

***A.I.S.E.L. Onlus***

***CARTA DEI SERVIZI***

***A.I.S.E.L. Onlus  
Corso Garibaldi n° 75  
20121 Milano  
Tel : 02/29000109-29005821  
Fax : 02/29005889***

# L'ASSOCIAZIONE

## Presentazione

L'A.I.S.E.L. Onlus, Ente Accreditato della Regione Lombardia, opera dal 1980, anno della sua fondazione, nell'area della ricerca, della prevenzione e della terapia delle patologie psichiche e delle dipendenze da sostanze (due condizioni spesso tra loro intrecciate), in regime di convenzione con l'Ente Pubblico.

La sede legale è in Corso Garibaldi, 75 - 20121 Milano.

tel.: 02/29000109- 02/29005821 fax: 02/29005889

E-mail: [aisel@katamail.com](mailto:aisel@katamail.com) – [aiselonlus@postercert.it](mailto:aiselonlus@postercert.it)

## Breve storia dell' A.I.S.E.L.

L'A.I.S.E.L. nasce nel 1980, attraverso una convenzione con il Comune di Milano, in un momento storico in cui le amministrazioni cittadine si trovavano di fronte alla massima espansione del fenomeno di diffusione dell'eroina tra la popolazione giovanile. Allora era diffusa la convinzione, solo parzialmente suffragata dall'evidenza epidemiologica, che la tossicodipendenza da oppiacei fosse sorella della marginalità sociale. Da qui il bisogno di creare un'associazione che potesse intervenire sul territorio direttamente, gratuitamente per l'utenza, senza troppi costi di gestione e vincoli burocratici. Infatti l'acronimo A.I.S.E.L. significa Associazione per l'Intervento sull'Emarginazione in Lombardia.

Il 15.5.84 l'associazione ottiene la qualifica di Ente Morale con decreto del Presidente della Regione Lombardia, n. 5/R/LEG. e il 30.5.84 diventa Ente Accreditato della Regione Lombardia con delibera del Consiglio Regionale III/1595.

Ben presto ci si accorse che il problema della dipendenza da eroina non poteva essere risolto solo attraverso misure di coinvolgimento, animazione e solidarietà e la formazione professionale di tipo psicoterapeutico e psichiatrico dei soci e consulenti, che recepiscono le acquisizioni della letteratura scientifica internazionale, assimilava la concezione dell'uso di sostanze illegali come sintomo di un disturbo psichico, a volte anche grave, e indirizzava le scelte dell'associazione verso sviluppi differenti. Così nel 1985/86 venne aperta la Comunità Terapeutica "Il Mirtillo" a Travedona Monate (VA) che ospitava

tossicodipendenti con gravi disturbi psichiatrici e dal 1986 opera nella sede di Corso Garibaldi, 75 a Milano il Centro di psicoterapia della famiglia e dell'individuo, un servizio per tossicodipendenti e loro familiari dove vengono effettuate terapie individuali e valutazioni, consultazioni e terapie familiari.

Sulla scorta di un'altra emergenza sociale di forte rilevanza clinica connessa strettamente all'uso incongruo di sostanze illegali, l'epidemia di HIV, nell'aprile 1990 l'A.I.S.E.L. apre due Case Alloggio Sanitariamente Protette per malati di AIDS e sindromi AIDS correlate a Marchirolo (VA): "La Robinia" e "Le Ginestre".

Il 26.9.90 tutte le strutture dell'A.I.S.E.L. vengono iscritte all'Albo della Regione Lombardia con Deliberazione n. 396.

Il 12.02.1999 con D.G.R. N. 6/41389 la Regione Lombardia approva le modifiche allo statuto con conseguente mutamento della denominazione in A.I.S.E.L. Onlus. Viene quindi iscritta nell'anagrafe unica delle ONLUS.

Le iniziative dell'A.I.S.E.L. si aprono anche in altre direzioni: progetti di prevenzione in ambito scolastico; interventi di assistenza domiciliare a malati di AIDS, iniziative di formazione per Enti e professionisti, formazione di tirocinanti provenienti dalle facoltà di psicologia e dalle principali Scuole di Specializzazione in psicoterapia.

Nella seconda parte degli anni '90 si assiste ad una trasformazione del fenomeno tossicodipendenza. L'eroina perde progressivamente quote di mercato a favore della cocaina e di altre sostanze psicostimolanti e l'uso di sostanze diventa sempre più compatibile con la vita quotidiana e trasversale a tutte le fasce sociali e a tutte le età. Cresce parallelamente il riscontro di una quota sempre più ampia di soggetti che uniscono l'uso di cannabinoidi (hashish e marijuana), psicotrofici (cocaina, anfetamine, ecstasy) e alcol alla presenza di una sindrome psichiatrica maggiore (Depressione maggiore, Disturbo bipolare, Schizofrenia, Disturbo Post-traumatico) o a un grave disturbo del controllo delle emozioni e degli impulsi (Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Antisociale di Personalità). I professionisti del direttivo dell'A.I.S.E.L., già da tempo preparati nello studio di queste condizioni, si orientano per progettare l'evoluzione del proprio sistema di cura in una direzione in cui la patologia psichiatrica rappresenti l'obiettivo principale.

Viene chiusa la Comunità di Travedona, e, nel giugno del 2001 viene aperta, accanto alle case alloggio per malati di AIDS, il nuovo "Mirtillo", Comunità Psichiatrica ad alta intensità

di assistenza, accreditata dalla Regione Lombardia e iscritta nel Registro Regionale delle strutture accreditate, n. 481 con delibera n. VIII/5352 del 2/7/2001.

Nello stesso anno veniva formalizzato attraverso una convenzione il ruolo dell'A.I.S.E.L. come gestore dei servizi per i minori nell'Ambito Sociale della Valle Olona, un distretto comunale della provincia di Varese, che comprende Castellanza, Olgiate Olona, Marnate, Solbiate Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore e Fagnano Olona. L'intervento clinico e preventivo nell'area dell'infanzia, preadolescenza e adolescenza diventa un ulteriore ramo dell'attività professionale che acquisisce nel tempo una sempre maggiore importanza, grazie anche alle innovazioni legislative (Legge 328, dell'8 novembre 2000, definizione dei Piani di zona e conseguente ritiro delle deleghe comunali all'ASL per la gestione dei servizi per la tutela minorile) che in questi ultimi anni hanno conferito ai distretti comunali una sempre maggiore autonomia nella costruzione di servizi sociali e socio-sanitari. Negli anni successivi l'A.I.S.E.L. ottiene l'appalto per la gestione del servizio psicologico e la supervisione della Tutela Minori del Distretto di Somma Lombardo (2008) e dell'intero Servizio psicosociale del Distretto di Cassano (2012).

Sempre nel 2012 il Comune di Castellanza ha affidato all'A.I.S.E.L. la gestione clinica di una struttura per la realizzazione di una Comunità socio-educativa per minori: "La Casa tra i Castagni", che offre un progetto educativo e psicoterapeutico residenziale profondamente integrato con i Servizi Tutela precedentemente menzionati.

## **1. Missione dell'A.I.S.E.L.**

La *missione* dell'Associazione, oggi focalizzata sull'intervento nell'area degli adulti affetti da gravi malattie mentali e affetti da gravi disturbi mentali correlati con l'AIDS, e nell'area dei minori che soffrono di importanti disfunzioni dello sviluppo connessi a forme di maltrattamento, abuso o trascuratezza subiti in ambito familiare, è rappresentata dalla visione condivisa tra tutti gli operatori dell'esistenza per ognuno dei nostri pazienti di un possibile trattamento *riabilitativo*. Una forma di cura complessa da offrire con tenacia anche per coloro che, pur gravemente malati o danneggiati in modo talvolta irreversibile, possono comunque ospitare risorse personali o essere dotati di risorse familiari o sociali per aspirare ad un miglioramento del proprio funzionamento e della propria vita. Quindi l'intelligenza che guida il nostro lavoro orienta prima di tutto a diffidare dalla fascinazione della guarigione, del "miracolo", e a impostare sobriamente (scientificamente) il sapere

clinico e la motivazione relazionale (affettiva) dell'operatore per attivare la disposizione del malato a collaborare ad un progetto comune.

Le caratteristiche di ogni tipo di intervento verranno descritte brevemente in seguito e sono specifiche del settore di intervento, ma il filo rosso riabilitativo percorre l'articolazione complessa di tutti i contesti di cura.

## **2. Organigramma del Direttivo dell'A.I.S.E.L.**

## ORGANIGRAMMA

<b>DOTT. RAFFAELE PALERMO</b>	PRESIDENTE, LEGALE RAPPRESENTANTE E AMMINISTRATORE. AMMINISTRAZIONE E DIREZIONE ATTIVITÀ SOCIO TERAPEUTICHE
<b>DOTT. ROBERTO BERRINI</b>	VICEPRESIDENTE DIREZIONE SANITARIA COMUNITÀ PSICHIATRICA
<b>DOTT. MARCO PRADO</b>	CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE CONTROLLO SANITARIO CASE ALLOGGIO SANITARIAMENTE PROTETTE
<b>SIG. MARCO BRAMBILLA PISONI</b>	CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE. COORDINATORE RESPONSABILE CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS
<b>RAG. PIETRO GIORDANO</b>	CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE. COORDINATORE AMMINISTRATIVO, RESPONSABILE DI GESTIONE DELLA QUALITÀ DELLE COMUNITA' DELL'AISEL
<b>DOTT. CARLO CARAVAGGI</b>	MEDICO CONSULENTE
<b>SIG.RA SILVIA ROGGERI</b>	RESPONSABILE AMM.VA SEDE LEGALE UFFICI MILANO
<b>SIG.RA GIULIANA BALLARINI</b>	RESPONSABILE AMM.VA SEDE LEGALE UFFICI MILANO
<b>SIG.RA NUNZIA LIDIA MONTUORO</b>	RESPONSABILE AMM.VA CENTRI TUTELA MINORI DI CASTELLANZA, GALLARATE E SOMMA LOMBARDO
<b>DOTT. SANDRO STAMERRA</b>	R.S.P.P. DELLE COMUNITA' DELL'AISEL
<b>ING.MAURO MASSARA</b>	CONSULENTE E FORMATORE PER LA CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ - PRIVACY E HACCP
<b>DOTT. FABIO COLOMBO</b>	MEMBRO ORGANISMO DI VIGILANZA
<b>SIG.RA ORNELLA RAGAZZO</b>	MEMBRO ORGANISMO DI VIGILANZA
<b>DOTT.SSA MARIA NELLAPALANDRI</b>	REVISORE DEI CONTI
<b>STUDIO MARIA NELLA PALANDRI - MILANO</b>	CONTABILITÀ, REDAZIONE BILANCIO, CONSULENZA AMMINISTRATIVA
<b>EL.CO SERVICE – CASATENOV (LC)</b>	SERVIZIO PAGHE E CONTRIBUTI, CONSULENZA LEGALE SUL LAVORO
<b>STUDIO LEGALE AVV. CHIARA CALAMIDA – VARESE</b>	CONSULENZA E ASSISTENZA LEGALE
<b>STUDIO LEGALE PROF. MARIO ZANCHETTI - MILANO</b>	CONSULENZA E ASSISTENZA LEGALE

## **Certificazione di Qualità**

Nel corso del 2009 l'A.I.S.E.L. Onlus ha sostenuto un processo di verifica della qualità di erogazione dei servizi, da parte dell'agenzia SGS ITALIA S. p. A., ottenendo la certificazione **ISO 9000/UNI EN ISO 9001:2008**



**ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2008**

# LE STRUTTURE

## Le Case Alloggio Sanitariamente Protette per malati di AIDS: “La Robinia” e “Le Ginestre”

L'esperienza delle Case Alloggio per persone ammalate di AIDS è un fatto del tutto nuovo nel panorama dei servizi assistenziali del nostro Paese: è stato, infatti, il primo servizio non istituzionale nato per accompagnare le persone, nel percorso di una malattia invalidante, ed accompagnarle nel migliore dei modi.

L'iniziativa è partita alla fine degli anni '80 per rispondere ad un bisogno pressante dei servizi di trovare soluzioni per chi, provenendo prevalentemente dall'area delle tossicodipendenze e da pesanti situazioni sociali, nella fase acuta della malattia, si trovava a non avere la possibilità di un ambiente dove affrontare la sofferenza con sufficiente dignità.

Nei primi anni del diffondersi dell'AIDS, i pregiudizi, l'incomprensione, la paura e la conseguente discriminazione verso le persone portatrici del virus avevano causato diffusi comportamenti d'intolleranza e di violazione dei più elementari diritti dei malati.

Le prime Case Alloggio sono state aperte con l'obiettivo di poter proporre un'assistenza dignitosa e creare un clima d'accoglienza opposto alla paura diffusa.

Il numero di Case Alloggio è velocemente cresciuto e si sono andate organizzando secondo modelli sempre più precisi e professionalmente adeguati alle situazioni, arrivando a porsi come modello assistenziale di *umanizzazione di una patologia invalidante*.

Con questo spirito l'A.I.S.E.L. Onlus nel 1990 inaugura le sue due Case Alloggio: “La Robinia” e “Le Ginestre”.

Nel tempo le problematiche sono cambiate. La scoperta e l'introduzione di farmaci molto più efficaci contro il virus HIV hanno portato a realizzare per il paziente un'aspettativa di vita molto più lunga, accompagnata anche da una migliore qualità della stessa. Quindi la



funzione originaria della casa alloggio, *accompagnare verso la morte*, in un clima di responsabilità affettiva e di tutela, persone affette da una malattia con una prognosi di pochi anni di sopravvivenza, si è progressivamente trasformata in una *polifunzione* di tipo prevalentemente supportivo e contenitivo per un'ampia gamma di problematiche che venivano assorbite e messe a tacere dalla rapida progressione del declino fisico: la tossicodipendenza, la dissocialità, la patologia mentale e la mancanza di legami familiari o sociali cui riferirsi per un minimo di protezione e di cura. Pazienti che negli anni '90 erano più rassegnati a spostare la dipendenza dalle sostanze e da un tipo di vita senza capacità di autoregolazione, alla dipendenza da un regime di custodia flessibile e tutelante, come quello offerto dalla struttura, ora, invece, tendono a riciclare la maggiore vitalità e la speranza seguendo modalità di apprendimento che non si discostano dalle premesse che li hanno portati alla patologia, psichica ed organica. Questo ha portato gli operatori a impiegare metodi maggiormente assertivi per regolare la relazione con i pazienti e anche l'uso dello psicofarmaco, per lo più lenitivo precedentemente, assume talvolta anche la funzione contenitiva, sedante, richiesta dal paziente stesso, per potere evitare il rischio della "fuga nella salute".

