grazie anche a un'attitudine di apertura e riconoscimento degli errori commessi in passato. Errori, ovviamente, commessi non intenzionalmente, ma per ignoranza, proprio perché non sapevamo che alcuni aspetti dei trattamenti in voga allora erano parte del problema e non della soluzione: ad esempio quello di spingere contro la loro volontà utenti a ricordare traumi passati, riesperienze momenti traumatici e così via.

Oggi, grazie a quanto imparato dagli errori del passato, abbiamo una serie di direttive, di parametri che ci aiutano a prevenire i danni e massimizzare i benefici dell'erogazione di servizi; questo non solo in ambito sanitario, della salute mentale, ma proprio in ogni ambito - per esempio la scuola, le organizzazioni, le regolamentazioni della giustizia minorile o addirittura anche le leggi - insomma Trauma Informed School è una scuola sensibile alla problematica del trauma e quindi anche gli insegnanti sapranno che non sempre uno studente discolo è solo discolo, ma sta esprimendo un disagio dovuto ad un trauma, e quindi sapendo questo avranno strumento di reform, di invio allo psicologo affinché lo studente possa essere aiutato e il problema non diventi più grave di quanto già lo sia.

In fondo avere un approccio trauma informed è non solo doveroso, da un punto di vista etico, clinico e di salute mentale, ma è anche qualcosa di efficace nel rapporto costi-benefici, perché erogare trattamenti che riducono i danni è nell'interesse non solo delle vittime di traumi ma dell'intera società.

Unità 6. 1° principio trauma informed. Alberto Zucconi

I comuni denominatori che sono presenti in ogni struttura, non importa quale, che sia trauma informed, cioè che non rischi di ritraumatizzare chi è stato già colpito da trauma e che offre un porto sicuro, non importa se essa sia una struttura territoriale dedicata alla protezione e promozione della salute, o una scuola, o una organizzazione lavorativa o un istituto per trattamenti specializzati, oppure anche una casa di correzione giovanile parte del sistema giudiziario.

Anche una comunità, per essere trauma informed, deve avere questi comuni denominatori che hanno un filo rosso: i comuni denominatori sono tutti unificati nel voler comunicare e assicurare all'utente che ha avuto un trauma una piena sensazione di sicurezza, fisica e psicologica, essere un porto sicuro.

Il primo principio trauma informed è che la struttura deve fornire una sicurezza fisica ed emozionale e quindi la persona avrà la certezza, perché è informata a tal riguardo, ma anche l'esperienza che niente di male, nessun attacco, può essere portato a suoi danni, è un luogo sicuro dove non è necessario stare sul chi vive, in continuo allarme, vivere in ansia.

La struttura trauma informed è anche molto accogliente, in tutti gli aspetti di comunicazione e metacomunicazione e quindi l'utente è benvenuto, si dice proprio "benvenuto, o ben tornato" e sono convinti tutti che la persona dell'utente è una persona a cui si dà realmente il benvenuto.

Una struttura per guadagnarsi la fiducia e dare sicurezza agli utenti deve essere coerente, cioè i suoi messaggi a tutti i livelli devono essere congruenti con le proprie azioni e costanti nel

tempo. Solo così la persona dell'utente potrà nutrire e sviluppare reale fiducia e sentire che la struttura è realmente accogliente e un porto sicuro a cui ci si può affidare.

In una struttura trauma informed non ha spazio, non hanno cittadinanza, la violenza, la vergogna e la colpa, aspetti molto problematici che possono acuire o ritraumatizzare chi ha subito già un trauma.

O vivamente una struttura trauma informed assicura anche la confidenzialità e proprio il segreto professionale, la privacy dell'individuo, il quale non verrà esposto a questo tipo di pericoli e di violenze. Inoltre il linguaggio di una struttura trauma informed è centrato sulla persona, cioè parlerà un linguaggio chiaro, coerente, che l'utente può comprendere e non dei criptici linguaggi professionali dove occorrono tre lauree per comprendere.

Unità 7. 2° principio trauma informed. Alberto Zucconi

Il secondo principio di una organizzazione trauma informed è la collaborazione e la mutualità, per mutualità si intende che l'utente è ingaggiato attivamente alla co creazione dei servizi a lui erogati e quindi il potere personale non è quello tradizionale, come nei modelli meccanicistici-riduzionistici, dove l'utente era il paziente designato; no, qui ha voce in capitolo e il ruolo che assumerà è quello di agenzia attiva nella sua azione di recupero delle sue capacità e potenzialità.

Una struttura trauma informed promuoverà il recupero del rispetto per se stessi, un aspetto cruciale per chi è stato vittima di trauma, e anche per la speranza, la recovery, il recupero del proprio potenziale. Una struttura come questa metterà sempre in chiaro, soprattutto a se stessa, che il recupero della salute, della funzionalità di una persona affetta da stress post traumatico, da traumi, può avvenire solo attraverso delle relazioni efficaci che i membri del personale della struttura riescono a stabilire con l'utente. Insomma un buon gioco di squadra, un'alleanza di lavoro.

Condividere gli aspetti decisionali è un aspetto centrale per assicurare un buon funzionamento del servizio erogato, innanzitutto sappiamo bene - lo hanno illustrato le ricerche di Karasek sullo stress - se io ho degli stimoli stressanti ma ho ampio potere di controllo, lo stress si abbassa, se ho poco controllo sulla situazione lo stress si alza; è proprio questo principio all'opera. Quindi dare potere decisionale, controllo all'utente significa già parte della cura, in altre parole, la persona con maggior controllo è capace di superare meglio le sue condizioni.

Una struttura centrata sul fornire dei servizi trauma informed è una struttura che non incoraggia eccessive disparità di potere, eccessivi livelli di differenziale di potere tra struttura, operatori di questa e cliente, ma fa un'attiva azione di empowerment e riconosce alla persona del cliente il diritto a esercitare un controllo e un potere personale nella co-costruzione della realtà condivisa.

La struttura trauma informed è sistemica e olistica nel senso che è ben consapevole che quello su cui deve operare è proprio la costruzione sociale di una realtà trauma informed, tutti gli aspetti concorrono a renderla tale e quindi avrà cura dall'alfa all'omega, dall'inizio dell'intake, dall'accoglienza alla persona che ha avuto il trattamento, come il cliente è accompagnato e aiutato a vivere efficacemente la fase dell'*after care*.

Unità 8. 3° principio trauma informed. Alberto Zucconi

Il terzo principio è costituito dalla promozione della fiducia e l'offerta sempre presente della trasparenza, elementi importanti per stabilire un buon rapporto, un'alleanza efficace con l'utente. per raggiungere questo obiettivo è ovviamente di primaria importanza che anche lo staff viva le relazioni interpersonali con gli altri membri dello staff, con il team, con la squadra basate sulla fiducia e la trasparenza e anche questo nell'ambito delle relazioni interpersonali vissute dallo staff con gli utenti e con le loro famiglie.

Altro aspetto importante è rispettare i limiti, mantenere i confini, perché innanzitutto proprio avendo dei confini chiari si creano degli spazi chiari, non rispettare i confini significa inquinare i setting e decretarne la loro disfunzione.

La trasparenza è fondamentale e quindi le politiche devono essere chiare, formulate non in linguaggio burocratese, ma un linguaggio chiaro e trasparente è un'altro motivo di chiarezza, cioè tutti devono sapere - soprattutto gli utenti - in che luogo si trovano, quali sono i diritti e quali i doveri, quali sono di ogni aspetto della struttura e del personale che con egli lavora.

Per questo è necessario avere anche molta chiarezza dei ruoli e sapere che i vari professionisti operanti in una struttura hanno competenze varie e anche erogano diversi aspetti, nessuno è tuttologo e che quindi, come in un'articolata società, il panettiere fa il pane, lattaio distribuisce il latte, l'ingegnere si ingegna e così via.

Fondamentale per una struttura trauma informed è il rispetto dei diritti e il la promozione attiva dei diritti degli utenti, è quindi fondamentale ricevere un reale consenso informato spiegando bene all'utente come si trattano le procedure, l'erogazione dei servizi e facendo di tutto per assicurarsi che la comprensione e il consenso siano reali e non semplice formalità

Unità 9. 4° principio trauma informed. Alberto Zucconi

Il quarto principio delle strutture trauma informed è basato su azioni di empowerment, su dare diritto alla scelta e anche alla Co-creazione delle realtà dedicate agli utenti. Tutto nella struttura offre messaggi e meta-messaggi centrati su promuovere i punti di forza, la resilienza degli utenti, la scelta è di promuovere il cambiamento centrandosi sui punti di forza e non sulle debolezza o di disfunzione dell'utente.

L'enfasi è promuovere la consapevolezza dell'utente su come in passato ha affrontato, a volte in modo non efficace, le varie situazioni, insomma il coping. Si tratta, quindi, di applicare una vera propria filosofia che enfatizza l'utilità di basarsi sui punti di forza; in altre parole in passato ci si centrava sulle patologie e la loro riduzione, ora ci si basa sulla salute, la forza e si cerca di promuovere l'espansione e l'allargamento.

Si valorizza inoltre i ruoli sociali e perchè noi siamo mammiferi sociali e quindi questo è di vitale importanza per l'identità e lo sviluppo del nostro potenziale.

Obiettivo dichiarato e perseguito coerentemente è promuovere le capacità di autoregolazione, di autonomia e autogestione degli utenti, quindi si sottolineerà la possibilità di crescere anche dalle esperienze traumatiche non si enfatizza che una persona sia una povera vittima, ma la sua capacità di resilienza.

Unità 10. 5° principio trauma informed. Alberto Zucconi

Il quinto principio è quello del supporto dei pari, quindi un'organizzazione trauma informed farà di tutto per favorire che i propri utenti ricevano il supporto dei loro pari. Si tratta di una variabile molto importante. Per stabilire sicurezza e speranza.

Innanzitutto il supporto dei pari aiuta a far sentire le persone che la ricevono più sicure e anche a suscitare la loro speranza, che ci sia la possibilità di stare meglio; insomma è importante è il supporto dei pari per costruire maggiore fiducia in se stessi e nelle proprie potenzialità, anche autostima.

Il supporto dei pari promuove altresì le possibilità di collaborazione e quindi tutto ciò che è di positivo nel promuovere il proprio ruolo sociale e sentirsi attivi. È innegabile che il supporto dei pari porta ad una comunicazione interpersonale che può veramente avvantaggiarsi della costruzione di narrative che sono una parte di un puzzle molto più ricco e che fanno sviluppare narrative di speranza e di guarigione.

Unità 11. 6° principio trauma informed. Alberto Zucconi

Il sesto principio riguarda la sensibilità di una struttura trauma informed a tutti le tematiche culturali, interculturali e di genere o quelle che riguardano parte della popolazione o minoranze per essere sicura di trattare tutti in maniera accogliente e soprattutto democratica. Ovviamente una struttura efficace ed efficiente non avrà costrutti legati al passato di stereotipi assolutamente ingiusti e distruttivi verso minoranze. Il servizio erogato sarà, per esempio, molto sensibile alle diversità di genere e al rispetto equo delle diversità di genere e poi una tale sfruttare efficacemente faciliterà l'utilizzo del background culturale, delle tradizioni, della cultura e nazione di origine dei suoi utenti. Costruirà una realtà fedele alla propria filosofia per cui l'organizzazione e le procedure saranno tutte non discriminatorie e sensibile alle diversità.

Inoltre saprà riconoscere e affrontare efficiente il trauma storico. I traumi storici sono costituiti da eventi di trauma di massa che impattano anche chi non l'ha vissuto direttamente, facendo un esempio drammatico: l'olocausto, non solo milioni di poveretti sono stati vittime del delirio nazista, ma anche i loro figli e nipoti portino il riverbero di tale bestialità.

Unità 12. Scuole trauma informed. Alberto Zucconi

Le scuole possono fare molto per la prevenzione e gestione efficace dei traumi e soprattutto nel prevenire la ritraumatizzazione. Le scuole sono un punto nevralgico della comunità e gli insegnanti in modo particolare poiché vedono continuamente i loro studenti e hanno frequenti contatti con le loro famiglie. Inoltre gli insegnanti godono di un certo prestigio, derivante dal loro ruolo, nella comunità. Per cui se gli insegnanti e tutto il personale scolastico sono sensibilizzati su quelli che sono i parametri una scuola trauma informed, e magari hanno avuto una consulenza da un esperto che li aiuta a fare quelle migliorie che renderanno la scuola da scuola ignorante della problematica a scuola informed sulle problematiche del trauma, ebbene tale scuola potrà essere non parte del problema, ma parte della soluzione. Non solo perché gli insegnanti sensibilizzati sulle problematiche del trauma potranno essere ben pronti a cogliere segnali che se non avessero un occhio addestrato potrebbero interpretare come meri problemi disciplinari, ma invece - essendo insegnanti trauma informed - potranno essere sensibili fare da riferimento ai loro allievi e chiedere accertamenti se un loro studente ha bisogno di supporto professionale se lo studente è o è stato vittima di un trauma.

Un'altra influenza significativa gli insegnanti possono esercitarla nei confronti dei genitori, che piano piano diventano dei genitori trauma informed e potranno dare un notevole contributo a questo tipo di problematica.

Insomma una scuola trauma informed è il completamento della vocazione di una scuola, che è avere e diffondere efficacemente le conoscenze per funzionare come cittadini proattivi della polis. Quindi, una scuola trauma informed è pienamente pronta a realizzare la propria mission di scuola nel senso migliore del termine.

LEZIONE 3. CENTRARI SULLE PERSONE: ACCOGLIENZA ED EMPOWERMENT

Unità 1. Centrarsi sulla persona dell'utente per offrire un porto sicuro e lavorare sul trauma rispettando sempre i tempi del cliente. Emanuela De Santis. Assistente sociale - Emanuela Tardioli. Psicologa -psicoterapeuta

Verranno illustrati alcuni insegnamenti tratti dall'esperienza di 20 anni di lavoro nei servizi rivolti a minori e famiglie e che si occupano di creare dei percorsi di aiuto, sostegno e intervento per i minori esposti a situazioni di violenza, violenza assistita, abuso o ad altre situazioni di vissuti traumatici.

Nel corso del tempo le cose più importanti focalizzate sono state: la necessità e l'importanza di costruire - al di là di competenze tecnico scientifiche - una relazione adeguata a creare un contesto sicuro per il minore. Il termine sicuro va declinato nella dimensione di ascolto delle esigenze e dei bisogni e di rispetto, fondamentale in particolare nelle situazioni in cui il minore esce da esperienze che hanno violato il senso di sicurezza e di rispetto e di continuità della vita, in queste garantire una situazione di rispetto è fondamentale per riprendere un percorso evolutivo.

Corsa vuol dire una dimensione di rispetto? Significa una vera dimensione di ascolto, ascolto empatico e non una centratura su protocolli e sulle esigenze degli operatori, ma una centratura su quello che è il mondo interno del minore, i suoi bisogni, i tempi del minore, i quali vanno rispettati dal momento che spesso ci troviamo davanti a minori che hanno sviluppato una situazione di difesa e protezione di sé. È quindi importante che l'operatore che interviene lo faccia non minacciando di abbattere le difese (volendo sapere, portare, fare domande) ma rispettando un tempo di esposizione del minore, avendo coscienza che la difesa non è che il modo migliore trovato dal minore per fare fronte ad una forza che è stata soverchiando. Quindi piano piano, rendendo inutili e meno indispensabili le difese si potrà andare a incontrare il nucleo del cuore di quel minore.

L'esperienza ce lo mostra é, quindi, importante essere centrati sui bisogni del minore.

Si illustreranno ora le esperienze accumulate dall'attività di assistente sociale che per 8 anni ha prestato servizio presso il comune di Roma occupandosi di prevenzione, tutela e sostegno dei minori e delle loro famiglie.

In accordo con quanto detto sopra in riferimento alla necessità di essere centrati sui bisogni del minore si può allargare questa riflessione alla necessità di essere centrati sulle caratteristiche e l'unicità di ogni situazione, quindi anche di tutti i soggetti coinvolti, oltre il minore sicuramente i suoi genitori. Nella quotidianità del lavoro come assistente sociale ci si occupa principalmente di lavorare con i genitori, in quanto i minori che subiscono o hanno subito uno o più traumi solitamente vengono presi in carico e seguiti da specialisti opportunamente formati per sostenerli in questo processo.

Per quanto riguarda l'attività dell'assistente sociale questi si occupa di accompagnare le famiglie nel processo di consapevolezza delle loro difficoltà, criticità, fragilità, ma anche degli agiti che hanno recato danni e malessere ai propri figli, per poi costruire anche delle reti di supporto attraverso le quali sostenerli nell'acquisizione e nell'utilizzo adeguato di responsabilità genitoriali che garantiscano al minore il suo diritto a crescere serenamente nella propria famiglia, in un contesto quindi di protezione e tutela.

Secondo l'esperienza quali sono gli elementi preponderanti di cui si ha bisogno come operatori per lavorare in questo ambito è con queste persone? Sono sicuramente le competenze tecnico professionali scientifiche, ma sicuramente anche competenze e capacità che riguardano di più la sfera personale, ci si riferisce, quindi, a tutto quello che si può racchiudere con l'accezione di "mondo interiore" dell'operatore: le proprie emozioni, pregiudizi, risonanze, proiezioni che tendiamo a fare e facciamo entrando in relazione con gli altri; oltre ad essere professionisti della relazione d'aiuto si è delle persone che incontrano altre persone.

Cosa accade quando ci si trova a lavorare con genitori abusanti o maltrattanti? Non si nasconde di provare a volte, anche spesso, sentimenti o emozioni di rabbia, sdegno, indignazione e anche talvolta di paura; sicuramente quello che si vuole dire è che non si deve far finta che queste emozioni non esistano, fanno parte di noi ed entrerebbero in ogni caso nella relazione di aiuto. L'importante è invece saperle riconoscere, in modo tale da saperle gestire e fare in modo che non vadano ad inficiare la realtà che si ha di fronte, ovvero fare in modo che la soggettività personale non sia il linguaggio attraverso il quale si interpreta quello

che si ha di fronte, confondendo i piani di realtà o i ruoli. A volte l'operatore, confuso dall'emozioni, tenda a porsi come colui che da le direttive e il genitore diventa semplicemente la vittima delle decisioni dell'operatore; questo sicuramente allontana dal garantire la tutela e la protezione dei minori, perché se non si è assolutamente concentrati sulla realtà della situazione affrontata non è possibile né capire né percepire i bisogni dei minori e quindi orientare l'intervento.

Per quanto riguarda invece la relazione diretta con il minore, l'intervento dell'assistente sociale in tal caso è più ridotto, ma anche in questo caso ci sono componenti emotive forti, può capitare di voler rispondere al bisogno personale di dare ai minori l'affettività e le cure non ricevute, altre volte tentando di sostituirsi ai professionisti dell'aiuto che li seguono e li aiutano nell'elaborazione dei propri traumi.

Unità 2. Accoglienza degli utenti LGBT. Maddalena Vagnarelli

La complessa narrativa che vede gli adolescenti LGBTQI crescere in contesti familiari e sociali che spesso disconoscono, denigrano le dimensioni fondanti della loro identità, quali sono la sessualità e l'affettività, può esistere in una varietà di disagi psichici.

Un'ampia letteratura scientifica evidenzia come in una popolazione non clinica queste persone soffrono in misura significativamente maggiore di disturbi d'ansia, abuso di sostanze, disturbo post traumatico da stress e abbiano un aumentato rischio suicidario. I ricercatori correlano questa maggiore incidenza di disagi psichici alle dimensioni del minority stress e dell'omofobia sociale; quindi l'invisibilità e l'indicibilità emergono come cause e conseguenze di vissuti traumatici.

All'interno delle esperienze di queste persone acquistano traumatica realtà i concetti di trauma cumulativo, trauma relazionale e le concettualizzazioni relative ai disturbi traumatici complessi.

Esiste quindi una relazione circolare tra pregiudizio sociale, aspetto di sentirsi dissociati, invisibilità, ma anche resilienza, in una popolazione che vede negata oltre a questa dimensione anche quella della cittadinanza, dell'appartenenza e dell'inclusione.

È necessario quindi, per chi è deputato all'accoglienza e supporti di questi ragazzi, si interroghi su come facilitarli e su come aiutarli a conquistare per sé diritto di esistenza, dignità e diritto all'amore.

Le reciproche che si susseguono da oltre 50 anni e continuano, i documenti, vademecum, linee guida prodotti a seguito di queste ricerche fanno riferimento alle dimensioni che seguono:

- le omosessualità sono varianti normali e positive della sessualità umana e non costituiscono di per sé indicatori di disturbi mentali o dello sviluppo
- Le omosessualità e le bisessualità sono oggetto di stigma sociale, questo può avere molte conseguenze negative nei percorsi e nei processi evolutivi
- Gli effetti ed i comportamenti omosessuali possono essere presenti in vari orientamenti sessuali
- Le persone lgbt possono condurre vite soddisfacenti e felici, instaurare relazioni di coppia durature, formare famiglie solide quanto quelle eterosessuali
- Non esiste ricerche scientifiche che riconducono l'omosessualità al trauma o alle disfunzionalità
- Non è dimostrato che tutti i tentativi terapeutici che hanno per obiettivo modificare l'ordinamento sessuale siano efficaci o esenti da rischi

Le linee guida rilasciate dall'APA nel 2012 rispetto alla pratica psicologica con persone LGBTIQ sottolinea l'importanza di prendere in considerazione gli atteggiamenti del relatore di aiuto verso l'omosessualità e la bisessualità, intesi non solo come la conoscenza degli effetti dello stigma su queste persone, ma anche come la consapevolezza di quanto i propri

atteggiamenti impliciti ed espliciti rispetto alle omo o bisessualità, quindi la personale competenza su queste tematiche ma anche il personale sguardo sulle stesse, possono influire in ambito di valutazione e di intervento.

I punti in comune che si possono estrapolare da tutti i documenti fino ad ora prodotti possono essere così sintetizzati:

- 9 offrire accettazione e sostegno mettendo in alto ascolto rispettoso, non giudicante ed empatico che aiuti l'utente a superare il disagio provocato dal minority stress
- 10 Adottare opportuni accorgimenti nella fase di conoscenza di queste persone: la valutazione deve essere indirizzata alla conoscenza del soggetto in tutta la sua complessità, considerando le interazioni e le interconnessioni tra il minority stress, la salute mentale e la dimensione spirituale ed interiore, nonché la posizione che l'orientamento sessuale occupa nel funzionamento generale dell'individuo
- 11 Favorire e sostenere modalità attive di coping: sappiamo che per gli adolescenti in generale è importante sentirsi agenti attivi nelle proprie esistenze, in particolare usando c'è da far fronte ad eventi stressanti il relatore di aiuto dovrà aiutare l'utente e favorire delle strategie che tendano alla elaborazione cognitiva ed emozionale dello stressor
- 12 Comprendere il ruolo svolto dalle amicizie e dalla comunità LGBTIQ. Considerando che il minority stress può comportare emarginazione ed isolamento un elemento fondamentale è quello di incrementare la capacità di avvalersi del supporto sociale
- 13 Esplorare e sviluppare l'identità. Le dinamiche identitarie costituiscono un aspetto importante e fondante nell'adolescenza e in quella delle persone LGBTIQ, quindi è importante che queste persone possano esplorare ed integrare senza necessariamente dover scegliere un'identità a scapito dell'altra come nel caso della dicotomia maschio-femmina
- 14 Comprendere i conflitti e favorire la loro integrazione. La relazione d'aiuto dovrebbe favorire dialogo e integrazione tra le parti di se eventualmente in conflitto, come accade ad esempio nel caso dell'orientamento sessuale e del credo religioso
- 15 Comprendere i significati sottostanti alle richieste di modificare l'orientamento sessuale o di fare una terapia riparati a. In questi casi è il caso che uno psicoterapeuta opportunamente fondato conduca un'analisi nella domanda appropriata accogliendo significato ed esplorando tale desiderio e riconducendolo a complesse dinamiche familiari e sociali che potrebbero condurre il soggetto a considerare inaccettabile un elemento costitutivo della propria identità
- 16 Comprendere ed esplorare il processo di coming out
- 17 Cogliere i livelli di minority stress in condizione alle relazioni di doppia minoranza, in cui l'individuo è discriminato non solo a causa dell'omo o bisessualità ma anche di altre condizioni oggetto di stigma sociale
- 18 Tenere conto del peso che il minority stress ha nelle dinamica di coppia, è importante ricordare che le coppie gay e lesbiche non sono riconosciute dalle principali religioni nell'ordinamento giuridico di molti paesi. Connesso a ciò va considerato tutto quello che è relativo all'omogenitorialità e alla mancanza e scarsa regolamentazione giuridica di questo tipo di formazione familiare.

Unità 4. La crescita personale ed esistenziale: growth after trauma. Alberto Zucconi

Per growth after trauma si intende un fenomeno di crescita personale che alcuni individui traumatizzati esperiscono come conseguenza del trauma stesso. In altre parole, non solo il trauma provoca danni notevoli, gravi all'organismo e alla psiche degli individui interessati, però oltre a tutti i danni esiste anche questo fenomeno, che un numero significativo, anche se non maggioritario, di vittime di traumi esperienza. Si vuole sottolineare che questo ci parla

ancora una volta dell'incredibile resilienza della specie umana, o forse parla della resilienza di tutte le forme di vita che si sono sviluppate nell'evoluzione della vita sul nostro pianeta. Comunque sia la tragedia del trauma manda in *tilt* la persona, la "sbatacchia", la offende e ferisce e quindi è un vero e proprio terremoto, le cui scosse impattano sia il piano psichico che il piano fisico di un individuo. Tuttavia, in tale sconquasso, come succede sovente, non tutto il male è unicamente a senso unico perché quando un soggetto è travolto da un trauma si deve riaggiustare alla nuova realtà ed alcuni individui si riaggiustano, si riassetano, crescendo dall'esperienza. Quindi a livello esistenziale essi vivono una esperienza di crescita, in altre parole sono più aperti, più convinti di valori morali e spirituali che vivono in maniera più significativa e si relazionano alla vita, con se stessi, gli altri e il mondo con nuovi e più profondi significati. Un esempio personale: ricordo la commozione che ho provato leggendo proprio un libro scritto da un collega - Victor Frankl - che ha avuto a sorte la tragedia e tutti i traumi relativi ad essere preso, in quanto ebreo, durante il nazismo ed internato in un campo di sterminio nazista; ebbene i campi di sterminio, prima di uccidere le persone nel fisico le angariavano e cercavano di uccidere nella loro dignità umana, tuttavia un numero - anche esiguo - di persone non solo sopravviveva a livello fisico, nonostante tutti i traumi anche a livello psichico, ma diventavano persone migliori e quindi, come ci racconta Frankl nel suo libro "Uno psicologo nei lager" come lui ed altri compagni di campo facessero in quattro e si privassero del poco cibo per dare amoroso supporto a persone più sfortunate addirittura di loro (malate o deboli), rischiavano di essere mandati alle famose docce alla camere a gas e quindi sterminati. Chi di questo gruppo è sopravvissuto ed è stato poi liberato alla fine della follia nazista era diventato, pur nella debolezza fisica e pur traumatizzati, una persona migliore e con un rapporto più significativo a livello esistenziale con se stesso, gli altri, il mondo; un aspetto che ci fa meditare e ci infonde forse un po' di speranza.

LEZIONE 4. STRUMENTI DI LAVORO E SITUAZIONE EUROPEA

Unità 1. Art Therapy - il lavoro di Virginia Axline. Dott.sa Sabrina Maio

Nel lavoro in ambito clinico con bambini traumatizzazione attraverso un modello di psicoterapia basato sul gioco denominata play-therapy secondo il modello di Virginia Axline, psicoterapeuta statunitense allieva di Carl Rogers e che ha trasposto i principi basilari sviluppati da Rogers nell'ambito della psicoterapia dell'adulto, nel lavoro clinico con i bambini. Questo lavoro è stato pubblicato nel libro "play therapy" nel 1947.

I postulati evidenziati e delineati da Rogers, basilari per la comprensione del mondo interno del bambino, a cui la Axline fa riferimento, parlano di un bambino che ha una tendenza innata ad attualizzare le potenzialità del suo organismo e tutti i suoi comportamenti sono tesi al raggiungimento di questa meta. Un secondo postulato parla di un bambino in grado di autoregolarsi perché nessuno meglio di lui conosce ciò che è meglio per se stesso. Un terzo postulato parla di un bambino che ricerca attivamente tutte quelle esperienze che possono essere favorevoli per il suo sviluppo, per l'espressione delle sue o potenziali e del suo organismo, mentre tenderà a rifiutare tutte quelle esperienze che valuta come sfavorevoli.

In questa ottica la play therapy permette al bambino di esprimere se stesso nelle migliori condizioni possibili, proprio grazie ad un clima calmo, contenitivo e facilitante il bambino ha la possibilità di esprimere meglio il suo potenziale. Il clima facilitante che si realizza nell'ambito della play therapy permette al bambino di rafforzarsi, conoscersi meglio e di simbolizzare correttamente la sua esperienza che, in altre parole, vuol dire dare espressione alle emozioni e ai sentimenti.

L'accesso al mondo interno del bambino è possibile attraverso dei canali cosiddetti preferenziali che sono: il gioco, il disegno e la favola. Attraverso questi canali il bambino è in

grado di poter esprimere in maniera più spontanea e libera, in quanto canali che gli appartengono fortemente, ed è cos'è in grado di esprimere i propri bisogni, vissuti ed emozioni.

Nell'ambito del processo della play therapy il terapeuta starà attento a rimandare e a riflettere al bambino tutto ciò che emerge attraverso il gioco e quindi sintonizzandosi con quelle che sono le sue emozioni. Questo permette al bambino di ampliare la consapevolezza rispetto al proprio comportamento.

La costruzione del setting nella play therapy è fondamentale perché è il modo in cui il bambino viene accolto. In questo senso, per esempio, avere a disposizione molto materiale di gioco permette al bambino di esprimersi in libertà, di muoversi in libertà dentro l'ambiente, questa diventa per lui una esperienza fortemente significativa: nel momento in cui il bambino si sente libero è maggiormente facilitato nella autoesplorazione e, attraverso questa, così avviene il cambiamento, il quale produce presa di potere personale, l'empowerment.

Ritornando alla costruzione del setting, la presenza ad esempio di molti materiali, ad esempio fogli di carta, vari colori, plastilina da modellare, vaschette per la sabbia su cui realizzare scene oppure la presenza di libri, di favole da poter raccontare o leggere assieme; insieme alla presenza dei puppets che permettano al bambino di esprimersi al meglio: come ad esempio l'uso di due pupazzi che il bambino ed il terapeuta possono indossare, come marionette, ed indossandoli il bambino li fa diventare parti di sé e può così interagire col terapeuta, ma facendo parlare il pupazzo come canale di comunicazione, importante perché così facendo il bambino può aprirsi in modo più profondo ed efficace.

In questo senso i pupazzi possono interagire come se fossero entità autonome, è importante che il terapeuta guardi direttamente i pupazzi e non il bambino, questo lo facilita nel considerarlo come canale di espressione che non è se stesso. Il fatto che rappresentino animali è un elemento facilitante perché per il bambino è più semplice identificarsi con l'animale rispetto che con la figura umana.

Il terapeuta in questo processo con questi materiali di gioco non farà altro che accompagnare il bambino in questo percorso e - citando Axline - durante un percorso di psicoterapia sarà il bambino ad indicare la strada da seguire e non sarà il terapeuta a dirigerlo.

Nel momento in cui infatti il bambino è libero di esprimersi è possibile l'autoregolazione, uno dei postulati di Rogers prima citati. In questa ottica la play therapy è efficace nel lavoro con bambini che hanno subito esperienze traumatiche, in quanto la creazione di un clima di sicurezza, contenimento e libertà permetta al soggetto traumatizzato di esprimere al meglio se stesso e avviare un processo di elaborazione della sua esperienza.

L'importanza del gioco è stata ampiamente rafforzata anche dalle ricerche nell'ambito delle neuroscienze, in particolare significativo è il contributo di Panksepp, che nel suo libro "l'ecologia della mente" identifica sette sistemi affettivi di base presenti nei mammiferi. Tra questi sistemi quello che più ci interessa è l'identificazione del circuito del gioco, un circuito determinato geneticamente che media gli effetti positivi nel cervello dei mammiferi. Panksepp ha riscontrato che al livello genetico il circuito del gioco è presente in tutti i mammiferi e quindi li accomuna. Queste ricerche valorizzano l'importanza del gioco per la crescita cognitiva, affettiva, relazionale del bambino e si è dimostrato che il gioco facilita le abilità di coping, ad esempio di cooperazione sociale.

Il fatto che il gioco sia stato confermato come un'attività spontanea, radicata geneticamente, ci permette di fare delle riflessioni nel momento in cui abbiamo a che fare con un bambino che non gioca. Un bambino che non gioca è in qualche modo indicativo di un bambino che in quel momento esprime un malessere.

La play therapy si configura come un intervento psicoterapeutico altamente efficace con bambini sofferenti, che portano con sé disagi, ma ancora di più con bambini che portano con sé esperienze traumatiche; in particolar modo la play therapy fa sì che il punto di vista

centrale sia quello del bambino, il quale è considerato come una persona che può raccontare, condividere ed esprimere tutte le sue emozioni, sentimenti, angosce e paure, però in un contesto protetto, sicuro e rispettoso del bambino stesso e di quelle che sono le sue peculiarità. Tutto questo può aiutare il bambino a superare l'esperienza traumatica e permettergli di crescere in maniera sana.

Unità 2. Strumenti di Valutazione del trauma. Sabrina Maio

Esistono vari strumenti di valutazione del trauma che, come tutti gli strumenti diagnostici, possono essere somministrati esclusivamente da psicologi.

Tra i vari strumenti che esistono vale la pena citare il Test di Wartegg proiettivo, semi strutturato, basato sul disegno. È un test somministrabile dai 4 anni in su, fino all'età adulta. Si costituisce da un modulo cartaceo sul quale sono rappresentati 8 riquadri delimitati da una cornice nera all'interno dei quali è presente già un piccolo segno stimolo; la persona che realizza il test dovrà completare un disegno prendendo spunto da quello che è già presente nel riquadro, farlo riquadro per riquadro e fare otto disegni nel complesso.

È uno strumento psicodiagnostico molto semplice da somministrare, anche in termini di tempistica, ed è basato sul disegno, un canale sicuramente preferenziale e facilitante per il bambino, come accennato in precedenza sulla play therapy. Essendo un canale preferenziale per il bambino facilita la sua realizzazione.

Il test di Wartegg si basa su un sistema di decodifica ed interpretazione molto accurato. Nonostante la semplicità di somministrazione il sistema di decodifica è molto articolato e accurato e fa riferimento a Crisi-Wartegg system: una procedura messa a punto dal professore Crisi, che, in generale permette di ottenere una descrizione del funzionamento della personalità dell'individuo a cui è stato somministrato il test. Rispetto alla specificità del trauma il test consente, attraverso la lettura di determinati indici, di individuare intanto la presenza di un trauma, in termini di impatto sull'individuo, e tutto ciò che può scaturire a seguito di aver vissuto un'esperienza traumatica, questo sia su un piano cognitivo, che relazionale, che affettivo.

Il test di Wartegg non nasce come un test specifico per la valutazione del trauma, però può dare un contributo significativo in tal senso. Il report che scaturisce a seguito della decodifica, la quale avviene attraverso una prima fase in cui i disegni vengono tradotti in sigle, le sigle in indici, e questi letti in configurazione di indici che delinano e descrivono aspetti di funzionamento della personalità-

La forza di questo test è nella sua semplicità e immediatezza e può dare una descrizione di quello che è stato l'impatto del trauma sul funzionamento psicologico dell'individuo stesso.

Accanto al test di Wartegg, che ha natura proiettiva, esistono anche dei questionari di valutazione del trauma, per citarne alcuni: la Hopkins Symptom Checklist - 2 che è un questionario messo a punto dall'università di Harvard e che è stato creato per dare valutare la presenza di sintomi in bambini rifugiati (che hanno quindi vissuto questa esperienza), un'altro questionario è il Trauma Symptoms Checklist for Young Children un questionario che viene compilato non direttamente dal soggetto ma dal caregiver, infine il Coping Responses Inventory che invece viene somministrato dai 12 anni in su ed è un questionario self report.

Unità 3. Panoramica europea nazione per nazione del trauma care. Alberto Zucconi

L'Europa è stata teatro di eventi traumatici di massa che hanno impattato negativamente larghe fasce della popolazione. Del resto il trauma, in tutte le parti del mondo, è molto diffuso. I calcoli sono che circa il 70% della popolazione subirà nell'arco della propria vita almeno un evento traumatico, da questo ne riceverà danno; è una vera propria pandemia: un'epidemia diffusissima, e in quanto tale è così grave il danno a livello mentale, fisico,

comportamentale, sociale, economico che gli effetti dei traumi provocano che si potrebbe dire sono state ben allertate le nazioni Europee, tra le più avanzate al mondo, per investire in ricerche, know how, finanziamento e sviluppare le skills per gestire efficacemente - come facciamo per tante altri fenomeni - questa pandemia.

Invece, purtroppo, così non è; incredibile ma vero è quanto poco è stato fatto. Ci sono delle eccezioni a questa regola, nazioni virtuose - come quelle scandinave - per esempio in Svezia si sono attrezzati non solo a livello di trattamenti di persone traumatizzate, ma anche a livello sociale, affrontando con lungimiranza la problematica per cui in ogni città esiste una task force dedicata al trauma; oppure i professionisti - come gli assistenti sociali - sono ben addestrati durante il loro iter accademico, su come gestire e prevenire queste tematiche.

Molti altri paesi europei, però, non sono stati altrettanto efficaci. Basti pensare che il Belgio, dove esiste un ottimo reddito pro capite, un'ottima capacità di sviluppo, dell'industria, dei servizi, fino a pochi anni fa non possedeva strumenti per contrastare o aiutare i professionisti a sviluppare le competenze nei loro iter di costruzione sociale del professionista.

La situazione, quindi, non è oggi assolutamente soddisfacente, con delle variabili - come l'Inghilterra ed in genere le nazioni di tipo anglosassone - che hanno sviluppato in maniera lungimirante le possibilità di addestrare e investire risorse nel creare istituzioni che possano essere di aiuto e trattamento alle persone traumatizzate, ma anche la loro prevenzione.

Tuttavia in molte nazioni, per esempio in Italia, ancora c'è ancora molto cammino da compiere prima che sia accettabile avere una situazione decentemente sotto controllo. Un lavoro positivo è stato svolto, ovviamente, dalle società di traumatologia che si sono sviluppate negli ultimi decenni; queste hanno un po' supplito a quello che sarebbe il compito degli iter di formazione universitaria delle varie professioni sanitarie a creare ed offrire training, aggiornamenti e addirittura delle possibilità di qualificazione dei diplomi nel trattamento del trauma. Moltissimo è ancora da fare e questo è un imperativo assolutamente etico, morale, ma soprattutto di salute sociale e di diritti alla salute degli individui. In Italia l'art. 33 della Costituzione, come tante altre costituzioni europee, dice che la salute è un diritto di ogni cittadino, quindi dobbiamo proteggere e promuovere la salute di tutti: questo è un imperativo.

LEZIONE 5 CONCLUSIONI

Unità 1. Conclusioni. Alberto Zucconi

Siamo arrivati alla fine del secondo modulo di questo corso. Vorrei ringraziare sentitamente tutti quelli che hanno contribuito a realizzarlo, incluso ognuno di voi che ha partecipato e in molti casi partecipato attivamente. Grazie a tutti coloro che hanno dato un onesto feedback, segnalato la propria situazione locale, suggerito e dato il permesso. Di usare del materiale, delle mappe e delle conoscenze che grazie a voi hanno migliorato questo corso nelle edizioni successive.

Un grazie sincero al team che ha lavorato veramente con grande generosità e impegno a realizzare quest'opera in cui credevano, negli scopi e gli obiettivi.

Un grazie a tutti i colleghi esterni all'istituto che hanno accettato di lavorare gratuitamente e dare la propria immagine, il proprio contributo e anche il proprio materiale per essere condivisi gratuitamente e di disseminati attraverso il portale di questo corso.

Grazie a tutto lo staff IACP che generosamente ha contribuito altrettanto con tutto il loro cuore e la loro mente a condividere le loro esperienze in questo campo difficile del trattamento dei minori affetti da traumi.

Un grazie anche a tutte le organizzazioni che hanno collaborato con noi e infine un grazie a tutti i partner del progetto Care Path che ci hanno assistito in ogni modo e anche con la loro simpatia e affabilità.

L'ultimo grazie, ciliegina sulla torta, è al project manager e a tutti i colleghi dell'università di Torino, Luca Rollè è veramente è uno dei migliori project manager che abbiamo incontrato nei vari progetti europei a cui abbiamo partecipato; anche ai suoi colleghi dell'università di Torino, Facoltà di Psicologia, sono meravigliosi e hanno fatto tutto e di più per facilitare il nostro compito.

Quindi un grazie, grazie a tutti e buon lavoro e buon proseguimento con gli altri moduli.

MODULI 3 e 4 UNITO

Modulo 3 - TRAUMA: RICERCA, VALUTAZIONE E OUTCOMES

LESSON 1: LA RICERCA

Unit 0 - Overview-Learning Objectives

3.1.0 Video: Introduzione – Prima settimana

3.1.0 Introduzione - Prima Settimana.txt[31/07/2019 12:58:37]

Bentrovate e bentrovati. In queste due settimane approfondiremo il tema della ricerca scientifica.

In modo particolare, durante la prima settimana esporremo alcune definizioni di ricerca tentando di

declinarne le tipologie, a seconda delle applicazioni, dei suoi obiettivi e delle sue tecniche.

Osserveremo il

processo che ci porta dall'espressione di un problema teorico, quindi dalla teoria, ai metodi che ci

permettono di esplorarlo, producendo dati che in qualche modo possono essere interpretabili ed

utilizzabili. Ecco che allora andremo ad integrare ed approfondire i principi fondamentali, i limiti ed i

benefici di quella che è la Ricerca-Azione, da cui partiremo ed alcuni colleghi e colleghe ci spiegheranno il

senso della Ricerca-Azione, per arrivare alla ricerca Evidence Based, la ricerca basata sull'evidenza.

Dopodichè, approfondiremo gli aspetti legati ai vantaggi e sfide della integrazione della Evidence-Based

Research (quindi la ricerca basata sull'evidenza) in quella che è la Trauma-Informed Care, proprio del

nostro percorso formativo. In particolare, la rilevanza internazionale dell'argomento ci fornisce una

prospettiva trasversale su quelli che sono i punti critici ed i punti di forza del trasformare la ricerca in

pratica clinica. Qui analizzeremo quelli che sono gli elementi portanti e quelli che sono anche considerati

in letteratura aspetti legati alle buone pratiche, di cui alcuni che sono informativi. Ci interrogheremo, e

cercheremo di comprendere, quale senso ha, e qual'è il significato di bisogno formativo, e di come questo

possa in qualche modo essere avvalorato, preso in considerazione, dall'organizzazione.

Non dobbiamo infatti dimenticare che un approccio Trauma-Informed Care ha sicuramente un aspetto,

una ricaduta, che è fondamentale in quello che è l'elemento organizzazione e nei singoli membri

dell'organizzazione. Di qui, approfitteremo di questo spazio per andare a discutere anche gli aspetti rispetto alla divulgazione scientifica nello sviluppo e nell'implementazione di interventi specifici in Trauma-Informed Care. Arrivando verso la fine del nostro percorso di questa settimana, andremo ad approfondire quelli che sono gli aspetti valutativi nelle organizzazioni, che mettono a punto, o tentano di mettere a punto una procedura o un processo Trauma-Informed Care. Questi infatti possono offrire ai propri dipendenti, ai propri collaboratori, ai propri volontari, elementi formativi e informativi sulla Trauma-Informed Care, come anche offrire quelli che possono essere interventi efficaci rispetto ad elementi legati a quello che è l'evidenza della ricerca in psicoterapia, o meglio in terapia Evidence-Based. Di qui ci accompagneremo e ci porteremo poi sulla seconda settimana che ci permetterà di approfondire ulteriori temi legati alla ricerca. Non mi resta che augurare a tutte quante voi e a tutti quanti voi una buona settimana di corso e una buona lezione, a nome mio e a nome di tutti i colleghi.

Unità 1 – DEFINIZIONE DI RICERCA

3.1.1 Cos'è la ricerca scientifica?

file:///C:/...aining%20Materials/UNITO%20PSY%20IT/VIDEO/VIDEO%20TXT/3.1.1%20-%20Cos_è%20la%20ricerca%20scientifica.txt[31/07/2019 12:59:15]

Cos'è la ricerca scientifica?

Scoperta, incontro e passione-

Condivisione, futuro. Cultura e conoscenza.

Progresso. Scoperta per un futuro migliore.

Attesa. Sviluppo e coraggio. Bella e stimolante.

Difficile ed entusiasmante.

Passione, creatività e dedizione.

Sfida. Sviluppo. Futuro.

innovazione, costanza, impegno. Sacrificio

ma tanta soddisfazione. Opportunità.

Progresso. Comprensione. Impegno libertà e studio.

Ambizione. Evoluzione. Fatica.

Ma anche divertimento. Curiosità, innovazione,

ricchezza. La ricerca è la natura

dell'essere umano, un uomo che non

ricerca è un uomo che non risolve i

problemi, è un uomo che non esiste.

La ricerca è curiosità, è desiderio di

conoscere la realtà, e soprattutto per

chi l'ha fatta è la gioia impagabile

della scoperta.

UNIT 1: DEFINIZIONE DI RICERCA

VIDEO

Cos'è la ricerca scientifica?

Articolo

Non è semplice delimitare i confini di ciò che è ricerca e ciò che non lo è. Nel corso del tempo

sono state date molteplici definizioni, vediamo alcune delle più recenti:

«La ricerca cerca semplicemente la risposta a certe domande a cui non è stata finora data una risposta e le risposte dipendono dagli sforzi umani. [...] In realtà la ricerca è semplicemente il processo per arrivare a soluzioni affidabili a un problema attraverso la raccolta, l'analisi e l'interpretazione pianificate e sistematiche dei dati.» (Singh, 2006, p.1).

«...è un processo creativo di scoperta che si sviluppa secondo un itinerario prefissato e secondo

procedure prestabilite che si sono consolidate all'interno della comunità scientifica» (Corbetta,

2015, p.15).

In generale si sta facendo ricerca “nel momento in cui la curiosità e l'intuizione vengono applicate con un approccio sistematico per rispondere a domande rispetto ai fenomeni che si osservano quotidianamente, facendo tesoro delle esperienze e delle conoscenze già acquisite” (Research Italy, 2013).

Ci sono diversi tipi di ricerca che si distinguono in base alla sua applicazione, agli obiettivi e ai metodi di indagine. La ricerca può infatti essere “applicata” o “pura”. La ricerca applicata mira a trovare una soluzione per un problema applicativo che deve essere affrontato, mentre la

ricerca pura riguarda principalmente le generalizzazioni e la formulazione di una teoria (Kothary, 2004; Singh & Masuku, 2013). A seconda dei suoi obiettivi, la ricerca può essere di

tipo descrittivo, esplorativo, correlazionale o esplicativa. La ricerca descrittiva ha l'obiettivo di

descrivere un fenomeno, un problema, una situazione.

La ricerca correlazionale ha l'obiettivo di esplorare una relazione tra due o più variabili.

La ricerca esplicativa ha l'obiettivo di spiegare perché certe cose accadono.

La ricerca esplorativa ha l'obiettivo di esaminare la fattibilità di uno studio o di esplorare un'area tematica poco nota.

L'indagine che si desidera avviare necessita di un piano di lavoro determinato da alcune fasi procedurali che si devono compiere in relazione all'indagine stessa, queste fasi di natura progettuale sono conosciute come “disegno di ricerca”.

In base alle tecniche utilizzate, la ricerca si può distinguere in:

- Ricerca quantitativa: utilizza un approccio strutturato, ha l'obiettivo di quantificare la variazione o la diversità di un fenomeno, situazione o atteggiamento attraverso un disegno di ricerca ben strutturato, che fornisce dati di natura quantitativa che possono essere analizzati per verificare ipotesi e testare relazioni tra variabili.

- Ricerca qualitativa: utilizza un approccio non strutturato è esplicativa, descrittiva e di natura induttiva con particolare attenzione al contesto e ha l'obiettivo di identificare e descrivere il maggior numero di variazioni possibili di un fenomeno, una situazione o un atteggiamento, comprendendone le motivazioni sottostanti alle variazioni. Quest'ultima implica un «approccio interpretativo e naturalistico al mondo; significa che i ricercatori qualitativi studiano i fenomeni nei loro contesti naturali, tentando di dargli un senso o interpretarli in termini del significato che le persone portano loro» (Denzin & Lincoln, 2011, p. 3). Lo scopo della ricerca qualitativa è di descrivere e comprendere i fenomeni, piuttosto che predirli e/o controllarli (Streubert & Carpenter, 2005).

L'approccio misto, invece, coniuga sia i metodi di indagine della ricerca quantitativa che quelli

della ricerca qualitativa. «La ricerca sociale si basa sulla definizione di variabili, sulla ricerca di associazioni tra loro e sul tentativo di capire se e come la variazione di una cosa causa una variazione in un'altra. Alcune variabili comuni che troverete nella ricerca sociale sono età, sesso, etnia, razza, istruzione, reddito, stato civile e occupazione» (Bernard, 2006, pp. 28-29). In primo luogo quindi si trova il concetto di variabile: qualcosa che può assumere più di un valore. In secondo luogo si trova il concetto di “misurazione”: infatti le variabili sono misurate

dai loro indicatori che sono definiti dai valori della variabile stessa. La misurazione implica quale valore registrare. Qualsiasi ricerca inoltre deve rispettare i principi di validità e affidabilità. Per validità si intende che la ricerca deve avere strumenti di misurazione, dati e risultati accurati; mentre l'affidabilità fa riferimento al fatto di ottenere i medesimi risultati misurandoli più volte con lo stesso strumento.

Bernard (2006) illustra i quattro punti fondamentali che segue il processo di ricerca:

1. In primo luogo, viene formulato un problema teorico (teoria e letteratura scientifica);
2. Successivamente, vengono selezionati unità di analisi e metodo appropriati;
3. Quindi, i dati vengono raccolti e analizzati;
4. Infine, la proposizione teorica con la quale è stata avviata la ricerca è o contestata o supportata.

(Bernard, 2006, p.69)

Unità 2 – LA RICERCA-AZIONE

3.1.2 - Che cos'è la ricerca-azione?

file:///C:/...ining%20Materials/UNITO%20PSY%20IT/VIDEO/VIDEO%20TXT/3.1.2%20-%20Che%20cos_è%20la%20ricerca-azione.txt[31/07/2019 12:59:31]

Che cos'è la ricerca-azione

L'insegnamento è una abilità. È sia una arte che una scienza. Ed è per questo che i migliori insegnanti

sperimentano sempre e fanno un sacco di errori.

Ma come si fa a sapere cosa sta effettivamente funzionando?

Bene, una opzione è la ricerca-azione.

Qui si può identificare una domanda, provare una strategia, raccogliere dati e determinare se funziona. Il risultato finale è qualcosa di dinamico, innovativo, e legato direttamente alla tua classe.

La ricerca-azione dissolve la barriera tra partecipanti e ricercatori.

In altre parole, l'insegnante partecipa attivamente alla situazione mentre conduce la ricerca.

Esistono diversi framework di ricerca-azione, ma generalmente seguono un processo simile.

Si comincia dalla fase 1, la pianificazione della ricerca.

Qui si comincia dalla indagine, dove si definisce una specifica domanda di ricerca.

Deve essere qualcosa che può effettivamente essere testato.

Poi, si conduce una revisione della letteratura per ottenere una comprensione migliore dell'argomento.

Infine ci si sposta nel processo di disegno, si determinano i metodi di ottenimento dei dati, si considerano

i problemi etici, si ottengono i permessi necessari,

si creano delle scadenze, e si impostano i sistemi. Poi ci si sposta nella fase dell'azione.

Qui è dove si cominciano numerosi cicli di sperimentazione e raccoglimento dei dati. Il raccoglimento dei

dati potrebbe includere

dati qualitativi come osservazioni, artefatti, e interviste, oppure

dati quantitativi come sondaggi delle griglie di valutazione, o dati sui risultati. Dopodichè ci si sposta alla
analisi.

Spesso si comincia organizzando i dati in grafici o classifiche e cercando tendenze specifiche. Si potrebbe anche discuterne con i pari, scrivere liberamente in un diario o creare una mappa a grappolo

prima di scrivere i risultati.

Infine si ha la conclusione.

Qui è dove si condivide la ricerca con il mondo e si riflette sulla propria pratica.

Questo porterà infine a nuove domande,

ed il ciclo continuerà mentre si raffinano le proprie abilità da insegnante migliore e più creativo.

UNIT 2: LA RICERCA-AZIONE

VIDEO

Cos'è la ricerca azione?

ARTICOLO

Tradizionalmente il compito della ricerca è stato quello di estrapolare leggi inscritte nella natura del mondo analizzando i fenomeni in modo oggettivo. Il ricercatore deve mettersi di fronte ai fenomeni che studia in posizione assolutamente neutra. La ricerca è per sua definizione indirizzata alla teoria, tende alla generalità, a costruire modelli il più possibile universalistici. L'azione, invece, nell'esperienza comune è intrisa di motivazioni, di desideri, di emozioni, di saperi spesso poco logici, contraddittori e finalizzati a fare, ottenere, trasformare. L'azione è indirizzata alla pratica, è legata al particolare e al singolare, localistica

e situazionale, storicizzata, non sempre prevedibile nella sua origine e nei suoi esiti (Amerio, 2000). La ricerca-azione nasce con l'intento di coniugare queste due dimensioni che tradizionalmente sono state viste come separate e inconciliabili. I due capisaldi della ricercaazione,

che la differenziano dalla ricerca tradizionale, sono la partecipazione e la cooperazione.

Elliott la definirebbe così:

«Si potrebbe definire la ricerca-azione come lo studio di una situazione sociale con lo scopo di

migliorare la qualità dell'azione al suo interno. In altre parole, essa mira a introdurre una valutazione pratica in situazioni concrete; la validità delle «teorie» o ipotesi che essa genera dipende non tanto da verifiche «scientifiche» della verità, quanto dalla loro utilità nell'aiutare le persone ad agire in modo più intelligente e abile. Nella ricerca azione le «teorie» non sono convalidate indipendentemente e poi applicate alla pratica. Esse sono convalidate attraverso la

pratica.» (Elliott, 1994, p.97)

E ancora:

«La situazione-problema deve essere diagnosticata e si deve pianificare e attuare un'azione di rimedio i cui effetti vanno controllati, se si vogliono ottenere dei miglioramenti. Questo processo globale di Analisi-Diagnosi-Pianificazione-Attuazione-Controllo degli effetti è chiamato ricerca-azione [...]» (Elliott, 1994, p.96)

Il modello originario della Ricerca-Azione viene elaborato da Lewin (1946) con lo scopo di comprendere le problematiche esistenti in specifici contesti attraverso la condivisione di saperi

tra persone che sono allo stesso tempo sia ricercatori sia soggetti sperimentali. L'azione assume

sempre più valore perché diventa un momento in cui si costruisce una conoscenza sul problema.

Il processo di cambiamento avviene in tre tappe:

1) Unfreezing (rottura): si rompe l'equilibrio iniziale agendo sui fattori di resistenza legati all'adesione alle norme sociali.

2) Moving (spostamento): gli elementi nuovi e quelli già presenti nel campo si muovono in base alle forze che agiscono all'interno del campo.

3) Refreezing (ricostruzione): la nuova situazione si stabilizza attorno a un nuovo equilibrio. La ricerca azione è dunque una «raccolta sistematica e analisi dei dati che ha lo scopo di intraprendere azioni e apportare cambiamenti» generando conoscenza pratica condivisibile (Gillis & Jackson, 2002, p.264).

Lo scopo di ogni ricerca azione è di produrre dei cambiamenti sociali attraverso un'azione (o azioni), che è a sua volta obiettivo finale della ricerca (Greenwood & Levin, 1998; Kach & Kralik, 2006; McNiff & Whitehead, 2006; MacDonald, 2012).

I ricercatori che avviano una ricerca-azione lo fanno avendo in mente il presupposto che la realtà viene continuamente creata e ricreata da un processo sociale continuo riconoscendo che,

in accordo con Argyris et al (1982), gli elementi cruciali in un approccio di ricerca che funziona

all'interno di una specifica situazione sociale sono: collaborazione tra ricercatori e comunità di

riferimento; processo di indagine critica; focus sulla pratica sociale; processo di apprendimento

riflessivo. Questo necessariamente implica un tipo di ricerca diverso dalla verifica delle ipotesi,

che pone maggiore attenzione sulle tematiche della ricerca, necessariamente dichiarate e discusse, per consentire a chiunque sia interessato di sottoporre la ricerca a un esame critico (Checkland & Holwell, 1998).

VIDEO: GATTINO - Ricerca Azione

Unità 2 – LA RICERCA-AZIONE

3.1.2 GATTINO - Ricerca Azione

3.1.2 GATTINO - Ricerca Azione.txt[31/07/2019 12:59:45]

Il termine Ricerca-Azione è stato introdotto dallo psicologo sociale Kurt Lewin negli anni '40 del secolo

scorso e sta a indicare la congiunzione di mondi che sino ad allora erano stati ritenuti separati e

contrapposti, ovvero quello della ricerca, che è una attività volta a riflettere sulle cose, e quello dell'azione

che invece implica l'agire concreto teso a cambiare le cose. La Ricerca-Azione consente quindi di creare

un'alleanza strettissima tra l'aspetto conoscitivo, la Ricerca, e l'aspetto applicativo, l'Azione, ed esprime

una trasformazione nel modo di ideare, progettare e fare ricerca nelle scienze umane in cui la complessità

dei fenomeni studiati non viene semplificata ma, al contrario, è accolta e tenuta in conto.

La Ricerca-Azione è realizzata da Lewin sempre in gruppo e questo binomio "Ricerca-Azione e gruppo" è

dovuto al fatto che il gruppo è quel luogo psicosociale all'interno del quale le persone costruiscono le loro

azioni ed è anche uno strumento che può facilitare i processi di cambiamento. La Ricerca-Azione si può descrivere come una famiglia di metodologie di ricerca il cui obiettivo, come abbiamo detto, è attivare simultaneamente un percorso di azione, ossia di cambiamento, e di ricerca, ovvero di comprensione dei fenomeni. Questo percorso avviene attraverso un processo flessibile che consiste in una spirale di cicli, ognuno dei quali si struttura in tre momenti successivi: la pianificazione, l'esecuzione e la ricognizione o inchiesta, tesa a valutare i risultati di ogni momento, a preparare una base razionale per il momento successivo e per cambiare, se occorre, il piano di azione originario. Terminato il primo ciclo di Ricerca-Azione, che cosa accade? Accade che sono stati analizzati i risultati e anche l'eventuale cambiamento che è stato prodotto rispetto alla situazione iniziale, e fatto tutto ciò il processo ricomincia con un nuovo ciclo, in cui saranno inseriti gli elementi nuovi emersi dall'attività svolta nel ciclo precedente, e così via, fino all'esaurimento della situazione problematica. La pianificazione, l'esecuzione e la ricognizione sono sorrette da una valutazione critica in cui ci si chiede cosa ha funzionato, cosa non ha funzionato, che cosa si è imparato, e che cosa si può fare in modo diverso rispetto a come si è lavorato in precedenza. La valutazione critica in ogni ciclo consente di correggere eventuali errori e di riadattare le azioni alle effettive esigenze emerse nel corso della ricerca stessa.

Qual è l'obiettivo che si propone di raggiungere la Ricerca-Azione? L'obiettivo della Ricerca-Azione è il cambiamento: cambiamento dei comportamenti, delle consuetudini, dei contesti e via così. L'assunzione di base è che lo status quo attuale non consente agli individui di star bene e che soltanto attraverso il cambiamento la situazione può migliorare. Il cambiamento, quindi, deve essere provocato e poi analizzato e compreso e deve essere duraturo. Secondo Lewin, affinché il cambiamento sia duraturo deve passare attraverso tre fasi: la fase di rottura dell'equilibrio (unfreezing) che si ottiene agendo sui fattori di resistenza al cambiamento che spesso sono legati all'adesione alle norme sociali. Vi è poi una fase di spostamento (moving), ad esempio cambiare e sviluppare nuove credenze, nuovi valori e atteggiamenti sulla base di nuove informazioni, e quindi uno spostamento da una vecchia situazione ad una nuova. Infine vi è una fase di ricostruzione, di fissazione (re-freezing) in cui la nuova situazione che si è creata si

stabilizza intorno a un nuovo equilibrio, ovvero i nuovi valori, atteggiamenti, comportamenti si stabiliscono e si integrano nel resto del sistema.

Un aspetto importante della Ricerca-Azione è il coinvolgimento attivo di coloro ai quali è rivolto

l'intervento, che sono contemporaneamente destinatari e attori dell'intervento e devono essere messi

nelle condizioni di condividere le finalità della ricerca stessa. L'assunto di base della Ricerca-Azione è che

le persone con cui si lavora siano individui attivi, dotati di capacità e competenze che vadano coinvolti nel

processo di ricerca stesso. Quando si adotta l'approccio della Ricerca-Azione non si può prescindere dal

coinvolgere attivamente le persone a cui è rivolto l'intervento e si deve creare una situazione di

collaborazione e confronto con i destinatari-attori dell'intervento.

Un altro elemento caratteristica di questa famiglia di metodologie di ricerca che è la Ricerca-Azione è la

assenza di un metodo di intervento predefinito da applicare. Questo infatti viene costruito insieme al

gruppo a partire da alcuni principi cruciali e sulla base di quelle che sono le risposte osservate in corso

d'opera. Spesso accade che il modello di partenza venga modificato, dal momento che la scelta della

metodologia e delle azioni da attuare sono costruite durante il processo.

