



**VERBALE DELL'ASSEMBLEA N. 5 DEI SOCI DEL GIORNO 21/07/2014**

Il giorno 21 luglio 2014 alle ore 15.00 presso gli uffici di Coeso-Sds, in Grosseto, Via Damiano Chiesa, 7 si è riunita l'Assemblea dei soci convocata con nota n. 9755 del 14/07/2014, che all'inizio della seduta risulta composta come segue:

Nome e cognome	Carica	presente	assente	quote
<b>Bonifazi Emilio</b>	<b>Presidente</b>		x	<b>22.31%</b>
<b>Mariotti Fausto</b>	<b>Direttore Generale Az. USL 9</b>	x		<b>33.33%</b>
<b>Francesco Limatola</b>	<b>Sindaco del Comune di Roccastrada</b>		x	<b>9.31%</b>
<b>Farnetani Giancarlo</b>	<b>Sindaco del Comune di Castiglione della Pescaia</b>	x		<b>9.31%</b>
<b>Cavezzini Sabrina</b>	<b>Sindaco del Comune di Scansano</b>	x		<b>9.31%</b>
<b>Luca Ricciardi</b>	<b>Sindaco del Comune di Campagnatico</b>		x	<b>7.12%</b>
<b>Alessandra Biondi</b>	<b>Sindaco del Comune di Civitella Paganico</b>		x	<b>9.31%</b>

I sindaci Bonifazi e Limatola assenti giustificati hanno fatto intervenire i propri assessori di riferimento che intervengono senza diritto di voto:

l'assessore del Comune di Grosseto, delegata nel welfare locale e politiche sociali, politiche della casa e politiche giovanili, Antonella Goretti,

l'assessore del Comune di Roccastrada al Bilancio, finanze e tributi - Politiche scolastiche e socio-sanitarie, Sarah Pericci

Sono inoltre presenti il direttore sanitario della Asl 9, dott. Danilo Zuccherelli e il resp.le dell'UF Servizi tecnico amm.vi di Coeso SDS dott.ssa Marta Battistoni.

E' presente il Direttore, dott. Fabrizio Boldrini, che verbalizza ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva.

Del collegio dei revisori sono presenti i revisori: Mario Veninata, presidente, Ardito Ferroni, componente

Il Sindaco di Castiglione della Pescaia, assunta la presidenza, constatata la presenza del numero legale di soci previsto per la valida costituzione della seduta ai sensi del vigente Regolamento, dichiara aperta la seduta medesima sul seguente ordine del giorno:

1. lettura e approvazione verbale della seduta precedente;
2. progetto unificazione Servizio Sociale Professionale COeSO SdS e Distretto 4 attraverso la costituzione di una Unità Operativa interistituzionale;
3. progetto istituzione pronto soccorso sociale;
4. progetto prevenzione primaria dipendenze da sostanze;
5. varie ed eventuali.

#### **5/1. Lettura e approvazione verbale della seduta precedente**

Il Presidente sottopone all'esame dell'Assemblea le bozze dei verbali n. 4 del 26/06/2014

#### **L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

dopo averle esaminate, ne dà approvazione, con voto unanime dei rappresentanti degli enti che erano presenti alle relative sedute. I membri non presenti ne prendono atto.

Il Direttore chiede la disponibilità del direttore generale dell'Asl 9 e del direttore sanitario ad illustrare ai Sindaci l'andamento dei patti territoriali nel corso di una prossima riunione, anche al fine della comunicazione esterna.

#### **5/2 Progetto unificazione Servizio Sociale Professionale COeSO SdS e Distretto 4 attraverso la costituzione di una Unità Operativa interistituzionale**

#### **5/3 Progetto istituzione pronto soccorso sociale**

Il Direttore ricorda preliminarmente che gli argomenti di cui al punto 2 e 3 dell'ordine del giorno odierno avrebbero dovuto essere trattati nella scorsa seduta del 26/06, ma l'Assemblea allora decise di rinviare la trattazione, per l'assenza del direttore generale.

Ciò detto il direttore sottopone in data odierna ai presenti la propria relazione ad oggetto *Riorganizzazione servizio sociale professionale (e relativa u.f.)*, che viene allegata quale parte integrante e sostanziale al presente verbale, punti 2 e 3, e procede ad illustrarne gli argomenti unitamente, data la stretta connessione.

