

**REPORT del percorso di FORMAZIONE**

**PROVE DI VOLO**  
**Nuove modalità di integrazione dei servizi**  
**rivolti al mondo giovanile**



*Paola Orrì, "Prove di volo", matita e acquarello su carta*

Committente: Ausl di Parma

Coordinatrice scientifica: Prof.ssa Laura Fruggeri, Università degli studi di Parma

Equipe di ricerca: Dott.sse Cristina Chiari e Marina Everri

**Anno 2006/2007**

## INDICE

	pg.
Introduzione	3
1. Obiettivi	3
2. Metodologia	4
3. Partecipanti	6
4. Prima fase del percorso formativo	7
4.1 Aspetti organizzativi dei servizi	7
4.2 Continuum del disagio: idee di prevenzione e di intervento	8
4.3 Sfide per l'identità dei servizi	9
5 Restituzione in plenaria	10
6 Seconda fase del percorso formativo	11
6.1 Modalità dell'invio ed efficacia	11
6.2 Presa in carico: qualità della connessione fra più servizi	12
6.3 Percorsi di uscita del paziente	14
6.4 Nuovi bisogni degli utenti e nuovi modelli d'intervento	14
7 Plenaria conclusiva	16
Riferimenti bibliografici	28

## INTRODUZIONE

Il progetto di ricerca-formazione che ha coinvolto la Prof.ssa Laura Fruggeri si iscrive all'interno di un più vasto progetto territoriale dell'AUSL di Parma *Prove di volo: nuove modalità di integrazione dei servizi rivolti al mondo giovanile* con la peculiarità di mettere a fuoco le rappresentazioni dei dirigenti e di alcuni operatori dell'Ausl di Parma che operano nell'area socio-sanitaria, su alcuni aspetti chiave riguardanti l'organizzazione dei servizi rivolti soprattutto alla fascia adolescenziale.

Esso si è articolato attraverso due fasi di formazione, ciascuna seguita da un incontro di confronto in plenaria. Sia la prima sia la seconda fase hanno visto la realizzazione di focus group con la partecipazione di venticinque operatori dei servizi.

Tab. 1 *Cronogramma*

<b>Prima fase</b>	<b>Plenaria</b>	<b>Seconda fase</b>	<b>Plenaria</b>
5 focus group Maggio/Giugno	11 ottobre 2006	5 focus group Ottobre/Novembre	22 novembre 2007

### 1. OBIETTIVI

L'obiettivo generale del percorso di formazione è quello di riflettere sull'organizzazione dei servizi che operano nell'area adolescenziale. A partire dall'esplorazione di una serie di aree tematiche che riguardano: l'integrazione tra servizi, la costruzione di reti, la gestione delle differenze e delle specificità del servizio, l'individuazione di trasversalità, la coordinazione degli interventi e la responsabilità professionale si è arrivati a ridefinire il concetto di Organizzazione in contesti complessi. In particolare, infatti, si è proposto un vero e proprio ribaltamento di prospettiva nella prassi professionale di raccordo tra servizi che vede nell'organizzazione non tanto l'aspetto strutturale dei protocolli e delle procedure, ma quello processuale e programmatico relativo ai modelli culturali sottesi alle pratiche operative. Per favorire tale passaggio, nella seconda fase del percorso, è stata proposta una rilettura delle aree sopraelencate a partire dal punto di vista dell'utenza.

## 2. METODOLOGIA

La metodologia che è stata scelta per la realizzazione del progetto è consistita nella conduzione di focus group, una tecnica qualitativa di rilevazione dati che si basa sulla discussione di gruppo su un tema specifico (Zammuner, 2003).

Essa consente di raggiungere una duplice finalità: di ricerca e quindi di raccolta dati, e di formazione poiché si basa sul confronto di diversi punti di vista emergenti durante una conversazione. Si tratta, infatti, di una discussione altamente pianificata finalizzata ad ottenere le percezioni dei partecipanti su una definita area d'interesse in un ambiente permissivo e non minaccioso (Krueger, 1994).

Il processo di gruppo, infatti, può aiutare le persone a esplorare e chiarire le proprie opinioni in modo più semplice e creativo di quanto non accada in una intervista individuale. Il setting previsto da tale metodologia coinvolge un numero discreto di partecipanti (da 6-12 persone) che discutono su un tema specifico con la presenza di un moderatore che facilita la conversazione e di un osservatore che nota le dinamiche di gruppo e gestisce l'attrezzatura per la registrazione (Albanese, 2004; Corrao, 2000, Acocella 2005).

Nella prima fase della ricerca il criterio scelto per la formazione dei gruppi di discussione è stato quello della *eterogeneità*, al fine di favorire un confronto tra operatori provenienti da servizi diversi e amplificare il più possibile la variabilità dei punti di vista.

Nella seconda fase, invece, si è optato per il criterio dell'*omogeneità*, ritenuto più idoneo a favorire la riflessione sulla specifica organizzazione del servizio in funzione dei bisogni dell'utente.

