

**Allegato A**

**PPDTA - PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE -  
PER IL BENESSERE PSICOLOGICO DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI**

# INDICE

## INTRODUZIONE

Premessa

Obiettivi

Destinatari e attuatori

Monitoraggio e valutazione

## IL PPDTA

### 1. AREA DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE

1.1 Obiettivi specifici

1.2 Attività

1.3 Metodologie

1.4 Equità

1.5 Organizzazione

1.5.1 Servizi sanitari coinvolti

1.5.2 Rete di alleanze

1.5.3 Livelli di coordinamento e di integrazione

1.5.4 Azioni di supporto

### 2. AREA DELL'INTERCETTAZIONE PRECOCE E PRIMO INTERVENTO

2.1 Obiettivi specifici

2.2 Interventi in sede

2.3 Modalità di intervento in sede

2.4 Metodologie e strumenti di prima valutazione

2.5 Interventi di presa in carico

2.6 Valutazione dei risultati

2.7 Contesti esterni di primo contatto e primo intervento e relativi percorsi

2.7.1 Contesti non sanitari dedicati all'aggregazione e alla socializzazione

2.7.2 Scuola

2.7.3 Università

2.7.4 Coordinamento con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta

2.7.5 Unità di strada

2.7.6 Servizi sanitari non specifici del target

2.7.7 Chat e strumenti similari rivolti agli adolescenti e giovani e, attraverso canali separati e distinti, alle famiglie

2.8 Organizzazione

2.8.1 Servizi sanitari coinvolti

2.8.2 Rete di alleanze

2.8.3 Livelli di coordinamento e integrazione

2.8.4 Azioni di supporto

# INTRODUZIONE

## **Premessa**

L'adolescenza è una fase di grandi cambiamenti, sia sul piano della maturazione biologica e delle trasformazioni corporee connesse alla maturazione psicosessuale, che richiedono un processo di mentalizzazione, sia sul piano relazionale, in particolare per il processo di svincolo dai legami familiari infantili e di costruzione di nuovi legami tra pari e con adulti di riferimento extrafamiliare per la conquista della propria identità.

L'adolescenza ha un posto centrale nell'organizzazione della personalità adulta, tanto che non si parla più di periodo adolescenziale, ma di paradigma. Rappresenta un crocevia nel processo di soggettivazione, quindi un momento estremamente delicato, esposto particolarmente a rischi per la salute mentale. Nella genesi del disturbo in adolescenza è sempre rintracciabile un complesso intreccio di relazioni interpersonali e relazioni d'oggetto a livello soggettivo e fantasmatico. Allo stesso modo l'evoluzione è molto legata non solo ai movimenti intrapsichici, ma alle relazioni intrafamiliari - ed al conseguente coinvolgimento delle figure genitoriali - e alle opportunità relazionali ed esperienziali che la realtà esterna offre - con il coinvolgimento di adulti di riferimento nel contesto sociale extrafamiliare.

E' quindi l'età del passaggio e della trasformazione, della ridefinizione dell'identità, spesso accompagnata da incertezza, insicurezza e fragilità, ma anche dalla possibilità di definire nuove traiettorie evolutive; si può considerare connaturata a questa età, pertanto, un'esperienza di malessere/disagio legata alla fase evolutiva, ma allo stesso tempo essa costituisce un'età di scoperte, di apertura al mondo e di conquista dell'autonomia.

In questa fase, quindi, è particolarmente importante offrire idonee forme di supporto; occorre pertanto mantenere uno sguardo aperto ed equilibrato, cogliendo sia i segnali di fragilità che le risorse e le energie positive che emergono da un'osservazione a tutto campo, rivolta anche al contesto familiare e ambientale, per costruire interventi che forniscano un supporto adeguato al processo di maturazione mirando a contenere i fattori di rischio e a potenziare i fattori di protezione.