Introduce l'argomento precisando che in data odierna presenta una proposta di progetto di massima, la quale individua le esigenze e le azioni da realizzare, e in caso di approvazione all'odierna seduta, successivamente, elaborerà una proposta di progetto esecutivo con il dettaglio dei lavori da effettuare da sottoporre alla decisione dell'organo collegiale competente. I Comuni e l'Asl, nella Società della salute, collaborano alla programmazione dell'integrazione socio sanitaria costruendo il Piano integrato della zona socio sanitaria; e le nostre strutture stanno realizzando con successo anche livelli di integrazione operativa elevati, nonostante ciò si manifestano alcune criticità quali la tendenza dei professionisti assistenti sociali a chiudersi nelle rispettive UU.FF., Sds e Asl, senza percepire pienamente il processo di integrazione; per ridurre tali criticità sarebbe opportuno creare un coordinamento professionale. Si tratterebbe di un livello di integrazione pertinente con le leggi regionali 40 e 41/2005, perché obiettivo della legislazione toscana è il governo della domanda.

Pertanto, il direttore propone la creazione di un'unità operativa del servizio sociale professionale interistituzionale tra questa Sds e l'Asl 9 come descritta nella relazione allegata.

Inoltre la creazione di tale unità operativa unificata consentirebbe anche la realizzazione di un altro progetto: il pronto soccorso sociale, per offrire una prima risposta immediata e concreta a situazioni impreviste ed imprevedibili, per effettuare interventi richiesti fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale; fermo restando che poi nell'orario di ufficio l'assistente sociale darà le risposte ulteriori. Per

esemplificare, questo approccio eviterebbe le criticità dovute alla dimissione dall'ospedale nei giorni festivi di soggetti che, non necessitando trattamenti sanitari, potrebbero trovare giovamento da risposte sociali immediate, con la finalità di evitare eventuali recrudescenze.

Inoltre il coordinamento proposto garantirebbe una gestione ancor più efficiente del cosiddetto *codice rosa*, di cui Grosseto è stato capofila e che identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze. Il percorso prevede l'assegnazione di un codice e l'attivazione del gruppo operativo interistituzionale composto da personale sanitario, sociale e dalle forze dell'ordine. Il gruppo operativo dà cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure di indagine per individuare l'autore della violenza e se necessario attiva le strutture territoriali. Il progetto di unificazione non creerà incrementi alle spese odierne, fatto salvo l'incremento per l'indennità di reperibilità del personale, previa valutazione della fattibilità e previo confronto con le organizzazioni sindacali.

Il direttore dell'Asl 9 interviene nella discussione per ricordare che il pronto intervento sociale per la gestione delle emergenze è stato uno degli obiettivi delle Società della salute nel PISR 2007. Inoltre aggiunge che nella zona grossetana il lavoro concreto si svolge all'insegna del principio solidaristico e di collaborazione, senza verificare se il caso sia afferente alla delega sociale o sanitaria, pertanto risulta opportuno dare una compagine formale a questa modalità operativa, che organizzi allocazione di risorse, linee guida, protocolli di lavoro, formazione.

Interviene l'assessore del Comune di Grosseto e chiede delucidazioni sulla tempistica della realizzazione del progetto. Il direttore spiega che sussistono alcune questioni preliminari: la necessità di accertare se e come attribuire l'indennità di reperibilità al personale, e valutare la modalità per individuare il responsabile dell'unità operativa unica, di concerto con la direzione del personale Asl e con gli altri soggetti competenti, quali le organizzazioni sindacali.

**Tutto quanto sopra premesso e considerato, il Direttore propone all'Assemblea dei soci di:**

- 1) approvare la propria relazione ad oggetto *Riorganizzazione servizio sociale professionale (e relativa u.f.)*, qui unita in allegato quale parte integrante e sostanziale.