Purtroppo la lunga sopravvivenza ha portato a rendere più evidente e palpabile anche un'altra dimensione, per altro già nota, delle problematiche del paziente con AIDS: l'involuzione deteriorativa del sistema nervoso centrale e periferico, con la necessità di gestire anche la progressiva disabilità motoria o cognitiva.

### ➤ **Descrizione attività Case Alloggio a carattere socio-sanitario**

Situate a Marzio, nella provincia di Varese, con più di vent'anni di attività, sono diventate un modello di intervento diversificato e quindi adeguato di risposta alle varie problematiche inerenti le persone affette da AIDS.

Convenzionate con l'ASL 1 di Varese e disponendo attualmente di 17 posti letto, sono fra le più grandi della Lombardia. L'ASL di Varese ha deciso nel 2012 di convenzionare un ulteriore posto letto a bassa intensità, portando la capienza da 16 a 17 utenti.

Ognuna delle due strutture ha una sua specificità:

- "Le Ginestre" è una Casa Alloggio socio-sanitaria *a bassa intensità*. Dispone di 7 posti letto ed è riservata ai pazienti che hanno una condizione clinica stabilizzata, che

spesso equivale ad un più prolungato decorso della malattia, e che hanno soprattutto necessità assistenziali.

- “La Robinia” è una Casa Alloggio socio-sanitaria *ad alta integrazione sanitaria*. Dispone di 10 posti letto ed è destinata ad accogliere persone che necessitano di una sorveglianza sanitaria maggiore, sia sul piano internistico, sia sul piano neurologico e psichiatrico.

“La Robinia” e “Le Ginestre” accolgono varie tipologie di utenti:

- Uomini e donne
- Coppie
- Nessun limite d'età per accoglienza utenti
- Pazienti in trattamento metadonico a scalare a mantenimento
- Pazienti con problematiche psichiatriche pregresse o correlate
- Pazienti senza fissa dimora
- Pazienti extracomunitari
- Pazienti con limitazioni della propria libertà:
  - arresti domiciliari
  - detenzione domiciliare
  - affidi sociali
  - Pazienti extra-regione

Per ogni ospite l'équipe predispone un programma assistenziale ed educativo individuale che tiene conto sia delle capacità delle singole persone, sia degli obiettivi a breve, medio, e lungo termine che si vogliono raggiungere, in accordo con il servizio inviante. Ogni ospite ha, inoltre, un educatore di riferimento, che seguirà il percorso in accordo con il Servizio inviante, il quale verrà coinvolto nelle verifiche periodiche.

Essendo di fatto delle Case Alloggio a carattere socio-sanitario, va da sè che particolare attenzione viene posta a riguardo dell'organizzazione sanitaria.

In struttura vengono direttamente eseguiti i vari esami ematochimici, sia di routine che specialistici; il medico ha due accessi settimanali con reperibilità nei restanti giorni. L'assistenza infermieristica è garantita per tutta la settimana, con reperibilità in loco per le ore notturne; consulenza psichiatrica settimanale e consulenze per bisogni correlati con la complessità della malattia di base: fisioterapista, dietologo, etc.

Per quanto riguarda il versante psicologico e riabilitativo si dà la possibilità agli ospiti di poter accedere a colloqui di carattere individuale, di coppia e di gruppo con psicoterapeuta.

Particolare attenzione viene posta anche alle varie attività di animazione.

Tendenzialmente sviluppate per gruppi con caratteristiche omogenee, si articolano in attività di carattere individuale e di gruppo, sviluppate sia all'interno della Comunità che proiettate nel territorio. Particolarmente efficace si è rivelato negli anni il laboratorio di Arteterapia, dove la possibilità di esprimersi non attraverso la parola ma utilizzando il mezzo grafico e vari materiali per composizioni di immagini, in gruppo, permette ai pazienti di conoscere parti non sempre accessibili del proprio sé e di condividerle con gli altri ospiti. Le Case Alloggio sono assistite in modo continuativo nell'arco delle 24 ore e l'accesso dei parenti ed amici è previsto dalle 9.30 alle 17.00. Dal lunedì alla domenica, previo accordo telefonico e fatte salve eventuali limitazioni delle visite per motivi clinici e terapeutici. Può essere richiesto ad amici e conoscenti dell'ospite un colloquio informativo preliminare prima di avere l'autorizzazione a frequentare le strutture.

Queste sono in breve le caratteristiche delle nostre Strutture indirizzate alle persone con problematiche correlate all'AIDS.

Le varie attività delle Case Alloggio sono garantite da un'équipe adeguatamente preparata, supervisionata ogni quindici giorni da uno psicoterapeuta, coordinata da un responsabile e da un referente di struttura, composta da educatori, ASA ed infermieri professionali, oltre ad altre figure preparate, che ricoprono i ruoli e le funzioni sopra citate.

➤ **Criteri e modalità di accesso dell'utente presso le Comunità " la Robinia" e "le Ginestre"**

- Le modalità di inserimento degli ospiti affetti da HIV/AIDS nelle nostre strutture è definita dalla d.g.r. n. 7/6471 del 19 ottobre 2001 e le sue successive modificazioni e integrazioni.
- Vengono accolti nelle strutture residenziali gli utenti HIV positivi inviati dai servizi pubblici, per lo più i Servizi per le Dipendenze Patologiche, in relazione all'alta frequenza di comorbilità tra patologia infettiva e tossicodipendenza pregressa o ancora attiva, in base alle condizioni di convenzionamento da parte dell'Ente Pubblico.

- Ogni volta che la segnalazione per un inserimento viene effettuata da altri servizi pubblici o privati, o da altre figure professionali (p. es. medici di base) oppure ancora da altri soggetti privati (p. es. parenti), sarà necessario, per procedere all’inserimento in regime convenzionale, il “nulla osta” del servizio di riferimento rispetto alla residenza del soggetto.
- Accedono alla struttura residenziale i soggetti che abbiano raggiunto la maggiore età e che siano affetti da una condizione di AIDS ormai conclamata, in cui il virus HIV ha compromesso il sistema immunitario al punto da avere già provocato una o più patologie internistiche correlate. Alcuni soggetti possono avere problemi di dipendenza da alcol o da sostanze illegali, per le quali è possibile, in collaborazione con il Ser.D del territorio di appartenenza della Comunità, approntare la somministrazione di terapie farmacologiche sostitutive.
- Alcuni soggetti inviati in Comunità possono essere affetti anche da patologie neurologiche o psichiatriche, secondarie all’infezione da HIV oppure precedenti al contatto con il virus. Per questi soggetti è possibile fornire un’assistenza medica specialistica in collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali.
- Prima dell’ingresso uno o più membri dello staff clinico dell’A.I.S.E.L. si incontreranno con gli operatori del servizio di provenienza dell’utente per ottenere una descrizione delle caratteristiche infettivologiche, del grado di dipendenza da sostanze, dell’eventuale psicopatologia del soggetto, della sua storia personale e familiare, delle sue risorse contestuali e dei trattamenti precedenti. Verranno quindi individuate le motivazioni e gli obiettivi degli invianti, in modo da formulare un progetto di intervento condiviso.
- A questo punto l’utente potrà effettuare un primo colloquio in una delle sedi dell’A.I.S.E.L. (eventualmente nella stessa CP) con un membro dello staff clinico. Il colloquio verrà esteso anche ai componenti della famiglia di origine, al partner o ad altre figure significative dell’entourage del soggetto, in tutti i casi in cui questi siano presenti o disponibili.

- Il colloquio verrà fissato tramite appuntamento, che potrà essere concordato telefonando alla sede dell’A.I.S.E.L. di Milano.
- Ad esito positivo del colloquio ed acquisita documentazione idonea, comprovante la congruità e fattibilità dell’inserimento, verranno indicati i tempi di attesa per l’inserimento. Qualora la comunità non avesse posti disponibili al momento della richiesta, l’utente verrà iscritto in una lista d’attesa.
- Lo staff clinico dell’A.I.S.E.L. si riserva la facoltà di rinviare o declinare la richiesta di inserimento residenziale in tutti quei casi in cui emergano nel corso del primo contatto con l’utente delle evidenti incongruenze motivazionali o qualora quest’ultimo riveli un atteggiamento di rifiuto esplicito, precedentemente celato.
- Sarà possibile, previa decisione dello staff clinico dell’A.I.S.E.L., premettere alla decisione di accoglienza una giornata di visita della struttura residenziale da parte del futuro utente e di suoi familiari.
- Ad ingresso avvenuto decorrerà un periodo di prova della durata di un mese, al fine di verificare le motivazioni dell’ospite e potere procedere, dopo esito positivo del periodo di prova, alla compilazione del progetto individuale in accordo con l’ospite e il servizio inviante.
- Le rette di degenza per la Casa Alloggio ad alta integrazione sanitaria è a completo carico del SSR, mentre è prevista una quota di partecipazione alla retta, nella misura del 30%, da parte dell’ospite o del Comune di residenza, per gli ospiti della Casa alloggio a bassa intensità. Non sono previsti inserimenti con pagamento privato della retta; ogni ospite deve necessariamente essere inserito attraverso i canali istituzionali del SSR: Ser.D., CPS, Medico di Medicina Generale, Dipartimento di Prevenzione, Reparti di degenza ospedaliera.

- Il soggetto inabilitato o interdetto ha accesso secondo le stesse procedure sopra descritte. Gli operatori si faranno carico di mantenere i collegamenti con la figura giuridicamente deputata a tutelare l'utente, per ogni decisione che possa richiedere il suo avallo in termini di legge.
- L'A.I.S.E.L. si impegna a non operare discriminazione nella selezione delle persone, ma a valutare in base alla motivazione e all'urgenza del caso. In presenza di lista di attesa si darà priorità di valutazione ai residenti nel territorio dell'A.S.L. di Varese nella quale sono collocate le nostre strutture e, in secondo luogo, si procederà con il criterio della maggior urgenza tra gli annotati della lista.

➤ **Dove siamo e come raggiungerci**

Le Case Alloggio, pur insediate nel Comune di Marchirolo (Va), distano circa un chilometro dal centro abitato di Marzio. Un servizio di linea ferma di fronte alle strutture (linee Morandi). Gli orari di partenza dalle Case Alloggio sono 7.15 e 15.15, mentre gli orari di arrivo dal piazzale tra le stazioni ferroviarie di Varese sono 9.15 e 18.15.

In automobile si può arrivare attraversando Varese e seguendo le indicazioni per i valichi svizzeri, percorrendo la Valganna. Arrivati al paese di Ghirla si seguono le indicazioni per Marzio. Al bivio Marzio/Boarezzo si prosegue a destra per circa 200 metri. All'ingresso del Comune di Ghirla e al bivio successivo è collocata la segnaletica specifica.

Due auto e un pulmino sono a disposizione per collegamenti privati.

Per contattarci:

Tel: 0332-995801/995802

Fax: 0332-727783

Mail: [aisel.pineta@libero.it](mailto:aisel.pineta@libero.it)

Sito: [www.aisel.it](http://www.aisel.it)

## La Comunità Psichiatrica “Il Mirtillo”

### ➤ Premessa

Nella Comunità Psichiatrica il concetto di riabilitazione si connette storicamente e operativamente alla tradizione ormai consolidata da quasi due secoli della psichiatria asilare, “morale”, che individuò nel pensiero del malato mentale la presenza di un senso, per quanto oscuro, che richiedeva assistenza e vicinanza, per consentire l’istaurarsi di una relazione con il medico e la riduzione dell’insensatezza ad una malattia da curare.

Il principale obiettivo della riabilitazione psichiatrica è garantire che la persona con una sofferenza mentale possa utilizzare quelle abilità fisiche, emotive, sociali e intellettuali indispensabili per vivere, apprendere e lavorare nella società, con il minimo sostegno possibile da parte dei rappresentanti delle professioni d’aiuto. Il metodo principale attraverso cui intendiamo perseguire quest’obiettivo di fondo prevede da un lato l’addestramento della persona alle specifiche abilità richieste per un adeguato funzionamento e dall’altro lo sviluppo delle risorse dell’ambiente necessarie a sostenere e rinforzare il livello di funzionamento raggiunto.

L’intento, dunque, è quello di mettere in pratica dei percorsi nuovi di riabilitazione psichiatrica che conferiscano protezione a coloro che sono psicobiologicamente vulnerabili di fronte ai fattori socioambientali che producono stress. Attualmente non sono ancora noti i criteri fisiologici e biochimici che a livello cerebrale sono responsabili del permanere di una vulnerabilità individuale alla sintomatologia e alla disabilità delle più importanti psicopatologie. Questo non consente di intervenire in modo efficace sul processo patogenetico, ma non legittima certo ad un ritorno ai ricoveri ospedalieri della durata di anni, come avveniva in passato, per proteggere i pazienti dalle cause di stress della vita sociale. L’etica e i principi dell’era contemporanea ci impongono di ricorrere a trattamenti calati nella comunità e di fornire gli individui vulnerabili delle abilità di cui hanno bisogno per fronteggiare gli inevitabili fattori di stress del vivere quotidiano, per esempio in relazione ad alcool e droghe, all’assenza di una propria casa, ai conflitti di relazione, agli stimoli sociali e allo stigma. Pertanto, i nostri progetti di trattamento e riabilitazione prevedono interventi ben strutturati ispirati alla farmacoterapia, all’addestramento delle abilità, alla terapia familiare, alla riabilitazione professionale e al sostegno sociale.

## ➤ **Caratteristiche**

In base alla recente riqualificazione delle strutture psichiatriche accreditate che non fanno parte dell'Azienda Ospedaliera (v. circolare 49/SAN-2005), la Comunità dell'A.I.S.E.L., "Il Mirtillo", è definita una Comunità Psichiatrica Assistenziale (CPA).

## ➤ **Obiettivi**

Il presupposto da cui partiamo per impostare il lavoro riabilitativo è che la Comunità deve essere un luogo dove la vita quotidiana si svolge all'insegna della tranquillità e del rispetto delle regole del vivere comune. Hanno rilievo, dunque, il rispetto della pulizia personale ed il rispetto degli spazi comuni e personali, la consumazione dei pasti, le attività di svago e socializzazione, l'utilizzo del proprio tempo in modo fattivo.