Tab. 2 *La griglia delle discussioni di gruppo*

<p align="center"><b>GRIGLIA DI DISCUSSIONE DELLA PRIMA FASE</b></p>	<p align="center"><b>GRIGLIA DI DISCUSSIONE DELLA SECONDA FASE</b></p>
<p><b>L'adolescenza: tra normalità e patologia</b></p> <p>a. L'adolescenza, come fase evolutiva, si articola in un continuum tra fisiologia e disagio?</p>	<p><b>La definizione dell'utente comune<sup>1</sup></b></p> <p>a. Quale utente arriva al vostro servizio?</p> <p>b. Possiamo identificarne uno comune?</p>
<p><b>Il tipo di intervento</b></p> <p><b>a. La considerazione del contesto familiare</b> In che misura il contesto familiare viene preso in considerazione nell'intervento?</p> <p><b>b. Il modello di intervento sul disagio lieve e sul disagio grave</b> Quali modelli abbiamo per lavorare sul disagio fisiologico?</p>	<p><b>L'analisi del contesto dell'utente in relazione ai servizi socio-sanitari</b></p> <p>a. <b>La storia degli utenti:</b> dove sono stati , dove erano, prima della presa in carico?</p> <p>b. <b>L'invio:</b> come avvengono gli invii dei vostri utenti? Chi vi invia gli utenti?</p> <p>c. <b>L'intervento:</b> chi vi affianca nell'intervento?</p> <p>d. <b>La dimissione:</b> dopo cosa succede all'utente? Cioè dopo voi chi c'è?</p>
<p><b>Integrazione/sovrapposizione tra servizi</b></p> <p>a. Esiste un collegamento fra servizi centrati sulla prevenzione e servizi più focalizzati sulla cura?</p> <p>b. In che modo gli interventi sul continuum del disagio si intersecano o sovrappongono, è possibile che tutti facciano tutto?</p> <p>c. Come vi vedono gli utenti? In questo contesto riescono a capire dove andare?</p>	<p><b>Come gli operatori pensano che l'utente veda il servizio</b></p> <p>a. Gli utenti hanno chiaro a chi devono rivolgersi se hanno un problema?</p>
<p><b>Idea di prevenzione e di cronicità</b></p>	

<sup>1</sup> Siccome alcuni gruppi non erano organizzati tenendo conto del criterio di omogeneità, è stata necessaria una fase preliminare di definizione dell'utente comune a tutti i servizi coinvolti nel focus group

### 3. PARTECIPANTI

Hanno partecipato alla formazione venticinque dirigenti e operatori dei servizi socio-sanitari di Parma e Provincia suddivisi nelle aree riportate in tabella.

Tab. 3 Aree dell'Azienda AUSL Parma partecipanti al progetto

<b>Aree di servizio</b>	<b>Numero di partecipanti</b>
Neuropsichiatria Infantile Parma	4
Servizio Sociale e Neuropsichiatria Infantile (Provincia)	2
Neuropsichiatria Infantile (Provincia)	2
Sert Parma	3
Sert Provincia	1
Medicina riabilitativa	1
Unione Operativa Psicologia Sociale	3
Centro per l'Adolescenza	2
Centro per Anoressia e Bulimia	1
Pediatria di Comunità	1
Servizi Sociali Provincia	1
Salute Donna	1
Salute Immigrati	1
Spazio Giovani	1
Area Disabili	1

## 4. PRIMA FASE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE

Dalla realizzazione dei focus group della prima fase sono emersi alcuni nuclei tematici salienti relativi agli *aspetti organizzativi dei servizi*, al *continuum del disagio* e agli *aspetti di prevenzione* e alle *sfide per l'identità dei servizi*.

### 4.1 Aspetti organizzativi dei servizi

Per quanto riguarda il primo aspetto esso si qualifica in alcune sottoaree strettamente connesse tra loro. In particolare, secondo i partecipanti l'*integrazione* tra servizi non può prescindere da un meccanismo di rete, tale per cui i servizi possono scambiarsi informazioni e inviare i casi verso percorsi più mirati. Questo significa anche *coordinarsi*, in vista della messa a punto di una specificità all'interno del servizio in cui si lavora. Il *coordinamento*, secondo alcuni, dovrebbe essere imposto dall'alto, per altri dovrebbe, invece, nascere da una *responsabilità* di ogni operatore.

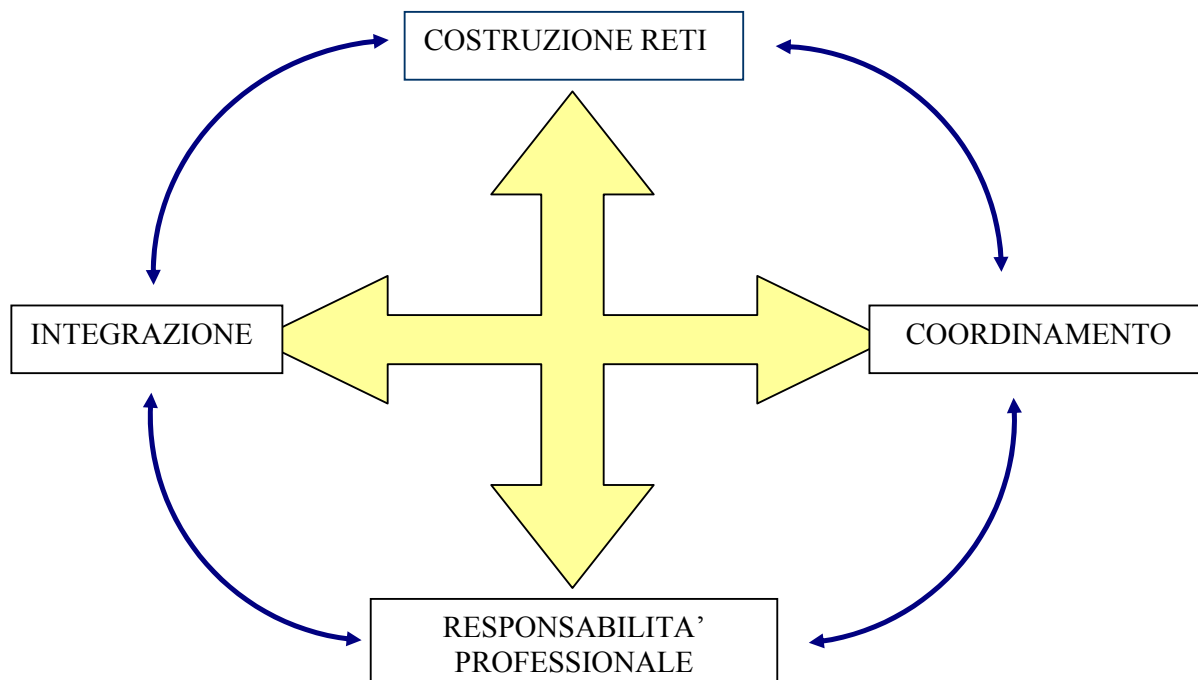
Corroborata questa lettura anche l'aspetto riscontrato nell'area relativa alle *specificità e alle differenze* nello svolgimento delle funzioni all'interno dei servizi. Sembra emergere, soprattutto in alcuni settori (neuropsichiatria infantile, spazio giovani, centro di psichiatria per l'adolescenza e la giovane età, Sert) una sovrapposizione. Addirittura in certi ambiti il mandato professionale non è chiaro e funzioni psicoterapeutiche sono svolte anche da chi dovrebbe, per protocollo, fare invii (in particolare nel caso del settore NPI in relazione alle assistenti sociali).