La pandemia e le prescrizioni normative per fronteggiarla sembrano aver acuito le difficoltà e i servizi del SSR documentano un incremento degli accessi di adolescenti e giovani adulti, sia per problemi di salute mentale che per disturbi da uso di sostanze o comportamenti, quali le dipendenze da internet e dalle tecnologie. L'esperienza della pandemia ha fatto emergere un forte disagio nella fascia d'età degli adolescenti e giovani adulti fungendo da catalizzatore e amplificando condizione di sofferenza preesistenti. Nell'indagine Espad 2022 è stato inserito un questionario per indagare l'impatto della pandemia sulla fascia d'età dei 17enni da cui è emerso che il 52% delle ragazze e il 31% dei ragazzi dichiara di aver subito un impatto negativo nella propria salute mentale.

Benché gli studi siano ancora parziali e pochi gli studi longitudinali, oltre che su brevi periodi, i dati nazionale e internazionali evidenziano un aumento significativo dei disturbi psicopatologici negli adolescenti e giovani adulti negli ultimi anni e soprattutto in seguito alla pandemia. La meta analisi di Racine (2021), che analizza 29 studi provenienti dal mondo occidentale su un campione

di bambini e adolescenti, ha messo in luce un aumento pari al 50% dei disturbi d'ansia e depressivi dopo il Covid 19.

La letteratura scientifica riporta a seguito della pandemia nella fascia giovanile l'aumento della solitudine, di ansia e depressione, dei disturbi del sonno, lo sviluppo di sintomi riconducibili a Disturbo da Stress Post Traumatico, aspettative meno ottimistiche verso il futuro ed aumento delle preoccupazioni.

Vi sono poi alcuni sottogruppi a maggior rischio: le ragazze, gli adolescenti più giovani, le minoranze sessuali e di genere, chi ha un basso livello socioeconomico e chi esce dal circuito scolastico, chi ha avuto una storia di esperienze infantili avverse, chi appartiene a minoranze etniche.

In particolare, guardando alle differenze di genere, le ragazze adolescenti mostrano più sintomi di ansia e depressione e stili di coping ruminativi rispetto ai ragazzi e potrebbero essere state maggiormente colpite dalla pandemia a livello psicosociale. La ricerca nei paesi occidentali ad alto reddito ha mostrato un aumento sostanziale della depressione e dell'ansia adolescenziale negli ultimi 30 anni, soprattutto tra le ragazze. Queste ultime mostrano anche un calo più marcato del sostegno familiare percepito, della facilità di comunicazione con i genitori, del sostegno degli insegnanti e della soddisfazione scolastica. Vediamo inoltre un uso più problematico dei social media tra le ragazze, che sono anche maggiormente vittime di cyberbullismo.

I ragazzi, invece, riferiscono una maggiore facilità nell'impegnarsi in attività ricreative di varia natura, anche se sono in genere meno propensi a cercare supporto per la salute mentale e questo aspetto è da più parti connesso anche ad un aumento dei pensieri suicidari.

Se facciamo un focus sul supporto sociale, vediamo come sia identificato come un fattore importante nel determinare la salute mentale degli adolescenti durante i periodi di crisi, come la pandemia. Molti giovani si fidano con i loro coetanei e amici piuttosto che con gli adulti che si prendono cura di loro. Le relazioni tra pari proteggono dai problemi psicologici o aiutano ad affrontarli meglio. Gli adolescenti con problematiche di depressione, invece, possono essere riluttanti a condividere i propri sentimenti con gli amici ed è possibile che gli adolescenti che sperimentano livelli clinici di disagio preferiscano fonti di sostegno più formali vicine a loro e facilmente accessibili.

La ricerca ha evidenziato che gli adolescenti sono sempre più preoccupati per il loro futuro professionale e per le conseguenze socioeconomiche a lungo termine della pandemia, nonché per il cambiamento climatico.

Esistono evidenze che un aumento iniziale dei problemi di salute mentale può essere seguito da una diminuzione, raggiungendo livelli pre-pandemia durante le fasi successive. Tuttavia, al momento non ci sono informazioni sufficienti per descrivere in modo affidabile l'andamento temporale della salute mentale degli adolescenti a seguito della pandemia.