#### L'ASSEMBLEA DEI SOCI

**Udito** gli interventi;

**Preso atto** della relazione/proposta *Riorganizzazione servizio sociale professionale (e relativa u.f.)*;

**Valutata e considerata** la suddetta relazione-proposta e ritenuto di dover decidere al riguardo nell'ambito della propria potestà decisionale;

**Richiamato**

- il TUEL

- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;

**Visto** il vigente Statuto con particolare riferimento all'art. 17 c. 3 "Gli assetti organizzativi" che così recita *Ai fini della costituzione delle strutture organizzative l'Assemblea consortile deve evitare duplicazioni con gli altri enti consorziati. Nel rispetto del principio di razionalità economica appena enunciato e per*

---

*garantire l'efficacia delle prestazioni può essere fatto ricorso alla costituzione di strutture organizzative operative interorganizzative con i soggetti consorziati.*

**DELIBERA**

- 1) di approvare la propria relazione ad oggetto *Riorganizzazione servizio sociale professionale (e relativa u.f.)*, qui unita in allegato quale parte integrante e sostanziale.

<b>5/4 Progetto prevenzione primaria dipendenze da sostanze</b>
---

Il direttore introduce l'argomento spiegando che nella zona distretto grossetana esistono due comunità terapeutiche che si occupano di assistenza, accoglienza e recupero di persone con problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti, in collaborazione con i Servizi pubblici per le tossicodipendenze (Sert), per svolgere percorsi terapeutico-riabilitativi, pedagogico-riabilitativi e di reinserimento sociale. Il direttore spiega che la Regione Toscana ha investito due milioni di euro per le cosiddette comunità terapeutiche, ma nonostante le risorse spese non esiste un sistema di verifica dell'appropriatezza, ovvero della misura di quanto una scelta o un intervento sia adeguato rispetto alle esigenze del soggetto e al contesto. Le strutture sorte negli anni settanta non sono sicuramente adeguate alla realtà odierna, e adesso gli addetti ai lavori stanno cominciando a porsi questi problemi. Il direttore passa quindi ad illustrare l'idea progettuale che è alla base del progetto presentato. Prevede la creazione di strutture socio-sanitarie intermedie tra i luoghi che intercettano situazioni di cosiddetto disagio, quali ad esempio le scuole, e i luoghi di cura per i casi di dipendenza conclamata. Tali strutture non effettueranno prestazioni socio-sanitarie, ma prevenzione primaria e secondaria.

In particolare il direttore presenta il progetto, e relativa relazione, *Spazio integrato per adolescenti e giovani adulti*, meglio descritto nell'omonima relazione allegata dello psicologo dott. Stefano Milano, componente del GOIF dell'Asl 9. Il centro si propone di facilitare la presa in carico di adolescenti e giovani adulti nei quali siano presenti segni o sintomi tali da far ritenere probabile l'insorgenza di disturbi psicotici e/o abuso di sostanze.

Il direttore precisa che la relazione oggi viene sottoposta all'attenzione dei presenti affinché ne prendano atto e che l'ideatore, dott. Milano, sarà invitato in una prossima seduta per la presentazione puntuale.

**Tutto quanto sopra premesso e considerato, il Direttore propone all'Assemblea dei soci di:**

- 1) prendere atto della relazione ad oggetto *Spazio integrato per adolescenti e giovani adulti*

**L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

**Udito** l'intervento del Direttore e preso visione della relazione *Spazio integrato per adolescenti e giovani adulti*

**Preso atto** degli interventi;

**Richiamato**

- il TUEL
- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;
- il vigente Statuto;

**DELIBERA**

1) di prendere atto della relazione *Spazio integrato per adolescenti e giovani adulti* qui unita in allegato quale parte integrante e sostanziale.

L'Assemblea termina alle ore 16.28.

IL PRESIDENTE  
Giancarlo Farnetani

IL SEGRETARIO  
Fabrizio Boldrini

**ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Il presente verbale è stato pubblicato all' ALBO on line del COESO- SDS in copia integrale e sul sito internet dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ come da attestazione agli atti per 15 giorni consecutivi .

Il Segretario Fabrizio Boldrini

**Allegato al punto 2 e 3 del verbale di Assemblea di Coeso Società della salute dell'area socio sanitaria grossetana n.5 del 21/07/2014**

Grosseto, 21/07/2014

Al Presidente di Coeso SDS

Sede

RELAZIONE DEL DIRETTORE

**OGGETTO:RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (e relativa U.F.)**

Lo stato delle cose

### **Il servizio sociale professionale sociale e sanitario**

Il servizio sociale professionale della Zona Distretto grossetana ha livelli di integrazione informale tra socio assistenziale e sanitario molto più avanzati di quelli formali e istituzionali. In pratica la relazione tra i professionisti e la loro abitudine a lavorare assieme è progredita nonostante che (per varie vicende) solo nella non autosufficienza l'integrazione è stata formalizzata (del resto così prevede la legge). Un coordinatore sociale distrettuale unico e un direttore distretto 7 SdS unico certo aiuta, ma è opportuno procedere ad una integrazione più formale per garantire stabilità e ulteriori passi in avanti nei percorsi unitari. Ovviamente è auspicabile una maggiore integrazione professionale (sviluppare la formazione comune, definire linee professionali e approcci comuni, stabilire protocolli coerenti etc.), ma anche negli accessi e nelle valutazioni multi professionali.