Un'altra area in cui i partecipanti sottolineano l'esistenza di una sovrapposizione funzionale è quella della prevenzione e dei rapporti con la scuola. Tuttavia, nella pratica quotidiana sembrano venire a mancare questi aspetti, e, come segnalano i professionisti stessi, prevale la *frammentazione* tra i servizi. Questo contribuisce a sua volta a creare una confusione negli utenti che faticano a riconoscere quale servizio sia più rispondente rispetto al proprio problema. Infatti, questo aspetto può innescare quel fenomeno descritto da alcuni come "shopping medico", che si manifesta quando gli utenti, lasciati in balia di se stessi, vanno alla ricerca dello specialista a volte arrivando a consulenze multiple che a loro volta comportano un'acutizzazione della confusione, del disorientamento e, forse, della cronicizzazione e dipendenza dai servizi.

Sembra esserci un accordo sul fatto che, invece, dovrebbero essere i servizi stessi, nell'ottica di rete, ad orientare l'utente verso un percorso di presa incarico o di consulenza.

Gli aspetti descritti vengono sintetizzati nella figura sottostante.

Fig. 1 *Le connessioni tematiche*



#### 4.2 Continuum del disagio: idee di prevenzione e di intervento

Quest'area tematica è centrata sugli aspetti funzionali del sistema di invii e di presa in carico del paziente. Per casi di psicopatologia classica, di disagio conclamato, di disabilità o tossicodipendenze esiste un protocollo e il processo di cura risulta per tutti molto più chiaro, mentre sul disagio sociale e su quello normativo e fisiologico della fase adolescenziale la questione diventa complicata. Gli operatori, infatti, delineano un quadro di scarsa integrazione, scarsa coordinazione fra servizi e di sovrapposizione funzionale della presa in carico.

Inoltre, soprattutto in questi ultimi casi, diventa particolarmente saliente il significato stesso di prevenzione. Esso è mutato negli anni per cui sembra non più sufficiente e nemmeno utile appellarsi a tecnici "PSI" per fare formazione-informazione ai ragazzi. Funzionava quando altre agenzie sociali (scuola, comunità, parchi, piazze...) svolgevano un ruolo di prevenzione primaria. Ora sembrano venute a mancare queste agenzie di contenimento e queste stesse agenzie richiedono interventi sempre più tecnici ai servizi della salute e ai servizi sociali.



Anche in questo ambito emerge una frammentarietà per cui ogni operatore, a seconda del servizio di appartenenza, ha un'idea di prevenzione che si traduce in pratiche agite secondo modalità differenti. Per alcuni significa fare formazione/informazione in età precoce addirittura dalle scuole elementari, ad esempio nel caso del Sert; per altri significa lavorare sull'anticipazione dei bisogni, per altri ancora significa lavorare sulla relazione fra servizio e contesti di socializzazione, ad esempio con gli insegnanti.

Inoltre se i programmi preventivi vengono proposti e agiti attraverso modalità mirate e specifiche entro sistemi in cui il disagio conclamato si esprime (famiglia con disabili, famiglia con tossicodipendenti), sembra emergere una maggiore difficoltà a pensare e agire in un'ottica di prevenzione in contesti con un disagio lieve, fisiologico, non conclamato. Diventa, infine, significativo ed importante interrogarsi anche sui luoghi più adatti per fare prevenzione, come sottolineato in particolare da parte degli operatori del Sert che incontrano difficoltà a raggiungere una popolazione che fa uso di sostanze in modo diverso rispetto al passato.

A questo proposito i gruppi hanno delineato proposte su come si possa migliorare fare prevenzione. Gli operatori mettono in luce alcune linee di azione:

1. valutare degli effetti quantitativi sia in termini epidemiologici sia sulla qualità del servizio ai fini della progettazione (e ipotizzazione) più mirata a rispondere ai bisogni dell'utente.
2. creare un lavoro di rete ed una connessione fra i servizi
3. osservarsi in relazione con gli utenti, per evitare la creazione di relazioni dipendenti con il rischio della cronicizzazione e della delega di responsabilità.
4. identificare servizi/luoghi più idonei per fare prevenzione.
5. interrogarsi sul ruolo di alcuni servizi già presenti sul territorio come gli sportelli a scuola, le unità di strada, i luoghi di aggregazione giovanile per restituire alla comunità il ruolo di agente ammortizzatore sociale del disagio.

#### 4.3 Sfide per l'identità dei servizi

Un'area non emersa esplicitamente da questa prima fase di discussione ma che sembra attraversare in modo trasversale tutti gli incontri riguarda l'identità stessa dei servizi socio-sanitari del territorio. Infatti, le riflessioni facilitate dal conduttore hanno consentito di aprire nuovi dubbi e interrogativi legati ai modelli culturali che sottendono l'organizzazione dei servizi, delle loro reciproche connessioni e di quelle con le altre agenzie socio-educative. Le difficoltà incontrate sono un problema di organizzazione o un problema epistemologico? Questi due aspetti sono intrecciati? Quale epistemologia per concepire l'integrazione fra servizi della salute e servizi della comunità?