Va ricordato comunque come accanto ad un peggioramento delle condizioni di salute generale di ragazzi e ragazze sia presente il fenomeno della Crescita post traumatica (Post Traumatic Growth - PTG), il cambiamento psicologico positivo sperimentato a seguito di circostanze di vita altamente impegnative e sfidanti. Questo costrutto descrive l'esperienza di quelle persone che superano un trauma manifestando un significativo cambiamento nelle risorse di adattamento, nel modo di comprendere il mondo e il proprio posto in esso. È stata osservata in persone che hanno vissuto un'ampia gamma di eventi traumatici, come terremoti, uragani, abusi sessuali, attacchi terroristici, SARS ed anche a seguito della pandemia di COVID-19. È interessante come

la PTG rappresenti un costrutto indipendente rispetto al PTSD, per cui possono coesistere sia reazioni positive che negative ad un trauma, poiché il processo cognitivo attivato dal disagio vissuto si può tradurre in una visione positiva di sé, degli altri e del mondo, generando crescita post traumatica; a seguito della pandemia, anche tra ragazze e ragazzi in cui si manifestava PTDS sono stati osservati esiti di crescita post-traumatica. Per questo, senza voler minimizzare il disagio vissuto dagli adolescenti, occorre guardare anche agli aspetti salutogenici che viaggiano parallelamente al disagio.

A fronte di questo quadro, che evidenzia forme crescenti e variegati di disagio e di malessere a carico della fascia adolescenziale e giovanile, si registra una generale difficoltà a dare una risposta efficace con i soli servizi sanitari specialistici; i servizi territoriali tradizionali, modellati sostanzialmente sul target degli adulti, risultano infatti poco attrattivi per i ragazzi e per le famiglie, cosicché la gran parte dei problemi considerati rimane sommerso e accede soltanto quando assume un profilo di gravità eclatante.

Ne scaturisce la necessità di prevedere per gli adolescenti e giovani adulti un'area di intervento specificamente finalizzata all'individuazione precoce e ad una prima presa in carico delle situazioni problematiche, connessa da un lato con l'area della promozione della salute e prevenzione rivolta anch'essa in maniera specifica a questa fascia di età, e dall'altro con l'area dei servizi di cura.

Lo strumento organizzativo e programmatico individuato per ridefinire l'offerta sociosanitaria verso questo gruppo specifico di popolazione è quello del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico, con l'obiettivo di costruire una "filiera" di aree di intervento tra loro interconnesse, dalla prevenzione universale e selettiva, alla prevenzione indicata e all'intercettazione precoce dei casi problematici fino alla diagnosi e presa in carico (leggera, per i casi di disagio adolescenziale; completa, per i casi in cui si rilevi l'insorgenza di vere e proprie patologie), individuando modalità di approccio adeguate alla fascia di età e sostenute dalla letteratura scientifica, modelli organizzativi, sistemi di integrazione tra servizi diversi.

La costruzione graduale del PPDTA e la messa in opera di idonei strumenti ed azioni di supporto costituiscono un obiettivo del Piano regionale di prevenzione 2020-2025, nell'ambito del Programma Predefinito - PP 4 "Dipendenze", secondo un approccio generale di questo Programma che tende a privilegiare l'inclusione del problema specifico dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive o a comportamenti assimilabili entro il più ampio campo del disagio e malessere presente in questa fascia di età.

Il PPDTA pone in connessione aree di intervento tra loro differenti, a ciascuna delle quali corrisponde una pluralità di servizi sociosanitari e di reti intersettoriali, cosicché si configura nel complesso un sistema articolato, che necessita di una chiara definizione delle competenze di ciascuno, dei modelli operativi e delle modalità di integrazione, al fine di offrire agli adolescenti e giovani adulti e alle loro famiglie un insieme organico di interventi che si modellino sui loro bisogni.