Sin qui abbiamo illustrato gli aspetti che definiscono la Ricerca-Azione, vediamo ora quali sono gli

elementi che la differenziano dal metodo sperimentale. Abbiamo detto prima che nella Ricerca-Azione non

si ha un intervento prefissato. Chi adotta questo approccio permette quindi che l'ipotesi emerga nel corso

del processo e ne modifica l'andamento attraverso il controllo continuo. Un altro elemento di differenza è

che nella Ricerca-Azione non si cerca di definire rapporti di causalità, di verificare delle ipotesi a partire

dalla letteratura e di determinare gli esiti di trattamenti su campioni rappresentativi avendo l'obiettivo di

confermare o falsificare teorie generali. Nella Ricerca-Azione in ogni ciclo il fenomeno su cui si sta

intervenendo è messo maggiormente a fuoco. Non ci si cura della misurabilità delle variabili e l'obiettivo è

risolvere i problemi esaminando diverse strade che non si possono anticipare a priori, ma che diventano il

risultato e anche lo strumento del gruppo. Infine, un ulteriore elemento di differenziazione è il modo in

cui sono presentati i risultati finali che, nel caso della Ricerca-Azione, sono illustrati all'intero gruppo,

3.1.2 GATTINO - Ricerca Azione.txt[31/07/2019 12:59:45]

all'intera comunità attraverso forme partecipative, che utilizzano un linguaggio più semplice rispetto a

quello tecnico-scientifico che caratterizza i report della ricerca sperimentale. L'obiettivo che si intende

raggiungere attraverso la presentazione dei dati è suscitare nuove valutazioni che consentano di definire

eventuali opportunità di miglioramento.

Per chiudere, sulla base di quanto detto sinora possiamo riassumere i principali assunti alla base della

Ricerca-Azione, ossia:

Il fatto di avere un carattere pratico e contestuale. La Ricerca-Azione assume infatti come suo oggetto i

problemi di un gruppo, di una comunità, e ha quindi una natura contestuale, è cioè una ricerca situata:

situata nel contesto;

Un altro aspetto è il fatto che è una ricerca finalizzata al cambiamento e ha una focalizzazione sulla

dimensione grupppale più che su quella individuale, sia per quanto riguarda l'analisi dei processi, sia per

ciò che concerne la definizione delle soluzioni e dei risultati emersi;

Inoltre, la Ricerca-Azione ha una natura multistadiale e ciclica che è data dal disegno della ricerca che si

configura come un alternarsi di fasi di conoscenza e azione;

Infine, l'altro elemento centrale è quello di porre al centro la partecipazione, in termini di cooperazione, di

interdipendenza tra ricercatori e gruppo, tra ricercatori e comunità.

UNIT 3: LA RICERCA AZIONE PARTECIPATORIA

VIDEO GATTINO- RICERCA AZIONE PARTECIPATA

ARTICOLO

Come sottolinea Vargiu (2008), all'ambito della ricerca-azione vengono ricondotte esperienze

molto diversificate ma accomunate dal fatto di perseguire due obiettivi principali: la comprensione e il cambiamento. Analizzando la letteratura in merito è possibile definirla, infatti, come una "famiglia di approcci" (Reason 1994, Reason - Bradbury 2006) orientata a "porre la ricerca al servizio della comunità, attraverso l'attivazione di pratiche partecipative ai fini del mutamento sociale. Ciò implica differenze sostanziali rispetto ad altre forme di ricerca,

in merito agli obiettivi che il ricercatore si pone, ai suoi presupposti epistemologici e alle sue pratiche." (p. 206). Secondo l'autore, a questa "famiglia" afferiscono molteplici approcci e pratiche tra cui: 1) la ricerca-azione o *action research*, 2) la ricerca partecipatoria o *participatory research*; 3) la ricerca-azione partecipatoria ovvero *participatory action research*, 4) la ricerca-azione partecipata o *participated action research*, 5) la scienza-azione (*action science*), 6) l'inchiesta-azione (*action inquiry*), 7) la sociologia dell'azione o *sociologie*

de l'action (Bartoletto, 2006). Vargiu (2008) aggiunge anche quelle esperienze che sono riconducibili alla *Community Based Research* alla *Community Based (Participatory) Action Research* e osserva che "la ricerca partecipatoria e la ricerca-azione partecipatoria possono essere ricondotte in seno a quella categoria di ricerche che Capecchi (2006) definisce «conricerca

»" (p. 209). Quello che, secondo l'autore, consente un'utile differenziazione è il livello di partecipazione previsto nel processo di ricerca e quanto, nella definizione degli obiettivi, degli elementi processuali e degli strumenti è dato spazio alla dimensione soggettiva e

collettiva.

La ricerca partecipativa e la ricerca-azione stanno divenendo sempre più paradigmi centrali nell'ambito delle scienze sociali (Brydon-Miller *et al.*, 2004; Greenwood e Levin, 1998; Kindon, Pain e Kesby, 2007; Jason *et al.*, 2004; Park *et al.*, 1993; Reason e Bradbury, 2006; Selener, 1997; Taggart, 1997). Come indicato da Kindon, Pain e Kesby (2007) e da Mackenzie

e colleghi (2012), la Ricerca Azione Partecipativa (*Participatory Action Research, PAR*) coinvolge ricercatori e partecipanti in un lavoro d'insieme, finalizzato a esaminare una condizione problematica o un'azione con il fine di modificarla in una direzione migliorativa (Wadsworth, 1998). Si tratta di un processo collaborativo di ricerca, educazione e azione (Hall,

1981) orientato alla trasformazione sociale (McTaggart, 1997), partendo dal riconoscimento dell'esistenza di una pluralità di conoscenze in una varietà di istituzioni e contesti (Kindon, Pain e Kesby, 2007). Il processo che la connota è ciclico (si fonda sui cicli di riflessioneazione):

ricercatori e partecipanti identificano un problema o una situazione che necessita di cambiamento e avviano ricerche che attingono a capacità e risorse per accelerare un'azione pertinente. Sia i ricercatori che i partecipanti riflettono su questa azione e imparano da essa e passano a un nuovo ciclo di ricerca / azione / riflessione. Come specificano Kindon, Pain e Kesby, (2007), inoltre, cooperano allo sviluppo di metodi specifici adattati al contesto per facilitare questi cicli. In sintesi, la PAR pone al suo centro l'impegno dialogico fra i coricercatori

(Kindon, Pain e Kesby, 2007). La PAR è, di conseguenza, un orientamento nel fare ricerca (Reason 2004; Kesby *et al.*, 2005) che richiede innovazione metodologica e considera il processo di ricerca al pari dei suoi prodotti: la sua efficacia non è connaturata solo dalla qualità

delle informazioni generate, ma è definita anche dalla misura in cui abilità, conoscenze e capacità dei partecipanti sono sviluppate attraverso l'esperienza di ricerca (Cornwall and Jewkes 1995; Kesby *et al.*, 2005, 2007; Maguire 1987).

Reason e Bradbury (2006) sostengono la necessità di adottare una prospettiva partecipativa o una visione del mondo, che "ci chiede di essere entrambi situati e riflessivi, di essere espliciti sulla prospettiva da cui viene creata la conoscenza, di vedere l'indagine come processo di conoscenza, di servire l'ethos democratico e pratico della ricerca azione" (p. 7). In linea con quanto esplicitato da Kindon e colleghi (2007), la chiave è una visione ontologica che implica che gli esseri umani sono agenti dinamici, dotati di competenze riflessive e di cambiamento personale e un'epistemologia che accoglie tali capacità all'interno del processo di ricerca.

Nel rispetto di una fondante ottica partecipativa, all'interno della PAR, le scelte sulle modalità e sui livelli di partecipazione non sono solo fatte aprioristicamente dal ricercatore, ma negoziate

con co-ricercatori e partecipanti. I metodi più comuni utilizzati in PAR si concentrano sul dialogo, la narrazione e l'azione collettiva e quelli più comunemente utilizzati sono (Kindon, Pain e Kesby, 2007):

- Surveys
- Osservazione partecipante (*Participant observation*)
- Analisi dei dati secondari (*Secondary data analysis*)
- Imparare facendo (imparare attraverso l'azione) (*Learning by doing*)
- Dialogo (*Dialogue*)
- Azione politica (*Political action*)
- Lavoro di gruppo e discussioni (*Group work and discussions*)
- Interviste (*Interviewing*)

- Storytelling
- Mappatura (*Mapping*)
- Arte e media comunitari (*Community art and Media*)
- Diagrammi (*Diagramming*)
- Campi educativi (*Educational camps*)
- Programmi di scambio (*Exchange programmes*)
- Classificazione e punteggi (*Ranking and scoring*)
- Analisi, scrittura e presentazioni condivise (*Shared analysis, writing and presentations*)

Come già sottolineato, la ricerca attiva diventa una ricerca azione partecipativa a seconda di chi viene coinvolto in ciascuna fase e in quale misura. I partecipanti come collaboratori possono

informare la progettazione, proporre metodi, facilitare alcune attività e, soprattutto, rivedere e valutare il processo nel suo complesso (Mackenzie et al., 2012). A partire dalla fase di pianificazione la PAR tende a coinvolgere l'uso di tecniche di ricerca consolidate adatte alla situazione e considera fondamentale sviluppare una strategia (prima dell'azione) per monitorare

e valutare gli effetti dell'azione. Questo dovrebbe consentire l'identificazione dell'entità dei cambiamenti, ma anche di "articolare una robusta epistemologia contro cui valutare la validità

e la salienza della conoscenza nuova o emergente, come un sistema di pensiero sistemico (Ison,

2008). Procedure di monitoraggio e valutazione efficaci forniscono il rigore del processo per valutare l'efficacia, l'adeguatezza e la pertinenza dell'azione - intervento di ricerca. Inoltre, fornisce una cornice di riferimento per stabilire la causalità nel determinare in che misura l'attività di ricerca "ha causato" o "contribuito" ai cambiamenti desiderati nella situazione" (McAllister e Vernooy, 1999)" (pp. 12-13). La valutazione del processo e degli esiti da parte dei partecipanti fornisce una strada ulteriormente percorribile per consolidare il

coinvolgimento degli stakeholder e offre l'opportunità, collettivamente intesa, di co-costruire un impegno attivo e critico, in cui voci alternative sono indispensabili e arricchenti. La PAR richiede, quindi, al ricercatore di abbandonare il controllo e assumere il ruolo di facilitatore del

processo (Kendon, Pain e Kesby, 2007; Janssen et al., 2013).

Come sottolineato da Kangovi e colleghi (2014), la PAR nell'ambito della salute mentale può essere considerata una buona strategia per rendere operativo il coinvolgimento del paziente nella progettazione la sua natura cooperativa e iterativa consente a ricercatori, personale

sociosanitario e pazienti di collaborare alla progettazione di interventi convalidati dagli utenti finali.

Può anche essere usata per adattare un intervento esistente ai bisogni specifici e quando viene diffuso a nuovi setting e/o gruppi di pazienti. Venendo al campo di applicazione alla popolazione giovanile, come indicato da Shamrova e Cummings (2017), il paradigma dei diritti

dei bambini ha fornito una grande spinta affinché i ricercatori riconoscessero i minori come partecipanti attivi nella costruzione del significato. In questo, la PAR è un meccanismo attraverso il quale l'agency viene distribuita ai partecipanti, sostenendo l'attuazione dei diritti dei bambini (Checkoway, 2011; Quijada Cerecer, Cahill e Bradley, 2013; Shamrova e Cummings, 2017). Inoltre, in letteratura i risultati in merito alla sua applicazione sono riportati

anche a livello organizzativo; i più frequenti sono stati i cambiamenti nella cultura organizzativa finalizzati: a incrementare le possibilità di partecipazione, ad aumentare il livello

di inclusività nei confronti del minore, e a diffondere una maggiore sensibilizzazione per rendere i programmi meglio adattati ai bisogni dei bambini e dei giovani (Shamrova e Cummings, 2017). In questo, gli autori (Shamrova e Cummings, 2017), hanno identificato alcune scelte metodologiche che potrebbero contribuire a supportare la partecipazione dei minori in quanto dotata di significato:

- la formazione
- la costruzione e l'uso di strumenti per la raccolta dei dati a misura di bambino
- il coinvolgimento attivo dei minori nell'analisi dei dati e nella lettura dei risultati
- la scelta di luoghi significativi per la diffusione degli esiti delle ricerche.

In merito alla ricerca con gruppi vulnerabili, come indicato da Lushey e Munro (2015), la PAR

può promuovere i diritti di partecipazione dei minori e di coloro che perdono la cura e, al contempo, informare la base empirica derivante dagli studi su tali popolazioni.

A livello concettuale, particolarmente interessante è la *Youth participatory action research* (YPAR) (Anyon et al., 2018; Rodriguez e Brown, 2009), la quale include i seguenti principi fondanti:

- 1) è basata sull'indagine
- 2) le aree esplorate sono le esperienze così come sono vissute dai giovani
- 3) è partecipativa
- 4) ha una natura trasformativa

I suoi processi chiave sono:

- a) la condivisione del potere fra giovani e adulti durante l'intero processo
- b) la formazione e applicazione di metodi di ricerca e di advocacy
- c) l'utilizzo critico del pensiero strategico su come possa essere creato cambiamento sociale;
- d) la costruzione di alleanze con tutti gli stakeholders.

Infine, si sottolinea come esempio di ricerca secondo il paradigma PAR quella svolta da Törrönen e Vornanen (2014) con i care-leavers. In linea con i principi sopra illustrati, come indicato dagli autori i professionisti e i ricercatori coinvolti hanno assunto un ruolo di supporto,

mentre i giovani hanno condotto le interviste, raccolto dati dai loro pari e incoraggiato l'espressione di opinioni riguardo alle esperienze (Törrönen & Vauhkonen, 2012). L'aspetto centrale è stato, infatti, l'attenzione alla visione dei minorenni coinvolti come co-researchers (co-ricercatori) coinvolti, quindi, a pieno titolo nel processo di ricerca.

Unità 3 – LA RICERCA-AZIONE PARTECIPATORIA

3.1.3 GATTINO - Ricerca Azione Partecipata

3.1.3 GATTINO - Ricerca Azione Partecipata.txt[31/07/2019 12:59:59]

Abbiamo visto prima quali sono gli assunti generali della Ricerca-Azione che abbiamo detto essere una

famiglia di metodologie di ricerca. Vediamo adesso di zoomare, di focalizzarci su una specifica

componente di questa ampia famiglia della Ricerca-Azione, ovvero sulla Ricerca-Azione partecipata.

L'elemento centrale della Ricerca-Azione partecipata è proprio la focalizzazione sull'idea di una

conoscenza condivisa tra il ricercatore ed i destinatari dell'intervento, che sono contemporaneamente

destinatari e attori dell'intervento, e come dicevo, la focalizzazione della Ricerca-Azione partecipata è

quella di considerare che vi è una conoscenza condivisa che serve a progettare e restituire il senso dell'agire collettivo.

La Ricerca-Azione partecipata considera importante una Ricerca-Azione che è progettata e condotta in modo collettivo attraverso la partecipazione di tecnici ma anche di persone che appartengono al contesto in cui si interviene, e che sono in grado di valorizzare saperi locali e saperi esperti facendo emergere la molteplicità dei punti di vista, delle prospettive che sono presenti all'interno di quel contesto specifico.

Alla base degli interventi della Ricerca-Azione partecipata c'è dunque il principio di partecipazione, inteso come strumento e anche obiettivo del cambiamento sociale di intervento. La Ricerca-Azione partecipata riconosce che il problema nasce da un gruppo che è in difficoltà in uno specifico contesto ed in un momento storico preciso e ben definito. Il ricercatore quindi constata il problema, non lo suscita, ed il suo ruolo è aiutare il gruppo e la comunità a identificare gli aspetti fondamentali per poter proseguire con l'azione. Chi adotta l'approccio della Ricerca-Azione partecipata deve quindi creare una situazione di collaborazione e confronto con i cittadini e gli operatori per quanto riguarda sia la definizione dei problemi da indagare e sia lo svolgimento della ricerca e l'impostazione del cambiamento.

Unità 4 - RICERCA EVIDENCE BASED

3.1.4 - Types of Research Used for Evidence-Based Practice

3.1.4 - Tipi di ricerca usati per le pratiche evidence-based.txt[31/07/2019 13:00:14]

Tipi di ricerca utilizzati per la pratica evidence-based

Ora, ci sono diversi tipi di evidenze di ricerca là fuori, ed è molto importante che noi comprendiamo i diversi tipi. Esiste la ricerca quantitativa, e la ricerca quantitativa è la ricerca che osserva gli studi interventistici e la ricerca sugli esiti. È il tipo di studi in cui si fanno molte analisi statistiche. Questi tipi di studi sono cose come gli esperimenti clinici (clinical trials), gli esperimenti randomizzati con gruppo di controllo (randomized control trials, o RCT), gli studi caso-controllo (case-control studies), ed i livelli più alti sarebbero le meta-analisi e le revisioni sistematiche.

Le linee guida per la pratica clinica sono per la maggior parte basate su analisi quantitative della ricerca.

C'è un altro tipo di ricerca là fuori ed è chiamata ricerca qualitativa, e la ricerca qualitativa è fatta per comprendere

il comportamento umano, come le persone rispondono alla loro situazione. Quindi, i tipi di ricerca qualitativa che vengono fatti, e vengono spesso fatti nelle scienze infermieristiche e sociali, sono gli studi come la fenomenologia, dove si osserva il fenomeno di star male o di avere una determinata condizione.

Significa anche guardare gli studi sui gruppi etnografici, questi sono basati sull'antropologia, quindi guardiamo i gruppi di persone che hanno una determinata condizione. Sappiamo che la ricerca qualitativa è molto molto importante per come eseguiamo le cure, perchè c'è bisogno di assicurarsi che i pazienti stiano avendo una buona esperienza con le cure che stanno ricevendo. Ora, la ricerca secondaria è considerata il livello più alto di ricerca, e questa è la cosa che chiamiamo una revisione sistematica o meta-analisi, e ciò che è diverso di una revisione sistematica e nelle meta-analisi è che portano lo stesso livello di rigore a tutti gli studi di ricerca che sono stati fatti su uno specifico argomento. Porta lo stesso livello di rigore alla analisi di tutti quegli studi. Ecco un altro caveat: le revisioni sistematiche sono molto diverse rispetto alle revisioni della letteratura in quanto le revisioni sistematiche e le meta-analisi devono essere revisionate dai pari (peer-reviewed) e questo vuol dire che due o più persone devono valutare tutti gli studi che vengono inclusi in una revisione sistematica o una meta-analisi.

Quando si fa una revisione sistematica c'è anche bisogno di controllare alcune altre cose per esserne sicuri,

3.1.4 - Tipi di ricerca usati per le pratiche evidence-based.txt[31/07/2019 13:00:14]

è importante per come provvediamo a prenderci cura dei nostri pazienti. Bisogna controllare: sono davvero fattibili i risultati della revisione sistematica?

Posso davvero implementare questo intervento con una specifica popolazione di pazienti? Sarà appropriato? È significativo per le popolazioni di pazienti e per la mia pratica come fornitore di assistenza sanitaria? E sarà efficace? Farà davvero la differenza? Sappiamo però che le evidenze di ricerca

non vengono create tutte uguali, quindi è davvero importante nel momento in cui i fornitori di assistenza sanitaria esaminano una ricerca, essi hanno il bisogno di determinare che livello di ricerca stanno osservando. Alla base abbiamo tutti gli studi di ricerca originali e questi sono cose come gli studi randomizzati con gruppo di controllo (RCT) e questo tipo di cose. Il livello superiore successivo sarebbero le revisioni sistematiche nelle meta-analisi: di nuovo, le meta-analisi nelle revisioni sistematiche vengono fatte quando un ricercatore guarda tutte le ricerche originali intorno ad un determinato argomento, ne fa una valutazione critica ed una sintesi e poi mette tutto insieme sotto forma di revisione sistematica, quindi questo è considerato il livello più alto di ricerca nella gerarchia delle evidenze. Ma al livello più alto c'è il supporto alle decisioni cliniche ("clinical decision support"), ed il supporto alle decisioni cliniche è composto di strumenti che i fornitori di assistenza sanitaria possono usare, li leggono immediatamente e li mettono in pratica immediatamente. Ora, perchè questo è importante? Perchè i fornitori di assistenza sanitaria che hanno a che fare con i pazienti non hanno tempo di leggere cento, duecento, trecento pagine di revisioni sistematiche o di meta-analisi e poi prendere una decisione su un paziente: devono leggere le evidenze e metterle in pratica immediatamente e questo è ciò che fanno gli strumenti di supporto alle decisioni cliniche. Tutti gli strumenti di supporto alle decisioni cliniche dovrebbero essere basati sulle revisioni sistematiche, sulle meta-analisi, sui riassunti delle evidenze o sulle evidenze migliori disponibili.

UNIT 4: LA RICERCA EVIDENCE BASED

VIDEO

Tipi di ricerca utilizzati per l'evidence-based practice

ARTICOLO

Il termine evidence-based research (EBR) è stato coniato nel 2009 per indicare l'approccio che

contrasta la rilevante fonte di spreco nella ricerca biomedica (Robinson, 2009) che era dovuta principalmente agli studi primari effettuati senza una revisione sistematica delle evidenze disponibili. Questo non era considerato né etico né scientifico (Lund, H. et al., 2017). La ricerca

evidence-based parte sempre da una revisione sistematica (RS), che prevede quesiti di ricerca

predefiniti, criteri di inclusione, metodi di ricerca, procedure di selezione, valutazione di qualità, estrazione dei dati e analisi statistiche (Lund, H. et al., 2017). Le revisioni sistematiche

servono a comprendere e a definire le priorità di una ricerca e se essa è necessaria e utile alla comunità o possibile fonte di spreco di risorse in quanto non produce nuove conoscenze scientifiche. Le linee guida suggerite da *Evidence*, rivista *open access* della Fondazione GIMBE (Gruppo Italiano per La Medicina Basata sulle Evidenze), per creare un progetto di ricerca evidence-based sono le seguenti:

- 1) Formulare il quesito di ricerca preliminare e identificare revisioni sistematiche pertinenti;
- 2) Valutare l'adeguatezza dello scopo, della qualità e dell'aggiornamento della ricerca;
- 3) Valutare i dettagli relativi a: popolazione, intervento, confronto, outcomes, e range temporali (PICOT);
- 4) Valutare il metodo utilizzato e i risultati.

In definitiva, i ricercatori dovrebbero utilizzare le revisioni sistematiche per formulare il quesito finale dello studio che vogliono promuovere; giustificare la necessità durante la richiesta di finanziamento e l'approvazione del comitato etico; interpretare i risultati del nuovo

studio nel contesto delle evidenze disponibili; formulare raccomandazioni per la ricerca futura.

Nel corso del tempo si è assistito ad una crescita esponenziale della ricerca evidence-based, che ha portato alla pubblicazione di circa due milioni di articoli in oltre venti mila riviste. Le motivazioni di questa crescita sono molteplici, da una parte è dovuta alla sua vocazione educativa (JAMA, 1992) e al cambiamento di paradigma (Pagliaro & Colli, 2014) che ha portato tale pratica, dall'altra si è assistito ai punti di forza che l'evidence-based presenta:

- consentire di produrre conoscenza e guidare la pratica professionale nelle aree dove c'è maggiore incertezza riguardo agli interventi effettuati nella pratica clinica;
- ridurre gli sprechi perché definisce le priorità dei quesiti di ricerca prendendo in considerazione le revisioni sistematiche precedenti;
- consentire di descrivere in modo chiaro i disegni di ricerca (popolazione target, interventi, confronti, outcome);
- produrre aggiornamenti e diffondere revisioni sistematiche;
- integrare le evidenze nella pratica clinica;
- permettere una rivalutazione continua delle proprie conoscenze (GIMBE).

UNIT 5: ESEMPI DI RICERCA

- Ricerca Quantitativa

Ricerca Qualitativa

UNIT 6: BIBLIOGRAFIA

Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.

Anyon, Y., Bender, K., Kennedy, H., & Dechants, J. (2018). A Systematic Review of Youth Participatory Action Research (YPAR) in the United States: Methodologies, Youth Outcomes, and Future Directions. *Health Education & Behavior*, 45(6), 865–878. doi: 10.1177/1090198118769357

Argyris, C., Putnam, R., and MacLain-Smith, D. (1982). *Action Science: Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bartoletto, N. (2006). *La ricerca-azione: un excursus storico-bibliografico*. In Minardi, E., Cifiello, S. (a cura di), pp. 54-67.

Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Fourth Edition*. New York: Altamira Press.

Brydon-Miller, M., Maguire, P. and McIntyre, A. (eds) (2004) *Travelling Companions:*

- Feminism, Teaching and Action Research*, Westport: Praeger.
- Capecchi, V. (2006). *Per una storia della ricerca azione in Italia*, in «Inchiesta», XXXVI, 151, pp. 1-13.
- Cardano, M., Ortalda, F. (2017). *Metodologia della ricerca psicosociale*. Torino: Utet Università.
- Chekland, P., Holwell, S. (1998). Action Research: Its Nature and Validity. *Systemic Practice and Action Research*, 11 (1), 9-21.
- Colli, A., Pagliaro, L., & Duca, P. (2014). The ethical problem of randomization. *Internal & Emergency Medicine*, 9(7), 799–804. doi: 10.1007/s11739-014-1118-z
- Corbetta, G. (2015). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Vol. 1: I paradigmi di riferimento*. Bologna: Il Mulino.
- Cornwall, A. and Jewkes, R. (1995) ‘What is participatory research?’ *Social Science and Medicine*, 41(12), 1667–76.
- Cos’è la ricerca. (n.d.). Retrieved June 25th, 2019, from <https://www.researchitaly.it/cos-è-la-ricerca/>
(OPEN)
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elliot, J., (1994). La ricerca-azione: un quadro di riferimento per l'autovalutazione nelle scuole.
- In Pozzo, G., L. Zappi (Eds.) *La ricerca-azione. Metodiche, strumenti e casi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research methods for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., et al. (1992) Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 268(17), 2420–2425. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Greenwood, D., & Levin, M. (eds) (1998). *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hall, B. (1981) Participatory Research, Popular Knowledge, and Power: A personal reflection, *Convergence*, 14(3), 6–17.
- Ison, R.L. (2008). Systems thinking and practice for action research. In: Reason, P., Bradbury, H. (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research Participative Inquiry and Practice, second edition*, 139–158. London: Sage Publications.
- Janssen, J., Hale, L., Mirfin-Veitch, B., & Harland, T. (2013). Building the Research Capacity of Clinical Physical Therapists Using a Participatory Action Research Approach. *Physical Therapy*, 93(7), 923–934. doi: 10.2522/ptj.20120030
- Jason, L., Keys, C., Suarez-Balcazar, Y., Taylor, R. and Davis, M. (eds) with Durlak, J. and Hotz Isenberg, D. (2004) *Participatory Community Research: Theories and Methods in Action*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: Methods and techniques*. New Delhi: New Age International.
- Lund, H., Brunnhuber, K., Juhl, C., Robinson, K., Leenaars, M., Dorch, B. F., Jamtvedt, G.,

- Nortvedt, M. W., Christensen, R., Chalmer, I. (2017). Evidence-Based Research: le revisioni sistematiche devono sempre informare i nuovi studi primari. *Evidence*, 9(3), e1000164. doi: 10.4470/E1000164
- Lushey, C. J., & Munro, E. R. (2015). Participatory peer research methodology: An effective method for obtaining young people's perspectives on transitions from care to adulthood? *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(4), 522–537. doi: 10.1177/1473325014559282
- MacDonald, C. (2012). Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34–50. (OPEN)
- Mackenzie, J., Tan, P., Hoverman, S., Baldwin, C. (2012). The value and limitations of Participatory Action Research methodology. *Journal of Hydrology*, 474, 11–21.
- McAllister, K., Vernooy, R. (1999). *Action and Reflection: A Guide for Monitoring and Evaluating Participatory Research. Working Paper 3: Rural Poverty and the Environment Working Paper Series*. Ottawa: International Development Research Centre.
- McNiff, J. & Whitehead, J. (2006). *All you need to know about action research*. Thousand Oaks, CA: Sage. (OPEN)
- Kangovi, S., Grande, D., Carter, T., Barg, F., Rogers, M., Glanz, K., Shannon, R., Long, J. (2014). The use of participatory action research to design a patient-centered community health worker care transitions intervention, *Healthcare*, 2(2), 136-144. doi: 10.1016/j.hjdsi.2014.02.001.
- Kesby, M., Kindon, S. and Pain, R. (2005) ‘‘Participatory’ Approaches and Diagramming Techniques’, in R. Flowerdew and D. Martin (eds) *Methods in Human Geography: A guide for students doing a research project*, 144–66. London: Pearson Prentice Hall.
- Kindon, S., Pain, R., Kesby, M. (2007). *Participatory action research approaches and methods: connecting people, participation and place*. London: Routledge.
- Maguire, P. (1987) *Doing Participatory Research: A feminist approach*. Amherst, MA: Centre for International Education, University of Massachusetts.
- McTaggart, R. (ed.) (1997) *Participatory Action Research: International Contexts and Consequences*, New York: State of New York University Press.
- Park, P., Brydon-Miller, M., Hall, B. and Jackson, T. (eds) (1993) *Voices of Change: Participatory Research in US and Canada*, London: Bergin and Harvey.
- Reason, P. (1994). *Three Approaches to Participative Inquiry*. In: Denzin, N., Lincoln, Y.S., *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks.
- Reason, P. (2004) Action research and the single case: A response to Bjorn Gustavsen. *Concepts and Transformation*, 8(3), 281–94.
- Reason, P., Bradbury, H. (2006). *Handbook of Action Research*. London: Sage Publications.
- Robinson, K. A. (2009). Use of prior research in the justification and interpretation of clinical trials. *UMI Dissertations Publishing*, 3392375, 123. Baltimore, MA: Johns Hopkins University.
- Rodriguez, L. F., & Brown, T. M. (2009). From voice to agency: Guiding principles for participatory action research with youth. *New Directions for Youth Development*, 2009(123), 19-34.
- Selener, D. (1997). *Participatory Action Research and Social Change*. Ithaca, NY: Cornell Participatory Action Research Network, Cornell University.
- Shamrova, D. P., Cummings C. E. (2017). Participatory action research (PAR) with children and youth: An integrative review of methodology and PAR outcomes for participants, organizations, and communities. *Children and Youth Services Review*, 81, 400-412, doi:

10.1016/j.chilyouth.2017.08.022.

Singh, Y. K. (2006). *Fundamental of research methodology and statistics*. New Delhi: New Age International.

Singh, A. S., & Masuku, M. B. (2013). Fundamental of applied research and sampling techniques. *International Journal of Medical and Applied Sciences*, 2(4), 123-124.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative nursing research: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Wolters Klower Health. (OPEN)

Taggart, R. (ed.) (1997) *Participatory Action Research: Contexts and Consequences*, Albany, NY: SUNY Press.

Törrönen, M. L., & Vornanen, R. H. (2014). Young People Leaving Care: Participatory Research to Improve Child Welfare Practices and the Rights of Children and Young People. *Australian Social Work*, 67(1), 135–150. doi: 10.1080/0312407X.2013.868012

Vargiu, A. (2008). Le Diversità Nella Ricerca-Azione Partecipata: Alcune Implicazioni Metodologiche E Procedurali. *Studi Di Sociologia*, 46(2), 205–232.

Wadsworth, Y. (1998). What is participatory action research? *Action Research International*, Paper 2. Available on www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/ari/p-ywadsworth98.html

Modulo 3 Lezione 1 – Ricerca Scientifica

1. Una ricerca scientifica...

A) Dovrebbe sempre tenere conto della conoscenza precedentemente acquisita

B) Inizia con la raccolta dei dati

C) Permette sempre una fedele registrazione della realtà

D) Utilizza sempre un singolo metodo

2. Nella ricerca-azione...

A) La partecipazione e la cooperazione del ricercatore sono incoraggiate

B) Il ricercatore deve essere completamente neutrale rispetto all'oggetto di ricerca

C) Si tenta di estrapolare leggi iscritte nella natura attraverso l'analisi oggettiva dei fenomeni

D) Non andrebbero prodotti cambiamenti sociali nel contesto di ricerca

3. Quale di questi passaggi NON è parte di ogni progetto di ricerca evidence-based?

A) La convalida della teoria attraverso la pratica

B) La valutazione dei risultati

C) La formulazione delle ipotesi di ricerca

D) La revisione sistematica della letteratura

4. L'elemento centrale della Ricerca-Azione partecipata è:

A) La focalizzazione sull'idea di una conoscenza condivisa tra il ricercatore ed i destinatari dell'intervento

B) La focalizzazione sull'idea di una conoscenza non condivisa tra il ricercatore ed i destinatari dell'intervento

C) La netta e assoluta separazione tra Azione e Ricerca

D) La scelta a priori dei problemi da indagare e degli strumenti da utilizzare

Modulo 3 - TRAUMA: RICERCA, VALUTAZIONE E OUTCOMES

LESSON 2: EBR IN TIC

UNIT 1: EVIDENCE BASED RESEARCH I TIC/TIP E LA SUA RILEVANZA A LIVELLO INTERNAZIONALE

ARTICOLO

Uno dei temi fondamentali nell'organizzazione dei servizi che si occupano di minori traumatizzati e una delle richieste maggiori che da questi proviene è quello di garantire un'adeguata ed efficace formazione agli operatori sugli interventi evidence-based (Ruzek & Rosen, 2009). Osservando da una prospettiva generale la situazione dell'applicazione dei

trattamenti e delle linee guida evidence-based, si può evincere, nonostante la salienza di questa

tematica nel campo della salute pubblica, una difformità di implementazione e un'attenzione limitata alla valutazione sistematica e sul lungo termine degli effetti dei programmi di training (Ruzek & Rosen, 2009). Inoltre, da un punto di vista comparativo, Delaney (2006) ha sottolineato un altro aspetto rilevante: a livello internazionale le linee guida e la loro declinazione in pratiche cliniche di trattamento elettivo variano considerevolmente su base nazionale e tra le diverse nazioni (anche a livello di regolamenti socio-sanitari). Weiner, Schneider & Lyons (2009) si sono occupati dell'analisi delle metodologie evidence-based per il trattamento del trauma nei minori. Come indicato dagli autori, alcuni di essi sono stati testati

attraverso procedure sperimentali e quasi-sperimentali, ma la maggior parte delle metodologie

era stata strutturata per popolazioni adulte sebbene applicata anche a popolazioni minorili e valutata con poca o nulla attenzione alle variabili culturali e alla differenziazione dei sottogruppi in base a fattori incidenti sugli outcomes. Da queste osservazioni deriva, quindi, un'interessante sollecitazione alla validazione cross-culturale dei trattamenti, il che può consentire non solo di approfondirne l'efficacia, ma anche di esplorare con attenzione quali possano essere le barriere nella loro applicazione e le esigenze di flessibile adattamento in relazione a specifici sottogruppi o condizioni applicative. Prima Courtois & Gold nel 2009, poi

Layne e colleghi (2014) mettono in luce come sia centrale includere nella formazione degli operatori uno specifico focus sul trauma e le sue conseguenze partendo dalla consapevolezza che esso e i suoi effetti impattano su tutte le fasi del trattamento tra cui, nello specifico, quelle del coinvolgimento del paziente, l'assessment e la risposta al trattamento. Inoltre, essi sottolineano che, in questo ambito, un ruolo rilevante è ricoperto dalla creazione di standard internazionali e metodi condivisi di formazione degli operatori nell'ambito della Evidence-Based Practice (EBP; Lyon et al., 2011). L'EBP consente all'operatore di selezionare le migliori opzioni operative validate per e adeguate a quella singola situazione basandosi sui bisogni specifici del cliente, i punti di forza e le circostanze (Layne et al., 2014). Affinchè si possa garantire un'adeguata formazione in tale ambito è, quindi, fondamentale che la comunità

scientifica definisca delle *core competencies*, cioè delle conoscenze di base che coloro che operano con persone con una storia traumatica dovrebbero possedere. In particolare, questa attenzione consente di garantire una buona qualità dei servizi erogati, aumentare la responsabilità degli operatori e diffondere un sapere condiviso e, spesso, manualizzato attraverso protocolli, tra le molteplici discipline impegnate in questo campo (psicologia, psicoterapia, scienze sociali, psichiatria, ecc.). Il National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) è una rete di professionisti, componenti familiari, ricercatori e partner internazionali

che si occupa di migliorare gli standard di cura e la possibilità di accesso ai servizi per bambini

e famiglie. Il NCTSN ha creato un protocollo formativo denominato CCCT (Core Curriculum on Childhood Trauma) (Layne et al., 2011) che enuclea i principali elementi di intervento includendoli in una matrice integrata fondata sull'evidenza, sui concetti fondamentali nell'ambito del trauma e sulle competenze terapeutiche indispensabili per progettare e implementare un intervento efficace per i bambini affetti da trauma e le loro famiglie. Due elementi risultano fondanti: gli obiettivi degli interventi (obiettivi che si desidera raggiungere attraverso l'intervento) e gli elementi pratici (le procedure concrete che si intende applicare per

raggiungere i risultati). Questa attenzione alla formazione degli operatori sulle competenze fondanti passa attraverso la definizione di specifici *gold standards* relativi al training sull'EBP

e sui trattamenti evidence-based (EBTT, Evidence-based Trauma Treatment). Il CCCT include

5 livelli: a) la base empirica delle conoscenze (Empirical Evidence Base); b) i concetti fondamentali sul trauma (12 Core Concepts for Understanding Traumatic Stress Responses in Children and Families) che costituiscono il fondamento teorico dell'intervento; c) obiettivi dell'intervento; d) elementi pratici (azioni osservabili messe in atto per raggiungere gli obiettivi); e) abilità/capacità terapeutiche (con due sottolivelli: 1) procedurale e processoriented;

2) valutativo). Il suddetto modello supporta pratiche e competenze evidence-based tra le quali le prassi di assessment e la raccolta delle informazioni, la teoria della pratica, l'applicazione delle risultanze connesse alla letteratura scientifica alla situazione individuale del paziente, la concettualizzazione del caso, la pianificazione dell'intervento. Una task-force, che sta approfondendo e implementando il modello CCCT, ha previsto una sessione specifica di approfondimento delle competenze di analisi statistica e di strutturazione di protocolli d'indagine utili per la validazione di pratiche cliniche. Quello che viene più sottolineato in merito è l'invito a sviluppare sia gli aspetti teorici, sia i metodi di valutazione (multidimensionali), nonché la base empirica accessibile a valutazione e validazione degli interventi (in particolare degli esiti, dei fattori intervenienti e dell'efficacia di interventi centrati

sulla situazione specifica della persona).

Anche Briggs e colleghi (2012) identificano come elemento di prioritaria rilevanza il miglioramento degli standard attraverso "[...] lo sviluppo, l'implementazione e la disseminazione evidence-based" (p. 1). La strutturazione di linee guida per l'intervento - che ne identifichino i target ottimali e le metodologie d'identificazione (quale sia l'intervento migliore date alcune condizioni specifiche) e valutazione degli outcomes - è fondamentale e utile per gli operatori e per coloro che si occupano di strutturazione dei servizi. I disegni di ricerca che potrebbero, quindi, risultare utili potrebbero essere quelli che considerano l'interconnessione tra i fattori di rischio e i differenti esiti ai fini di enucleare quali potrebbero essere gli elementi su cui implementare l'intervento, ma anche per, ricorsivamente, includere nuovi aspetti nella dimensione della comprensione teorica del trauma e complessificare il framework di riferimento scientifico. Particolarmente interessante è, infatti, la considerazione che i trattamenti mirati alla riduzione dei sintomi connessi al PTSD hanno anche efficacia nel ridurre difficoltà funzionali non direttamente oggetto di intervento, il che mette in luce quanto un trattamento focalizzato sul trauma possa generare effetti positivi ad ampio spettro (Layne et al, 2010).

UNIT 2: BISOGNI FORMATIVI NELLE ORGANIZZAZIONI CHE SI OCCUPANO DI TIC

ARTICOLO

Bryson e colleghi (2017) pongono un'interessante premessa che è utile per distinguere due piani di riflessione applicabili all'analisi e alla valutazione delle tematiche oggetto di questo modulo; gli autori distinguono i trattamenti specifici per il trauma (intese come tecniche di intervento volte a ridurre la sintomatologia connessa al trauma) dalla TIC definita come ottica generale che ha come obiettivo la trasformazione del sistema di cura includendo in quest'ultima

una comprensione delle risposte di stress connesse alle esperienze traumatiche a tutti i livelli e

in tutte le dimensioni implicate nell'organizzazione dei servizi. Nonostante sia diffusa la richiesta di applicazione di principi fondanti la TIC nei servizi e l'interesse per i vantaggi che questa può comportare, i contributi scientifici sull'implementazione della TIC per l'utenza in età minorile è, purtroppo, scarsa (Bryson et al., 2017). Già Ruzek & Rosen, nel 2009, avevano

osservato che la diffusione di trattamenti evidence-based aventi come focus la cura della sintomatologia connessa al PTSD era uno degli elementi chiave su cui erano impegnate le organizzazioni sanitarie che operavano nell'ambito dell'aiuto alle persone vittime di trauma e che, di conseguenza, si era assistito a un aumento della letteratura scientifica che si occupava dei fattori organizzativi legati all'implementazione e diffusione di best-practices. Nonostante ciò, da una precedente analisi della letteratura presentata da Delaney (2006), confermata da Ruzek & Rosen (2009) e dagli stessi Bryson e colleghi (2017) era emersa ed emerge tuttora un'alta variabilità nei tassi di utilizzo di pratiche quali la contenzione e l'isolamento. Inoltre, come indicato da Valenkamp e colleghi (2014), nonché da Bryson e colleghi (2017), pochi sono gli studi che hanno testato efficacia di questi interventi in comparazione con modalità di presa in carico alternativa. La variabilità delle modalità di intervento, secondo Ruzek e Rosen (2009), aprirebbe alla necessità di procedere ad analisi comparative delle linee guida e delle best-practices internazionali al fine di renderle maggiormente fondate nel campo delle proposte

di cambiamento organizzativo e a livello di politiche che siano evidence-based oriented.

Bryson e colleghi (2017) si propongono, attraverso un contributo di revisione sistematica della

letteratura scientifica, di mettere in luce quali fattori rendono efficace l'applicazione della TIC,

per quale tipo di utenza, in quali circostanze e in quale direzione e perché. Le strategie che vengono considerate maggiormente condivise all'interno dei contributi scientifici sono: 1) una

leadership orientata al cambiamento; 2) l'utilizzo dei dati di ricerca per informare la pratica; 3)

lo sviluppo dell'organico; 4) l'uso di strumenti per prevenire azioni di contenzione e isolamento; 5) i ruoli degli utenti nel contesto di degenza; 6) tecniche di debriefing. In ragione

della necessità di analizzare la complessità applicativa di questi elementi connettendola anche alle peculiarità territoriali e alle specificità organizzative, l'invito degli autori ai servizi che si occupano di applicare la TIC è quello di proseguire nel tentativo di dimostrare, attraverso il processo della ricerca scientifica e in una prospettiva longitudinale, l'efficacia sia degli sforzi e dei cambiamenti compiuti nel migliorare la salvaguardia dei pazienti, sia degli esiti a lungo termine dei trattamenti. In coerenza con quest'ottica, inoltre, Lang e colleghi (2016)

sottolineano come sia importante che si raggiunga il consenso su cosa costituisca un servizio trauma-informed e come si possano efficacemente misurare i fattori coinvolti. Innanzitutto, questioni centrali riguardano: come si possa pervenire a una procedura ottimale di screening, come operationalizzare al meglio i principi fondanti della TIC nel lavoro quotidiano con soggetti esposti a eventi potenzialmente o sicuramente traumatici e quali siano i metodi migliori

per potenziare i servizi che di questa popolazione si occupano. Attualmente non sembrano così

frequenti le ricerche sull'efficacia del cambiamento delle modalità di presa in carico dei pazienti in un'ottica TIC a livello organizzativo e su come/quanto queste trasformazioni siano utili ai fini degli outcomes di salute per l'utenza che afferisce al servizio. Una sfida sottolineata

dai ricercatori potrebbe proprio essere quella dell'integrazione fra ricerca sulle EBP e bestpractices nell'ottica di incrementare la qualità dell'implementazione dell'offerta di servizi (considerata anche l'analisi della dimensione dell'impatto economico di queste iniziative) passando attraverso lo sviluppo delle competenze del personale, delle procedure di screening, della capacità di cambiamento delle policies. Un ruolo determinante in questa direzione può essere svolto dalla leadership che dovrebbe supportare un processo di cambiamento, in alcune situazioni radicale, anche a livello di cultura organizzativa (enfasi, ad esempio, sull'importanza della TIC). Il training sul trauma è una componente essenziale, ma non sufficiente affinché un'organizzazione sia trauma-informed. Inoltre, come specificato da Kramer e colleghi (2013), importante è anche la collaborazione tra le differenti agenzie che si occupano dell'assistenza ai minori e alle loro famiglie, le quali, possibilmente, condividano i principi della TIC. Su quest'ultimo aspetto, gli autori, ad esempio hanno analizzato efficacia di un training orientato all'acquisizione delle specifiche conoscenze con somministrazioni longitudinali di idonei strumenti di rilevazione (pre e post formazione) nonché una rilevazione sotto forma di followup per analizzare quanto queste competenze acquisite abbiano comportato modifiche nella modalità di organizzare il servizio di appartenenza. Su questo specifico aspetto, inoltre, un tema interessante è l'analisi delle barriere incontrate dall'intero staff e la strutturazione di ricerche comparative (con gruppi randomizzati) volte ad esaminare l'utilità delle differenti strategie utilizzate e degli ulteriori bisogni formativi anche longitudinalmente.

UNIT 3: DIFFUSIONE DELLA RICERCA SUL TRAUMA NEI SETTINGS ORGANIZZATIVI

ARTICOLO

Ruzek & Rosen (2009), trattando il tema della diffusione della ricerca sul trauma nei settings organizzativi, ne sottolineano la complessità: i modelli che si occupano di disseminazione hanno messo in luce come questa dipenda da molteplici fattori in interazione tra loro a differenti livelli (individuali e organizzativi). Briggs e colleghi (2012) indicano come sia sì riconosciuto il fatto che un cambiamento nell'ambito delle conoscenze rappresenti il primo passaggio verso il cambiamento organizzativo, ma anche che è altrettanto fondamentale la verifica di quanto questo si espliciti attraverso o si traduca in un cambiamento comportamentale. Due aspetti, quindi, risultano importanti: la complessità sistemica e multilivello della disseminazione dei contenuti scientifici nelle organizzazioni e il processo che connette l'ambito delle conoscenze e la messa in pratica di queste attraverso un meccanismo complesso di cambiamento individuale e organizzativo. Questo processo porta in primo piano una delle resistenze più frequenti all'implementazione di nuove best-practices: il fatto che la scelta della loro applicazione nell'organizzazione è una decisione spesso vissuta come "top-down" e, perciò, come poco partecipata da parte dei clinici (Rohrbach et al, 2006; Ruzek & Rosen, 2009). In questo caso, infatti, il coinvolgimento (commitment) degli operatori nel cambiamento delle loro prassi organizzative è una dimensione nodale. Come suggerito dai contributi degli studiosi, un assetto in cui la concertazione del cambiamento è negoziata dalla leadership con i sottoposti, tenendo conto delle esigenze locali, contribuisce al successo nella loro implementazione

(Durlak & DuPre, 2008; Ruzek & Rosen, 2009). Un altro tema centrale è quello per cui le organizzazioni sanitarie spesso non hanno nel loro organico personale specializzato e dedicato

alla ricerca di EBPs, allo studio delle best-practices e delle strategie per la loro applicazione e,

in particolare, all'analisi e integrazione sistematiche e continue delle risultanze della ricerca scientifica (Berwick, 2003; Ruzek & Rosen, 2009).

A questo proposito, Marvin e Robinson (2018), sottolineano la necessità per le organizzazioni di avere una visione che contempli l'analisi dell'istituzione o del servizio stesso in quanto a capacità di prontezza nell'accogliere e sostenere gli interventi di cambiamento (quella che in

letteratura viene definita "Organizational readiness" e che può essere misurata a livello organizzativo, gruppale e individuale). Occuparsi di questa dimensione nella fase progettuale è sicuramente rilevante per sostenere l'applicazione di nuove pratiche, analizzare le possibili barriere nel processo e sostenere le credenze e gli atteggiamenti positivi verso il cambiamento organizzativo. Una considerazione trasversale a questo tema è quella della centralità che dovrebbe avere la raccomandazione di costruire strategie su misura per il cambiamento in quella specifica organizzazione (Augustsson et al., 2017; Marvin & Robinson, 2018). La ricerca dimostra l'importanza della leadership e della vision manageriale nel co-costruire insieme agli operatori la via del cambiamento e nel condividere una cultura orientata all'applicazione della TIC, attenta, innanzitutto, all'analisi dei bisogni dello staff.

UNIT 4: RICERCA NEI SERVIZI FOCALIZZATI SUL TRAUMA

ARTICOLO

La TIC è definibile come un approccio evidence-based per rispondere al trauma che pone il focus sulla capacità (o meno) dei membri dello staff di partecipare a una visione della presa

in carico del paziente traumatizzato come un precursore critico per il successo o il fallimento nell'adottare strategie atte a ridurre il rischio di ri-traumatizzazione dell'utente (Marvin & Volino Robinson, 2018). In questo, fondamentale è l'attenzione ad accogliere la complessità delle storie in cui il trauma può essere generato da esperienze differenti e individuali. Le politiche, le procedure e l'operatività quotidiana possono anche configurarsi come ulteriori esperienze traumatizzanti oppure elicitare risposte connesse al funzionamento individuale della

persona traumatizzata, impedendo alla persona di ricevere l'aiuto di cui necessita. Per evitare che queste situazioni si verifichino, generando frustrazione anche nello staff, potrebbe essere utile il ricorso a best-practices appositamente strutturate e riconosciute a livello internazionale

(cfr. ad esempio le strategie promosse dalla SAMHSA nel 2014). In sinergia con questo, l'ottica

della TIC invita le organizzazioni a considerare quale sia l'impatto per i membri afferenti ai servizi clinici del lavorare con soggetti aventi storie traumatiche (SAMHSA, 2014; Knight, 2015) e come gli operatori possano essere aiutati, attraverso il training e una trauma-informed leadership, a mantenere un buon livello di benessere al lavoro e di efficienza/efficacia dell'intervento (Manderscheid, 2009). Ruzek & Rosen (2009) hanno approfondito i fattori che

influenzano il modo in cui i servizi recepiscono le risultanze di ricerca sulle pratiche evidencebased

connesse al trattamento del trauma. Una valutazione attenta delle dimensioni sia della disseminazione di pratiche, sia della ricerca implica l'inclusione nel campo d'analisi di molteplici fattori che possono influenzare l'evoluzione del processo di cura, il rapporto dei

pazienti o della potenziale utenza con i servizi, la modalità con la quale i clinici apprendono tecniche di trattamento, i cambiamenti nelle organizzazioni connessi con la trasformazione comportamentale. Sicuramente, secondo la visione degli autori, una sempre più urgente priorità

alla base dell'applicazione della ricerca empirica in questo ambito è quella di validare o supportare modalità trattamentali applicabili in un modo economicamente vantaggioso. I ricercatori, in particolare, hanno analizzato il ruolo dei fattori inerenti gli operatori che la ricerca ha messo in luce in connessione agli outcomes. In merito osservano che le valutazioni degli operatori specializzati nello stress legato a eventi traumatici (specificamente coloro che si occupano di PTSD) in merito a una determinata pratica, le loro competenze e caratteristiche

(ad esempio il livello di autoefficacia), la loro disponibilità al cambiamento nelle prassi operative (ad esempio nell'adottare una specifica best-practice integrandola nella loro operatività quotidiana) sono fattori incidenti, ma poco studiati a livello empirico.

Accessibilità

a percorsi di training sulle EBPs e le preoccupazioni sull'applicabilità delle novità nel campo della ricerca alla loro specifica popolazione di riferimento (problema della generalizzabilità dei

risultati) risultano essere le variabili maggiormente incidenti sulla loro attitudine verso le pratiche evidence-based indipendentemente dall'orientamento teorico di appartenenza. La modalità di formazione che risulta particolarmente efficace ai fini del cambiamento dei comportamenti di cura sono i percorsi di training intensivo soprattutto quando prevedono la dimostrazione delle competenze necessarie e la possibilità di mettersi alla prova attraverso la partecipazione interattiva alle sessioni (con la disponibilità anche di supervisione su base continuativa e, quindi, al di là del momento formativo in senso stretto ed eventi di training-the-trainers).

Per quanto concerne, invece, i fattori d'innovazione gli autori mettono in luce che le percezioni degli operatori e dei pazienti sui trattamenti sono un elemento fondamentale nella loro adozione, in particolare in merito alla loro comprovata efficacia (anche a livello comparativo con altre metodologie). Tra i fattori sistemici essi osservano come sia particolarmente rilevante, ai fini del successo nell'applicazione di una buona pratica, la disponibilità di approcci multilivello a lungo termine, tra cui la disponibilità di spazi per la supervisione e il supporto a livello amministrativo-organizzativo (Fixsen et al., 2005).

Ulteriormente importante è l'osservazione della necessità di supportare empiricamente l'esigenza di creare sistemi di cura trauma-informed (Ko et al., 2008; Ruzek e Rosen, 2009).

Inoltre, il monitoraggio dell'implementazione del trattamento è un aspetto risultato centrale per

quanto concerne la diffusione, gli effetti, la fedeltà alla procedura di realizzazione delle EBPs (Rosenheck, 2001b; DuFrene, Noell, Gilberton & Duhon, 2005; Durlak & DuPre, 2008; Ruzek

e Rosen, 2009). Un aspetto particolarmente interessante è quello analizzato da Rosenheck (2001a) quando sottolinea il processo mutualmente ricorsivo d'interazione tra EBPs (nella loro

dimensione generale e prescrittiva) ed esperienze/esigenze locali di applicazione. La finalità del monitoraggio, anche in ragione del suo costo in quanto a risorse economiche e di tempo per

i servizi, dovrebbe quindi essere quella di consentire il focalizzarsi prevalentemente sugli elementi cruciali per gli esiti del trattamento e l'efficacia dell'intervento (Ruzek & Rosen, 2009). Una delle domande cruciali potrebbe riguardare quanto le modifiche apportate dal clinico in risposta a esigenze specifiche possa minare, incrementare o lasciare inalterati gli

effetti dell'intervento (Ruzek & Rosen, 2009).

VIDEO Trauma-Informed Care

Unità 4: RICERCA NEI SERVIZI FOCALIZZATI SUL TRAUMA

3.2.4 - Trauma informed care

3.2.4 - Trauma-informed care.txt[31/07/2019 13:00:28]

Trauma Informed Care

Credo che ciò che dobbiamo affrontare per primo nella conversazione, sia provare a capire davvero che cosa significa “trauma-informed”, e che frequentemente, nelle organizzazioni con cui lavoro attraverso la nazione, le persone mi chiamano e dicono “abbiamo avuto l'impegno di essere “trauma-informed” per anni, e capiamo davvero perchè sia così importante, ma davvero non stiamo andando da nessuna parte.

C'è, sai, sappiamo che ci siano dei passi successivi che dobbiamo fare ma non siamo mai davvero riusciti ad organizzarci e non siamo mai stato capaci di fare quel passo successivo”, e ciò che abbiamo fatto al Consiglio Nazionale, è, abbiamo sviluppato uno strumento chiamato l'“organizational self-assessment” e con questo strumento abbiamo preso i pensieri e le idee dai leader del campo, leader del campo come Roger Fowler e Maxine

Harris e Judith Herman e Sandy Blum, [nomi generati dalla trascrizione automatica, potrebbero essere inaccurati]

e tentato di sintetizzare il loro lavoro in un modo che esprime le pratiche ed i principi che esprimono cosa significhi essere trauma-informed, quindi per esempio “prima la sicurezza” o la trasparenza, e, sai, la mutualità e la scelta e la voce ed il controllo e la collaborazione ed il restituire il controllo alle persone nelle loro vite e quindi, quello che abbiamo fatto è creare uno strumento chiamato l'“organizational self-assessment” utilizzando questi pezzi delle pratiche e dei principi per operationalizzare com'è per una organizzazione spostarsi verso l'essere trauma-informed, e l'OSA è una scala Likert da zero a quattro con un “non applicabile” incluso, abbiamo preso e creato i sette domini della trauma-informed care ed in quei sette domini è

dove si catturano questi principi.
Sotto ogni dominio esistono diversi standard,
e questi standard non sono gli unici
ma l'idea dell'OSA
è far pensare le organizzazioni
in maniera un po' diversa sul lavoro
che fanno. Quindi per esempio, nei
sette domini, il primo dominio è
"screening e valutazione", quindi vogliamo avere
per le persone una esperienza
all'entrata in una agenzia dove
viene fatto lo screening, ma vogliamo anche che le persone
abbiano l'opportunità di parlare
di tutto, di qualsiasi esperienza,
in una maniera sensibile e con il tempo.
Se sono qualcuno che sta entrando
3.2.4 - Trauma-informed care.txt[31/07/2019 13:00:28]
in una organizzazione potrei essere
molto molto spaventato o potrei non fidarmi di te
se sei il coordinatore degli ingressi ma
dove voglio arrivare, quello che vogliamo essere
capaci di fare è creare un
ambiente in cui le persone si sentono
al sicuro nel rispondere ad alcune di queste
domande. E le persone devono essere istruite su
come porre le domande, devono essere
istruite su come stabilire
una relazione dalla primissima
volta che qualcuno attraversa la
porta. Il secondo dominio è
"cura e servizi basate sul consumatore" e
sono così elettrizzata da Community
HealthCore e dal modo in cui stanno pensando
al lavoro che fanno ed il
numero di pari che stanno venendo istruiti
ed utilizzati in modi
assolutamente meravigliosi, e non è
l'unica parte. I pari possono vedere
i servizi sotto una lente molto molto
diversa: sappiamo cosa vuol dire
passare attraverso un processo di screening e
valutazione, sappiamo cosa vuol dire essere
incanalati in un gruppo che davvero non sta
funzionando per noi, sappiamo cosa vuol dire
essere ritraumatizzati dal sistema ed essere
capaci di avere quella voce è parte di tutto
il lavoro, è un pezzo della cura e dei servizi
basati sul consumatore, ma è
guardare le cose da quella prospettiva
veramente orientata al recupero dove è

basata sul consumatore, è centrata sulla persona e che io ho, se sono una persona che sta ricevendo dei servizi ho una opportunità di dire cosa funziona per me e cosa no. Sto davvero portando quella voce e mi sto assicurando che i pari, i clienti consumatori, in qualunque modo inquadri il linguaggio, che le persone abbiano una opportunità di parlare davvero di cosa sta funzionando davvero nell'organizzazione e cosa non funziona bene. Abbiamo anche parlato di sviluppo della forza lavoro in una forza lavoro educata e trauma-informed e questo include l'addestramento clinico, i clinici hanno bisogno di avere un addestramento adeguato per fare il proprio lavoro ma se sono la receptionist cosa vuol dire per me essere una persona che lavora in una organizzazione trauma-informed? Ogni persona fa la differenza, se sono il guidatore del furgoncino, se sono la persona che fa la manutenzione, faccio la differenza nel creare quella comunità dove le persone sentono di poter iniziare a guarire. E anche pensare all' "affaticamento da compassione" dello staff, nel nostro lavoro precedente oggi stavamo parlando del servizio clienti interno, è come ogni persona nell'organizzazione tratta gli altri. Non puoi avere una organizzazione

3.2.4 - Trauma-informed care.txt[31/07/2019 13:00:28]

trauma-informed se lo staff è così sovraccaricato di lavoro che sperimentano l'affaticamento da compassione, così, sai, pensando ai bisogni dello staff ma anche pensando a come questo ha un impatto se non mi sto prendendo cura di me stesso come faccio ad esserci davvero per un'altra persona? È anche sull' avere una buona supervisione clinica, stai facendo una supervisione in una maniera trauma-informed invece che fare supervisione in maniera punitiva? Il dominio 4 è l'evidence-based nelle best practices emergenti, è il guardare sempre, è il non dire "questa è la cosa che stiamo facendo che è evidence-based e non guardiamo mai alle cose nuove ed emergenti che si stanno sviluppando". È avere sempre un occhio di riguardo per la roba buona, e davvero, sai, provvedere l'addestramento per lo staff, usare best practice eseguite dai pari ed evidence-based,

come la “WHAM” Wellness, Whole Health Action Management, dove i pari stanno davvero aiutando gli altri pari, prendono il controllo della loro stessa salute fisica. O la “WRAP”, Wellness Recovery Action Planning, è un ottimo strumento trauma-informed da usare che è evidence-based, e poi creare un ambiente sicuro e riparato.

Le persone non possono guarire se non si sentono al sicuro. Se sei in iper-allerta, se ti senti come se stessi entrando in un ambiente che non ti accoglie, dove non ti senti al sicuro, non succederà nulla di buono. Qualcuno mi ha detto, ero in un meeting, e avevano ridipinto, avevano soltanto ridipinto ed aggiornato l’area della reception, ed uno dei clienti è venuto e ha detto “Stiamo traslocando?” e la persona ha risposto “No, perchè?” “Beh abbiamo pensato, se la stavate rendendo così bella era perchè dovevamo andarcene.” e questo è un indicatore che le persone non si sentivano altamente valorizzate, è stata una grossa lezione per loro. Le persone devono essere trattate in un posto ed in un modo che dice “ti rispetto, hai valore”, non puoi cominciare a guarire finchè non cominci a coprire queste cose. E poi il dominio sei è sul costruire un rapporto di partnership con la comunità, chiunque noi siamo nella comunità, abbiamo bisogno di lavorare per renderla una comunità, il guarire trauma-informed non avviene in un vuoto quindi se io ricevo ottimi servizi al tuo programma ma vado, sai, al dipartimento tal dei tali e mi trattano come se fossi, sai, fango sul fondo della tua scarpa, annulla tutto il buon lavoro che ho fatto mentre stavo lavorando con te, quindi mettersi per davvero in comunicazione con

3.2.4 - Trauma-informed care.txt[31/07/2019 13:00:28]

la comunità ed aiutare la comunità a capire cosa significhi essere trauma-informed. E infine, il dominio sette è tutto sul “miglioramento delle performance”:

Come sai se ciò che stai facendo fa la differenza? Se faccio la cosa X funzionerà per me? Questo sta funzionando per le persone che serviamo? Sto facendo sondaggi sul feedback dei clienti?

Sto chiedendo ai clienti il livello di sicurezza che sentono? Sto sondando il mio staff? E quando ho fatto il sondaggio, faccio qualcosa riguardo a ciò che ottengo? Ho appena fatto un sondaggio quindi, sai, il modo in cui usiamo l'OSA è, chiediamo alle organizzazioni, quando iniziano la valutazione, questa è la loro baseline, e poi chiediamo loro lungo un periodo di tempo di farlo di nuovo, così che loro possano vedere i progressi che hanno fatto. E poi usiamo una serie di altri strumenti, uno strumento di monitoraggio delle performance, e una guida di implementazione per aiutare le organizzazioni ad andare avanti, ma questo è un po' l'OSA in una istantanea, una istantanea molto veloce, perchè è un processo lungo, l'OSA non è disegnata perchè le organizzazioni possano dire "okay abbiamo finito ora", non è una checklist, è un modo di guidare le conversazioni, iniziare a fare cambiamenti significativi all'interno delle organizzazioni.