### **Il pronto soccorso sociale**

Abbiamo sempre detto che è indispensabile affiancare alle strategie tese a garantire un ricovero appropriato, altrettante efficaci strategie per garantire anche una dimissione appropriata e governata. Fino ad oggi abbiamo fatto passi in avanti solo nel governo dei soggetti anziani fragili o non autosufficienti (protocollo operativo dell'Ospedale con le cure primarie per l'invio della UVM in reparto – il che presuppone una programmazione della dimissione e un allertamento del territorio in tempi utili). E' insufficiente il lavoro che abbiamo fatto sulle dimissioni di soggetti fragili (o non autosufficienti non anziani) e nulla abbiamo fatto sulle dimissioni difficili dal PS (le governiamo ancora caso per caso.) la presenza del servizio sociale in ospedale è utile, ma non sufficiente.

### **La U.F.: presidi socio sanitari**

Il nostro regolamento aziendale prevede per il Distretto di Grosseto una Unità operativa professionale (vacante) e una unità Funzionale ridotta (dalla precedente U.F. alta integrazione) alla gestione delle sole due RSA di proprietà aziendale (Scansano e Pizzetti). Si tratta di una soluzione scelta anni fa, prima della legge 66 sulla non auto e prima della SdS. Per di più una unità funzionale che ha al suo vertice una Posizione organizzativa che coordina solo due posizioni organizzative, una per ogni RSA (dove per altro i servizi sono stati tutti affidati e non abbiamo più neanche un dipendente) e un amministrativo, è non solo anacronistica (oggi il governo della non auto passa dalla UVM e quindi dalle cure primarie) ma palesemente illogica dal punto di vista della distribuzione delle risorse umane e dei carichi di lavoro; ogni tentativo di riorganizzare negli anni passati si è scontrato con resistenze e rendite di posizione.

Oggi ci sono le condizioni per riorganizzare completamente il settore puntando su una importante efficientizzazione di sistema, un migliore utilizzo delle risorse umane, un significativo sviluppo del governo professionale e una maggiore efficacia delle prestazioni.

### **Le proposte (in sintesi)**

1. Istituire una Unità operativa del servizio sociale professionale (interistituzionale azienda sds (circa 30 assistenti sociali)
2. Istituire il pronto soccorso sociale (secondo gli standard regionali)
3. Ampliare le funzioni della U.F. (ho, in alternativa, eliminarla portanza anche le RSA nelle cure primarie.)

Le proposte:

### **1) Costituire una U.O. professionale interistituzionale**

Sul piano professionale scontiamo anni di mancato governo; le Assistenti sociali proiettate nelle UU.FF. non hanno percezione del processo di integrazione dei percorsi e spesso sono le più restie ai cambiamenti accettando il loro strisciante trasformarsi in collaboratori amministrativi (per di più incompetenti). Anche nei settori dove la valenza professionale è stata valorizzata rimangono troppi ambiti ristretti, steccati e incapacità a compiere il salto di qualità professionale che occorre oggi quando accanto alle prestazioni dobbiamo imparare a ben governare la domanda. E' illogico che la U.O. resti inattiva e soprattutto che si facciano due U.O (una aziendale e una SdS).

La proposta è di costituirla una interistituzionale (tramite convenzione con definizione delle funzioni e delle necessarie articolazioni) che inizi da una formazione (informazione) sistematica e che eserciti un ruolo forte nella definizione di percorsi, nell'applicazione delle logiche del rischio clinico, degli audit e del controllo professionale anche a questo settore che sempre più necessita di professionisti che si sentono parte di un sistema unitario.