Ciascun utente dovrà godere di un proprio spazio privato, che potrà personalizzare, e di spazi comuni in cui sentirsi accolto e a proprio agio.

La prima fase del percorso riabilitativo sarà quindi rivolta alla trasmissione d'alcune regole di convivenza ovvero all'assimilazione delle stesse da parte di ogni singolo utente.

Per la realizzazione di questi primi obiettivi ci appare fondamentale la fase d'ingresso, durante la quale si dovrà impostare una relazione assertiva con l'utente, per tentare di coinvolgerlo nella vita comunitaria. Sin dai momenti iniziali dell'ingresso in comunità è infatti importante privilegiare gli aspetti che riguardano le interazioni quotidiane e la socializzazione, perseguendo l'obiettivo che il paziente possa affrontare in modo nuovo la sua vita di relazione e la sua patologia psichica.

Per ogni utente si predisporrà un programma, che rispetti i tempi della condizione attuale della psicopatologia di cui è portatore e delle sue caratteristiche di personalità. Programma volto all'acquisizione di quelle abilità fisiche, emotive, sociali e intellettuali che sono ancora possibili per il paziente, ai fini di una reintegrazione nella vita di relazione nella società e che si compiono attraverso percorsi psicoterapeutici individuali, di gruppo e che coinvolgano, laddove è possibile, i familiari.



La Comunità si farà carico dell'assistenza sanitaria di base, delle cure psichiatriche e d'eventuali altre cure specialistiche, affidandosi alle strutture sanitarie pubbliche o a consulenti privati.

Agli utenti le cure farmacologiche saranno somministrate dal personale infermieristico, rispettando le prescrizioni del medico psichiatra referente di struttura pubblica o del medico psichiatra consulente della Comunità.

### ➤ **Figure professionali e operatori**

La struttura gerarchica della Comunità è concepita in modo da realizzare un modello di cura funzionalmente multidisciplinare e globalmente circolare. Questo significa che le differenze di "potere" delle singole professionalità sono attenuate al fine di consentire la realizzazione di processi decisionali clinici condivisi. Tuttavia ogni professionalità conserva una sua competenza che consente anche lo sviluppo di una verticalità delle scelte. Le figure professionali che operano in equipe nella Comunità sono le seguenti:

- **Medici Specialisti:** si occupano della gestione psichiatrico-psicoterapeutica del paziente, collaborando con il Medico di Medicina Generale territoriale per quanto riguarda le problematiche internistiche.
- **Infermieri Professionali:** hanno la responsabilità del nursing del paziente, sia dal punto di vista sanitario che igienico: parametri vitali, comportamento ed abitudini quotidiane, dieta, coordinamento delle visite ed esami specialistici, etc. Forniscono un apporto fondamentale sul piano della costruzione di una relazione di appartenenza con il paziente.
- **Educatori:** rappresentano il supporto specifico per lo sviluppo e la riabilitazione delle motivazioni assertive ed esplorative dei pazienti, impegnandoli in progetti a breve, medio e lungo termine che riguardano le abilità e le competenze a livello sociale, lavorativo e anche ricreativo o culturale.
- **Psicologi:** sono parte integrante dei percorsi psicoterapeutici individuali, di gruppo e familiari, coordinandosi con lo psichiatra e favoriscono lo sviluppo delle competenze metacognitive e affettive dei pazienti.
- **ASA/OSS:** sono quotidianamente accanto ai pazienti per aiutarli ad utilizzare le proprie forze e abilità nel mantenimento dell'igiene, della pulizia dei propri spazi e di

quelli comuni e svolgono le loro mansioni in coordinamento con gli infermieri professionali da una parte e con gli educatori dall'altra.

Il personale si completa con la presenza di figure professionali più operative, che comunque acquistano nel tempo un rapporto di familiarità con i pazienti e contribuiscono alla dimensione di sicurezza che costoro richiedono.

- Cuochi e aiutocuochi
- Manutentori

➤ **Criteri e modalità di accesso dell'utente presso la Comunità "Il Mirtillo".**

- Vengono accolti nella struttura residenziale gli utenti inviati dai Dipartimenti di Salute Mentale, in base alle condizioni di accreditamento da parte dell'Ente Pubblico.
- Ogni volta che la segnalazione per un inserimento viene effettuata da altri servizi pubblici o privati, o da altre figure professionali (p. es. medici di base) oppure ancora da altri soggetti privati (p. es. parenti), sarà necessario, per procedere all'inserimento in regime convenzionale, il "nulla osta" del servizio psichiatrico di riferimento rispetto alla residenza del soggetto.
- Accedono alla struttura residenziale i soggetti che abbiano raggiunto la maggiore età e che siano affetti da un disturbo mentale psicotico, da altri disturbi mentali che compromettano in misura rilevante la vita di relazione del soggetto o da disturbi della personalità che comportino diffusione dell'identità e debolezza dell'io, al punto da risultare gravemente disadattivi rispetto alle risorse contestuali del soggetto. La presenza di comorbidità per un disturbo da uso di sostanze non rappresenta un criterio di esclusione, neppure nel caso in cui il disturbo mentale sia secondario rispetto alla condizione di abuso/dipendenza da sostanze, che risulta essere in questo caso il fattore eziologico diretto della sintomatologia psichiatrica.
- Prima dell'ingresso uno o più membri dello staff clinico dell'A.I.S.E.L. si incontreranno con gli operatori del servizio psichiatrico di provenienza dell'utente per ottenere una

descrizione delle caratteristiche psicopatologiche del soggetto, della sua storia personale e familiare, delle sue risorse contestuali e dei trattamenti precedenti. Verranno quindi individuate le motivazioni e gli obiettivi degli interventi, in modo da formulare un progetto di intervento condiviso.

- A questo punto l'utente potrà effettuare un primo colloquio in una delle sedi dell'A.I.S.E.L. (eventualmente nella stessa CP) con un membro dello staff clinico. Il colloquio verrà esteso anche ai componenti della famiglia di origine, al partner o ad altre figure significative dell'entourage del soggetto, in tutti i casi in cui questi siano presenti e disponibili.
- Il colloquio verrà fissato tramite appuntamento, che potrà essere concordato telefonando alla sede dell'A.I.S.E.L. di Milano, oppure direttamente in Comunità, dal lunedì al venerdì, dalle 10.00 alle 16.00.
- In seguito al colloquio con l'utente verranno indicati i tempi di attesa per l'inserimento. Qualora la comunità non avesse posti disponibili al momento della richiesta, l'utente verrà iscritto in una lista d'attesa.
- Lo staff clinico dell'A.I.S.E.L. si riserva la facoltà di rinviare o declinare la richiesta di inserimento residenziale in tutti quei casi in cui emergano nel corso del primo contatto con l'utente delle evidenti incongruenze motivazionali o qualora quest'ultimo riveli un atteggiamento di rifiuto esplicito, precedentemente celato.
- Sarà possibile, previa decisione dello staff clinico dell'A.I.S.E.L., premettere alla decisione di accoglienza una giornata di visita della struttura residenziale da parte del futuro utente e dei suoi familiari.

#### ➤ **Attività riabilitative e terapeutiche della Comunità psichiatrica**

Nella Comunità sono assistiti pazienti con severe diagnosi di psicosi o di disturbi della personalità; le loro capacità relazionali e cognitive risultano compromesse e deficitarie sia per l'andamento della patologia e la cronicizzazione dei sintomi che per gli scarsi stimoli ricevuti nell'ambiente familiare e sociale da cui provengono.

Nella maggior parte dei casi si è reso necessario l'allontanamento dal contesto di origine, perché in esso si acutizzavano i sintomi e non si dava la possibilità di un recupero riabilitativo.

La multifattorialità nell'eziopatogenesi delle psicosi impone interventi integrati e una stretta collaborazione fra figure professionali diverse per poter ottenere dei risultati significativi nella cura.

Se i progressi nel campo della farmacologia hanno permesso di ottenere buoni risultati terapeutici nel contenimento delle manifestazioni più acute della psicosi, non hanno ancora ottenuto una remissione completa dei sintomi specie nelle schizofrenie e nei disturbi severi di personalità che spesso si accompagnano a forme di dipendenza dall'alcool o dalle droghe.

Il recupero di questi soggetti a una vita di relazione soddisfacente, che li porti a correggere o eliminare quegli aspetti e comportamenti asociali e aggressivi, richiede un lungo e paziente lavoro di riabilitazione.

La gran parte dei casi di psicosi non presenta forme preoccupanti di aggressività che possano sfociare in azioni tese a danneggiare persone o cose, anche se vi è la necessità di controllare e contenere queste persone tramite i farmaci e l'azione riabilitativa, perché altrimenti in alcuni contesti sociali potrebbero costituire un pericolo. Inoltre è necessario valorizzare le capacità residue per avviarli a forme d'inserimento tramite lavori protetti o ripresa di corsi di studio, pur se in forme parziali.

La vita comunitaria, pur offrendo un ambiente protetto dove è possibile seguire delle cure e migliorare il proprio stato organico e psichico, non è di per sé sufficiente a risolvere i problemi che il soggetto malato incontrerà nel momento della sua dimissione.

È necessario approntare programmi individuali e collettivi per valutare quali sono i problemi di socializzazione e gli strumenti da utilizzare per risolverli.

L'équipe formata da medici, psicologi, infermieri e educatori/animatori deve predisporre e programmare gli interventi riabilitativi sia individuali che collettivi.

Gli operatori prima menzionati nell'ambito delle proprie competenze avranno compiti di:

- Ascolto
- Accompagnamento
- Socializzazione
- Informazione/orientamento

- Sostegno

Lavoreranno in collegamento con la rete dei servizi sociali territoriali e stabiliranno rapporti di collaborazione con tutte quelle realtà sociali disponibili al dialogo.

Segnaliamo quattro fasi:

- 1. Inserimento nella struttura e prime forme di socializzazione, apprendimento delle regole di vita comune, individuazione dei propri bisogni, cura della persona e dello spazio di uso privato e comune.*
- 2. Partecipazione attiva e collaborativa alle attività sociali, ludiche, culturali e formative.*
- 3. Costruzione e definizione di un progetto di reinserimento sociale con l'aiuto degli operatori.*
- 4. Acquisizione di strumenti culturali/lavorativi e valorizzazione delle proprie capacità residue per la realizzazione del progetto.*

Queste fasi non devono essere intese come rigidamente strutturate, ma servono per orientarsi nella formulazione dei percorsi individuali, che dovranno essere calibrati in base alla patologia specifica e alle risorse personali del soggetto.

Le attività riabilitative si svolgeranno sia all'interno della comunità che all'esterno. Momenti importanti per la riabilitazione devono essere considerati anche quelli legati all'espletamento delle funzioni più semplici:

*consumazione dei pasti, pulizia personale, abbigliamento, cura della persona, rispetto degli spazi comuni, personalizzazione degli spazi privati e pulizia, riduzione limitazione del tabagismo predisponendo appositi luoghi per il consumo, induzione a crearsi una propria economia per la spese personali.*

Il lavoro terapeutico sarà improntato sull'ascolto del paziente che avverrà durante colloqui personali e di gruppo. Settimanalmente si effettueranno incontri con il gruppo degli utenti o per piccoli gruppi, con la presenza di operatori e psicoterapeuti per sviluppare le forme di dialogo e affrontare in comune i problemi della vita comunitaria.

Ai pazienti verrà offerta la possibilità di intrattenere colloqui terapeutici individuali con gli psicoterapeuti, qualora vi sia una loro richiesta in tal senso. Esiste anche un programma di

intervento sulla famiglia che viene effettuato da psicoterapeuti specializzati in terapia familiare.

Saranno utilizzate metodologie applicative animative ed educative, strutturate su lunghi periodi e già sperimentate in altri contesti clinici.

Le aree d'intervento sono:

- **Area culturale**
- **Area laboratori e corsi professionali**
- **Area di educazione al territorio**
- **Area ludica**

La strutturazione in aree servirà a fornire un orientamento preciso e indurrà i pazienti a scegliere come impostare il proprio quotidiano in base a bisogni di socializzazione culturale, ludica e di apprendimento di tecniche lavorative.

Alcuni punti specifici del programma riabilitativo, che dovranno essere calibrati e proposti in modo articolato dagli operatori agli utenti sono:

- *Inserimento in corsi professionali*
- *Utilizzo di strumenti informatici e apprendimento dei rudimenti*
- *Visite guidate in località d'interesse paesaggistico e culturale*
- *Utilizzo di strumenti video e fonici*
- *Giardinaggio e bricolage*
- *Educazione all'immagine, apprendimento di tecniche espressive*
- *Promozione di attività culturali e ludiche in Comunità*
- *Sviluppo delle capacità di dialogo e di partecipazione sociale: frequentazione di centri sociali, parrocchie, feste e altre attività territoriali*
- *Inserimento in attività strutturate sul territorio della Provincia di Varese*
- *Apertura di contatti con la famiglia e il contesto sociale di provenienza dei singoli utenti.*

Questi percorsi dovranno favorire lo sviluppo dell'autonomia personale in collegamento con la crescita delle abilità verbali e non verbali di comunicazione, e il recupero e il miglioramento del bagaglio conoscitivo individuale.

La maturazione di capacità d'investimento stabile alle proprie necessità, servirà per favorire i processi di reinserimento sociale e familiare.

Per realizzare le attività prima indicate sono forniti agli operatori una serie di strumenti:

- *Pulmino e automobile per il trasporto dei pazienti*
- *Videocamera e materiale fotografico*
- *Apparecchi televisivi e hi-fi*
- *Libri, riviste, giornali etc.*
- *Materiale cartaceo, penne, pennarelli, pennelli, colori etc.*
- *Macchina per fotocopie*
- *Personal computer con stampante*

Per le attività realizzate all'interno della Comunità ci sono due ampie sale a disposizione.

#### ➤ **Dove siamo e come raggiungerci**

La Comunità, pur insediata nel Comune di Marchirolo (Va), dista circa un chilometro dal centro abitato di Marzio. Un servizio di linea ferma di fronte alla struttura (linee Morandi). Gli orari di partenza dalla struttura sono 7.15 e 15.15, mentre gli orari di arrivo dal piazzale tra le stazioni ferroviarie di Varese sono 9.15 e 18.15.