UNIT 5: BIBLIOGRAFIA

- Augustsson, H., Richter, A., Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2017). The need for dual openness to change: A longitudinal study evaluating the impact of employees' openness to organizational change content and process on intervention outcomes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 53(3), 349-368. doi: 10.1177/0021886317691930
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, 289(15), 1969-1975. doi: 10.1001/jama.289.15.1969
- Briggs, E. C., Greeson, J. K., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(1), 1-15. doi: 10.1080/19361521.2012.646413
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International journal of mental health systems*, 11(1), 36. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3 (OPEN)
- Courtois, C. A., & Gold, S. N. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3. doi: 10.1037/a0015224
- Delaney, K.R. (2006) Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19–30. doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00043.x
- Dufrene, B. A., Noell, G. H., Gilbertson, D. N., & Duhon, G. J. (2005). Monitoring implementation of reciprocal peer tutoring: Identifying and intervening with students who do not maintain accurate implementation. *School Psychology Review*, 34(1), 74-86.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting

implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Retrieved July 2nd, 2019 from <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>

Knight, C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37. doi: 10.1007/s10615-014-0481-6

Kramer, T. L., Sigel, B. A., Conners-Burrow, N. A., Savary, P. E., & Tempel, A. (2013). A statewide introduction of trauma-informed care in a child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 19-24. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.10.014

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396-404. doi: 10.1037/0735-7028.39.4.396

Lang, J. M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C. A., & Connell, C. M. (2016). Building capacity for trauma-informed care in the child welfare system: Initial results of a statewide implementation. *Child Maltreatment*, 21(2), 113-124. doi: 10.1177/1077559516635273

Layne, C. M., Olsen, J. A., Baker, A., Legerski, J. P., Isakson, B., Pašalić, A., Duraković-Belko, E., Đapo, N., Čampara, N., Arslanagić, B., Pynoos, R. S., & Saltzman, W. R. (2010). Unpacking trauma exposure risk factors and differential pathways of influence: Predicting postwar mental distress in Bosnian adolescents. *Child development*, 81(4), 1053-1076. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01454.x

Layne, C. M., Ippen, C. G., Strand, V., Stuber, M., Abramovitz, R., Reyes, G., Jackson, L. A., Ross, L., Curtis, A., Lipscomb, L. & Pynoos, R. (2011). The Core Curriculum on Childhood Trauma: A tool for training a trauma-informed workforce. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 243. doi: 10.1037/a0025039

Layne, C. M., Strand, V., Popescu, M., Kaplow, J. B., Abramovitz, R., Stuber, M., Amaya-Jackson, L., Ross, L. & Pynoos, R. S. (2014). Using the core curriculum on childhood trauma to strengthen clinical knowledge in evidence-based practitioners. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 286-300. doi: 10.1080/15374416.2013.865192

Lyon, A. R., Stirman, S. W., Kerns, S. E., & Bruns, E. J. (2011). Developing the mental health workforce: Review and application of training approaches from multiple disciplines. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(4), 238-253. doi: 10.1007/s10488-010-0331-y

Manderscheid, R. W. (2009). Trauma-informed leadership. *International Journal of Mental Health*, 38(1), 78-86. doi: 10.2753/IMH0020-7411380107

Marvin, A. F., & Volino Robinson, R. (2018). Implementing trauma-informed care at a non-profit human service agency in Alaska: assessing knowledge, attitudes, and readiness for change. *Journal of evidence-informed social work*, 15(5), 550-563. doi: 10.1080/23761407.2018.1489324

Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S., & Valente, T. W. (2006). Type II translation: transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Evaluation & the Health Professions*, 29(3), 302-333. doi: 10.1177/0163278706290408

Rosenheck, R. A. (2001a). Organizational process: A missing link between research and practice. *Psychiatric Services*, 52(12), 1607-1612. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1607

(OPEN)

Rosenheck, R. (2001b). Stages in the implementation of innovative clinical programs in complex organizations. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(12), 812-821. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1607 (OPEN)

Ruzek, J. I., & Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 980-989. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.008

SAMHSA (2014), *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Retrieved July 2nd, 2019 from <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>

Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169-174. doi: 10.1111/jcap.12084

Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. doi: 10.1016/j.chilyouth.2009.08.013

Modulo 3 Lezione 2 – La ricerca Evidence-Based nella Trauma-Informed Care

1. Una ricerca di Ruzek & Rosen (2009) ha evidenziato che nel contesto internazionale dei trattamenti legati al trauma:

A) **I programmi di training erano implementati in maniera difforme, evidenziando la necessità della definizione di *core competencies***

B) I trattamenti erano applicati in maniera uniforme attraverso le varie nazioni, evidenziando l'efficacia degli approcci utilizzati

C) Le necessità di specifici sottogruppi erano adeguatamente prese in carico

D) Gli stessi trattamenti erano ugualmente efficaci in adulti e minori

2. La Trauma-Informed Care...

A) **Punta a trasformare il sistema di cura, concentrandosi sulla capacità dello staff di partecipare ad una visione della presa in carico del paziente traumatizzato**

B) Punta a ridurre esclusivamente i sintomi correlati al trauma, concentrandosi sulle tecniche di intervento

C) Implementa tecniche quali contenimento ed isolamento

D) È utilizzata esclusivamente con minorenni

3. Uno dei vantaggi della divulgazione scientifica nelle organizzazioni che si occupano di trauma è:

A) **La possibilità di iniziare un percorso di implementazione delle più recenti pratiche *evidence-based*, mirate al miglioramento del benessere di staff e pazienti**

B) La possibilità di manifestare esclusivo interesse per le questioni legate ai gruppi di lavoro

C) L'implementazione delle evidenze come decisione *top-down* da parte della leadership

D) Il passaggio a trattamenti generici che funzionano per tutti i pazienti

Modulo 3 - TRAUMA: RICERCA, VALUTAZIONE E OUTCOMES

LEZIONE 3: IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

UNIT 1: DEFINIZIONI E PREMESSE

ARTICOLO

Guyadeen & Seasons (2018) evidenziano come, in modo simile a molte altre discipline, “il

campo della pianificazione ha un proprio stile di valutazione” (p. 98) che può essere classificato

secondo due filoni: “valutazione del piano e valutazione della pianificazione.

Tradizionalmente, la valutazione nella pianificazione era considerata indipendente dalla valutazione del programma e comportava l'uso di approcci di valutazione specifici. La disciplina di pianificazione attualmente sostiene che vi sia un vantaggio nel costruire legami più forti tra la valutazione del programma e la valutazione nella pianificazione” (p. 98). Nel sistema sanitario pubblico, in particolare, la valutazione svolge un ruolo importante nei processi di elaborazione delle politiche e dei piani programmatici. “Entrambi i processi seguono una fase di identificazione e definizione del problema” (p. 99), a cui seguono le fasi di formulazione, implementazione e, infine, di valutazione. L'ultima fase è mirata alla determinazione del successo dell'intervento e all'identificazione delle aree di miglioramento (Pal, 2014; Guyadeen & Seasons, 2018). Come specificato da Guyadeen & Seasons (2018): “È

un processo strutturato che mira a creare e sintetizzare informazioni sugli interventi al fine di formulare giudizi sui cambiamenti risultanti, sulla desiderabilità di un intervento e sul grado di adattamento tra risultati intenzionali e non intenzionali (McDavid & Hawthorn, 2006)” (p. 99)

. Il processo di valutazione può concentrarsi anche sull'efficacia dei costi di programmi e piani,

e può essere considerato particolarmente importante nelle organizzazioni afferenti al settore pubblico: per motivi di responsabilità politica o legislativa, è richiesto ai pianificatori di dimostrare i benefici delle loro azioni al pubblico e alla comunità (Vedung, 2010; Guyadeen & Seasons, 2018).

Craig e colleghi (2008) mettono in luce “come interventi complessi siano ampiamente usati nel

servizio sanitario, nelle pratiche della salute pubblica e in aree di politica sociale che hanno importanti conseguenze sulla salute” (p. 1). Tali iniziative presentano sfide per gli operatori che si occupano di valutazione, che vanno oltre le difficoltà pratiche e metodologiche che ogni

valutazione del successo di un'iniziativa deve affrontare. Infatti, “gli interventi complessi sono

solitamente descritti come interventi che contengono diversi componenti interagenti” e che hanno molteplici “caratteristiche che i valutatori dovrebbero tenere in considerazione” (Craig et al., 2008, p. 1). In questo, ad esempio, domande chiave nella valutazione di interventi complessi riguardano: tali interventi sono efficaci nella pratica quotidiana? Gli effetti variano a seconda dei destinatari o dei contesti? Come funziona l'intervento? Quali sono gli elementi chiave e come esercitano i loro effetti?

In via generale, dal punto di vista procedurale e processuale, la *best-practice* consiste nello sviluppare sistematicamente gli interventi. Questo vuol dire che: “la *best-practice* è lo sviluppare interventi sistematicamente, utilizzando le migliori evidenze disponibili e la teoria appropriata, quindi testarli utilizzando un approccio graduale, partendo da una serie di studi pilota mirati a dipanare i principali elementi di incertezza nel disegno progettuale e passando a

una valutazione esplorativa e, in seguito, ad una definitiva. I risultati dovrebbero essere divulgati nel modo più ampio e dettagliato possibile, con ulteriori ricerche per monitorare il processo di attuazione” (Craig et al., 2008, p. 2).

Per iniziare a chiarire gli elementi coinvolti in questo complesso processo, Rychetnik,

Frommer, Hawe & Shiell (2002) ci forniscono le seguenti definizioni:

- **INTERVENTO:** può essere definito come un insieme di azioni finalizzate a un obiettivo che comporta un cambiamento o produce esiti (*outcomes*) identificabili. Promuovere un maggior benessere o proteggere lo stato di salute sono gli obiettivi principali degli interventi pubblici di salute, che si distinguono da quelli clinici che sono generalmente rivolti alla prevenzione o al trattamento del disagio negli individui.
 - **CONTESTO:** fa riferimento al setting sociale, politico e/o organizzativo entro il quale l'intervento è programmato/progettato e in cui è implementato e valutato. Le caratteristiche contestuali che vengono considerate rilevanti ai fini di un intervento variano in base al tipo di intervento. Per gli interventi di carattere pubblico nell'ambito della salute risultano importanti i fattori politici e organizzativi, socioeconomici e demografici, nonché ambientali.
 - **VALUTAZIONE:** è il processo che consente di determinare il valore di un intervento attraverso il confronto con standard predeterminati ed espliciti.
 - **EVIDENZA:** l'evidenza implica la lettura interpretativa dei dati rilevati attraverso una ricerca formale o indagini specifiche implementate secondo gli standard propri del metodo scientifico. La Evidence-based practice, infatti, mette in luce e si occupa delle conseguenze desiderate di un intervento e considera centrale l'efficacia (anche in termini di costo) considerando i dati sull'implementazione e gli esiti dell'intervento.
- Inoltre, i **PROGRAMMI** sono composti da insiemi di attività volte a raggiungere un risultato specifico correlato o un insieme di obiettivi (McDavid & Hawthorn, 2006; Pal, 2014; Guyadeen & Seasons, 2018). I programmi sono generalmente pensati come mezzi-fini in cui le risorse vengono trasformate in attività per produrre un risultato desiderato (McDavid & Hawthorn, 2006; Guyadeen & Seasons, 2018). I **PIANI**, che possono assumere le caratteristiche di una guida, una sorta di visione programmatica e di pianificazione, hanno un ruolo predominante nell'organizzazione di interventi o iniziative per una comunità (Baer 1997; Ryan, 2011; Guyadeen & Seasons, 2018). Possono avere obiettivi complessivi in quanto offrono una visione orientata agli sviluppi futuri: incorporano fatti, obiettivi e politiche che possono essere tradotti in un modello di sviluppo fisico e affrontano molteplici problemi della comunità (Berke et al., 2006). I programmi possono essere parte delle strategie di implementazione di un piano (Guyadeen & Seasons, 2018). Come descritto da Guyadeen & Seasons (2018): "È importante notare che i piani sono strumenti in evoluzione che devono essere sottoposti a revisioni e aggiornamenti continui per rimanere pertinenti ai bisogni, alle conoscenze e alle esperienze in evoluzione (Brody, 2003). A tale riguardo, la valutazione dovrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel garantire l'applicabilità e la pertinenza di piani e programmi" (p. 99). In primo luogo, la valutazione può essere considerata "una disciplina empiricamente orientata che genera informazioni sui programmi" (Guyadeen & Seasons, 2018, p. 99) con lo scopo di migliorarli e/o guidare le decisioni future. In secondo luogo, vi è un'enfasi sia sul funzionamento del programma sia sui risultati. Ovvero, la valutazione non riguarda solo l'efficacia del programma, ma anche il processo. Infatti, è concentrata sul modo in cui i programmi vengono messi in pratica; include una analisi dei metodi organizzativi utilizzati per somministrare il programma, gli input utilizzati (ad es. Risorse), i risultati (ad es. le misure tangibili di un programma), e la sua economicità (Howlett, Ramesh & Perl 2009; Guyadeen & Seasons, 2018). Infine, la valutazione del programma viene utilizzata per tentare di rendere i

programmi più efficienti ed efficaci (Weiss, 1998; Guyadeen & Seasons, 2018), e come mezzo

per assicurare responsabilità e garanzia della qualità (Cousins et al., 2014; Pal, 2014; Guyadeen & Seasons, 2018).

Per queste ragioni, le decisioni relative agli interventi nel campo della sanità pubblica dovrebbero essere basate su una profonda valutazione dei punti di forza delle innovazioni proposte, ma anche delle debolezze e delle lacune nelle evidenze che ne sostengono la applicazione (Rychetnik et al., 2002). Le guide critiche nel campo della valutazione degli interventi, che identificano e valutano molteplici dimensioni delle evidenze, consentono di dare

un adeguato spazio di considerazione per questioni quali la rilevanza e la trasferibilità, fornendo

raccomandazioni specifiche e giustificate per la pratica (Rychetnik et al., 2002). Tuttavia, è altrettanto importante bilanciare una valutazione rigorosa e gli scopi complessivi per distinguere tra una valutazione sistematica e rigorosa delle prove disponibili e il complesso processo sociopolitico che determina le decisioni politiche e pratiche (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002).

Inoltre, Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell (2002) sottolineano “la distinzione tra la valutazione delle evidenze e il processo del prendere decisioni politiche od operative sull'attuazione degli interventi. Le evidenze basate sulla ricerca sono solo uno dei numerosi fattori presi in considerazione in queste decisioni” (p. 119). Infatti, gli autori specificano ulteriormente: “gli interventi di sanità pubblica tendono ad essere complessi, programmatici e dipendenti dal contesto. Le prove per la loro efficacia devono essere sufficientemente complete

da comprendere tale complessità. La valutazione delle prove deve distinguere tra la fedeltà del

processo di valutazione nel rilevare il successo o il fallimento di un intervento e il relativo successo o fallimento dell'intervento stesso. Inoltre, se un intervento non ha successo, l'evidenza dovrebbe aiutare a determinare se l'intervento fosse intrinsecamente difettoso (ovvero, il fallimento del concetto o della teoria dell'intervento), o la mancata consegna (mancata attuazione). Inoltre, una corretta interpretazione delle evidenze dipende dalla disponibilità di adeguate informazioni descrittive sull'intervento e sul suo contesto, in modo tale da poter determinare la trasferibilità delle evidenze” (p. 119).

Come indicato da Craig e colleghi (2008), nella pratica, la valutazione si realizza attraverso una vasta gamma di approcci che limitano la scelta degli interventi da parte dei ricercatori e la

loro scelta dei metodi di valutazione. Inoltre, nel campo degli interventi complessi, varie fonti (ad es. la accettabilità politica) possono influenzare notevolmente i ricercatori ed influenzare la modalità di attuazione o adozione di un progetto di valutazione ideale. Ancora, i metodi sperimentali sono sempre più ampiamente accettati come metodologie per valutare le *policies*,

ma obiezioni politiche o etiche potrebbero limitare il loro utilizzo. La valutazione dovrebbe giocare un ruolo centrale nell'approccio critico agli interventi. Se i pianificatori decidono di utilizzare metodi non sperimentali, dovrebbero essere consapevoli dei loro limiti, interpretare e presentare i risultati con la dovuta cautela. I ricercatori “dovrebbero essere pronti a spiegare ai responsabili delle decisioni politiche o organizzative la necessità di un adeguato lavoro di sviluppo, i pro e i contro degli approcci sperimentali e non sperimentali e i compromessi coinvolti nell'individuazione dei metodi più deboli. Dovrebbero essere pronti a sfidare i decisori istituzionali quando vengono attuati interventi di incerta efficacia in un modo che

renderebbe difficile il rafforzamento delle evidenze attraverso una rigorosa valutazione, o quando una modifica della strategia di attuazione aprirebbe la possibilità di una valutazione molto più informativa” (Craig et al., 2008, p. 2).

Più specificamente, i ricercatori (Craig et al., 2008) sottolineano che, ai fini di sviluppare un intervento complesso, il processo valutativo dovrebbe seguire una serie di passaggi:

1. Identificazione delle evidenze esistenti in merito: ciò che è già pubblicato o divulgato nella comunità scientifica su interventi simili (revisione sistematica e di alta qualità delle evidenze rilevanti, inclusi i metodi utilizzati per valutare il processo ed i risultati);
2. Identificazione e sviluppo della teoria: la logica dei programmi complessi di intervento, gli esiti previsti ed il modo in cui il cambiamento deve essere raggiunto potrebbero non essere completamente chiari fin dall'inizio. Uno dei primi compiti chiave è “sviluppare una comprensione teorica del probabile processo di cambiamento attingendo a modelli e teorie esistenti, integrate se necessario da nuove ricerche primarie. Questo dovrebbe essere fatto se il ricercatore sta sviluppando l'intervento o valutando uno che è già stato sviluppato” (p. 2);

3. Processo di modellizzazione: la modellizzazione di un intervento complesso prima di una valutazione completa permette ai pianificatori di includere e raccogliere informazioni importanti sulla progettazione sia dell'intervento che della valutazione.

Potrebbe essere necessaria una serie di studi per perfezionare progressivamente il progetto prima di intraprendere una valutazione completa. Un altro approccio utile nella fase preliminare del design è una valutazione economica, che può aiutare i proponenti del progetto ad identificare debolezze e portare a perfezionamenti.

Infine, ci sono molti progetti di studio tra cui scegliere e diversi disegni si adattano a domande

e circostanze differenti. I ricercatori dovrebbero fare attenzione alle affermazioni generali su quali modelli siano adatti al tipo di intervento e scegliere sulla base delle caratteristiche specifiche dello studio, come la dimensione dell'effetto attesa e la probabilità di selezione o di bias di allocazione. “La consapevolezza dell'intera gamma di approcci sperimentali e non sperimentali dovrebbe portare a compiere scelte metodologiche più appropriate” (Craig et al., 2008, p. 3).

Esistono generalmente due tipi principali di valutazione di un programma: formativo e riepilogativo/globale (*summative evaluation*). Le valutazioni che si concentrano sul miglioramento delle prestazioni di un programma sono conosciute come formative. Una valutazione formativa fornisce feedback al fine di migliorare i risultati dei programmi o aumentarne l'efficienza (McDavid & Hawthorn, 2006; Posavac & Carey, 2007; Guyadeen & Seasons, 2018). Le valutazioni formative generano informazioni per influenzare decisioni immediate su un programma, come il miglioramento delle parti componenti e dei processi (Shadish, Cook & Leviton, 1991; Guyadeen & Seasons, 2018). Le valutazioni che si concentrano sui risultati, che vengono messe in atto quando un programma è stato finalizzato o è quasi completato, forniscono informazioni su se un programma ha raggiunto o meno i propri

obiettivi dichiarati e/o se valga la pena continuare nel processo (McDavid & Hawthorn, 2006; Posavac & Carey 2007; Shadish, Cook & Leviton, 1991; Guyadeen & Seasons, 2018).

Riepilogando, come indicato da Wandersman e colleghi nel 2000, il processo di valutazione è complesso e articolato (Figura 1).

UNIT 2: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA E DEGLI ESITI (outcomes)

ARTICOLO

Secondo Guyadeen & Seasons (2018), “il modello di valutazione storicamente dominante è guidato dalla scienza ed altamente tecnico con una forte enfasi sui metodi quantitativi. I metodi

e le tecniche di ricerca scientifica come i progetti di ricerca randomizzati sistematici (RCTs) e gli esperimenti sono considerati parte integrante del processo di valutazione (Alkin, 2013). Questo approccio alla valutazione si concentra sulla misurazione dell'efficacia e dell'efficienza

(Greene, 1994)” (p. 100). Gli studiosi stanno lavorando da lungo tempo e non senza dissensi sulle modalità di valutazione, sui suoi obiettivi e contenuti, nonché sugli indicatori (Jacobson et al., 1999). Ad esempio, una pratica comune nel campo della valutazione riguarda la analisi di come (principalmente in termini quantitativi) i programmi promuovono od ostacolano la realizzazione degli obiettivi. Questo approccio richiede obiettivi identificati in maniera chiara ed indicatori congruenti. La valutazione dell'efficacia è un processo complesso e non scevro dalla responsabilità di compiere rilevanti decisioni: come sottolineano Craig e colleghi (2008),

nella valutazione dell'efficacia di un intervento, la randomizzazione deve essere sempre considerata come metodo d'elezione (ad es., per prevenire errori di selezione). Se un trial randomizzato fra gruppi paralleli convenzionale non è appropriato, dovrebbero essere considerati altri progetti randomizzati, o, se un approccio sperimentale non è fattibile, si può prendere in considerazione un progetto quasi sperimentale oppure osservativo.

In merito all'analisi degli esiti dell'intervento, qualora il piano della ricerca sia effettuato conformemente al metodo scientifico, essa ha l'obiettivo di confermare o disconfermare la sussistenza di una relazione causale tra intervento e i suoi effetti e comprendere le ragioni (perché) per cui esso è efficace o meno. Il disegno dello studio definisce inoltre il livello dell'evidenza che ne discende. La revisione sistematica degli studi randomizzati e controllati (*randomised controlled trials* o RCTs) è uno dei metodi che viene maggiormente utilizzato e riconosciuto per fornire il livello migliore di evidenza in merito agli effetti degli interventi di prevenzione e/o trattamento (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002). Può essere necessario un follow-up a lungo termine per determinare se i risultati previsti da misure provvisorie o surrogate si verificano o se persistono cambiamenti a breve termine: “sebbene non comuni, tali studi possono essere altamente informativi” (Craig et al., 2008, p. 3).

A proposito dei livelli di evidenza nella valutazione degli interventi di salute pubblica, questi sono oggetto di approfondimento della letteratura scientifica a causa della loro dipendenza dai

criteri stabiliti per valutarne la credibilità. In merito, continuano a essere presenti controversie nel campo dei RCTs applicati all'analisi degli interventi di salute pubblica; esse riguardano prevalentemente la difficoltà nel condurre questi studi a causa della complessità programmatica

degli interventi e dell'analisi delle risultanze e del sottostimare il contributo degli studi osservazionali. In particolare, molti interventi pubblici richiedono, per loro natura, strategie di

analisi multiple e flessibili a cui difficilmente gli studi basati su modelli RCT “classici” – secondo gli autori - si adattano (specie perché prevedono una standardizzazione troppo rigida dell'intervento e l'assunzione della randomizzazione sulla base di unità individuali). Un punto

importante dell'analisi dei ricercatori è quello in cui viene sottolineato che applicare metodologie non-randomizzate ove queste sarebbero, invece possibili, può comportare una rilevante e non sostenibile perdita di rilevanza; ma, seguendo le parole di Rychetnik e colleghi

(2002): “*la progettazione dello studio da sola non può essere sufficiente come criterio principale per la credibilità delle prove sugli interventi di sanità pubblica*” (p. 121).

Interpretazione dei risultati

Il processo di valutazione è un elemento rilevante indipendentemente dal fatto che i risultati

siano negativi o positivi. Infatti, le prove di un'attuazione adeguata delle procedure previste dal

programma di intervento e l'utilizzo di indicatori efficaci nel monitorare il processo di valutazione sono riconosciuti come centrali nella letteratura scientifica (Rychetnik et al., 2002).

Le teorie alla base degli interventi, le loro specificazioni (spiegazione e plausibilità) in relazione alle assunzioni sottostanti (le ipotesi), relative alla efficacia e alla funzionalità delle misure dei risultati e degli impatti, sono criteri chiave per la valutazione e l'interpretazione della sua qualità in termini di salute pubblica (Rychetnik et al., 2002).

Seguendo l'analisi di Rychetnik e colleghi (2002), in letteratura sono disponibili approcci multidimensionali per valutare la ricerca sui risultati. Nella valutazione delle prove sull'efficacia dell'intervento tre dimensioni risultano importanti:

- 1) "la forza dell'evidenza, determinata da una combinazione del disegno dello studio (livello), della qualità metodologica e della precisione statistica" (p. 122);
- 2) "la grandezza degli effetti misurati" (p. 122);
- 3) "la pertinenza degli effetti misurati (come osservato nella valutazione) nel contesto di implementazione" (p. 122).

Le valutazioni della qualità su base empirica sono importanti nella misura in cui influenzano le decisioni in merito alla politica o alle pratiche di sanità pubblica. È necessario assicurarsi che l'utilizzo di protocolli di valutazione inadeguati non si traduca in richieste non realistiche o eccessivamente costose. I criteri di valutazione dovrebbero supportare il processo di *decisionmaking*

ed aiutare a determinare se i risultati misurati comprendono (a) gli interessi delle persone che potrebbero essere coinvolte nel decidere o proporre l'intervento e i destinatari; (b)

effetti imprevisti e previsti dell'intervento, benefici o meno; e (c) l'efficienza dell'intervento, nonché la sua efficacia. Sulla prima dimensione è fondamentale il contributo di tutti gli stakeholders, considerata la natura sociale e politica nel campo della salute pubblica. Per questi

motivi, figure importanti nel processo di valutazione includono i *decision-maker* e i gruppi bersaglio.

Come sottolineato da Guyadeen & Seasons (2018) esistono modelli di valutazione che pongono

una forte enfasi sul pluralismo e sulla comprensione delle diverse parti interessate coinvolte in

una valutazione (Greene, 1994); infatti, potrebbero essere considerati critici in quanto direttamente coinvolti (ad es., soldi o interessi personali) nella valutazione. I metodi qualitativi

sono spesso usati per migliorare la comprensione dei programmi dalle prospettive degli stakeholder direttamente coinvolti nel programma (Greene, 1994). Le parti interessate sono considerate critiche in quanto sono considerate come aventi una partecipazione diretta (ad esempio, denaro e interessi personali) nella valutazione.

La valutazione partecipatoria (Cousins, 2004), la valutazione dell'empowerment (Fetterman, 2004), la valutazione collaborativa (Rodriguez-Campos, 2012), e più recentemente, la valutazione dello sviluppo (Patton, 2011) potrebbero essere considerati buoni esempi di metodi

efficaci in questo campo (Guyadeen & Seasons, 2018).

UNIT 3: VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA DEGLI INTERVENTI: valutazione del processo

ARTICOLO

Come evidenziato finora, il processo di valutazione dovrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel garantire che i piani riflettano la massima qualità dal punto di vista sia concettuale, sia pratico (Guyadeen & Seasons, 2018; Berke e Godschalk, 2009; Baer, 1997). Può contribuire ampiamente nell'assicurare oggettività e sistematizzazione nella pianificazione ed analisi dell'intervento, può migliorare il processo di preparazione programmatica e fornisce la possibilità di analizzare la congruenza tra il piano dichiarato del progetto (obiettivi dichiarati) ed i risultati ottenuti (Guyadeen & Seasons, 2018). Attraverso la valutazione, possiamo documentare empiricamente le carenze e/o i punti di forza (Berke, Smith & Lyles 2012; Guyadeen & Seasons, 2018). Affinché i piani siano efficaci e valutabili, deve esserci una chiara

relazione tra le componenti principali di un piano (cioè i suoi obiettivi e politiche) e i meccanismi di attuazione (Oliveira & Pinho 2010b; Guyadeen & Seasons, 2018).

Complessivamente, esistono due forme generali di valutazione nella pianificazione: (a) valutazione del piano (ad esempio, valutazione della qualità del piano, valutazione dell'implementazione del piano e valutazione dei risultati del piano) e b) valutazione della pianificazione (ad esempio, la valutazione dei processi di pianificazione e della pratica di pianificazione) (Guyadeen & Seasons, 2018). Mentre la valutazione della pianificazione implica la determinazione dell'efficacia del processo di pianificazione, la valutazione del piano

dell'intervento e dei relativi risultati implica la valutazione della qualità del piano, il successo della sua attuazione e il raggiungimento dei suoi obiettivi (Morckel, 2010; Guyadeen & Seasons, 2018). Queste forme di valutazione sono simili alla valutazione del programma perché

cercano di migliorare il processo decisionale, ma differiscono a causa della loro enfasi sul piano, su come è stato creato e sui risultati generati dal piano (Guyadeen & Seasons, 2018).

Inoltre, esistono generalmente tre tipi di valutazione nella pianificazione: ex ante (o a priori), in corso e ex post (Guyadeen & Seasons, 2018). Secondo Oliveira & Pinho (2010), questi tipi di valutazione corrispondono alle diverse fasi della pianificazione, che comprendono la preparazione del piano, l'implementazione e la revisione (cioè, una volta implementato).

L'assistenza sanitaria evidence-based è volta a tenere conto dell'efficienza e dell'efficacia, anche se fino ad oggi le questioni di efficienza non sono state enfatizzate nella medicina basata

sull'evidenza. La valutazione delle evidenze sugli interventi di sanità pubblica deve inevitabilmente determinare se l'efficienza è stata valutata e, in caso affermativo, quanto bene (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002). Inoltre, "le decisioni evidence-based sul valore e sull'applicabilità di un intervento si basano sulla conoscenza dell'efficacia di un intervento identico, simile o analogo, solitamente condotto e valutato in un contesto diverso in un momento differente. Per valutare la trasferibilità delle evidenze su un intervento sono necessarie informazioni su (a) l'intervento stesso (b) il contesto di valutazione, e (c) interazioni

tra l'intervento e il contesto" (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2002, p. 123). La fedeltà non è semplice in relazione a interventi complessi. Un elemento che aggiunge complessità è il

fatto che la standardizzazione rigorosa delle procedure talvolta danneggia la specificità dell'intervento quando questo è motivato da bisogni locali (Craig et al., 2008). Un punto chiave

che deve essere reso chiaro è quanto cambiamento o adattamento sia permesso ed il bisogno di

registrare variazioni nell'implementazione in modo che la fedeltà possa essere valutata in

relazione al grado di standardizzazione richiesto dal protocollo dello studio. La variabilità nell'implementazione - pianificata o meno – rende ancora più importante che entrambe le valutazioni dei processi e degli esiti siano riportate completamente e che sia fornita una descrizione chiara dell'intervento per consentirne la replicazione (Craig et al., 2008).

UNIT 4: BIBLIOGRAFIA

- Alkin, M. C. (2013). *Evaluation Roots: A Wider Perspective of Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Baer, W. C. (1997). General Plan Evaluation Criteria: An Approach to Making Better Plans. *Journal of the American Planning Association*, 63(3), 329-344. Open
- Berke, Philip, Michael Backhurst, Maxine Day, Neil Ericksen, Lucie Laurian, Jan Crawford, and Jennifer Dixon. 2006. "What Makes Plan Implementation Successful? An Evaluation of Local Plans and Implementation Practices in New Zealand." *Environment and Planning B: Planning and Design*, 33, 581-600. Open
- Berke, P., Godschalk, D. (2009). Searching for the Good Plan: A Meta-analysis of Plan Quality Studies. *Journal of Planning Literature*, 23, 227-240.
- Berke, P., Smith, G., Lyles, W. (2012). Planning for Resiliency: Evaluation of State Hazard Mitigation Plans under the Disaster Mitigation Act. *Natural Hazards Review*, 13(2), 139-149.
- Brody, S. D., (2003). Are we learning to make better plans? A longitudinal analysis of plan quality associated with natural hazards'. *Journal of Planning Education and Research*, 23, 191-201
- Cousins, J. B.. 2004. Crossing the Bridge: Toward Understanding through Systematic Inquiry. In Alkin M. C. (Ed). *Evaluation Roots*, 293–318. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cousins, J. B., Goh, S. C., Elliott, C., Aubry, T., Gilbert, N. (2014). Government and Voluntary Sector Differences in Organizational Capacity to Do and Use Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 44, 1-13.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655 Open
- Fetterman, D. M. 2004. Branching Out or Standing on a Limb: Looking to Our Roots for Insight. In Altes, M.C. (Ed). *Evaluation Roots*, 304-18. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guyadeen, D., Mark, S. (2018). Evaluation Theory and Practice: Comparing Program Evaluation and Evaluation in Planning. *Journal of Planning Education and Research*, 38(1), 98-110, doi: 10.1177/0739456X16675930
- Greene, J. C. (1994). The Art of Interpretation, Evaluation, and Presentation. In Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Eds) *Qualitative Program Evaluation: Practice and Promise*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Howlett, M., Ramesh, M., Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Toronto: Oxford University Press.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy Outcome Research: Methods for Reporting Variability and Evaluating Clinical Significance. *Behavior therapy*, 15, 336-352
- McDavid, J. C., Hawthorn, L L. (2006). *Performance Evaluation & Performance Measurement: An Introduction to Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morckel, V. C. (2010). Commentary. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 37(5), 769-774.
- Oliveira, V., Pinho, P. (2010b). Measuring Success in Planning. *Town Planning Review*, 81(3), 307-332. doi: 10.3828/tpr.2010.7
- Pal, L. A. (2014). *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*.

Toronto: Nelson.

Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: Guilford.

Rodriguez-Campos, L. (2012). Advances in Collaborative Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35(4), 523-528. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.12.006

Ryan, B. D. (2011). Reading through a Plan: A Visual Interpretation of What Plans Mean and How They Innovate. *Journal of the American Planning Association*, 77(3), 309-326
Open

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 119–127. doi:10.1136/jech.56.2.119 open

Vedung, E. (2010). “Four Waves of Evaluation Diffusion.”. *Evaluation*, 16(3), 263–77.
Open

Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: a results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23(3), 389-395. DOI: 10.1016/S0149-7189(00)00028-8

Weiss, C. (1998). *Evaluation*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Posavac, E. J., Carey, R. G. (2007). *Program evaluation: Methods and case studies*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Shadish, W. R., Cook, T. D., Leviton, L. C. (1991). Good Theory for Social Program Evaluation. In Shadish, W. R., Cook, T. D. Leviton, L. C. (eds). *Foundations of Program Evaluation: Theories of Practice*, 36-67. Newbury Park, CA: Sage.

Modulo 3 Lezione 3 – Il processo di valutazione dell'intervento

1. Secondo Rychetnik, Frommer, Hawe e Shiell (2002), la valutazione si può definire come:

A) **Il processo che consente di determinare la valenza di un intervento attraverso il confronto con standard predeterminati ed espliciti**

B) Un insieme di cambiamenti e di esiti definibili a priori

C) La lettura interpretativa dei dati rilevati attraverso una ricerca formale o indagini specifiche

D) Il setting sociale, politico e/o organizzativo entro il quale l'intervento è programmato

2. Nel valutare l'efficacia di un intervento, quale di queste NON sembra una dimensione significativa? (Rychetnik et al., 2002)

A) **Il numero di interventi svolti dall'organizzazione**

B) La pertinenza degli effetti misurati nel contesto di implementazione

C) La grandezza degli effetti misurati

D) La forza dell'evidenza, determinata da una combinazione del disegno di studio, della qualità metodologica e della precisione statistica

3. La valutazione...

A) **Permette di documentare empiricamente le carenze ed i punti di forza dei piani di intervento**

B) Non richiede una integrazione tra metodi di valutazione e piano da valutare

C) Dovrebbe evitare di considerare gli interessi delle persone coinvolte nelle decisioni sugli interventi

D) Andrebbe portata avanti solo sugli esiti\outcome

Module 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 1: ASPETTI METODOLOGICI DELLA RICERCA IN TIC

Unit 0 - Overview-Learning Objectives

4.1.0 Introduzione - Seconda Settimana

4.1.0 Introduzione - Seconda Settimana.txt[31/07/2019 13:00:41]

Bentrovate e bentrovati. Eccoci nuovamente ad una nuova settimana, con nuovi aspetti, nuovi approfondimenti. In questa settimana affronteremo gli aspetti legati alle best practice, gli aspetti legati

all'osservazione e gli aspetti legati agli indicatori di abuso e maltrattamento infantile.

Partiamo dal primo elemento. Indagheremo insieme quelli che sono gli elementi legati all'intervento della

ricerca e della pratica con particolare attenzione allo sviluppo delle best practice, o delle buone pratiche.

Dopo di che esamineremo quelli che sono gli aspetti metodologici della ricerca in Trauma-Informed Care,

che ormai abbiamo imparato a comprendere e a leggere, e avremo modo di comprendere ulteriormente

come queste si applichino alla pianificazione di una ricerca, come utilizzare il format Trauma-Informed

Care nella ricerca, quindi il canale dalla teoria alla pratica. Tenteremo poi ancora di identificare gli

elementi che costituiscono una buona proposta di ricerca andando a vedere quelli che sono aspetti legati

ad esempio ad una buona tecnica che è l'osservazione.

L'osservazione come strumento clinico, l'osservazione come strumento che può permettere ad un

operatore che a diverso titolo collabora o ha intenzione di lavorare o per mille altre ragioni è intenzionato

a conoscere e approfondire il tema del Trauma-Informed Care può utilizzare il metodo, lo strumento

osservativo, che può essere a sua volta uno strumento importante per comprendere il contesto, e per

comprendere anche la persona calata in quel contesto (ricordiamoci il senso del Trauma-Informed Care).

E qui indagheremo quelli che sono i requisiti e le applicazioni possibili con l'osservazione clinica e non

solo.

Proseguiremo poi su quelli che sono gli esempi e i concetti esposti precedentemente come buone

pratiche, osservazione e come questi possono essere applicati all'abuso e maltrattamento infantile

andando a individuare anche indicatori, tenendo in considerazione che un indicatore è, come tale, un

indicatore, non è certo un elemento fondamentale e certo di abuso e maltrattamento, ma un insieme di

indicatori possono essere per noi interessanti come elemento da tenere a mente che lì vi può essere un

qualche cosa da indagare.

Di qui andiamo quindi a vedere quello che è lo screening sulla valutazione del trauma e cercheremo di

capire con colleghi e con colleghe quanto uno screening di un trauma possa essere importante ai fini della

conoscenza. Chiuderemo poi quello che sono gli aspetti legati al Trauma-Informed Care e collegamenti con la ricerca, e a come vi possa essere un sistema organizzato di processi che va dalla teoria alla pratica.

Se nella prima parte, nelle prime due settimane abbiamo discusso e abbiamo affrontato con i colleghi quello che è forse l'aspetto più teorico del trauma, con noi oggi, con queste due settimane abbiamo discusso quella che è la ricerca in evidence-based o action-research in Trauma-Informed Care, di qui in poi vi avvierete verso un nuovo percorso che avrà sempre come filo rosso il trauma ed il Trauma-Informed Care ma da un aspetto un po' diverso, ossia quello legislativo, per affrontare poi i temi legati alla legislazione, alla ricerca e alle policy.

Vi auguriamo, a nome mio e a nome di tutti i colleghi un buon proseguimento di percorso, ormai siete arrivati a metà, forse a più di metà del percorso, e a questo punto vi state avviando verso la chiusura del vostro MOOC. Nuovamente, buona prosecuzione, e ci rivedremo alla fine del MOOC.

UNIT 1: INTRODUZIONE AGLI ASPETTI METODOLOGICI DI BASE DELLA RICERCA IN TIC

ARTICOLO

Come indicato da Newman & Ridenour (1998), il modo in cui i ricercatori conducono uno studio e quali conclusioni ne traggono sono molto diversi a seconda dell'approccio adottato nei

confronti della realtà. Inoltre, l'epistemologia riguarda lo studio di come conosciamo le cose mentre il metodo riguarda la scelta della tecnica attraverso la quale procedere alla conoscenza dei fenomeni (Bernard, 2006)

Come sottolineato da Lastrucci (1963), la scienza è "un metodo oggettivo, logico e sistematico

di analisi dei fenomeni, ideato per permettere l'accumulo di conoscenze affidabili" (p. 6).

Questo avviene attraverso tre obiettivi che guidano le scelte del ricercatore (Bernard, 2006):

- L'oggettività: questo implica l'essere espliciti riguardo alle misurazioni, l'attenzione alla metodologia e il riferimento alla revisione fra pari nell'ambito della comunità scientifica

- Il metodo scientifico

- L'affidabilità

La dimensione etica è parte del metodo scientifico e, riferendosi alla ricerca nell'ambito delle scienze umane, una questione centrale è quella riguardante come operazionalizzare fenomeni che per loro natura sono complessi; questo tipo di processo si basa sulla definizione di variabili,

sulla ricerca di associazioni o relazioni tra loro e sul tentativo di capire se e come la variazione

di una cosa causi una variazione in un'altra (Bernard, 2006). In connessione con questi aspetti un elemento fondante è quello della misurazione e dell'identificazione di indicatori validi e affidabili ed è strettamente connesso alla strutturazione di definizioni operative che "consistono

in un insieme di istruzioni su come misurare una variabile che è stata definita concettualmente”

(p. 38).

UNIT 2: LA RICERCA IN TIC

ARTICOLO

Nell'ambito della TIC uno dei concetti fondamentali è quello di utilizzare procedure e concetti

scientificamente validati. Da questo punto di vista è fondamentale la promozione di una sinergica interazione tra lavoro clinico e ricerca al fine di indagare gli esiti del trattamento e per valutare i modelli di funzionamento dei servizi in termini di efficacia ed efficienza anche con la formalizzazione di questi aspetti in specifiche linee guida e/o l'attenzione all'adesione dello specifico protocollo agli elementi consolidati nella ricerca internazionale in questo campo

(Schäfer et al., 2018).

In questo non è irrilevante il contributo della ricerca scientifica in merito all'analisi delle definizioni della TIC e dei suoi fattori fondanti.

Infatti, a questo proposito, Becker-Blease (2017), Hanson & Lang (2016) e Johnson (2017) evidenziano una serie di aspetti critici relativi alla TIC e di difficoltà applicative, tra cui, ad esempio, l'esistenza di un focus molto presente nella letteratura scientifica sugli aspetti teorici

e sui principi fondamentali a discapito di un'attenzione rispetto agli elementi tangibili e alla loro applicabilità nella pratica: “vi è una lacuna su come i professionisti possono trasformare la teoria e i principi nella pratica quotidiana e quindi valutare la loro efficacia” (Becker-Blease,

2017, p.3). L'attenzione alla ricerca è, quindi, utile per la valutazione delle iniziative applicative,

dei programmi e dei servizi trauma-informed e se questi siano correlati a risultati positivi rilevanti.

Nel cercare di attuare un proficuo e funzionale interscambio tra gli aspetti concettuali e teorici

e quelli applicativi, un rilevante focus dovrebbe essere dedicato all'analisi dell'applicabilità di

procedure e indicatori standardizzati sia in capo agli elementi processuali, sia agli esiti ottenuti.

La letteratura scientifica sull'argomento sollecita le organizzazioni e le istituzioni a considerare

particolarmente rilevante la strutturazione di progetti di ricerca, sia di base sia applicativi, volti

ad occuparsi delle modalità di screening (evidence-based screening), all'analisi delle procedure

di assessment atte a identificare gli eventi traumatici e le loro peculiarità. Inoltre, a tal fine,

risulta importante che vengano implementati studi randomizzati, controllati, su base sperimentale che testino l'efficacia degli interventi trauma-oriented.

UNIT 3: GLI ELEMENTI DI BASE PER STRUTTURARE UNA BUONA PROPOSTA DI RICERCA

ARTICOLO

Esistono differenti approcci alla strutturazione di un progetto (Leone & Prezza, 1999) in ambito

socio-sanitario: a) sinottico-razionale (che implica massima pre-strutturazione dei contenuti),

b) concertativo-partecipativo o della progettualità dialogica (in cui è centrale continua negoziazione degli obiettivi fra esperti e destinatari); c) euristico (che prevede una minima strutturazione a priori degli obiettivi).

Da un punto di vista generale, nel processo di ricerca si dovrebbero seguire i seguenti steps:

1. Viene formulato un problema teorico (derivante dall'analisi della teoria e della letteratura scientifica);
2. Vengono selezionati unità di analisi e metodo appropriati;
3. I dati vengono raccolti e analizzati;
4. La proposizione teorica con la quale è stata avviata la ricerca è o contestata o supportata. Come indicato da Lanzara (1985): "Ogni attore che si ponga il problema dell'innovazione, o semplicemente dell'intervento in una situazione per modificarla, ha di fronte a sé un problema di progettazione" (p. 336). La progettazione è un processo di sistematizzazione; infatti, la strutturazione di un progetto di ricerca è una fase critica e fondamentale che comporta scelte importanti che ne condizionano gli esiti. Inoltre, Leone & Prezza (1999) sottolineano che: "Articolare un progetto tra diversi soggetti, pensare alla coerenza tra diverse parti (scopi, tempi, operatori disponibili...) significa problematizzare la prassi e fare i conti con il limite, con la parzialità, e questo è proprio ciò che in alcuni contesti tende ad essere rimosso" (p. 23) o considerato troppo complesso da un punto di vista applicativo.

Da un punto di vista trasversale, le autrici indicano le tappe fondamentali nella strutturazione di un progetto in campo sociale:

- 1) Ideazione: fase in cui si ipotizza di realizzare o proporre un progetto
- 2) Attivazione: verifica risorse, ruoli, problema e strategie, eventuale analisi della domanda (committenza)
- 3) Progettazione: elaborazione del progetto e strutturazione delle fasi che lo compongono, si stabiliscono i tempi e si definiscono le scelte metodologiche
- 4) Realizzazione: avvio delle attività, verifica prime ipotesi, modifiche in itinere
- 5) Verifica: analisi conclusiva dei risultati

Inoltre, nell'ambito della ricerca scientifica, elementi importanti dal punto di vista applicativo sono:

- Definizione e analisi dell'oggetto di ricerca dal punto di vista della letteratura scientifica, esplicitazione del framework teorico
- Individuazione ed esplicitazione delle finalità generali e degli obiettivi specifici dello studio (domanda di ricerca: esplorativa, valutativa, esplicativa)
- Strutturazione delle ipotesi
- Identificazione della popolazione target, del reclutamento dei partecipanti e delle procedure di campionamento
- Procedure di valutazione, definizione degli indicatori, strumenti e tecniche di analisi dei dati raccolti
- Pianificazione dei tempi (cronoprogramma) e analisi della fattibilità (inclusi criticità e limiti)

Nel fare questo si può ricorrere a impianti metodologici di matrice quantitativa, qualitativa, mista in base alla domanda di ricerca.

Ciascuna fase della progettazione comporta che il ricercatore si ponga interrogativi importanti

che tengano conto anche degli elementi critici dal punto di vista concettuale e pratico. Il contesto in cui si svolge la ricerca è uno di questi, così come le risorse.

Stante tale complessità, è di fondamentale rilevanza l'attenzione alla formazione del personale

anche su questa dimensione e la costante interazione tra i professionisti impegnati nel lavoro clinico e i ricercatori che si occupano di ricerca nella e sulla clinica. Inoltre, un settore importante che mostra la sua centralità è quello che riguarda la strutturazione e validazione di strumenti che possono essere utilizzati a partire da obiettivi sia di intervento sia di ricerca. Questi possono avere forme differenti ed essere applicabili a target specifici, ragione per cui è fondamentale che tutti gli attori coinvolti nella progettazione e implementazione di un progetto concertino sinergicamente ogni fase prevista nel piano progettuale, scelte metodologiche comprese.

UNIT 4: BIBLIOGRAFIA

- Becker-Blease, K. A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131-138. doi: 10.1080/15299732.2017.1253401
- Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Fourth Edition*. New York: Altamira Press.
- Ciborra, C., Lanzara, G. F. (1985). *Progettazione delle nuove tecnologie e qualità del lavoro*. Milano: Franco Angeli.
- Hanson, R. F., Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child Maltreatment*, 21, 95-100. doi:10.1177/1077559516635274
- Johnson, D. (2017). Tangible Trauma Informed Care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-21.
- Lanzara, G. F. (1985). La progettazione come indagine: modelli cognitivi e strategie d'azione. *Rivista italiana di sociologia*, 3, 335-368.
- Lastrucci, C. L. (1963). *The scientific approach: Basic principles of the scientific method*. Cambridge, MA, USA: Schenkman Publishing Company
- Leone, L., Prezza, M. (2018). *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*. Milano: Franco Angeli
- Newman, I., Ridenour, C. (1998). Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum. *Educational Leadership Faculty Publications*, 122. Retrieved July 3rd, 2019 from http://ecommons.udayton.edu/eda_fac_pub/122
- Rollin, B. E. (2006). *Science and ethics*. Cambridge University Press.
- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egreteau, L., ... & Kazlauskas, E. (2018). Trauma and trauma care in Europe. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1556553. doi: 10.1080/20008198.2018.1556553

Modulo 4 Lezione 1 – Aspetti metodologici della ricerca in TIC

1. La definizione operativa:

- A) **È successiva alla definizione concettuale di una variabile**
- B) È precedente alla definizione concettuale di una variabile
- C) Non è utile al fine di misurare una variabile
- D) Viene elaborata durante la misurazione di una variabile

2. Nell'ambito della TIC è fondamentale:

- A) **Promuovere una sinergica interazione tra lavoro clinico e ricerca**
- B) Imporre una metodologia di intervento agli operatori
- C) Non tenere conto dei contributi della ricerca scientifica
- D) Non tenere in considerazione gli aspetti critici e le difficoltà applicative

3. In ciascuna fase della progettazione:

- A) **Il ricercatore dovrebbe porsi interrogativi importanti che tengano conto anche degli**

elementi critici dal punto di vista concettuale e pratico

- B) Il ricercatore non dovrebbe porsi interrogativi importanti che tengano conto anche degli elementi critici dal punto di vista concettuale e pratico
- C) Bisogna sempre analizzare i dati
- D) Non è necessario pianificare le tempistiche

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 2: BUONE PRATICHE IN TIC: LA TRASFERIBILITÀ DELLE BUONE PRATICHE BASATE SULL'EVIDENZA

UNIT 1: BUONE PRATICHE NELLA TIC

ARTICOLO

Visti i grandi rischi per la salute fisica e psicologica dovuti all'impatto di eventi traumatici (Adverse Childhood Experiences, ACEs), nel corso degli anni sono stati sviluppati molti interventi volti ad aiutare istituzioni e operatori che assistono persone con storie di trauma al fine di sottolineare il vantaggio dell'adottare un approccio improntato alla TIC (Baker et al., 2016). In particolare, un "approccio TIC guarda una persona in modo olistico, non solo come una lista di problemi che sta vivendo" (Hepburn, 2017, p. 7). Come indicato da molti autori (Bryson et al., 2017; Bridgett, Valentino & Hayden, 2012; Ellis & Boyce, 2011; Perry, 2002; Rothbart, Ziaie, O'Boyle, 1992), un effetto protettivo (effetto tampone) è giocato da una buona

cura e relazioni di supporto esercitate da caregivers attenti e proattivi: la sicurezza relazionale riduce gli effetti nocivi del trauma nei bambini. Lo stress traumatico è una condizione comune

nel caso dell'ACE e spesso causa manifestazioni cliniche significative (internalizzazione e / o sintomi esternalizzanti) frequentemente riscontrabili in ospedale o nell'ambito delle strutture residenziali dedicate ad adulti e minori (Bryson et al., 2017; Greenwald et al, 2012; Hummer, Dollard, Robst, 2010; Ko et al., 2008). Citando quanto indicato da Elliott e colleghi (2005), i quali hanno affermato che "I servizi informati sul trauma sono quelli in cui l'erogazione del servizio è influenzata dalla comprensione dell'impatto della violenza interpersonale e della vittimizzazione sulla vita e sullo sviluppo di un individuo" (p. 462) e che "Molte procedure e pratiche comuni nelle impostazioni del servizio riattivano le reazioni traumatiche e sono vissute

come emozioni non sicure e fonte di debolezza per i sopravvissuti al trauma" (p.446), è possibile ulteriormente sottolineare che le buone pratiche (good practices) dovrebbero essere valutate in base a criteri specifici che sono identificati e dettagliati nella letteratura scientifica e che includono un'attenta valorizzazione dei complessi fattori coinvolti nelle storie traumatiche e nella condizione da esse esitante. Infatti, nelle situazioni in cui il servizio o l'organizzazione si occupi di soggetti che hanno subito traumi, è raccomandata una prospettiva

in cui la salute pubblica e l'assistenza sociale siano orientate alla prevenzione e alla riduzione del rischio (Bryson et al., 2017). In questo campo promuovere approcci *trauma-informed* è una

questione centrale: la trauma-informed care (TIC) e la pratica informata sul trauma (TIP) sono

paradigmi di trattamento d'elezione perché mirano a trasformare interi sistemi di cura includendo una comprensione dello stress in risposta al trauma in tutti gli aspetti del servizio e

concentrandosi sulla priorità della sicurezza e della possibilità di scelta. Inoltre, questa filosofia

mira a creare una cultura del trattamento incentrata sulla non violenza, sull'apprendimento e

sulla collaborazione in cui l'attenzione è dedicata a tutte le interazioni ambientali e interpersonali (Bryson et al., 2017). Nella revisione sistematica della letteratura, Bryson e colleghi (2017) hanno incluso alcune importanti risultanze:

- "la riduzione della coercizione fisica nelle cure psichiatriche di routine e residenziali" (p. 11)

è sottolineata come la riduzione/eliminazione dell'isolamento o delle strategie controllo e coercizione;

- un aspetto fondamentale del TIC è "l'importanza fondamentale dei leader senior che diano priorità alla TIC [...] specialmente quando allo staff è richiesto di adeguarsi a nuovi modi di lavorare" (p. 11)

- i ricercatori sottolineano la necessità di sostenere il personale attraverso una formazione avanzata - in particolare sulle sequele del trauma - la supervisione continua, il coaching e il debriefing

- in questo, è fondamentale ascoltare i pazienti e le famiglie, con particolare attenzione alle loro

esperienze, bisogni, priorità per quanto riguarda il processo di trattamento

- l'importanza attribuita all'area di aggiornamento costante dei dati di ricerca e l'analisi degli indicatori di esito sono dimensioni trasversali finalizzate a motivare e informare le prestazioni dei servizi e il miglioramento dell'efficacia

- la letteratura tratta ampiamente "la necessità di allineare la politica e la pratica, formale e informale, con i principi generali della pratica informata sui traumi" (p. 11).

Nonostante la sua sempre più frequente applicazione, la ricerca scientifica sull'efficacia di questo tipo di approccio è ancora carente (Bryson et al., 2017); come sottolineato da

Valenkamp, Delaney e Verheij (2014) e da Chandler (2008), si può osservare una mancanza di

studi randomizzati e controllati che testino gli interventi ed esplorino i fattori critici implicati nell'attuazione dei trattamenti orientati al TIC. In merito a quanto attualmente indicato a livello

internazionale, studi empirici hanno dimostrato quanto sia rilevante la formazione nel fornire al personale un linguaggio comune da utilizzare per quanto riguarda l'esperienza del paziente e particolari interventi da utilizzare con i pazienti affetti da trauma (Bryson et al., 2017). La centralità di questa questione è stata ben evidenziata precedentemente anche da Le Bel, Huckshorn e Caldwell (2008) e da Brown, Baker e Wilcox (2012). Inoltre, una formazione specifica sulle migliori pratiche e la partecipazione dei pazienti alle attività di formazione del personale (ad esempio attraverso il riferire sulle loro esperienze) si sono rivelate utili (Holstead,

Lamond, Dalton, Horne & Crick, 2010), così come il coinvolgimento dei minori nel debriefing

su aspetti o fasi critici nella fornitura dell'assistenza (Lebel et al., 2008), la condivisione dei dati e il costante monitoraggio delle prestazioni/dei processi (a livello individuale, collettivo e di unità) (Bryson et al., 2017). Un altro punto focale emergente della letteratura scientifica sulle

strategie efficaci nell'ambito della TIC è la capacità delle organizzazioni di allineare le politiche e le pratiche ai principi della cura informata sul trauma (Bryson et al., 2017).

Secondo

questa visione, l'ambiente e la cultura delle organizzazioni sono strumenti terapeutici essi stessi

ed entrambi danno un contributo nel costruire una "comunità terapeutica". Di particolare rilevanza sono: 1) l'attenzione a creare uno spazio di trattamento sicuro sia per i pazienti che per il personale e 2) l'inclusione dei principi TIC nelle dichiarazioni di missione e visione.

Riassumendo, le principali strategie nel campo della TIC focalizzate da Bryson e colleghi (2017) sono allineate a quelle alla base dell'intervento di riduzione S/R (NASMHPD, National

Association of State Mental Health Program Directors) ed entrambe sono presentate nella Tabella 1.

Tab. 1 Core strategies in TIC

Bryson e colleghi (2017)

Inclusione nella comunità (Community inclusion)

Impegno della leadership (Leadership commitment)

Selezione del modello (Model selection)

Trasformazione della forza lavoro (Workforce transformation)

Orientamento al risultato (Outcome orientation)

Assistenza condivisa (Shared maintenance)

NASMHPD

Leadership orientata al cambiamento organizzativo (Leadership towards organizational change)

Utilizzo dei dati per informare la pratica (Use of data to inform practice)

Riduzione dell'uso di strumenti di segregazione e isolamento (Use of restraint and seclusion reduction tools)

Sviluppo dello staff di lavoro (Workforce development)

Migliorare il ruolo dell'utente nel setting ospedaliero (Improve consumer's role in inpatient setting)

Tecniche di debriefing attive (Vigorous debriefing techniques)

Inoltre, in uno studio di Azeem e colleghi (2011), questi elementi strategici sono stati testati longitudinalmente per analizzare la riduzione dell'uso della contenzione e dell'isolamento. In particolare, gli autori hanno sottolineato che:

✓ la leadership gioca un ruolo fondamentale nel portare il cambiamento della cultura in particolare quando una visione orientata alla TIC è condivisa con tutto lo staff

✓ la raccolta e la condivisione dei dati ha "un ruolo fondamentale nei progetti di miglioramento delle prestazioni" (p. 12) e nei processi di monitoraggio

✓ il training e la formazione continua del personale sui principi dell'assistenza orientata alla recovery, dell'assistenza centrata sulla persona e della TIC con le relative valutazioni delle prestazioni si sono state rivelate aventi effetti rilevanti in senso positivo

✓ un importante focus deve essere dedicato ai principi della prevenzione primaria utilizzando piani di trattamento individuali che includono la storia del trauma e la comunicazione con le strategie del paziente, della famiglia e dello staff

✓ un buon principio per la pratica del TIC è il coinvolgimento del paziente e della famiglia

✓ attività di debriefing di supporto - in particolare per quanto riguarda gli aspetti emotivi e le modifiche necessarie nei piani di trattamento - quali interventi per mitigare l'impatto traumatizzazione e traumatizzazione sono stati implementati efficacemente.

Hanson e Lang (2016) e Johnson (2017), esaminando diversi approcci alla TIC, hanno identificato alcuni temi che potrebbero essere considerati importanti per esplorare gli approcci

dei servizi per minori e hanno concluso che è possibile identificare 15 componenti fondamentali della TIC.

I componenti identificati sono stati organizzati in tre livelli (Hanson & Lang, 2016, p. 98):

1. sviluppo della forza lavoro (Workforce Development, WD):

- Formazione richiesta a tutto il personale in consapevolezza e conoscenza dell'impatto dell'abuso o del trauma

- Misurazione della competenza del personale in criteri definiti per dimostrare la conoscenza / pratica sul trauma
- Strategie / procedure per affrontare / ridurre lo stress connesso al trauma secondario tra il personale

- Conoscenze / abilità su come accedere e fare riferimento al le migliori pratiche evidence-based focalizzate sul trauma

2. servizi focalizzati sul trauma (Trauma Focused Services, TFS):

- Uso di misure standardizzate di screening / valutazione evidence-based per identificare la storia e i sintomi o i problemi correlati al trauma
- Inclusione della storia del trauma del bambino nella documentazione / nei file /nel piano di servizio sul caso
- Disponibilità di clinici qualificati per e addestrati in pratiche focalizzate sul trauma evidence-based

3. consegne organizzative (Organizational Delivery,ORG):

- Collaborazione, coordinamento dei servizi e condivisione delle informazioni tra i professionisti all'interno dell'agenzia connessi ai servizi trauma-informed
- Collaborazione, coordinamento dei servizi e condivisione delle informazioni tra i professionisti di altre agenzie legate ai servizi trauma-informed
- Procedure per ridurre il rischio di re-traumatizzazione dell'utente
- Procedure per il coinvolgimento degli utenti e input nella pianificazione del servizio e sviluppo di un sistema trauma-informed
- Fornitura di servizi basati sui punti di forza e promozione di uno sviluppo positivo
- Fornitura di un ambiente fisico positivo e sicuro
- Politiche scritte che includono e supportano esplicitamente i principi trauma-informed
- Presenza di una posizione di leadership definita o di una funzione lavorativa specificamente correlata alla TIC.

UNIT 2: ELEMENTI FONDAMENTALI DELLE BUONE PRATICHE

ARTICOLO

Analizzando letteratura e protocolli per la valutazione delle pratiche di TIC è quindi possibile concludere che le buone pratiche (potenzialmente trasferibili in differenti contesti) dovrebbero

includere:

1) una formazione permanente di tutti i membri dello staff sul trauma e sui suoi correlati.