Tale suddivisione netta, peraltro, trova ragione in esigenze organizzative e di chiarezza espositiva, mentre nella realtà non si può operare efficacemente, a qualsiasi dei livelli considerati, come singolo servizio, ma è necessario lavorare in maniera integrata sia fra i diversi

servizi e unità che compongono ciascuna area, sia fra le diverse aree, coinvolgendo inoltre, ai diversi livelli, non solo l'insieme dei servizi sanitari, ed in particolare quelli dedicati a questa fascia di età a partire dai progetti specifici attivati presso le Aziende USL (come Giovani 2.0 della USL Umbria 2) e dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, MMG e PLS, ma anche l'area dei servizi sociali e educativi dei Comuni, altre istituzioni (in primo luogo la scuola), le associazioni del territorio.

Le aree in cui si articola il PPDTA sono le seguenti:

1. Area della promozione della salute e del benessere,
2. Area dell'intercettazione precoce e primo intervento,
3. Interconnessioni e integrazione con l'area della presa in carico specialistica – Servizi sanitari di secondo livello.

### **Obiettivi**

Le azioni ricomprese nel PPDTA sono rivolte nel loro complesso:

- Alla promozione della salute e alla prevenzione del disagio giovanile;
- All'individuazione precoce delle manifestazioni non organizzate del disagio giovanile, con l'adozione delle misure idonee per affrontarle;
- All'individuazione precoce delle manifestazioni strutturate del disagio giovanile, anche rilevate sottoforma di disturbo, e al conseguente orientamento e accompagnamento ai servizi di cura deputati.

### **Destinatari e attuatori**

Sono destinatari di questo PPDTA gli adolescenti e giovani adulti e le loro famiglie.

Sono chiamati a dare attuazione a questo PPDTA i responsabili e gli operatori dei servizi sanitari indicati nell'ambito di ciascuna area, attraverso la costruzione e manutenzione di reti territoriali integrate.

### **Monitoraggio e valutazione**

Il PPDTA è applicato inizialmente a carattere sperimentale e viene sottoposto:

- a monitoraggio costante, verificando a cadenza semestrale l'eventuale necessità di apportare, sulla base dell'esperienza in atto, modifiche finalizzate alla maggiore efficacia e alla concreta fattibilità,
- a valutazione degli esiti prodotti.

Si costituisce un gruppo di lavoro regionale con compiti di coordinamento operativo, di supporto e di monitoraggio delle attività incluse nel presente PPDTA.

## **IL PPDTA**

### **1. AREA DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE**

Questa area fa riferimento al Piano Regionale di Prevenzione 2020-25, approvato dalla Giunta regionale con la Deliberazione n. 1312 del 22 dicembre 2021, che prevede azioni specifiche orientate alla promozione della salute e del benessere psicofisico degli adolescenti e dei giovani nel Programma Predefinito 1, "Scuole che promuovono salute", e nel Programma Predefinito 4, "Dipendenze".

### 1.1 Obiettivi specifici

Le azioni comprese in questa area mirano nel loro complesso ad accompagnare l'adolescente nel suo percorso di crescita, potenziando i fattori di protezione e contenendo i fattori di rischio, e a facilitare le scelte di salute attraverso il rafforzamento delle abilità psicosociali (life skills). Le azioni rivolte agli adolescenti e giovani adulti sono in continuità con le azioni rivolte all'infanzia, entro un programma complessivo che prevede metodologie adeguate alle specifiche fasce d'età, coerenti tra loro.

### 1.2 Attività

Questa area comprende le seguenti attività incluse nel Piano regionale di prevenzione 2020-25:

- Le azioni complessivamente previste dal Programma Predefinito 1 "Scuole che promuovono salute". Il programma prevede la costruzione in Umbria di una Rete di scuole che promuovono salute, con le finalità e le modalità stabilite in sede europea (SHE) e riprese da esperienze in atto in altre regioni (ad es. Lombardia, Emilia Romagna, ecc.), sulla base di un rapporto di continuativa collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale (Protocollo di Intesa tra la Regione e l'USR per la realizzazione di iniziative condivise volte alla promozione della salute nella popolazione scolastica, sottoscritto ad aprile 2022).

Le "Scuole che Promuovono Salute" si basano sull' "Approccio globale alla Salute" e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, empowerment e democrazia. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della Salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

- Competenze individuali e capacità d'azione;
- Ambiente sociale;
- Policy scolastica per la Promozione della Salute;
- Ambiente fisico e organizzativo;
- Collaborazione comunitaria;
- Servizi per la Salute.