Con i relativi uffici risorse umane e direzione amministrativa di azienda e SdS tale soluzione è ritenuta praticabile e non necessita di particolari azioni se non di una ulteriore convenzione. Il direttore della U.O. sarà poi scelto con la modalità più idonea e concordata tra quelle normativamente e sindacalmente possibili. Anche questa posizione rientrerà nella attuale trattativa (ricordo che ha oggi il settore "gode" di 4 posizioni organizzative (direzione U.F.; responsabile RSA Scansano, responsabile RSA Pizzetti, Responsabile sociale in ospedale).

### **2) "Pronto soccorso" sociale.**

Ovviamente non si tratta di una organizzazione che imiti le logiche del servizio di emergenza e urgenza, ovviamente non ci sono "casi" dove è in pericolo di vita, ma l'urgenza di trovare soluzioni appropriate in casi in cui la prestazione sanitaria si è conclusa e non è possibile elaborare progetti assistenziali personalizzati in tempo utile (i giorni festivi, la notte etc.); in questi casi o si mantiene la impropria permanenza in strutture sanitarie o si dimette senza protezione (si pensi al codice Rosa, ai senza tetto etc.), con tutte le conseguenze possibili. Nella zona grossetana già esiste una sorta di pronto intervento sui minori non accompagnati (le forze dell'ordine sanno di potersi rivolgere a santa Elisabetta e Nomadelfia), ma è una soluzione parzialissima e aleatoria.

Proponiamo di convenzionare una serie di strutture (oltre Nomadelfia e santa Elisabetta) disposte al pronto intervento h24 su 7 giorni è una turnazione tra tutte le Assistenti sociali (sarebbero in turno non più di una volta al mese) a un numero cui tutti gli operatori possono rivolgersi (secondo protocollo). Ovviamente nei giorni successivi alla dimissione protetta il servizio competente provvederà alla presa in carico e allo sviluppo di una progettazione adeguata.

### **3) Riorganizzare (o eliminare) la U.F. presidi socio sanitari**

Se manteniamo la U.F. (cosa più semplice perché non c'è da rivedere regolamento e repertorio) è necessario dargli altri compiti (propongo il governo del Pronto soccorso sociale, la integrazione dei percorsi

sulla disabilità (non autosufficienza nei minori di 65 anni, la RSD il Sole, le funzioni amministrative –flussi [che oggi non hanno padri] della non autosufficienza). In questo caso la UF potrà utilizzare anche altro personale anche amministrativo migliorando il controllo dell'UFTA.

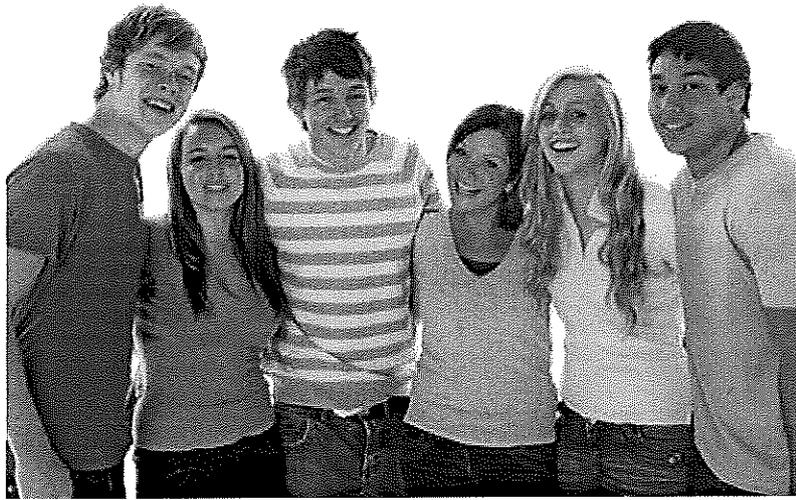
Se invece la eliminiamo dobbiamo portare nelle cure primarie tutte queste funzioni; cosa che potrebbe avere una logica, con la definizione di una posizione organizzativa su tutto il settore ex alta integrazione. Ovviamente bisogna tener conto della "Mastodonticità" delle cure primarie, della "resistenza" mentale del suo responsabile ad occuparsi di cose che non conosce, e della necessità di trovare una "posizione" che non sviluppi mai conflitti.

Personalmente (soprattutto perché non occorre modificare gli atti di organizzazione) propendo per la prima soluzione, ma ritengo possibile anche la seconda.