A questo proposito, ci sembra esemplificativo riportare l'estratto di un focus group:

...

3: *ci si chiede se non è un cane che si morde la coda perché il modo in cui i servizi sono pensati, (il modo in cui) gli operatori si pensano, (quello che) fanno quando c'è un problema... A noi arrivano i casi quando ci sono già i problemi, diamo risposte a qualcosa che già si manifesta, mentre le cose di cui parliamo sono culturali, questo è un problema epistemologico.*

***Fruggeri: sì, lo è. La questione dell'integrazione, del collegamento fra servizi lo è. E' forse un problema più epistemologico che organizzativo. Noi per far fronte al disagio fisiologico, che sempre più ci portano gli utenti, dobbiamo avere ipotesi forti sulla normalità.***

***Vedere la normalità solo se non c'è patologia forse è un'ipotesi troppo debole.***

6: *ecco, brava pensavo alle diagnosi a scuola, a volte si richiedono delle diagnosi che non ci sono*

***Fruggeri: sì, noi abbiamo lavorato sul presupposto che la normalità è ciò che non è patologia questa è un'ipotesi debole...bene oggi non dobbiamo risolvere questi problemi....(31 Giugno 2006)***

## 5. RESTITUZIONE IN PLENARIA

Questo incontro ha permesso di creare una connessione tra la prima e la seconda fase del percorso di formazione.

Dopo un primo momento in cui sono state tracciati i principali nuclei tematici emersi dai focus group sono stati illustrati gli obiettivi della seconda fase e le metodologie ritenute ottimali per il proseguimento del percorso. In tale sede è stato a lungo discusso e negoziato il criterio di omogeneità per la composizione dei gruppi degli incontri successivi.

La seconda fase, infatti, si caratterizza per una scelta metodologica che vede la costituzione di gruppi formati da operatori che agiscono nelle stesse aree di intervento, cioè persone afferenti allo stesso servizio o con la stessa funzione. Questo è finalizzato alla riflessione sulla collocazione di se stessi nella rete, pensando a ciò che affianca, anticipa e segue l'intervento. In tal modo si è potuta introdurre una riflessione sull'identità del servizio non solo dal punto di vista di chi ci lavora ma anche di chi vi accede e ne usufruisce.

In questo senso la prospettiva di lavoro che viene proposta prevede l'assunzione di un punto di vista che non è quello dell'organizzazione, ma quello del contesto sociale. La proposta formativa è quindi quella di un capovolgimento della riflessione sull'organigramma tale per cui al vertice della gerarchia non si colloca più il servizio, ma l'utente in modo tale che questo ribaltamento di prospettiva implichi pensarsi, da parte degli operatori dei servizi, come "evento" nella storia dell'utente.

## 6. SECONDA FASE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE

In questa seconda fase del percorso di formazione si è cercato di ricostruire il percorso di accesso e di presa in carico dell'utente da parte dei servizi con il tentativo di assumere la prospettiva dell'utente. Dal confronto nei gruppi di discussione sono emersi alcuni punti critici relativi: alle *modalità dell'invio* e alla sua efficacia; alla *presa in carico* con particolare riferimento alla qualità della connessione fra più servizi (*affiancamento, integrazione, delega, sovrapposizione*); ai percorsi di *uscita del paziente*. Emerge un altro aspetto rilevante che riguarda i *nuovi bisogni* degli utenti sempre più orientati al sostegno del disagio fisiologico e lieve rispetto a quello conclamato. Questo comporta, per i partecipanti, al ripensamento sia delle modalità di invio, sia alle competenze tecnico/specialistiche necessarie per rispondere a tali richieste.

Infine, gli operatori discutono su eventuali *proposte* per riuscire a monitorare e successivamente anche a prendersi carico, non solo del disagio conclamato, ma anche di quello lieve.

### 6.1 Modalità dell'invio e alla sua efficacia

Gli invianti riportati nella discussione si differenziano a seconda dei vari servizi. In linea generale tra le figure più salienti troviamo il *pediatra* di famiglia e di comunità. Questo tipo di invio è solitamente piuttosto funzionale poiché permette una prima rilevazione del disagio. Un motivo di questo “buon invio” sta, secondo i partecipanti, anche nel fatto che negli anni passati si erano programmati incontri sul disagio lieve con i pediatri per fornire linee guida sui casi meno gravi. Tale esito è ritenuto funzionale nonostante gli stessi pediatri oggi sentano di vivere una sorta di “sterilità professionale” imputabile principalmente ad una carenza di coordinazione e confronto tra colleghi. Tale mancanza di coordinamento rende a volte poco funzionale l'invio non tanto nella sua qualità quanto negli aspetti quantitativi legati ai tempi di attesa.

Allo stesso modo i *medici di base* hanno un ruolo importante nell'invio (anche del disagio non conclamato) e per loro, così come per i pediatri, sono stati pensati gruppi di collaborazione con gli specialisti dei servizi ad esempio della Psichiatria.

Un altro agente significativo per gli invii è rappresentato dallo *Spazio Giovani*, luogo appositamente creato per essere un primo catalizzatore di casi di varia entità. Una delle caratteristiche di questo servizio è quella di rappresentare un punto di “smistamento” per l'identificazione di disagi specifici da inviare successivamente ai diversi servizi specialistici del territorio.

La *scuola* è un'altra agenzia sociale inviante però i partecipanti sottolineano la difficoltà che incontrano gli insegnanti nel segnalare in modo adeguato i casi ai servizi. In generale i partecipanti sottolineano che gli utenti inviati dal mondo scolastico sembrano essere spesso più confusi forse a causa anche del fatto che la connessione fra alcuni servizi specialistici, ad esempio la neuropsichiatria, e la scuola si è allentata.