In automobile si può arrivare attraversando Varese e seguendo le indicazioni per i valichi svizzeri, percorrendo la Valganna. Arrivati al paese di Ghirla si seguono le indicazioni per Marzio. Al bivio Marzio/Boarezzo si prosegue a destra per circa 200 metri. All'ingresso del Comune di Ghirla e al bivio successivo è collocata la segnaletica specifica.

Due auto e un pulmino sono a disposizione per collegamenti privati.

Per contattarci:

Tel: 0332-727855/66

Fax: 0332-727783

Mail: [aisel.il.mirtillo@libero.it](mailto:aisel.il.mirtillo@libero.it)

Sito: [www.aisel.it](http://www.aisel.it)

## **L'Unità per la Riabilitazione e la Formazione: "I Larici".**

### ➤ **Premessa**

Nel corso del 2011 viene approvato dalla Fondazione Cariplo il progetto di ristrutturazione di un rudere collocato nello stesso terreno in cui si trovano la CPA "Il Mirtillo" e le Case Alloggio Sanitariamente Protette "La Robinia" e "Le Ginestre" (codice progetto: 2011 – 1627). L'approvazione ha comportato l'erogazione di un finanziamento da parte della Fondazione che, insieme ad una quota di co-finanziamento stanziata dall'A.I.S.E.L. Onlus, ci ha consentito di realizzare una struttura a due piani, che diventa complementare alle altre due menzionate precedentemente, per lo svolgimento delle attività riabilitative dei pazienti di entrambe le comunità.

### ➤ **Caratteristiche del contesto**

Infatti il cospicuo spazio in più di questo edificio consentirà di implementare la già ricca offerta di attività riabilitative per entrambe le strutture comunitarie, in particolar modo per quelle (che sono la maggioranza) da condurre in gruppo.

La disposizione dei locali consente di ricavare anche ulteriori spazi psicoterapeutici, in particolare per le sedute di terapia familiare.

Inoltre il locale al piano terreno, quello più ampio, verrà attrezzato per ospitare eventi formativi e seminari, promossi dalla Provincia di Varese oppure da altri Enti, e per lo svolgimento delle attività formative interne, obbligatorie e non, indirizzate al personale delle strutture o al personale dei servizi gestiti in altri territori.

La ristrutturazione è stata completata alla fine del 2012 e nel corso del 2013 verranno meglio precisate le destinazioni di utilizzo del nuovo edificio.



## **L'Appartamento Protetto (residenzialità leggera) "Il Mirto"**

L'A.I.S.E.L. Onlus il 01.04.2012 ha ottenuto l'accreditamento e stipulato la relativa convenzione con l'ASL di Varese per l'apertura di un Appartamento di residenzialità leggera nel Comune di Varese. La convenzione permette di ospitare quattro pazienti con disturbi psichiatrici, inviati dai rispettivi servizi territoriali, per un progetto a lungo termine, più orientato all'autonomia che alla riabilitazione.

### ➤ **Il contesto**

Si tratta di un appartamento di circa 130 mq, situato nel centro di Varese, in via della Brunella, 8. Si parla di appartamento protetto in quanto agli ospiti sono dedicati interventi socio-sanitari da parte di operatori specializzati, quali Educatori, OSS (operatori socio-sanitari), psicologi e infermieri. L'assistenza è assicurata sette giorni su sette ed è modulata in modo tale da consentire ai pazienti di avere la presenza continua di punti di riferimento, che possono intervenire e supportare, ma che non interferiscono con la loro autonomia.

### ➤ **Caratteristiche del progetto**

Il progetto prevede l'inserimento di pazienti psichiatrici che abbiano raggiunto un buon livello di compenso psichico, un sufficiente grado di autonomia, tale da poter garantire lo svolgimento della attività di vita quotidiana: igiene personale, cura di sé, auto somministrazione della terapia farmacologica, pulizia e riordino degli spazi, preparazione dei pasti, etc.

La residenzialità leggera si può considerare un ritorno nel territorio di appartenenza, che permette all'utente di sperimentarsi in un contesto non istituzionale. Qualora si fossero manifestati in passato problemi di dipendenza da sostanze o da alcol, oltre alla patologia psichiatrica, l'utente, al momento dell'ingresso in appartamento, non dovrà più avere necessità di fare uso di sostanze né avere in corso trattamenti sostitutivi o antagonisti.

L'obiettivo principale è quello di lavorare insieme al paziente per renderlo più autonomo e responsabile, nelle diverse competenze.

Il progetto prevede un intervento assistenziale e socializzante, attraverso gli operatori che si occupano:

- del mantenimento dell'ordine e della pulizia
- del vettovagliamento
- del controllo relativo alla regolarità di autosomministrazione dei farmaci
- dei colloqui psicologici di sostegno
- delle attività di gruppo
- dei progetti individualizzati come inserimenti lavorativi, partecipazione ai corsi di formazione, frequentazione di luoghi di aggregazione sportiva, sociale e culturale.

### ➤ **Aspetti economici**

Le strutture sinora menzionate si sostengono finanziariamente grazie ad un regime convenzionativo con l'Ente pubblico che permette di erogare i servizi accreditati in modo del tutto gratuito per l'utenza. Per quanto riguarda la residenzialità leggera bisogna tenere conto di una differenza: la convenzione con l'ASL di Varese prevede che una quota della retta venga addebitata al Comune di residenza o, qualora l'Ente comunale ritenesse di non potersi attribuire tale voce di spesa, in ragione di proprie valutazioni di bilancio, ovvero nel caso in cui l'utente disponga di un reddito elevato, venga addebitata all'ospite stesso (o alla sua famiglia).

## Servizi per Minori

### ➤ Premessa

Tradizionalmente gli Enti Comunali hanno sempre avuto la responsabilità dell'amministrazione dei servizi che riguardano l'ambito delle politiche sociali, in questo senso distinte, anche come capitolo di spesa, dalle politiche e dai servizi sanitari, di pertinenza dell'Ente Ospedaliero e dell'Azienda Sanitaria Locale. Quest'ultima ha poi governato e organizzato una serie di Servizi di natura socio-sanitaria, intermedi tra le due categorie principali, il Sanitario e il Sociale, come i Servizi per le Dipendenze (Ser.D), per la cura e la prevenzione dei disturbi da uso patologico di sostanze e di alcol (senza dimenticare la nicotino-dipendenza e la dipendenza dal gioco d'azzardo) e i Consultori, un servizio generalista di natura medico-psicologica. Al di là dell'evidente difficoltà di separare nettamente le problematiche sanitarie da quelle sociali, entità di solito strettamente intrecciate, la popolazione che afferisce ai Servizi Sociali dei Comuni si colloca nell'area degli anziani, dell'handicap e dei minori (oltre ad altre categorie più "nuove", come le povertà emergenti e l'immigrazione). In ogni settore di intervento le risorse comunali sono sempre coadiuvate dalla compartecipazione di spesa o di servizi erogati dall'ASL.

Per quanto riguarda i problemi della fascia di età minorile, da 0 a 18 anni, si può tentare di dividere la somma delle iniziative e dei Servizi comunali e di pertinenza del Servizio Sanitario in due grossolane compartimentazioni: gli interventi a maggiore valenza *riparativa* e gli interventi a maggiore valenza *preventiva*. I primi comprendono tutte le situazioni che vengono inviate al Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI), oggi parte dell'Azienda Ospedaliera. I secondi sono appannaggio dei Servizi Sociali comunali e comprendono un'ampia gamma di iniziative (tipica è quella dell'ADM o Assistenza Domiciliare per Minori). Esiste poi un Servizio che sta assumendo sempre di più la connotazione dei Servizi che erogano interventi specialistici complessi, che riguarda i *minori con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria*, a cui afferiscono casi che possono avere collegamenti con la NPI o casi che vengono segnalati ex-novo o che, ancora, rappresentano l'evoluzione sfavorevole di situazioni che hanno goduto di interventi preventivi. Si tratta del Servizio tutela Minori. Fino a qualche anno fa, in Lombardia, questo Servizio era *delegato* dai Comuni all'ASL. La politica regionale attuale ha di fatto dimesso

la maggior parte dei Servizi gestiti dall'ASL e così tutto quanto riguarda l'area dei minori è ora amministrata e organizzata dai Comuni e dalla NPI. La Legge 328, dell'8 novembre 2000, ha stabilito che i singoli Comuni coordinassero i loro Servizi principali a livello di ambito distrettuale (Piani di Zona); questo significa che diventa necessario organizzare e amministrare un bacino di utenza ampio, sovracomunale, restando tuttavia operanti le abituali strutture di Servizio di ogni singolo territorio comunale. La soluzione più comunemente utilizzata è di affidare al vincitore di una gara di appalto rivolta a cooperative o associazioni a statuto privato la gestione operativa (clinica) e amministrativa del Servizio, del cui finanziamento si fanno garanti i Comuni.

In questi frangenti legislativi l'A.I.S.E.L. ha avuto la titolarità del Servizio Tutela Minori dell'Ambito Sociale della Valle Olona, che comprende sette territori comunali in provincia di Varese, riuniti in una istituzione aziendale, l'Azienda Consortile Medio Olona. Oltre a ciò, sempre nello stesso Distretto, all'Associazione sono affidati:

- La conduzione del Servizio ADM (Assistenza Domiciliare Minori), in co-appalto con la Cooperativa La Banda.
- Il Servizio Affidi.
- Il Servizio di Mediazione Familiare
- L'intervento psicologico nelle scuole
- Il Progetto Impronte, di natura consultoriale.
- Lo "Sportello" psicosociale che affianca le assistenti sociali comunali in alcune fase problematiche delle situazioni di minori a rischio a loro in carico, non segnalate all'Autorità Giudiziaria.

### – Generalità

il Servizio Tutela Minori si propone l'obiettivo della realizzazione di un sistema integrato di interventi a tutela dei minori in difficoltà ponendosi come finalità la prevenzione, il sostegno, la riparazione volte a garantire il benessere dei minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, affiancando anche la famiglia, naturale contesto di crescita di ogni minore.

Ciò avviene attraverso progetti individuali in grado di restituire, laddove possibile, le competenze genitoriali, promuovendo risorse intra ed extra familiari, usufruendo anche di altri servizi realizzati sul territorio (ad es: ADM, Appartamenti, Servizio Affidi) che inevitabilmente entrano a far parte della presa in carico attuata dal Servizio Tutela.

Ne deriva che il Servizio Tutela Minori, per raggiungere la sua finalità, non può prescindere:

- dalla stretta collaborazione operativa con i Servizi Sociali comunali, che mettono a disposizione la loro conoscenza dei servizi e delle risorse di ogni singolo Comune, che ne permettono la fruizione da parte dei minori e delle loro famiglie, che integrano i bisogni familiari con altri interventi di natura socio-assistenziale,
- dalla possibilità di integrarsi nella presa in carico, come già sopra evidenziato, con altri Progetti, che l'Assemblea dei Comuni ha voluto realizzare nell'ambito distrettuale della Valle Olona e/o con le risorse del privato sociale e, infine, con la Neuropsichiatria infantile del territorio.

## Metodologia

In base a quanto detto, il modello di intervento (da ritenersi flessibile e adattabile rispetto alla specificità di ogni caso) si può così sintetizzare:

FASI	OBIETTIVO
<b>Accoglienza:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– segnalazione</li><li>– équipe volta a valutare la segnalazione ricevuta e le modalità e i tempi di intervento</li></ul>	Chiarificazione della richiesta rivolta all'équipe e valutazione della presenza di pregiudizio per il minore
<b>Indagine psico-sociale:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– colloqui di approfondimento</li><li>– indagine psicologica e sociale</li><li>– colloqui diagnostici col minore</li><li>– colloqui diagnostici con la famiglia</li></ul>	Raccolta degli elementi che consentano di valutare: <ul style="list-style-type: none"><li>– l'eventuale rischio per lo sviluppo psicofisico e affettivo del minore;</li><li>– le risorse della famiglia in funzione di un recupero delle sue naturali competenze.</li></ul>
<b>Strategia di presa in carico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– équipe volta a definire un progetto individualizzato;</li><li>– condivisione e integrazione con i diversi operatori coinvolti sul territorio, al fine di definire un piano di intervento, a partire dalle risorse disponibili;</li><li>– attuazione della strategia di lavoro; monitoraggio e valutazione.</li></ul>	La tutela del minore e il recupero delle competenze genitoriali.

Per la realizzazione del progetto, sono state individuate tre tipologie di intervento, più una quarta opzionale e con costi a parte (come specificato più avanti, nella sezione relativa ai costi) ed una quinta attività, relativa ai compiti amministrativi e di segretariato.

### **INTERVENTO A) - COORDINAMENTO**

L'intervento A) è condotto da un'équipe pluridisciplinare di lavoro costituita dal supervisore del progetto, uno psicoterapeuta, uno psicologo, un'assistente sociale, un educatore, la referente dell'area Minori del Distretto, e rappresenta il contenitore in grado di supportare il

lavoro secondo differenti linee operative. Ciò significa la costituzione di una sorta di tavolo permanente con l'obiettivo di permettere l'integrazione delle diverse azioni del progetto e lo scambio costante delle esperienze di lavoro, sia sul piano della verifica e del coordinamento, che su quello della supervisione.

Secondo le linee guida della Legge 328/2000, diviene indispensabile creare dei Servizi che nell'interesse del Territorio sviluppino delle strategie comuni, sia da un punto di vista tecnico che politico, in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza degli attuali interventi.

La necessità di mettere in campo ulteriori risorse nell'azione di coordinamento nasce non solo da un contesto di rinnovamento legislativo, ma anche dall'esigenza sempre più evidente degli operatori di avere maggiore scambio e un supporto professionale più mirato.

Nel corso del 2003 il proposto Coordinamento è integrato dall'attività dell'azione A del progetto in corso finanziato con la L.285/97

L'équipe avrà incontri mensili e l'assistente sociale garantirà inoltre un raccordo e un lavoro di rete sui casi seguiti nel Distretto. Quest'ultima attività, che potremmo definire di "coordinamento sociale" ha la funzione di portare all'interno dell'équipe di Coordinamento il monitoraggio e le problematiche della presa in carico sociale del territorio della Valle Olona e di restituire ai servizi committenti le valutazioni e gli interventi elaborati dall'équipe di Coordinamento. Si costituisce inoltre come riferimento articolato per i Servizi Sociali dell'area distrettuale per gli aspetti generali ed organizzativi connessi alle segnalazioni e gestione della casistica; ciò anche al fine di favorire e rendere efficace la costituzione di una rete di interventi soprattutto nei casi complessi che richiedono una presa in carico da parte di più enti e servizi.