Per elaborare queste note ho avuto colloqui interlocutori sulla fattibilità tecnica e se (e in quale misura) queste scelte vengono condivise dalla Direzione suppongo che riusciamo a concludere prima delle ferie estive tutta la fase di impianto in modo da essere operativi da settembre (fatto salvo le trattative sindacali che sappiamo quando iniziano, ma non quando finiscono).

  
I Direttore  
Dott. Fabrizio Bofdrini

# ***SPAZIO INTEGRATO PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI***



## **PREMESSA**

L'adolescenza e l'età giovanile sono fasi della vita di particolare delicatezza e complessità. In tali fasce d'età si verifica un'alta insorgenza di esordi psicotici, di comportamenti di abuso di sostanze e di disturbi del comportamento alimentare. Sono anche fasce d'età in cui è frequente il “passaggio all'atto”, con comportamenti impulsivi diretti contro se stessi o contro gli altri, che creano grande allarme e, a volte, danni irreparabili come, in alcuni casi, il suicidio.

Manca, nel territorio grossetano, uno spazio dedicato a questa fascia d'età, delicatissimo momento di passaggio tra età infantile ed età adulta, molto spesso vissuta in modo drammatico in quanto ci si trova privi di quegli “strumenti” individuali intrapsichici e familiari necessari per assumere responsabilmente le scelte conseguenti ai nuovi ruoli e “traghettersi” nell'età adulta. Mancano spazi di socializzazione, non sono disponibili spazi di ascolto in cui il giovane possa parlare con qualcuno per esprimere i propri dubbi, le proprie angosce e, a volte, i propri drammi interiori.

L'idea di realizzare un Centro per adolescenti e giovani adulti si fonda sul fatto, dimostrato da numerose ricerche scientifiche, che tanto precoce è l'intervento, tanto più si rivela efficace e si riducono le possibilità di cronicizzazione. Intervenire, inoltre, con appropriati strumenti, al momento giusto per prevenire l'insorgenza di sintomi in soggetti a rischio, consente, in un'ottica di medio-lungo periodo, di ridurre la necessità di cure lunghe e costose e, pertanto, oltre ad aumentare la qualità della vita dei soggetti interessati e delle loro famiglie, può rappresentare un risparmio economico per i servizi dedicati alla cura.

## **FINALITA' DEL CENTRO**

Il Centro si propone di rendere più precoce la presa in carico di adolescenti e giovani adulti nei quali siano presenti segni o sintomi tali da far ritenere probabile l'insorgenza di disturbi psicotici e/o abuso di sostanze e disturbi del comportamento alimentare.

In tal modo si intende ridurre la durata che intercorre tra i primi sintomi e la presa in carico ma, nello stesso tempo, ci si propone di individuare i soggetti a rischio, ancora prima che si presentino i primi sintomi.

Si tratta di realizzare interventi di “prevenzione selettiva”, intervenendo su quella fascia di giovani che, considerati i fattori di rischio, è maggiormente esposta a sviluppare sintomi e/o

comportamenti devianti, oppure di “selezione indicata”, ovvero interventi su quei soggetti che non soddisfano ancora i criteri previsti dai sistemi di classificazione diagnostica, ma hanno mostrato segnali di pericolo, comportamenti che lasciano supporre che, in assenza di azioni mirate, si potrà sviluppare la psicopatologia vera e propria. Nello stesso tempo si intende favorire lo sviluppo di fattori protettivi che possano opportunamente contrastare l'effetto dei fattori di rischio; in particolare si intende agire nei versanti del supporto alle famiglie, della socializzazione, dell'istruzione e dell'avviamento al lavoro.

Il Centro, inoltre, favorisce il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio.

## **A CHI E' RIVOLTO**

Il Centro è rivolto a ragazzi di età compresa tra i 15 e i 24 anni e ai loro genitori e familiari. Il Centro offre particolare attenzione ai ragazzi figli di migranti, categoria che a tutto il disagio, le difficoltà ed i fattori di rischio tipici dell'età, subisce il dramma dell'emigrazione forzata con tutte le ben note conseguenze sul piano concreto, psicologico e relazionale.

I colloqui con i genitori, all'interno del percorso di consultazione, sono sempre previsti in caso di adolescenti minorenni e, quando ritenuto opportuno, anche in caso di ragazzi maggiorenni e giovani adulti. La valutazione complessiva, congiuntamente alla raccolta di informazioni relative alla storia familiare, tiene in considerazione il punto di vista del genitore rispetto al figlio e, nello specifico, rispetto alle problematiche emerse.