Questa formazione non dovrebbe essere fornita solo a professionisti che lavorano direttamente

a livello clinico con gli utenti, ma a tutti coloro che sono inclusi a vario titolo e con diverse funzioni nell'organizzazione

2) un costante aggiornamento dello staff interno sulle pratiche evidence-based (EBP) nella cura

del trauma e un'attenzione sull'atteggiamento dei professionisti nei confronti degli EBP

3) collaborazione con esperti del settore al fine di aumentare la disponibilità di providers clinici

addestrati

4) l'inclusione di procedure di screening standardizzate ed evidence-based nella pratica clinica

e l'uso di misure / strumenti di valutazione specifici e validati per identificare gli eventi traumatici (ACEs)

5) un'attenzione condivisa dedicata alla storia degli utenti e alla sua associazione con sintomi o difficoltà correlati al trauma

6) in linea con il punto precedente, il riconoscimento della specificità della storia di vita di

- ciascun utente garantita attraverso un ascolto attivo ed empatico da parte di tutto il personale
- 7) l'inclusione e un'attenta condivisione della storia del trauma dei bambini nella pianificazione dell'intervento o nella concettualizzazione dei casi
 - 8) una valutazione approfondita e un monitoraggio costante delle competenze dello staff (utilizzo di procedure specificatamente progettate)
 - 9) monitoraggio approfondito per mantenere gli standard stabiliti per un buon servizio TIC e, possibilmente, per migliorare gli elementi deficitari
 - 10) l'implementazione di procedure per ridurre lo stress da traumatizzazione secondaria e aumentare il benessere del personale
 - 11) la costruzione e il mantenimento di una buona rete di collaborazione non solo all'interno dei servizi, ma anche con altre agenzie operanti sul campo
 - 12) l'attenzione alla centralità della dimensione comunicativa: l'obiettivo di più alto livello dovrebbe essere quello di avere professionisti attenti e collaborativi nel perseguire obiettivi e nell'applicare procedure condivise e co-costruite
 - 13) l'attenzione alle procedure per ridurre il rischio di ri-traumatizzazione per gli utenti
 - 14) incoraggiare la partecipazione dei pazienti alla progettazione del piano di trattamento
 - 15) per coinvolgere gli utenti nella pianificazione del servizio: attenzione al loro feedback e suggerimenti per migliorare l'organizzazione e i servizi offerti
 - 16) una particolare attenzione al fornire servizi basati sui punti di forza, volti a promuovere fattori per uno sviluppo positivo (ad esempio, resilienza, empowerment)
 - 17) formazione sulle strategie per organizzare un ambiente positivo per gli utenti e per il personale
 - 18) particolare attenzione alle dimensioni fisiche e strutturali del servizio
 - 19) adesione e promozione dei principi della TIC con politiche specifiche e chiare
 - 20) un ruolo centrale assegnato alla dimensione della leadership e alle sue funzioni nell'organizzazione del servizio.

UNIT 3: ELEMENTI CRITICI E SFIDE

ARTICOLO

L'uso di pratiche evidence-based - sebbene sia un argomento particolarmente sottolineato nelle

raccomandazioni per l'implementazione delle best practices - è ancora oggi un elemento di resistenza da parte di alcuni professionisti, organizzazioni e ricercatori (Gray, Elhai, Schmidt, 2007): questo dovrebbe essere oggetto di analisi, discussione e attenzione da parte delle organizzazioni che si occupano dell'intervento clinico sul trauma, anche ai fini di creare una definizione cooperativa di standard.

Infatti, sebbene l'approccio TIC stia assumendo un ruolo importante nell'organizzazione dei servizi e nella fornitura di assistenza per le persone traumatizzate al momento, ci sono ancora alcuni ostacoli nella sua applicazione e, ancor prima, nella sua concettualizzazione (Baker, 2016). In particolare si riscontrano carenze in merito a:

- una definizione operativa chiara
- la presenza di strumenti validati psicometricamente per valutare le dimensioni della TIC.

Per colmare questa lacuna, Baker e colleghi (2016), ad esempio, hanno costruito e validato uno

strumento –Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale - per valutare le attitudini relative alla TIC del personale che lavora in diverse aree di intervento o contesti che si occupano di individui con storie traumatiche. Precedentemente, Fallot e Harris (2009) - nella

loro pubblicazione *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): a self-assessment and*

planning protocol - hanno strutturato un protocollo di autovalutazione e pianificazione (Self-Assessment and Planning Protocol) che comprende sei domini che si implicano modifiche sia a livello di servizi, sia a livello amministrativo o di sistema. L'attenzione alla complessità della

situazione applicativa della TIC si costituisce sempre più salientemente come obiettivo sfidante

– in un'ottica propulsiva - sia per i singoli operatori, sia per i servizi socio-sanitari nella loro quotidiana interazione e nel loro rapporto con la comunità scientifica di riferimento.

UNIT 4: LA RICERCA NELLA TIC E IL LEGAME CON LE POLICIES

ARTICOLO

La TIC, in quanto modello che si propone di strutturare l'offerta dei servizi, è implementato in

un ampio e variegato range contestuale; Bowen e Murshid (2016) sottolineano come tale paradigma possa essere applicato in egual misura, nei suoi principi fondanti (sicurezza, affidabilità e trasparenza, collaborazione, empowerment, scelta e intersezionalità) alle politiche

sociali. Questo, secondo la proposta degli autori, poiché la TIC offre ai professionisti operanti nel campo della salute mentale (specialmente nel settore pubblico) un percorso finalizzato a interrompere le disparità attraverso l'azione clinico-organizzativa che, per la sua dimensione anche etica e deontologica, può assurgere altresì a una più ampia dimensione politica. Già Reeves (2015) aveva messo in luce come l'implementazione diffusa di modelli di cura TICoriented

possa porre al centro dell'intervento la risposta ai bisogni unici e peculiari dei soggetti presi in carico dai servizi riabilitativi, attenuando le disparità assistenziali sperimentate da questa popolazione in condizione di vulnerabilità.

Recentemente Levy-Carrick e colleghi (2019) hanno sottolineato la disparità di trattamento nell'ambito del trauma come un tema critico nell'organizzazione nazionale dei servizi sanitari a cui l'adozione della TIC può porre – se non totalmente almeno ampiamente - rimedio. Infatti,

un punto centrale sottolineato dagli autori è che l'applicazione efficace di questo paradigma sarebbe garantita dalla piena partecipazione delle figure assistenziali alla pianificazione e implementazione delle attività ad ogni step. Infatti, anche De Chesnay e Anderson (2019), nel loro libro *“Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research”*,

hanno evidenziato che la salute mentale ha una precipua natura politica e partecipativa (in particolare da parte dell'utenza). In linea con ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha spesso sollecitato la politica al fine di creare uno spazio collaborativo in cui operatori e gruppi

in difesa dei diritti dei fruitori dei servizi di salute mentale (advocacy groups) nonché l'ampia gamma di stakeholders possano impegnarsi nella direzione di una sinergia attenta alle mutue esigenze.

Inoltre, come accade in alcune circostanze, è importante il contributo politico nella decisione di finanziare studi volti ad analizzare e promuovere pratiche evidence-based, nel creare e diffondere standards condivisi e nel definire la razio organizzativa e gli obiettivi comunitari delle organizzazioni e delle istituzioni coinvolte nell'offerta di modelli di cura (Ko et al., 2008;

Bateman & Anderson, 2013; Levy-Carrick et al., 2019).

Quanto detto finora riguarda la dimensione generale della politica sanitaria, ma riguarda anche quella locale in risposta a specifiche esigenze territoriali e, ancor più nello specifico, le politiche delle singole organizzazioni o servizi. Infatti, la letteratura che si occupa di TIC suggerisce che, “per attuare l'assistenza informata sul trauma, c'è bisogno di preparazione, valutazione e cambiamento organizzativo (Harris & Fallot, 2001, Rivard, Bloom, McCorkle, & Abramovitz, 2005) [...] L'implementazione di pratiche informate sul trauma è quindi basata sull'utilizzo di dati organizzativi individualizzati per informare la pianificazione e l'implementazione” (Hummer et al., 2010, p. 82). La capacità di supportare le politiche con i dati ricavati da efficaci impianti di ricerca è indubbiamente un elemento strategico prioritario e auspicabile (Levy-Carrick et al., 2019). Ad esempio, a livello di strumenti utili nell'analizzare quanto le policies organizzative siano orientate ai principi della TIC, il protocollo CCTIC elaborato da Fallot and Harris (2009) potrebbe essere particolarmente interessante nella misura in cui enuclea domini e sottodomini coinvolti nella valutazione di servizi e iniziative organizzative nell'ambito della cura del trauma.

In conclusione, quindi, adottare una prospettiva orientata alla TIC implica una sensibilità a quanto sottolineato da Levy-Carrick e colleghi (2019): “Aiutare i nostri pazienti e noi stessi richiederà un cambiamento critico di prospettiva che deve essere introdotto all'inizio della formazione, rafforzato in tutto, modellato dai suoi professionisti più anziani e promosso dalle generazioni future” (p. 107).

VIDEO SOS VILLAGE

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 2: BUONE PRATICHE IN TIC: LA TRASFERIBILITÀ DELLE BUONE PRATICHE BASATE SULL'EVIDENZA

Unit 4 - LA RICERCA NELLA TIC E IL LEGAME CON LE POLICIES

4.2.4 SOS Village

UNIT 5: BIBLIOGRAFIA

Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x (OPEN)

Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health*, 8(1), 61-76. doi: 10.1037/tra0000327

Bateman, J., Henderson, C., & Kezelman, C. (2013). *Trauma-informed care and practice: towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia. A National Strategic Direction, Position Paper and Recommendations of the National Trauma-informed Care and Practice Advisory Working Group*. Sydney, Australia: Mental Health Coordinating Council.

Bowen, E. A., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy. *American journal of public health*, 106(2),

223-229. doi: 10.2105/AJPH.2015.302970 (OPEN)

Bridgett, D. J., Valentino, K., & Hayden, L. C. (2012). The contribution of children's temperamental fear and effortful control to restraint and seclusion during inpatient treatment in a psychiatric hospital. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(6), 821-836. doi: 10.1007/s10578-012-0298-x

Brown, S. M., Baker, C. N., & Wilcox, P. (2012). Risking Connection trauma training: A pathway toward trauma-informed care in child congregate care settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 507-514. doi: 10.1037/a0025269

Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International journal of mental health systems, 11*(1), 36. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3 (OPEN)

Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to Trauma-Informed treatment: Transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 14*(5), 363-371. doi: 10.1177/1078390308326625

De Chesnay, M., & Anderson, B. A. (2019). *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research*. Burlington, MA, USA: Jones & Bartlett Learning.

Ellis, B. J., & Boyce, W. T. (2011). Differential susceptibility to the environment: Toward an understanding of sensitivity to developmental experiences and context. *Development and psychopathology, 23*(1), 1-5. doi: 10.1017/S095457941000060X (OPEN)

Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of community psychology, 33*(4), 461-477. doi: 10.1002/jcop.20063 (OPEN)

Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. *Community Connections, 2*(2), 1-18.

Gray, M. J., Elhai, J. D., & Schmidt, L. O. (2007). Trauma professionals' attitudes toward and utilization of evidence-based practices. *Behavior modification, 31*(6), 732-748. doi: 10.1177/0145445507302877 (OPEN)

Greenwald, R., Siradas, L., Schmitt, T. A., Reslan, S., Fierle, J., & Sande, B. (2012). Implementing trauma-informed treatment for youth in a residential facility: First-year outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth, 29*(2), 141-153. doi: 10.1080/0886571X.2012.676525

Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child maltreatment, 21*(2), 95-100. doi: 10.1177/1077559516635274 (OPEN)

Harris, M., & Fallot, R. D. (Eds.). (2001). *New directions for mental health services. Using trauma theory to design service systems*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Hepburn, S. (2017). *Quantitative benefits of Trauma-Informed Care*. Retrieved July 3rd, 2019 from https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TAC.Paper_.5.Quantitative_Benefits_TraumaInformedCare_Final.pdf

Holstead, J., Lamond, D., Dalton, J., Horne, A., & Crick, R. (2010). Restraint reduction in children's residential treatment facilities: implementation at damar services. *Residential Treatment for Children & Youth, 27*(1), 1-13. doi: 10.1080/08865710903507961

- Hummer, V. L., Dollard, N., Robst, J., & Armstrong, M. I. (2010). Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: A curriculum for organizational change. *Child Welfare, 89*(2), 79. (OPEN)
- Johnson, D. (2017). Tangible Trauma Informed Care. *Scottish Journal of Residential Child Care, 16*(1). (OPEN)
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(4), 396-404. doi: 10.1037/0735-7028.39.4.396
- LeBel, J., Huckshorn, K., & Caldwell, B. (2008). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare, 89*(2), 169–187. (OPEN)
- Levy-Carrick, N. C., Lewis-O'Connor, A., Rittenberg, E., Manosalvas, K., Stoklosa, H. M., & Silbersweig, D. A. (2019). Promoting health equity through trauma-informed care: critical role for physicians in policy and program development. *Family & community health, 42*(2), 104-108. doi: 10.1097/FCH.0000000000000214
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind, 3*(1), 79-100. (OPEN)
- Rivard, J. C., Bloom, S. L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005). Preliminary results of a study examining the implementation and effects of a trauma recovery framework for youths in residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 26*(1), 83-96. doi: (OPEN)
- Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in mental health nursing, 36*(9), 698-709. doi: 10.3109/01612840.2015.1025319
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. *New directions for child and adolescent development, 1992*(55), 7-23. doi: 10.1002/cd.23219925503 (OPEN)
- Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 27*(4), 169-174. doi: 10.1111/jcap.12084

Modulo 4 Lezione 2 – Buone pratiche in TIC

1. L'approccio TIC:

A) **Promuove una presa in carico olistica della persona**

B) Considera esclusivamente la dimensione psicologica di una persona

C) Considera esclusivamente la dimensione fisica di una persona

D) Considera esclusivamente la dimensione sociale di una persona

2. Un intervento, per tenere in considerazione le *best practices*, dovrebbe:

A) **Promuovere una valutazione approfondita e un monitoraggio costante delle competenze dello staff (utilizzo di procedure specificatamente progettate)**

B) Evitare di porre attenzione alla storia degli utenti e alla sua associazione con sintomi o difficoltà correlati al trauma

C) Evitare di includere procedure di screening standardizzate ed evidence-based nella pratica clinica

D) Assicurarsi che lo staff interno continui sempre a eseguire le procedure su cui è stato formato inizialmente

3. Una buona proposta di ricerca...

A) **Effettua una analisi della fattibilità e definisce una *timeline***

B) Mantiene i suoi obiettivi più generali possibili

- C) Formula le ipotesi di ricerca sempre dopo la raccolta dei dati
- D) Prevede sempre un campione stratificato

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 3: L'OSSERVAZIONE E GLI INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

UNIT 1: L'IMPORTANZA DELL'OSSERVAZIONE

ARTICOLO

I clinici e i ricercatori sono costantemente alla ricerca della conoscenza su un particolare fenomeno, in modo più o meno sistematico. Tale desiderio di conoscenza nasce per interesse o

per curiosità, da uno sguardo attento, attraverso l'occhio nudo o con l'aiuto di strumenti; utilizzando una sola parola, attraverso l' "osservazione".

Mantovani (1995) infatti definisce l'osservazione come: «[...] una forma di rilevazione finalizzata all'esplorazione di un determinato fenomeno» (p. 84).

L'osservazione è un'attività complessa e impegnativa che richiede:

- tempo;
- libertà intellettuale;
- assenza di pregiudizi e preconcetti,
- consapevolezza di sé;
- capacità di non coinvolgersi;
- capacità di sospendere;
- il giudizio

Nei contesti clinici e di ricerca l'osservazione acquisisce un'importanza rilevante, trasformandosi da metodo semplice e poco scientifico, a metodo flessibile, strutturato e affidabile (Venuti, 2001). Con il progredire degli studi sui bambini, per esempio, si è abbandonato l'utilizzo delle "biografie infantili", per dare spazio all'osservazione sistematica e alla sperimentazione (Bornstein, 2001). Infatti, con il tempo le osservazioni di tipo naturalistico hanno lasciato spazio alle osservazioni standardizzate (Bornstein, 2001).

Si potrebbe affermare, con le parole di Venuti (2001), che l'osservazione "[...] fa da ponte tra un modello esplicativo di riferimento e un successivo processo di analisi e di interpretazione dei dati" (p. 58). Per osservare, quindi, non basta più guardare un gruppo di bambini che interagiscono o videoregistrare i comportamenti tra madre e bambino; in quanto l'osservazione

deve fare sempre riferimento ad un modello teorico ed esplicativo, che guiderà il ricercatore a formulare ipotesi e ad analizzare i dati (Venuti, 2001). Cosa osservare, come, dove e quando farlo, dipenderanno dallo scopo della ricerca e dall'approccio teorico di riferimento.

Esistono diversi tipi di osservazione:

- osservazione psicoanalitica, che ha come modello teorico la psicoanalisi;
- osservazione piagetiana, che ha come modello teorico la psicologia dello sviluppo;
- osservazione etologica, che ha come modello teorico l'etologia.

L'osservazione piagetiana è un tipo di osservazione quasi sperimentale, pone le sue basi sugli approcci teorici interazionista, strutturalista, cognitivista e approfondisce lo studio del percorso

della vita mentale nel corso dello sviluppo (Vigna, 2002). Non si limita alla registrazione di tutto ciò che il bambino fa, ma è guidata da alcune ipotesi che costituiscono la base della teoria

piagetiana. L'osservatore cerca di stabilire un'interazione con l'osservato in un contesto naturale (Petter, 1984; Vigna, 2002). I principi di base di questa osservazione sono due:

1. L'osservatore si adegua allo stadio di sviluppo del bambino e interagendo, modifica le

condizioni stesse dell'osservazione;

2. L'osservatore riproduce ripetutamente una stessa situazione di gioco durante un'osservazione per valutare se la reazione del bambino si ripete in presenza di uno stesso stimolo e non è attribuibile a casualità.

I principali contesti applicativi di questo tipo di osservazione sono l'asilo nido e la scuola materna.

L'approccio etologico invece si ispira alla teoria dell'evoluzione di Darwin e al lavoro dell'etologo Lorenz. L'osservazione si definisce etologica quando l'osservatore non influenza in alcun modo il comportamento che è interessato a studiare e annulla il più possibile la propria

soggettività. Di norma questa tecnica si applica nell'ambiente naturale in cui un determinato comportamento si manifesta spontaneamente. È possibile, però, utilizzare come ambiente il laboratorio, purché lo si attrezzi in modo da riprodurre un ambiente familiare per il bambino (ad es. una stanza da gioco).

È utile nell'indagine sui primi anni di vita, in cui il linguaggio verbale è ancora assente o povero, per due ragioni:

1. è più facile definire qual è l'ambiente naturale di vita dei bambini piccoli;
2. i bambini piccoli non sempre si rendono conto di essere osservati e, comunque, non reagiscono modificando il proprio comportamento.

Questo tipo di osservazione mira all'esclusione della soggettività e al raggiungimento dell'obiettività che da sola consente di trarre conclusioni non fuorvianti (Lis & Venuti, 1986).

In questo tipo di osservazione sono utilizzate delle procedure che consentono la registrazione e la catalogazione obiettiva e sistematica dei comportamenti, per poterli interpretare successivamente alla luce delle ipotesi iniziali. Tra i punti di forza dell'osservazione etologica

emergono:

- un incremento di studi descrittivi del comportamento infantile;
- un'attribuzione di importanza alle ricerche longitudinali, considerate le più idonee a cogliere il processo di cambiamento e il suo significato evolutivo.

Tuttavia, l'enfasi sulla descrizione obiettiva può far dimenticare che quando si osserva è inevitabile operare delle scelte. Inoltre, l'importanza di rilevare micro-comportamenti, descrivibili in modo oggettivo, non può far perdere di vista il significato che un certo comportamento assume in un particolare momento e contesto.

L'osservazione psicoanalitica invece è un tipo di osservazione diretta, cioè di un metodo che non si avvale di alcun strumento al di fuori dell'osservatore stesso. Secondo il modello psicoanalitico non esistono fenomeni previsti in base a una teoria, "l'inatteso" (Bion, 1962) diventa rilevante. L'osservazione in questo caso ha la funzione principale di creare uno spazio

dove l'inatteso possa esprimersi. Questo quadro non comporta nessuna intenzionalità da parte dell'osservatore per permettere di cogliere l'intenzionalità conscia e inconscia della persona osservata. Gli ambiti di applicazione sono:

- ricerca psicologica;
- clinica;
- formazione degli psicoterapeuti infantili e degli analisti.

L'osservatore è parte integrante della situazione e osserva sia i comportamenti che le verbalizzazioni, sia gli stati d'animo che le emozioni. Inoltre deve valutare con attenzione i propri stati psicologici come fonte d'informazione sul soggetto osservato, utilizzando la propria

somiglianza per differenziare quest'ultimo da sé e accettando la propria presenza.

Infine si può osservare l'intero nucleo familiare attraverso compiti strutturati nel contesto

clinico oppure nel proprio ambiente naturale. Questo tipo di osservazione può associarsi al colloquio con la famiglia ed ha l'intento di cogliere come i membri del nucleo interagiscono fra di loro e le comunicazioni a livello verbale e preverbale (forme di intersoggettività implicita).

In definitiva, l'osservazione è uno dei cardini fondanti la professionalità di chi opera in campo

educativo e formativo, contribuisce a costituire un "atteggiamento di fondo" che diventa parte integrante del modo di agire professionale, quale elemento basilare della competenza educativa. Non è un semplice strumento, ma un insieme di atteggiamenti, metodologie, strumenti. Questi ultimi possono essere strutturati (videoregistrazione, griglie, checklist ecc.) o non strutturati (ad es. diario di bordo). L'osservatore dovrà quindi formarsi attraverso una fase di training, acquisire competenze e conoscenze specifiche per essere in grado di utilizzare

questi strumenti e per rilevare il fenomeno che intende studiare (Venuti, 2001). I dati che si ricavano dall'osservazione possono essere sia qualitativi che quantitativi. Quelli qualitativi hanno una struttura narrativa (Hilliard, 1993), mentre quelli quantitativi si prestano a diverse misurazioni e analisi (per es. misurazione di frequenza e di durata, analisi sequenziali ecc).

VIDEO

The Strange Situation | Mary Ainsworth, 1969 | Developmental Psychology

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 3: L'OSSERVAZIONE E GLI INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Unit 1: L'IMPORTANZA DELL'OSSERVAZIONE

4.3.1 - The Strange Situation _Mary Ainsworth, 1969_Developmental Psychology

4.3.1 - La Strange Situation - Mary Ainsworth, 1969.txt[31/07/2019 13:01:13]

La Strange Situation / Mary Ainsworth, 1969 / Psicologia dello Sviluppo

Nel 1969, la psicologa americana

Mary Ainsworth ha consegnato alla psicologia dello sviluppo una nuova procedura per lo studio

dell'attaccamento nei bambini.

L'ha chiamata la "classificazione Strange Situation"

e viene chiamata più semplicemente "la Strange Situation".

Da adulto, sai quando hai sviluppato un attaccamento verso qualcuno. Sai come ci si sente,

E sai come esprimere i tuoi sentimenti in parole.

Tuttavia, quando si tratta di neonati e bambini, non hanno ancora sviluppato queste abilità, e dunque i ricercatori devono affidarsi a tecniche più sottili.

Come la strange situation,

che misura la sicurezza di un attaccamento in bambini da uno a due anni.

Una osservazione partecipatoria di 20 minuti durante la quale il ricercatore osserva le risposte comportamentali del bambino ad una serie di scenari.

la Strange Situation di Ainsworth include otto fasi, ognuna della durata di circa tre minuti.

All'inizio, la madre, il bambino ed il ricercatore sono tutti insieme nella stanza,

Uno spazio piccolo e dai colori neutri con qualche giocattolo per far giocare il bambino.

Lo sperimentatore esce dopo circa un minuto e la madre ed il bambino rimangono soli per circa tre

minuti.

In questa fase

i ricercatori stanno osservando per vedere se il bambino è abbastanza sicuro di sé da esplorare il nuovo

ambiente o se resta vicino alla madre.

Uno sconosciuto si unisce al bambino e alla madre all'interno della stanza. I ricercatori registrano la

risposta del bambino a questo insolito nuovo arrivato,

che viene lasciato da solo con il bambino quando la madre lascia la stanza.

In questa fase, i ricercatori stanno osservando il comportamento del bambino cercando segni di ansia da

separazione.

Tre minuti dopo, la madre ritorna, ed i ricercatori osservano la risposta di riunione del bambino. Lo

sconosciuto lascia la stanza.

Ancora qualche minuto ed anche la madre lascia la stanza - lasciando il bambino da solo per la prima

volta da quando è iniziato l'esperimento.

La persona successiva ad entrare nella stanza è lo sconosciuto, e infine,

dopo tre minuti, la madre ritorna e lo sconosciuto esce, tutto sommato una situazione perfettamente

strana per tutti i coinvolti .

Quindi, cosa stavano misurando i ricercatori?

Quando la madre era nella stanza con il bambino, hanno valutato il comportamento su quattro scale:

"Vicinanza e ricerca del contatto". "Mantenimento del contatto".

"Evitamento della vicinanza e del contatto"

e "Resistenza al contatto e alla consolazione". I comportamenti esploratori del bambino sono stati anche

registrati mentre esplorava l'ambiente.

Ainsworth ha riferito che i bambini mostrano uno di tre tipi di attaccamento:

I bambini con attaccamento sicuro mostravano angoscia quando separati dalla loro madre, evitavano lo

sconosciuto quando erano soli,

ma erano amichevoli in presenza della madre ed erano felici quando la madre è ritornata dall'esterno

della stanza.

Il 70% dei bambini studiati rientrava in questa categoria.

Il 15% dei bambini mostrava un attaccamento ambivalente con la loro madre.

Questi bambini mostravano una forte angoscia quando la madre usciva dalla stanza e

dimostravano una importante paura dello sconosciuto. Quando la madre tornava nella stanza, i bambini ambivalenti si avvicinavano alla madre ma respingevano il contatto.

Ainsworth ha riferito che un 15% finale aveva uno stile di attaccamento evitante.

Questi bambini non mostrano ansia quando la madre lascia la stanza e giocano felicemente con lo

sconosciuto.

Quando la madre torna, i bambini evitanti sembrano a malapena accorgersene.

Nel 1990, Main e Solomon hanno aggiunto che una percentuale molto piccola di bambini

si mostrava inconsistente nel comportamento e hanno definito questo stile di attaccamento come

"disorganizzato".

La "ipotesi della sensibilità del caregiver" di Ainsworth suggerisce che le diversità negli stili di

4.3.1 - La Strange Situation - Mary Ainsworth, 1969.txt[31/07/2019 13:01:13]

attaccamento

dipendano dal comportamento della madre verso il bambino durante un periodo critico dello sviluppo.

UNIT 2: INDICATORI MALTRATTAMENTO E ABUSO

ARTICOLO

Schimmenti (2018) sottolinea come il trauma costituisca una lacerazione profonda per l'individuo che può impattare sui suoi processi psicologici condizionandone, a molteplici livelli, il funzionamento; in particolare esso comporta conseguenze relativamente al concetto di sé, alle modalità relazionali e al sistema di credenze. Inoltre, l'autore sottolinea che gli studi

scientifici hanno messo in luce come spesso gli eventi che possono essere definiti traumatici siano interrelati tra loro e che l'esposizione a molteplici esperienze traumatiche aumenta il rischio di sviluppare una psicopatologia (trauma cumulativo), specialmente nel caso in cui questo sia avvenuto durante l'infanzia e, in particolar modo, nel contesto delle relazioni familiari. Anche Curran e colleghi (2018) mettono in evidenza questo aspetto nella letteratura scientifica, sottolineando come questo comporti:

1. per i soggetti in età infantile che sono stati vittime di molteplici esperienze traumatiche, un incremento nel rischio di esperire depressione e senso di impotenza (Arata et al., 2007) ;
2. a livello longitudinale in età adulta per i soggetti con storie di abuso fisico e psicologico, un decremento dell'autostima e delle capacità di coping rispetto alle emozioni (in particolar modo rabbia e aggressività), aumento di comportamenti sessuali devianti e di difficoltà di adattamento psico-sociale (Sesar et al., 2010);
3. per le vittime di abuso sessuale o fisico un maggiore rischio di avere difficoltà psicosociali e comportamenti asociali o antisociali, sintomi fisici cronici, disturbi ansiosi o depressivi, sintomatologie legate al trauma e alla dissociazione (Higgins e McCabe, 2000).
4. Inoltre, in adolescenza, la ricerca scientifica evidenzia anche un incrementato rischio di sviluppo di comportamenti delinquenti, di abuso di sostanze e di ricorso a condotte anticonservative, specie nei soggetti con PTSD o storie di poli-vittimizzazione.

In generale, la ricerca suggerisce, da un punto di vista epidemiologico, la connessione tra trauma e gravità della menomazione; inoltre, se subito durante l'infanzia, esso può comportare

gravi e invalidanti conseguenze sullo sviluppo delle capacità sia cognitive, sia emotive, sia sociali (Curran et al., 2018). Un aspetto che sembra particolarmente incidente sullo sviluppo e sugli esiti delle esperienze traumatiche nell'infanzia è la trascuratezza emotiva da parte delle figure di attaccamento – in particolare quelle aventi funzioni genitoriali - per il bambino (emotional neglect) (Schimmenti, 2018). Un'adeguata comprensione dei meccanismi sottostanti alla variabilità individuale nella risposta psicologica al trauma è importante sia per identificare i bambini esposti a rischi di distress a lungo termine, sia per strutturare idonei ed efficaci interventi (Ozer et al., 2003; Alisic et al., 2011). In particolare, è importante sottolineare che i minori reagiscono al trauma con modalità differenti rispetto agli adulti anche

in ragione del loro livello di sviluppo e delle loro capacità comprese quelle di gestione dei contenuti mnestici e delle risposte emotive agli accadimenti. Già Lonigan e colleghi (1998) avevano sottolineato l'esigenza che la ricerca scientifica si concentrasse sull'analisi delle reazioni infantili al trauma e dei fattori ad esso associati. Una delle questioni da essi sollevate era la necessità di approfondimento degli indicatori – specificamente validi e affidabili per la popolazione infantile e non semplicemente mutuati dalle condizioni riscontrate in soggetti

adulti - in merito alle reazioni normali versus psicopatologiche dei bambini agli eventi avversi.

Un'interessante area di indagine è, infatti, quella riguardante la distinzione fra le reazioni tipiche al trauma e quelle condizioni in cui è possibile riscontrare una risposta psicopatologica

con un focus particolare a quali sintomi consentano una visione differenziale tra le due condizioni e un miglioramento delle possibilità di efficace assessment da parte dei clinici (Lonigan et al., 1998). La letteratura offre molte informazioni sugli indicatori di maltrattamento

e abuso, sottolineando che si tratta di segnali spesso aspecifici che vanno letti con attenzione e

prudenza, poiché non sempre indicano esclusivamente la dimensione del maltrattamento.

Occorre infatti che gli operatori migliorino sempre di più le loro capacità di cogliere la sofferenza del bambino nei contesti in cui si trovano, offrendogli le adeguate condizioni affinché si possa sentire accolto ed aiutato ad esprimere le sue emozioni e le sue difficoltà.

Insieme alle tecniche di osservazione gli operatori possono utilizzare delle griglie di indicatori

per approfondire il più possibile il problema. A titolo di esempio si allega il link al documento

redatto dal CE.S.P.IM (Centro Servizi per il volontariato Provincia di Imperia) dal titolo "*Il Silenzio dei Passerotti. Progetto per il contrasto ed il recupero del maltrattamento e abuso di bambini e bambine*", in cui sono visionabili alcuni esempi di indicatori di maltrattamento e abuso.

VIDEO

Different types of child abuse

VIDEO LONGOBARDI - INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Commentato [1]: The name of the doc is:

Indicatori_liguria

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 3: L'OSSERVAZIONE E GLI INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Unità 2: INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

4.3.2 - Different types of child abuse

4.3.2 - Diverse forme di abuso infantile.txt[31/07/2019 13:01:29]

Diverse forme di abuso infantile

Ci sono molte forme di abuso infantile.

Abuso online: l'abuso online è qualunque tipo di abuso che avviene attraverso internet.

Può essere sotto forma di cyberbullying, grooming, abuso sessuale e

sfruttamento o abuso emotivo, da persone che conoscono così come da sconosciuti.

L'abuso online può avvenire solo online oppure in aggiunta all'abuso nel mondo reale

Poichè la tecnologia è ovunque,

i bambini ed i giovani che soffrono per questa forma di abuso potrebbero sentirsi intrappolati e senza un posto in cui scappare,

ovunque vadano, come la loro camera da letto,

che dovrebbe essere un posto sicuro per loro. Grooming: il grooming è quando un adulto costruisce una connessione con un bambino allo scopo di abusarlo o sfruttarlo sessualmente. Questo può essere fatto online, o nel mondo reale, da uno sconosciuto o qualcuno che conoscono. Abuso sessuale: l'abuso sessuale è quando un bambino viene costretto o persuaso a partecipare in qualunque tipo di atto sessuale, e questo non deve essere necessariamente fisico. A volte il bambino potrebbe non essere cosciente del fatto che ciò che sta succedendo sia abuso o che ciò che sta succedendo è sbagliato. Abuso fisico: l'abuso fisico è fare deliberatamente del male ad un bambino, causando dunque danni come costole rotte, bruciate o tagli. Potrebbe essere calciato, preso a pugni, schiaffeggiato, avvelenato, bruciato, o potrebbero venirgli lanciati degli oggetti. I bambini possono essere scossi, a volte così violentemente che porta alla sua morte.

Neglect\Incuria:

L'incuria è un fallimento continuo nel soddisfare i bisogni più basilari di un bambino. I bambini lasciati affamati, non lavati o non adeguatamente vestiti, non protetti dalle intemperie o non supervisionati sono tutti esempi di bambini trascurati. L'incuria può anche avvenire sotto forma di un genitore o badante che non protegge un bambino da altri tipi di abuso.

Bullismo:

il bullismo è un comportamento che ferisce qualcun altro, ad esempio gli insulti, le spinte, la diffusione di pettegolezzi, le minacce o i sabotaggi. Questo può succedere ovunque, anche nella loro stessa casa, e spesso lungo un periodo di tempo esteso.

L'abuso emotivo, anche conosciuto come abuso psicologico, quando un genitore o un badante maltratta o trascura emotivamente

un bambino in maniera costante, ad esempio tentando deliberatamente di spaventare o umiliare un bambino oppure isolandolo o ignorandolo. Comportamento sessuale dannoso:

i bambini e le persone giovani che sviluppano un

4.3.2 - Diverse forme di abuso infantile.txt[31/07/2019 13:01:29]
comportamento sessuale dannoso danneggiano se stessi e gli altri utilizzando parole e frasi sessualmente esplicite, contatto inappropriato,

l'utilizzo di violenza sessuale e minacce oppure effettuando sesso penetrativo completo con altri

bambini o adulti. Lo sfruttamento sessuale infantile è un'altra forma di abuso infantile. I bambini e i giovani che vengono sfruttati sessualmente sono persone vulnerabili che vengono ingannate o manipolate nel credere di essere in una relazione amorevole, e sicura. Potrebbe essere offerto loro del denaro o altre ricompense per poi farli finire in schiavitù. Potrebbero essere stati adescati online e poi essere diventati completamente dipendenti dal loro abusante, rendendo loro ancora più difficile andarsene. Anche il traffico di bambini costituisce abuso infantile. I bambini possono essere venduti per manodopera a basso costo, abuso sessuale, servitù domestica, frode per ottenere indennità e matrimonio forzato.

Modulo 4 - TRAUMA: GOOD PRACTICE E POLICIES

LEZIONE 3: L'OSSERVAZIONE E GLI INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Unità 2: INDICATORI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

4.3.2 Longobardi - Child Abuse and Mistreatment

4.3.2 LONGOBARDI - Indicatori di maltrattamento e abuso.txt[31/07/2019 13:01:46]

Siamo nell'ambito del maltrattamento e abuso all'infanzia, e prima di accedere a quelle che sono le conseguenze relative a un evento traumatico, quindi, all'esposizione a forme di violenza specifiche sugli indicatori comportamentali, accenneremo brevemente a quelle che sono le categorie di vittimizzazione nell'ambito dell'abuso.

Partiamo quindi dalle classificazioni internazionali relative al maltrattamento psicologico, definito anche

"Emotional abuse" \ "Psychological abuse", abbiamo poi l'abuso fisico, e infine l'abuso sessuale.

Per maltrattamento psicologico, sono quelle esposizioni a forme di violenza caratterizzate proprio da un

danno fisico a cui il bambino va incontro, quindi un evento traumatico molto molto forte perchè ha delle

conseguenze sul processo di sviluppo, adesso vedremo a quali faccio riferimento.

Per quanto riguarda l'esposizione invece a forme di violenza psicologica facciamo riferimento a insulti, a

denigrazioni, a isolamento sociale del bambino, a una certa trascuratezza, e quindi sono quelle forme di

violenza meno visibili ma che hanno un impatto psicologico, quindi un evento traumatico, a lungo

termine.

Infine per quanto riguarda l'abuso sessuale facciamo riferimento a tutti quegli atti legati alla vittimizzazione, legati ad una esposizione fisica alla violenza, quindi ad un incesto, oppure sfioramenti,

toccamenti vari da parte di chi si occupa del bambino in una situazione protetta. Ma vediamo quali sono le conseguenze relative all'abuso che può essere esercitato, delle forme di violenza a carico di un bambino. Vengono definiti in genere indicatori sia comportamentali sia emotivi. Le conseguenze a cui va incontro il bambino durante il suo percorso di sviluppo sono legate ad esempio a disturbi della percezione corporea, quindi della propria immagine corporea, proprio perchè non riesce a comprendere se il suo corpo è bambino o adulto perchè viene erotizzato fin dall'infanzia. Facciamo riferimento a ripetute difficoltà legate al sonno, quindi l'evento traumatico ha un impatto proprio sulla regolazione del ritmo sonno-veglia. Facciamo riferimento anche a disturbi dell'attenzione, e a difficoltà di concentrazione e di attenzione a livello scolastico. Se i bambini sono più piccoli quindi nella fascia 3-5 anni, sono presenti anche disturbi dell'evacuazione. In piena adolescenza facciamo riferimento invece ad altre manifestazioni di disagio che il bambino o il ragazzo esprime come ad esempio disturbi dell'alimentazione, inclusi anoressia e bulimia, atti di aggressività esplicita verso tutti i soggetti che tendono ad esprimere un comportamento di natura attenzionale verso il bambino, quindi il bambino si difende con l'aggressività esplicita. Infine atti di autolesivismo, proprio perchè c'è una sofferenza insita, interna al bambino per l'evento traumatico subito, che quindi reagisce con l'arrecare danno a se stesso oltre che naturalmente ad altri soggetti. Queste alcune delle conseguenze di esposizione ad eventi traumatici nell'infanzia, nella fanciullezza e nella adolescenza, ma sono molteplici quelle indagate dalla letteratura, abbiamo anche difficoltà di apprendimento, isolamento e comportamenti antisociali come uso e abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti, comportamenti sessuali promiscui, esposizione a particolari malattie sessualmente trasmissibili. Quindi, questo ci fa comprendere quanto una normale traiettoria di un percorso di sviluppo non va a buon fine perchè chi si occupa del bambino e ha funzione di child care tende ad esprimere quelle forme di maltrattamento fisico accertate in precedenza, quindi legate al picchiare e infliggere volontariamente dolore al bambino, o di natura sessualizzata, quindi, l'erotizzare il corpo del bambino per degli sfoghi personali, o di natura psicologica come l'umiliare, isolare e denigrare il bambino, ha un evento di tipo traumatico sul bambino con le conseguenze che abbiamo appena indicato. Conseguenze

che poi sono indicatori di natura comportamentale ma anche emotiva che altro non esprimono che un disagio che il bambino sta vivendo in quello specifico momento e sul quale è necessario intervenire precocemente prima che le conseguenze diventino sempre più traumatiche ed insite nello sviluppo della personalità del soggetto, con conseguenze di natura, naturalmente, psicopatologica.

UNIT 3: BIBLIOGRAFIA

Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*(5), 736-747. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.001

Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 393-415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006

Bion, W. (1962). A Theory of Thinking. *The International Journal of Psycho-analysis, 43*, 306-310.

Bornstein, M. H. (2001). Introduzione: osservazione e sperimentazione con i bambini nei primi anni di vita. In Venuti, P. (Ed). (2001). *L'osservazione del comportamento*, 17-21, Roma: Carocci Editore

Curran, E., Adamson, G., Rosato, M., De Cock, P., & Leavey, G. (2018). Profiles of childhood trauma and psychopathology: US National Epidemiologic Survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 53*(11), 1207-1219. doi: 10.1007/s00127-018-1525-y

Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child maltreatment, 5*(3), 261-272. doi: 10.1177/1077559500005003006

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in Psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 373-380.

Lis, A., Venuti, P. (1986). *L'osservazione nella psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti Gruppo Editoriale

Lonigan, C. J., Elbert, J. C., Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(2), 138-145.

Mantovani, S., Kanizsa S. (1995). *La ricerca sul campo in educazione : i metodi qualitativi*. Milano: Mondadori.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 129*(1), 52-73. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.3

Sesar, K., Šimić, N., & Barišić, M. (2010). Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croatian medical journal, 51*(5), 406-416. doi: 10.3325/cmj.2010.51.406

Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation, 19*(5), 552-571. doi: 10.1080/15299732.2017.1402400

Venuti, P. (2001). *L'osservazione del comportamento: ricerca psicologica e pratica clinica*. Roma: Carocci editore.

Vigna, D. (2002). *Imparare ad osservare*. Roma: Borla Edizioni

Modulo 4 Lezione 3 – L'importanza dell'osservazione, indicatori di maltrattamento e abuso.

1. L'osservazione viene definita come (Mantovani, 1995):
 - A) **Una forma di rilevazione finalizzata all'esplorazione di un determinato fenomeno**
 - B) Un momento intermedio tra un fenomeno e la sua interpretazione
 - C) La descrizione di una specie all'interno di un catalogo
 - D) Un modo oggettivo e fedele di registrare la realtà
 2. Durante l'osservazione, è importante:
 - A) **Evitare di farsi influenzare da pregiudizi e preconcetti**
 - B) Evitare a tutti i costi di essere coinvolti nell'interazione con l'oggetto dell'osservazione
 - C) Utilizzare sempre strumenti osservativi strutturati
 - D) La velocità di giudizio
 3. In un minore, la presenza di indicatori e segni associati a maltrattamento e abuso...
 - A) **Può essere dedotta attraverso l'osservazione di emozioni e comportamenti**
 - B) Andrebbe considerata senza tener conto dei comportamenti
 - C) Corrisponde, in ogni caso, a situazioni di maltrattamento e abuso
 - D) Si traduce nella decadenza immediata della responsabilità genitoriale
 4. Secondo Schimmenti (2018), le esperienze traumatiche...
 - A) **Aumentano la probabilità di sviluppare una psicopatologia, particolarmente quando il soggetto è sottoposto ad una esposizione multipla (trauma cumulativo)**
 - B) Sono sempre facilmente superabili parlando con amici e familiari dell'evento
 - C) Non provocano danni se si tratta di un singolo evento, grazie alla neuroplasticità
 - D) Andrebbero repressi, cercando di non pensarci
- ©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Training and assessment Italian Version

MODULI 5 e 6

Il quadro normativo e i principi giuridici fondamentali all'interno dei quali si inserisce il Trauma Informed Care (TIC)

Obiettivi formativi:

- a. Conoscere per sommi capi il processo culturale e legale che ha portato a livello mondiale ed europeo al riconoscimento che le persone di minore età sono soggetti di diritti e che esiste un obbligo per lo Stato di intervenire prontamente ed efficacemente per la loro protezione in caso di maltrattamenti
- b. Conoscere i diritti e i principi fondamentali posti dal quadro normativo internazionale ed europeo vigente sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza all'interno del quale si inserisce il *Trauma Informed Care* (TIC), con particolare riguardo al diritto di bambini e ragazzi ad essere informati e a partecipare alle procedure che li riguardano
- c. Conoscere quali siano e comprendere come funzionino i dispositivi normativi che garantiscono la partecipazione dei minorenni che abbiano subito maltrattamenti ai procedimenti decisionali (amministrativi e giudiziari) in cui si decida degli interventi per la loro protezione (es. diritto del minore capace di discernimento di essere ascoltato e, in alcuni casi, dovere di ottenere il consenso del ragazzo per poter attivare

lo strumento)

d. Comprendere le ricadute operative sulle politiche sociali e sanitarie del *children's rights based approach*

e. Acquisire e padroneggiare la terminologia giuridica pertinente.

Unit_0_2_Video interno (Prof. ssa Scomparin)

L'obiettivo del modulo giuridico è quello di far comprendere il quadro normativo e i principi giuridici fondamentali, all'interno dei quali si inserisce il *Trauma Informed Care*. Al termine del modulo, occorrerà imparare a utilizzare correttamente concetti come abuso, maltrattamento, pregiudizio, stato di abbandono.

Obiettivi formativi specifici di questo corso sono conoscere il processo culturale e giuridico che ha portato, a livello mondiale ed europeo, al riconoscimento che le persone di minore età sono soggetti di diritti e che esiste un obbligo per lo Stato di intervenire prontamente ed efficacemente per la loro protezione in caso di maltrattamenti.

Nel modulo giuridico, imparerete anche a conoscere i diritti e i principi fondamentali posti dal quadro normativo internazionale ed europeo vigente in materia di diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, un quadro all'interno del quale si inserisce il *Trauma Informed Care*; con particolare riguardo al diritto di bambini e ragazzi a essere informati ed essere ascoltati nelle procedure in cui si decida della loro assistenza, delle loro cure e del loro futuro, anche dopo la cessazione della presa in carico da parte dello Stato.

Nel modulo giuridico imparerete anche a conoscere e comprendere come funzionano i dispositivi normativi che garantiscono la partecipazione dei minorenni, che abbiano subito maltrattamenti, ai procedimenti decisionali, siano essi amministrativi o giudiziari, in cui si decida degli interventi per la loro protezione; quindi, il diritto ad esempio del minore, capace di discernimento, di essere ascoltato e, in alcuni casi, il dovere di ottenere anche il consenso del ragazzo per poter attivare lo strumento di protezione.

Infine, una parte del modulo sarà dedicata alle ricadute operative sulle politiche sociali e sanitarie del *children's rights based approach* e questo avverrà sia attraverso una panoramica generale, sia attraverso alcuni casi di studio; quindi, ad esempio, attraverso l'analisi delle politiche di contrasto attivate contro le pratiche di mutilazione genitale femminile, o contro l'utilizzo delle punizioni corporali in famiglia, o, ancora, attraverso l'analisi delle politiche che molti Paesi hanno adottato per nominare un tutore come assistente o supporto ai minori stranieri non accompagnati.

Unit_1_1_ Glossario giuridico sul trauma all'infanzia

Il termine "trauma" non viene comunemente utilizzato nel linguaggio giuridico.

La Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) per esempio fa

riferimento a "ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di

negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale" (articolo 19)

ABUSO e MALTRATTAMENTI:

Il Consiglio d'Europa definisce come **abuso all'infanzia (child abuse)**: «gli atti e le carenze che

turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o

psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino» (IV Seminario

Criminologico – Strasburgo, 1978)

L'Organizzazione mondiale della sanità afferma che: "per **abuso all'infanzia e maltrattamento**

(**child abuse, maltreatment**) debbano intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere ”

(Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Report on Violence and Health*, 2002).

Sia gli abusi, sia i maltrattamenti possono concretizzarsi in:

- condotte attive (esempio percosse, lesioni, atti sessuali, sfruttamento)
- condotte omissive (esempio incuria, trascuratezza, negligenza).

L'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non esclude l'ipotesi di maltrattamento o abusi. Ad

esempio può integrare **abuso** la condotta dell'insegnante / genitore che *umilia, svaluta, denigra o*

violenta psicologicamente un minore o una minaccia, quando costituisca una *violenza psicologica*

che possa causare un danno alla salute psico-fisica del minore e ne leda la dignità.

Con i termini **VIOLENZA** e **SFRUTTAMENTO (violence and exploitation)** si fa usualmente

riferimento a condotte commissive realizzate a danno del minore.

Lo **sfruttamento**, in particolare, può essere di natura economica o di natura sessuale

- articolo 32 (CRC): “Gli Stati parti riconoscono il diritto del fanciullo di essere protetto controllo sfruttamento

economico e di non essere costretto ad alcun lavoro che comporti rischi o sia suscettibile di porre a repentaglio

la sua educazione o di nuocere alla sua salute o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale.”

- articolo 34, comma 1 (CRC): “Gli Stati parti si impegnano a proteggere il fanciullo contro ogni forma di

sfruttamento sessuale e di violenza sessuale.”

Il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza stabilisce che per “**violenza**” s'intenda “ogni forma di violenza fisica o mentale, lesione o abuso, trattamento negligente

o d'abbandono, maltrattamento o sfruttamento, incluso l'abuso sessuale”. Nel linguaggio comune il

termine violenza è spesso utilizzato per designare solo il danno fisico e/o il danno intenzionale.

Tuttavia, il Comitato pone una forte enfasi sul fatto che la scelta del termine violenza nel presente

commento generale non deve essere interpretata in nessun modo come volta a minimizzare l'impatto

o il bisogno d'affrontare forme di danno non fisiche e/o non intenzionali (come, fra le altre, l'abbandono e il maltrattamento psicologico) (Il diritto del minore alla libertà da ogni forma di

violenza General comment n. 13 (2011) CRC/C/GC/13, 18 aprile 2011).

Infine, con l'espressione **STATO DI ABBANDONO** si indica una situazione di grave e permanente inadeguatezza dei genitori a prendersi cura del minore in conseguenza di una **negligenza**

(**neglect or negligent treatment**) o gravi violenze o sfruttamenti.

Unit_1_2_video Video interno - Prof.ssa Long

Buongiorno. **Obiettivo di questo video** è quello di fornire alcuni elementi di conoscenza sul processo culturale e legale che ha portato, da un lato, al riconoscimento del fatto che **le persone di età minore sono anche esse soggetti di diritti**, cioè che sono titolari dei diritti usualmente riconosciuti a ogni essere umano in quanto tale nonché dei diritti loro specificamente riconosciuti per il fatto di essere soggetti in formazione; in secondo luogo, il percorso che ha portato il riconoscimento dell'esistenza di un dovere dello Stato di intervenire a protezione e a promozione dei diritti delle persone di età minore che siano vittime di violenza e maltrattamenti.

Per inquadrare l'argomento leggo alcune righe tratte da un libro del 2006, intitolato "**La vita e le regole**", edito da Feltrinelli in Italia. L'autore è Stefano Rodotà, giurista, politico italiano, tra gli autori della Carta europea dei diritti fondamentali.

Scriva Rodotà: "la regola giuridica non può essere pensata come ciò che rimuove il dolore dal mondo, ma come uno dei criteri che segnano la soglia del dolore tollerabile, personalmente e socialmente.

Mi pare che questo testo ci aiuti a inquadrare il tema della reazione dello Stato di fronte al maltrattamento dell'infanzia perché evidenzia: anzitutto, **che il diritto non è onnipotente**. E questo significa che anche se esistono delle norme giuridiche che reprimono la violenza e i maltrattamenti nei confronti dell'infanzia e che cercano di prevenirli, non per questo, purtroppo, violenza e maltrattamenti non si verificano nella pratica. Oltre a ciò occorre ammettere che non sempre, in concreto, quando queste violenze e maltrattamenti si verificano lo Stato riesce ad attivare un intervento tempestivo ed efficiente.

Oltre a ciò, le brevi righe del testo di Rodotà ci aiutano a riflettere sulla soglia per l'intervento dello Stato, in generale per la protezione dei soggetti che si trovano in gravi condizioni di disagio e poi, nello specifico, a sostegno dei minori vittime di maltrattamenti. Ecco, questa soglia può essere individuata nell'attacco, nella violazione della dignità umana. Quindi, l'intervento dello Stato deve verificarsi quando la soglia del dolore è così alta da pregiudicare la dignità stessa dell'essere umano e la ratio dell'intervento dello Stato in questi casi deve essere individuata nel generale dovere di solidarietà sociale che porta, una delle funzioni dei diritti, tutela delle libertà individuali e tutela specifica dei soggetti in condizione di vulnerabilità.

Ma veniamo ora alle tappe fondamentali di questo percorso che ha condotto al riconoscimento del minore come soggetto di diritti e al dovere dello Stato di protezione dei minori vittime di maltrattamenti.

Una prima data fondamentale può essere individuata nel **1874**. In quell'anno nella città di New York, negli Stati Uniti, si tiene il processo ai danni di una donna, la madre di una bambina di nome **Mary Ellen Wilson**. Il caso di Mary Ellen Wilson è un caso giudiziario che suscita molto clamore perché pone in luce l'inesistenza di un sistema pubblico di protezione dell'infanzia e fu proprio il caso specifico che portò alla creazione della prima charity specializzata in materia: la **New York Society for the prevention of Cruelty to children**.

Cos'era successo? I vicini di casa avevano segnalato a una missionaria metodista, di nome Etta Wheeler, che una bambina dell'apparente età di 5 anni (Mary Ellen, appunto, che risulterà poi avere 10 anni) era vittima di maltrattamenti da parte della madre. Etta Wheeler entra nell'abitazione con la scusa di chiedere aiuto per una vicina che aveva una disabilità cronica.

Con la scusa di chiedere aiuto per una vicina Etta Wheeler entra nella casa dei genitori di Mary Ellen e può così verificare in prima persona la situazione della bambina, che trova effettivamente essere vittima di maltrattamenti, sia di natura fisica, perché presentava

ustioni, ematomi, dei tagli sul corpo e anche un abbigliamento non adatto alla stagione; ma anche maltrattamenti di carattere psicologico, perché la bambina per esempio, per molte ore al giorno era spesso costretta a stare rinchiusa in un armadio, nonché non poteva uscire in strada, se non nel cortile del palazzo notte tempo.

Etta Wheeler contatta l'ente locale, cerca di ottenere dalle autorità locali l'allontanamento della bambina dalla casa familiare, ma gli enti locali rifiutano in assenza di un quadro giuridico che tale allontanamento consentisse. Etta Wheeler non demorde: chiede e ottiene l'aiuto di un avvocato specializzato in protezione degli animali dalle crudeltà e utilizzando questo quadro normativo riesce ad ottenere l'obiettivo di allontanare la bambina dalla casa e, come dicevo, nel 1874 viene anche celebrato il processo che si concluderà con la condanna della madre a un anno di reclusione per i maltrattamenti subiti da Mary Ellen.

Andando per tappe molto ampie un'altra data significativa nel processo di affermazione dei diritti dell'infanzia è il **1924**. Questa volta siamo in Europa, nella città di Ginevra. La Società delle Nazioni proclama la Carta, la **Dichiarazione cosiddetta "di Ginevra", la Dichiarazione dei diritti del fanciullo**. È ancora una Carta che è fortemente incentrata sulle necessità materiali e affettive dei minori e i minori sono concepiti essenzialmente come destinatari passivi dei diritti. Per fare un esempio, la Dichiarazione recita: "Il fanciullo che ha fame deve essere nutrito; il fanciullo malato deve essere curato".

Occorrerà aspettare qualche decennio per arrivare a una nuova Carta, la **Dichiarazione universale de diritti del fanciullo, Dichiarazione di New York del 1959**, questa volta nell'ambito delle Nazioni Unite, per arrivare a un documento in cui vengono riconosciuti i minori come soggetti di diritto, e quindi si introduce il concetto che anche il minore, al pari di ogni essere umano, può essere direttamente titolare di diritti. Nel principio primo, per esempio, si legge: "il fanciullo deve godere di tutti i diritti enunciati nella presente dichiarazione". E poi, per esempio, il principio terzo: "il fanciullo ha diritto, sin dalla nascita, a un nome e una nazionalità".

Questa formulazione in termini di diritti dell'infanzia viene poi ripresa nel documento più noto a livello mondiale sui diritti dell'infanzia che è la **Convenzione delle Nazioni Unite del 1989**. Ho sottolineato il termine "convenzione" perché questa rappresenta una prima importante novità rispetto ai documenti del 1924 e del 1959. La Convenzione del 1989 è un documento che è vincolante per gli Stati che l'hanno ratificata, diversamente invece dalla Dichiarazione che è un atto dotato di un'efficacia meramente programmatica e, dunque, persuasiva per gli Stati che ne erano i destinatari. La Convenzione del 1989 si segnala anche per l'istituzione di un meccanismo di monitoraggio e di controllo che è incentrato sul Comitato dei diritti dei fanciulli che ha sede a Ginevra e che esamina i rapporti periodici che vengono presentati dagli Stati membri sull'implementazione della Convenzione all'interno degli ordinamenti nazionali. Per quanto concerne l'articolato vengono al minore riconosciuti tutti i diritti riconosciuti in generale dalle Carte internazionali agli esseri umani, più alcuni specifici diritti che spettano ai minori in quanto soggetti in formazione. In tema di maltrattamento all'infanzia segnalo, in particolare, l'articolo 19 che tutela "il fanciullo contro ogni forma di violenza" in ambito familiare; poi l'articolo 34, "protezione contro sfruttamento e violenza sessuale"; il 35 "protezione del minore contro rapimento, vendita e tratta"; il 37 "protezione contro tortura, pene o trattamenti inumani e crudeli"; e poi l'articolo 39, assai rilevante perché stabilisce che: "Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il recupero fisico e psicologico e il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di maltrattamenti.

Unit_1_4_ Lettura del riassunto della sentenza Corte europea dei diritti dell'uomo, Z. e a. c. Regno Unito, 10 maggio 2001.

CAUSA Z E ALTRI contro REGNO UNITO

sentenza 10 maggio 2001

IL FATTO

La causa trae origine da una domanda contro il Regno Unito presentata dai ricorrenti il 9 ottobre 1995.

I ricorrenti, Z, A, B e C, erano quattro fratelli di età compresa tra i sette e i tredici anni che lamentavano la violazione degli articoli 3, 6, 8 e 13 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo

in ragione del fatto che l'autorità locale non aveva adottato misure adeguate per proteggerli dalla

negligenza e dagli abusi di cui erano stati vittime.

La famiglia veniva segnalata per la prima volta ai servizi sociali nell'ottobre 1987 dal loro assistente

sanitario, preoccupato per le condizioni dei bambini e i problemi tra i coniugi.

La famiglia veniva riesaminata in un ulteriore incontro nel marzo 1988 e, poiché sembrava che le

preoccupazioni fossero diminuite, il fascicolo veniva chiuso.

Successivamente, veniva riferito da un vicino che i bambini rimanevano chiusi fuori casa per gran

parte della giornata. A ciò si aggiungeva la circostanza, riferita dalla polizia e confermata dal medico

di famiglia, secondo cui le camere dei bambini erano sporche e, secondo il medico, le porte delle

camere dei bambini erano spesso chiuse a chiave.

In una riunione di professionisti del 4 ottobre 1989, alla quale avevano partecipato i servizi sociali, il

dirigente scolastico, i medici dei richiedenti e il personale sanitario, veniva deciso che nessun assistente sociale sarebbe stato incaricato di seguire la famiglia; si stabiliva che la scuola dovesse

monitorare il peso dei bambini più grandi e l'assistente sanitario dovesse continuare a visitare regolarmente la famiglia.

Il 13 dicembre 1989, l'assistente sanitario chiedeva che i quattro bambini fossero iscritti nel Registro

di protezione del bambino - elenco confidenziale di bambini che sono a rischio continuo di abuso

fisico, emotivo o sessuale o negligenza - poiché riteneva che la madre non potesse offrire loro cure

adeguate. Questo suggerimento veniva respinto; alla famiglia veniva assegnata un'assistente sociale,

la signora M.

In un'ulteriore riunione dei professionisti, il 3 ottobre 1990, l'assistente sociale, M., dichiarava di

essere preoccupata per la sporcizia dei ricorrenti e per la mancanza di interesse della madre: i bambini

defecavano nella loro camera da letto e spalmavano escrementi sulle loro finestre.

A causa della preoccupazione per i bambini, in una riunione di professionisti del 5 dicembre 1990

veniva presa la decisione di organizzare una conferenza per il caso nel gennaio 1991.

Alla successiva riunione tenutasi il 28 gennaio 1991, la sig.ra M. dichiarava che la camera dei ragazzi

non aveva luce, tappeti o giocattoli e che la loro biancheria da letto era bagnata, puzzolente e macchiata di terra. Il loro dirigente scolastico affermava che Z spesso piangeva, A saccheggiava i bidoni della spazzatura della scuola ed era spesso sporco, e B appariva desiderosa di attenzione e affamata.

All'esito di queste dichiarazioni si concludeva tuttavia che, nonostante le numerose preoccupazioni in merito alle capacità accuditive dei genitori dei ricorrenti e alle condizioni della casa, si riteneva che i genitori non trascurassero volontariamente i loro figli e che, data la loro scarsa educazione, stessero facendo ciò che potevano ma che fosse necessario un sostegno continuo per cercare di migliorare la situazione. Veniva comunque deciso di non iscrivere i bambini nel Registro di protezione del bambino.

Il 10 giugno 1992 la madre dei ricorrenti chiedeva aiuto per l'assistenza dei figli, dichiarando che se i bambini non fossero stati allontanati li avrebbe picchiati. I ricorrenti venivano posti in affidamento di emergenza ed iscritti al Registro di Protezione del bambino sotto le categorie di abbandono e abuso emotivo dopo una riunione di protezione dei bambini del 22 giugno 1992.

L'8 ottobre 1992 l'autorità locale decideva di chiedere l'allontanamento dei bambini. Le ordinanze cautelari venivano emesse il 7 dicembre 1992.

Tutti i ricorrenti venivano visitati dalla dott.ssa Black, una consulente psichiatra infantile, nel gennaio 1993. La consulente dichiarava che i tre bambini più grandi mostravano tutti segni di disturbo psicologico. Z esibiva segni di grave malattia depressiva e si era assunta la responsabilità della sua famiglia e della rottura della stessa. La madre aveva tenuto nei suoi confronti un comportamento descritto come crudele ed emotivamente offensivo. A e B erano stati entrambi identificati come affetti da disturbo da stress post-traumatico. La consulente evidenziava che tutti i bambini erano stati privati di affetto e cure fisiche e qualificava la vicenda come il peggiore caso di negligenza di cui si fosse occupata nella sua carriera professionale.

Nel giugno 1993 i ricorrenti, assistiti da un avvocato, iniziavano un'azione legale contro l'autorità locale. L'avvocato domandava il risarcimento dei danni subiti per negligenza e/o violazione dei doveri legali sostenendo che l'autorità, contrariamente a quanto previsto dalla legge, non aveva tenuto in considerazione il benessere dei fratelli: le autorità locali avrebbero dovuto agire in modo più rapido e l'omesso intervento delle istituzioni aveva fatto sì che i ricorrenti riportassero gravi danni

psicologici.