Altre volte è *il servizio stesso* che “va a cercare e a convincere” gli utenti (unità di strada). Gli invii a tale servizio sembrano essere chiari tranne nel caso di sovrapposizioni per doppie diagnosi con la neuropsichiatria.

Infine un'agenzia sociale inviante è rappresentata dai *servizi sociali o sanitari* per casi di disagio conclamato, di maltrattamento o di abuso. In quel caso anche le *istituzioni giudiziarie* diventano invianti.

Una buona parte dei casi accede ai servizi *autonomamente*, infatti, l'accesso a tutti servizi socio-sanitari può avvenire direttamente. E' il caso ad esempio della neuropsichiatria, del Sert, dei Disturbi Alimentari.

All'interno di questo panorama il Sert sembra essere il servizio con la rete di invianti quantitativamente più vasta (assistenti sociali, istituzioni giudiziarie, carcere, farmacisti, colleghi dal pubblico e dal privato, scuola, ospedali, mondo del lavoro).

### 6.2 Presa in carico: qualità della connessione fra più servizi

Una prima differenza che viene messa in luce dai partecipanti è quella che riguarda l'organizzazione dei servizi cittadini rispetto a quelli della provincia. In particolare in periferia la maggiore centralizzazione fa sì che l'utente si senta preso in carico, mentre in città si ha un maggiore spezzettamento e *frammentazione* che crea disorientamento. Per usare le parole di un collega sulla frammentazione dice: “ *(il) mandato tecnico scatena l'azione di uno che non potenzia l'azione dell'altro* ” (24 ottobre 2006).

Questo, per un partecipante, può essere spiegato come un riflesso a livello macro-sociale di una politica di iper-specializzazione dei servizi, che comporta la nascita di servizi sempre più specialistici con un maggiore centramento sui sintomi e sulla diagnosi piuttosto che sulla comprensione del problema.

A volte i dirigenti sottolineano una *sovrapposizione* degli interventi e una difficoltà a stabilire confini e modi della presa in carico sul chi deve intervenire rispetto a che cosa e in quali tempi, altre volte, invece, viene sottolineato un utile *affiancamento*; altre ancora, infine, una *integrazione* fra

figure professionali differenti che lavorano sullo stesso caso. A titolo esemplificativo riportiamo un estratto di un incontro sul tema.

### **Sovrapposizione**

...

**C: quindi come si orienta l'utente rispetto al disagio che prova?**

*P3: l'orientamento in città è che cerchi il professionista non il servizio*

*P1: nel CSM il problema sta proprio nella struttura, bisognerebbe fare un servizio a parte, separare le utenze, perché ci sono i tossici quelli eroinomani, e c'è il ragazzino che si è fatto un spinello, oppure quello sotto Serenase tutti insieme in un posto.*

**C: e infatti se la gente viene da qualsiasi parte c'è più confusione e meno competenza. È come se non ci fossero percorsi**

*P5: noi abbiamo avuto una forte conflittualità con il Sert, a causa proprio di mandati tecnici, infatti in questo senso si crea una sovrapposizione di aree.*

...

(07 Novembre 2006)

### **Affiancamento**

...

*P1: sì, anche se ci sono aspetti che dobbiamo mettere in rete ancora soprattutto con la neuropsichiatria infantile perché un bimbo con queste caratteristiche potrebbe afferire anche alla NPI infantile che ha riabilitatori e competenze riabilitative e un protocollo con l'ospedale.*

**C: c'è sovrapposizione?**

*P2 mha...la mia direzione la vede, io non molto perché poi, quando si evidenzia il danno neurologico, poi vengono da noi. Parlerei di integrazione, di affiancamento*

...

(31 ottobre 2006)

### **Integrazione**

...

*C: la tossicodipendenza diventa il contenitore, il contesto che dà significato, non è parte di, ma contesto di tutto. Perché se l'obiettivo è smascherare il sintomo, una volta smascherato si lavora su altro invece il sintomo diventa la chiave per tutto, una volta smascherato si tirano fuori altri problemi ma vengono sempre trattati dentro il sintomo droga.*

*P1: abbiamo fatto un tentativo con una madre tossicodipendente e una figlia. La bambina aveva problemi per cui l'abbiamo inviata alla neuropsichiatria infantile e la mamma l'abbiamo seguita come Sert. Ha funzionato ma è stato difficile*

**C: è molto interessante però che voi sentiate che la tossicodipendenza è il contesto e non il sintomo**

...

*P2: ma forse è anche per il tipo di patologia, non abbiamo gli psichiatri! Poi abbiamo un servizio che integra molte professioni che lavorano su uno stesso caso (medici, infermieri, assistenti sociali...)*

(14 novembre 2006)

### 6.3 Percorsi di uscita del paziente

Il ragionamento sull'uscita e la dimissione del paziente dopo al presa in carico rappresenta l'ultimo tassello del processo di cura. Alcuni partecipanti dichiarano di trovarsi in difficoltà nelle dimissioni perché non sanno a chi rivolgere il paziente una volta uscito dal suo servizio. Altri sottolineano la difficoltà del favorire l'integrazione con il sociale. Si tratta in particolare dei servizi relativi alle trattamento delle tossicodipendenze e dell'handicap. Altri ancora sottolineano di avere delle remore sull'uscita del paziente a causa di continui rimbalzi fra un servizio e l'altro. Viene sottolineato dal gruppo il rischio di costruire cronicità come evidenziano le parole dell'estratto seguente.

...