Adolescente e genitori sono entrambi alla ricerca di una nuova immagine di sé, il primo attraverso la sua posizione di transitorietà, oscillante tra realtà interna e realtà esterna, tra il bisogno di comunicare e il bisogno di salvaguardare se stesso tenendo una certa distanza; i secondi attraverso la ricerca di una nuova posizione di adulto e di una nuova posizione genitoriale, tale da contenere e sostenere la sfida adolescenziale che comporta una rinegoziazione delle relazioni e delle distanze. Lo scopo di incontri di gruppo di sostegno alla genitorialità è aiutare i genitori stessi a dare un senso al comportamento del figlio in questa fase di riorganizzazione degli equilibri, di sostenerli nella gestione dei comportamenti dei figli, di riattivare una comunicazione e una comprensione empatica sostenendo la fiducia nel cambiamento e nella crescita.

Nel centro si realizza prima di tutto un'analisi della domanda, volta all'approfondimento del problema e delle caratteristiche del funzionamento mentale, e alla definizione delle indicazioni ai diversi segmenti di percorso disponibili o all'eventuale trattamento, sulla base degli elementi emersi che vengono via via integrati. Lo strumento principale è il colloquio clinico, che può essere affiancato, nei casi in cui sia indicato, da test proiettivi di personalità o da test psicodiagnostici specifici in base alla situazione. Una valutazione-consultazione psicologica tiene in considerazione i diversi comportamenti e aspetti all'interno del funzionamento globale della personalità, della propria storia, del contesto in cui vengono vissuti e della specificità del momento evolutivo.

## **CARATTERISTICHE DEL CENTRO**

Il Centro deve essere in grado di funzionare come “attrattore” dei soggetti ai quali è rivolto. Deve, pertanto, non avere una connotazione di servizio specialistico psichiatrico o per le dipendenze, il che potrebbe risultare stigmatizzante ed ostacolare l'accesso.

Dovrebbe, quindi, essere ubicato in una zona esterna ai luoghi dedicati ai servizi di salute mentale o ai Sert. Nel cartello che ne segnala la presenza – e negli annunci o articoli che lo pubblicizzano – andrebbe scritto solo “Centro per adolescenti e giovani adulti”, con il logo del CoeSO-SdS e dell'Azienda USL 9.

L'accesso è diretto, senza necessità di impegnative del medico di base o altre formalità.

## **EQUIPE**

Presso il Centro prestano la loro opera psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, provenienti sia dai servizi sociali che da quelli sanitari. E' coordinato da un responsabile

nominato dal direttore del COeSO, in accordo con il Direttore di Distretto, tra gli operatori del Centro. Il Direttore dell'Unità Operativa di Psicologia ed il Direttore dei Servizi Sociali, svolgono il ruolo di referenti professionali e di supervisione per gli operatori del Centro.

### **ATTIVITA' CHE SI SVOLGONO NEL CENTRO** (vedi diagramma allegato)

Il Centro presta particolare cura e attenzione all'accoglienza delle persone che vi si recano, che possono accedere direttamente ad un'attività di primo ascolto, ricevendo indicazioni su come eventualmente iniziare un percorso di frequenza ad altre attività più specifiche.

Aperto dalle 9.00 alle 17.00, è sempre disponibile un operatore di accoglienza, che ascolta il giovane e, secondo una griglia appositamente predisposta, concorda eventuali proposte.

Tale funzione può essere svolta da una qualsiasi delle suddette professionalità.

Le attività successive sono essenzialmente di tipo gruppale e si prevedono:

- gruppi di incontro e scambio guidati da un conduttore
- gruppi di sostegno o auto-mutuo aiuto su tematiche specifiche condivise dai partecipanti
- gruppi di genitori e gruppi multifamiliari
- incontri in gruppo di sostegno alla genitorialità
- colloqui di orientamento scolastico e formazione professionale (in accordo con gli Enti istituzionali preposti)
- attività di socializzazione, corsi di formazione e di avviamento professionale (in accordo con gli Enti istituzionali preposti)

Gli interventi sono inseriti nel contesto delle reti sociali comunitarie formali e informali, coinvolgendo tutte le risorse "naturali" presenti sul territorio a vario titolo (associazioni giovanili, polisportive, Centri di formazione professionale, Scuole, etc.)