La richiesta veniva respinta sia dal Giudice di primo grado, sia dalla Corte di appello.

I ricorrenti presentavano allora ricorso alla House of Lords.

Il 29 giugno 1995 la House of Lords respingeva il ricorso, ritenendo che non fosse possibile alcuna

azione nei confronti dell'autorità locale per negligenza o violazione degli obblighi statutari relativi

allo svolgimento di compiti volti al benessere dei bambini ai sensi della legge sui minori del 1989.

LA DECISIONE DELLA CORTE

La Corte afferma all'unanimità che sussiste una violazione dell'articolo 3 della Convenzione; che

nessuna questione separata sorge a norma dell'articolo 8 della Convenzione; con dodici voti contro

cinque stabilisce che non vi è stata violazione dell'articolo 6 della Convenzione; infine, con quindici

voti contro due, decide che sussiste una violazione anche dell'articolo 13 della Convenzione.

IL PERCORSO ARGOMENTATIVO DELLA CORTE

SULLA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 3 DELLA CONVENZIONE (“nessuno può essere

sottoposto a tortura o a trattamenti o punizioni disumane o degradanti”)

I ricorrenti affermavano che l'autorità locale non era riuscita a proteggerli da trattamenti inumani e

degradanti vietati dall'art. 3 della Convenzione.

La Corte ricorda che l'articolo 3 della Convenzione sancisce uno dei valori fondamentali delle società

democratiche e vieta in termini assoluti la tortura e le pene o trattamenti inumani o degradanti. Gli

Stati che hanno ratificato la Convenzione europea dei diritti dell'uomo hanno l'obbligo di adottare

misure per impedire che le persone sotto la loro giurisdizione siano sottoposte a tortura o a pene o

trattamenti inumani o degradanti. Queste disposizioni devono fornire una protezione efficace per i

bambini e altre persone vulnerabili e includere misure ragionevoli per prevenire maltrattamenti di cui

le autorità sapevano o avrebbero dovuto essere a conoscenza.

Nel caso in esame non vi è alcun dubbio che la negligenza e l'abuso subiti dai quattro figli richiedenti

siano tali da poter essere qualificati come trattamenti inumani e degradanti.

Tali trattamenti erano stati portati all'attenzione dell'autorità locale già nell'ottobre 1987.

L'autorità aveva l'obbligo di proteggere i bambini e disponeva di una serie di mezzi a tal fine, tra cui

il potere di allontanare i bambini dalla loro casa. I richiedenti, invece, furono allontanati d'urgenza

dalla casa familiare, su insistenza della madre, solamente il 30 aprile 1992.

Durante il periodo intermedio di quattro anni e mezzo, i bambini erano stati vittime di una terribile

negligenza che aveva determinato lesioni fisiche e psicologiche.

La Corte riconosce che i servizi sociali devono affrontare decisioni difficili e sensibili e riconosce altresì l'importanza del principio secondo cui la vita familiare dovrebbe essere rispettata e preservata.

In questo caso, tuttavia, non vi è dubbio che il sistema non sia riuscito a proteggere i bambini richiedenti da negligenza e gravi abusi per un lungo periodo di tempo.

Pertanto, la Corte riconosce l'esistenza di una violazione dell'articolo 3 della Convenzione.

SULLA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 13 DELLA CONVENZIONE (Diritto a un ricorso effettivo)

I ricorrenti hanno sostenuto di non aver ricevuto alcun rimedio per il danno da loro subito a causa

della mancata tutela da parte dell'autorità locale, facendo leva sull'articolo 13 della Convenzione.

Sul punto la Corte constata che in questo caso i ricorrenti non avevano avuto a disposizione mezzi

per ottenere accoglimento delle loro affermazioni secondo cui l'autorità locale avrebbe omesso di

proteggerli da trattamenti inumani e degradanti con la possibilità di ottenere un titolo esecutivo per il

risarcimento del danno subito.

Conseguentemente, non essendo stato loro offerto un rimedio effettivo in relazione alla violazione

dell'articolo 3, sussiste una violazione dell'articolo 13 della Convenzione.

Per contro, avendo constatato la violazione dell'articolo 3, la Corte ritiene che nessuna questione

separata sorga in relazione alla **VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 8 DELLA CONVENZIONE**

(Diritto al rispetto della vita privata e familiare).

Parimenti, la Corte ritiene che non vi sia stata alcuna **VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 6 DELLA**

CONVENZIONE (Diritto a un equo processo), posto che ai ricorrenti non è stato impedito in alcun

modo pratico di presentare le loro richieste dinanzi ai tribunali nazionali, tanto che il caso è stato

contestato fino alla House of Lords e i ricorrenti sono state giuridicamente assistiti a tale scopo.

Unit_1_6_Quiz 5 domande a scelta multipla

1) Nel linguaggio giuridico è "trauma" all'infanzia:

a) ogni forma di violenza fisica e non fisica, anche se non agita con intenzione di procurarla

b) solo la violenza fisica e agita con intenzione di procurarla

c) solo la violenza fisica, anche se non agita con intenzione di procurarla

d) ogni forma di violenza fisica o non fisica, se agita con intenzione di procurarla

FEEDBACK: il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza qualifica come violenza anche forme di danno non fisiche e/o non intenzionali (come, fra le altre, l'abbandono e il maltrattamento psicologico) (*Il diritto del minore alla libertà da ogni forma di violenza* General comment n. 13 (2011))

2) Nel caso di Mary Ellen Wilson la bambina vittima di maltrattamenti riceve protezione in applicazione del:

a) divieto di crudeltà sugli animali

b) divieto di trattamenti inumani e degradanti

c) divieto di punizioni corporali

d) divieto di abusi sui minori

FEEDBACK: dopo aver trovato le autorità locali riluttanti ad agire (in particolar modo perché

le sevizie sui bambini non erano ancora entrate nello stato di diritto), la tutela di Mary Ellen avviene grazie all'azione di un avvocato specializzato nella prevenzione della crudeltà verso gli animali che invocò il divieto di crudeltà sugli animali (v. contributo video)

3) Quale tra le seguenti affermazioni è vera?

a) Le persone di età minore sono titolari di specifici diritti loro riconosciuti in quanto persone in formazione

b) Le persone di età minore non sono soggetti di diritti

c) Le persone di età minore sono titolari dei soli diritti riconosciuti ad ogni essere umano in quanto tale

d) Le persone di età minore sono soggetti di diritti se hanno la capacità di discernimento

FEEDBACK: le persone di età minore sono soggetti di diritti (in particolare, sono titolari dei diritti riconosciuti a ogni essere umano in quanto tale e dei diritti loro riconosciuti per essere minorenni e dunque persone in formazione) (v. contributo video Prof.ssa Long)

4) Quale fra i seguenti rappresenta uno strumento specifico elaborato nell'ambito del Consiglio

d'Europa per la protezione del minore?

a) Convenzione di Lanzarote

b) CEDU

c) Carta sociale europea

d) Carta di Nizza

FEEDBACK: la CEDU, la Carta sociale europea e la Carta di Nizza (Carta dei diritti fondamentali

dell'Unione europea) sono strumenti generali in materia di diritti umani.

La Convenzione del Consiglio d'Europa del 2007 per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote) è invece uno strumento elaborato nell'ambito del Consiglio d'Europa per la protezione del minore.

5) Nella sentenza della Corte EDU Z. E ALTRI contro REGNO UNITO, viene riconosciuta la

violazione:

a) dell'articolo 3 Cedu (Proibizione della tortura)

b) dell'articolo 5 Cedu (Diritto alla libertà e alla sicurezza)

c) dell'articolo 6 Cedu (Diritto a un equo processo)

d) dell'articolo 8 Cedu (Diritto al rispetto della vita privata e familiare)

FEEDBACK: la Corte sostiene all'unanimità che sussiste una violazione dell'articolo 3 della Convenzione; che nessuna questione separata sorge a norma dell'articolo 8 della Convenzione; con dodici voti contro cinque, che non vi è stata violazione dell'articolo 6 della Convenzione; infine, con quindici voti contro due che sussiste una violazione dell'articolo 13 della Convenzione.

DOMANDE DI RISERVA:

6) Quale fra le seguenti affermazioni è vera?

a) Lo stato ha un dovere di intervenire anche se il minorenne non è vittima di maltrattamenti ma rischia di esserlo.

b) Lo Stato ha un dovere di intervenire efficacemente per la protezione dei minorenni vittime di

maltrattamenti solo se i fatti sono stati denunciati alle autorità.

c) Lo Stato ha un dovere di intervenire quando il dolore del minorenne ha superato una soglia stabilita

dalla legge.

d) Lo Stato ha un dovere di intervenire per la protezione dei minorenni solo qualora questi siano

effettivamente vittime di violenza.

FEEDBACK: lo Stato ha un dovere di intervenire prontamente ed efficacemente per la protezione dei

minorenni nel caso in cui siano vittima o rischiano di essere vittime di maltrattamenti. La soglia per

l'intervento dello Stato è il rispetto della dignità dell'essere umano (quindi lo Stato deve intervenire

quando il dolore di una persona, e in particolare dei bambini e dei ragazzi, è di intensità tale da

pregiudicarne la dignità stessa).

7) La Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia:

a) prevede un meccanismo di monitoraggio e controllo sull'attuazione della convenzione nei singoli

Stati

b) è vincolante per tutti gli Stati

c) non è vincolante

d) non prevede meccanismi di monitoraggio e controllo verso i singoli Stati

FEEDBACK: la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia è uno strumento vincolante per gli

Stati che l'hanno ratificata e prevede un meccanismo di monitoraggio e controllo che ha il suo centro in

un Comitato dei diritti del fanciullo, appositamente istituito e che esamina e valuta (anche mettendo in

luce le criticità) i rapporti periodici presentati dagli Stati membri sull'attuazione della convenzione nei

rispettivi ordinamenti.

Unit_2_1_Glossario_Organizzazioni e trattati internazionali e dell'UE

Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) = organizzazione internazionale fondata nel 1945, con l'obiettivo di mantenere la pace e la sicurezza internazionali, sviluppare relazioni amichevoli fra le nazioni, cooperare nella risoluzione dei problemi internazionali e nella promozione del rispetto per i diritti umani, rappresentare un centro per l'armonizzazione delle diverse iniziative nazionali. I Membri dell'ONU sono degli Stati Sovrani; le Nazioni Unite non sono un governo mondiale e non legiferano.

L'ONU, tuttavia, fornisce i mezzi per aiutare a risolvere i conflitti internazionali e formula politiche appropriate su questioni di interesse comune.

Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (CRC) = trattato internazionale approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989 che esprime un consenso su quali sono gli obblighi degli Stati e della comunità internazionale nei confronti dell'infanzia e riconosce per la prima volta che anche i bambini godono di diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici.

Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia = istituito dalla Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia allo scopo di **esaminare i progressi** compiuti dagli Stati parti nell'esecuzione

degli obblighi derivanti dal trattato, si compone di **18 esperti di alta moralità** e in possesso di una competenza riconosciuta nel settore oggetto della Convenzione. Il compito del Comitato è analizzare i rapporti periodici sull'attuazione della Convenzione che gli Stati parti sono impegnati a presentare in base a quanto previsto dall'art. 44 della Convenzione.

Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) = trattato internazionale mediante il quale gli stati membri del Consiglio d'Europa garantiscono i diritti fondamentali civili e politici non solo ai propri cittadini ma anche a chiunque si trovi sotto la loro giurisdizione. Firmata a Roma il 4 novembre 1950, la Convenzione è entrata in vigore nel 1953.

Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte di Strasburgo) = Corte internazionale istituita nel 1959 con sede a Strasburgo. Si pronuncia sui ricorsi individuali o statali inerenti presunte violazioni dei diritti civili e politici stabiliti dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. Dal 1998, la Corte è Organo permanente e può essere adita direttamente dagli individui.

Consiglio d'Europa = organizzazione internazionale il cui scopo è promuovere la democrazia, i diritti umani, l'identità culturale europea e la ricerca di soluzioni ai problemi sociali in Europa. Fondato il 5 maggio 1949 con il Trattato di Londra ha sede a Strasburgo e include 47 Stati membri, tra cui i 28 membri dell'Unione europea.

Attenzione! Il Consiglio d'Europa è estraneo all'Unione europea e non va confuso con organi di quest'ultima.

Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali (Convenzione di Lanzarote) = trattato con cui gli Stati membri si accordano per criminalizzare alcune forme di abuso sessuale nei confronti dei bambini. È il primo trattato internazionale che affronta gli abusi sessuali nei confronti dei bambini che avvengono all'interno della famiglia.

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul) = trattato internazionale che si propone di prevenire la violenza, favorire la protezione delle vittime ed impedire l'impunità dei colpevoli. È il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante a creare un quadro giuridico completo per proteggere le donne contro qualsiasi forma di violenza.

Unione europea = organizzazione economica e politica tra 28 paesi del continente europeo, creata dopo la Seconda guerra mondiale con l'obiettivo di promuovere una maggiore cooperazione economica tra gli Stati membri, è diventata col tempo un'organizzazione volta ad istituire le basi di un'Unione tra i popoli europei, salvaguardare la pace e ricercare l'unità politica e garantire, attraverso un'azione comune, progressi economici e sociali, quali sono la creazione di un mercato unico europeo e il rafforzamento della coesione sociale.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea (Cosiddetta Carta di Nizza) = proclamata nel corso del Consiglio Europeo di Nizza del 20 dicembre 2000, raccoglie tutti i diritti civili, politici, economici e sociali validi all'interno dell'Unione europea e sancisce il carattere fondamentale e la portata dei diritti umani per i cittadini dell'Unione. Nonostante sia divenuta giuridicamente vincolante solo a seguito dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, ha ispirato, fin dalla sua origine, l'attività del Parlamento europeo. Con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, la *Carta di Nizza* ha il medesimo valore giuridico dei trattati e si pone dunque come pienamente vincolante per le istituzioni europee e gli Stati membri.

Corte di giustizia dell'Unione europea (CGUE – Corte di Lussemburgo) = istituita nel 1952 ha sede a Lussemburgo ed interpreta il diritto dell'UE per garantire che sia applicato allo stesso modo in tutti gli Stati membri e dirime le controversie giuridiche tra governi nazionali e istituzioni dell'UE.

Eprocedure che li riguardano

Esercizi Moduli 1 e 2

MOOC blocks	building	Title	Description Supporting materials are optional and web linked To avoid copyright problems
Section/Module 1		Care Path Module 1 Corso Care Path Modulo 1	PRIMA SETTIMANA
Subsection/Lesson 1		The Theoretical Base Le basi teoriche	LINK VIDEO Care Path channel
Unit 1		Introduction And Disclaimer Introduzione e disclaimer	https://youtu.be/rptnC86iEmI
		materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1sV_c33rw6M1ep2SI4s0Q-B3tAfwxQII
Unit 2		La cornice di riferimento	https://youtu.be/61XYQn9ySVg
		esercizi	https://drive.google.com/open?id=1xb7vAkp6x8aNh-j3ZwoREUJIUT_mpXK0
Unit 3		Elementi di storia e Sociologia della Conoscenza: la realtà è socialmente costruita	https://youtu.be/IyZTL_0VBwo
		esercizi	https://drive.google.com/open?id=1B_OPww1gz2IYwTCG04mn7UxrtEf-nkmF
Unit 4		Brevi cenni sulla sociologia delle cure mediche	https://youtu.be/to41rjGpDvE
		esercizi	https://drive.google.com/open?id=1dRNjZuAvMB1n3DcmAEUoTtIW--asg8Xz
Unit 5		What is a helping relationship? Che cosa è una relazione di aiuto	https://youtu.be/ziiPAI0-n8
		Supporting material	
		Materiale di approfondimento	
		Exercises	https://drive.google.co

	Esercizi	m/open?id=1mjGI8L8x58ATIToK7gCUa-1TAVTGY5qt
Unit 6	The power differential, the risk of learned passivity: from passive patients to proactive citizens Il differenziale di potere, i rischi di passività appresa, da pazienti passivi a cittadini attivi	https://youtu.be/fDxQ3qpw0Cs
	Supporting material	https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/BPS%20Practice%20Guidelines%20%28Third%20Edition%29.pdf
	Materiale di approfondimento	
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi a minori affetti da trauma	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1E8hZ8zFSYt6PkTudyioZ2LIXsr4xPjLt
Unit 7	Coping Il coping	https://youtu.be/XeOZ9M3FcBA
	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1iA2UQG4LiQdifRCwUAmo0lFyaHiCEHrk
Subsection/Lesson 2	The Common Denominators of Effectiveness I denominatori comuni dell'efficacia	
Unit 1	To focus on illness or on the development of human potential? Person Centered Medicine- Person	https://youtu.be/_LADmnYF9yg

	Centered promotion of change Centrarsi sulla malattia o sullo sviluppo delle potenzialità umane: Medicina centrata sulla persona- Promozione del cambiamento centrata sulla persona	
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of helping relationships. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo delle relazioni di aiuto.	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1WG5hfMBPWbS3Ps_yBrSq9jBSgB5QoA2T
Unit 2	Putting the person at the centre translates into greater effectiveness and offers a better cost/benefit ratio Mettere la persona al centro si traduce in maggiore efficacia e offre un miglior rapporto costi/benefici.	https://youtu.be/AxYOIPadQSI
Unit 3	Recovery La recovery	https://youtu.be/gks5x_iR6L4
	Supporting Material	https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CA833CB8C1AA178CA257BF0001E7520/\$File/servpri.pdf
	Materiale di approfondimento	La recovery: https://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegna-zione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/corso-rer-esordi-psicotici/5_starace_recovery.pdf La recovery nella salute mentale: http://www.animazione sociale.it/wp-content/uploads/2015/12/AS-290.pdf
Unit 4	Professional effectiveness in the helping relationships: Common denominators and specific aspects of	https://youtu.be/7hYvM5AauQo

	various helping approaches L'efficacia professionale nelle relazioni di aiuto: denominatori comuni e aspetti specifici delle diverse relazioni di aiuto	
	Supporting Material	Free access: How important are the common factors in psychotherapy? An update. <u>Bruce E. Wampold</u> <u>https://doi.org/10.1002/wps.20238</u>
	Materiale di approfondimento	
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of helping relationships. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo delle relazioni di aiuto.	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1YRxYE6iLXm_0Z47MME6W22jRYnJcHg4Y
Unit 5	Promozione dei risultati: La facilitazione del processo di cambiamento	https://youtu.be/ehsY2DDzHGg
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1jKCwuUikSP9-G-Fah7LsXSAmXHdByKBh
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1JKxn4pNH62Fz8FGVuW460mok-MFtOck-
Unit 6	Essere un professionista, operare sempre in scienza e coscienza	https://youtu.be/7fZl3oJNL1Q
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1qM8bVVv20FGkOlmhwhg_kbGdWBhdViVX
Unit 7	La bussola del professionista	https://youtu.be/TaxRbcGVBvI
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1_Z1jtqS

		CamUyETa0fIe1fQF s4aYajc
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1MXTArcfMPUgcg-fTIuC6K5IIFPmrhgVY
Unit 8	Progettazione e gestione dei setting di relazioni di aiuto efficaci e alleanze di lavoro efficaci	https://youtu.be/Rz3q3C-WYDg
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1s72oFJZ6g66T1yius20g_8s3Wp4YDbrZ
Unit 9	La resilienza	https://youtu.be/9WNtq03a4Mc
	materiale di approfondimento	
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1IZMJ9xhjjMIYodEW2847GieqPJsYGH6s
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1R3qVfUj5kGFs3hXuMMZI41oU5IlrFHUM
Unit 10	L'alleanza di lavoro: Un buon gioco di squadra tra i membri dell'équipe	https://youtu.be/dC3WZsPrQLk
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=14ZXnZ2-9oAQDzN9of2cLI3ZhF3IkcR0O
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=17dopX-CfZ0thny9kMYmYOCSTeiXSBf4T
Unit 11	Supervisione e supervisione tra pari	https://youtu.be/spz10zwd8q4
	esercizi	https://drive.google.com/open?id=158LX6rknxN6_W-N2HhqMxQG1EmHJJQsT
Subsection/Lesson 3	Trauma I traumi	
Unit 1	Definition of Trauma Definizione di Trauma	https://youtu.be/uXTJoF2VrP4
	Supporting material	https://www.ncbi.nlm.

		nih.gov/pmc/articles/PMC6603306/
	Materiale di approfondimento	http://www.psicotraumatologia.com/pubblicazioni_psicotraumatologia_italiane.htm
Unit 2	Types of trauma Type 1 Trauma Tipo 1	https://youtu.be/YGJgrRhcxso
	Supporting material	https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types
	Materiale di approfondimento	
Unit 3	Type 2 Trauma Trauma Tipo 2	https://youtu.be/p2V3PiN5qZA
	materiale di approfondimento	
Unit 4	Complex Trauma Trauma complex	https://youtu.be/p7_DCFjysg0
	materiale di approfondimento	
Unit 5	Re-victimization in complex trauma Rivittimizzazione nel trauma complex	https://youtu.be/vcun8rovSLI
	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=13Q8KYk0YHNtTN_A7fBSoQieoF3g0-O0
Unit 6	Iatrogenic Effects: Re-traumatisation of clients Effetti Iatrogeni: La Re-traumatizzazione degli utenti	https://youtu.be/V3USiAjOzB0
	You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi a minori affetti da trauma	https://drive.google.com/open?id=1tJTfMkYlh7kUckDGrmmEqhVg5YQVo7P8
	Exercises Esercizi	
Unit 7	Adolescence and Trauma Adolescenza e trauma	https://youtu.be/T7BUtt6O0T0
Unit 8	Trauma can change the brain Il trauma può cambiare il cervello	https://youtu.be/gA8iM9hKvNk

	Supporting material	https://www.ncbi.nlm.nih.gov
	Materiale di approfondimento	
Unit 9	Il trauma e il soggetto psicotico	https://youtu.be/-rI9YgVTexo
Unit 10	Il trauma e il soggetto nevrotico	https://youtu.be/7FEng7SOY9c
Unit 11	Il trauma negli stati limite	https://youtu.be/ya33Lg7Azd0
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1n6NO8kGuLjMzzhCnsnHcAVQkWWgKVTk7
Unit 12	La teoria polivagale	https://youtu.be/q9fZ_fKVPqs
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1Y6Zw_a_nqTdaBUMBF4BwNU1vZjl-csmcM
Unit 13	Witnessed violence Violenza assistita	https://youtu.be/vTdRqdhOMgM
Unit 14	Neglect Neglet	https://youtu.be/x1QaniV7TpM
	Supporting material	https://www.dcp.wa.gov.au
	Materiale di approfondimento	
Unit 15	Neglect in separation conflicts Neglet nelle separazioni conflittuali	https://youtu.be/0fjVS_iPLw4c
Unit 16	Trauma and eating disorders Trauma e disturbi alimentari	https://youtu.be/QRJAEgXkknQ
Unit 17	Danger, attachment and psychological trauma Pericolo Attaccamento e trauma psicologico	https://youtu.be/8yrkxCu_m5I
Unit 18	Mentalization and psychological trauma Mentalizzazione e trauma psicologico	https://youtu.be/hdEdIGEywIo
Unit 19	Oncologia e trauma	https://youtu.be/cFXF1GDpwY

MOOC Module 2	Title Protection and promotion of health and wellbeing and the rights of trauma survivors	Description
Lezione 1	la ritraumatizzazione: le cause, la prevenzione e i trattamenti	
Unit 1	Re-Traumatisation: Cause, Prevention And Treatment Effetti di ritraumatizzazione provocati dalle politiche sui migranti a livello Italiano e Internazionale	https://youtu.be/J3KHxB45L0
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi a minori affetti da trauma	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1AAZ9jlonbnO9A7a-ZasnFNTSAVjh6t-x
Unit 2	Intersectionality and trauma Intersectionality e trauma	https://youtu.be/N_WS2LRiaiw
Unit 3	Trauma processing with person-centred encounter groups Elaborazione del trauma con gruppi d'incontro centrati sulla persona	https://youtu.be/uyKl5NzyT_Q
Unit 4	Empathic listening to facilitate recovery from trauma L'Ascolto empatico per facilitare l'elaborazione del trauma	https://youtu.be/h6JGyuYn32E
	Supporting Material	Mediterranean Horizon Film With English subtitles https://www.youtube.com/watch?v=Wl-6aHKku5c
	Materiale approfondimento	di Film Orizzonti Mediterranei https://www.youtube.com/wa

		tch?v=Wl-6aHKku5c
Unit 5	Danni psicologici e fisici dei traumi nelle donne sopravvissute alla tratta di esseri umani parte 1	https://youtu.be/CF0mUwD31Vo
Unit 6	Danni psicologici e fisici dei traumi nelle donne sopravvissute alla tratta di esseri umani parte 2	https://youtu.be/fEXvkRsic1s
Unit 7	Adoption and trauma Adozione e trauma	https://youtu.be/c5PhYeffYFc
Unit 8	Re-traumatization La ritraumatizzazione	https://youtu.be/0EAifTfafVw
	Supporting material	
	Materiale di approfondimento	
Unit 9	Il trauma dei bambini in adozione rifiutati	https://youtu.be/KgpBW2ftzXM
Unit 10	How trauma is expressed in adopted children and video intervention therapy Come si esplicita il trauma nei bambini adottati e la video intervention therapy	https://youtu.be/85ev3y7gNhw
Unit 11	Children of prisoners and trauma Figli di detenuti e trauma	https://youtu.be/TdA-11IL4xs
Unit 12	Vicarious traumatization Traumatizzazione vicaria	https://youtu.be/F6vNCz3WqvY
Unit 13	Drawing as processing of the vicarious trauma of the small inhabitants of Lampedusa Il disegno come elaborazione del trauma vicario dei piccoli abitanti di Lampedusa	https://youtu.be/l4zGLDYUjpM
Lezione 2	Learning from Mistakes imparare dagli errori	
Unit 1	Learning from mistakes: the lessons to be learned from bad practices Imparare dagli errori: le lezioni che si debbono trarre dalle "cattive pratiche"	https://youtu.be/nwwuBh72VGE
	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=13ZkJUUHyMVtRJ7T9ucwZPAAtBPhyWc_Ym

Unit 2	<p>Trauma has significant effects on physical and mental health and is one of the main causes of morbidity and mortality from generation to generation</p> <p>Il trauma ha effetti significativi sulla salute fisica e mentale ed è una delle principali cause di morbidità e mortalità di generazione in generazione</p>	<p>https://youtu.be/cGV_SPocoe0</p>
	<p>Exercises Esercizi</p>	<p>https://drive.google.com/open?id=1CMrAWJ6hvcLe8AA_s6E_-rXOcY8_xldcS</p>
	<p>Support material</p>	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/</p>
	<p>Materiale di supporto</p>	
Unit 3	<p>Trauma is pervasive Il trauma è pervasivo</p>	<p>https://youtu.be/WB9SIVedQuI</p>
	<p>Support material</p>	<p>Understanding the impact of trauma https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/</p>
	<p>Materiale di approfondimento</p>	<p>https://terredeshommes.it/comunicati/i-maltrattamenti-sui-bambini-costano-13-miliardi-di-euro-ogni-anno/</p>
	<p>Exercises Esercizi</p>	<p>https://drive.google.com/open?id=13Zx9nQT3Xb5tw7QkQ9GZEPrb-Na6mLxZ</p>
Unit 4	<p>Brief update on trauma: the ACE study Breve aggiornamento su Trauma: Lo studio ACE</p>	<p>https://youtu.be/mTF2GYxi6mY</p>
	<p>Support material</p>	<p>ACE Studydverse Childhood Experiences https://www.cdc.gov https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html</p>
		<p>ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI</p>

	materiale approfondimento	di http://sociale.regione.emilia-romagna.it/adozioni/temi/post-adozione/documenti-postadozione/le-esperienze-sfavorevoli-infantili-le-premesse-teoriche/@@download/file/1malacrea%20ESI.pdf
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi a minori affetti da trauma	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1T4ATmu77o-krzSN5qgVXnAB0DObOamSS
Unit 5	The Trauma-informed approach L'approccio trauma informed	https://youtu.be/CjiPPgUU8tU
	Support material	https://youth.gov/docs/SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach : https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/cfca37-trauma-informed-practice.pdf
	Materiale approfondimento	di L'Approccio Trauma Informed https://www.ausl.bologna.it
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1EfvKWKV360Vh54woiXy1vSQ0E3odnz7-

a minori affetti da trauma		
Unit 6	1st trauma-informed principle 1° Principio trauma informed	https://youtu.be/fl8bLmmBD0w
Unit 7	2 nd trauma-informed principle 2° Principio trauma informed	https://youtu.be/F62xQHQqgJI
Unit 8	3 rd trauma-informed principle 3° Principio trauma informed	https://youtu.be/PNxNgvYhI2w
Unit 9	4 th trauma-informed principle 4° Principio trauma informed	https://youtu.be/9fAEKQkNLS8
Unit 10	5 th trauma-informed principle 5° Principio trauma informed	https://youtu.be/MawtF7NzR48
Unit 11	6 th trauma-informed care principle 6° Principio trauma informed	https://youtu.be/EKcncfiUMdk
Unit 12	Trauma Informed Schools Scuole Trauma informed	https://youtu.be/p4RHpH5tWDs
	Support material	https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/creating-trauma-informed-systems/schools
	materiale di approfondimento	
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of offering services to traumatized minors. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo dell'offerta di servizi a minori affetti da trauma	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=19TRiyQ-4uHMS0tFGjY8dd2ssujVbK3SV
Lezione 3	FOCUSING ON PEOPLE: Hospitality and Empowerment Centrarsi sulle persone: accoglienza e empowerment	
Unit 1	Focusing on the service user to offer a safe haven and working on the trauma while always respecting the customer's time frame Centrarsi sulla persona	https://youtu.be/IuCUb5x19mM

	dell'utente per offrire un porto sicuro e lavorare sul trauma rispettando sempre i tempi del cliente	
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of helping professions. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo delle relazioni di aiuto.	esercizi	https://drive.google.com/open?id=1JEd4n3uBR6R09tF-N-tKTFSeHI0OLpoS
Unit 2	Welcoming/accommodating LGBT service users Accoglienza di utenti LGBT	https://youtu.be/8ZTvQikIA Tw
	Support material	http://www.nationalcenterdvt raumamh.org/wp-content/uploads/2016/09/TIP forLGBQTSurvivors_LitReview.pdf
	Materiale approfondimento	di https://drive.google.com/open?id=1tXi5R_HoCgJHHx7pzFEf0hthB5GfZ0BZ
Unit 3	Centrarsi sulle persone non sui traumi!	https://youtu.be/JB01PCmw QDE
	materiale approfondimento	di https://www.youtube.com/watch?v=tOMHEAmirIY
	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1TWRIfZZ0xoF96ca0JBikDswx5cRUGFdr
Unit 4	Personal growth is essential: growth after trauma La crescita personale e esistenziale growth after trauma	https://youtu.be/N5CT_ExY-dU
	Support material	Growth after trauma, American Psychological association: https://www.apa.org/monitor/2016/11/growth-trauma
	Materiale approfondimento	di https://drive.google.com/open?id=1VE7NWypMbIu1hrtC

		Y5MXG-q57Mc715wx
You can skip doing this exercise If you do not work in any role in the field of helping professions. Puoi non fare questo esercizio se non lavori nel campo delle relazioni di aiuto.	Exercises Esercizi	https://drive.google.com/open?id=1vgoXU4dqWEKFM-2HeJ_1u2Li18YpkkVR
Unit 5	Approcci scientificamente validati per minori affetti da trauma	https://youtu.be/TEf9-5V-nGA
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1BG85W4qpak8iBtQaWHhmigwidV9wedWS
Unit 6	Task force 29	https://youtu.be/D1xfJXehv8M
	materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1SakuWNOFhdUYLP HN2vMjnjSqydoRuDW2
Lezione 4	Tools and European situation Strumenti e situazione europea	
Unit 1	Pet therapy	https://youtu.be/x0KH9UZsmqM
	transcript	https://drive.google.com/open?id=1p_jGuZQwCfZUx2i1CcEyeLAPBcbfYDrp
Unit 2	Animal Therapy per bambini affetti da Trauma	https://youtu.be/Hliddq_oicU
Unit 3	Art Therapy - the work of Virginia Axline Art Therapy- Il lavoro di Virginia Axline	https://youtu.be/uRwLNQn4SFg
	Support Material	http://www.ncyu.edu.tw/files/list/gcweb/98
	Materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1EpgQxclW5iAvm3DMLcARRvn9E2t9_rip
Unit 4	Il Kids Workshop	https://youtu.be/4oErFVC2Rz8
Unit 5	Tools for trauma evaluation Strumenti di valutazione del trauma	https://youtu.be/87ZPQQ9e3DM
Unit 6	European overview of trauma care country by country Panoramica europea nazione per nazione del trauma care	https://youtu.be/GfMXF3GiTvY

	Supporting material	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319458/
	Materiale di approfondimento	https://drive.google.com/open?id=1YrrB1HJ4nUnav0I_4az8_S-MVoZD8-
Lezione 5		
Unit 1	Conclusions Conclusioni	https://youtu.be/ua16lhBu5kY
	Bibliography and Sitography Bibliografia e sitografia	https://drive.google.com/open?id=1MEjHXTSiBR65PpdsQE9TIZ4FIO7eru8j
	QUIZ	https://drive.google.com/open?id=1jYNN5_rRehukQ4KdsXVfhF6f06W8G_Jn

Moduli 3 e 4 (UNITO)

Chi è il minore?

La Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (CRC) stabilisce che “si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni” (art. 1).

Anche il diritto del Consiglio d'Europa, per la maggior parte degli strumenti riguardanti i minori, adotta la definizione di minore della CRC.

Nell'ambito dell'Unione Europea non esiste una definizione di “minore” e quindi si ricorre alla definizione posta dalla CRC.

Quadro di riferimento

CONTESTO

INERNAZIONALE

Organizzazione
delle Nazioni Unite -
ONU

Convenzione
internazionale sui diritti
dell'infanzia- CRC

Consiglio d'Europa Convenzione europea dei
diritti dell'uomo (CEDU)

CONTESTO EUROPEO

Carta dei diritti fondamentali
dell'Unione europea
(Carta di Nizza)

Convenzione
di Lanzarote

Convenzione
di Istanbul Corte europea dei
diritti dell'uomo
(CEDU -Corte di

Corte di giustizia dell'Unione Strasburgo)
europea (CGUE – Corte di
Lussemburgo)
Unione europea

DIRITTI E LIBERTÀ DEL MINORENNE

Tutti gli individui, e dunque anche i minorenni, godono delle libertà e dei diritti civili riconosciuti dagli strumenti (convenzioni, trattati, dichiarazioni) sui diritti umani, in particolare la Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza) e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU).

LIBERTÀ E DIRITTI

FONDAMENTALI

LIBERTÀ E DIRITTI CIVILI

FONDAMENTALI

DIRITTI ECONOMICI, SOCIALI

E CULTURALI

- Sono detti «di prima generazione» e si considerano **fondamentali** poiché la loro violazione danneggia profondamente la vita di una persona.
- Impongono agli Stati da un lato di non interferire nella sfera privata dell'individuo, dall'altro di attivarsi per garantire il rispetto della persona umana: per esempio il diritto al rispetto della vita familiare (articolo 8 CEDU) obbliga gli Stati a non separare i figli dai genitori tranne il caso in cui ciò sia strettamente necessario per la protezione dei minori stessi, ma anche ad attivarsi per promuovere lo sviluppo delle relazioni tra genitori e figli

LIBERTÀ E DIRITTI CIVILI FONDAMENTALI

Ogni individuo ha diritto al rispetto delle relazioni familiari così come vissute nella pratica (il minore ha, per esempio, il diritto ad crescere in famiglia e di mantenere contatti con entrambi i genitori dopo la separazione tra loro)

Diritto al rispetto della vita familiare

Norme di riferimento:

- Articolo 7 (diritto al rispetto della vita familiare) Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)
- Articolo 8 (diritto al rispetto della vita familiare) CEDU
- Articoli 8 e 9 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

La nozione di «**vita privata**» elaborata dalla giurisprudenza della Corte di Strasburgo è una nozione ampia che include numerosi aspetti dell'identità di un individuo

(per esempio l'integrità fisica e morale della persona, il nome, l'immagine, la riservatezza e la protezione dei dati personali)

Diritto al rispetto della vita privata

Norme di riferimento:

- Articolo 7 (diritto al rispetto della vita privata) Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)

- Articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata) CEDU
- Articolo 16 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

Sono vietati i trattamenti **ingiustificatamente differenziati** in base al sesso, alla razza, al colore della pelle, all'origine etnica o sociale, alle caratteristiche genetiche, alla lingua, alle convinzioni o alla religione, alle opinioni politiche o di altro genere, all'appartenenza a una minoranza nazionale, alla situazione finanziaria, alla nascita, alla disabilità, all'età o all'orientamento sessuale.

Non discriminazione

Norme di riferimento:

- Articolo 7 (diritto al rispetto della vita privata) Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza) Articoli 20 (uguaglianza davanti alla legge) e 21 (non discriminazione) Carta dei diritti

fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)

- Articolo 14 CEDU; articolo 1 del Protocollo n. 12 della CEDU (non discriminazione)
- Articolo E (non discriminazione) Carta sociale europea (CSE)
- Articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata) CEDU
- Articolo 2 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

Bambini e ragazzi hanno diritto in quanto minori a beneficiare di una protezione particolare e quindi a un trattamento differenziato sulla base dell'età

Norme di riferimento:

Articolo 3 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

Principio del superiore interesse del minore

ESEMPIO N. 1

Il giudice che debba decidere l'affidamento dei figli minorenni dopo la separazione/divorzio dei genitori

dovrà decidere sulla base di ciò che è meglio nell'esclusivo interesse del minore e non dei genitori

Ad ogni individuo deve essere riconosciuta la libertà di opinione e la libertà di ricevere o comunicare informazioni o idee senza che vi possa essere ingerenza da parte delle autorità pubbliche e senza limiti di frontiera (Articolo 10, comma 1 CEDU)

Norme di riferimento:

- Articolo 11 Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)
- Articolo 10 CEDU
- Articolo 24 comma 1 Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)
- Articolo 12, comma 1 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

Libertà di espressione

«Il minorenne ha diritto di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale.» (Articolo 12 Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza - CRC)

Norme di riferimento:

- Articolo 12 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia
- Articoli 3 e 6 Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori

Diritto del minorenne di essere ascoltato

Per approfondimenti sul diritto

all'ascolto del minore si veda il contributo

Unit_2_3_video_Prof.ssa_Long

«Il minore ha diritto ad contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale» (articolo 19, comma 1 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia - CRC)

Norme di riferimento:

- Articoli 2 (diritto alla vita), 3 (trattamenti inumani o degradanti) e 8 (integrità fisica) CEDU; Protocollo n. 1 alla CEDU, articolo 2 (diritto all'istruzione)
- Articoli 7 (diritto a una speciale protezione contro i pericoli fisici e morali) e 17 (diritto a una tutela) Carta sociale europea (CSE)
- Convenzione sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote).
- Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)
- Direttiva relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile (2011/93/UE)

Diritto del minore alla protezione contro la violenza e lo sfruttamento

sentenza Corte EDU,

Z. e altri contro

Regno Unito

La violenza non produce danni soltanto quando viene agita, ma anche quando i bambini ne diventano testimoni.

Guardare, ascoltare, vivere l'angoscia, esserne investiti, contagiati e sovrastati senza poter far nulla. Significa

esporre un bambino a qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale,

psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative all'interno

di ambienti domestici e familiari. Questa è violenza assistita.

Un fenomeno ancora sommerso, quasi "invisibile", contraddistinto da segnali plurimi, i cui effetti possono essere

devastanti sullo sviluppo fisico, cognitivo e comportamentale dei bambini

(Save the Children, <https://www.savethechildren.it/campagne/abbattiamo-il-muro-del-silenzio>)

Norme di riferimento:

Articolo 19 Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC)

Articolo 17 Carta sociale europea (CSE)

ESEMPIO N. 2: violenza assistita

I bambini che assistono ad

un atto di violenza lo

subiscono

[https://www.youtube.com/](https://www.youtube.com/watch?v=aNbVwD86JqU)

[watch?v=aNbVwD86JqU](https://www.youtube.com/watch?v=aNbVwD86JqU)

The story of a child witness

<https://www.youtube.com/watch?v=hYX8cRkikIE>

È punizione corporale

- qualsiasi punizione per la quale viene utilizzata la forza fisica, allo scopo di infliggere un certo livello di dolore o di afflizione, non importa quanto lieve
- forme di punizioni non fisiche ugualmente crudeli e degradanti, per esempio, le punizioni che mirano a denigrare il bambino, umiliarlo, sminuirlo, disprezzarlo, farlo diventare un capro espiatorio, minacciarlo, spaventarlo o schernirlo (Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, Commento Generale n.8 del 2006)

Norme di riferimento:

Articolo 3 CEDU.

Articoli 19, 28, paragrafo 2, e 37 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)

ESEMPIO N. 3: Punizioni corporali

Raise your hand against smacking!

https://www.youtube.com/watch?v=FB6_Og-x6Cw

È abuso sessuale a danno di un minore il coinvolgimento in attività sessuali, fisiche o psicologiche realizzato:

- facendo uso di coercizione, forza o minaccia
- approfittando di una posizione riconosciuta di fiducia, autorità o influenza sul minore, anche in ambito familiare
- Approfittando di una situazione di particolare vulnerabilità del minore, in particolare in ragione di una disabilità fisica o mentale o di una situazione di dipendenza (Articolo 18, paragrafo 1, Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali – cosiddetta Convenzione di Lanzarote)

Norme di riferimento:

- Articoli 32 e 34 Convenzione internazionale sui diritti dell'Infanzia (CRC)
- Convenzione di Lanzarote

ESEMPIO N. 4: abuso sessuale

Qui non si tocca!

<https://www.youtube.com/watch?v=ZNmu7pH5c8>

Rappresentano diritti di cosiddetta «seconda generazione» che ogni Stato è chiamato a soddisfare per ovviare alle diseguaglianze sociali, agli squilibri economici, agli svantaggi causati dalla natura, dall'età ecc. La loro realizzazione concreta (purtroppo!) avviene gradualmente e compatibilmente con i problemi economico-strutturali cui ogni Stato deve far fronte.

DIRITTI ECONOMICI, SOCIALI E CULTURALI E CONDIZIONI DI VITA ADEGUATE

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità»

(Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948)

Norme di riferimento:

- Articolo 35 (accesso all'assistenza sanitaria) Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)
- Articolo 25 Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo
- Articoli 24, 25 e 26 Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)

- Articolo 2 (diritto alla vita) e articolo 3 (diritto all'integrità fisica) CEDU
- Articolo 11 (diritto alla protezione della salute) e articolo 13 (diritto all'assistenza sociale e medica) Carta sociale europea (CSE)
- Articolo 6 Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, cosiddetta «Convenzione di Oviedo»

Diritto alla salute

«Istruzione deve essere gratuita almeno per quanto riguarda le classi elementari e fondamentali. L'istruzione elementare deve essere obbligatoria. L'istruzione tecnica e professionale deve essere messa alla portata di tutti

e l'istruzione superiore deve essere egualmente accessibile a tutti sulla base del merito.»

(articolo 26 Dichiarazione Universale dei Diritti Umani)

Il diritto all'istruzione non si riferisce solo all'apprendimento delle materie scolastiche fondamentali ma deve

essere concepito in un senso più ampio. L'istruzione deve cercare di favorire lo sviluppo della personalità del

bambino, delle sue qualità e delle sue attitudini mentali e fisiche.

(Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza)

Norme di riferimento:

Articolo 14 Carta dei diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza)

Articoli 28 e 29 Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)

Articolo 17 CEDU

Articolo 2 del Protocollo n. 1 CEDU

Diritto all'istruzione

Unit_2_3_Video interno (Prof. ssa Long) sul diritto all'ascolto e alla partecipazione Buongiorno. Uno dei pilastri della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e, più in generale, uno dei principi che aprono alla realizzazione dei diritti delle persone di età minore è la partecipazione di bambini e di ragazzi alle procedure all'esito delle quali debbano essere prese delle decisioni suscettibili di influenzare in modo significativo la loro vita.

La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia riconosce il diritto del minore, in quanto essere umano, alla libertà di espressione nell'articolo 12, comma 1; e, nel comma successivo, il comma 2, individua uno degli strumenti che garantiscono la partecipazione del minore alle procedure, in particolare il **diritto all'ascolto**, da parte del giudice o da parte delle altre autorità amministrative che prenderanno decisioni nell'interesse del minore.

Ma l'ascolto non è l'unico strumento che garantisce la partecipazione del minore alle decisioni che lo riguardano.

La Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori, che riguarda specificamente le procedure giudiziarie, all'articolo 3 riconosce il diritto del minore di "ricevere ogni informazione pertinente" e, all'articolo 4 riconosce il diritto del minore di "richiedere [...] la designazione di un rappresentante speciale" qualora tra gli esercenti la responsabilità genitoriale e il minore ci sia un conflitto di interessi, un rappresentante che operi, appunto nelle procedure giudiziarie.

Ma cosa significa in concreto ricondurre l'ascolto del minore alla sua libertà di espressione? Significa che, se anche è vero che il decisore durante l'ascolto del minore potrà ottenere delle informazioni che gli saranno utili per arrivare alla decisione finale, questa finalità istruttoria dell'ascolto è subordinata rispetto alla valenza principale dell'ascolto che è quella di garantire all'ascoltato la possibilità di esprimersi su un tema così importante per la sua vita.

Da qui alcune conseguenze pratiche che riguardano, per esempio, le modalità di ascolto: questo significa che l'ascolto non potrà essere condotto come un interrogatorio o come un'audizione di un testimone. Significa però anche, per esempio, che il minore potrà rifiutarsi di essere ascoltato dal giudice. Essendo l'ascolto un diritto il titolare del diritto può scegliere di non esercitarlo.

O, ancora, per quanto concerne le ragioni per le quali si potrà non procedere all'ascolto: non si potrà motivare il fatto di non aver ascoltato un minore dicendo che tale ascolto risultava nel caso specifico superfluo. L'unica ragione per la quale l'ascolto potrà essere escluso è ritenere che quell'ascolto sarebbe stato contrario all'interesse della persona di età minore. Un altro dei pilastri della Convenzione ONU dei diritti dell'infanzia è infatti proprio la **protezione del minore** e il pilastro della protezione va bilanciato con i diritti del minore alla partecipazione nelle procedure che lo riguardano. E questa esigenza di bilanciamento si vede anche con riferimento al ruolo che la volontà manifestata dal minore durante l'ascolto svolge nella decisione finale presa dall'autorità. L'autorità, infatti, non può ritenersi vincolata dalla volontà espressa dal minore. Può, infatti, avvenire che l'autorità ritenga che la volontà espressa dal minore sia in realtà contraria al suo interesse. Pensiamo, per esempio, a una persona di età minore che nel quadro di una procedura civile che riguardi i maltrattamenti in famiglia insista per rivedere il genitore o più in generale l'adulto maltrattante. In questo caso l'autorità ben potrà negare le visite, continuare a mantenere la sospensione delle visite anche qualora ciò sia contrario alla volontà manifestata dal minore. È diverso, dunque, rispetto a quanto avviene per il soggetto maggiorenne. Il soggetto maggiorenne, addirittura, ha il diritto di rifiutare un trattamento sanitario anche qualora da tale rifiuto derivi una morte certa. Non così per la persona di età minore perché appunto, come dicevo, il diritto di partecipazione e in generale il diritto all'autodeterminazione deve essere bilanciato con il principio del superiore interesse del minore. L'esigenza di bilanciamento impone, però, all'autorità giudiziaria e in generale alle autorità che prendono decisioni sulla vita del minore, di informare il minore della decisione presa e anche di motivare specificamente sulle ragioni per le quali non è stato possibile aderire alla volontà espressa dal minore stesso durante l'ascolto.

Unit_2_4__(The Children Act |Trailer) Unit_2_4__1 (Introduzione al film)

INTRODUZIONE AL FILM “THE CHILDREN ACT”

Protagonisti del film sono Adam, un diciassettenne che d'accordo con i genitori rifiuta per ragioni

religiose la trasfusione di sangue necessaria a salvargli la vita, e Fiona Maye, giudice inglese della

famiglia e dei minori, chiamata a decidere se autorizzare i sanitari a procedere comunque alla trasfusione sul ragazzo.

Il film consente di riflettere su due tratti caratterizzanti della disciplina del diritto del minore

all'ascolto contenuta nell'art. 12 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia

(CRC).

1) **L'ascolto costituisce lo strumento attraverso cui la persona di età minore esercita la propria**

libertà di espressione. Fiona infatti incontra Adam perché vuole “conoscerlo” e non lo “ascolta”

con le modalità proprie di un interrogatorio o di un'audizione di un testimone. Non si limita inoltre

ad approfondire le ragioni della decisione di rifiutare le trasfusioni, ma chiacchera con lui toccando temi diversi, quali la musica e la poesia.

2) Inoltre, **l'ascolto non vincola il giudice alla volontà del minore**. Nel film infatti Fiona decide in modo opposto alla volontà espressa da Adam durante l'ascolto. Diversamente dalla persona maggiorenne - che ha il diritto di decidere sulla propria vita anche qualora la sua decisione possa determinarne la morte (es. tipico il rifiuto di una trasfusione di sangue salva vita per ragioni religiose) – la persona minore d'età non è titolare di questo diritto in termini assoluti: l'art. 12 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia (CRC) stabilisce che chi decide debba tenere conto dell'opinione del minore in modo crescente in funzione dell'età e del grado di maturità del minore, ma questo non significa che ne sia vincolato. Se infatti il giudice, o in generale chi è chiamato a prendere una decisione che riguardi un minore, ritiene che la volontà espressa dal minore durante l'ascolto non sia conforme al suo interesse, non solo può ma **DEVE** decidere in senso contrario.

Unit_2_6_Quiz

1) Sono punizioni corporali a danno del minore:

a) anche azioni non fisiche, come le minacce, volte all'umiliazione del minore

b) esclusivamente le punizioni fisiche intese a causare dolore al minore

c) esclusivamente le punizioni fisiche intese a causare dolore o disagio al minore

d) azioni fisiche o non fisiche, ad eccezione di quelle realizzate per educare i minori

FEEDBACK: è punizione corporale qualsiasi punizione per la quale viene utilizzata la forza fisica, allo scopo di infliggere un certo livello di dolore o di afflizione, non importa quanto lieve, nonché forme di punizione non fisiche ugualmente crudeli e degradanti, per esempio, le punizioni che mirano a denigrare il bambino, umiliarlo, sminuirlo, disprezzarlo, farlo diventare un capro espiatorio, minacciarlo, spaventarlo o schernirlo (Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, Commento Generale n.8 del 2006)

2) Quale tra le seguenti affermazioni è falsa?

a) Sono vietati tutti i trattamenti differenziati in base all'età

b) Sono vietati i trattamenti ingiustificatamente differenziati in base all'età

c) Le persone di età minore hanno il diritto in quanto tali a un trattamento differenziato sulla base dell'età

d) Il trattamento dei minori di età deve ispirarsi al principio del superiore interesse del minore

FEEDBACK: i minorenni hanno diritto in quanto tali a beneficiare di una protezione particolare e quindi a un trattamento differenziato sulla base dell'età, in forza del principio del superiore interesse del minore.

3) Quale fra le seguenti affermazioni sull'ascolto del minore è vera?

a) deve essere garantito solo nelle procedure giudiziarie e amministrative che lo riguardano

b) può essere condotto come l'audizione di un testimone, ma non come un interrogatorio

c) può essere escluso quando l'opinione del minore è superflua

d) deve essere garantito solo nelle procedure giudiziarie e non amministrative che lo riguardano

FEEDBACK: il minore ha diritto di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato (articolo 12 Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia – CRC). L'ascolto non può essere condotto come un interrogatorio e neanche come l'audizione di un testimone. (si veda contributo video Prof.ssa Long)

4) In caso di ascolto, l'opinione del minore è vincolante per chi decide?

a) **No, ma il decisore deve tenerne conto**

b) Sì

c) No, e il decisore può anche non tenerne conto

d) Sì se il minore presenta un elevato grado di maturità

FEEDBACK: il diritto all'ascolto non vincola chi decide alla volontà del minore.

(si veda contributo video Prof. Long)

5) Quale tra i seguenti rappresenta uno strumento specifico elaborato nell'ambito del Consiglio d'Europa in tema di violenza domestica e violenza assistita?

a) **Convenzione di Istanbul**

b) Convenzione di Lanzarote

c) Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)

d) Convenzione sulle relazioni personali riguardanti i minori

FEEDBACK: la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica è la Convenzione di

Istanbul

DOMANDE DI RISERVA

6) Quale fra le seguenti affermazioni sul Consiglio d'Europa è vera?

a) **È un'organizzazione internazionale**

b) È un'organizzazione europea

c) Ha lo scopo di promuovere una maggiore cooperazione economica tra gli Stati membri

d) È diventata giuridicamente vincolante solo a seguito dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona

FEEDBACK: il Consiglio d'Europa è un'organizzazione internazionale il cui scopo è promuovere la democrazia, i diritti umani, l'identità culturale europea e la ricerca di soluzioni ai problemi sociali in Europa.

7) Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU):

a) **può essere adita direttamente dagli individui**

b) Si pronuncia sui ricorsi inerenti presunte violazioni dei diritti civili e politici stabiliti dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea

c) può essere adita soltanto dagli Stati

d) è un'istituzione dell'Unione europea

FEEDBACK: dal 1998, la Corte è Organo permanente e può essere adita direttamente dagli individui

Unit_3_1_Glossario giuridico sulla partecipazione dei minori ai procedimenti decisionali che li riguardano:

ascolto; consenso; consulenza tecnica

Vittimizzazione primaria = condotta di abuso, violenza o maltrattamento, che cagiona al minore sofferenze e lesioni fisiche e/o psicologiche.

Vittimizzazione secondaria = sofferenza ulteriore provocata dallo stress del processo in sé, dalla necessità di rievocare, in tale sede, i maltrattamenti, nonché dall'eventuale contatto con l'autore della condotta subita.

Procedimento penale = procedura giurisdizionale tramite cui viene ricercato e penalmente sanzionato l'autore dei maltrattamenti ai danni del minore, qualora costituiscano reato.

Procedimento civile = procedura giurisdizionale in cui, a seguito del maltrattamento, viene valutata l'adeguatezza dell'ambiente familiare del minore e adottati gli eventuali provvedimenti necessari.

Ascolto del minore = attività del procedimento (civile o penale) per mezzo della quale vengono acquisite le dichiarazioni del minore sui fatti rilevanti per la decisione da prendere.

Consultazione del minore = attività del procedimento (specialmente civile) con cui il minore ha la possibilità di esprimere la propria opinione e il proprio pensiero, prima che il

giudice prenda una decisione.

Consenso del minore = garanzia ulteriore rispetto al diritto di esprimere la propria opinione, che consiste nell'obbligo, per il giudice, di ottenere il previo parere favorevole del minore per poter prendere una determinata decisione (ad esempio, affidamento o adozione).

Rappresentante = colui il quale, in caso di assenza, indisponibilità, o situazione di conflitto d'interesse dei genitori, individua gli interessi e le necessità del minore e li tutela all'interno del procedimento.

Difensore = avvocato designato per cercare di ottenere un provvedimento giudiziale il più possibile conforme agli interessi del minore.

Professionisti sociali e sanitari = soggetti esperti in psicologia, psichiatria e sociologia, che assistono il minore maltratto durante i procedimenti che lo riguardano e aiutano il giudice e le parti a valutarne lo stato psico-fisico, nonché le eventuali necessità di protezione.

Provvedimenti cautelari = misure provvisorie, adottate dal giudice, per proteggere l'integrità psico-fisica del minore, in attesa del termine del procedimento e della conseguente decisione definitiva. **voce del e**

- Direttiva 2011/36/UE in materia di tratta di esseri umani

Principali fonti internazionali ed europee

- Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU)
- Convenzione di Lanzarote
- Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei minori (Conv. Strasburgo)
- Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (CRC)
- Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (Carta di Nizza)
- Direttiva 2012/29/UE sui diritti delle vittime nei procedimenti penali
- Direttiva 2011/93/UE in materia di abuso, sfruttamento sessuale dei minori e pornografia minorile

Contesti di coinvolgimento del minore

1. Procedimento penale

Obbligo delle autorità statali di **prevenire** e **punire** violenze e abusi ai danni dei minori (vittimizzazione primaria)

Artt. 3-7 CRC; art. 3 CEDU; art. 18 e ss. Conv. Lanzarote; artt. 2-10 Direttiva n. 36; artt. 3-17 Direttiva n. 93

Prevenzione

Introduzione di **reati** penali

per le condotte di violenze e

abusi verso i minori

Repressione

Ricerca e **punizione** degli autori

di violenze e abusi verso i minori

2. Procedimenti civili

Quando uno o entrambi i **genitori** sono

direttamente autori del maltrattamento,

o comunque l'hanno consentito

Affidamento del minore ad altro

nucleo familiare Adozione del minore

Necessità di garantire al minore un **ambiente familiare** sicuro e sereno

Art. 9 CRC; art. 8 CEDU

- Video Baldelli
- Video Ceccarelli
- Video Cibinel

Collocamento

in comunità

Prescrizioni ai genitori

Rapporti fra procedimento penale
e procedimento civile

Procedimento penale Procedimento civile

obiettivo → individuare e punire

l'autore del condotta subita dal

minore, se questa costituisce reato

obiettivo → verificare l'adeguatezza del contesto familiare del minore ed eliminare eventuali situazioni pregiudizievoli

Sono due **strade separate e indipendenti** → condotte che non costituiscono reato possono rivelare una situazione familiare compromessa, tanto da giustificare ugualmente l'intervento del giudice civile

- Video Cibinel
- Video Baldelli

3. Procedure extragiudiziali

Quando il rapporto, o il legame familiare,

fra l'autore della condotta e la vittima

minorenni appaiono **recuperabili**

Art. 13 Conv. Strasburgo; art. 12 Direttiva n. 29

Per evitare procedure penali/civili maggiormente intrusive, che potrebbero compromettere definitivamente il **risanamento** del rapporto

Mediazione

Tentativo di conciliazione

Ulteriori strumenti volti al riavvicinamento

Principio del superiore interesse del minore

Vale per ogni sede procedimentale e impone di

anteporre il **benessere** psico-fisico del minore a

qualsiasi altra esigenza meritevole di tutela

Art. 3 CRC; art. 6 Conv. Strasburgo

Decisione giudiziale deve

essere sempre orientata alla

miglior tutela possibile

degli interessi del minore

Giudice deve acquisire ogni

informazione necessaria per

conoscere i fatti in questione e il

contesto socio-familiare del minore

Garanzie **partecipative** del

minore nei procedimenti

che lo riguardano

Necessari strumenti

procedimentali di

protezione per evitare la

«vittimizzazione secondaria»

- Video Ceccarelli
- Video Long **Il diritto all'ascolto del minore nel procedimento**

Il pensiero del minore deve tendenzialmente essere conosciuto dal giudice e tenuto in considerazione per la decisione

Art. 12 CRC; art. 3 Conv. Strasburgo

Garanzie partecipative del minore-vittima

1. Diritto alla comprensione e all'informazione

Art. 31 Conv. Lanzarote; art. 3 Conv. Strasburgo; artt. 3-4 Direttiva n. 29

Garanzia presupposto → solo chi è dotato di **conoscenze adeguate** può partecipare proficuamente alla procedura decisionale in cui sono coinvolti i suoi interessi

- significato del procedimento in atto
- decisione che deve essere presa
- diritti e protezioni a disposizione del minore
- ruolo che sarà chiamato a svolgere
- possibili conseguenze delle sue dichiarazioni e/opinioni

Cosa? Chi? Come?