La Promozione della Salute a Scuola comprende, pertanto, sia l'educazione alla Salute, sia tutto l'impegno dedicato a creare un contesto, delle policy scolastiche e un curriculum didattico orientati alla Promozione della Salute stessa.

- Le attività contemplate dalle seguenti linee di azione incluse nel Programma Predefinito 4 "Dipendenze":
  - "La scuola come palestra di competenze per la vita" - Prevede interventi di life skills education e peer education attuati nelle scuole, in prosecuzione di progetti già in corso in quanto attivati con il precedente piano regionale di prevenzione, che vengono inseriti

ora nella più ampia cornice del programma sopra citato “Scuole che promuovono salute” e sono inclusi pertanto nel Catalogo dell’offerta messa a disposizione di tutte le scuole regionali; questa linea di azione comprende essenzialmente i seguenti progetti specifici:

- Progetto *Pensiamo positivo*, volto a favorire ed accompagnare il processo di costruzione dell’identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (Life Skills) fin dalle età più precoci, attraverso percorsi di educazione socioaffettiva attivati nelle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado, formando gli insegnanti all’utilizzazione della metodologia individuata;
  - Progetto *Unplugged*, basato su uno standard riferito al modello dell’influenza sociale e validato a livello internazionale, volto alla prevenzione dell’utilizzo di sostanze psicoattive, quali fumo, alcol e cannabis, e comportamenti assimilabili e applicato nelle scuole secondarie di primo grado; prevede in prima battuta la formazione dei “formatori locali”, ovvero un nucleo di operatori sociosanitari della promozione della salute, e poi, a cascata, la formazione degli insegnanti;
  - Progetto *YAPS – Young And Peer School*, volto a diffondere la promozione di stili di vita salutari attraverso la metodologia della peer education nelle scuole secondarie di secondo grado, formando gli insegnanti e gli studenti-peer.
- “*YAU - Young Angles Umbria*” – Prevede attività di informazione, ascolto, promozione della salute rivolte ai giovani ed attuate on site, prevalentemente in contesti extra scolastici, e on line, attraverso i canali social maggiormente frequentati, in prosecuzione di un progetto in atto da anni e coordinato a livello operativo dal Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia; comprende inoltre l’utilizzazione e aggiornamento del Portale Umbria Giovani e del Magazine associato, quali strumenti di informazione e protagonismo giovanile;
  - “*Tessere insieme*” – Prevede interventi per lo sviluppo di consapevolezza e competenze nelle famiglie e nella comunità.
- Alcune attività incluse nella linea di azione “*Servizi ed interventi di prossimità – Attività di riduzione del danno in applicazione dei nuovi LEA*”, compresa nel Programma Predefinito 4 “*Dipendenze*”, che si situa a cavallo tra questa area di azione e quella descritta al capitolo successivo, e precisamente le seguenti attività specifiche:
- Potenziare le attività delle unità di strada e unità educative di strada rivolte ai giovani consumatori di sostanze psicoattive o con comportamenti a rischio, svolte in particolare nel weekend o in occasione di eventi significativi di aggregazione e nei contesti di divertimento giovanile, anche notturni, adottando approcci specifici, aggiornati secondo le più recenti acquisizioni scientifiche e le esperienze attuate in ambito nazionale ed internazionale, con le seguenti finalità:
    - l’individuazione di persone e gruppi a rischio,
    - l’erogazione di interventi di informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi al consumo delle sostanze psicoattive legali e illegali e a comportamenti a rischio di evolvere in dipendenze, compresi alcol e tabacco, Nuove Sostanze Psicoattive (NPS),



farmaci fuori prescrizione medica, gioco d'azzardo, gaming, uso compulsivo delle tecnologie,

- l'eventuale orientamento e/o accompagnamento ai servizi socio-sanitari del territorio.