**C: ognuno se lo tiene stretto!**

*P5: si crea il problema della cronicità: la continuazione dell'intervento è l'intervento... c'è una cronicità che avviene in vari ambiti: legata ai servizi sociali, alle case famiglia, agli effetti della psicopatologia, ma anche ai rimbalzi nelle varie U.O. A Parma, per esempio la neuropsichiatria è divisa in due parti c'è una parte anche dei problemi dell'apprendimento che ribalta i casi a noi, si crea quindi una circolazione interna. È necessario un monitoraggio dei percorsi interni. Una volta usciti dalla neuropsichiatria ci possono essere diversi percorsi, il servizio adulti, la psichiatria, l'handicap.*

**C: la collega ipotizzava che la cronicità può essere definita dall'istituzione**

...

(17 Ottobre 2006)

### 6.4 Nuovi bisogni degli utenti e nuovi modelli d'intervento

I partecipanti evidenziano un'evoluzione della neuropsichiatria nel tempo sottolineando come oggi le richieste degli utenti vanno anche nell'ambito del supporto allo svolgimento della genitorialità. Infatti alcuni sottolineano come il tessuto socio-istituzionale sia debole nell'affrontare i compiti di sviluppo, pertanto i bisogni degli utenti sembrano spostarsi sempre più *sul versante della fisiologia piuttosto che su quello della patologia*.

Questo cambiamento si iscrive in alcuni nodi critici che vengono riportati in modo trasversale nei focus grup. Innanzitutto la *modalità d'invio e di presa in carico* sembrano essere molto più nitide e chiare nei loro percorsi in quei casi in cui il disagio è conclamato e riconosciuto come tale sia dai servizi, sia dagli utenti. Siamo nell'ambito, ad esempio, della disabilità cognitiva e motoria, della tossicodipendenza classica e culturalmente connotata come tale, dei disturbi

dell'alimentazione e della psichiatria grave. Più aleatorio è, invece, il percorso d'invio e di presa in carico che riguarda il disagio lieve.

In secondo luogo, questi bisogni legati all'affrontare i compiti di sviluppo, comportano un *ripensamento del proprio intervento* sia come servizio territoriale nel suo complesso, sia come professionisti che operano nei singoli servizi. Infatti, mentre nel disagio grave c'è una vera e propria presa in carico della patologia, a volte anche rivolta ai suoi contesti di riferimento, nel caso di quel disagio che richiede un supporto rispetto ai classici compiti di sviluppo i professionisti dichiarano, invece, di non riscontrare un servizio e delle professionalità in grado di fornire questo supporto.

Tale situazione diventa secondo alcuni ancor più emergente nel caso di compiti di sviluppo inusuali portati, ad esempio, dalle minoranze etniche o dai nuovi consumi di sostanze.

Alcune discussioni, infatti, si sono chiuse interrogandosi sul fatto che i professionisti debbano avere *modelli teorici forti* per lavorare sulla normalità e in grado di fornire delle strategie di intervento sulla normalità della diversità che ora non sentono di possedere.

A tal proposito, i partecipanti individuano diverse *strategie* per far fronte alla situazione attuale. In particolare alcuni sottolineano di essere come di fronte a due percorsi: patologizzare anche la normalità oppure trovare dei percorsi alternativi. Tra essi alcuni individuano negli *psicologi clinici* altre figure professionali che potrebbero farsi garanti di queste nuove richieste, altri propongono che sia lo *psicologo di comunità* la figura professionale più indicata per costruire una rete con la comunità territoriale e restituirle la funzione di buffer sociale.

## 7. PLENARIA CONCLUSIVA

Seminario di restituzione del percorso formativo

### **“Prove di volo”**

**Nuove modalità di integrazione dei servizi rivolti al mondo giovanile**

Felino, Parma, 22 novembre 2006

**Prof.ssa Laura Fruggeri**

### **Il percorso formativo**

è stato articolato in due fasi durante le quali sono state affrontate le seguenti tematiche:

1° parte: Alcuni aspetti chiave dell'organizzazione dei servizi: integrazione, costruzione di reti, gestione delle differenze e delle specificità, individuazione di trasversalità, coordinazione degli interventi, responsabilità professionale in contesti complessi.

2° parte. L'organizzazione, l'accesso, la fruizione, la specificità dei servizi, la loro integrazione dal punto di vista dell'utente



IN GENERALE SI E' CERCATO DI RIFLETTERE SUI TEMI SOPRA DESCRITTI, A PARTIRE DA NUOVE PROSPETTIVE, DECENTRANDO L'ATTENZIONE ALLO SCOPO DI EVITARE DISCORSI RIPETITIVI E DUNQUE POCO GENERATIVI



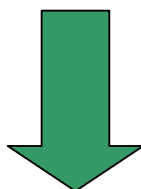
## Idee guida

- **Il continuum del disagio.** Si parla di continuum perché il disagio giovanile va da quello connesso alle fasi critiche legate a fasi di transizione evolutiva, a quello connesso a dinamiche e processi psicopatologici. Oggi il disagio ha espressioni nuove: non più connesse al dolore o alla sofferenza o alla crisi o alla chiusura, ma al vuoto (di significato e di valore); il disagio come anestetizzazione della fatica della crisi, una apertura che tuttavia non è rivolta agli altri –specifici-, ma al mondo –aspecifico-; una apertura che coincide con la ricerca di una esistenza tutta centrata sulla immagine teletrasmessa. Riflettere sulle forme che il disagio può assumere è premessa per individuare efficaci programmi preventivi.
- **Il contesto socio istituzionale come risorsa.** L'efficacia degli interventi di operatori e servizi non è soltanto legata rispettivamente alla competenza tecnico-professionali degli uni o alla qualità organizzativa degli altri. Gli interventi vengono realizzati all'interno di contesti socio-istituzionali (rapporti tra servizi e con la comunità) che contribuiscono a potenziare o diminuire la loro efficacia
- L'efficacia dell'intervento come esito di un processo a più voci, dunque, di cui una importante è quella **dell'utente che è soggetto** del proprio intervento.