- autorità giudiziaria
 - difensore
 - rappresentante
 - professionista sociale o sanitario
- linguaggio e concetti adatti all'età e alla capacità di discernimento del minore

2. Diritto all'ascolto sui fatti oggetto del procedimento

Il minore può essere chiamato a rendere **dichiarazioni** su fatti di sua conoscenza, rilevanti per la decisione da prendere

Minore come testimone del maltrattamento subito, per accertare la responsabilità dell'autore del reato

Processo penale

Minore come testimone delle condotte subite e dei rapporti familiari, per stabilire se sottrarlo all'ambiente familiare d'origine, o alla vicinanza di uno dei genitori

Processi civili

Contesto a forte rischio di

«vittimizzazione secondaria»

3. Diritto di essere consultato in merito alla decisione da prendere

Prima che una decisione venga presa, il minore ha diritto di esprimere la propria **opinione** sulle varie questioni affrontate nel procedimento

Art. 12 CRC; art. 3 Conv. Strasburgo

Processo penale

- avvio del procedimento
- applicazione di misure provvisorie contro l'imputato, o per la protezione del minore
- accesso dell'imputato a riti premiali, o messa alla prova
- valore delle prove acquisite

Processi civili

- sottrazione dalla famiglia
- allontanamento di uno dei genitori
- affidamento ad altro nucleo familiare
- adozione

Spesso, l'opinione è sostituita dalla più forte garanzia del consenso

Procedure extragiudiziali

Consenso/richiesta del minore per l'avvio del tentativo di mediazione e risanamento del rapporto

Obbligatorietà e peso dell'opinione dipendono da capacità di discernimento

- Video Ceccarelli
- Video Cibinel
- Video Long

Strumenti di protezione dentro al procedimento

1. Presenza di figure di supporto

Art. 12 CRC; art. 31 Conv. Lanzarote; artt. 9-10 Conv. Strasburgo; art. 24 Direttiva n. 29

Difensore

Rappresentante (se mancano i genitori, o sono in conflitto di interessi)

Professionista sociale o sanitario (psicologo, psichiatra, assistente sociale) individua e tutela gli interessi essenziali del minore
sceglie la strategia giuridica più adeguata per ottenere un provvedimento conforme agli interessi essenziali del minore

- salvaguardia il minore dalla «vittimizzazione secondaria»
- aiuta giudice, genitori, difensori a comprendere esigenze e fragilità del minore
- contribuisce al superamento del trauma derivante dalla violenza subita

Queste figure possono eventualmente essere designate dal giudice

2. Riservatezza

Art. 16 CRC; art. 8 CEDU; art. 21 direttiva n. 29

Procedimento senza **pubblico**

se necessario per tutelare la riservatezza del minore si può procedere in udienza a porte chiuse

Limitazione alla diffusione di **immagini e informazioni**

Limiti alle **domande** rivolgibili al minore durante il procedimento
divieto di porre domande sulla vita privata non attinenti ai fatti oggetto del procedimento

3. Ragionevole durata

Il rischio di «vittimizzazione secondaria» è legato anche alla durata del procedimento

Art. 7 Conv. Strasburgo

la decisione va presa nel più breve tempo possibile per evitare al minore stress continuo e prolungato
conflitto di valori

non possono però essere completamente sacrificati gli altri interessi del minore e degli ulteriori soggetti coinvolti nella decisione
necessità di **bilanciamento**

4. Protezioni durante l'audizione (parte I)
accorgimenti da prendere se viene stimato un rischio di «vittimizzazione secondaria»

Chi rivolge le domande?

le domande al minore possono non essere rivolte direttamente dai difensori delle parti, ma dal giudice, o dall'esperto
i difensori rischiano di essere aggressivi, potrebbero approfittare delle fragilità del minore o, più semplicemente, non hanno esperienza nell'audizione dei minori

Luogo di audizione

audizione può avvenire in un luogo diverso dalla ordinaria aula di udienza
casa del minore, ufficio del giudice,

studio dell'avvocato, stanza apposita
per l'audizione dei minori

Quando il minore deve rendere dichiarazioni sui
maltrattamenti subiti, sui suoi rapporti con l'autore
della condotta, sul suo ambiente familiare

Art. 31 Conv. Lanzarote; art. 18 e ss. Direttiva n. 29;

Corte EDU, 2.7.2002, S.N. c. Svezia

Procedere il **prima possibile**

all'audizione ed evitare più ripetizioni

L'attesa dell'audizione e più ripetizioni

accrescono il rischio di stress, mentre i

ricordi del fatto si attenuano

ascoltare il minore durante le prime

fasi del procedimento, evitando poi

di sentirlo di nuovo più avanti

Prevenzione dal **contatto** con imputato,

genitore in conflitto di interessi, loro difensori

Il contatto visivo con questi soggetti può

stressare e intimorire il minore dichiarante

- impianto citofonico con vetro-specchio

- trasmissione da altro locale in video

conferenza

- domande preparate dai difensori ma rivolte

da giudice o esperto in ambiente protetto

necessità di bilanciare interesse del minore con diritto

delle parti di difendersi e di far valere le proprie ragioni

4. Protezioni durante l'audizione (parte II)

Esempio di sala d'ascolto in un tribunale italiano

Materiale video sull'ascolto del minore

La preparazione del minore alla testimonianza

(video 1 e video 2)

La testimonianza di un bambino sull'omicidio della sorella

5. Protezione durante espressione

dell'opinione o del consenso

Art. 6 Conv. Strasburgo

Quando il minore deve esprimere la propria volontà o addirittura il

proprio consenso sul tema della decisione che il giudice deve prendere

La libera manifestazione dell'**opinione** o del **consenso**

potrebbe essere pregiudicata dalla presenza dei soggetti

direttamente interessati, come genitori, difensori, imputati

Giudice può sentire ciò che il

minore vuole dire al di fuori

dell'aula di udienza, o comunque

in mancanza degli altri

protagonisti del procedimento

- Video Ceccarelli

- Video Long

6. Tutela integrità psico-fisica

in corso di procedimento

Artt. 20-21 CRC; art. 31 Conv. Lanzarote;

art. 18 Direttiva n. 29

Prima che la decisione definitiva venga presa, possono essere adottati **provvedimenti cautelari** provvisori per la tutela del minore

Provvedimenti nei

confronti dell'**autore**

del maltrattamento

Provvedimenti nei

confronti del **minore**

custodia in carcere/arresti

limitazione responsabilità genitoriale

allontanamento dalla casa familiare

divieto di avvicinamento alla vittima

se genitore

della vittima

affidamento provvisorio

allontanamento da casa familiare

se il maltrattamento è

avvenuto all'interno

del nucleo familiare

- Video Baldelli

- Video Cibinel

7. Assistenza extra procedimentale

Art. 39 CRC; art. 31 Conv. Lanzarote; artt. 8-9 Direttiva n. 29

Sostegno **psicologico** ed **emotivo** al minore

anche fuori dal procedimento in corso

La «vittimizzazione

secondaria» va combattuta

assistendo il minore anche

prima e dopo gli atti del

procedimento a cui partecipa

Punizione del colpevole

ed eventuale risanamento

dell'ambiente familiare

non bastano

necessario supporto

extramoenia per il superamento

del trauma derivante dal

maltrattamento subito

Queste esigenze vengono spesso assicurate tramite la («vittimizzazione primaria»)

presa in carico del minore da parte dei servizi sociali

Video Cibinel

Riassunto sul ruolo del

professionista sociale o sanitario

- valutazione sul grado di protezione necessario
- assistenza durante la partecipazione del minore agli atti procedurali
- partecipazione all'audizione/consultazione del minore
- valutazione su capacità testimoniale/

attendibilità del minore

- partecipazione a tentativi di conciliazione
- valutazione su capacità di discernimento
- valutazione dell'ambiente familiare

Nel procedimento

Fuori dal procedimento

- sostegno psicologico ed emotivo al minore
 - verifiche sull'eventuale nuovo contesto familiare (provvisorio o definitivo)
- fine principale → prevenire vittimizzazione secondaria e fornire al giudice le conoscenze utili per la sua decisione
- fine principale → superamento del trauma derivante dal maltrattamento subito e ripristino dell'equilibrio familiare eventualmente infranto
- Guidelines on child-friendly justice (Council of Europe)

Altri materiali utili

Guidelines on children in contact with the justice system (International Association of Youth and Family Judges and Magistrates)

Handbook for professionals and policymakers on justice in matters involving child victims and witnesses of crime (United Nations)

Unit_3_3_video Dante Cibinel (Giudice presso il Tribunale per i minorenni di Torino)

L'intervento del tribunale per i minorenni a tutela dei minori vittime di maltrattamenti si svolge in questo modo sostanzialmente: è necessario che ci sia una richiesta del pubblico ministero presso il tribunale, perché il tribunale d'ufficio non assume alcuna iniziativa, una richiesta del pubblico ministero minorile che a sua volta nasce da una segnalazione ricevuta da altri soggetti di una situazione di maltrattamento di cui il minore sia vittima nell'ambito familiare. Questi altri soggetti, che a loro volta hanno segnalato al pubblico ministero minorile la situazione di maltrattamento, sono i servizi sociali prevalentemente, ma possono anche essere le strutture scolastiche dove il minore si trova, o anche le autorità di polizia giudiziaria che intervengono in situazioni di reato. C'è poi anche un intervento, ovviamente, dell'autorità giudiziaria penale ma, molto spesso, quando ci sono delle ipotesi di reato, gli interventi sono simultanei: il tribunale per i minorenni interviene per le misure di protezione, l'autorità giudiziaria penale interviene per l'accertamento dei reati.

L'intervento del tribunale è condizionato dal tipo di richiesta che il pubblico ministero ha fatto al tribunale. Ci sono delle situazioni in cui il pubblico ministero, situazioni molto gravi in cui il pubblico ministero può chiedere un intervento immediato e urgente di allontanamento del minore e il tribunale può disporlo questo intervento; oppure situazioni in cui in partenza lo stesso pubblico ministero chiede al tribunale di fare degli accertamenti per verificare la gravità della situazione denunciata, la veridicità della situazione denunciata e la gravità, e individuare gli interventi ritenuti più opportuni per tutelare il minore.

Nel corso di questi accertamenti, o subito dopo il provvedimento anche di allontanamento, quando è stato necessario adottarlo, quando il tribunale ha ritenuto indispensabile adottare un provvedimento di allontanamento, dicevo nel corso di questo accertamento

intervengono i servizi segnalanti, ma intervengono anche altri servizi: intervengono i servizi specializzati di psicologia, intervengono gli stessi genitori necessariamente anche se, ovviamente, il loro intervento è un intervento particolare, ma nell'ambito della procedura la legge prevede che debbano essere sentiti prima che il tribunale adotti dei provvedimenti definitivi a protezione dei minori che sarebbero degli interventi di limitazione della responsabilità dei genitori, o addirittura degli interventi "ablativi" si dice, cioè di decadenza dei genitori dalla responsabilità, sempre che il pubblico ministero abbia fatto richiesta anche di questo tipo di decisione.

Viene sentito anche il minore nell'ambito di questi procedimenti se ha compiuto i 12 anni, dice la legge, oppure non ha ancora compiuto i 12 anni ma viene ritenuto dal giudice in grado di esprimere, di essere, diciamo, sentito e di esprimere una sua valutazione sulla situazione. Ovviamente è una valutazione che il giudice a sua volta valuterà liberamente per comprendere soprattutto i desideri, sì, ma anche la reale situazione psicologica del minore. Ripeto, però: si tratta di una reale situazione psicologica del minore che innanzitutto viene stabilita e valutata attraverso l'intervento dei servizi specializzati i quali a loro volta sentono il minore e riferiscono al giudice quello che il minore è stato in grado, anche a seconda dell'età, di dire. Questa è una forma di ascolto, diciamo, del minore "mediata", svolta da altri soggetti, con competenze professionali specifiche, di cui il giudice si avvale per prendere la decisione.

Unit_3_4_video Annamaria Baldelli (Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Torino)

La Procura presso il Tribunale per i minorenni ha il compito di attivare l'intervento del Tribunale per i minorenni a protezione dei minori.

A partire da questa generica competenza, nel momento in cui ci sia la commissione di un reato intra familiare, che quindi riguardi i genitori o i parenti di questi minorenni, si pongono due problemi nell'immediato: il primo è quello di coordinarsi con i Procuratori ordinari, che hanno la titolarità del procedimento penale, per evitare delle interferenze che possano danneggiare l'indagine penale, e il secondo di raccogliere gli elementi, non soltanto di conoscenza della situazione di pregiudizio grave, ma anche elementi di conoscenza sulle risorse personali e famigliari, eventualmente di altri famigliari o sociali, che siano intorno a questo minorenne; per poi costruire un ricorso al Tribunale per i minorenni, che abbia delle prospettive di intervento adeguate.

La difficoltà principale è quella di contenere i tempi, perché il processo di tutela ha dei tempi suoi, ma anche il processo penale ha dei tempi che non sempre sono governabili. Quello che noi abbiamo cercato di fare è stato di chiedere alle forze di polizia di segnalare, contestualmente, sia alla Procura ordinaria, che è titolare del procedimento penale nei confronti dell'autore di reato, sia alla Procura dei minorenni, che è titolare del potere di protezione della vittima del reato, in modo tale da mettere questi uffici nella condizione di coordinarsi in modo assolutamente tempestivo e immediato, cioè sin dalle prime battute dell'indagine. Questa modalità, anche supportata da convenzioni che si sono fatte con le diverse Procure, ha consentito di definire chi fa che cosa, quando e come, salvando, appunto, come dicevo prima, le esigenze di percorso penale corretto, ma anche le esigenze di tutela nei confronti del minorenne.

Qualche volta può succedere, soprattutto quando i bambini vengono ricoverati in ospedale e non ci sia un dissenso dei genitori a questo ricovero, qualche volta è possibile che si ritardi l'intervento di protezione e quindi si ritardi l'intervento del Tribunale per i minorenni, potendo però garantire al minorenne una tutela di fatto, attraverso appunto il ricovero in ospedale, permettendo così al pubblico ministero ordinario, titolare del procedimento penale nei confronti dell'autore di reato, di svolgere i propri accertamenti in modo segreto

e in modo quindi efficace.

Una volta che poi sia in qualche modo evidente la non rinviabilità di un provvedimento a tutela, può essere addirittura il collega della Procura ordinaria, titolare del procedimento penale, a emettere un provvedimento amministrativo di tutela attraverso la sua polizia giudiziaria, ai sensi dell'articolo 403 del codice civile, cioè mettere in protezione il minorenne, in attesa che poi, con un nostro ricorso, il Tribunale per i minorenni possa ratificare questo strumento di tutela provvisorio.

Unit_3_5_video Elisa Ceccarelli (già Presidente del Tribunale per i minorenni di Bologna)

Ho fatto tanti anni il giudice minorile e mi sono chiesta spesso che cosa significasse ascoltare i bambini, gli adolescenti, i ragazzini.

Devo dire che i bambini molto piccoli non sono mai riuscita ad ascoltarli, nel senso che preferivo che questo ascolto venisse fatto in un ambiente diverso, o da persone più competenti, e quindi era un ascolto indiretto. Ascoltare invece i bambini un po' grandi, sui sette, otto, dieci anni, undici, ne ho avuti parecchi casi.

Erano soprattutto bambini in situazioni familiari estremamente conflittuali, con genitori che non si decidevano a separarsi, separati, ma in realtà sempre uniti da conflitto, da rivendicazioni, che si riflettevano pesantemente sui figli.

La cosa che io cercavo di comunicare ai bambini, in queste situazioni di ascolto, era anzitutto che c'era una persona che li stava ad ascoltare, una persona che aveva un compito preciso, che era quello di decidere nel modo migliore per loro, che necessariamente questo decidere poteva anche essere diverso da quello che i bambini desideravano, da quello che esprimevano. E, tuttavia, cercavo appunto di comunicare questo.

La decisione dipende dal Tribunale, dipende dal giudice. Il giudice, per mestiere, deve decidere e quindi tengo conto di tutto quello che tu mi racconti, cercherò di essere il più possibile attenta a fare quello che va bene per te e, però, non sempre la decisione coinciderà con il tuo desiderio. Questa è una cosa che succede sempre nella vita e quindi anche rispetto a questo devi abituarti a vivere.

Rispetto ai genitori, io cercavo sempre di salvaguardare l'aspetto positivo del rapporto loro con i genitori, cioè cercavo di spiegare che il papà – in generale erano i papà che erano molti prepotenti nei rapporti con i bambini e quindi li costringevano a fare delle cose pensando che fossero utili nel loro rapporto conflittuale con l'ex compagna – cercavo di dire: guarda il papà non ha nulla contro di te ed è giusto che tu voglia bene al papà; però sappiamo che ha dei problemi, che non accetta questa situazione. E quindi dobbiamo essere capaci anche di preservare questa figura del papà.

Quindi, come dire, mai aderire ad atteggiamenti conflittuali del bambino contro; però anche cercare di salvaguardare, come dire, anche la possibilità che il bambino possa dire di no, non ce la faccio più a stare con questo papà; non ce la faccio più, perché lui non capisce e quindi, se non capisce alla fine.

Ho in mente la situazione di una bambina che aveva una decina di anni con due genitori, il padre assolutamente molto molto patologico, e a questo punto il provvedimento è stato: va bene aspettiamo che il papà cambi, se riuscirà a cambiare, e se non riuscirà a cambiare, non sarà certamente la bambina che dovrà sopportare tutto questo peso.

Unit_3_6_ Quiz 5 domande a scelta multipla

1) La "vittimizzazione secondaria" è causata:

a) dallo stress derivante dalla partecipazione del minore alle attività procedurali

b) dai maltrattamenti che hanno reso necessario l'intervento dell'autorità giudiziaria

c) dallo stress derivante dall'ingresso del minore in un nuovo nucleo familiare

d) dalla reiterazione dei maltrattamenti originariamente subiti

FEEDBACK: con l'espressione "vittimizzazione secondaria" si fa riferimento alle sofferenze e al disagio, che possono essere causati dalla rievocazione, all'interno del procedimento, dei maltrattamenti subiti, nonché dall'interazione con gli investigatori, i difensori e, soprattutto, con l'autore della condotta. Per questa ragione, quando il minore partecipa attivamente al procedimento, vengono spesso attivati gli strumenti di protezione illustrati in questa unità.

2) Il principio del superiore interesse del minore:

a) impone al giudice di tenere sempre in considerazione, sopra ogni altro interesse meritevole di tutela, il benessere psico-fisico del minore

b) vale solo nel procedimento penale

c) vale solo nel procedimento civile

d) obbliga gli Stati a evitare la partecipazione del minore ai procedimenti successivi ai maltrattamenti subiti

FEEDBACK: le principali Convenzioni internazionali e sovranazionali (art. 3 CRC; art. 6 Conv. esercizio diritti) danno primaria importanza alle esigenze del minore rispetto a tutte le altre meritevoli di tutela; questa regola, che vale in ogni contesto procedimentale, deve quindi essere il faro del giudice nel momento in cui prende la sua decisione. Può accadere che, in ipotesi particolari, il superiore interesse del minore richieda di evitarne la partecipazione al procedimento, ma non si tratta affatto di una precauzione obbligatoria.

3) L'ascolto del minore come testimone:

a) è preferibile che sia svolto fra i primi atti del procedimento

b) deve sempre essere compiuto dal giudice

c) è preferibile che sia svolto come ultimo atto del procedimento

d) per saggiare l'attendibilità del dichiarante, è meglio se viene ripetuto almeno due volte

FEEDBACK: la testimonianza del minore è uno degli atti procedurali a maggiore rischio di "vittimizzazione secondaria"; per questa ragione, deve essere circondata da particolari cautele: le domande devono preferibilmente essere rivolte dal giudice, da un professionista sociale o sanitario, o comunque da persona qualificata nel trattamento dei minori traumatizzati. Inoltre, è opportuno procedere il prima possibile all'ascolto e concentrare le domande in un'unica sessione; ciò consente, infatti, di evitare al minore stressanti attese, cogliendo il suo ricordo quando è ancora fresco e prevenendo ripetuti traumi da rievocazione dei fatti.

4) L'opinione espressa dal minore nel corso del procedimento

a) non è vincolante, ma il giudice deve tenerne conto per decidere

b) è sempre vincolante per il giudice

c) è vincolante per il giudice, ma solo se il minore ha almeno 14 anni

d) è vincolante per il giudice, ma solo se il minore ha una capacità di discernimento adeguata

FEEDBACK: al minore è universalmente riconosciuto il diritto di esprimere la propria opinione sulle questioni che lo riguardano (art. 12 CRC; art. 3 Conv. esercizio diritti); tale opinione, la cui persuasività dipende dalla capacità di discernimento del minore, non è mai di per sé vincolante per il giudice. È invece vincolante il consenso, che, generalmente, viene richiesto per i provvedimenti più incisivi sull'esistenza del minore, quali, ad esempio, l'adozione.

5) I procedimenti penali e civili instaurati in seguito al maltrattamento del minore:

a) affrontano temi diversi e hanno scopi diversi

b) sono separati, ma quello civile può cominciare solo dopo quello penale

c) sono separati, ma quello civile può cominciare solo se, nel processo penale, il genitore è stato condannato

d) hanno lo stesso fine e lo stesso oggetto

FEEDBACK: il procedimento penale serve per individuare e punire l'autore di condotte penalmente rilevanti subite dal minore; il procedimento civile, invece, si pone l'obiettivo di valutare l'adeguatezza del contesto familiare del minore e prescinde completamente dalla commissione di un reato. I due procedimenti, quindi, avendo oggetti e fini diversi, possono procedere parallelamente e, in genere, non subiscono interferenze reciproche.

DOMANDE DI RISERVA

6) Quando può essere emessa un provvedimento cautelare?

a) durante il corso del procedimento, per tutelare l'integrità psico-fisica del minore

b) al termine del procedimento

c) prima che il procedimento abbia inizio

d) durante il procedimento, per tutelare la ragionevole durata del procedimento

FEEDBACK: nel corso del procedimento, quando gli interessi del minore sono a rischio e l'urgenza non consente di attendere la decisione definitiva, il giudice può adottare provvedimenti cautelare provvisori, che possono riguardare i genitori, l'autore dell'eventuale reato di maltrattamento, oppure il minore stesso.

7) Le procedure *extragiudiziali*:

a) vengono utilizzate quando il rapporto fra l'autore del maltrattamento e il minore appaio recuperabili

b) vengono utilizzate solo quando il maltrattamento è grave

c) devono sempre essere utilizzate

d) vengono utilizzate solo quando il maltrattamento è lieve

FEEDBACK: i procedimenti civili e penali sono contesti stressanti, che possono ulteriormente accrescere i contrasti e i disaccordi fra l'autore del maltrattamento e il minore. Per questa ragione, quando il rapporto pare invece recuperabile, si può tentare di evitare l'attivazione del percorso giurisdizionale, cercando di riconciliare l'autore del maltrattamento e il minore con l'uso di procedure meno formalizzate.

Unit_4_1_Glossario sulle politiche all'infanzia

Servizi sociali = gamma di servizi, forniti da enti pubblici o privati, che rispondono a bisogni collettivi e personali. Mentre con il termine "servizi" si intendono servizi standardizzati, universalmente forniti alle persone in quanto membri di una categoria, i "servizi sociali" rispondono

a "bisogni specifici" dei beneficiari.

Servizi sociali per bambini e famiglie = serie di misure e di attività che soddisfano bisogni generali

o individuali di un minore e/o della sua famiglia. Questo tipo di servizi sono finalizzati a soddisfare

i diversi bisogni dei bambini e delle famiglie, come i servizi specializzati e intensivi.

Servizi sociali a misura di bambino = servizi sociali che rispettano, proteggono e realizzano i diritti

di ogni bambino, compreso il diritto di accesso alle prestazioni, la partecipazione e la protezione e il

principio del superiore interesse del bambino.

Giustizia a misura di minore = sistemi giudiziari che garantiscono il rispetto e l'effettiva attuazione

di tutti i diritti dei minori al più alto livello possibile, tenendo in considerazione il grado di maturità

e di comprensione del minore. Si tratta di una giustizia accessibile, adeguata all'età, rapida, diligente,

adatta alle esigenze del minore e su di esse incentrata, nel rispetto dei diritti del minore, tra cui il diritto al giusto processo, alla partecipazione e alla comprensione del procedimento, al rispetto della vita privata e familiare, all'integrità e alla dignità.

Educazione e cura della prima infanzia (ECEC- Early Childhood Education and Care)

= servizio

offerto ai bambini dalla nascita all'istruzione primaria soggetto a un quadro di regolamentazione

nazionale e al rispetto di una serie di regole di standard minimi e/o di procedure per l'accreditamento. Il servizio comprende i servizi privati, pubblici e del volontariato.

I paesi europei presentano soluzioni diverse per garantire l'educazione e la cura dei bambini al di

sotto dell'età della scuola dell'obbligo. Tuttavia, L'ECEC sta diventando sempre più parte integrante

dei sistemi di istruzione in Europa

Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore (European Higher Education Area - EHEA) = progetto

che si propone di realizzare un processo di convergenza e di rafforzamento degli studi superiori o

universitari in Europa. Questo processo è in linea con le strategie che la Commissione Europea

assieme agli Stati Membri dell'Unione ha varato in questi anni per costruire una vera Europa della

conoscenza ed ha lo scopo principale di promuovere la mobilità e l'impiego occupazionale degli

studenti, migliorare la qualità e rendere i sistemi educativi più competitivi, attrarre studenti (e docenti) dall'Europa e da altre parti del mondo. I mezzi per raggiungere tale obiettivo sono il sostegno a una maggiore comparabilità e compatibilità tra i diversi sistemi e le diverse istituzioni di

Istruzione Superiore in Europa, e l'innalzamento della loro qualità.

Assistenza sanitaria a misura di bambino = politiche e pratiche di assistenza sanitaria incentrate

sui diritti, i bisogni, le caratteristiche, le risorse e le capacità in evoluzione dei bambini, tenendo

conto della loro opinione.

Approccio di assistenza sanitaria a misura di bambino = quadro concettuale e operativo integrato

che rispetta appieno i diritti e i bisogni dei bambini in ambito sanitario.

Gli effetti sulle politiche sociali e sanitarie

riguardanti minorenni maltrattati di un approccio

centrato sui diritti fondamentali

Quadro legislativo vs. politiche

Le politiche sono una componente essenziale del quadro

ordinamentale di contrasto delle violenze sui minori: la presenza di una legislazione adeguata che vieti tali violenze NON è sufficiente!

“troppo spesso vediamo che leggi rimangono nei libri ma che molti bambini rimangono ai margini della società (...), grandemente esposti alle violenze e agli abusi”

(Rima Salah, Vice Direttrice Esecutiva, UNICEF, cit. in United

Nations Secretary, *General's Study on Violence against Children*, 2006)

Le politiche sociali e sanitarie & i diritti di partecipazione

Bambini e ragazzi contribuiscono a determinare le politiche:

- partecipando attivamente ai processi decisionali sul loro specifico caso (es. mediante colloqui/lettere all'assistente sociale o al giudice responsabile del loro caso,

partecipazione diretta a incontri in cui si prendono decisioni sul suo caso, presenza di un rappresentante speciale)

- partecipando come gruppo alla definizione delle priorità e delle azioni di contrasto alle violenze sui minori (es. istituzione di consigli consultivi di ragazzi, coinvolgimento di ragazzi nella formazione dei professionisti dei servizi per l'infanzia, coinvolgimento dei ragazzi in studi e ricerche sul funzionamento dei servizi all'infanzia)

Il contesto familiare

«Una famiglia in cui i bambini e gli adolescenti possono esprimere liberamente le proprie opinioni e in cui queste sono prese seriamente in considerazione... **gioca un ruolo di prevenzione di tutte le forme di violenza in casa e in famiglia**»

Programmi pubblici di educazione dei genitori che affrontino:

- la relazione di mutuo rispetto tra genitori e bambini;
- il coinvolgimento di bambini e ragazzi nei processi decisionali;
- le strategie per gestire opinioni conflittuali all'interno della famiglia

Fonte: Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*

A livello mondiale ed europeo esistono plurime iniziative di sensibilizzazione, **anche rivolte specificamente ai genitori**, volte ad affermare l'illegittimità di ogni punizione corporale delle persone di età minore

ESEMPIO N. 1

I minori «fuori famiglia»

devono essere «in grado di esprimere le proprie opinioni e ... a queste sia dato il giusto peso, sulle questioni riguardanti il loro collocamento, le regole della cura nelle famiglie e case affidatarie e la loro vita quotidiana» (Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n. 12*)

devono essere consultati in vista di decisioni che riguardino per esempio:

- la scelta dei tempi e del luogo del loro collocamento "fuori famiglia"
- i membri della famiglia con cui mantenere i contatti durante il collocamento extrafamiliare, la frequenza e le modalità di tali contatti
- i progetti sul loro futuro
- le revisioni periodiche sulla loro situazione (SOS, Children's Villages International/ISS, *Guidelines for the Alternative Care of Children: A UN Framework*, Geneva, 2009)

I minori «fuori famiglia»

Da un punto di vista generale occorrono:

- un organo di monitoraggio (quale il garante per l'infanzia) che deve poter accedere senza impedimenti alle strutture assistenziali per ascoltare direttamente le opinioni e preoccupazioni dei minori
- consigli rappresentativi dei bambini e ragazzi partecipano all'ideazione e attuazione delle politiche e regole della struttura in cui sono ospitati
- formazione dei professionisti alla partecipazione di bambini e

adolescenti, anche coinvolgendo come formatori i minori stessi
Fonte: Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*

ESEMPIO N. 2

In alcuni Paesi europei si sono sviluppate reti informali di ragazzi ospiti ed ex-ospiti di comunità, case famiglia, famiglie affidatarie, coinvolti in un percorso di partecipazione e cittadinanza attiva con la finalità di:

- creare momenti di aggregazione, di confronto e arricchimento reciproco tra i partecipanti
- contribuire a migliorare le politiche relative all'accoglienza extrafamiliare e le azioni da intraprendere per sostenere i giovani durante la delicata fase di "uscita" dai sistemi di accoglienza.

E' attualmente in fase di costituzione una rete europea, la *Care Leavers Europe*

Fonte: <http://www.agevolando.org/leavecare-livelifelife/>

Per un'azione concreta di sensibilizzazione del Care Leavers Network italiano sulla difficoltà per i care leavers di rendersi autonomi alla maggiore età: si veda il video «18 anni e (non) sentirli»

Una delle preoccupazioni più ricorrenti dei ragazzi «fuori famiglia» è il futuro dopo il compimento della maggiore età, cui consegue – spesso – la cessazione della presa in carico (anche economica) da parte dello Stato

Per un'azione concreta di un ombudsman: si veda il video dell'Ombudsman irlandese «Young person in residential care makes complaint to Ombudsman for Children»

Le cure sanitarie

Bambini e ragazzi devono sempre essere **coinvolti** nelle discussioni e decisioni relative alla loro salute
(Unicef- Save The Children, *Every child's right to be heard*, 2009)

devono anzitutto ricevere **informazioni** adeguate, secondo l'età e la capacità di comprensione (art. 4 Carta di EACH, *European Association for Children in Hospital*)
Nelle situazioni di violenza domestica o in caso di conflitto con i genitori, bambini e ragazzi devono avere «accesso a **consulenze** e consigli medici confidenziali senza il consenso dei genitori, indipendentemente dalla loro età, laddove necessario per la loro sicurezza e il loro benessere»

(Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*)
«Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare **consenso** a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione **del suo rappresentante**, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. Il **parere di un minore** è preso in considerazione come un fattore **sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità**»

(art. 6 comma 2° Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, cosiddetta «Convenzione di Oviedo»)
«La partecipazione del minore contribuisce non solo a promuovere il suo sano sviluppo e il suo benessere, ma anche a migliorare le politiche, i servizi sanitari e le prassi destinati all'infanzia e all'adolescenza»
(Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari, 2013)

Possibili strumenti includono:

- Sistemi di feedback da parte degli utenti
- Ricerche e consultazioni che abbiamo come destinatari e/o attori I minorenni
- Coinvolgimento di consigli/parlamenti di minori per lo sviluppo di standard e indicatori per servizi sanitari rispettosi dei diritti dell'infanzia
- Coinvolgimento di minori in ispezioni e monitoraggio [Unicef- Save The Children, *Every child's right to be heard*, 2009, p.98]

Le situazioni di violenza

Gli Stati dovrebbero:

- consultare bambini e adolescenti, con particolare attenzione ai gruppi svantaggiati e marginalizzati, per lo sviluppo e l'attuazione di misure legislative politiche, educative e altre per affrontare tutte le forme di violenza (Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*)
- stabilire per i minori che subiscono violenze un facile accesso agli individui o alle organizzazioni alle quali poter riferire in maniera sicura e confidenziale le proprie esperienze (Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*)
- istituire autorità indipendenti a garanzia dei diritti di tutti i minori e in particolare di quelli che abbiano subito violenze

ESEMPIO N. 3

Il video del Consiglio d'Europa "Tell someone you trust" affronta con un linguaggio e modalità adatti ai bambini il tema dell'abuso sessuale su minori **incoraggiando i bambini a denunciare le violenze subite**

ESEMPIO N. 4

The Italianaire è un video cartoon realizzato con la partecipazione di cinque ragazzi residenti in Italia e provenienti dall'Egitto, facilitati da *Save the Children*, finalizzato a **informare e sensibilizzare i minori egiziani** che vivono in tre governatorati ad alto tasso di emigrazione minorile in Egitto **circa le condizioni di vita in Italia dei minori migranti egiziani**

ESEMPIO N. 5

Il video del Consiglio d'Europa "Beat Bullying" mostra gli effetti del **bullismo** con un linguaggio e modalità adatti ai **bambini**, che vengono altresì incoraggiati ad assumere un **ruolo da protagonisti nel contrasto** dello stesso «Il diritto di bambini e ragazzi di essere ascoltati può giocare un ruolo preventivo contro ogni forma di violenza a scuola, in famiglia, a scuola e in strutture assistenziali» (European Network of Ombudspersons for Children (ENOC), *Position Statement on 'Violence against Children'*, 2015)

Gli adulti devono garantire la partecipazione del minore ai processi decisionali prendendo sempre tutte le precauzioni necessarie a ridurre il rischio di violenza o qualsiasi altra conseguenza negativa che possa derivare dalla partecipazione stessa (Comitato sui diritti dell'infanzia, *Commento generale n.12*)

Conclusioni

Occorre un **approccio integrato** e in particolare:

- attenzione non solo al contrasto ma soprattutto alla **prevenzione** delle violenze contro i minori
- promozione di una **cultura di rispetto dei diritti di bambini e ragazzi**
- formazione** specifica **dei professionisti** che operano a contatto con i minorenni sui temi della protezione e dei diritti di partecipazione
- servizi** per l'infanzia e l'adolescenza creati e gestiti **“a misura di minore”**
- sportelli/linee di aiuto facilmente accessibili ai minori che subiscono violenze

Fonte: Council of Europe, *Policy Guidelines on Integrated National Strategies for the Protection of Children from Violence*, 2009. In senso analogo European Network of Ombudspersons for Children (ENOC), *Position Statement on ‘Violence against Children’*, 2015.

«Bambini e ragazzi hanno una conoscenza privilegiata delle loro vite, dei loro bisogni e delle loro preoccupazioni, così come idee e opinioni che derivano dal loro proprio vissuto.... **Decisioni adottate dopo aver considerato il punto di vista fornito direttamente dai minorenni saranno più adeguate, più efficaci e più sostenibili**»

Fonte: The Save the Children Found, *Every Child's Right To Be Heard, a resource guide on the UN Committee on the Rights of the Child general comment no.12*, London, 2011

Unit_4_3_Lettura Ruolo e funzioni del Garante per l'infanzia

I GARANTI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

Le competenze attribuite dalle diverse leggi istitutive alle Autorità garanti per l'infanzia e l'adolescenza sono riconducibili a diverse azioni: ascolto e partecipazione, promozione e sensibilizzazione, collaborazione, elaborazione di proposte, pareri e raccomandazioni.

L'attività dei Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza (Ombudsman for Children) assume oggi un

ruolo di primo piano nelle politiche volte a garantire la conoscenza e il rispetto dei diritti dei minori,

e consente di dare voce a persone (i minori) che spesso rischiano di essere invisibili:

<https://www.youtube.com/watch?v=jWiE2jHX5yE>.

Le Autorità Garanti, in sintesi:

- vigilano** sull'applicazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel territorio e contribuire a diffondere la conoscenza e la cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- segnalano** alle autorità competenti eventuali violazioni di tali diritti;
- verificano** che le persone di minore età abbiano pieno accesso ai loro diritti;
- esprimono** pareri sulle proposte normative riguardanti i minori di età e sulla tutela dei diritti

e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva.

Più nel dettaglio, le funzioni e i poteri delle Autorità garanti (Ombudsman for Children) si possono

suddividere in due principali aree.

1) La prima è di carattere generale e riconducibile a interventi di promozione dei diritti delle persone di minore età. I Garanti, per esempio, promuovono la conoscenza e l'affermazione dei diritti

individuali, sociali e politici dell'infanzia e dell'adolescenza assumendo ogni iniziativa finalizzata alla loro concreta realizzazione; vigilano sull'applicazione nel territorio della Convenzione sui diritti del fanciullo; esprimono, su richiesta dei competenti organi locali, pareri, proposte e rilievi su progetti di legge, di regolamento e di atti amministrativi in ordine al possibile ed eventuale impatto su bambini e ragazzi.

2) La seconda area di intervento è specifica e riguarda le risposte a segnalazioni di situazioni di singoli minori in difficoltà. I Garanti, infatti, accolgono le segnalazioni provenienti da persone anche di minore età (per un esempio vd. qui), dalle famiglie, dalle scuole, da associazioni ed enti, in ordine a casi di violazione dei diritti; segnalano alle amministrazioni pubbliche competenti i casi di violazione di diritti, conseguenti a atti o fatti ritardati, omessi o comunque irregolarmente compiuti, di cui abbia avuto conoscenza da soggetti pubblici e privati, o da parte di persone singole, anche di minore età.

Quanto al *modus operandi*, ai Garanti non sono conferiti poteri diretti e incisivi di indagine, di prescrizione e di sanzione. L'azione dei Garanti si estrinseca infatti essenzialmente nella cosiddetta *moral suasion*, cioè nella persuasione esercitata nei confronti di soggetti pubblici (decisioni politiche, amministrazioni locali, servizi socio-assistenziali territoriali, autorità giudiziarie) e privati (genitori in conflitto, enti del terzo settore) basandosi sull'autorevolezza del proprio *status* di autorità di garanzia. Così, per esempio, il Garante può raccomandare alle amministrazioni competenti l'adozione di interventi di aiuto e sostegno, nonché l'adozione, in caso di loro condotte omissive, di specifici provvedimenti; promuovere, presso le amministrazioni competenti, la modifica o la riforma di provvedimenti ritenuti pregiudizievoli per bambini e ragazzi; richiamare le amministrazioni competenti a prendere in considerazione come preminente il superiore interesse del fanciullo. Le Autorità garanti possono esistere tanto a livello nazionale quanto a livello locale. In ambito europeo è attiva la Rete europea dei Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza (European Network of Ombudsman for Children – sito web: https://enoc.eu/?page_id=174) che si riunisce almeno una volta l'anno per discutere temi di interesse comune a livello europeo e individuare linee di intervento condivise. Le Autorità garanti nazionali collaborano costantemente con la rete internazionale dei garanti delle

persone di minore età, con le organizzazioni e gli istituti internazionali di tutela e di promozione dei diritti dei minorenni e le organizzazioni no profit.

Lo scambio con soggetti diversi permette alle Autorità di sviluppare proposte al passo con i tempi e le necessità dei ragazzi.

Uno degli ambiti di intervento dei Garanti concerne i fenomeni di violenza e maltrattamento a danno

di persone di età minore (maltrattamento psicologico, maltrattamento fisico, violenza sessuale,

trascuratezza, violenza assistita). Sul punto si veda il contributo ENOC. Position Statement on

‘Violence against Children’, <http://enoc.eu/wp-content/uploads/2014/12/ENOC-position-statement-on-Violence-against-children-2015-FV.pdf>.

Unit_4_5_L’esperienza di un tutore volontario di un minore straniero non accompagnato

Il tutore volontario come “voce” del minore straniero non accompagnato

Sono molti i minorenni che sono costretti a lasciare il loro Paese per trascorrere la loro infanzia e

adolescenza lontano da casa, separati dalle loro famiglie e senza adulti di riferimento che possano

assicurarsi che vengano tutelati i loro interessi. La grande maggioranza di loro ha vissuti traumatici

legati al percorso migratorio, alla vita prima della migrazione o comunque all’abbandono della o

dalla famiglia di origine.

Nel Diritto dell’Unione europea, la *Direttiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio*

definisce il minore straniero non accompagnato (MSNA): “*il minore di 18 anni, non appartenente a una*

nazione dell’Unione Europea o apolide, che giunga nel territorio dello Stato membro senza essere

accompagnato da un adulto che ne sia responsabile in base alla normativa o alla prassi dello Stato membro

interessato, e fino a quando non sia effettivamente affidato a un tale adulto; il termine include il minore che

venga abbandonato dopo essere entrato nel territorio degli Stati membri”.

In numerosi ordinamenti europei si sta diffondendo la figura del tutore volontario, un privato cittadino, altamente qualificato, chiamato ad esercitare la rappresentanza legale dei minori arrivati

nello Stato da soli e ad assicurare che i loro interessi vengano tutelati, i loro bisogni ascoltati e le loro

potenzialità coltivate. L’istituto del tutore volontario rappresenta, in altre parole, un esempio di

cittadinanza attiva e dunque uno strumento di politica sociale in favore di persone di età minore.

Carlo Infuso, avvocato torinese, racconta così la sua esperienza di tutore volontario.

“Ho conosciuto V., il mio tutelato, in un’occasione assolutamente ordinaria: mi è stato presentato dalla Comunità che lo ospitava. Mi sono trovato davanti questo ragazzo e devo dire che dopo la presentazione di rito non sapevamo tanto né io né lui che cosa dire. L’ho caricato sul motorino, siamo andati a fare un giro, abbiamo un po’ parlato, e pian piano

abbiamo cominciato a costruire questo rapporto che oggi direi essere evoluto veramente in un rapporto piacevole, pieno, di fiducia e di piacere reciproco.

V. sta finalmente cominciando la sua vita qui in Italia. Gode della protezione umanitaria, avrà quindi un permesso di soggiorno fino a quando diventa maggiorenne e anche oltre perché gli è stato dato per due anni. Chiederemo appunto che possa proseguire e portare a termine gli studi.

Sta finalmente iniziando a capire l'importanza di imparare l'italiano, cosa che non gli serviva e non aveva assolutamente colto nei suoi aspetti, per sé stesso, per le relazioni con gli altri, per le sue relazioni con me, per le relazioni con i miei amici, per le persone che frequenta attraverso me, che sta cominciando a conoscere e a scoprire. Sta capendo l'importanza di studiare anche da cameriere, dava per scontato che fare il cameriere significasse semplicemente portare a tavola i cibi e invece sta imparando a fare il cappuccino, il cappuccino con il disegno, servire con le doppie posate dal piatto di portata, a destra, a sinistra, i bicchieri per l'acqua, per il vino, come disporre il tovagliolo, eccetera... Sta scoprendo un poco il piacere dell'imparare le cose per imparare le cose proprio per sé stesse.

È molto divertente. È un giovane, un adolescente: pensa tantissimo alla musica, ha l'orecchino, il taglio di capelli... come tutti i ragazzi.

Mi ha stupito, devo dire, una cosa nel mio ruolo di tutore, che è un po' fuori dal ruolo di tutore. Quando si trattava di prendere una decisione iniziale sul dove studiare, sul che cosa studiare, quando V. mi ha detto: "io non ho genitori, tu sei il mio papà italiano, decidi tu per me, perché so che quello che tu decidi per me è sicuramente fatto bene".

Oggi, a distanza di alcuni mesi, sono contento che V. riesca a dire: "sono contento che abbiamo deciso insieme di fare questo studio, perché è una scuola che mi piace molto".

Anche il fatto di essere riuscito, forse con piccole cose, con le cose di ogni giorno, un poco a innescare in lui un meccanismo di fiducia negli altri, ha permesso di avere, di costruire, un po' di fiducia in sé stesso e oggi V. probabilmente è in grado di fare piccole scelte che una volta non era in grado di fare, con molta più coscienza, con molta più leggerezza, con molto più impegno rispetto a prima.

È un rapporto tra persone quello che si crea ed è un rapporto che può andare bene o può andare male, nel nostro caso è andato bene, ci ha permesso di costruire.

Posso dire con piacere V. è ospite questa fine settimana a casa mia, stasera preparerà probabilmente lui da mangiare una delle sue cose e ne siamo tutti molto contenti".

Unit_4_6_Quiz 5 domande a scelta multipla

1) Nelle situazioni di violenza domestica o in caso di conflitto con i genitori, bambini e ragazzi:

a) devono avere accesso a consulenze e consigli medici confidenziali senza il consenso dei genitori, indipendentemente dalla loro età

b) devono avere accesso a consulenze e consigli medici confidenziali senza il consenso dei genitori, se di età superiore ai 14 anni

c) devono avere accesso a consulenze e consigli medici confidenziali previo consenso dei genitori, indipendentemente dalla loro età

d) devono avere accesso a consulenze e consigli medici confidenziali previo consenso dei genitori, se dotati di un elevato grado di maturità

FEEDBACK: nelle situazioni di violenza domestica o in caso di conflitto con i genitori, bambini e ragazzi devono avere «accesso a consulenze e consigli medici confidenziali senza il consenso dei genitori, indipendentemente dalla loro età, laddove necessario per la loro sicurezza e il loro benessere». (Comitato sui diritti dell'infanzia, Commento generale n.12)

2) La dichiarazione di Bucarest dei bambini dell'Unione Europea è uno strumento volto a mobilitare le istituzioni europee e gli Stati membri a stabilire strutture e meccanismi

formali che promuovano il diritto dei bambini e dei giovani:

a) a partecipare alle decisioni dell'Unione Europea

- b) ad essere ascoltati in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che li concerne
- c) ricevere o comunicare informazioni o idee senza che vi possa essere ingerenza da parte delle autorità pubbliche e senza limiti di frontiera
- d) a beneficiare di una protezione particolare e quindi a un trattamento differenziato sulla base dell'età

FEEDBACK: la Dichiarazione è uno strumento che può mobilitare le istituzioni europee e gli Stati membri a stabilire strutture e meccanismi formali che promuoveranno il diritto dei bambini e dei giovani a partecipare alle decisioni dell'Unione Europea

3) Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento sanitario, questo:

a) non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità

o di una persona o di un organo designato dalla legge

- b) non può essere effettuato
- c) può essere effettuato anche senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge
- d) può essere effettuato anche senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge se è possibile ricostruire la volontà del

FEEDBACK: quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. (art. 6 comma 2° Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, cosiddetta «Convenzione di Oviedo»)

4) Il video del Consiglio d'Europa "Tell someone you trust" affronta con modalità adatte ai bambini il tema:

a) dell'abuso sessuale

- b) del bullismo
- c) della violenza assistita
- d) delle punizioni corporali

FEEDBACK: il video del Consiglio d'Europa "Tell someone you trust" affronta con un linguaggio e modalità adatti ai bambini il tema dell'abuso sessuale su minori incoraggiando i bambini a denunciare le violenze subite

5) Le Autorità garanti per l'infanzia e l'adolescenza esercitano:

a) poteri di moral suasion

- b) poteri incisivi di indagine
- c) poteri di prescrizione e di sanzione
- d) poteri normativi

FEEDBACK: ai Garanti non sono conferiti poteri diretti e incisivi di indagine, di prescrizione e di sanzione. L'azione dei Garanti si estrinseca essenzialmente nella cosiddetta moral suasion, cioè nella persuasione esercitata nei confronti di soggetti pubblici e privati basandosi sull'autorevolezza del proprio status di autorità di garanzia

DOMANDE DI RISERVA

6) L'acronimo ENOC si riferisce:

a) alla Rete europea dei Garanti dell'infanzia

- b) al Comitato sui diritti dell'infanzia
- c) alla European Association for Children in Hospital
- d) ad una politica attivata dal Consiglio d'Europa

FEEDBACK: ENOC è l'acronimo di European Network of Ombudspeople for Children ed indica la Rete europea dei Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza

7) Quale tra le seguenti affermazioni sui minori «fuori famiglia» è falsa?

a) **Non possono mantenere contatti con i membri della famiglia con cui durante il collocamento extrafamiliare**

b) Devono essere consultati in vista di decisioni che riguardino le revisioni periodiche sulla loro situazione

c) Devono essere consultati sulle questioni riguardanti il loro collocamento

d) Devono essere in grado di esprimere le loro opinioni sulle questioni riguardanti le regole della cura nelle famiglie e case affidatarie

FEEDBACK: i minori “fuori famiglia” devono essere in grado di esprimere le proprie opinioni e a queste deve essere dato il giusto peso, sulle questioni riguardanti il loro collocamento, le regole della cura nelle famiglie e case affidatarie e la loro vita quotidiana (Comitato sui diritti dell'infanzia, Commento generale n. 12).

devono essere consultati in vista di decisioni che riguardino per esempio: la scelta dei tempi e del luogo del loro collocamento “fuori famiglia”; i membri della famiglia con cui mantenere i contatti durante il collocamento extrafamiliare, la frequenza e le modalità di tali contatti; i progetti sul loro futuro; le revisioni periodiche sulla loro situazione

Unit 5_1 video Prof. Scomparin

Siete ormai giunti al termine di queste due settimane di formazione, nelle quali abbiamo cercato di individuare e di descrivere gli strumenti giuridici e sociali, che l'ordinamento pone a fondamento della tutela dei minori che abbiano subito un trauma.

Così, in questo breve video conclusivo, vorrei cercare di tirare le fila del nostro percorso, identificando le principali chiavi di lettura delle varie questioni che abbiamo trattato.

In primo luogo, è importante ricordare che la consacrazione dei diritti del minore è stata una conquista travagliata e per nulla scontata.

Una chiara testimonianza di quanto detto è sicuramente il caso di Mary Ellen Wilson, che si è concluso positivamente solo grazie alla tenacia di una missionaria metodista e dell'intuizione di un avvocato: in quel caso, infatti, per allontanare una minore da un contesto familiare a dir poco inadeguato, ci si era addirittura dovuti rivolgere alle leggi in materia di maltrattamento degli animali. Il che è certamente qualche cosa che può meravigliare.

Ma anche maggiore meraviglia può aver destato in voi la vicenda a cui fa riferimento la decisione *Z. c. Regno Unito* della Corte europea dei diritti dell'uomo, non fosse altro perché si è verificata oltre cento anni dopo. Dunque possiamo dire che, ancora nei primi anni Novanta, l'idea di un obbligo, in capo allo Stato, di porre rimedio a situazioni familiari problematiche per il benessere di un minore faceva una certa fatica a radicarsi. I giudici della Corte europea, in quel caso, hanno dovuto ricavare un tale dovere dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, riconoscendolo in sostanza come un corollario del divieto di trattamenti inumani e degradanti di cui all'art. 3 della Convenzione europea.

Poi c'è un secondo punto importante da ricordare: è che un decisivo impulso verso il superamento di lacune giuridiche, che in ogni Stato sono presenti, è certamente venuto dal diritto internazionale e dal diritto sovranazionale. Sicuramente va ricordata la Convenzione di New York, seguita poi, per quel che ci riguarda più vicino, da molte iniziative del Consiglio d'Europa, nonché, più di recente, anche dell'Unione europea.

Solo attraverso questi strumenti, potremmo dire, la consapevolezza che il minore sia un autonomo soggetto di diritti, titolare di posizioni giuridiche proprie e indipendenti rispetto a quelle dei genitori, ha potuto progressivamente affermarsi; così che oggi possiamo davvero definirlo un patrimonio comune in ogni ordinamento. Allo stesso modo, è anche

pacifico che esista un vero e proprio dovere delle autorità statali di prevenire e punire oggi eventuali maltrattamenti nei confronti dei minori, come è pacifico che vi sia un dovere di accompagnare efficacemente chi ha subito un maltrattamento verso un pieno e totale recupero del proprio benessere psico-fisico.

C'è anche una terza chiave di lettura molto importante. Il minore è un individuo che presenta spiccate peculiarità: la sua personalità è ancora in formazione e, proporzionalmente all'età, necessita sicuramente di attenzioni che l'adulto di solito non richiede; a maggior ragione queste attenzioni speciali sono necessarie quando il minore è stato vittima di abusi e violenze, magari, ancor di più, in ambito familiare. In altre parole, potremmo dire che, per quanto riguarda i minori, i diritti che sono generalmente riconosciuti a ogni individuo hanno richiesto un'autonoma elaborazione, che tenesse conto delle loro particolari e delicate condizioni.

Per fare qualche esempio, è vero che il minore ha diritto di essere ascoltato e di esprimere la propria opinione su ogni questione che lo riguarda; ma è anche vero che, se necessario per realizzare il suo superiore interesse, allora la decisione, che alla fine l'ordinamento prende in una procedura che lo riguarda, potrebbe anche essere diversa da quella che lui ha manifestato come preferibile; e può essere anche completamente differente dalla volontà che il minore ha manifestato.

Poi c'è anche un quarto punto importante da ricordare. Il cammino verso la reintegrazione del benessere del minore traumatizzato può essere un cammino doloroso quasi quanto le violenze e gli abusi che il minore ha subito. In questo senso, instaurare un procedimento penale, un procedimento civile, in seguito al maltrattamento, è certamente una condizione essenziale per il raggiungimento di numerosi e importanti obiettivi: punire chi ha commesso il fatto, se costituisce reato; impedire che le condotte di abuso vengano reiterate; risarcire il danno subito; quando sia necessario, anche ristabilire un adeguato contesto familiare. Ma non va dimenticato che esiste anche un rovescio di questa medaglia, che è dato dai sacrifici – spesso altrettanto numerosi – che sono richiesti al minore per affrontare tutti i passaggi di un procedimento.

Spesso è cruciale ad esempio la sua partecipazione al procedimento che lo coinvolge; e questa partecipazione, oltre a essere diritto del minore, è anche importante, addirittura fondamentale, per l'accertamento dei fatti: esprimendo la sua opinione e raccontando la sua esperienza, la vittima può sempre offrire al giudice degli elementi importanti per la decisione finale. Però, come abbiamo visto, esistono anche dei rischi importanti di vittimizzazione secondaria, perché, nel corso di un procedimento, il minore deve probabilmente ricordare i fatti e quindi i traumi subiti; deve probabilmente subire l'esposizione pubblica legata alla sua vicenda processuale; deve probabilmente, nel corso del processo, venire anche a contatto diretto con l'autore dell'abuso. E sono tutti rischi assolutamente importanti e rilevanti.

Poi quando si riveli necessario disporre l'adozione o anche solo l'affidamento di un minore, non va certo dimenticato quanto possa essere difficile l'inserimento in nucleo familiare nuovo.

Paradossalmente, potremmo dire, il superamento di un primo trauma, che è dato dall'abuso, richiede poi di imboccare un nuovo percorso, che però a sua volta è costellato dal pericolo di molti altri piccoli traumi.

E poi c'è forse la considerazione più importante.

Spesso accade che nuovi diritti e nuove tutele richiedano molto tempo e molte energie per affermarsi; e questo, come abbiamo visto, è accaduto anche per il minore. Ora che, però, queste garanzie esistono va probabilmente compiuto un passo ulteriore: bisogna acquisire consapevolezza che il diritto, da solo, non basta. Che le Convenzioni internazionali, sovranazionali, che le direttive europee, le leggi dei singoli Stati, da sole, non bastano. Sono

il punto di partenza, sono la base su cui tutto il resto dev'essere poi costruito. Ciò che più conta – in questo ambito probabilmente più che in altri – è come le garanzie, che sono sancite sulla carta, vengono poi attuate, realizzate, tramite efficienti politiche sociali.

In questo, le amministrazioni centrali e locali devono certamente farsi carico di promuovere, con iniziative concrete, una cultura del rispetto dei diritti dei minori; allo stesso tempo, devono costruire, monitorare, investire, su servizi specifici per l'infanzia e l'adolescenza; servizi come gli sportelli di aiuto, i gruppi di sostegno, autorità di vigilanza e di controllo. E, in questo, non dimentichiamolo, un ruolo importante hanno sempre anche il volontariato e le associazioni che promuovono e tutelano i diritti dei minori, perché queste associazioni sono sicuramente un tassello fondamentale, per attuare politiche sociali efficaci ed efficienti. Anche per limitare poi il rischio di quella vittimizzazione secondaria, di cui abbiamo parlato, le amministrazioni pubbliche devono avere una adeguata sensibilità e devono agire con opportuni investimenti. Giusto per fare qualche esempio, devono sicuramente allestire delle aule in tribunale per l'ascolto protetto; devono sensibilizzare adeguatamente i giudici e gli avvocati; devono assicurare delle condizioni adeguate per lo svolgimento delle audizioni del minore; devono sicuramente garantire una assistenza psicologica continuativa per tutto il corso del procedimento.

E naturalmente il contributo dei primi fruitori di questo corso, cioè i professionisti, sociali e sanitari, che sono deputati a interagire con il minore, è fondamentale. Perché questi operatori sono, siete, i custodi dei minorenni fuori dai processi, per il superamento del trauma che è causato dalla vittimizzazione primaria; ma siete anche i custodi del minore dentro i processi, perché potete rendere più sopportabile qualcosa che non potrà mai essere vissuto come ordinario; e poi siete i custodi dei minorenni anche dopo i processi, perché dovete fare in modo che il cammino faticoso verso il recupero della serenità non s'interrompa proprio nel momento in cui dovrebbe maggiormente accelerare e dare poi i suoi frutti.

In definitiva, sono moltissime le difficoltà che attendono il bambino o l'adolescente vittima di maltrattamenti; ma, come abbiamo cercato di evidenziare fino a questo momento, esistono anche molti strumenti per aiutarlo ad affrontare queste sfide e a vincerle. Quindi buon lavoro a tutte e a tutti.

Riepilogo di tutti gli argomenti trattati nel seminario di formazione formatori

Gruppi di discussione

Domande

Istruzioni finali

Peer support group

Peer supervision

Chiamate di emergenza al supervisore: come e quando

Integrazione cognitiva dell'intero seminario di formazione

Feedback dei trainee e suggerimenti di miglioramento

Chiusura del corso di formazione formatori.

©CarePath – Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support, 2019

Disclaimer:

This report was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content of the report represents the views of the author

only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.



Incremento delle competenze dei professionisti e delle autorità pubbliche nell'ambito degli approcci rivolti al trauma



www.carepath-project.eu



IL PROGETTO:

Il progetto 'CarePath' è un'iniziativa della durata di due anni che mira a migliorare i sistemi nazionali e regionali di protezione dei minori che escono dai servizi di presa in carico.

Obiettivo del progetto

Il progetto persegue l'obiettivo di garantire che i bambini che escono dai servizi di presa in carico ricevano una assistenza adeguata ed informata sul trauma (Trauma Informed) da parte del sistema integrato di protezione dell'infanzia. Migliora le capacità dei professionisti e mira a sviluppare un meccanismo sostenibile che consentirà alle pubbliche autorità e ai professionisti di fornire servizi di supporto psicosociale ai bambini che escono dai servizi di presa in carico basati su interventi centrati sul trauma.

Destinatari

Il progetto si rivolge alle autorità pubbliche, ai comuni e agli organismi responsabili della protezione dei bambini in quattro Paesi europei. Coinvolge anche professionisti quali psicologi, psicoterapeuti, arteterapeuti, assistenti sociali, operatori sanitari ecc. che lavorano con i bambini che escono dai servizi di presa in carico, così come coloro i quali offrono formazione professionale a questo tipo di utenza.

Le attività del progetto si concentrano su:



identificazione di pratiche trasferibili e di servizi integrati Trauma Informed per i minori che escono dai servizi di presa in carico



formazione di professionisti che lavorano con minori traumatizzati basata sui punti di vista di minori che escono dai servizi di presa in carico e adolescenti in sistemi di assistenza alternativi



sviluppo di un corso online per i professionisti che lavorano con i minori che escono dai servizi di presa in carico



organizzazione di una conferenza europea sulla protezione informata sul trauma di minori vittime di traumi



formazione di professionisti che lavorano con bambini traumatizzati, centrata sulle percezioni e i bisogni degli utenti adolescenti che fruiscono di forme di sostegno alternative



This flyer is a part of the CarePath Project funded by the European Union Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content represents exclusively the point of view of the project partners and the European Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



ISTITUTO
CULTURALE



IACP



Eurochild



ReadLab



ERGO



e-trikala

PARTNER DEL PROGETTO

Co-finanziato dallo European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme e coordinato dall'Università di Torino, il progetto si svolgerà in Italia, Grecia, Ungheria e Belgio. Tra i partner sono inclusi: l'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP) e la Regione Calabria in Italia; ReadLab, E-Trikala ed ERGO in Grecia; Cordelia in Ungheria e Eurochild in Belgio.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO (UNITO)

Il Dipartimento di Psicologia e il Dipartimento di Giurisprudenza fanno parte dell'Università di Torino che comprende 27 Dipartimenti e corsi di laurea. Il Dipartimento di Psicologia fa parte della Scuola di Scienze Naturali. Il Dipartimento di Giurisprudenza fa parte della Scuola di Scienze giuridiche, politiche e socio-economiche. UNITO conta circa 70.000 studenti e 2.000 tra professori e membri dello staff. UNITO promuove ricerche scientifiche nazionali e internazionali.

REGIONE CALABRIA

La Regione Calabria è un'entità territoriale con un proprio statuto, poteri e funzioni secondo i principi stabiliti dalla Costituzione della Repubblica italiana. Nel progetto Care Path, la Calabria è responsabile dello sviluppo di un quadro di riferimento sostenibile per i servizi integrati ai minori che escono dai servizi di presa in carico.

ISTITUTO DELL'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA (IACP)

L'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona è un'organizzazione scientifica senza fine di lucro dedicata alla protezione e promozione delle potenzialità umane. Offre servizi di formazione, ricerca e consulenza con le varie applicazioni dell'Approccio Centrato sulla Persona - un approccio scientificamente validato formulato da Carl Rogers, uno dei fondatori. IACP è un provider di corsi di formazione continua da parte del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione.

EUROCHILD

Eurochild è una rete di 171 organizzazioni e persone provenienti da 34 paesi europei che lavorano con e per i bambini in tutta Europa per promuovere i diritti e il benessere dei bambini e dei giovani. La visione di Eurochild è di una società dove i bambini e i giovani crescano felici, in salute e rispettati come individui nei loro diritti. La missione di Eurochild è di promuovere i diritti e il benessere dei bambini nelle politiche e nelle pratiche che li riguardano attraverso azioni consociative di supporto e ricerca.

E-TRIKALA S.A

E-Trikala S.A è una società di sviluppo del Comune di Trikala (Grecia) fondata nel marzo 2008. Crea infrastrutture e fornisce servizi attraverso lo sviluppo continuo di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, applicazioni per migliorare la vita quotidiana di tutti i cittadini. Nell'ambito del programma di finanziamento della società dell'informazione e di altri programmi europei, l'Unione Europea ha approvato più di 20 progetti presentati da e-Trikala durante i suoi primi 10 anni di attività. In collaborazione con ESTIA, stiamo attualmente implementando il progetto

ERGO






ERGO è un'organizzazione non a scopo di lucro che rafforza le capacità psicosociali dei bambini e giovani, oltre a fornire istruzione e consulenza a genitori e professionisti che supportano questi gruppi. ERGO immagina e rivendica un futuro più luminoso, in cui ogni bambino ha diritto al massimo benessere mentale e creativo e ad opportunità di sviluppo.



READLAB






ReadLab è un istituto di ricerca con lo scopo di generare un impatto sociale positivo e sostenibile attraverso l'innovazione. Riunisce team multidisciplinari di ricercatori specializzati negli ambiti della Salute, dell'ingegneria, della comunicazione tecnologica, dell'educazione e delle scienze politiche e sociali, con una lunga esperienza nella gestione progettuale e nell'implementazione di progetti nazionali, UE e internazionali.

CORDELIA






La Fondazione Cordelia è stata fondata nel 1996 con lo scopo di assistere i sopravvissuti alla tortura e richiedenti asilo, rifugiati, familiari e minori non accompagnati gravemente traumatizzati che arrivano in Ungheria fornendo loro assistenza psichiatrica, psicoterapeutica, psicologica e consulenza psicosociale. L'equipe di Cordelia è composta da terapeuti con competenze interculturali (psichiatri, psicologi, terapeuti non verbali) che lavorano con clienti rifugiati, ospitati in centri di accoglienza e presso strutture di protezione dell'infanzia.