Come in altri campi della promozione della salute, incidono significativamente sul benessere dei giovani politiche apparentemente distanti, come quelle ambientali, sociali, culturali, dei trasporti, dell'urbanistica, ecc. Pertanto anche in questo campo, in una visione di *Global health*, accanto alle attività specifiche sopra elencate è fondamentale lo sviluppo di alleanze interistituzionali per la messa in campo di azioni intersettoriali di ampio respiro.

### 1.3 Metodologie

Il Piano regionale di prevenzione individua le metodologie di riferimento per ciascuna linea di azione, sulla base delle evidenze riportate dalla letteratura scientifica.

In linea generale sono indicate le seguenti metodologie:

- Interventi di rafforzamento della competenza educativa degli adulti significativi, promuovendo ambienti accoglienti per supportare efficacemente le traiettorie evolutive dei ragazzi;
- Peer education, che per sua natura promuove l'ascolto e l'autoconsapevolezza negli adolescenti, sia in ambito scolastico che nell'extra scuola;
- Attività educativa di strada, rivolta in particolare a gruppi e a contesti esposti a specifici fattori di rischio (prevenzione selettiva).

Per le finalità di promozione della salute, svolgono inoltre un ruolo importante le attività ed iniziative, promosse ad esempio dai Centri di Aggregazione Giovanile o dalle associazioni del territorio, in campi quali la musica e l'espressione artistica in genere, l'informatica, lo sport, le attività ricreative, l'alimentazione.

### 1.4 Equità

Il Piano regionale di prevenzione pone particolare attenzione ai fattori di disuguaglianza, prevedendo interventi finalizzati a contrastarli; in particolare, ai fini dell'equità in questa area di azione occorre: sensibilizzare attraverso opportuni percorsi formativi gli operatori alle disuguaglianze come fattore da contrastare per la salute, mantenere attive le progettualità nel target scuola rivolte a tutta la popolazione adolescente - PP1 PP4

- diffondere le esperienze in tutti i territori per non creare disuguaglianze su base territoriale  
Azioni di mitigazione: attività di promozione della salute diffusa in tutti i territori regionali, forte collaborazione delle Reti di promozione della salute con le unità di strada, informazione delle opportunità di salute attraverso canali efficaci,
- dare particolare attenzione a coloro che escono dal mondo della scuola e sono fuori anche dal mondo del lavoro, poiché risultano in genere esposti a maggiore rischio e allo stesso tempo sono più difficili da contattare  
Azioni di mitigazione: diffondere ampiamente tutte le attività nell'extrascuola e online
- tenere conto delle differenze di genere, con conseguente applicazione, nell'ambito degli interventi in questa area, di approcci genere-specifici

Azioni di mitigazione: formazione degli operatori sulle disuguaglianze, con particolare focus su quelle di genere

- intervenire con azioni specifiche riguardo alle espressioni di disagio giovanile che emergono tra gli immigrati.

Azioni di mitigazione: predisporre e diffondere materiali multilingue

## **1.5 Organizzazione**

### **1.5.1 Servizi sanitari coinvolti**

In ambito ASL, la regia degli interventi inclusi in questa area attiene alle Reti di promozione della salute, a loro volta connesse con tutta la gamma dei servizi sanitari territoriali.

### **1.5.2 Rete di alleanze**

Questa area di azione è fondata sulla costruzione e il mantenimento di una rete permanente di comunicazione e di progettazione partecipata, finalizzata all'elaborazione di azioni specifiche entro gli indirizzi definiti dal PRP 2020-25; comprende in particolare:

- La Scuola - A partire dal Protocollo di intesa tra la Regione e l'Ufficio Scolastico Regionale sottoscritto ad aprile 2023, vengono coinvolti a livello formale e informale gli istituti scolastici territoriali; uno snodo importante di connessione tra mondo sanitario e mondo scolastico è costituito dallo Psicologo scolastico, che, laddove presente, appare necessario coinvolgere nella rete di programmazione/realizzazione delle attività di promozione della salute a scuola;
- I Comuni, con particolare riferimento ai servizi educativi, Informagiovani, Centri giovani, a partire dall'Accordo con ANCI Umbria previsto dal PRP 2020-25;
- Il Terzo settore, ovvero le cooperative e le diverse realtà impegnate in servizi e progetti educativi rivolti agli adolescenti e giovani;
- Le associazioni di cittadinanza attiva, culturali, ricreative, sportive;
- L'Università.