## I temi affrontati

Attraverso la discussione nei diversi gruppi, le idee-guida sopra descritte sono state proiettate su diversi contesti relazionali:

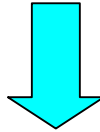
- Il rapporto con il contesto istituzionale
- Il rapporto tra servizi e contesto socio-comunitario
- Rapporti dentro la rete dei servizi
- Rapporti tra servizi e utenza



LE DISCUSSIONI SONO STATE SPESSO ORIENTATE A  
COGLIERE LE CRITICITÀ DEL SISTEMA SERVIZI RIVOLTI  
ALLA FASCIA PIÙ GIOVANE DELLA POPOLAZIONE,  
MA, PRIMA DI ILLUSTRARE LE CRITICITÀ, DESIDERO  
SOTTOLINEARE CHE SONO EMERSI ANCHE IMPORTANTI  
ELEMENTI POSITIVI

## **Elementi positivi**

- competenza professionale degli operatori
- consapevolezza da parte degli operatori dei bisogni emergenti nella popolazione
- presenza di servizi che coprono un vasto arco di problematiche della fascia di età considerata.
- adattamento dei programmi al variare delle problematiche emergenti nel territorio



LE DISCUSSIONI SONO STATE MOLTO RICCHE, TUTTI I PARTECIPANTI HANNO APPREZZATO LA POSITIVITÀ DEL CONFRONTO E DELLA RIFLESSIONE SU QUESTI TEMI.

## **Aspetti critici**

Le riflessioni emerse dalla discussione nei diversi focus group, saranno organizzate e verranno qui di seguito presentate con riferimento ai seguenti diversi contesti relazionali:

- Il rapporto con il contesto istituzionale
- Il rapporto tra servizi e contesto socio-comunitari
- Rapporti dentro la rete dei servizi
- Rapporti tra servizi e utenza

## **(1) Criticità: rispetto al contesto istituzionale**

I rapporti dei servizi dedicati al mondo giovanile con il contesto istituzionale sanitario (territoriale ed ospedaliero) sono positivi, potrebbero migliorare, ma esistono già percorsi comuni che configurano un ruolo di accompagnamento delle famiglie da parte di medici di base e di pediatri all'interno della rete dei servizi socio-sanitari rispetto ai bisogni emergenti delle famiglie stesse.

I rapporti dei servizi dedicati al mondo giovanile con il contesto istituzionale educativo invece presentano maggiori problemi. Non sempre i rispettivi ruoli e competenze appaiono chiari nella loro specificità e dunque anche nella loro interdipendenza. Una riflessione serrata su questo tema appare ormai urgente.

In generale il ruolo della rete istituzionale di base (più quella sanitaria di quella educativa) risulta importante rispetto a

- LA SOGGETTIVITA' DELL'UTENTE: i servizi di base possono contribuire a renderlo competente nel percorso svolgendo dunque una funzione *informativa ed educativa* e non meramente da *inviante* (informare e inviare)
- IL CONTINUUM DEL DISAGIO: i servizi di base possono svolgere una funzione preventiva di individuazione dei segnali del disagio. Questo oggi avviene per le patologie fisiche, meno per quelle psicologiche.



LA RETE ISTITUZIONALE DEI SERVIZI DI BASE COSTITUISCONO DUNQUE UN IMPORTANTE SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ DEI SERVIZI DEDICATI AL MONDO GIOVANI, SONO TUTTAVIA RILEVABILI INDICATORI CHE SEGNALANO COME IL RUOLO DI FILTRO/SUPPORTO DEI SERVIZI DI BASE A VOLTE NON FUNZIONA.

I servizi si trovano infatti a fare i conti con due tipi di utenti

- quelli che vengono spontaneamente o orientati da servizi di base, all'apparire dei primi segnali di disagio
- quelli inviati dalla rete dei servizi specialistici, cioè in presenza di una crisi già conclamata.

Non raramente succede infatti che la funzione di invio ai servizi venga svolta dall'**ospedale** (tentati suicidi, abuso) o da organismi di **controllo** (Tribunale)



L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI PSICOLOGICI DA PARTE DI ORGANI DI CONTROLLO E OSPEDALIERI –CHE NEL CONTESTO ISTITUZIONALE FORNISCONO INTERVENTI SPECIALISTICI E DUNQUE RICOPRONO POSIZIONI FINALI- SIGNIFICA CHE LA RETE ISTITUZIONALE DEI SERVIZI DI BASE HA FUNZIONATO POCO SIA COME INDIVIDUAZIONE PREVENTIVA DEI SEGNALI DEL DISAGIO, SIA COME INFORMAZIONE/EDUCAZIONE/ACCOMPAGNAMENTO DELL'UTENZA NELLA RETE DEI SERVIZI, SIA COME INVIANTE.

## INTERROGATIVI

Oltre ad una funzione di individuazione preventiva di segnali del disagio giovanile, possiamo pensare che rispetto al continuum del disagio –disagio connesso al fronteggiamento di momenti critici legati alla crescita fino a disagio grave legato a dinamiche psicopatologiche - esista una funzione di **presa in carico** anche da parte della rete istituzionale di base (sanitaria ed educativa)?

Dove collocare l'interfaccia tra intervento dei servizi psicosociali dedicati al mondo giovanile e intervento della rete istituzionale di base?

Qual è il discrimine tra ciò che deve essere oggetto di professionalità specifiche e ciò invece che è oggetto di sostegno e accompagnamento in processi di coping legati alle fasi di transizione?