 Luca Rollè Ph.D., Psy.D.
 l.rolle@unito.it  +39 011670 3923
 Via Giuseppe Verdi 8, Turin, 10124, Italy
 www.unito.it






 Nicola Mayerà
 n.mayera@regcal.it  +39 0961 853687
 Via Sensales 20, Catanzaro, 88100, Italy
 www.regione.calabria.it/calabriaeuropa

 Alberto Zucconi
 alberto.zucconi@iacpedu.org
 +39 06772 00357
 Piazza V. Emanuele II 99, Roma, 00185, Italy
 www.social.iacp.it

 Agata D'Addato Ph.D.
 agata.daddato@eurochild.org
 +32 2211 0558
 Hallepoortaan 27, 1060 Brussels, Belgium
 www.eurochild.org

 Christina N. Karaberi
 xkaraberi@e-trikala.gr
 +30 243 102 2899
 28 Kalabakas Str., 421 32 Trikala, Greece
 www.e-trikala.gr

 Iosif Sofios
 iosif.sofios@gmail.com  +30 6995 149 652
 Alikarnassou 15, Nea Smyrni-Athens 17124, Greece
 www.ergo.academy

 Stefanos Vagenas, Vassiliki Chatzipetrou
 team@read-lab.eu  +30 211 111 2341
 Head Office: Pyli, Trikala, 42032, Greece / Branch: Kraterou 10, Zografou-Athens 15771, Greece
 www.read-lab.eu

 Dr Lilla Hárdi
 hardi.lilla@cordelia.hu
 +36 3061 349 1450
 Kárpát utca 1/B, Budapest, 1133, Hungary
 www.cordelia.hu



Incremento delle competenze dei professionisti e delle autorità pubbliche nell'ambito degli approcci rivolti al trauma



www.carepath-project.eu



IL PROGETTO:

Il progetto 'CarePath' è un'iniziativa della durata di due anni che mira a migliorare i sistemi nazionali e regionali di protezione dei minori che escono dai servizi di presa in carico.

Obiettivo del progetto

Il progetto persegue l'obiettivo di garantire che i bambini che escono dai servizi di presa in carico ricevano una assistenza adeguata ed informata sul trauma (Trauma Informed) da parte del sistema integrato di protezione dell'infanzia. Migliora le capacità dei professionisti e mira a sviluppare un meccanismo sostenibile che consentirà alle pubbliche autorità e ai professionisti di fornire servizi di supporto psicosociale ai bambini che escono dai servizi di presa in carico basati su interventi centrati sul trauma.

Destinatari

Il progetto si rivolge alle autorità pubbliche, ai comuni e agli organismi responsabili della protezione dei bambini in quattro Paesi europei. Coinvolge anche professionisti quali psicologi, psicoterapeuti, arteterapeuti, assistenti sociali, operatori sanitari ecc. che lavorano con i bambini che escono dai servizi di presa in carico, così come coloro i quali offrono formazione professionale a questo tipo di utenza.

Le attività del progetto si concentrano su:



identificazione di pratiche trasferibili e di servizi integrati Trauma Informed per i minori che escono dai servizi di presa in carico



formazione di professionisti che lavorano con minori traumatizzati basata sui punti di vista di minori che escono dai servizi di presa in carico e adolescenti in sistemi di assistenza alternativi



sviluppo di un corso online per i professionisti che lavorano con i minori che escono dai servizi di presa in carico



organizzazione di una conferenza europea sulla protezione informata sul trauma di minori vittime di traumi



formazione di professionisti che lavorano con bambini traumatizzati, centrata sulle percezioni e i bisogni degli utenti adolescenti che fruiscono di forme di sostegno alternative



This flyer is a part of the CarePath Project funded by the European Union Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content represents exclusively the point of view of the project partners and the European Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



ISTITUTO
CULTURALE



IACP



Eurochild
EUROPEAN CHILDREN'S CENTRE



ReadLab
RESEARCH AND EDUCATION IN CHILDREN'S LITERACY



ERGO
EUROPEAN RESILIENCE
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

PARTNER DEL PROGETTO

Co-finanziato dallo European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme e coordinato dall'Università di Torino, il progetto si svolgerà in Italia, Grecia, Ungheria e Belgio. Tra i partner sono inclusi: l'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP) e la Regione Calabria in Italia; ReadLab, E-Trikala ed ERGO in Grecia; Cordelia in Ungheria e Eurochild in Belgio.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO (UNITO)

Il Dipartimento di Psicologia e il Dipartimento di Giurisprudenza fanno parte dell'Università di Torino che comprende 27 Dipartimenti e corsi di laurea. Il Dipartimento di Psicologia fa parte della Scuola di Scienze Naturali. Il Dipartimento di Giurisprudenza fa parte della Scuola di Scienze giuridiche, politiche e socio-economiche. UNITO conta circa 70.000 studenti e 2.000 tra professori e membri dello staff. UNITO promuove ricerche scientifiche nazionali e internazionali.

REGIONE CALABRIA

La Regione Calabria è un'entità territoriale con un proprio statuto, poteri e funzioni secondo i principi stabiliti dalla Costituzione della Repubblica italiana. Nel progetto Care Path, la Calabria è responsabile dello sviluppo di un quadro di riferimento sostenibile per i servizi integrati ai minori che escono dai servizi di presa in carico.

ISTITUTO DELL'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA (IACP)

L'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona è un'organizzazione scientifica senza fine di lucro dedicata alla protezione e promozione delle potenzialità umane. Offre servizi di formazione, ricerca e consulenza con le varie applicazioni dell'Approccio Centrato sulla Persona - un approccio scientificamente validato formulato da Carl Rogers, uno dei fondatori. IACP è un provider di corsi di formazione continua da parte del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione.

EUROCHILD

Eurochild è una rete di 171 organizzazioni e persone provenienti da 34 paesi europei che lavorano con e per i bambini in tutta Europa per promuovere i diritti e il benessere dei bambini e dei giovani. La visione di Eurochild è di una società dove i bambini e i giovani crescano felici, in salute e rispettati come individui nei loro diritti. La missione di Eurochild è di promuovere i diritti e il benessere dei bambini nelle politiche e nelle pratiche che li riguardano attraverso azioni consociative di supporto e ricerca.

E-TRIKALA S.A

E-Trikala S.A è una società di sviluppo del Comune di Trikala (Grecia) fondata nel marzo 2008. Crea infrastrutture e fornisce servizi attraverso lo sviluppo continuo di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, applicazioni per migliorare la vita quotidiana di tutti i cittadini. Nell'ambito del programma di finanziamento della società dell'informazione e di altri programmi europei, l'Unione Europea ha approvato più di 20 progetti presentati da e-Trikala durante i suoi primi 10 anni di attività. In collaborazione con ESTIA, stiamo attualmente implementando il progetto

ERGO






ERGO è un'organizzazione non a scopo di lucro che rafforza le capacità psicosociali dei bambini e giovani, oltre a fornire istruzione e consulenza a genitori e professionisti che supportano questi gruppi. ERGO immagina e rivendica un futuro più luminoso, in cui ogni bambino ha diritto al massimo benessere mentale e creativo e ad opportunità di sviluppo.



READLAB






ReadLab è un istituto di ricerca con lo scopo di generare un impatto sociale positivo e sostenibile attraverso l'innovazione. Riunisce team multidisciplinari di ricercatori specializzati negli ambiti della Salute, dell'ingegneria, della comunicazione tecnologica, dell'educazione e delle scienze politiche e sociali, con una lunga esperienza nella gestione progettuale e nell'implementazione di progetti nazionali, UE e internazionali.

CORDELIA






La Fondazione Cordelia è stata fondata nel 1996 con lo scopo di assistere i sopravvissuti alla tortura e richiedenti asilo, rifugiati, familiari e minori non accompagnati gravemente traumatizzati che arrivano in Ungheria fornendo loro assistenza psichiatrica, psicoterapeutica, psicologica e consulenza psicosociale. L'equipe di Cordelia è composta da terapeuti con competenze interculturali (psichiatri, psicologi, terapeuti non verbali) che lavorano con clienti rifugiati, ospitati in centri di accoglienza e presso strutture di protezione dell'infanzia.






 Luca Rollè Ph.D., Psy.D.
 l.rolle@unito.it  +39 011670 3923
 Via Giuseppe Verdi 8, Turin, 10124, Italy
 www.unito.it






 Nicola Mayerà
 n.mayera@regcal.it  +39 0961 853687
 Via Sensales 20, Catanzaro, 88100, Italy
 www.regione.calabria.it/calabriaeuropa

 Alberto Zucconi
 alberto.zucconi@iacpedu.org
 +39 06772 00357
 Piazza V. Emanuele II 99, Roma, 00185, Italy
 www.social.iacp.it

 Agata D'Addato Ph.D.
 agata.daddato@eurochild.org
 +32 2211 0558
 Hallepoortaan 27, 1060 Brussels, Belgium
 www.eurochild.org

 Christina N. Karaberi
 xkaraberi@e-trikala.gr
 +30 243 102 2899
 28 Kalabakas Str., 421 32 Trikala, Greece
 www.e-trikala.gr

 Iosif Sofios
 iosif.sofios@gmail.com  +30 6995 149 652
 Alikarnassou 15, Nea Smyrni-Athens 17124, Greece
 www.ergo.academy

 Stefanos Vagenas, Vassiliki Chatzipetrou
 team@read-lab.eu  +30 211 111 2341
 Head Office: Pyli, Trikala, 42032, Greece / Branch: Kraterou 10, Zografou-Athens 15771, Greece
 www.read-lab.eu

 Dr Lilla Hárdi
 hardi.lilla@cordelia.hu
 +36 3061 349 1450
 Kárpát utca 1/B, Budapest, 1133, Hungary
 www.cordelia.hu



carepath

Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support



www.carepath-project.eu



A propos du projet

Le projet « CarePath » est une initiative de deux années dont le propos est d'améliorer les systèmes nationaux et régionaux de protection des enfants et leur démarche vers une approche intégrée d'accompagnement pour les enfants quittant les structures d'accueil.

Objectif du projet

Le projet souhaite garantir que les enfants atteignant l'âge de sortie d'une structure aient accès à un accompagnement sensible aux traumatismes approprié dans le cadre d'un système intégré de protection de l'enfance.

Il veut améliorer la formation des professionnels de l'accompagnement et créer un mécanisme durable pour que les autorités publiques et les professionnels puissent offrir des services de soutien psycho-social intégrés aux enfants quittant les structures d'accueil, sur base d'interventions sensibles aux traumatismes.

Public cible

Le projet cible les autorités publiques, les municipalités et les agences en charge de la protection des enfants dans quatre pays européens. Il implique également des professionnels, comme des psychologues, des psychothérapeutes, des art-thérapeutes, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé, des conseillers travaillant ou souhaitant travailler avec des enfants atteignant l'âge de sortie des structures, ainsi que des prestataires de formation professionnelle.

Objectifs des activités du projet:



Identification de mécanismes de sortie des structures d'accueil et d'interventions sensibles aux traumatismes transférables



Formation de professionnels travaillant avec des enfants traumatisés, sur base des contributions d'enfants quittant les structures d'accueil et d'adolescents en protection de remplacement



Elaboration d'un programme de formations en ligne pour professionnels de l'accompagnement d'enfants quittant ou ayant quitté les structures d'accueil et d'adolescents en protection de remplacement



Mise en place d'un mécanisme d'offres de services intégrés destiné à des enfants traumatisés quittant les structures d'accueil



Organisation d'une conférence européenne sur les systèmes de protection des enfants sensibles aux traumatismes



This flyer is part of the CarePath Project funded by the European Union Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content represents exclusively the point of view of the project partners and the European Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information.



e-trikala

A propos des partenaires du projet

Cofinancé par le Programme Droits, Égalité et Citoyenneté de l'Union européenne et coordonné par l'Université de Turin (Torino, Italie), le projet est mis en œuvre en Italie, en Grèce, en Hongrie et en Belgique. Les partenaires en sont la Région de Calabre et l'Institut pour une Approche Centrée sur les Personnes (IACP) pour l'Italie, ReadLab, E-Trikala S.A et ERGO en Grèce, Cordelia en Hongrie et Eurochild en Belgique.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO (UNITO)

Le Département de Psychologie et le Département de Droit font partie de l'Université de Turin qui comprend 27 Départements et 151 filières diplômantes. Le Département de Psychologie appartient à l'École des Sciences Naturelles. Le Département de droit appartient à l'École de Droit et de Sciences politiques & socio-économiques. UNITO compte environ 70.000 étudiants, ainsi que 2.000 professeurs et membres du personnel d'encadrement. UNITO encourage les recherches scientifiques nationales et internationales.

RÉGION DE CALABRE

La région de Calabre est une entité territoriale à statut, pouvoirs et fonctions propres, aux termes des principes fixés dans la Constitution de la République italienne. Dans le projet CarePath, la Région est responsable de l'élaboration d'un cadre durable pour l'offre de services d'accompagnement intégrés à destination des enfants quittant les structures d'accueil.

INSTITUT POUR UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PERSONNES (IACP)

L'Institut pour une Approche Centrée sur les Personnes est une organisation scientifique sans but lucratif qui se consacre à la protection et la promotion des capacités humaines. Il propose des formations, des recherches et des conseils autour de l'application d'une Approche Centrée sur les Personnes (une approche mise en place par Carl Rogers, un des fondateurs, et qui a reçu une validation scientifique). IACP organise des modules de formation continue, certifiés par les Ministères italiens de la santé et de l'éducation.

EUROCHILD

Eurochild est un réseau de 171 organisations et individus originaires de 34 pays européens travaillant avec et pour les enfants partout en Europe, dans le but de promouvoir les droits et le bien-être des enfants et des jeunes. Eurochild défend le projet d'une société où les enfants et les jeunes peuvent grandir heureux, en bonne santé, confiants, et respectés en tant que personnes de plein droit. Sa mission est de promouvoir les droits et le bien-être des enfants tant en politique que dans la pratique, par le biais d'actions de plaidoyer, de recherches, et d'échanges entre les membres.

E-TRIKALA S.A

E-Trikala S.A. est, depuis mars 2008, l'agence de développement de la Municipalité de Trikala, Grèce. Elle a pour activités de créer des infrastructures et d'offrir des services via le développement continu d'applications TIC dans le but d'améliorer la vie quotidienne de l'ensemble des citoyens. Au cours de ses dix années de fonctionnement, e-Trikala a sollicité (et obtenu) le financement de plus de 20 propositions au titre du programme de financement « Société de l'Information » et d'autres Cadres Opérationnels ou de Financement européens. En collaboration avec ESTIA, l'agence mène actuellement un projet intitulé « Logement et assistance pour demandeurs d'asiles et candidats à la relocation à Trikala ».

ERGO






ERGO est une organisation sans but lucratif qui mène des efforts concertés afin de renforcer les compétences psychologiques et sociales des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, tout en offrant un accompagnement et des formations aux parents et aux professionnels travaillant avec ces groupes. ERGO œuvre pour un avenir plus serein où tous les enfants auront droit à un bien-être mental optimal et à des possibilités de développement créatif.

READLAB






Research Innovation and Development Lab (ReadLab ou Laboratoire de recherche, d'innovation et de développement) est un institut de recherche basé en Grèce dont le but est de générer un impact social et durable positif via l'innovation. ReadLab propose des services de haute qualité dans les domaines de la recherche, de la formation, de l'enseignement, de la consultation et des TIC aux niveaux local, national, européen et international, en adaptant une approche centrée sur l'humain et en faisant la promotion d'un développement et d'une croissance durables.

CORDELIA






Cordelia offre des services bio-psychosociaux complexes aux demandeurs d'asile, aux bénéficiaires de la protection internationale, dont des mineurs non accompagnés, ainsi que des formations aux professionnels travaillant avec les enfants, notamment pour identifier les signes de traumatismes et prévenir les burn-out (traumatismes vicariants) chez les aidants. La Fondation Cordelia, créée en 1996, a pour buts d'aider des victimes d'actes de torture, des demandeurs de victimes ayant subi de graves traumatismes, leurs proches, et des mineurs non accompagnés installés en Hongrie, en leur proposant des traitements psychiatriques, psychothérapeutiques, psychologiques et des conseils psychosociaux. L'équipe de Cordelia est composée de thérapeutes aux compétences interculturelles (psychiatres, psychologues, thérapeutes non-verbaux) travaillant avec des réfugiés en centres d'accueil et dans des structures de protection des enfants.






 Luca Rollè Ph.D., Psy.D.
 l.rolle@unito.it  +39 011670 3923
 Via Giuseppe Verdi 8, Turin, 10124, Italy
 www.unito.it






 Nicola Mayerà
 n.mayera@regcal.it  +39 0961 853687
 Via Sensales 20, Catanzaro, 88100, Italy
 www.regione.calabria.it/calabriaeuropa

 Alberto Zucconi
 alberto.zucconi@iacpedu.org
 +39 06772 00357
 Piazza V. Emanuele II 99, Roma, 00185, Italy
 www.social.iacp.it

 Agata D'Addato Ph.D
 agata.daddato@eurochild.org
 +32 2211 0558
 Hallepoortlaan 27, 1060 Brussels, Belgium
 www.eurochild.org

 Christina N. Karaberi
 xkaraberi@e-trikala.gr
 +30 243 102 2899
 28 Kalabakas Str., 421 32 Trikala, Greece
 www.e-trikala.gr

 Iosif Sofios
 iosif.sofios@gmail.com  +30 6995 149 652
 Alikamassou 15, Nea Smyrni-Athens 17124, Greece
 www.ergo.academy

 Stefanos Vagenas, Vassiliki Chatzipetrou
 team@read-lab.eu  +30 211 111 2341
 Head Office: Pyli, Trikala, 42032, Greece / Branch: Kraterou 10, Zografou-Athens 15771, Greece
 www.read-lab.eu

 Dr Lilla Hárdi
 hardi.lilla@cordelia.hu
 +36 3061 349 1450
 Kárpát utca 1/B, Budapest, 1133, Hungary
 www.cordelia.hu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

CarePath Project: Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support

7 January 2020

Agata D'Addato & Ciaran O'Donnell, Eurochild



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



CORDELIA
ALTERNATIVE
CORNELIA
FOUNDATION





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

1. Introduction to the CarePath project



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Project aims



The '**CarePath**' project is a two-year EU funded initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of alternative care.

Objectives:

- Ensure that children ageing out of care have access to adequate trauma-informed after care support as part of an integrated child protection system in each participating country.
- Build the capacity of care professionals in child protection systems to effectively support traumatized children by taking into account their views.
- Develop a sustainable mechanism that will enable public authorities & professionals to provide comprehensive psycho-social support services to children leaving care, based on trauma-informed interventions.

Trauma-informed care refers to the delivery of appropriate aftercare through provision of therapy arrangements and/or psychosocial support

- premised on active participation of, and in the best interests of, the child or young person who is leaving care.

HOW and TO WHOM?



Project activities:

- Identifying transferable leaving care mechanisms (across EU) and trauma-informed interventions;
- Developing a free open online course for professionals on leaving care and aftercare support provision, based on the views of care leavers and adolescents in alternative care;
- Developing policy recommendations for national and European policymakers on trauma-informed care;
- Organising a European conference on psychosocial care with a focus on calling for strengthening child protection systems with trauma-informed care.

Target audience:

- Public authorities, municipalities and bodies responsible for child protection;
- Professionals such as psychologists, psychotherapists, art therapists, social and healthcare workers, counsellors working with children ageing out of care, vocational training providers, etc.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

2. Experience of delivering trauma-informed care by Malin Lindholm, Save the Children Sweden



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

3. Introduction to the CarePath online training course (MOOC)



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

CarePath online training course (MOOC)



A free massively open online course (MOOC) on trauma-informed care.

Based on the views of care leavers & adolescents in alternative care.

- **Audience:** professionals and public authorities who wish to deepen their knowledge on practices and interventions for children in care who have suffered traumatic events
- **Duration:** 8 weeks (starting in January 2020) / a total of 60 hours
- **Languages:** EN, IT, FR, HU, EL

<https://mooc.carepath-project.eu/>



CarePath online training course (MOOC)



Learning outcomes

- **Module 1:** Learners will be introduced to the scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatised children
- **Module 2:** Learners will acquire the ability to look critically at the intervention practices and research of trauma-informed care (TIC)
- **Module 3:** It will provide an overview of the legal framework and principles within which TIC approaches can be applied.
- **Module 4:** Learners will reflect on how to intervene in case of child abuse or neglect and on how to support children while ensuring children's rights are protected.



Role and tasks of the CarePath 'trainers'



Trainer's manual

- Intended to provide a theoretical and practical framework to the trainers
- Includes a breadth of resources





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

4. Call to action for trainers



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

5. Other relevant CarePath outputs



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe

ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Other relevant outputs of the CarePath project



- **Policy Report** outlining the trauma-informed care approach and the argument for embedding the approach into aftercare support delivered to CYP ageing out of care. It also issues a number of recommendations to EU, national and regional policymakers to embed trauma-informed care in practice.
- **EU [Policy Conference](#) on 30 April 2020** in Brussels.
- **Good Practice Guide** on trauma informed leaving care support.
- **Social media** channels.
- **Consultation with professionals and care leavers** in the participating countries.





carepath

Follow us online:

<https://carepath-project.eu/site/en/index.html>



[@CarepathProject](https://twitter.com/CarepathProject)



<https://www.facebook.com/CarepathProject/>



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop

7 January 2020

Eurochild, Brussels, Rue de Treves 9



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



Agenda

CarePath Project

Info Day & Training for Trainers

Tuesday January 7 2020

12.00-13.00 CET

Agenda:

12.00-12.10: Welcome and introduction to the CarePath project – Dr Agata D’Addato and Ciaran O’Donnell, Eurochild

12.10-12.25: Experience of delivering trauma-informed care by Malin Lindholm, Save the Children Sweden

12.25-12.40: Introduction and overview of the CarePath online training course (MOOC) by Dr Agata D’Addato, Eurochild and Dr Alberto Zucconi, President of the Person-Centred Approach Institute

12.40-12.50: Call to action – invitation to participants to become CarePath 'trainers' and other relevant CarePath outputs – Ciaran O’Donnell, Eurochild

12.50-13.00: Exchange with webinar participants and close



Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support



Co-funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020)



ERGO
ORGANIZZAZIONE
PER LA LORO & YOUNG PEOPLE



Agenda

CarePath Project: Training for Trainers

Tuesday January 7 2020

12.00-13.00 CET

12.00-12.10: Welcome and introduction to the CarePath project - Dr Agata D'Addato and Ciaran O'Donnell, Eurochild

12.10-12.25: Experience of delivering trauma-informed care by Save the Children Sweden (Rädda Barnen)

12.25-12.40: Introduction and overview of the CarePath online training course (MOOC) by Dr Alberto Zucconi, President of the Person-Centred Approach Institute - TBC

12.40-12.50: Call to action – invitation to participants to become CarePath 'trainers' - Dr Agata D'Addato and Ciaran O'Donnell, Eurochild

12.50-13.00: Exchange with webinar participants and close



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop

7 January 2020

Eurochild, Brussels, Rue de Treves 9



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



Agenda

CarePath Project

Info Day & Training for Trainers

Tuesday January 7 2020

12.00-13.00 CET

Agenda:

12.00-12.10: Welcome and introduction to the CarePath project – Dr Agata D’Addato and Ciaran O’Donnell, Eurochild

12.10-12.25: Experience of delivering trauma-informed care by Malin Lindholm, Save the Children Sweden

12.25-12.40: Introduction and overview of the CarePath online training course (MOOC) by Dr Agata D’Addato, Eurochild and Dr Alberto Zucconi, President of the Person-Centred Approach Institute

12.40-12.50: Call to action – invitation to participants to become CarePath 'trainers' and other relevant CarePath outputs – Ciaran O’Donnell, Eurochild

12.50-13.00: Exchange with webinar participants and close

Agenda

CarePath Project: Training for Trainers

Tuesday January 7 2020

12.00-13.00 CET

12.00-12.10: Welcome and introduction to the CarePath project - Dr Agata D'Addato and Ciaran O'Donnell, Eurochild

12.10-12.25: Experience of delivering trauma-informed care by Save the Children Sweden (Rädda Barnen)

12.25-12.40: Introduction and overview of the CarePath online training course (MOOC) by Dr Alberto Zucconi, President of the Person-Centred Approach Institute - TBC

12.40-12.50: Call to action – invitation to participants to become CarePath 'trainers' - Dr Agata D'Addato and Ciaran O'Donnell, Eurochild

12.50-13.00: Exchange with webinar participants and close



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

CarePath Project: Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support

7 January 2020

Agata D'Addato & Ciaran O'Donnell, Eurochild



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



IACP



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



CORDELIA
ALTERNATIVE
CORNELIA
FOUNDATION

e-trikala



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

1. Introduction to the CarePath project



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Project aims



The '**CarePath**' project is a two-year EU funded initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of alternative care.

Objectives:

- Ensure that children ageing out of care have access to adequate trauma-informed after care support as part of an integrated child protection system in each participating country.
- Build the capacity of care professionals in child protection systems to effectively support traumatized children by taking into account their views.
- Develop a sustainable mechanism that will enable public authorities & professionals to provide comprehensive psycho-social support services to children leaving care, based on trauma-informed interventions.

Trauma-informed care refers to the delivery of appropriate aftercare through provision of therapy arrangements and/or psychosocial support

- premised on active participation of, and in the best interests of, the child or young person who is leaving care.

HOW and TO WHOM?



Project activities:

- Identifying transferable leaving care mechanisms (across EU) and trauma-informed interventions;
- Developing a free open online course for professionals on leaving care and aftercare support provision, based on the views of care leavers and adolescents in alternative care;
- Developing policy recommendations for national and European policymakers on trauma-informed care;
- Organising a European conference on psychosocial care with a focus on calling for strengthening child protection systems with trauma-informed care.

Target audience:

- Public authorities, municipalities and bodies responsible for child protection;
- Professionals such as psychologists, psychotherapists, art therapists, social and healthcare workers, counsellors working with children ageing out of care, vocational training providers, etc.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

2. Experience of delivering trauma-informed care by Malin Lindholm, Save the Children Sweden



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

3. Introduction to the CarePath online training course (MOOC)



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



CORDELIA
ALTERNATIVE
CORDELIA
FOUNDATION

e-trikala

CarePath online training course (MOOC)



A free massively open online course (MOOC) on trauma-informed care.

Based on the views of care leavers & adolescents in alternative care.

- **Audience:** professionals and public authorities who wish to deepen their knowledge on practices and interventions for children in care who have suffered traumatic events
- **Duration:** 8 weeks (starting in January 2020) / a total of 60 hours
- **Languages:** EN, IT, FR, HU, EL

<https://mooc.carepath-project.eu/>



CarePath online training course (MOOC)



Learning outcomes

- **Module 1:** Learners will be introduced to the scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatised children
- **Module 2:** Learners will acquire the ability to look critically at the intervention practices and research of trauma-informed care (TIC)
- **Module 3:** It will provide an overview of the legal framework and principles within which TIC approaches can be applied.
- **Module 4:** Learners will reflect on how to intervene in case of child abuse or neglect and on how to support children while ensuring children's rights are protected.



Role and tasks of the CarePath 'trainers'



Trainer's manual

- Intended to provide a theoretical and practical framework to the trainers
- Includes a breadth of resources





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

4. Call to action for trainers



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe



ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



CORDELIA
ALTERNATIVE
CORDELIA
FOUNDATION

e-trikala



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

5. Other relevant CarePath outputs



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



REGIONE
CALABRIA



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe

ReadLab
Research Innovation and Development Lab



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Other relevant outputs of the CarePath project



- **Policy Report** outlining the trauma-informed care approach and the argument for embedding the approach into aftercare support delivered to CYP ageing out of care. It also issues a number of recommendations to EU, national and regional policymakers to embed trauma-informed care in practice.
- **EU [Policy Conference](#) on 30 April 2020** in Brussels.
- **Good Practice Guide** on trauma informed leaving care support.
- **Social media** channels.
- **Consultation with professionals and care leavers** in the participating countries.





carepath

Follow us online:

<https://carepath-project.eu/site/en/index.html>



[@CarepathProject](https://twitter.com/CarepathProject)



<https://www.facebook.com/CarepathProject/>



carepath

Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support



www.carepath-project.eu



A propos du projet

Le projet « CarePath » est une initiative de deux années dont le propos est d'améliorer les systèmes nationaux et régionaux de protection des enfants et leur démarche vers une approche intégrée d'accompagnement pour les enfants quittant les structures d'accueil.

Objectif du projet

Le projet souhaite garantir que les enfants atteignant l'âge de sortie d'une structure aient accès à un accompagnement sensible aux traumatismes approprié dans le cadre d'un système intégré de protection de l'enfance. Il veut améliorer la formation des professionnels de l'accompagnement et créer un mécanisme durable pour que les autorités publiques et les professionnels puissent offrir des services de soutien psycho-social intégrés aux enfants quittant les structures d'accueil, sur base d'interventions sensibles aux traumatismes.

Public cible

Le projet cible les autorités publiques, les municipalités et les agences en charge de la protection des enfants dans quatre pays européens. Il implique également des professionnels, comme des psychologues, des psychothérapeutes, des art-thérapeutes, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé, des conseillers travaillant ou souhaitant travailler avec des enfants atteignant l'âge de sortie des structures, ainsi que des prestataires de formation professionnelle.

Objectifs des activités du projet:



Identification de mécanismes de sortie des structures d'accueil et d'interventions sensibles aux traumatismes transférables



Formation de professionnels travaillant avec des enfants traumatisés, sur base des contributions d'enfants quittant les structures d'accueil et d'adolescents en protection de remplacement



Elaboration d'un programme de formations en ligne pour professionnels de l'accompagnement d'enfants quittant ou ayant quitté les structures d'accueil et d'adolescents en protection de remplacement



Mise en place d'un mécanisme d'offres de services intégrés destiné à des enfants traumatisés quittant les structures d'accueil



Organisation d'une conférence européenne sur les systèmes de protection des enfants sensibles aux traumatismes



This flyer is part of the CarePath Project funded by the European Union Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020). The content represents exclusively the point of view of the project partners and the European Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information.



A propos des partenaires du projet

Cofinancé par le Programme Droits, Égalité et Citoyenneté de l'Union européenne et coordonné par l'Université de Turin (Torino, Italie), le projet est mis en œuvre en Italie, en Grèce, en Hongrie et en Belgique. Les partenaires en sont la Région de Calabre et l'Institut pour une Approche Centrée sur les Personnes (IACP) pour l'Italie, ReadLab, E-Trikala S.A et ERGO en Grèce, Cordelia en Hongrie et Eurochild en Belgique.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO (UNITO)

Le Département de Psychologie et le Département de Droit font partie de l'Université de Turin qui comprend 27 Départements et 151 filières diplômantes. Le Département de Psychologie appartient à l'École des Sciences Naturelles. Le Département de droit appartient à l'École de Droit et de Sciences politiques & socio-économiques. UNITO compte environ 70.000 étudiants, ainsi que 2.000 professeurs et membres du personnel d'encadrement. UNITO encourage les recherches scientifiques nationales et internationales.

RÉGION DE CALABRE

La région de Calabre est une entité territoriale à statut, pouvoirs et fonctions propres, aux termes des principes fixés dans la Constitution de la République italienne. Dans le projet CarePath, la Région est responsable de l'élaboration d'un cadre durable pour l'offre de services d'accompagnement intégrés à destination des enfants quittant les structures d'accueil.

INSTITUT POUR UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PERSONNES (IACP)

L'Institut pour une Approche Centrée sur les Personnes est une organisation scientifique sans but lucratif qui se consacre à la protection et la promotion des capacités humaines. Il propose des formations, des recherches et des conseils autour de l'application d'une Approche Centrée sur les Personnes (une approche mise en place par Carl Rogers, un des fondateurs, et qui a reçu une validation scientifique). IACP organise des modules de formation continue, certifiés par les Ministères italiens de la santé et de l'éducation.

EUROCHILD

Eurochild est un réseau de 171 organisations et individus originaires de 34 pays européens travaillant avec et pour les enfants partout en Europe, dans le but de promouvoir les droits et le bien-être des enfants et des jeunes. Eurochild défend le projet d'une société où les enfants et les jeunes peuvent grandir heureux, en bonne santé, confiants, et respectés en tant que personnes de plein droit. Sa mission est de promouvoir les droits et le bien-être des enfants tant en politique que dans la pratique, par le biais d'actions de plaidoyer, de recherches, et d'échanges entre les membres.

E-TRIKALA S.A

E-Trikala S.A. est, depuis mars 2008, l'agence de développement de la Municipalité de Trikala, Grèce. Elle a pour activités de créer des infrastructures et d'offrir des services via le développement continu d'applications TIC dans le but d'améliorer la vie quotidienne de l'ensemble des citoyens. Au cours de ses dix années de fonctionnement, e-Trikala a sollicité (et obtenu) le financement de plus de 20 propositions au titre du programme de financement « Société de l'Information » et d'autres Cadres Opérationnels ou de Financement européens. En collaboration avec ESTIA, l'agence mène actuellement un projet intitulé « Logement et assistance pour demandeurs d'asiles et candidats à la relocation à Trikala ».

ERGO






ERGO est une organisation sans but lucratif qui mène des efforts concertés afin de renforcer les compétences psychologiques et sociales des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, tout en offrant un accompagnement et des formations aux parents et aux professionnels travaillant avec ces groupes. ERGO œuvre pour un avenir plus serein où tous les enfants auront droit à un bien-être mental optimal et à des possibilités de développement créatif.






READLAB






Research Innovation and Development Lab (ReadLab ou Laboratoire de recherche, d'innovation et de développement) est un institut de recherche basé en Grèce dont le but est de générer un impact social et durable positif via l'innovation. ReadLab propose des services de haute qualité dans les domaines de la recherche, de la formation, de l'enseignement, de la consultation et des TIC aux niveaux local, national, européen et international, en adaptant une approche centrée sur l'humain et en faisant la promotion d'un développement et d'une croissance durables.


CORDELIA






Cordelia offre des services bio-psychosociaux complexes aux demandeurs d'asile, aux bénéficiaires de la protection internationale, dont des mineurs non accompagnés, ainsi que des formations aux professionnels travaillant avec les enfants, notamment pour identifier les signes de traumatismes et prévenir les burn-out (traumatismes vicariants) chez les aidants. La Fondation Cordelia, créée en 1996, a pour buts d'aider des victimes d'actes de torture, des demandeurs de victimes ayant subi de graves traumatismes, leurs proches, et des mineurs non accompagnés installés en Hongrie, en leur proposant des traitements psychiatriques, psychothérapeutiques, psychologiques et des conseils psychosociaux. L'équipe de Cordelia est composée de thérapeutes aux compétences interculturelles (psychiatres, psychologues, thérapeutes non-verbaux) travaillant avec des réfugiés en centres d'accueil et dans des structures de protection des enfants.






 Luca Rollè Ph.D., Psy.D.
 l.rolle@unito.it  +39 011670 3923
 Via Giuseppe Verdi 8, Turin, 10124, Italy
 www.unito.it






 Nicola Mayerà
 n.mayera@regcal.it  +39 0961 853687
 Via Sensales 20, Catanzaro, 88100, Italy
 www.regione.calabria.it/calabriaeuropa

 Alberto Zucconi
 alberto.zucconi@iacpedu.org
 +39 06772 00357
 Piazza V. Emanuele II 99, Roma, 00185, Italy
 www.social.iacp.it

 Agata D'Addato Ph.D
 agata.daddato@eurochild.org
 +32 2211 0558
 Hallepoortlaan 27, 1060 Brussels, Belgium
 www.eurochild.org

 Christina N. Karaberi
 xkaraberi@e-trikala.gr
 +30 243 102 2899
 28 Kalabakas Str., 421 32 Trikala, Greece
 www.e-trikala.gr

 Iosif Sofios
 iosif.sofios@gmail.com  +30 6995 149 652
 Alikamassou 15, Nea Smyrni-Athens 17124, Greece
 www.ergo.academy

 Stefanos Vagenas, Vassiliki Chatzipetrou
 team@read-lab.eu  +30 211 111 2341
 Head Office: Pyli, Trikala, 42032, Greece / Branch: Kraterou 10, Zografou-Athens 15771, Greece
 www.read-lab.eu

 Dr Lilla Hárdi
 hardi.lilla@cordelia.hu
 +36 3061 349 1450
 Kárpát utca 1/B, Budapest, 1133, Hungary
 www.cordelia.hu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About CarePath

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Only a few EU Member States have ensured that the views of children are reflected in planning for leaving care

Even where child participation takes place, leaving care mechanisms fail to screen and assess children's trauma to effectively respond to their needs towards independent living.

The UN Guidelines for the Alternative Care of Children highlight the importance of timely and adequate preparation for leaving care and aftercare support to children and young people transitioning out of alternative care.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Project activities focus on:

- Identification of transferable leaving care mechanisms and trauma-informed interventions;
- Training of professionals working with traumatised children, based on the views of care leavers and adolescents in alternative care;
- Development of an open online course for professionals on leaving care and aftercare support provision;
- Establishment of the CarePath integrated service provision mechanism for cases of traumatised children leaving care;
- Organising a European conference on trauma-informed child protection systems



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The project targets:

- public authorities
- municipalities and bodies responsible for child protection in four European countries.
- professionals such as psychologists, psychotherapists, arts therapists, social and healthcare workers, counsellors working with children ageing out of care, as well as vocational training providers in the field of psychotherapy, arts therapy, social work, education, healthcare



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 1 – Trauma Care: to know, to do, to be in order to protect and promote children and operators rights, wellbeing and resilience

Module 1 of the CarePath Project online course is offering to different professionals and to anyone interested in issues related to trauma - coming from different nations that are protecting and promoting the rights and welfare of traumatized children - the opportunity to have easy access to updated scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatized children, avoiding at the same time the risks of clients retraumatization and the vicarious trauma of professionals



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 2 – Trauma- Informed Care (TIC) in Research

***Module 2** - A relevant section of the training course will focus on TIC research issues. In particular, the fundamental elements of research projects will be presented with a view dedicated to methodological aspects, role of evidence-based approach, critical elements and challenges at an application level, the relevance of the structuring projects scientifically based on both the evaluation and proposal of policies at the international level. A special focus will be dedicated to the action research and to observation and indicators with particular reference to trauma in children. The main competences that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices both of intervention and, specifically, of research. Awareness of the relevance of the planning phase will encourage participants to maintain a multidisciplinary look that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 3 - Legal framework and fundamental legal principles within which the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

Module 3 aims to provide basic knowledge on the legal framework and on principles within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied.

In this perspective, after presenting the cultural and legal process that led to the recognition of children's rights at a global and European level, we illustrate the fundamental rights and principles established by the international and European legal framework in force, within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied and describe the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in decisions and proceedings (administrative and judicial) affecting them.

Finally, the module examines the operational effects on social and health policies of the approach based on the rights of the child and on the rights of participation of children and young adults.

Training materials include law and legal documents presented along with video pills from university professors, expert video testimonials, but also referrals to external videos and movie trailers.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

Module 4 of the training course aims to allow participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in reflecting, starting from a scenario, on a situation of abuse/maltreatment on a child and, therefore, on a traumatic condition in the light of the core principles of the Trauma Informed Care. The final goal is to encourage a personal reflection that combines a multidimensional reading (with the adoption of psychological, legal and scientific research perspectives) both of the situation and of the possible interventions that are effective in promoting and protecting of children rights, prevent retraumatization, support and promote their resilience and their growth and support their empowerment



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module I

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 1 – Trauma Care: to know, to do, to be in order to protect and promote children and operators rights, wellbeing and resilience

Module 1 of the CarePath Project online course is offering to different professionals and to anyone interested in issues related to trauma - coming from different nations that are protecting and promoting the rights and welfare of traumatized children - the opportunity to have easy access to updated scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatized children, avoiding at the same time the risks of clients retraumatization and the vicarious trauma of professionals



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About trauma

“Trauma, in reality, is an experience, a stressful phenomenon -often sudden - that goes beyond the possibility of the person to react and defend herself from the trauma itself. Trauma is something that overwhelms the persons exposed to it” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Types of trauma:

Type I: Classic trauma, which strikes once, which is a very serious event, in reality is one of the least frequent cases, even if it is particularly important due to the devastating effects it can produce on a person

Type II: It is typically a trauma of lesser gravity but which repeats over time, with such a frequency that people begin to foresee it, but cannot predict exactly when it will occur. This expectation has a wearying effect: it produces an extremely strong feeling of powerlessness in the subject that feels of not being able to master oneself



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Complex trauma or childhood trauma

“Those which occurred at an age where the subject was in a position of weakness, of inferiority - as children normally are. This type of traumatic situation, of events that children are exposed to, from not only a psychopathological point of view, but also a neurobiological one, are the possible causes of a predisposition to the development of psychiatric disorders that go well beyond post-traumatic stress disorder.” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The danger of Re-traumatisation

“Re-traumatization is an unfortunate event that sees a person who has already suffered a trauma have a relapse, this occurs mainly for two reasons. One, due to natural causes the previously traumatised person is exposed to images or events where other people are victims of trauma and this makes the subject re-live the previously experienced trauma. The other is instead a type of re-traumatisation that has iatrogenic origins. That is, the treatments are delivered in a dysfunctional manner, not necessarily due to the bad intentions of the professionals or of facility administrators, but out of simple ignorance, so that instead of being helped by the treatment and care facilities, the traumatised person are further traumatized. In short, it would be like a person who arrives at an emergency room with a broken leg and the doctors handle it badly, dropping the patient from the stretcher. He then finds himself with two broken legs, thus doubling the damage; a true tragedy”

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Vicarious traumatization

«It is the trauma resulting from being in contact with traumatized people; in fact, vicarious trauma generally affects those who provide services to people affected by natural trauma (such as disasters) or people who suffer trauma as a result of violence perpetrated against them by other human beings, examples are war, terrorist attacks, but also family violence or working with victims of sexual violence etc. In short, the operator relates daily to the trauma survivors with good will, offers assistance, support and psychological contact etc. , but this, despite the profound significance of the openness, humanity and the importance even at the existential level, can nevertheless affect the worker' mental health, and may develop in a source of real trauma with all the consequences that trauma has on people»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The Trauma-informed approach

«What does trauma-informed mean? Simply, to be centered, to be aware, to be informed about trauma. It is an approach aimed at preventing retraumatization and at offering services and designing structures that lower the risk of retraumatization and maximize the possibility of offering effective services»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module II

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 2 – Trauma- Informed Care (TIC) in Research

***Module 2** - A relevant section of the training course will focus on TIC research issues. In particular, the fundamental elements of research projects will be presented with a view dedicated to methodological aspects, role of evidence-based approach, critical elements and challenges at an application level, the relevance of the structuring projects scientifically based on both the evaluation and proposal of policies at the international level. A special focus will be dedicated to the action research and to observation and indicators with particular reference to trauma in children. The main competences that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices both of intervention and, specifically, of research. Awareness of the relevance of the planning phase will encourage participants to maintain a multidisciplinary look that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The importance of a Trauma Informed Care approach

- TIC offers mental health professionals (especially in the public sector) a path aimed at breaking the disparities through clinical-organizational action that can also rise to a broader political dimension
- TIC-oriented care models can put at the centre of the intervention the response to the unique and peculiar needs of the people in charge of the rehabilitation services, reducing the welfare inequalities experienced by this vulnerable population
- Adopting a TIC-oriented perspective implies a sensitivity to what Levy-Carrick and colleagues stressed (2019): "Helping our patients and ourselves will require a critical change of perspective that must be introduced at the beginning of the training, strengthened in all, shaped by its older professionals and promoted by future generations"



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Approach

Evidence-based research always starts from a systematic review (SR), which includes predefined research questions, inclusion criteria, research methods, selection procedures, quality evaluation, data extraction and statistical analysis (Lund, H. et al., 2017). Systematic reviews are used to understand and prioritise research and whether it is necessary and useful to the community or a possible source of wasted resources because it does not produce new scientific knowledge.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Research benefits:

- *it allows to produce knowledge and guide professional practice in areas where there is greater uncertainty about the interventions carried out in clinical practice;*
- *it reduces waste because it defines the priorities of research questions taking into account previous systematic reviews;*
- *it allows a clear description of research designs (target population, interventions, comparisons, outcomes);*
- *it produces updates and disseminate systematic reviews;*
- *it integrates evidence into clinical practice;*
- *it allows a continuous re-evaluation of one's knowledge (GIMBE).*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research

*"Action-research could be defined as the study of a social situation with the aim of improving the quality of action within it. In other words, it aims to introduce a practical evaluation in concrete situations; the validity of the "theories" or hypotheses it generates depends not so much on "scientific" verifications of the truth as on their usefulness in helping people to act more intelligently and skilfully. In action research, "theories" are not independently validated and then applied to practice. They are validated through practice."
(Elliott, 1994, p.97)*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research Procedure

The original model of action-research was developed by Lewin (1946) with the aim of understanding the problems existing in specific contexts through the sharing of knowledge between people who are both researchers and experimental subjects. Action takes on more and more value because it becomes a moment in which knowledge about the problem is built up.

The process of change takes place in three stages:

- Unfreezing: the initial balance is broken by acting on resistance factors linked to adherence to social norms.
- Moving: new and existing elements in the field move according to the forces acting within the field.
- Refreezing: the new situation stabilises around a new balance.

Action-research is therefore a 'systematic collection and analysis of data for the purpose of taking action and bringing about change', generating shareable practical knowledge (Gillis & Jackson, 2002, p. 264).

The aim of any action-research is to produce social change through action (or actions), which is in turn the ultimate goal of the research (Greenwood & Levin, 1998; McNiff & Whitehead, 2006; MacDonald, 2012).



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module III

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 3 - Legal framework and fundamental legal principles within which the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

Module 3 aims to provide basic knowledge on the legal framework and on principles within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied.

1. know briefly the socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition that children are subjects of rights and that States have an obligation to intervene promptly and effectively for their protection in case of violence, abuse or negligent treatment
2. know the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on children's rights within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care
3. know and understand the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. The right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
4. understand the operational effects of the children's rights based approach (and specifically of children's participation rights) on social and health policies
5. know and master the legal terminology.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- The socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition of the fact that children are “subjects of rights” and that there is an obligation for the State to intervene promptly and effectively for their protection in case of ill-treatment
- Legal glossary on childhood “trauma”: abuse, exploitation, maltreatment, violence and state of abandonment
- Presentation of the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on the rights of children within which the Trauma Informed Care (ICT) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care, as well as to the principle of the Best interests of the child, the child’s right to health, the right to privacy and the prohibition of discrimination.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. the right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
- Effects on the social and health policies of the children's rights based approach



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module IV

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

Module 4 of the training course aims to allow participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in reflecting, starting from a scenario, on a situation of abuse/maltreatment on a child and, therefore, on a traumatic condition in the light of the core principles of the Trauma Informed Care. The final goal is to encourage a personal reflection that combines a multidimensional reading (with the adoption of psychological, legal and scientific research perspectives) both of the situation and of the possible interventions that are effective in promoting and protecting children rights, prevent retraumatization, support and promote their resilience and their growth and support their empowerment



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

This module was designed to evaluate and detect the possible knowledge gained during the previous three modules.

How will this module work?

We will propose three clinical cases, three scenarios. You will have to choose one of these three scenarios and after that you have to try to answer by putting together and integrating the skills learned in:

1. Module one: the theory
2. In module two: the research
3. In module three: the legislative part
4. As well as the relevant aspects of TIC, Trauma Informed Care, and how it can be applied to the three scenarios.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

- You will have several options. You may produce a PowerPoint file, a presentation; you may record a short video, then use this format or you may produce a Word document or a PDF file or you may even use other modes that come to mind.
- The peculiarity of this last module is that there will be a peer review, that is, you will evaluate the project made by another enrolled participant and your project will be evaluated by a participant as well. There will be a peer review. The last evaluation, however, will always be carried out by a senior tutor, one of the project leaders.
- This we could really call the last step that we ask of you in order to obtain the certificate of participation of this MOOC.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

Once you have finished your documents and your report, video or PowerPoint presentation, you can submit it, there will be a random and anonymous match with another student, after which you will be called to evaluate a document, a report or a video. Then there will be the final submission of your work and after that a senior will provide a further evaluation and decide whether or not to confirm the closure of your training.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu

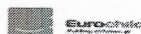


Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support

Train the trainers workshop, Athens 2020

Day 2: 12th of January

Name and surname	Occupation	Institute or place of work	Email	Signature





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Trainers Manual

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care

<https://youtu.be/eaFwKRb03so>



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Introduction and purpose of the document

This manual has been developed as part of the CAREPATH Project “Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support”. It has been devised and written as a tool and resource developed under this initiative. This manual is intended to provide a theoretical and practical framework to the trainers that will be involved on the project.

- The range of materials developed also reflects the trans-national and interdisciplinary nature of the project.
- The range of resources includes: PowerPoint presentations, videos, films, YouTube materials, academic articles, bibliographies, sitographies (web sites), vignettes, images and photographs.
-



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About the CarePath Project

The project strives to ensure that children ageing out of care have access to adequate trauma-informed aftercare support as part of the integrated child protection system.

It promotes the effectiveness of care professionals and aims to develop a sustainable mechanism that will enable public authorities and professionals to provide comprehensive psycho-social support services to children leaving care, based on trauma-informed interventions.

The project targets public authorities, municipalities and bodies responsible for child protection in four European countries. It also involves professionals such as psychologists, psychotherapists, art therapists, social and healthcare workers, counsellors working with

Training for trainers workshop

children ageing out of care, as well as vocational training providers and volunteer workers.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

- **What is it and why do we chose MOOC?**

- MOOCs (Massive Open Online Courses) are entirely online training activities.
- **Massive:** A very large number of people can take part.
- **Open:** everyone can attend the course.
- **Online:** There is not a physical class.
- **Courses:** The course programme includes different modules.

Courses may be part of a larger curriculum and upon completion of the activities a certificate of attendance will be issued. Participation in MOOCs is totally free of charge.

The participation to a MOOC gives the opportunity to follow a participant centered training model, in which the participants themselves create an active and stimulating learning community.

These features make MOOC the ideal tool for achieving the following objectives:

1. improved support for traumatized children who are preparing to finish their treatment;
2. improvement of child protection systems within the partner states, promoting one-stop interventions aimed at trauma;
3. improvement of professional effectiveness skills, developing individualized plans aimed at promoting the recovery from trauma.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Objectives,

- Within the framework of the activities planned in the “Care Path Project” the prerogative is to provide training on the fundamental principles that characterize this field, paying particular attention to the psychological, juridical/legal and scientific research dimensions.
- In particular, the training course is offered to all those working in this area of interest, but not only, and also to whom have various skills and competences.
- The modules that compose the course are specifically dedicated to an in-depth analysis of the essential aspects of TIC; they are divided into thematic sections organized in line with a specific and multi-dimensional perspective with a further focus on the political and organizational components involved in the complex TIC model.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Characteristics of the MOOC

- The course is dedicated to all people interested in deepening the issues related to good practices in interventions focused on trauma dedicated to children who have a history of development made complex by traumatic events.
- The training program is developed in several languages: English, Italian, French, Hungarian and Greek; it has a 8-week overall duration: a total of 60 hours of commitment for the participant (8 hours per week).
- Our MOOC involves the use of active learning techniques including videos, case studies, articles, presentations in Power Point, forums.
- At the end of the training process and after passing the planned assessments, participants can obtain a certificate of attendance signed by the Care-Path Project partnership



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

A Student centered education approach

Student-centered education has better outcomes than traditional education, offering positive results with students of different gender, ethnicity and cultures.

Among the positive results:

- better achievement of educational goals
- better attendance
- more students satisfaction
- better morale
- better self-image
- more critical thinking
- better problem solving
- better relationships between students in and outside classroom
- less destructive behaviors or drop outs.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Role and tasks of the trainers

- facilitate a working alliance with the MOOC participants;
- promote a relational climate of trust, respect and emphatic listening;
- if a participant ask you a question you do not know the answer, be transparent and reply that you do not know but will ask to some of the supervisors;
- provide technical assistance to the course users in order to allow them to access the contents and use them correctly;
- verify that participants accessed to the platform and actively participated at the training;
- -guarantee assistance to the users of the course by responding to any individual requests related to the training course;



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Role and tasks of the trainers

- promote the overcoming of the reluctance to the use of the technological tools by encouraging the familiarization with virtual platforms;
- provide information about the availability of bibliographic or sitographic resources;
- provide new thematic tools to allow a constant update on the most important national and international news;
- verify the active use of the tools of interaction between MOOC users and promote their use especially to those who, for various reasons, do not actively participate in online activities;
- promote the use of the forum and, in particular, the opening of discussions and the discussion on topics related to training modules;
- moderate forum discussions;
- check the learning outcomes obtained by the users during the course, promoting the understanding of errors, possibly with a new postponement of the questions to which an inconsistent or wrong answer has been given;
- participate in the evaluation of the final assignments.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module I

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 1 – Trauma Care: to know, to do, to be in order to protect and promote children and operators rights, wellbeing and resilience

Module 1 of the CarePath Project online course is offering to different professionals and to anyone interested in issues related to trauma - coming from different nations that are protecting and promoting the rights and welfare of traumatized children - the opportunity to have easy access to updated scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatized children, avoiding at the same time the risks of clients retraumatization and the vicarious trauma of professionals



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About trauma

“Trauma, in reality, is an experience, a stressful phenomenon -often sudden - that goes beyond the possibility of the person to react and defend herself from the trauma itself. Trauma is something that overwhelms the persons exposed to it” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Types of trauma:

Type I: Classic trauma, which strikes once, which is a very serious event, in reality is one of the least frequent cases, even if it is particularly important due to the devastating effects it can produce on a person

Type II: It is typically a trauma of lesser gravity but which repeats over time, with such a frequency that people begin to foresee it, but cannot predict exactly when it will occur. This expectation has a wearying effect: it produces an extremely strong feeling of powerlessness in the subject that feels of not being able to master oneself



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Complex trauma or childhood trauma

“Those which occurred at an age where the subject was in a position of weakness, of inferiority - as children normally are. This type of traumatic situation, of events that children are exposed to, from not only a psychopathological point of view, but also a neurobiological one, are the possible causes of a predisposition to the development of psychiatric disorders that go well beyond post-traumatic stress disorder.” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic
- Catholic University of Rome



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The danger of Re-traumatisation

“Re-traumatization is an unfortunate event that sees a person who has already suffered a trauma have a relapse, this occurs mainly for two reasons. One, due to natural causes the previously traumatised person is exposed to images or events where other people are victims of trauma and this makes the subject re-live the previously experienced trauma. The other is instead a type of re-traumatisation that has iatrogenic origins. That is, the treatments are delivered in a dysfunctional manner, not necessarily due to the bad intentions of the professionals or of facility administrators, but out of simple ignorance, so that instead of being helped by the treatment and care facilities, the traumatised person are further traumatized. In short, it would be like a person who arrives at an emergency room with a broken leg and the doctors handle it badly, dropping the patient from the stretcher. He then finds himself with two broken legs, thus doubling the damage; a true tragedy”

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Vicarious traumatization

«It is the trauma resulting from being in contact with traumatized people; in fact, vicarious trauma generally affects those who provide services to people affected by natural trauma (such as disasters) or people who suffer trauma as a result of violence perpetrated against them by other human beings, examples are war, terrorist attacks, but also family violence or working with victims of sexual violence etc. In short, the operator relates daily to the trauma survivors with good will, offers assistance, support and psychological contact etc. , but this, despite the profound significance of the openness, humanity and the importance even at the existential level, can nevertheless affect the worker' mental health, and may develop in a source of real trauma with all the consequences that trauma has on people»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The Trauma-informed approach

«What does trauma-informed mean? Simply, to be centered, to be aware, to be informed about trauma. It is an approach aimed at preventing retraumatization and at offering services and designing structures that lower the risk of retraumatization and maximize the possibility of offering effective services»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module II

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 2 – Trauma- Informed Care (TIC) in Research

***Module 2** - A relevant section of the training course will focus on TIC research issues. In particular, the fundamental elements of research projects will be presented with a view dedicated to methodological aspects, role of evidence-based approach, critical elements and challenges at an application level, the relevance of the structuring projects scientifically based on both the evaluation and proposal of policies at the international level. A special focus will be dedicated to the action research and to observation and indicators with particular reference to trauma in children. The main competences that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices both of intervention and, specifically, of research. Awareness of the relevance of the planning phase will encourage participants to maintain a multidisciplinary look that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The importance of a Trauma Informed Care approach

- TIC offers mental health professionals (especially in the public sector) a path aimed at breaking the disparities through clinical-organizational action that can also rise to a broader political dimension
- TIC-oriented care models can put at the centre of the intervention the response to the unique and peculiar needs of the people in charge of the rehabilitation services, reducing the welfare inequalities experienced by this vulnerable population
- Adopting a TIC-oriented perspective implies a sensitivity to what Levy-Carrick and colleagues stressed (2019): "Helping our patients and ourselves will require a critical change of perspective that must be introduced at the beginning of the training, strengthened in all, shaped by its older professionals and promoted by future generations"



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Approach

Evidence-based research always starts from a systematic review (SR), which includes predefined research questions, inclusion criteria, research methods, selection procedures, quality evaluation, data extraction and statistical analysis (Lund, H. et al., 2017). Systematic reviews are used to understand and prioritise research and whether it is necessary and useful to the community or a possible source of wasted resources because it does not produce new scientific knowledge.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Research benefits:

- *it allows to produce knowledge and guide professional practice in areas where there is greater uncertainty about the interventions carried out in clinical practice;*
- *it reduces waste because it defines the priorities of research questions taking into account previous systematic reviews;*
- *it allows a clear description of research designs (target population, interventions, comparisons, outcomes);*
- *it produces updates and disseminate systematic reviews;*
- *it integrates evidence into clinical practice;*
- *it allows a continuous re-evaluation of one's knowledge (GIMBE).*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research

*"Action-research could be defined as the study of a social situation with the aim of improving the quality of action within it. In other words, it aims to introduce a practical evaluation in concrete situations; the validity of the "theories" or hypotheses it generates depends not so much on "scientific" verifications of the truth as on their usefulness in helping people to act more intelligently and skilfully. In action research, "theories" are not independently validated and then applied to practice. They are validated through practice."
(Elliott, 1994, p.97)*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research Procedure

The original model of action-research was developed by Lewin (1946) with the aim of understanding the problems existing in specific contexts through the sharing of knowledge between people who are both researchers and experimental subjects. Action takes on more and more value because it becomes a moment in which knowledge about the problem is built up.

The process of change takes place in three stages:

- Unfreezing: the initial balance is broken by acting on resistance factors linked to adherence to social norms.
- Moving: new and existing elements in the field move according to the forces acting within the field.
- Refreezing: the new situation stabilises around a new balance.

Action-research is therefore a 'systematic collection and analysis of data for the purpose of taking action and bringing about change', generating shareable practical knowledge (Gillis & Jackson, 2002, p. 264).

The aim of any action-research is to produce social change through action (or actions), which is in turn the ultimate goal of the research (Greenwood & Levin, 1998; McNiff & Whitehead, 2006; MacDonald, 2012).



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module III

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 3 - Legal framework and fundamental legal principles within which the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

Module 3 aims to provide basic knowledge on the legal framework and on principles within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied.

1. know briefly the socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition that children are subjects of rights and that States have an obligation to intervene promptly and effectively for their protection in case of violence, abuse or negligent treatment
2. know the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on children's rights within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care
3. know and understand the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. The right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
4. understand the operational effects of the children's rights based approach (and specifically of children's participation rights) on social and health policies
5. know and master the legal terminology.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- The socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition of the fact that children are “subjects of rights” and that there is an obligation for the State to intervene promptly and effectively for their protection in case of ill-treatment
- Legal glossary on childhood “trauma”: abuse, exploitation, maltreatment, violence and state of abandonment
- Presentation of the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on the rights of children within which the Trauma Informed Care (ICT) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care, as well as to the principle of the Best interests of the child, the child’s right to health, the right to privacy and the prohibition of discrimination.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. the right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
- Effects on the social and health policies of the children's rights based approach



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module IV

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

Module 4 of the training course aims to allow participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in reflecting, starting from a scenario, on a situation of abuse/maltreatment on a child and, therefore, on a traumatic condition in the light of the core principles of the Trauma Informed Care. The final goal is to encourage a personal reflection that combines a multidimensional reading (with the adoption of psychological, legal and scientific research perspectives) both of the situation and of the possible interventions that are effective in promoting and protecting children rights, prevent retraumatization, support and promote their resilience and their growth and support their empowerment



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

This module was designed to evaluate and detect the possible knowledge gained during the previous three modules.

How will this module work?

We will propose three clinical cases, three scenarios. You will have to choose one of these three scenarios and after that you have to try to answer by putting together and integrating the skills learned in:

1. Module one: the theory
2. In module two: the research
3. In module three: the legislative part
4. As well as the relevant aspects of TIC, Trauma Informed Care, and how it can be applied to the three scenarios.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

- You will have several options. You may produce a PowerPoint file, a presentation; you may record a short video, then use this format or you may produce a Word document or a PDF file or you may even use other modes that come to mind.
- The peculiarity of this last module is that there will be a peer review, that is, you will evaluate the project made by another enrolled participant and your project will be evaluated by a participant as well. There will be a peer review. The last evaluation, however, will always be carried out by a senior tutor, one of the project leaders.
- This we could really call the last step that we ask of you in order to obtain the certificate of participation of this MOOC.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

Once you have finished your documents and your report, video or PowerPoint presentation, you can submit it, there will be a random and anonymous match with another student, after which you will be called to evaluate a document, a report or a video. Then there will be the final submission of your work and after that a senior will provide a further evaluation and decide whether or not to confirm the closure of your training.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About CarePath

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Only a few EU Member States have ensured that the views of children are reflected in planning for leaving care

Even where child participation takes place, leaving care mechanisms fail to screen and assess children's trauma to effectively respond to their needs towards independent living.

The UN Guidelines for the Alternative Care of Children highlight the importance of timely and adequate preparation for leaving care and aftercare support to children and young people transitioning out of alternative care.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Project activities focus on:

- Identification of transferable leaving care mechanisms and trauma-informed interventions;
- Training of professionals working with traumatised children, based on the views of care leavers and adolescents in alternative care;
- Development of an open online course for professionals on leaving care and aftercare support provision;
- Establishment of the CarePath integrated service provision mechanism for cases of traumatised children leaving care;
- Organising a European conference on trauma-informed child protection systems



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The project targets:

- public authorities
- municipalities and bodies responsible for child protection in four European countries.
- professionals such as psychologists, psychotherapists, arts therapists, social and healthcare workers, counsellors working with children ageing out of care, as well as vocational training providers in the field of psychotherapy, arts therapy, social work, education, healthcare



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 1 – Trauma Care: to know, to do, to be in order to protect and promote children and operators rights, wellbeing and resilience

Module 1 of the CarePath Project online course is offering to different professionals and to anyone interested in issues related to trauma - coming from different nations that are protecting and promoting the rights and welfare of traumatized children - the opportunity to have easy access to updated scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatized children, avoiding at the same time the risks of clients retraumatization and the vicarious trauma of professionals



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 2 – Trauma- Informed Care (TIC) in Research

***Module 2** - A relevant section of the training course will focus on TIC research issues. In particular, the fundamental elements of research projects will be presented with a view dedicated to methodological aspects, role of evidence-based approach, critical elements and challenges at an application level, the relevance of the structuring projects scientifically based on both the evaluation and proposal of policies at the international level. A special focus will be dedicated to the action research and to observation and indicators with particular reference to trauma in children. The main competences that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices both of intervention and, specifically, of research. Awareness of the relevance of the planning phase will encourage participants to maintain a multidisciplinary look that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 3 - Legal framework and fundamental legal principles within which the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

Module 3 aims to provide basic knowledge on the legal framework and on principles within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied.