### **INTERVENTO B) - ASSISTENZA AI MINORI NEI RAPPORTI CON L'AUTORITA' GIUDIZIARIA ARTT. 80, 81 ,82 L.1/86 E DPR 448/88**

L'intervento B) è condotto da tre mini-équipe costituite da psicologo, assistente sociale, supervisore terapeuta familiare e consulente legale. Gli obiettivi sono quelli del sostegno ai minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria, del sostegno ai minori con situazioni di disagio individuale e familiare, della prevenzione del disagio minorile e della valutazione/recupero

delle funzioni genitoriali. I compiti dell'équipe riguardano quindi la diagnosi e anamnesi familiare e sociale, la psicodiagnosi individuale e familiare, l'elaborazione delle strategie di recupero, i contatti e l'eventuale relazione con l'Autorità Giudiziaria. Gli operatori si avvarranno quindi di strumenti quali:

- I colloqui psicosociale e psicodiagnostici (individuali, di coppia e familiari).
- I colloqui di rete e collaborazione con altri operatori e Servizi (NPI, CPS, altri Servizi Tutela, Avvocati, Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni).
- Le visite domiciliari.
- Gli incontri protetti.
- Le riunioni di équipe, interne ed esterne.
- La supervisione.
- La documentazione.

In dettaglio questo intervento si scompone nelle fasi illustrate dallo schema seguente.



## **Protocollo definito per il sostegno al minore e alla famiglia**

<b>Fase</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strumenti e Atti professionali</b>
1. <u>ACCOGLIENZA</u>	Ascolto del minore e della famiglia e chiarificazione della richiesta rivolta al servizio.	Colloquio di rete (familiare, conoscente, insegnante, pediatra, altro servizio); discussione del caso in équipe e prima ipotesi relativa alla valutazione; convocazione dei genitori
2. <u>VALUTAZIONE</u>	Approfondimento del contesto sociale e familiare.	Colloqui di approfondimento; indagine psicosociale (colloqui psicodiagnostici con la famiglia e con il minore, visita domiciliare, ecc.); restituzione all'Ente; restituzione alla famiglia per una consapevolezza relativa a: bisogni, difficoltà e risorse); eventuale segnalazione all'A.G. in accordo con i Servizi Sociali del Comune
3. <u>PRESA IN CARICO (diretta o indiretta); INSERIMENTO IN COMUNITA' ATTUAZIONE AFFIDO FAMILIARE ATTIVAZIONE DI ALTRE RISORSE DI SOSTEGNO (ADM, SPAZIO NEUTRO, ETC.)</u>	Tutela del minore e recupero delle competenze genitoriali.	Applicazione dell'eventuale decreto; interventi psicologici e sociali a sostegno del minore e/o famiglia; inserimento in centro diurno; assistenza domiciliare; servizi parascolastici; invio a Servizi specialistici volti al recupero delle aree compromesse; monitoraggio e valutazione/ridefinizione dell'intervento in relazione al progetto in accordo con i Servizi Sociali; relazioni ai Serv. Soc. e/o all'A.G.; interventi di presa in carico sociale e/o psicoterapeutica del minore e della famiglia.

## **INTERVENTO C) - SPORTELLLO**

L'intervento C) è condotto dai due psicologi dell'équipe relativa all'intervento B), uno operante nel sud-valle e uno nel nord-valle).

L'obiettivo prevalente è quello di fornire una prima risposta tempestiva a problematiche che esulano dai protocolli definiti per il sostegno al minore e alla famiglia attraverso incontri, finalizzati all'orientamento degli operatori, attraverso una raccolta dati, una prima valutazione ed eventuali contatti con altri Servizi (CPS, NPI, SerD, ecc.).

## **INTERVENTO D) - MEDIAZIONE FAMILIARE**

Per questo intervento è previsto l'utilizzo di un Mediatore familiare, in conformità a quanto previsto dalla "Charte Européenne de la formation des médiateurs familiaux exerçant dans les situations de divorce et de separation " e dal " Documento di fondazione della S.I.Me.F. (Società Italiana di mediazione familiare), formato dall' Associazione Gea - Genitori Ancora. L'obiettivo è quello di:

- Aiutare la coppia a essere protagonista della separazione e a raggiungere un accordo soddisfacente per i genitori e figli.
- Prevenire il danno provocato nei figli dalla cessazione del dialogo tra gli adulti e dalla rinuncia al ruolo di genitori.
- Tutelare il figlio attraverso un accordo di separazione che tenga conto dei suoi bisogni fondamentali.

Strumenti e atti professionali sono rappresentati, di conseguenza, da: elaborazione del progetto di lavoro, colloqui individuali e di coppia, eventuali contatti e colloqui con gli avvocati e/o con l'A.G., e coordinamento con altri operatori/mediatori familiari attivi nell'area provinciale.

➤ ***Progetto complessivo per la realizzazione delle azioni preventive in favore dei minori nell'Ambito Sociale Valle Olona.***

L'esperienza dell'A.I.S.E.L. nella realizzazione di progetti preventivi per minori nel territorio della Valle Olona risale al 1999. Sin da allora sono state realizzati progetti multicontestuali strettamente integrati tra loro e sottoposti a regole interne che prevedono la presenza di metodologie specifiche. Riteniamo che l'attivazione sul territorio delle azioni Assistenza Domiciliare Minori e Servizio Affidi permetta di offrire una copertura preventiva completa per una serie diversificata di indicazioni.

*Servizio ADM:* rappresenta l'indicazione prioritaria per le necessità di supporto scolastico in una notevole varietà di casi, come rischio di fallimento scolastico connesso a difficoltà familiari e relazionali oppure supporto ai familiari e agli insegnanti di sostegno nei casi di handicap. Risulta un intervento importante in un'ampia area d'intervento che va dall'inadeguatezza genitoriale lieve di natura psicosociale ai casi di pregiudizio per la tutela del minore. In ogni caso il focus dell'intervento è rappresentato dal contesto, dalle relazioni familiari e dall'amplificazione delle loro risorse.

*Servizio Affidi:* l'inserimento di un minore in una famiglia affidataria è una modalità privilegiata per consentire ad un minore, la cui famiglia è temporaneamente in crisi, di essere tutelato e sostenuto nei suoi percorsi evolutivi, senza perdere i contatti con il suo contesto di appartenenza.

Tutte le azioni citate possono essere impiegate anche nei casi in cui esista un provvedimento giudiziario del Tribunale per i Minorenni.

I tre contesti di intervento preventivo si integrano tra loro e con gli altri servizi di carattere preventivo o con i servizi specialistici del territorio.

– ADM – intervento educativo e sostegno psicologico al minore in difficoltà e alla famiglia: metodologia di intervento

▪ *Riferimenti teorici*

I fondamenti teorici di questa forma di intervento sul minore hanno radici epistemologiche plurime, ma si potrebbe proporre una sintesi facendo riferimento alle teorie della costruzione della coscienza individuale, del *senso di Sé*, che hanno fornito prove sperimentali di come la nascita e lo sviluppo della soggettività cosciente siano possibili *solo* come evento *relazionale*. In altri termini ogni individuo ha bisogno *dell'altro* per avere consapevolezza di sé e strutturare la personalità. Ogni relazione può avere un effetto di cambiamento, in base all'intensità e alla densità degli scambi comunicativi di natura cognitiva ed affettiva. L'intervento di una figura professionale adulta nel processo di crescita di un bambino o di un adolescente può incidere sulla costruzione di rappresentazioni mentali di sé e della realtà.

*ADM e prevenzione*

Questo tipo di intervento professionale sui minorenni si colloca nell'ambito delle azioni a valenza preventiva, che si realizzano quando il bambino (o l'adolescente) manifesta un disagio che cerca di segnalare attraverso un discostamento del suo comportamento rispetto alle aspettative dei suoi contesti di appartenenza o di riferimento (famiglia e scuola, per lo più), senza che si possa riconoscere una vera e propria forma già definita di disturbo psichico. Gli studi epidemiologici degli ultimi vent'anni, ci informano del continuo aumento di disturbi psicopatologici nella popolazione post-adolescente e adulta che nascono su base familiare e sociale. Questi disturbi, sono rappresentati soprattutto da comportamenti caratterizzati da disregolazione affettiva ed emozionale e provocano una evidente compromissione del funzionamento negli ambiti relazionale, scolastico, lavorativo e affettivo. Quando i soggetti raggiungono tali livelli di malfunzionamento personale e sociale abbiamo a che fare con *pazienti* affetti da un Disturbo della Personalità. Gli autori americani hanno parlato di una vera e propria "epidemia sociale", stimando che questi disturbi siano presenti nel 10 – 13% della popolazione generale. È verosimile che i dati europei e italiani non si discostino da questa stima. È quindi della massima importanza intervenire precocemente attraverso le competenze educative e psicoeducative rivolte al minore e al suo ambiente familiare, per inserire elementi di regolazione dell'affettività e

delle emozioni, in nuclei familiari in cui siano carenti le competenze genitoriali rivolte alla valorizzazione e validazione delle emozioni.

- *Metodo e obiettivi dell'intervento di ADM*

La figura professionale principalmente implicata è quella dell'educatore, che si affianca al bambino o al ragazzo nel suo contesto territoriale, in casa, a scuola, oppure utilizzando i luoghi offerti dal Comune (la Biblioteca, il CAG o altro ancora) o, con modalità organizzate ad hoc, gli ambiti dello spazio urbano (parchi, cinema, mostre). L'obiettivo è quello di costruire una relazione e quindi, nella maggior parte dei casi, il progetto ha una durata medio-lunga, non inferiore ad un anno scolastico. L'educatore si trova a condividere l'ambito domestico e territoriale del minore e il suo lavoro si focalizza su quanto informa dei bisogni e delle segnalazioni del bambino e dell'adolescente, senza trascurare la relazione con i genitori e la parentela, la relazione con la scuola e gli altri servizi coinvolti (neuropsichiatria, servizio sociale comunale o altro). Le caratteristiche di "intelligenza" dell'intervento educativo domiciliare, risiedono nella creazione di vasti campi di intersoggettività con effetti modificativi, sia nell'ambito delle relazioni familiari che di quelle sociali. In questa organizzazione l'educatore porterà la sua narrazione della relazione con il minore, dando un importante contributo alla trasformazione delle rappresentazioni dei genitori e degli altri operatori relative al minore, a volte bloccate su concezioni pregiudiziali. In definitiva l'ADM esercita una diffusa stimolazione delle risorse familiari e sociali, potenziandone le competenze esistenti.

- *L'équipe multidisciplinare e la supervisione*

Un lavoro di questa portata non può essere portato avanti da singoli professionisti, slegati tra loro. Per operare in modo consapevole, l'educatore necessita di una struttura organizzata in équipe. L'équipe è costituita da un medico psicoterapeuta, specializzato in terapia familiare, due assistenti sociali e lo staff degli educatori (educatore coordinatore e educatori per l'intervento domiciliare in senso stretto). Si tratta quindi di un'équipe *multidisciplinare*, dove possano integrarsi le competenze di tipo educativo con quelle di tipo assistenziale, medico e psicologico. L'educatore può fruire di momenti di supervisione a cadenza mensile e delle riunioni in microequipe per la discussione, verifica, monitoraggio dell'intervento e prevenzione dello stress degli operatori. Partecipano attivamente al gruppo di lavoro le assistenti sociali dei comuni dell'ambito territoriale. Risulta particolarmente importante la presenza del medico terapeuta familiare per la

definizione degli inquadramenti diagnostici individuali e delle relative dinamiche familiari che costituiscono e delimitano il campo di operatività dell'educatore.

▪ *Contesto di intervento*

Il contesto di intervento è quello dell'Ambito Sociale della Valle Olona. Il servizio ADM prevede di integrarsi con le competenze dei servizi sociali comunali, la neuropsichiatria infantile, la scuola ed eventuali altri servizi dell'ambito territoriale. Spesso la preparazione del progetto ADM richiede una serie di contatti, incontri, spiegazioni preliminari, che permettano di ottenere l'integrazione degli apporti di ciascun componente del sistema senza che nessuno si senta minacciato nella propria identità istituzionale. Tutto ciò non è ridondante, ma consente di ottimizzare le risorse che permettono all'educatore di muoversi liberamente nella relazione con il minore e la sua famiglia. Riteniamo che la presenza nell'équipe di un medico psicoterapeuta e delle assistenti sociali garantisca la massima possibilità di dialogo e collaborazione interistituzionale.

▪ *Modalità operative*

Le segnalazioni dei minori per i quali si ipotizza l'avvio di un intervento educativo pervengono direttamente dalle assistenti sociali dei comuni del territorio, oppure queste trasmettono le segnalazioni della scuola o della neuropsichiatria infantile per un'integrazione del proprio intervento attraverso competenze educative. La sequenza ottimale degli eventi che confezionano il progetto individuale è illustrata sinteticamente di seguito.

- \* Incontro dell'assistente sociale del comune con l'équipe di coordinamento per la segnalazione del caso e la valutazione della congruità di un intervento ADM.
- \* L'équipe di coordinamento individua l'educatore e gli presenta il caso.
- \* L'assistente sociale del comune convoca i genitori, gli spiega le ragioni della proposta di intervento e, in caso di loro adesione, si organizza un incontro presso la sede del servizio ADM, alla presenza dell'équipe di presa in carico e dell'educatore individuato per definire gli obiettivi, le modalità organizzative e il metodo di lavoro.
- \* Si attuano mediamente due incontri settimanali di due ore ciascuno, in casa oppure in altra sede individuata tra le risorse del territorio del comune di residenza, ma possono essere meno o anche molti di più, in relazione alle necessità e agli obiettivi previsti.
- \* Sono inoltre previsti incontri ogni due mesi circa tra lo psicoterapeuta familiare, l'assistente sociale e i genitori, per monitorare l'andamento della relazione tra l'educatore e il minore dal loro punto di osservazione e proporre una riflessione sulle tematiche delle

difficoltà che incontrano nello svolgimento del ruolo genitoriale o nel rapporto con la scuola o gli altri servizi.

- \* Circa ogni mese si riunisce una microequipe composta dall'équipe di coordinamento, l'assistente sociale di un comune e gli educatori che conducono i casi di quello stesso comune, al fine di integrare gli interventi e ridefinire gli obiettivi.
- \* Ogni mese l'intero staff degli educatori si riunisce con l'équipe di coordinamento per effettuare una supervisione sui casi e su tematiche generali di interesse comune, a partire dalle esperienze con i singoli casi.