QUESTI INTERROGATIVI SONO RICONDUCIBILI ALLA  
DISTINZIONE TRA COMPETENZA PSICOLOGICA, CHE E'  
TRASVERSALE A TUTTE LE PROFESSIONALITA' E  
RUOLO DELLO PSICOLOGI CHE INTERVIENE SU  
PROBLEMATICHE SPECIFICHE

## **(2) Criticità: rispetto al contesto socio-comunitario**

MENTRE LA RETE ISTITUZIONALE PIÙ O MENO TIENE,  
QUELLA COMUNITARIA NO. QUESTO SIA RISPETTO  
ALLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE CHE  
RIABILITATIVE

La mancata tenuta del contesto comunitario ha ripercussioni importanti sia sulla domanda dell'utenza che sull'efficacia degli interventi dei servizi. Infatti:

- Le famiglie chiedono sempre più ai servizi di essere accompagnate nelle fisiologiche transizione del ciclo di vita con il conseguente rischio della patologizzazione
- L'efficacia degli interventi che accompagnano i processi adattivi delle famiglie si riduce di fronte ad una comunità non in grado di esprimere un supporto informale

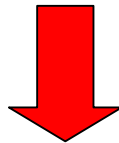


LE NUOVE ESPRESSIONI DEL DISAGIO SONO SEMPRE  
PIÙ SEGNO DEL DISAGIO DELLA RETE DEI RAPPORTI  
SIGNIFICATIVI PIUTTOSTO CHE DI SINGOLI INDIVIDUI, E  
QUESTO RICHIEDE UN INTERVENTO CHE VA AL DI LÀ  
DEGLI INTERVENTI PROFESSIONALI.

### **(3) Criticità: rispetto al contesto della rete interna dei servizi**

La rete interna dei servizi rivolti al mondo giovanile è caratterizzata da un preoccupante grado di irrazionalità. Gli aspetti che sono emersi con maggior preoccupazione sono:

- Sovrapposizioni. Servizi diversi offrono lo stesso tipo di intervento
- Rapporti tra servizi non sempre chiari. Sert e servizi psichiatrici; neuropsichiatria infantile e servizi sociali; centro adolescenza, spazio giovani e centro disturbi alimentari, presentano delle contiguità non sempre esplicitamente definite con la conseguenza di “rimpallarsi” o, all’opposto, “sottrarsi” gli utenti
- I rapporti tra i servizi che compongono la rete istituzionale professionale rivolta al mondo giovanile non hanno come riferimento un modello culturale dell’intervento integrato
- Spreco di risorse . Laddove ci sono sperimentazioni non vengono però valutate e diffuse ed eventualmente generalizzate ad altri servizi
- Ogni servizio sviluppa il proprio metodo senza avvalersi di esperienze fatte altrove



**ORGANIZZAZIONE  
TIPO POLIAMBULATORIO  
INVECE  
CHE A RETE**



#### **(4) Criticità: rispetto al contesto del rapporto con l'utente**

Per quanto l'accesso ai servizi dedicati al mondo giovanile sia un accesso facile in generale, esso presenta però degli aspetti problematici:

NON RISULTA CHIARO  
ALL'UTENTE  
A QUALE SERVIZIO RIVOLGERSI  
RISPETTO  
A UN DETERMINATO PROBLEMA

In questo senso i criteri in base al quale un utente si rivolge ai servizi vanno dall'**autodiagnosi** alla **casualità**.

Una metafora ci aiuta a tracciare i contorni del problema:

*“gli utenti si trovano di fronte tante porte che sono tutte alla pari, non ci sono segnali di che cosa le differenzi e dunque spesso entrano casualmente in una e lì in effetti vengono presi in carico”*

L'idea invece è quella di avere un portone di accesso (anche telematico) dentro cui ci siano delle competenze capaci di orientare e indirizzare a seconda delle problematiche presentate.

Un altro problema dell'accesso è che alcuni servizi sono troppo connotati e per questo rischiano di non essere utili di fronte a problematiche connesse con il compito del servizio, ma di livello lieve. Un rischio intrinseco tuttavia che è stato segnalato è la moltiplicazione dei servizi che si occupano delle stesse tematiche.

## **Progetti, interrogativi, sfide future**

Continuare e potenziare i percorsi di collaborazione con i servizi sanitari di base

Lavorare con la scuola perché si riappropri delle proprie competenze psico-educative

Discussione tra gli operatori dei servizi dedicati al mondo giovanile sul modello di intervento (poliambulatoriale o reticolare, integrato/orizzontale o autonomo/verticale, specialistico o interconnesso)

Dove collocare l'interfaccia tra intervento dei servizi e intervento di comunità e dunque come distinguere tra ciò che deve essere oggetto di professionalità e ciò invece che è oggetto di sostegno informale?

Come promuovere le risorse di una comunità? Gli psicologi di comunità possono costituire figure di interfaccia?

## **Prospettive di riflessione sulla organizzazione dei servizi**

- Riflessione sui modelli organizzativi in relazione alla scelta di un modello culturale e non viceversa
- Il continuum del disagio richiede servizi dedicati a diversi livelli di gravità del problema a cui tuttavia gli utenti possono accedere o per autodiagnosi o per invio competente, o possiamo pensare ad una organizzazione capace di accompagnare e guidare gli utenti attraverso diversi livelli di intervento (costruzione della competenza dell'utente), oppure ancora non facciamo nessuna differenza tra livelli di gravità e l'utente viene preso in carico laddove approda casualmente?
- Come ricondurre a un ordine complesso, reticolare e interconnesso servizi che oggi sono giustapposti?

## Riferimenti bibliografici

- ACOCELLA I. (2005). *L'uso dei focus group nella ricerca sociale: vantaggi e svantaggi*. In *Quaderni di Sociologia*, 37, I, 2005.
- ALBANESE C. (2004). *I focus group*. Carocci, Roma, collana Le bussole.
- CORRAO S. (2000). *Il focus group*. Franco Angeli, Milano.
- KRUEGER, R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- ZAMMUNER V. (2003). *I focus group*. Il Mulino, Bologna.