In this perspective, after presenting the cultural and legal process that led to the recognition of children's rights at a global and European level, we illustrate the fundamental rights and principles established by the international and European legal framework in force, within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied and describe the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in decisions and proceedings (administrative and judicial) affecting them.

Finally, the module examines the operational effects on social and health policies of the approach based on the rights of the child and on the rights of participation of children and young adults.

Training materials include law and legal documents presented along with video pills from university professors, expert video testimonials, but also referrals to external videos and movie trailers.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

Module 4 of the training course aims to allow participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in reflecting, starting from a scenario, on a situation of abuse/maltreatment on a child and, therefore, on a traumatic condition in the light of the core principles of the Trauma Informed Care. The final goal is to encourage a personal reflection that combines a multidimensional reading (with the adoption of psychological, legal and scientific research perspectives) both of the situation and of the possible interventions that are effective in promoting and protecting of children rights, prevent retraumatization, support and promote their resilience and their growth and support their empowerment



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module I

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 1 – Trauma Care: to know, to do, to be in order to protect and promote children and operators rights, wellbeing and resilience

Module 1 of the CarePath Project online course is offering to different professionals and to anyone interested in issues related to trauma - coming from different nations that are protecting and promoting the rights and welfare of traumatized children - the opportunity to have easy access to updated scientific knowledge about the most effective and efficient ways to support and empower traumatized children, avoiding at the same time the risks of clients retraumatization and the vicarious trauma of professionals



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About trauma

“Trauma, in reality, is an experience, a stressful phenomenon -often sudden - that goes beyond the possibility of the person to react and defend herself from the trauma itself. Trauma is something that overwhelms the persons exposed to it” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Types of trauma:

Type I: Classic trauma, which strikes once, which is a very serious event, in reality is one of the least frequent cases, even if it is particularly important due to the devastating effects it can produce on a person

Type II: It is typically a trauma of lesser gravity but which repeats over time, with such a frequency that people begin to foresee it, but cannot predict exactly when it will occur. This expectation has a wearying effect: it produces an extremely strong feeling of powerlessness in the subject that feels of not being able to master oneself



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Complex trauma or childhood trauma

“Those which occurred at an age where the subject was in a position of weakness, of inferiority - as children normally are. This type of traumatic situation, of events that children are exposed to, from not only a psychopathological point of view, but also a neurobiological one, are the possible causes of a predisposition to the development of psychiatric disorders that go well beyond post-traumatic stress disorder.” Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic
- Catholic University of Rome



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The danger of Re-traumatisation

“Re-traumatization is an unfortunate event that sees a person who has already suffered a trauma have a relapse, this occurs mainly for two reasons. One, due to natural causes the previously traumatised person is exposed to images or events where other people are victims of trauma and this makes the subject re-live the previously experienced trauma. The other is instead a type of re-traumatisation that has iatrogenic origins. That is, the treatments are delivered in a dysfunctional manner, not necessarily due to the bad intentions of the professionals or of facility administrators, but out of simple ignorance, so that instead of being helped by the treatment and care facilities, the traumatised person are further traumatized. In short, it would be like a person who arrives at an emergency room with a broken leg and the doctors handle it badly, dropping the patient from the stretcher. He then finds himself with two broken legs, thus doubling the damage; a true tragedy”

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Vicarious traumatization

«It is the trauma resulting from being in contact with traumatized people; in fact, vicarious trauma generally affects those who provide services to people affected by natural trauma (such as disasters) or people who suffer trauma as a result of violence perpetrated against them by other human beings, examples are war, terrorist attacks, but also family violence or working with victims of sexual violence etc. In short, the operator relates daily to the trauma survivors with good will, offers assistance, support and psychological contact etc. , but this, despite the profound significance of the openness, humanity and the importance even at the existential level, can nevertheless affect the worker' mental health, and may develop in a source of real trauma with all the consequences that trauma has on people»
Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The Trauma-informed approach

«What does trauma-informed mean? Simply, to be centered, to be aware, to be informed about trauma. It is an approach aimed at preventing retraumatization and at offering services and designing structures that lower the risk of retraumatization and maximize the possibility of offering effective services»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about ‘CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support’ please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module II

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 2 – Trauma- Informed Care (TIC) in Research

***Module 2** - A relevant section of the training course will focus on TIC research issues. In particular, the fundamental elements of research projects will be presented with a view dedicated to methodological aspects, role of evidence-based approach, critical elements and challenges at an application level, the relevance of the structuring projects scientifically based on both the evaluation and proposal of policies at the international level. A special focus will be dedicated to the action research and to observation and indicators with particular reference to trauma in children. The main competences that learners will acquire concern the ability to look critically at the practices both of intervention and, specifically, of research. Awareness of the relevance of the planning phase will encourage participants to maintain a multidisciplinary look that allows an approach to the complex dimension of intervention in the field of mental health.*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

The importance of a Trauma Informed Care approach

- TIC offers mental health professionals (especially in the public sector) a path aimed at breaking the disparities through clinical-organizational action that can also rise to a broader political dimension
- TIC-oriented care models can put at the centre of the intervention the response to the unique and peculiar needs of the people in charge of the rehabilitation services, reducing the welfare inequalities experienced by this vulnerable population
- Adopting a TIC-oriented perspective implies a sensitivity to what Levy-Carrick and colleagues stressed (2019): "Helping our patients and ourselves will require a critical change of perspective that must be introduced at the beginning of the training, strengthened in all, shaped by its older professionals and promoted by future generations"



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Approach

Evidence-based research always starts from a systematic review (SR), which includes predefined research questions, inclusion criteria, research methods, selection procedures, quality evaluation, data extraction and statistical analysis (Lund, H. et al., 2017). Systematic reviews are used to understand and prioritise research and whether it is necessary and useful to the community or a possible source of wasted resources because it does not produce new scientific knowledge.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Evidence Based Research benefits:

- *it allows to produce knowledge and guide professional practice in areas where there is greater uncertainty about the interventions carried out in clinical practice;*
- *it reduces waste because it defines the priorities of research questions taking into account previous systematic reviews;*
- *it allows a clear description of research designs (target population, interventions, comparisons, outcomes);*
- *it produces updates and disseminate systematic reviews;*
- *it integrates evidence into clinical practice;*
- *it allows a continuous re-evaluation of one's knowledge (GIMBE).*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research

*"Action-research could be defined as the study of a social situation with the aim of improving the quality of action within it. In other words, it aims to introduce a practical evaluation in concrete situations; the validity of the "theories" or hypotheses it generates depends not so much on "scientific" verifications of the truth as on their usefulness in helping people to act more intelligently and skilfully. In action research, "theories" are not independently validated and then applied to practice. They are validated through practice."
(Elliott, 1994, p.97)*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Action Research Procedure

The original model of action-research was developed by Lewin (1946) with the aim of understanding the problems existing in specific contexts through the sharing of knowledge between people who are both researchers and experimental subjects. Action takes on more and more value because it becomes a moment in which knowledge about the problem is built up.

The process of change takes place in three stages:

- Unfreezing: the initial balance is broken by acting on resistance factors linked to adherence to social norms.
- Moving: new and existing elements in the field move according to the forces acting within the field.
- Refreezing: the new situation stabilises around a new balance.

Action-research is therefore a 'systematic collection and analysis of data for the purpose of taking action and bringing about change', generating shareable practical knowledge (Gillis & Jackson, 2002, p. 264).

The aim of any action-research is to produce social change through action (or actions), which is in turn the ultimate goal of the research (Greenwood & Levin, 1998; McNiff & Whitehead, 2006; MacDonald, 2012).



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module III

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 3 - Legal framework and fundamental legal principles within which the Trauma Informed Care (TIC) approach can be applied

Module 3 aims to provide basic knowledge on the legal framework and on principles within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied.

1. know briefly the socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition that children are subjects of rights and that States have an obligation to intervene promptly and effectively for their protection in case of violence, abuse or negligent treatment
2. know the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on children's rights within which the Trauma Informed Care (TIC) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care
3. know and understand the legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. The right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
4. understand the operational effects of the children's rights based approach (and specifically of children's participation rights) on social and health policies
5. know and master the legal terminology.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- The socio-cultural and legal process that led to the worldwide and European recognition of the fact that children are “subjects of rights” and that there is an obligation for the State to intervene promptly and effectively for their protection in case of ill-treatment
- Legal glossary on childhood “trauma”: abuse, exploitation, maltreatment, violence and state of abandonment
- Presentation of the fundamental rights and principles set by the international and European legal framework on the rights of children within which the Trauma Informed Care (ICT) can be applied. Specific attention will be devoted to the right of children to be informed and to take part in the decision affecting them, their care and their future after leaving care, as well as to the principle of the Best interests of the child, the child’s right to health, the right to privacy and the prohibition of discrimination.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

This module will focus on:

- legal instruments that guarantee the participation of traumatized children in proceedings (administrative and judicial) in which decisions are made for their protection (e.g. the right of the child capable of forming his or her own view to be heard and, in some cases, the duty to seek his or her consent)
- Effects on the social and health policies of the children's rights based approach



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module IV

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Educational Platform in numbers:

- Starting date 13th of January up to 26th of February 2020
- 4 educational modules
- 8 weeks duration
- 100 participants in Greece
- Greek, English, Italian, French and Hungarian Language



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

Module 4 of the training course aims to allow participants to consolidate and critically use the knowledge learned in the previous sections. It takes the form of a final assignment and consists in reflecting, starting from a scenario, on a situation of abuse/maltreatment on a child and, therefore, on a traumatic condition in the light of the core principles of the Trauma Informed Care. The final goal is to encourage a personal reflection that combines a multidimensional reading (with the adoption of psychological, legal and scientific research perspectives) both of the situation and of the possible interventions that are effective in promoting and protecting children rights, prevent retraumatization, support and promote their resilience and their growth and support their empowerment



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

This module was designed to evaluate and detect the possible knowledge gained during the previous three modules.

How will this module work?

We will propose three clinical cases, three scenarios. You will have to choose one of these three scenarios and after that you have to try to answer by putting together and integrating the skills learned in:

1. Module one: the theory
2. In module two: the research
3. In module three: the legislative part
4. As well as the relevant aspects of TIC, Trauma Informed Care, and how it can be applied to the three scenarios.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

- You will have several options. You may produce a PowerPoint file, a presentation; you may record a short video, then use this format or you may produce a Word document or a PDF file or you may even use other modes that come to mind.
- The peculiarity of this last module is that there will be a peer review, that is, you will evaluate the project made by another enrolled participant and your project will be evaluated by a participant as well. There will be a peer review. The last evaluation, however, will always be carried out by a senior tutor, one of the project leaders.
- This we could really call the last step that we ask of you in order to obtain the certificate of participation of this MOOC.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

Once you have finished your documents and your report, video or PowerPoint presentation, you can submit it, there will be a random and anonymous match with another student, after which you will be called to evaluate a document, a report or a video. Then there will be the final submission of your work and after that a senior will provide a further evaluation and decide whether or not to confirm the closure of your training.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about ‘CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support’ please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Trainers Manual

Christina Karaberi
Training for Trainers Workshop, Trikala 2019



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

‘CarePath’ project, a two-year initiative which aims to improve national and regional child protection systems in providing integrated aftercare support to children ageing out of care

<https://youtu.be/eaFwKRb03so>



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Introduction and purpose of the document

This manual has been developed as part of the CAREPATH Project “Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support”. It has been devised and written as a tool and resource developed under this initiative. This manual is intended to provide a theoretical and practical framework to the trainers that will be involved on the project.

- The range of materials developed also reflects the trans-national and interdisciplinary nature of the project.
- The range of resources includes: PowerPoint presentations, videos, films, YouTube materials, academic articles, bibliographies, sitographies (web sites), vignettes, images and photographs.
-



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About the CarePath Project

The project strives to ensure that children ageing out of care have access to adequate trauma-informed aftercare support as part of the integrated child protection system.

It promotes the effectiveness of care professionals and aims to develop a sustainable mechanism that will enable public authorities and professionals to provide comprehensive psycho-social support services to children leaving care, based on trauma-informed interventions.

The project targets public authorities, municipalities and bodies responsible for child protection in four European countries. It also involves professionals such as psychologists, psychotherapists, art therapists, social and healthcare workers, counsellors working with

Training for trainers workshop

children ageing out of care, as well as vocational training providers and volunteer workers.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

- **What is it and why do we chose MOOC?**

- MOOCs (Massive Open Online Courses) are entirely online training activities.
- **Massive:** A very large number of people can take part.
- **Open:** everyone can attend the course.
- **Online:** There is not a physical class.
- **Courses:** The course programme includes different modules.

Courses may be part of a larger curriculum and upon completion of the activities a certificate of attendance will be issued. Participation in MOOCs is totally free of charge.

The participation to a MOOC gives the opportunity to follow a participant centered training model, in which the participants themselves create an active and stimulating learning community.

These features make MOOC the ideal tool for achieving the following objectives:

1. improved support for traumatized children who are preparing to finish their treatment;
2. improvement of child protection systems within the partner states, promoting one-stop interventions aimed at trauma;
3. improvement of professional effectiveness skills, developing individualized plans aimed at promoting the recovery from trauma.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Objectives,

- Within the framework of the activities planned in the “Care Path Project” the prerogative is to provide training on the fundamental principles that characterize this field, paying particular attention to the psychological, juridical/legal and scientific research dimensions.
- In particular, the training course is offered to all those working in this area of interest, but not only, and also to whom have various skills and competences.
- The modules that compose the course are specifically dedicated to an in-depth analysis of the essential aspects of TIC; they are divided into thematic sections organized in line with a specific and multi-dimensional perspective with a further focus on the political and organizational components involved in the complex TIC model.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Characteristics of the MOOC

- The course is dedicated to all people interested in deepening the issues related to good practices in interventions focused on trauma dedicated to children who have a history of development made complex by traumatic events.
- The training program is developed in several languages: English, Italian, French, Hungarian and Greek; it has a 8-week overall duration: a total of 60 hours of commitment for the participant (8 hours per week).
- Our MOOC involves the use of active learning techniques including videos, case studies, articles, presentations in Power Point, forums.
- At the end of the training process and after passing the planned assessments, participants can obtain a certificate of attendance signed by the Care-Path Project partnership



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

A Student centered education approach

Student-centered education has better outcomes than traditional education, offering positive results with students of different gender, ethnicity and cultures.

Among the positive results:

- better achievement of educational goals
- better attendance
- more students satisfaction
- better morale
- better self-image
- more critical thinking
- better problem solving
- better relationships between students in and outside classroom
- less destructive behaviors or drop outs.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Role and tasks of the trainers

- facilitate a working alliance with the MOOC participants;
- promote a relational climate of trust, respect and emphatic listening;
- if a participant ask you a question you do not know the answer, be transparent and reply that you do not know but will ask to some of the supervisors;
- provide technical assistance to the course users in order to allow them to access the contents and use them correctly;
- verify that participants accessed to the platform and actively participated at the training;
- -guarantee assistance to the users of the course by responding to any individual requests related to the training course;



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Role and tasks of the trainers

- promote the overcoming of the reluctance to the use of the technological tools by encouraging the familiarization with virtual platforms;
- provide information about the availability of bibliographic or sitographic resources;
- provide new thematic tools to allow a constant update on the most important national and international news;
- verify the active use of the tools of interaction between MOOC users and promote their use especially to those who, for various reasons, do not actively participate in online activities;
- promote the use of the forum and, in particular, the opening of discussions and the discussion on topics related to training modules;
- moderate forum discussions;
- check the learning outcomes obtained by the users during the course, promoting the understanding of errors, possibly with a new postponement of the questions to which an inconsistent or wrong answer has been given;
- participate in the evaluation of the final assignments.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about ‘CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support’ please contact Mrs Christina Karaberi, Psychologist- MSc in Health Management, Department of Research and Communication,

- tel: +030 2431022899.
- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop

30 & 31 of December 2019

Mill of Matsopoulos, Trikala, Greece



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Agenda

CarePath Project

Training for Trainers

1st Day: December 30th 2019

10.00am – 14.00pm: Mill of Matsopoulos, Trikala

- 10.00am Welcome and Enrollment
- 10.15am Warm up Activity “The circle of Trust” Christina Karamperi & George Gorgogetas
- 10.30am “What is the Carepath project” Christina Karamperi
- 11.00am Coffee break
- 11.15am “About Module I” Christina Karamperi
- 12.12am “About Module II” Christina Karamperi
- 13.00pm “co-creation Activities” Christina Karamperi & George Gorgogetas
- 14.00pm End of day one

2nd Day: 31th of December 2019

10.00am- 14.00pm: Mill of Matsopoulos, Trikala

- 10.00am Welcome & video presentation
- 10.15am Warm up event “Circle of Trust” Christina Karamperi & George Gorgogetas
- 10.30am “About module III” Christina Karamperi
- 11.30am coffee break
- 12.00am “About module IV” Christina Karamperi
- 12.30am “MOOC user guidelines” Christina Karamperi

- 13.00pm "Co-creation Activity via a Round Table" Christina Karamperi & George Gorgogetas
- 14.00pm End of workshop "One last word Event"



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop

30 & 31 Δεκεμβρίου 2019

Μύλος Ματσόπουλου, Τρίκαλα, Ελλάδα



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Agenda

CarePath Project

Training for Trainers

1^η Μέρα: 30 Δεκεμβρίου 2019

10.00π.μ – 14.00μ.μ: Μύλος Ματσόπουλου, Τρίκαλα

- 10.00π.μ Χαιρετισμός και Εγγραφή
- 10.15π.μ Warm up Activity “Ο κύκλος της Εμπιστοσύνης” Χριστίνα Καραμπέρη και Γιώργος Γοργογέτας
- 10.30π.μ “Σύντομη παρουσίαση του Έργου Carepath” Χριστίνα Καραμπέρη
- 11.00π.μ Coffee break
- 11.15π.μ “Παρουσίαση της πρώτης Εκπαιδευτικής Ενότητας” Χριστίνα Καραμπέρη
- 12.12π.μ “Παρουσίαση της δεύτερης Εκπαιδευτικής Ενότητας” Χριστίνα Καραμπέρη
- 13.00π.μ “Δύο co-creation Activities” Χριστίνα Καραμπέρη και Γοργογέτας Γιώργος
- 14.00μ.μ Λήξη της πρώτης μέρας

2^η Μέρα: 31 Δεκεμβρίου 2019

10.00π.μ- 14.00μ.μ: Μύλος Ματσόπουλου, Τρίκαλα

- 10.00π.μ Χαιρετισμός και Παρουσίαση του βίντεο
- 10.15π.μ warm up event “Ο κύκλος της Εμπιστοσύνης” Χριστίνα Καραμπέρη και Γιώργος Γοργογέτας

- 10.30π.μ “Παρουσίαση της τρίτης Εκπαιδευτικής Ενότητας” Χριστίνα Καραμπέρη
- 11.30π.μ coffee break
- 12.00π.μ “Παρουσίαση της τέταρτης εκπαιδευτικής ενότητας” Χριστίνα Καραμπέρη
- 12.30π.μ “Τεχνικά Χαρακτηριστικά: Οδηγίες χρήστη” Χριστίνα Καραμπέρη
- 13.00μ.μ “Co-creation Activities μέσω Στρογγυλής Τράπεζας” Χριστίνα Καραμπέρη και Γιώργος Γοργογέτας
- 14.00μ.μ Ολοκλήρωση του workshop “One last word Event”



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop

11 & 12 Ιανουαρίου 2020

Κεντρικά γραφεία Παιδικών Χωριών SOS
Καραγιώργη Σερβίας 12-14
Σύνταγμα, Αθήνα
Ελλάδα



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EMPOWERING
CHILDREN & YOUNG PEOPLE



e-trikala

Agenda

CarePath Project

Training for Trainers

1^η Μέρα: 11 Ιανουαρίου 2020

16:00 – 18.00

- 16:00 Χαιρετισμός και Εγγραφή
- 16:20 Warm up Activity
- 16:30 “Σύντομη παρουσίαση του Έργου Carepath”
- 17:00 Coffee break
- 17:15 “Παρουσίαση της πρώτης Εκπαιδευτικής Ενότητας”
- 17:30 “Παρουσίαση της δεύτερης Εκπαιδευτικής Ενότητας”
- 17:45 Ερωτήσεις και Closing activity
- 18:00 Λήξη της πρώτης μέρας

2^η Μέρα: 12 Ιανουαρίου 2020

16:00-18:00

- 16:00 Χαιρετισμός και Εγγραφή
- 16:20 Warm up Activity
- 16:30 “Παρουσίαση της τρίτης Εκπαιδευτικής Ενότητας”
- 17:00 Coffee break
- 17:15 “Παρουσίαση της τέταρτης Εκπαιδευτικής Ενότητας”
- 17:30 “Τεχνικά Χαρακτηριστικά: Οδηγίες χρήστη”
- 17:45 Round table
- 18:00 Ολοκλήρωση του workshop

Παρουσιάζουν: Σοφίος Παναγιώτης



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About CarePath

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens
2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



ERGO
EUROPEAN RIGHTS
FOR CHILDREN & YOUNG PEOPLE





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Το CarePath, είναι ένα διετές πρόγραμμα που στοχεύει στη βελτίωση των εθνικών και περιφερειακών συστημάτων προστασίας των παιδιών, παρέχοντας ολοκληρωμένη υποστήριξη τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με πλαίσια φροντίδας παιδιών ή τους φροντιστές τους.

<https://youtu.be/eaFwKRb03so>



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Μόνο μερικά κράτη μέλη της ΕΕ εξασφαλίζουν ότι οι απόψεις των παιδιών αντικατοπτρίζονται στον προγραμματισμό των προγραμμάτων που αφορούν την φροντίδα τραύματος

Ακόμη και όταν λαμβάνεται υπόψη η συμμετοχή των παιδιών, τα προγράμματα φροντίδας αδυνατούν να φροντίσουν την ανάγκη των παιδιών φεύγοντας από τις δομές φροντίδας να είναι ικανά για την ανεξάρτητη διαβίωση τους.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του ΟΗΕ για την εναλλακτική φροντίδα των παιδιών υπογραμμίζουν τη σημασία της έγκαιρης και επαρκούς προετοιμασίας για τη στήριξη των παιδιών και των νέων που μεταβαίνουν εκτός πλαισίων φροντίδας.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Οι δραστηριότητες του έργου επικεντρώνονται στα εξής:

- Εντοπισμός εξατομικευμένων μηχανισμών αποχώρησης από δομές φροντίδας και επεμβάσεων ενημέρωσης σχετικά με τραύματα στις δομές αυτές.
- Εκπαίδευση επαγγελματιών που εργάζονται με τραυματισμένα παιδιά, βασισμένη στις απόψεις των ατόμων που εγκαταλείπουν τη φροντίδα και των εφήβων που βρίσκονται σε εναλλακτική περίθαλψη.
- Ανάπτυξη ανοικτού διαδικτυακού μαθήματος για τους επαγγελματίες και τους φροντιστές όσον αφορά την παροχή υποστήριξης σε σχέση με την φροντίδα του τραύματος και μετεκπαίδευση
- Καθιέρωση του μηχανισμού παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών CarePath για περιπτώσεις τραυματισμένων παιδιών σε πλαίσια φροντίδας.
- Οργάνωση ευρωπαϊκής διάσκεψης σχετικά με τα συστήματα προστασίας παιδιών που έχουν υποστεί τραύματα



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Το έργο αναφέρεται:

- Σε δημόσιους φορείς
- Σε δήμους και αρχές υπεύθυνες για την παιδική προστασία σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες
- Σε επαγγελματίες όπως ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές, θεραπευτές τέχνης, κοινωνικούς και υγειονομικούς υπάλληλους, συμβούλους που δουλεύουν με παιδιά σε τραύμα, καθώς και φορείς παροχής επαγγελματικής κατάρτισης στον τομέα της ψυχοθεραπείας, της τέχνης, της κοινωνικής εργασίας, της εκπαίδευσης, της υγειονομικής περίθαλψης



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Η εκπαιδευτική πλατφόρμα MOOC σε αριθμούς:

- Ημερομηνία έναρξης από 13 Ιανουαρίου έως 26 Φεβρουαρίου 2020
- 4 εκπαιδευτικές ενότητες
- 8 εβδομάδες διάρκεια
- 100 συμμετέχοντες στην Ελλάδα
- Ελληνική, Ιταλική, Γαλλική, Αγγλική και Ούγγρική γλώσσα



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εκπαιδευτικές ενότητες του Μοοο:

Ενότητα 1 – φροντίδα τραύματος: να γνωρίζουμε, να δρούμε, να είμαστε σε θέση να προστατεύουμε τα παιδιά και να προάγουμε τα δικαιώματά τους για ευημερία και ανθεκτικότητα (καθώς και των φροντιστών τους)

Η ενότητα 1 του διαδικτυακού προγράμματος CarePath Project προσφέρει στους επαγγελματίες και σε όσους ενδιαφέρονται για ζητήματα που σχετίζονται με τραύματα – ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετικά έθνη που προστατεύουν και προωθούν τα δικαιώματα και την ευημερία των τραυματισμένων παιδιών - την ευκαιρία να έχουν εύκολη πρόσβαση σε ενημερωμένες επιστημονικές γνώσεις για τους αποτελεσματικότερους και αποδοτικότερους τρόπους υποστήριξης και ενίσχυσης των τραυματισμένων παιδιών, αποφεύγοντας ταυτόχρονα τους κινδύνους επανατραυματισμού τους καθώς και αποτρέποντας κάποιο επακόλουθο τραύμα των επαγγελματιών



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εκπαιδευτικές ενότητες του Μοοο:

Ενότητα 2– το μοντέλο Trauma- Informed Care (TIC) στην έρευνα

Module 2 – Αυτή η ενότητα του μαθήματος κατάρτισης θα επικεντρωθεί σε ζητήματα έρευνας TIC. Συγκεκριμένα, τα θεμελιώδη στοιχεία των ερευνητικών έργων θα παρουσιαστούν βασισμένα στις πιο σύγχρονες μεθοδολογικές πτυχές, έχοντας λάβει ως δεδομένα τα κρίσιμα στοιχεία και τις προκλήσεις στα πεδία εφαρμογής, και παίρνοντας υπόψιν τη συνάφεια των προγραμμάτων που βασίζονται επιστημονικά τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην πρόταση των πολιτικών σε διεθνές επίπεδο. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην έρευνα δράσης και στην παρατήρηση και τους δείκτες με ιδιαίτερη αναφορά στο τραύμα στα παιδιά. Οι κύριες δεξιότητες που θα αποκτήσουν οι εκπαιδευόμενοι αφορούν την ικανότητα να εξετάζουν κριτικά τις πρακτικές τόσο της παρέμβασης όσο και της έρευνας. Η συνειδητοποίηση της συνάφειας της φάσης σχεδιασμού θα ενθαρρύνει τους συμμετέχοντες να διατηρήσουν μια πολυεπιστημονική οπτική που θα τους επιτρέψει μια προσέγγιση στην πολύπλοκη διάσταση της παρέμβασης στον τομέα της ψυχικής υγείας.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εκπαιδευτικές ενότητες του Μοοο:

Ενότητα 3 - Το νομικό πλαίσιο και οι θεμελιώδεις νομικές αρχές εντός των οποίων μπορεί να εφαρμοστεί η προσέγγιση Trauma Informed Care (TIC)

Η ενότητα 3 στοχεύει να παρέχει βασικές γνώσεις σχετικά με το νομικό πλαίσιο και τις αρχές εντός των οποίων μπορεί να εφαρμοστεί το Trauma Informed Care (TIC).

Από την άποψη αυτή, μετά την παρουσίαση της πολιτιστικής και νομικής διαδικασίας που οδήγησε στην αναγνώριση των δικαιωμάτων των παιδιών σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο, απεικονίζουμε τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις αρχές που θεσπίστηκαν από το ισχύον διεθνές και ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο, (TIC) και να περιγράψουν τα νομικά μέσα που εγγυώνται τη συμμετοχή των τραυματισμένων παιδιών σε αποφάσεις και διαδικασίες (διοικητικές και δικαστικές) που τους αφορούν.

Τέλος, η ενότητα εξετάζει τις επιπτώσεις της κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής στην προσέγγιση που βασίζεται στα δικαιώματα του παιδιού και στα δικαιώματα συμμετοχής των παιδιών και των νέων ενηλίκων.

Τα εκπαιδευτικά υλικά περιλαμβάνουν τα νομικά και νομικά έγγραφα που παρουσιάζονται μαζί με τα βίντεο από καθηγητές πανεπιστημίων, αλλά και παραπομπές σε εξωτερικά βίντεο και trailers ταινιών.



carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εκπαιδευτικές ενότητες του Μοοο:

Ενότητα 4 – Τελική εργασία

Η ενότητα 4 του κύκλου κατάρτισης στοχεύει να επιτρέψει στους συμμετέχοντες να εδραιώσουν και να χρησιμοποιήσουν με κριτικό πνεύμα τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί στις προηγούμενες ενότητες. Έχει τη μορφή μιας τελικής ανάθεσης και συνίσταται στην εκτίμηση, ξεκινώντας από ένα σενάριο, που αφορά μια κατάσταση βίας / κακομεταχείρισης παιδιού και, ως εκ τούτου, σε μια τραυματική κατάσταση υπό το πρίσμα των βασικών αρχών του TIC. Ο τελικός στόχος είναι να ενθαρρυνθεί ένας προσωπικός προβληματισμός που συνδυάζει μια πολυδιάστατη ανάγνωση (με την υιοθέτηση ψυχολογικών, νομικών και επιστημονικών ερευνητικών προοπτικών) τόσο της κατάστασης όσο και των πιθανών παρεμβάσεων που είναι αποτελεσματικές στην προώθηση και προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών, να προάγουν την ανθεκτικότητα και την ανάπτυξή τους και να υποστηρίξουν την ενδυνάμωσή τους



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module I

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens
2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ενότητα 1 – φροντίδα τραύματος: να γνωρίζουμε, να δρούμε, να είμαστε σε θέση να προστατεύουμε τα παιδιά και να προάγουμε τα δικαιώματά τους για ευημερία και ανθεκτικότητα (καθώς και των φροντιστών τους)

Η ενότητα 1 του διαδικτυακού προγράμματος CarePath Project προσφέρει στους επαγγελματίες και σε όσους ενδιαφέρονται για ζητήματα που σχετίζονται με τραύματα – ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετικά έθνη που προστατεύουν και προωθούν τα δικαιώματα και την ευημερία των τραυματισμένων παιδιών - την ευκαιρία να έχουν εύκολη πρόσβαση σε ενημερωμένες επιστημονικές γνώσεις για τους αποτελεσματικότερους και αποδοτικότερους τρόπους υποστήριξης και ενίσχυσης των τραυματισμένων παιδιών, αποφεύγοντας ταυτόχρονα τους κινδύνους επανατραυματισμού τους καθώς και αποτρέποντας κάποιο επακόλουθο τραύμα των επαγγελματιών



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Σχετικά με το τραύμα

“Το τραύμα, στην πραγματικότητα, είναι μια εμπειρία, ένα αγχωτικό φαινόμενο – αρκετά αναπάντεχο και ξαφνικό - που ξεπερνά το ενδεχόμενο να μπορέσει κάποιος να αντιδράσει και να υπερασπιστεί τον εαυτό του από το τραύμα αυτό καθαυτό. Το τραύμα είναι κάτι που κατακλύζει τα άτομα που εκτίθενται σε αυτό”

Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Τύποι τραύματος:

Τύπος 1 : Το κλασικό τραύμα, το οποίο είναι ένα πολύ σοβαρό γεγονός, στην πραγματικότητα είναι μία από τις λιγότερο συχνές περιπτώσεις, ακόμη και αν είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω των καταστροφικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει σε ένα άτομο

Τύπος 2: Είναι συνήθως ένα τραύμα μικρότερης βαρύτητας, αλλά το οποίο επαναλαμβάνεται με την πάροδο του χρόνου, με τέτοια συχνότητα που οι άνθρωποι αρχίζουν να το προβλέπουν, αλλά δεν μπορούν να προβλέψουν ακριβώς πότε θα συμβεί. Αυτή η προσδοκία προκαλεί εξασθένηση: παράγει ένα εξαιρετικά έντονο αίσθημα αδυναμίας ως προς το υποκείμενο ή την κατάσταση που προκαλεί το τραύμα και αυτός που το υπόκειται αισθάνεται ότι δεν μπορεί να κυριαρχήσει



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Σύνθετο τραύμα ή τραύμα παιδικής ηλικίας

“Αυτό που εμφανίστηκε σε μια εποχή όπου το υποκείμενο ήταν σε αδυναμία, ή αισθανόταν κατώτερο - όπως συνήθως είναι τα παιδιά. Αυτός ο τύπος τραυματικής κατάστασης, ή γεγονότων στα οποία εκτίθενται τα παιδιά όχι μόνο από ψυχοπαθολογική άποψη αλλά και από μια νευροβιολογική, είναι οι πιθανές αιτίες μιας προδιάθεσης για την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών που ξεπερνούν κατά πολύ τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες.”

Luigi Janiri, Professor of Psychiatry and Primary Psychiatrist of the Gemelli Polyclinic - Catholic University of Rome



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ο κίνδυνος επανατραυματισμού

“Ο εκ νέου τραυματισμός είναι ένα ατυχές γεγονός όπου ένα άτομο που έχει ήδη υποστεί τραύμα τείνει λόγω αυτού να υποτροπιάσει, αυτό συμβαίνει κυρίως για δύο λόγους. Ένα, εξαιτίας φυσικών αιτιών, το τραυματιζόμενο προηγουμένως πρόσωπο εκτίθεται σε εικόνες ή γεγονότα όπου άλλα άτομα είναι θύματα τραύματος και αυτό κάνει το άτομο να ξαναζήσει το τραύμα που είχε προηγουμένως βιώσει. Το άλλο είναι αντ' αυτού ένας τύπος εκ νέου τραυματισμού που έχει ιατρογενή προέλευση. Δηλαδή, οι θεραπείες παραδίδονται δυσλειτουργικά, όχι απαραίτητα λόγω των κακών προθέσεων των επαγγελματιών ή των διευθυντών εγκαταστάσεων, αλλά από απλή άγνοια, έτσι ώστε αντί να βοηθηθεί από τις παροχές θεραπείας και φροντίδας, το τραυματισμένο άτομο τραυματίζεται περαιτέρω. Εν ολίγοις, θα ήταν σαν ένα άτομο να φτάνει σε ένα δωμάτιο έκτακτης ανάγκης με ένα σπασμένο πόδι και οι γιατροί να το χειρίζονται άσχημα, ρίχνοντας το από το φορείο. Στη συνέχεια, βρίσκει τον εαυτό του με δύο σπασμένα πόδια, διπλασιάζοντας έτσι τη ζημιά βιώνοντας μια πραγματική τραγωδία”



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Παρεμβατικό τραύμα

«Είναι το τραύμα που προκύπτει από την επαφή με τραυματισμένους ανθρώπους. Στην πραγματικότητα, το παρεμβατικό τραύμα επηρεάζει γενικά εκείνους που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα που έχουν πληγεί από φυσικό τραύμα (όπως καταστροφές) ή ανθρώπους που υφίστανται τραύματα ως αποτέλεσμα βίας που διαπράττεται εναντίον τους από άλλους ανθρώπους, παραδείγματα είναι πόλεμος, τρομοκρατικές επιθέσεις, αλλά και οικογενειακή βία ή εργασία με θύματα σεξουαλικής βίας κλπ. Εν ολίγοις, ο χειριστής καθώς συνδέεται καθημερινά με τους επιζώντες τραυμάτων με καλή θέληση, προσφέρει βοήθεια, υποστήριξη και ψυχολογική επαφή κλπ., παρά τη βαθιά σημασία του ανοίγματος, της ανθρωπιάς και της σημασίας ακόμη και στο υπαρξιακό επίπεδο, μπορεί να επηρεαστεί ως προς την ψυχική υγεία του και μπορεί να αναπτυχθεί σε αυτόν μια πηγή πραγματικού τραύματος με όλες τις συνέπειες που έχει το τραύμα στους ανθρώπους»



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Η προσέγγιση σχετικά με τον τραύμα

«Τι σημαίνουν η προσέγγιση trauma-informed; Απλά, να είναι κάποιος επικεντρωμένος, να γνωρίζει, να ενημερώνεται για το τραύμα. Πρόκειται για μια προσέγγιση που αποσκοπεί στην αποτροπή του επανατραυματισμού και στην προσφορά υπηρεσιών και στο σχεδιασμό δομών που μειώνουν τον κίνδυνο επανατραυματισμού και μεγιστοποιούν τη δυνατότητα παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών»

Alberto Zucconi



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module II

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens 2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ενότητα 2– το μοντέλο Trauma- Informed Care (TIC) στην έρευνα

Module 2 – Αυτή η ενότητα του μαθήματος κατάρτισης θα επικεντρωθεί σε ζητήματα έρευνας TIC. Συγκεκριμένα, τα θεμελιώδη στοιχεία των ερευνητικών έργων θα παρουσιαστούν βασισμένα στις πιο σύγχρονες μεθοδολογικές πτυχές, έχοντας λάβει ως δεδομένα τα κρίσιμα στοιχεία και τις προκλήσεις στα πεδία εφαρμογής, και παίρνοντας υπόψιν τη συνάφεια των προγραμμάτων που βασίζονται επιστημονικά τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην πρόταση των πολιτικών σε διεθνές επίπεδο. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην έρευνα δράσης και στην παρατήρηση και τους δείκτες με ιδιαίτερη αναφορά στο τραύμα στα παιδιά. Οι κύριες δεξιότητες που θα αποκτήσουν οι εκπαιδευόμενοι αφορούν την ικανότητα να εξετάζουν κριτικά τις πρακτικές τόσο της παρέμβασης όσο και της έρευνας. Η συνειδητοποίηση της συνάφειας της φάσης σχεδιασμού θα ενθαρρύνει τους συμμετέχοντες να διατηρήσουν μια πολυεπιστημονική οπτική που θα τους επιτρέψει μια προσέγγιση στην πολύπλοκη διάσταση της παρέμβασης στον τομέα της ψυχικής υγείας.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Η σημασία της προσέγγισης Trauma Informed Care

- Το TIC προσφέρει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ειδικά στον δημόσιο τομέα) ένα μονοπάτι που αποσκοπεί στην εξάλειψη των ανισοτήτων μέσω κλινικών και οργανωτικών ενεργειών που μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μια ευρύτερη πολιτική διάσταση
- Τα μοντέλα περίθαλψης που είναι προσανατολισμένα στο TIC μπορούν να θέσουν στο επίκεντρο της παρέμβασης τις μοναδικές ιδιαιτερότητες των ατόμων που είναι επιφορτισμένα με τις υπηρεσίες αποκατάστασης, μειώνοντας τις ανισότητες καλής μεταχείρισης που αντιμετωπίζει αυτός ο ευάλωτος πληθυσμός
- Η υιοθέτηση μιας προοπτικής προσανατολισμένης στο TIC συνεπάγεται ευαισθησία σε αυτό που τόνισε ο Levy-Carrick και οι συνάδελφοί του (2019): «Βοηθώντας τους ασθενείς μας και τους εαυτούς μας απαιτεί μια κρίσιμη αλλαγή οπτικής που πρέπει να εισαχθεί στην αρχή της εκπαίδευσης, από τους παλαιότερους επαγγελματίες και προωθείται από τις μελλοντικές γενιές



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Έρευνα βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία

Η έρευνα που βασίζεται σε στοιχεία βασίζεται πάντοτε σε μια συστηματική ανασκόπηση, η οποία περιλαμβάνει προκαθορισμένες ερευνητικές ερωτήσεις, κριτήρια συμπερίληψης, ερευνητικές μεθόδους, διαδικασίες επιλογής, αξιολόγηση ποιότητας, εξαγωγή δεδομένων και στατιστική ανάλυση (Lund, H. Et al., 2017). Οι συστηματικές ανασκοπήσεις χρησιμοποιούνται για να κατανοήσουν και να δώσουν προτεραιότητα στην έρευνα.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Όφελη που αφορούν την εστιασμένη σε αποδείξεις έρευνα:

- *επιτρέπει την παραγωγή γνώσεων και την καθοδήγηση της επαγγελματικής πρακτικής σε τομείς όπου υπάρχει μεγαλύτερη αβεβαιότητα σχετικά με τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στην κλινική πρακτική.*
- *μειώνει την άχρηστη πληροφορία διότι ορίζει τις προτεραιότητες των ερευνητικών ζητημάτων λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες συστηματικές αναθεωρήσεις*
- *επιτρέπει τη σαφή περιγραφή των ερευνητικών σχεδίων (πληθυσμός στόχος, παρεμβάσεις, συγκρίσεις, αποτελέσματα).*
- *παράγει ενημερώσεις και διαδίδει συστηματικές αναθεωρήσεις*
- *ενσωματώνει στοιχεία στην κλινική πρακτική.*
- *επιτρέπει τη συνεχή επανεκτίμηση της γνώσης κάποιου (GIMBE).*



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ερευνα δράσης

"Η έρευνα δράσης θα μπορούσε να οριστεί ως η μελέτη μιας κοινωνικής κατάστασης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της δράσης μέσα σε αυτήν. Με άλλα λόγια, αποσκοπεί στην εισαγωγή πρακτικής αξιολόγησης σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Η εγκυρότητα των «θεωριών» ή των υποθέσεων που παράγει εξαρτάται όχι τόσο από τις «επιστημονικές» επαληθεύσεις της αλήθειας όσο και από τη χρησιμότητά τους να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ενεργούν πιο έξυπνα και επιδέξια. Στην έρευνα δράσης, οι "θεωρίες" δεν επικυρώνονται ανεξάρτητα και στη συνέχεια εφαρμόζονται στην πράξη. Έχουν επικυρωθεί μέσω της πρακτικής.»

(Elliott, 1994, p.97)



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Διαδικασία έρευνας δράσης

Το αρχικό μοντέλο δράσης-έρευνας αναπτύχθηκε από τον Lewin (1946) με στόχο την κατανόηση των προβλημάτων που υπάρχουν σε συγκεκριμένα πλαίσια μέσω της ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ ανθρώπων που είναι και ερευνητές και πειραματικά υποκείμενα. Η δράση παίρνει ολοένα και περισσότερη αξία επειδή γίνεται μια στιγμή κατά την οποία δημιουργείται η γνώση για το πρόβλημα.

Η διαδικασία αλλαγής λαμβάνει χώρα σε τρία στάδια:

- Unfreezing: η αρχική ισορροπία παραβιάζεται ενεργώντας ενάντια σε παράγοντες αντίστασης που συνδέονται με την τήρηση των κοινωνικών κανόνων..
- Moving: νέα και υπάρχοντα στοιχεία στον τομέα μετακινούνται σύμφωνα με τις δυνάμεις που δρουν εντός του πεδίου.
- Refreezing: η νέα κατάσταση σταθεροποιείται γύρω από μια νέα ισορροπία

Επομένως, η έρευνα-δράσης είναι μια «συστηματική συλλογή και ανάλυση δεδομένων με σκοπό τη λήψη μέτρων και τη δημιουργία αλλαγών», και δημιουργεί κοινές πρακτικές γνώσεις (Gillis & Jackson, 2002, σελ. 264).

Στόχος κάθε έρευνας-δράσης είναι η παραγωγή κοινωνικών αλλαγών μέσω δράσεων (ή δράσεων), που με τη σειρά τους είναι ο τελικός στόχος της έρευνας (Greenwood & Levin, 1998, McNiff & Whitehead, 2006, MacDonald, 2012).



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module III

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens 2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εκπαιδευτικές ενότητες του Μοοο:

Ενότητα 3 - Το νομικό πλαίσιο και οι θεμελιώδεις νομικές αρχές εντός των οποίων μπορεί να εφαρμοστεί η προσέγγιση Trauma Informed Care (TIC)

Η ενότητα 3 στοχεύει να παρέχει βασικές γνώσεις σχετικά με το νομικό πλαίσιο και τις αρχές εντός των οποίων μπορεί να εφαρμοστεί το Trauma Informed Care (TIC).

Από την άποψη αυτή, μετά την παρουσίαση της πολιτιστικής και νομικής διαδικασίας που οδήγησε στην αναγνώριση των δικαιωμάτων των παιδιών σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο, απεικονίζουμε τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις αρχές που θεσπίστηκαν από το ισχύον διεθνές και ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο, (TIC) και να περιγράψουν τα νομικά μέσα που εγγυώνται τη συμμετοχή των τραυματισμένων παιδιών σε αποφάσεις και διαδικασίες (διοικητικές και δικαστικές) που τους αφορούν.

Τέλος, η ενότητα εξετάζει τις επιπτώσεις της κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής στην προσέγγιση που βασίζεται στα δικαιώματα του παιδιού και στα δικαιώματα συμμετοχής των παιδιών και των νέων ενηλίκων.

Τα εκπαιδευτικά υλικά περιλαμβάνουν τα νομικά και νομικά έγγραφα που παρουσιάζονται μαζί με τα βίντεο από καθηγητές πανεπιστημίων, αλλά και παραπομπές σε εξωτερικά βίντεο και trailers ταινιών.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Αυτή η ενότητα θα επικεντρωθεί στα εξής θέματα:

- Στην κοινωνικοπολιτισμική και νομική διαδικασία που οδήγησε στην παγκόσμια και ευρωπαϊκή αναγνώριση του γεγονότος ότι τα παιδιά είναι "υποκείμενα δικαιωμάτων" και ότι υπάρχει υποχρέωση του κράτους να επεμβαίνει άμεσα και αποτελεσματικά για την προστασία τους σε περίπτωση κακής μεταχείρισης
- Στο νομικό γλωσσάριο για το «τραύμα» της παιδικής ηλικίας: κατάχρηση, εκμετάλλευση, κακομεταχείριση, βία και κατάσταση εγκατάλειψης
- Στην παρουσίαση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και αρχών που καθορίζονται από το διεθνές και ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των παιδιών εντός του οποίου μπορεί να εφαρμοστεί το μοντέλο TIC. Ιδιαίτερη προσοχή θα δοθεί στο δικαίωμα των παιδιών να ενημερώνονται και να συμμετέχουν στην απόφαση που τους επηρεάζει, τη φροντίδα και το μέλλον τους όταν αφήνουν τα πλαίσια φροντίδας, καθώς και στις αρχές των δικαιωμάτων του παιδιού, το δικαίωμα στην υγεία, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και την απαγόρευση των διακρίσεων.



carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

- Στα νομικά μέσα που εγγυώνται τη συμμετοχή των τραυματισμένων παιδιών σε διαδικασίες (διοικητικές και δικαστικές) στις οποίες λαμβάνονται αποφάσεις για την προστασία τους (π.χ. το δικαίωμα του παιδιού να σχηματίσει τη δική του άποψη)
- Στις επιπτώσεις στην κοινωνική και υγειονομική πολιτική της προσέγγισης που βασίζεται στα δικαιώματα των παιδιών



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About Module IV

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens 2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ενότητα 4 – Τελική εργασία

Η ενότητα 4 του κύκλου κατάρτισης στοχεύει να επιτρέψει στους συμμετέχοντες να εδραιώσουν και να χρησιμοποιήσουν με κριτικό πνεύμα τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί στις προηγούμενες ενότητες. Έχει τη μορφή μιας τελικής ανάθεσης και συνίσταται στην εκτίμηση, ξεκινώντας από ένα σενάριο, που αφορά μια κατάσταση βίας / κακομεταχείρισης παιδιού και, ως εκ τούτου, σε μια τραυματική κατάσταση υπό το πρίσμα των βασικών αρχών του TIC. Ο τελικός στόχος είναι να ενθαρρυνθεί ένας προσωπικός προβληματισμός που συνδυάζει μια πολυδιάστατη ανάγνωση (με την υιοθέτηση ψυχολογικών, νομικών και επιστημονικών ερευνητικών προοπτικών) τόσο της κατάστασης όσο και των πιθανών παρεμβάσεων που είναι αποτελεσματικές στην προώθηση και προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών, να προάγουν την ανθεκτικότητα και την ανάπτυξή τους και να υποστηρίξουν την ενδυνάμωσή τους



carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ενότητα 4 – Τελική εργασία

Αυτή η ενότητα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει και να ανιχνεύσει τις πιθανές γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριών ενοτήτων.

Πώς εργαζόμαστε σε αυτήν την ενότητα?

Θα προτείνουμε τρεις κλινικές περιπτώσεις, τρία σενάρια. Θα πρέπει να επιλέξετε ένα από αυτά τα τρία σενάρια και στη συνέχεια θα πρέπει να προσπαθήσετε να απαντήσετε συγκεντρώνοντας και ενσωματώνοντας τις δεξιότητες που αποκτήθηκαν:

1. Στην ενότητα 1: Θεωρία
2. Στην ενότητα 2: Έρευνα
3. Στην ενότητα 3: Νομικό πλαίσιο
4. Καθώς και με βάση την οπτική του μοντέλου TIC και πως αυτό εφαρμόζεται στα τρία αυτά σενάρια.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

MOOC Platform educational modules:

Module 4 – Final Assignment

How should you produce this short report?

- You will have several options. You may produce a PowerPoint file, a presentation; you may record a short video, then use this format or you may produce a Word document or a PDF file or you may even use other modes that come to mind.
- The peculiarity of this last module is that there will be a peer review, that is, you will evaluate the project made by another enrolled participant and your project will be evaluated by a participant as well. There will be a peer review. The last evaluation, however, will always be carried out by a senior tutor, one of the project leaders.
- This we could really call the last step that we ask of you in order to obtain the certificate of participation of this MOOC.



carepath

Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Πώς θα πρέπει να φτιάξετε αυτή τη σύντομη αναφορά;

Μόλις τελειώσετε τα έγγραφά σας και την αναφορά, την παρουσίαση βίντεο ή PowerPoint, μπορείτε να την υποβάλετε, θα υπάρξει τυχαία και ανώνυμη αντιστοιχία με κάποιον άλλο φοιτητή, όπου θα κληθείτε να αξιολογήσετε ένα έγγραφο, μια έκθεση ή ένα βίντεο. Στη συνέχεια, θα υπάρξει η τελική υποβολή της δουλειάς σας και στη συνέχεια ένας επόπτης θα δώσει μια περαιτέρω αξιολόγηση και θα αποφασίσει εάν θα επιβεβαιώσει ή όχι το κλείσιμο της εκπαίδευσής σας.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Trainers Manual

Sofios Panagiotis
Training for Trainers Workshop, Athens
2020



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)





Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Το CarePath, είναι ένα διετές πρόγραμμα που στοχεύει στη βελτίωση των εθνικών και περιφερειακών συστημάτων προστασίας των παιδιών, παρέχοντας ολοκληρωμένη υποστήριξη τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με πλαίσια φροντίδας παιδιών ή τους φροντιστές τους.

<https://youtu.be/eaFwKRb03so>



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Εισαγωγή και σκοπός

Το παρόν εγχειρίδιο έχει αναπτυχθεί στο πλαίσιο του έργου CAREPATH "Ενδυνάμωση των δημόσιων αρχών και των επαγγελματιών προς την υποστήριξη της παρακολούθησης των τραυμάτων". Έχει σχεδιαστεί και γραφτεί ως εργαλείο και πόρος που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο αυτής της πρωτοβουλίας. Το εγχειρίδιο αυτό αποσκοπεί στο να παράσχει ένα θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο στους εκπαιδευτές που θα συμμετάσχουν στο έργο.

- Το φάσμα των αναπτυγμένων υλικών αντικατοπτρίζει επίσης τη διακρατική και διεπιστημονική φύση του έργου
- Το φάσμα των πόρων περιλαμβάνει: Παρουσιάσεις του PowerPoint, βίντεο, ταινίες, υλικό YouTube, ακαδημαϊκά άρθρα, βιβλιογραφίες, ιστογράμματα (ιστοτόπους), βινιέτες, εικόνες και φωτογραφίες.

-



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

About the CarePath Project

Το πρόγραμμα επιδιώκει να διασφαλίσει την φροντίδα των παιδιών σε πλαίσια υποστήριξης καθώς και ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν έξω από πλαίσια φροντίδας μπορούν να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη υποστήριξη για μετατραυματική φροντίδα, ως μέρος του ολοκληρωμένου συστήματος προστασίας των παιδιών.

Πρωθεί την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών στον τομέα της περίθαλψης και στοχεύει στην ανάπτυξη ενός βιώσιμου μηχανισμού που θα επιτρέψει στις δημόσιες αρχές και τους επαγγελματίες να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στα παιδιά που εγκαταλείπουν τη φροντίδα τους λόγω παρεμβάσεων που επανατραυματίζουν.

Το έργο απευθύνεται σε δημόσιες αρχές, δήμους και φορείς υπεύθυνους για την προστασία των παιδιών σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες. Περιλαμβάνει επίσης επαγγελματίες όπως ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές, θεραπευτές της τέχνης, κοινωνικούς και υγειονομικούς υπαλλήλους, συμβούλους που δουλεύουν με παιδιά, καθώς και φορείς παροχής επαγγελματικής κατάρτισης και εθελοντές.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

• Γιατί να επιλέξει κάποιος αυτό το μοοc?

- Τα MOOCs (Massive Open Online Courses) είναι εκπαιδευτικά που γίνονται εξ ολοκλήρου online.
- **Massive:** Μπορεί να συμμετέχουν πάρα πολλοί ταυτόχρονα.
- **Open:** είναι ανοιχτά προς όλους.
- **Online:** Δεν υπάρχει φυσική τάξη.
- **Courses:** Κάθε πρόγραμμα αποτελείται από πολλές διαφορετικές ενότητες.

Τα μαθήματα μπορούν να ενταχθούν σε ένα ευρύτερο πρόγραμμα σπουδών και μετά την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων θα εκδοθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης. Η συμμετοχή σε MOOC είναι εντελώς δωρεάν.

Η συμμετοχή σε ένα MOOC δίνει την ευκαιρία να σε κάθε συμμετέχοντα να ακολουθήσει ένα μοντέλο κατάρτισης με τον δικό του ρυθμό και στον δικό του χώρο και χρόνο, δημιουργώντας έτσι μια ενεργό και διεγερτική μάθηση κοινότητα.

Αυτά τα χαρακτηριστικά καθιστούν το MOOC το ιδανικό εργαλείο για την επίτευξη των ακόλουθων στόχων:

1. Βελτιωμένη υποστήριξη για παιδιά που έχουν υποστεί τραυματική εμπειρία και ετοιμάζονται να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους.;
2. Βελτίωση των συστημάτων προστασίας των παιδιών στα κράτη εταίρους, προώθηση εξατομικευμένων παρεμβάσεων με στόχο το τραύμα ·
3. Βελτίωση δεξιοτήτων επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων με στόχο την προώθηση της ανάκαμψης από τραύμα.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Στόχοι:

- Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων που σχεδιάζονται στο «Carepath», βασικός στόχος είναι να παρέχει εκπαίδευση σχετικά με τις θεμελιώδεις αρχές που χαρακτηρίζουν τον τομέα του τραύματος, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις ψυχολογικές, νομικές / νομικές και επιστημονικές ερευνητικές διαστάσεις.
- Συγκεκριμένα, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσφέρεται σε όλους όσους εργάζονται σε αυτόν τον τομέα ενδιαφέροντος, αλλά όχι μόνο, αλλά και στους οποίους έχουν διάφορες δεξιότητες και ικανότητες για να εργαστούν ή είναι φροντιστές παιδιών που έχουν υποστεί τραύμα (π.χ. γονείς)
- Οι ενότητες που συνθέτουν το μάθημα είναι ειδικά αφιερωμένες σε μια εις βάθος ανάλυση των βασικών πτυχών του μοντέλου TIC. (Trauma Informed Care) και χωρίζονται σε θεματικά τμήματα που οργανώνονται σύμφωνα με μια συγκεκριμένη και πολυδιάστατη προοπτική, με περαιτέρω εστίαση στα πολιτικά και οργανωτικά στοιχεία που εμπλέκονται στο σύνθετο μοντέλο TIC.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Χαρακτηριστικά του ΜΟΟC

- Το μάθημα απευθύνεται σε όλους όσους ενδιαφέρονται για την εμπάθυνση των θεμάτων που σχετίζονται με τις ορθές πρακτικές σε παρεμβάσεις που εστιάζονται σε παιδικά ψυχικά τραύματα, η σε παιδιά με ιστορικό που περιλαμβάνει σύμπλοκα τραύματα.
- Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αναπτύσσεται σε πολλές γλώσσες: Αγγλικά, Ιταλικά, Γαλλικά, Ουγγρικά και Ελληνικά. έχει συνολική διάρκεια 8 εβδομάδων: σύνολο 60 ωρών δέσμευσης για τον συμμετέχοντα (8 περίπου ώρες την εβδομάδα).
- Το ΜΟΟC περιλαμβάνει τη χρήση ενεργών τεχνικών μάθησης, όπως βίντεο, μελέτες περιπτώσεων, άρθρα, παρουσιάσεις στο Power Point, φόρουμ.
- Στο τέλος της εκπαιδευτικής διαδικασίας και μετά τη διεκπεραίωση των προγραμματισμένων αξιολογήσεων, οι συμμετέχοντες λαμβάνουν πιστοποιητικό συμμετοχής υπογεγραμμένο από την εταιρική σχέση του Care-Path Project



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Μια προσέγγιση που βασίζεται στην εκπαίδευση των σπουδαστών

εκπαίδευση με επίκεντρο τον σπουδαστή έχει καλύτερα αποτελέσματα από την παραδοσιακή εκπαίδευση, προσφέροντας θετικά αποτελέσματα σε μαθητές διαφορετικού φύλου, εθνικότητας και πολιτισμών.

Μεταξύ των θετικών αποτελεσμάτων:

- καλύτερη επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων
- καλύτερη προσέλευση
- μεγαλύτερη ικανοποίηση των μαθητών
- καλύτερο ηθικό
- καλύτερη εικόνα του εαυτού
- πιο κριτική σκέψη
- καλύτερη επίλυση προβλημάτων
- καλύτερες σχέσεις μεταξύ των μαθητών μέσα και έξω από την τάξη
- λιγότερο καταστροφικές συμπεριφορές ή απόρριψη.



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Ρόλος και καθήκοντα των εκπαιδευτών

- να διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ των συμμετεχόντων στο MOOC
- να προάγει ένα σχεσιακό κλίμα εμπιστοσύνης, σεβασμού και ενεργητικής ακρόασης
- εάν ένας συμμετέχων σας ρωτήσει μια ερώτηση που δεν γνωρίζετε την απάντηση, να απαντήσετε ότι δεν ξέρετε αλλά θα ζητήσετε βοήθεια από τους επόπτες
- Να παρέχει τεχνική βοήθεια στους χρήστες του μαθήματος προκειμένου να τους επιτρέψει να έχουν πρόσβαση στα περιεχόμενα και να τα χρησιμοποιούν σωστά.
- Να επαληθεύουν ότι οι συμμετέχοντες έχουν πρόσβαση στην πλατφόρμα και έχουν συμμετάσχει ενεργά στην εκπαίδευση
- Να παρέχουν βοήθεια προς τους χρήστες του μαθήματος ανταποκρινόμενοι σε οποιοσδήποτε μεμονωμένες αιτήσεις που σχετίζονται με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα,



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

- να προωθήσει την υπέρβαση της απροθυμίας στη χρήση των τεχνολογικών εργαλείων, ενθαρρύνοντας την εξοικείωση με τις εικονικές πλατφόρμες
- Να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα βιβλιογραφικών πόρων
- Να παρέχουν νέα θεματικά εργαλεία για να επιτρέπουν μια συνεχή ενημέρωση σχετικά με τις σημαντικότερες εθνικές και διεθνείς ειδήσεις
- να επαληθεύουν την ενεργό χρήση των εργαλείων αλληλεπίδρασης μεταξύ των χρηστών του MOOC και να προωθούν τη χρήση τους ειδικά σε όσους, για διάφορους λόγους, δεν συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες στο διαδίκτυο ·
- να προωθήσει τη χρήση του φόρουμ και, ειδικότερα, την έναρξη συζητήσεων και τη συζήτηση σχετικά με θέματα σχετικά με τις ενότητες κατάρτισης
- να συντονίζουν συζητήσεις στο φόρουμ
- ελέγχουν τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει οι χρήστες κατά τη διάρκεια του μαθήματος, προωθώντας την κατανόηση των σφαλμάτων, ενδεχομένως με νέες ερωτήσεις στις οποίες έχει δοθεί μια ασυνεπής ή λανθασμένη απάντηση
- συμμετέχουν στην αξιολόγηση των τελικών εργασιών..



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

By empowering the professionals on the field, we empower the children

For more details about 'CarePath - Empowering public authorities and professionals towards trauma-informed leaving care support' please contact NGO ERGO ACADEMY: Mr Sofios Panangiotis: Psychologist

tel: +030 6947564214

- Find out more at www.carepath-project.eu



Empowering public authorities and professionals
towards trauma-informed leaving care support

Training for Trainers Workshop minutes

11 & 12 Ιανουαρίου 2020

Κεντρικά γραφεία Παιδικών Χωριών SOS
Καραγιώργη Σερβίας 12-14
Σύνταγμα, Αθήνα
Ελλάδα



Co-funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)



minutes

CarePath Project

Training for Trainers

On January 11 and 12, 2020, ERGO NGO organized the seminar entitled "train the trainers" which was referred to the Carepath project. The seminar took place at the headquarters of the organization SOS VILLAGES GREECE, at 12-14 Karagiorgi Serbias Street. The seminar was attended by 21 professionals working in childcare structures and organizations. Most of them were professionals working in SOS Villages either as staff providing mental health services or as administrative staff who showed great interest in this training.

5 of the 21 participants work in education and 1 was a lawyer.

Of particular interest was the discussion at the end of the second day where the presentation of the program by Panagiotis Sofios had already been completed and the questions concerned the entirety of the program.