## – Servizio affidi – valutazione delle coppie affidatarie abbinamento e monitoraggio dell'affido familiare

### ▪ *Premessa*

Premettiamo che l'istituto dell'affido familiare trova le sue fondamenta nelle leggi 184 del 4 maggio 1983. Le caratteristiche dell'istituto dell'affido sono: la temporaneità, la superabile inadeguatezza della sua famiglia, la possibilità del rientro. L'altro attore cui fa riferimento la legislazione è la famiglia affidataria cui vengono attribuiti diritti, doveri e competenze. Dal luglio '04 sul territorio dell'Ambito Sociale Valle Olona, i Comuni tramite i Servizi Sociali, hanno attivato un progetto per l'affido che prevedeva azioni di sensibilizzazione, informazione, formazione e di costituzione del Servizio Affidi. Successivamente sono state attribuite alle équipe professionali già costituite all'interno del Servizio Tutela Minori, le competenze relative del Servizio Affidi, quali:

- La sensibilizzazione delle famiglie disponibili all'affido.
- La conoscenza e la valutazione di ogni singola famiglia interessata e formata, anche in funzione dei bisogni dei minori da affidare.
- L'abbinamento e il sostegno alla famiglia affidataria anche attraverso la costituzione di un gruppo di auto-aiuto per il monitoraggio dell'andamento dell'affido.
- Il supporto alle famiglie naturali affinché riattivino le competenze genitoriali necessarie a riaccogliere il minore.

- *Metodologia di intervento*

### Progetto per la gestione del servizio

Alla luce dell'esperienza maturata, finalità ed azioni del Servizio possono essere riconfermati così come la metodologia di intervento. In particolare:

#### *A. Valutazione delle coppie disponibili all'affido*

È finalizzata ad individuare le caratteristiche proprie di ciascun nucleo e delle relazioni e degli stili affettivo educativi dei suoi membri, così da consentire un abbinamento famiglia-bambino il più possibile idoneo e rispondente alle esigenze di ogni specifica situazione. Tale percorso valutativo prevede interventi quali: primo colloquio di analisi della domanda, della storia del desiderio e della motivazione dell'affido; colloqui di coppia per la raccolta delle storie individuali e familiari con particolare riferimento agli stili di attaccamento; visita domiciliare; protocolli strutturati sull'auto ed etero percezione e sul funzionamento relazionale; colloquio di restituzione.

#### *B. Abbinamento e monitoraggio degli affidi familiari*

Nella prima fase di abbinamento si svolgono:

- Colloqui con la famiglia individuata per presentare la storia del minore e il progetto di affido.
- Equipe con assistente sociale comunale (di riferimento per il minore).
- Incontro di presentazione della famiglia affidataria sia all'assistente sociale che ai genitori.

Dopo l'inserimento del minore è previsto un costante monitoraggio della situazione, attuando tutti gli interventi indispensabili al suo buon esito: sostegno al minore; consulenza e sostegno alla famiglia affidataria; aggiornamento e verifica con eventuali educatori del progetto ADM impegnati nella gestione delle situazioni (accompagnamenti, visite protette, osservazioni mirate...); coordinamento con altri servizi e/o agenzie educative coinvolte (ad esempio: la scuola, il Servizio di N.P.I).



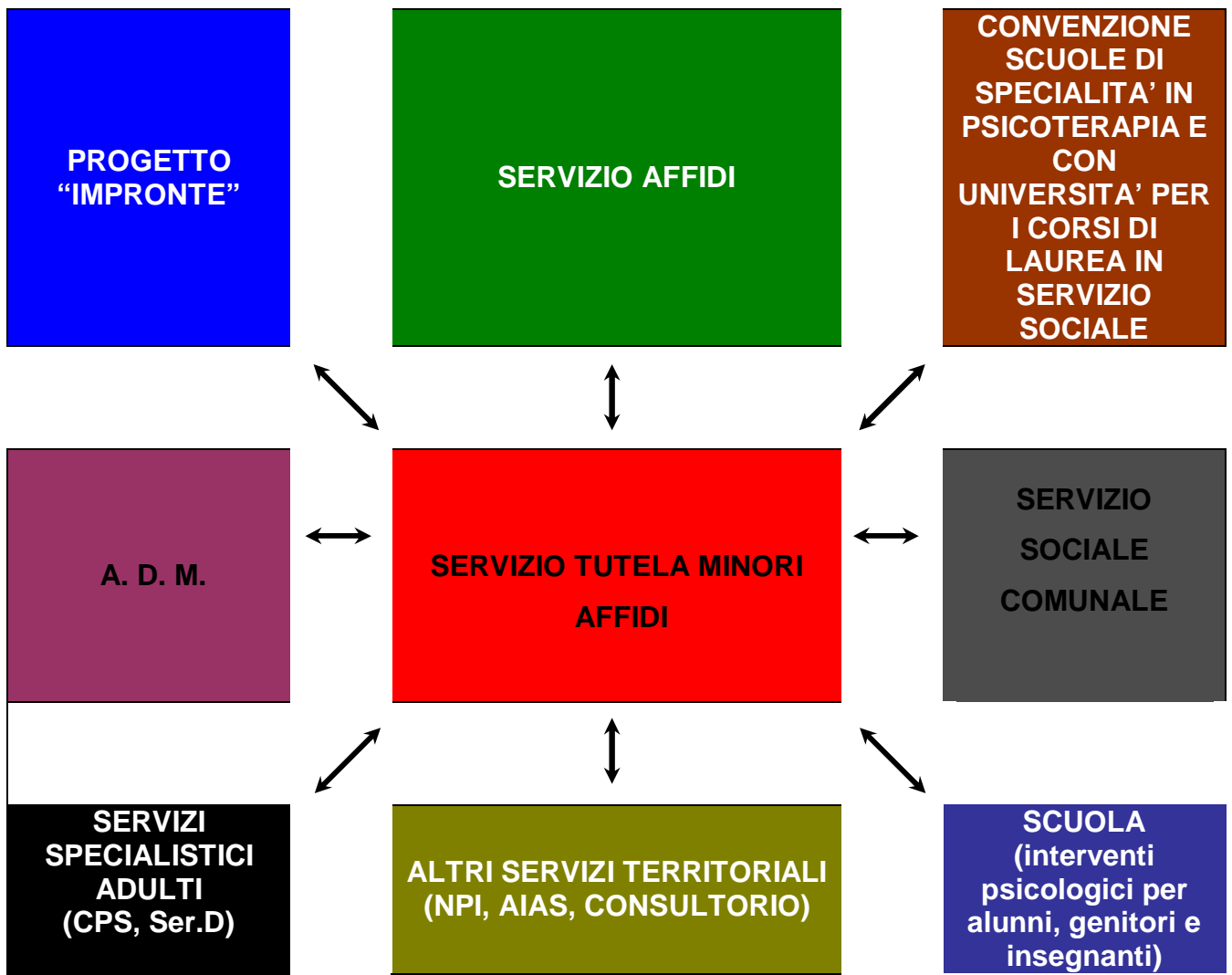
### *C. Accompagnamento, sostegno alla famiglia di origine e monitoraggio*

Tali interventi rimangono di competenza del Servizio Sociale Comunale e del Servizio Tutela Minori se ha in carico la situazione, viceversa del Servizio Sociale Comunale e del Servizio Affidi. L'équipe di lavoro e l'attività svolta sarà supervisionata con periodicità settimanale affinché le problematiche e le decisioni più complesse siano condivise dal gruppo di lavoro con il Supervisore-Coordiatore del Servizio Affidi. La supervisione offrirà inoltre un supporto clinico per tutti gli operatori coinvolti nel progetto, verificherà l'efficacia degli interventi, ed elaborerà protocolli di valutazione.

Il Servizio prevedrà le seguenti figure: il coordinatore/ supervisore (psicoterapeuta), lo psicologo, l'assistente sociale. Nell'attuale realtà operativa le 4 équipe della Tutela e degli Affidi coincidono, cosicché sono gli stessi operatori che affiancano i soggetti (minori, famiglie di origine ed affidatarie) lungo il percorso che prende avvio dalla segnalazione del minore, si snoda attraverso una serie di interventi, tra cui l'affido familiare, per concludersi possibilmente con il rientro del minore nella sua famiglia più attrezzata e competente.

L'aver in carico entrambi i nuclei (come operatori del Servizio Tutela Minori e del Servizio Affidi) consente di non identificarsi con l'uno a scapito dell'altro, ma aiuta a mantenere "la rotta", garantendo al minore stesso una continuità di riferimenti.

Nella tabella seguente si ricava un'idea della connessione multipla dei Servizi che fanno capo all'A.I.S.E.L. con altri Servizi del territorio. I progetti che sono indicati possono variare nel tempo.



➤ **Convegni e Corsi di Formazione organizzati nell'ambito dei Servizi per i minori**

- Convegno del 15.04.2005: "Il Bambino, l'Adolescente, la Legge: rapporto tra servizi socio-sanitari, giustizia minorile e penale", con il patrocinio dei Comuni dell'Ambito Sociale Valle Olona, presso il CESIL, Castellanza (Va).
- Convegno del 15.12.2007: "Territorio, disagio giovanile, prevenzione: riflessioni sul distretto di Castellanza nel periodo 2000 – 2006, presso Aula Magna, Università LIUC, Castellanza (Va).
- Corso di formazione: "L'Affidamento Familiare" - 6 serate formative da Gennaio ad Aprile 2008 organizzato dal Servizio Affidi presso la Sala Colonne del Comune di Castellanza.
- Corso di formazione per famiglie: "L'Affidamento Familiare" - 6 serate formative da Aprile a Maggio 2009 organizzato dal Servizio Affidi – Piazza Soldini, 8 – Castellanza.
- Corso di formazione "La presa in carico dell'utente straniero" (inserito nel piano provinciale per l'aggiornamento formativo del personale del Welfare) in collaborazione con l'Ufficio di Piano di Castellanza, costituito da 5 incontri - tra l'Aprile ed il Maggio 2009.
- Convegno del 25.11.2009: "La violenza alle mamme" organizzato dall'Aisel, in collaborazione con le Cooperative Progetto '98 e l'Aquilone nell'ambito distrettuale di Somma Lombardo, presso la Sala Polivalente "Ulisse Bosisio" Monastero San Michele - Via Cavour 21 – Lonate Pozzolo (VA).
- Quattro corsi di formazione per famiglie sull'affidamento familiare, costituiti da 6 incontri formativi ciascuno, negli anni 2008-2009-2010-2012 organizzati dal Servizio Affidi gestito da AISEL onlus.
- Corso di formazione per famiglie "Accogliere un bambino: l'affido familiare e le sue

forme” – 6 serate formative da gennaio ad aprile 2011 organizzato dal Servizio Affidi Piazza Soldini, 8, Castellanza, presso la sala consiliare Palazzo Comunale, P.za Sant’Ilario n. 1, Marnate, replicato nel 2012 presso la sede del Servizio Tutela Minori a Castellanza.

- Corso di formazione e di confronto con i genitori: “l’adolescente oggi ed il suo mondo” , 5 serate formative da febbraio a maggio 2012 organizzato dal servizio Tutela Minori in collaborazione con i Servizi Sociali del Comune di Olgiate Olona, presso Teatrino Villa Gonzaga – Olgiate Olona.
  
- Negli anni 2011- 2012 e 2013 AISEL Onlus ha organizzato ed organizza ancora attualmente la formazione permanente accreditata dall'Ordine degli Assistenti Sociali a favore degli assistenti sociali dei Comuni, del Servizio Tutela Minori, Adm ed Affidi dell'Ambito Sociale della Valle Olona, comprensiva della supervisione clinica e della formazione giuridica. La medesima formazione permanente ha preso il via anche nell'Ambito distrettuale di Somma Lombardo e nel Distretto di Gallarate.

➤ **Per contattare i Servizi per Minori di Castellanza**

Telefonare dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 16.00 al n. 0331-489850. La sede principale delle attività si trova presso il Servizio Tutela Minori, in Via Vittorio Veneto, 27 a Castellanza (VA).

➤ **Servizio Tutela Minori del Distretto di Somma Lombardo (Va)**

Dai primi mesi del 2008 l'AISEL onlus gestisce l'attività di Coordinamento del Servizio Psicologico delle equipe della Tutela Minori del Distretto di Somma Lombardo, che comprende i Comuni di Somma, Ferno, Cardano, Golasecca, Besnate, Lonate Pozzolo. Inoltre è stata affidata all'AISEL onlus anche l'attività di Supervisione del gruppo formato dalle equipe interdisciplinari di tutto il Distretto.

La metodologia di intervento è sovrapponibile a quella illustrata in dettaglio per il Servizio dell'Ambito Sociale della Valle Olona.

Sede operativa: Via De Amicis n. 8 – Somma Lombardo (VA)

Per contatti telefonare al n. 02/29000109

➤ **Servizio Tutela Minori del Distretto di Cassano (Va)**

A partire dall'Ottobre 2012 l'A.I.S.E.L. Onlus gestisce l'attività di coordinamento dell'equipe del **Servizio Tutela Minori del Distretto di Gallarate**, che comprende i Comuni di Cassano Magnago (Comune capofila), Albizzate, Cairate, Cavaria con Premezzo, Jerago con Orago, Oggiona con Santo Stefano, Samarate e Solbiate Arno.

L'équipe, del Servizio Tutela Minori per il Distretto di Gallarate, nel suo complesso prevede il coinvolgimento delle seguenti figure e funzioni professionali:

- Coordinatore
- 4 Psicologi
- 2 Assistenti sociali

Il ruolo di coordinamento rappresenta il contenitore in grado di supportare il lavoro secondo differenti linee operative: coordinamento, progettazione e programmazione degli interventi rivolti ai minori e alle famiglie di appartenenza e integrazione delle diverse attività attuate in questa area. Nelle riunioni di coordinamento si realizza una sorta di tavolo di lavoro permanente con l'obiettivo di permettere la sintesi delle diverse azioni del progetto e lo scambio costante delle esperienze di lavoro, sia attraverso équipe interne con gli operatori del Servizio Tutela Minori, sia con il Servizio Sociale dei singoli Comuni del Distretto al fine di operare al meglio per la presa in carico delle situazioni e per una sempre più efficiente ed efficace collaborazione. Secondo le linee guida legislative, diviene indispensabile creare dei servizi che, nell'interesse del territorio, sviluppino delle strategie comuni, sia da un punto di vista tecnico che politico, in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza degli attuali interventi. La necessità di mettere in campo specifiche risorse nell'azione di Coordinamento nasce non solo da un contesto di rinnovamento legislativo, ma anche dall'esigenza sempre più evidente degli operatori di avere maggiore scambio e un supporto professionale più mirato.