Per alcuni ragazzi trovare l'occasione di riflettere su se stessi, sull'immagine e la rappresentazione che hanno di sé e degli altri, di provare a rispondere alla domanda "Chi sono io?", può essere sufficiente per rimettere in moto un temporaneo blocco evolutivo. Per altri la consultazione può essere punto di partenza di un percorso psicoterapeutico da intraprendere eventualmente nei competenti servizi (UFSMIA, UFSMA, SERT, Centro D.C.A.).

Nei casi di maggiore complessità (ma in assenza di sintomi psicopatologici veri e propri), individuati nel corso della riunione settimanale degli operatori, sono previsti cicli di colloqui di approfondimento e supporto individuali (non superiori a 8-9) o in gruppo (anche in questo caso non superiori a 8-9).

Nei casi in cui l'équipe si renda conto, anche attraverso l'utilizzo mirato di strumenti psicodiagnostici, che siano già presenti segni di psicopatologia in atto, i soggetti vengono inviati ai servizi specialistici, come, ad esempio, nei casi in cui i livelli di ansia e/o depressione dovessero essere troppo elevati e fonte di intensa sofferenza.

I colloqui individuali di approfondimento e supporto psicologico - nonché le valutazioni psicodiagnostiche - vengono condotte da psicologi.

### **ECONOMIA DI RISORSE**

Il Centro si interfaccia con le attività rivolte alla prevenzione degli esordi psicotici (Centro Esordi e progetto CCM) e racchiude in sé le finalità del progetto di prevenzione dei comportamenti di abuso di sostanze (progetto "investire nei giovani"), orientando le proprie attività all'intercettazione precoce sia degli esordi psicotici che di abuso di sostanze, DCA e/o disadattamento di varia natura.

Nei casi in cui ci si trovi di fronte ai primi sintomi di esordi psicotici il ragazzo verrà "accompagnato" presso il Centro Esordi del DSM, in caso di primi sintomi di anoressia o altri Disturbi del Comportamento Alimentare, verrà invece "accompagnato" al Centro DCA, mentre se si verificheranno abusi di alcool o sostanze, verrà "accompagnato" presso i servizi per le dipendenze.

Per "accompagnamento" si intende non un invio formale ma un vero e proprio intervento di raccordo attivo con i servizi citati, volto a facilitare la compliance ed un "aggancio" efficace con i Servizi.

## VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA'

Le attività che si svolgono nel Centro vengono monitorate attraverso la tenuta di un archivio informatizzato delle prestazioni, ma anche attraverso il coinvolgimento attivo dei giovani che vi si rivolgono, che vengono sollecitati, sin dall'inizio del loro rapporto con il Centro, a fornire indicazioni utili per valutare sia il proprio gradimento, sia l'efficacia degli interventi svolti.

A scadenze regolari (diverse a seconda della tipologia di intervento) i ragazzi vengono invitati alla compilazione di un questionario anonimo per la valutazione dei diversi aspetti del lavoro che si svolge nel Centro: qualità percepita, efficacia degli interventi (sia come percezione soggettiva dei cambiamenti relativi allo stato di malessere, sia come risposte concrete ai bisogni rappresentati, laddove coerenti con le finalità del Centro), etc. A tal fine vengono utilizzati strumenti validati ma anche questionari ad hoc messi a punto con il coinvolgimento attivo dei ragazzi in uno dei contesti di gruppo previsti.

Anche i genitori vengono sollecitati ad esprimere la propria valutazione sull'utilità delle attività rivolte ai ragazzi o a loro stessi, attraverso la compilazione di specifici questionari o la consegna di note di suggerimento, critiche o proposte, da inserirsi in apposita buchetta posta in evidenza in una delle stanze di attesa o in un corridoio, ubicata in modo tale da consentire l'anonimato. Nella stessa buchetta anche i ragazzi possono esprimere i propri pareri, o critiche o suggerimenti in forma libera ed autonoma.

L'èquipe almeno una volta al mese dedica parte delle proprie riunioni ad un'analisi delle indicazioni risultanti dalle azioni di valutazione degli interventi.

Una sintesi di tali analisi viene inserita nei report periodici che il Centro produce e trasmette ai direttori di Distretto e del COeSO.