Pertanto, le funzioni dell'attività di coordinamento possono essere così riassunte:

- interfaccia con i referenti del Distretto;
- processi di valutazione qualitativi/quantitativi del Servizio;
- rendicontazione al Distretto;
- coordinamento con le diverse realtà del territorio.

L'intervento di tutela e assistenza ai minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria ha come

obiettivi: - la diagnosi relativa alle disfunzioni familiari causa del maltrattamento;  
- la prognosi relativa alle possibilità di recupero della famiglia, in accordo con quanto stabilito dall'Autorità Giudiziaria.

Prima cura di questo intervento è quella di verificare tutte le possibili strategie utili al sostegno delle funzioni parentali; solo nel caso in cui si sia verificata l'immodificabilità o l'intrattabilità delle stesse l'obiettivo verterà sul fornire al minore tutti i sostegni necessari ad una temporanea, o raramente definitiva sostituzione di questa relazione con altre più funzionali alle sue esigenze evolutive. I compiti dell'équipe riguardano quindi l'anamnesi e la diagnosi familiare e sociale, la psicodiagnosi individuale e familiare, l'elaborazione delle strategie di recupero, i contatti e la relazione con l'Autorità Giudiziaria e con gli altri servizi

coinvolti. Gli operatori si avvalgono quindi di strumenti quali: gli incontri di rete, la cartella clinica, i colloqui psicodiagnostici, i colloqui sociali e clinici, la somministrazione di test, la visita domiciliare, la stesura di relazioni, l'équipe, la supervisione. Questi compiti vengono assolti in collaborazione con i Servizi Sociali comunali che partecipano alla programmazione e ridefinizione delle modalità operative.

Una variante peculiare è rappresentata dall'utenza adolescente inviata dalla Procura presso il Tribunale per i Minorenni per reati penali (DPR 448/88). In questo caso l'approccio con il minore ha spazi per una maggiore enucleazione della sua individualità dal setting di valutazione familiare, in modo da sollecitare la componente di responsabilità personale nel reato commesso. Attualmente, l'intervento dei servizi a favore dei minori che commettono reati è regolato da una legislazione che tiene conto del fatto che il reato è l'azione di un soggetto in cambiamento evolutivo e che assegna una grande importanza all'ascolto della soggettività dell'adolescente e al lavoro psicologico all'interno dei servizi della giustizia. Come applicazione del codice, in questi anni, si sono sperimentate interessanti forme di intervento psico-socioeducativo a favore dei minori sottoposti a procedimenti penali. Al di là dei diversi orientamenti teorici di riferimento, in maniera congruente con la legislazione penale minorile, condividiamo una prospettiva di psicopatologia dell'età evolutiva secondo la quale il comportamento antisociale è soprattutto inteso come espressione di una difficoltà evolutiva che impedisce il raggiungimento dei compiti di sviluppo fase-specifici. Il fatto che l'intervento a favore degli adolescenti sottoposti a procedimenti penali si ponga come sostegno al percorso evolutivo, porta naturalmente ad annullare una troppo netta distinzione tra pena e cura.

L'intervento psicosociale, infatti, non consiste nell'effettuare una diagnosi peritale volta a discriminare tra normalità, a cui applicare pene, e patologia, a cui rivolgere cure. L'obiettivo è in ogni caso sostenere il processo evolutivo del minore, quale che sia la difficoltà che ostacola il suo percorso di inserimento sociale; sia che si tratti di conflitti evolutivi adolescenziali, di disturbi della personalità o di psicopatologie che implicino la perdita del contatto con la realtà.

Poiché il comportamento trasgressivo in adolescenza è un tratto fase-specifico, è particolarmente importante distinguere gli adolescenti trasgressivi dai minori che hanno una più stabile tendenza delinquenziale. L'importanza di individuare la minoranza di adolescenti trasgressivi con tendenza antisociale, dà la possibilità di predisporre una risposta e un trattamento adeguato.

L'intervento di tutela di minori riguardo alle situazioni di difficoltà e fragilità conclamate e già note alle autorità Giudiziarie può pertanto avere le seguenti finalità:

- Assistenza ai minori nei rapporti con l'Autorità Giudiziaria mediante:
- Segnalazione dei casi di abbandono, di maltrattamento, di cattivo esercizio della potestà parentale, di disadattamento di minori, di situazione pregiudizievole per i diritti e gli interessi dei minori;
- Vigilanza sull'adempimento degli obblighi di segnalazione dei casi di affidamento di minori ad estranei;
- Svolgimento delle valutazioni e degli accertamenti di ordine psicologico e sociale;
- Assistenza necessaria rispetto a quanto prescritto dall'Autorità Giudiziaria e in merito alle attività di sostegno alla famiglia d'origine o ad eventuali affidatari;
- Cura del collegamento tra famiglia d'origine e affidatari, prevenzione e auspicata soluzione di conflitti, appoggio alla famiglia d'origine nelle situazioni di affidamento familiare;
- Attività di osservazione, trattamento e sostegno di minori che commettono reati.

Gli obiettivi possono essere individuati come:

- Diminuire e circoscrivere le condizioni di rischio per il minore;
- Favorire processi di riorganizzazione della struttura individuale del minore tale da consentire un buon riutilizzo delle proprie energie;



- Favorire processi affinché il minore riconosca le proprie risorse sane che costituiscono la premessa per un divenire armonico;
- Promuovere processi volti a sviluppare nel minore la capacità di “progettarsi” in funzione delle proprie risorse, potenzialità e motivazioni;
- Attivare processi volti a potenziare le competenze genitoriali e educative negli adulti, genitori o familiari acquisiti, che si occupano del minore;
- Promuovere il processo di risoluzione del conflitto nelle coppie genitoriali in cui è presente un utilizzo strumentale dei figli minori;
- Promuovere l’attivazione di un processo di cambiamento all’interno delle famiglie d’origine del minore allontanato per favorirne il rientro;
- Favorire l’ingresso del minore e del suo sistema familiare in una rete di relazioni sociali della comunità d’appartenenza quale risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell’essere umano.
- Favorire ed attivare nel minore che ha commesso reati un processo d’assunzione di responsabilità.

L’attività di prevenzione, oltre a fornire supporto alle Assistenti Sociali comunali per approfondire situazioni complesse che potrebbero presagire una segnalazione alle Autorità Giudiziarie oppure l’adozione di strategie di intervento alternative, ha come obiettivo quello di offrire una prima risposta tempestiva a problematiche che riguardano la presenza di situazioni pregiudizievoli per minori inseriti in contesti familiari non noti ad alcuna Autorità Giudiziaria.

Attraverso incontri finalizzati all’orientamento degli operatori psicosociali, alla raccolta dati, ad una prima valutazione della situazione e ad eventuali contatti con altri Servizi, le finalità del suddetto intervento possono essere così sintetizzate:

- Promozione e sostegno dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza e delle responsabilità familiari in una logica preventiva di potenziamento e rivalutazione della famiglia, di collaborazione, solidarietà e corresponsabilità;
- Sostegno al processo dialettico di crescita dell’individuo, circoscrivendo le abitudini patologiche e facilitando il riconoscimento delle risorse sane che costituiscono le premesse per un divenire armonico;
- Promozione di sinergie tra enti, istituzioni pubbliche ed organizzazioni private/sociali.

Gli obiettivi possono essere individuati con i seguenti:

- Favorire processi di riorganizzazione della struttura individuale del minore e/o del sistema familiare sottoposto ad “eventi stressanti” tale da consentire un buon riutilizzo delle proprie energie;
- Favorire processi affinché il minore e/o il sistema familiare riconosca le proprie risorse sane che costituiscono la premessa per un divenire armonico;
- Promuovere processi volti a sviluppare nel minore la capacità di “progettarsi” in funzione delle proprie risorse, potenzialità e motivazioni;
- Favorire l’ingresso del minore e del suo sistema familiare in una rete di solidarietà sociale della comunità d’appartenenza quale risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell’essere umano;
- Migliorare il livello di empowerment individuale;
- Promuovere strategie di empowerment di rete sociale.

- ✓ Inoltre, sempre da Ottobre 2012, l’A.I.S.E.L. gestisce anche il **Servizio Spazio Neutro per i Comuni del Distretto di Gallarate**, ad eccezione del Comune di Samarate che da diversi anni gestisce un proprio Servizio di Spazio Neutro.

I Luoghi Neutri, diffusi in molta parte del mondo occidentale e denominati in vario modo a seconda della filosofia di intervento che struttura le attività che in essi si svolgono (Points rencontre, Contact Centres, Espaces-Rencontre, Supervised Access Services, Supervised Visitation Programs, ecc...), devono larga parte della loro diffusione a un mutamento di sensibilità che riguarda, ormai da più di venti anni, le relazioni tra genitori e figli e l’idea stessa di infanzia. Si tratta di un mutamento che ha permesso l’avvio di un graduale processo che pone al centro dell’intervento pubblico e privato il diritto, riconosciuto al minore, del mantenimento delle relazioni con i propri genitori e con altre persone affettivamente significative.

Il riconoscimento dell’importanza di assicurare il mantenimento delle relazioni familiari, anche attraverso prassi e procedimenti stabiliti e controllati dagli operatori del diritto e dei servizi, nell’ambito del *contact*, come dicono gli anglosassoni, riflette una specifica cultura sociologica e psicologica che si richiama al valore della cogenitorialità in società caratterizzate dal venir meno della centralità del matrimonio nelle relazioni familiari e

all'importanza di entrambe le figure genitoriali, sia materna sia paterna, nella costruzione dell'identità.

Il mantenimento delle relazioni familiari non è solo un principio, con forte valore prescrittivo nella cultura giuridica e nella prassi degli operatori, è un diritto del minore proclamato nei documenti internazionali. La Convenzione ONU lo enuncia in diversi articoli, tra cui l'art. 9 che sancisce "il diritto del bambino/a separato da uno o da entrambi i genitori di mantenere relazioni personali e contatti diretti in modo regolare con entrambi i genitori, salvo quando ciò sia contrario al maggiore interesse del bambino/a"; questa enunciazione è ripresa quasi testualmente nella Carta europea dei diritti fondamentali (art. 24).

Dai documenti internazionali si rileva poi che il diritto al mantenimento e alla continuazione delle relazioni familiari non è solo un diritto del figlio. E' anche un diritto, e al contempo un dovere, dei genitori. La Convenzione ONU stabilisce che gli Stati parti "devono adoperarsi al massimo per assicurare il riconoscimento del principio secondo cui ambedue i genitori hanno comuni ed eguali responsabilità in ordine all'educazione e allo sviluppo del bambino/a" (art. 18). La Convenzione europea dei diritti umani enuncia, nei confronti di entrambi, genitori e figli, il diritto al mantenimento delle relazioni familiari nell'ambito del diritto al rispetto della vita privata e familiare (art. 8), come ha chiarito la Corte europea precisando che la continuazione delle relazioni fra genitori e figli è un elemento fondamentale della vita familiare dentro e fuori dal matrimonio.

Partendo dal presupposto che l'obiettivo comune è la tutela del minore, risulta fondamentale sottolineare come questa non possa essere efficace senza un'integrazione fra tutti coloro che intervengono in quella specifica situazione; "al contrario c'è il rischio che una mancata integrazione di questi soggetti comporti una disintegrazione del minore oggetto dell'intervento" (Abruzzese, 2002).

L'operatore che gestisce l'incontro viene ad assumere nello Spazio Neutro una nuova posizione: egli è tra il bambino ed il genitore ma non equidistante, più vicino al minore che deve tutelare, ma abbastanza vicino anche all'adulto che deve osservare, agganciare e favorire.



In questo modo l'operatore in Spazio Neutro si trova terzo in una relazione e come tale non ne sta fuori, sia che si tratti di accompagnare il bambino nel ricostruire un rapporto positivo con i propri parenti, sia che invece si debba aiutarlo ad allontanarsi da loro per costruirsi altrove una vita migliore. Inoltre, ogni attore presente nella stanza non deve essere considerato una "monade".

E' funzionale che la gestione degli incontri implichi il confronto con tutti gli altri operatori che ruotano intorno al caso: l'assistente sociale titolare della situazione, gli altri operatori coinvolti, come ad esempio gli operatori del servizio Tutela Minori, lo psicologo della NPI l'assistente domiciliare che accompagna il bambino, o gli educatori della comunità che lo ospita; talvolta i Servizi che si occupano degli adulti che incontra (Ser.D., CPS), l'Autorità Giudiziaria ed eventuali consulenti del Tribunale.

La tutela del minore comporta, quindi, che l'incontro di Spazio Neutro sia garantito da un progetto, messo a punto dalla collaborazione delle diverse professionalità coinvolte.

Si può quindi parlare di *rete di protezione* in quanto composta da elementi essenziali e insostituibili: ogni componente ha un ruolo portatore di competenze e conoscenze diverse, in base alle quali sono stabiliti compiti e contenuti dell'intervento. Rilevante, dunque, l'importanza e la necessità di creare una rete multidisciplinare in grado di integrare le specifiche competenze e creare uno spazio, fisico e mentale, entro il quale trovare il tempo per pensare, ma soprattutto per poter condividere e trasformare le intense emozioni che vengono suscitate.

Possiamo parlare, quindi, di un livello di integrazione "intrasistemico", intendendolo come integrazione interna ai sistemi stessi e un livello di integrazione "intersistemico" dal momento che ognuno di questi sistemi è anche interdipendente dall'altro poiché nessun intervento è di per sé esaustivo ma risulta essere complementare agli altri in un sistema di

relazioni che dovrebbero vedere i diversi operatori mettere in comune, sullo stesso piano, competenze e professionalità.

**Per contattare il Servizio Tutela Minori del Distretto di Gallarate:**

Sede Operativa: Via Goffredo Mameli n. 14 – Gallarate (VA)

Telefono: 0331/77.57.32

Fax: 0331/700.386

Responsabile: dott.ssa Serena Prandoni: cell. 349/2803210

## Servizi ambulatoriali

### ➤ Premessa

Come abbiamo accennato nella breve rassegna storica dell'Associazione, l'A.I.S.E.L. ha aperto due Centri psicoterapeutici, il primo a Milano, e il secondo, diversi anni più tardi, a Varese. Il CP di Milano ha cominciato le sue attività nel 1986 e, fino al 1992, grazie alla convenzione con il Comune di Milano, offriva l'opportunità per tutte le famiglie che avevano un figlio o un parente con problemi di dipendenza da alcol o sostanze illegali di accedere ad un intervento psicoterapeutico in regime di gratuità e senza nessun preliminare burocratico, sia attraverso una richiesta spontanea sia tramite l'invio dei servizi cittadini. Quando la convenzione è stata sospesa per il passaggio alle USSL delle competenze in materia di tossicodipendenze, poiché non esisteva (e non esiste tuttora) un protocollo convenzionativo per la somministrazione di psicoterapie familiari, che hanno requisiti tecnici specifici, è stato possibile mantenere un regime di funzionamento del Centro di Psicoterapia, in collaborazione con i Servizi per le Tossicodipendenze, attraverso l'esecuzione di progetti finanziati.

A questo scopo sono stati utilizzati i finanziamenti del Fondo Nazionale Lotta alla Droga (L. 45/309), grazie ai quali il CP ha potuto continuare a fornire interventi psicoterapeutici familiari gratuiti e con accesso diretto.

Non è però più possibile accettare richieste spontanee, in quanto l'utenza deve rientrare nel target previsto dal progetto, che deve per lo più essere focalizzato su una popolazione selezionata, per lo più inviata dai servizi specialistici per effettuare un trattamento integrato con quelli già in atto.

In questo modo è stato comunque possibile assicurare un servizio di carattere specialistico nel territorio milanese, e lombardo, fino al 2006, anno in cui si sono conclusi gli ultimi progetti e si è esaurita anche la funzione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga che, come tutti i fondi ministeriali collegati a specifiche leggi, si è dissolto ed è stato assorbito nei fondi indistinti del Servizio Sanitario e del Fondo Sociale. Stessa sorte quindi è toccata al CP di Varese, che ha esordito nell'anno 2000, specializzandosi nell'intervento su tossicodipendenza e genitorialità: l'oggetto dell'intervento psicoterapeutico familiare era

rappresentato dalla concomitanza sempre più frequente nei Servizi per le dipendenze patologiche di pazienti che diventavano genitori nel corso del loro percorso di tossicodipendenza (per lo più da oppiacei), sollevando un problema di valutazione dell'adeguatezza delle competenze genitoriali accanto alla cura della tossicodipendenza.

➤ **Principali progetti realizzati nei Centri Psicoterapeutici**

- Ricerca: "Il ruolo del padre nell'eziopatogenesi della tossicodipendenza: individuazione di un modello trigenerazionale per l'attivazione delle risorse del ruolo paterno nella prevenzione e nel trattamento", nell'ambito delle iniziative sperimentali per la promozione e lo sviluppo del Sistema di intervento per le tossicodipendenze (1988).
- Ricerca per il Comune di Milano sulle tematiche della prevenzione nell'area delle tossicodipendenze: "Lo sport: un modo per vincere" (1989).
- Ricerca in collaborazione con l'Istituto di Psicologia dell'Università Statale di Milano (Insegnamento di Psicologia Dinamica - prof. G. Pietropolli Charmet) "La clinica della famiglia in crisi" (1990-91), i cui risultati preliminari sono stati pubblicati da R. Berrini e G. Cambiaso su *Terapia familiare* n. 36/91 e più ampiamente nel volume: Cambiaso, Berrini, *Terapia della famiglia in crisi - La famiglia del tossicodipendente*, F. Angeli, 1992.
- Collaborazione in corso dal 1991 ad un gruppo di ricerca coordinato da S. Cirillo presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano. Risultati presentati al Congresso Nazionale Sirts, Milano 1991, al Congresso internazionale Sippr, Rimini 1992, al Convegno mondiale del Ceis, Venezia 1992, e pubblicati da Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, su *Ecologia della Mente*, 1993.
- Convenzione con la Regione Lombardia per il progetto regionale "Progetto sperimentale per tossicodipendenti con problemi psichiatrici" (1992-1993).
- Ricerca Regionale L.R. 53 del 31.8.81 (genn. '94 - Ott. '95) dal titolo: "Determinazione di un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi in funzione dell'individuazione di modalità di intervento preventivo e terapeutico". Una parte dei risultati di questa ricerca è stata pubblicata nel volume: Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R., "La famiglia del tossicodipendente", Cortina ed., Milano, 1996.

- Progetto regionale di ricerca-intervento: “Tossicodipendenza, disturbi alimentari e agiti autolesivi - Trattamento integrato psicoeducativo e familiare delle manifestazioni psicopatologiche su base impulsiva” (1998/2000).
- Progetto regionale (Iniziative sperimentali in campo socio-assistenziale ex l.r. 7.1.86–sperimentazioni indirette): “Scuola genitori - Approccio multidisciplinare di informazione, formazione e consultazione per il disagio psichico e i comportamenti di devianza correlati” (1998-2000).
- Progetto regionale in collaborazione con A.S.L. Città di Milano: "Trattamenti integrati nella doppia diagnosi" – (2001 -2003). Sede aggregata al progetto: Centro Psicoterapeutico di Milano.
- “Contraddiction”: Centro di Trattamento Specializzato per il Consumatore di Cocaina, in collaborazione con ATIPICA, CAD, CART, DIANOVA, SAMAN (2005 – 2007).
- Progetto regionale in collaborazione con A.S.L. di Varese e Dipartimento delle Dipendenze: "Tossicodipendenza e disturbi psichici: diagnosi, individuazione di strategie Terapeutiche e trattamenti integrati individuali e familiari" - (2000/2002).
- Doppia diagnosi e genitorialità. Valutazione, strategie terapeutiche, trattamenti integrati per madri e padri tossicodipendenti, in collaborazione con A.S.L. di Varese (2002).
- Abuso di sostanze e genitorialità: strategie terapeutiche integrate per madri e padri con problemi di dipendenza da alcol e da altre sostanze lecite e illecite, in collaborazione con A.S.L. di Varese (2002 – 2003).
- Progetto “Cornelia”. Cura del sintomo e recupero della genitorialità in madri e padri poliabusatori, in collaborazione con A.S.L. di Varese (2004 – 2006).
- Progetto “In Rete per”: progetto sperimentale per dare una risposta adeguata ai bisogni espressi dal territorio dell’A.S.L. di Varese.
- Nell’anno 2003 sono stati promossi due convegni per fornire un contributo alla ricerca e all’analisi nel campo delle patologie psichiatriche giovanili e delle patologie psichiatriche connesse con infezione da HIV. La prima iniziativa si è svolta a Milano venerdì 31 gennaio 2003 presso la Sala Convegni della IntesaBci – piazzetta Bossi, 2 dal titolo: “*AIDS e Psichiatria: La risposta residenziale e la rete dei servizi*”. La seconda, il Convegno: “*Nuove Cliniche del malessere giovanile*” si è svolta il giorno 12 aprile 2003 presso la Sala Convegni della IntesaBci – piazzetta Bossi, 2 – Milano.



- Il 28 maggio 2004 presso Villa Recalcati, sede della Provincia di Varese si è tenuto il convegno *“Tossicodipendenza e Genitorialità”* con il patrocinio del Comune e della Provincia di Varese.
- Il 28 aprile 2006 presso Villa Recalcati, sede della Provincia di Varese, si è tenuto il convegno: *“Progetto Cornelia. L’intervento ambulatoriale per i tossicodipendenti genitori”* con il patrocinio della Provincia di Varese.

### ➤ **Funzionamento attuale**

In base a quanto premesso, ora non esistono finanziamenti che possano permettere l’avvio di progetti gratuiti e ad accesso diretto per l’utenza. Sulla base dell’esperienza fatta con le famiglie che hanno problemi nell’area delle dipendenze patologiche, con le problematiche relative a casi in cui la dipendenza si trova in comorbilità con una patologia psichiatrica maggiore e considerando infine che negli ultimi vent’anni il problema dipendenza da sostanze, da alcol o da comportamenti additivi di vario genere (gioco d’azzardo, per esempio) non è certo in flessione, soprattutto nei centri urbani, i professionisti dell’A.I.S.E.L. sono disposti a continuare a rispondere alle richieste di cura in regime privato. Dall’11 giugno 2008, su richiesta della Direzione dell’AISEL, è stato richiesto il decadimento dell’accreditamento per mancanza di fondi e di invii da parte degli Enti Pubblici. Pertanto il Centro di Milano sarà denominato Centro di Consultazione Psicosociale, in cui è possibile ottenere informazioni e un orientamento sui percorsi di cura per guarire dalla dipendenza di sostanze stupefacenti e alcol.

### ➤ **Per appuntamenti**

Per prendere appuntamento con uno specialista dell’A.I.S.E.L., telefonare presso la sede di Milano, dalle 10.00 alle 16.00.

Il Centro di Consultazione Psicosociale di Milano è situato in Corso Garibaldi, 75, all’angolo con Via Palermo. La fermata delle linee urbane più vicina è Moscovia della linea 2 della metropolitana.

## Indirizzi

- Sede legale e amm.va : Corso Garibaldi, 75 - 20121 Milano  
tel. 02/29000109-29005821 - Fax 02/29005889  
indirizzo e-mail: [aisel@katamail.com](mailto:aisel@katamail.com) – [aiselonlus@postecert.it](mailto:aiselonlus@postecert.it)  
sito: [www.aisel.it](http://www.aisel.it)
- Uffici e Centro di Consultazione Psicosociale: Corso Garibaldi 75 –  
Milano - Tel. 02/29000109-29005821 - Fax 02/29005889
- Comunità Psichiatrica "Il Mirtillo"  
Strada provinciale per Marzio - 21030 Marchirolo (VA)  
Tel. 0332/727855-727866 - Fax 0332/727783  
Indirizzo e-mail: [aisel.ilmirtillo@libero.it](mailto:aisel.ilmirtillo@libero.it)
- Comunità "Le Ginestre" e "La Robinia" per malati di AIDS  
Strada provinciale per Marzio - 21030 Marchirolo (VA)  
Tel. 0332/995801-995802 - Fax 0332/727783  
Indirizzo e-mail: [aisel.pineta@libero.it](mailto:aisel.pineta@libero.it)
- Servizio Tutela Minori Distretto di Castellanza per progetti a  
favore dei minori  
Via Vittorio Veneto n. 27 – Castellanza (VA)  
Tel. 0331/489850  
indirizzo e-mail: [mosaico.giovani@comune.castellanza.va.it](mailto:mosaico.giovani@comune.castellanza.va.it)

- Servizio Tutela Minori Distretto di Cassano Magnago per progetti a favore dei minori  
Via Goffredo Mameli n. 14 - Gallarate (BA)  
Tel. 0331/77.57.32 – Fax 0331/700.386  
indirizzo e-mail: [aisel.tutelaminori@gmail.com](mailto:aisel.tutelaminori@gmail.com)
  
- Comunità Educativa per Minori “La Casa tra i Castagni”  
Via Gerenzano, 27 – Castellanza (VA)  
Tel. 0331/50.24.82 – Fax 0331/50.50.41  
indirizzo e-mail: [casa.castagni@castellanzapatrimonio.it](mailto:casa.castagni@castellanzapatrimonio.it)
  
- Servizio Tutela Minori Distretto di Somma Lombardo per progetti a favore dei minori  
Via De Amicis n. 8 – Somma Lombardo (VA)  
Tel. 02/29.00.01.09 – Fax 02/29.00.5889  
indirizzo e-mail: [aisel@katamail.com](mailto:aisel@katamail.com)

## Diritti dell'utenza

- L'ospite ha diritto di essere accolto all'interno del programma terapeutico residenziale nel rispetto della privacy. E' garantita la riservatezza sulle informazioni che riguardano la salute di ogni paziente secondo quanto stabilito dalla legge 675/96.
- L'ospite ha il diritto di essere informato con chiarezza delle procedure relative alla sua permanenza nelle Comunità, relativamente alle regole da seguire per la convivenza armoniosa con gli altri utenti e con gli operatori.
- L'ospite ha il diritto di essere informato con chiarezza sulle procedure e tecniche terapeutiche, sulle loro finalità e sull'impegno che richiedono. Nessuna persona può essere sottoposta a trattamenti sanitari senza il suo consenso informato.
- La comunicazione verso l'esterno dei pazienti residenti viene facilitata. L'utente ha il diritto di mantenere i contatti con i suoi familiari e il suo contesto di appartenenza attraverso modalità flessibili, senza però snaturare gli obiettivi del programma residenziale.
- L'ospite ha il diritto di esprimere le sue richieste e le sue lamentele attraverso comunicazioni verbali agli operatori.
- Nel caso in cui l'ospite o un suo familiare volessero sporgere reclamo devono inviare una comunicazione alla Direzione Sanitaria della struttura, dove esplicitano le ragioni dell'insoddisfazione. Ai reclami sarà fornita risposta scritta.
- L'accesso al programma residenziale è garantito in maniera equa, secondo criteri in cui si dà precedenza alle situazioni che rivestono caratteristiche di maggiore gravità ed urgenza sul piano clinico e sociale.

- La dignità personale deve essere sempre rispettata.
- Chi presta attività come operatore deve essere identificabile; in particolare, al paziente è comunicato il nome del medico responsabile delle cure.
- L'ospite è informato dell'intenzione di usare il suo caso clinico per attività di insegnamento o di ricerca, e deve sempre essere richiesto il suo consenso.
- Viene garantito il coordinamento tra il personale della struttura e il medico curante.
- La dimissione è proceduta da adeguata informazione al paziente e/o ai familiari.
- L'ospite e i suoi familiari sono invitati a proporre suggerimenti utili al miglioramento della attività.
- L'AISEL si impegna ad accettare le richieste di intervento (ambulatoriale o residenziale) anche in caso di soggetti inabilitati o interdetti. Il soggetto inabilitato o interdetto ha accesso alle strutture secondo le stesse procedure descritte nel paragrafo relativo alle Modalità di accesso. Gli operatori di riferimento si faranno carico di mantenere i collegamenti con la figura giuridicamente deputata a tutelare l'utente, per ogni decisione che possa richiedere il suo avallo in termini di legge.

**A.I.S.E.L. ONLUS**  
U. PRESIDENTE  
Dott. RAFFAELE PALERMO