### **1.5.3 Livelli di coordinamento e di integrazione**

Le Reti di promozione della salute delle ASL sono coordinate da figure professionali specificamente individuate dalla direzione aziendale; a livello di ciascun distretto sanitario è individuato un referente distrettuale della Rete, che funge da riferimento per le attività ricomprese nel presente PPDTA.

Ciascuna Rete aziendale di promozione della salute definisce le modalità di coordinamento operativo e di monitoraggio delle attività indicate nel presente PPDTA e il conseguente piano di riunioni.

Le reti di promozione della salute si raccordano costantemente con le equipe dell'Area dell'Intercettazione precoce, descritte nel relativo capitolo del presente PPDTA.

### **1.5.4 Azioni di supporto**

Formazione sul modello delle “Scuole che promuovono salute”, con iniziative integrate tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale.

Formazione sulla life skills education e sulla peer education, rivolte agli operatori sociosanitari, agli insegnanti e, per la peer education, agli studenti-peer, secondo il modello di formazione definito dal gruppo di lavoro regionale.

Il target finale delle attività sopra descritte è tutta la popolazione studentesca, indipendentemente dai livelli di rischio, dalla provenienza geografica, dal genere, dal reddito e dagli altri determinanti sociali della salute. Pertanto, sebbene restino esclusi da questa opportunità di salute i ragazzi e le ragazze che lasciano il percorso scolastico, a fronte di una diffusione capillare sul territorio regionale, si tende a contrastare i livelli di disuguaglianza anche grazie al coinvolgimento dei peer educator in azioni legate alle progettualità nell’extrascuola ed online.

L’esperienza sviluppata con il PRP 2014-19 ha portato alla costituzione, tra gli operatori dedicati a questa attività, di una vera e propria “comunità di pratica”, con un approccio uniforme, strumenti comuni ed anche una cultura e un linguaggio condivisi; questo patrimonio deve essere mantenuto attraverso percorsi ed iniziative di scambio e di formazione, con particolare attenzione ai nuovi professionisti via via inseriti nelle attività.

Tavoli integrati di Zona Sociale: costituiti di recente in attuazione del Piano Regionale di Prevenzione e Contrasto del Disturbo da Gioco d’azzardo, stanno pian piano diventando un importante nodo della rete, di confronto e di collaborazione tra mondo sanitario, enti locali, terzo settore, scuole, associazionismo, non solo nell’impegno a contrastare il gioco d’azzardo ma anche in altri ambiti di salute.

Va sottolineato come le attività di peer education nelle scuole siano sempre più in connessione con gli altri nodi della rete (YAU, Tavoli integrati di zona, associazioni, altre opportunità di salute territoriali, servizi USL) e in questo senso favoriscono l’integrazione tra gli adulti impegnati nel lavoro con gli adolescenti e quindi una maggiore capacità di risposte a diversi livelli di intensità, laddove necessario, e anche una maggiore permeabilità dei servizi, che si traduce anche in una migliore conoscenza dei servizi da parte della popolazione più giovane.

## **2. AREA DELL’INTERCETTAZIONE PRECOCE E PRIMO INTERVENTO**

Questa area di intervento comprende azioni mirate ad attivare precocemente forme di contatto tra gli adolescenti e giovani adulti che esprimono vissuti di disagio, variamente configurati, e il sistema dei servizi dedicati e quindi ad offrire direttamente un primo livello di intervento o ad orientare/accompagnare verso un servizio specialistico appropriato.

Si differenzia dalla precedente area per differenti obiettivi, metodologie, riferimenti teorici, ed è necessario, in questo senso, mantenere una chiara demarcazione ed evitare interventi confusivi ed inappropriati; tuttavia in molti casi le due aree si rivolgono a contesti coincidenti, pertanto occorre prevedere al contempo una permeabilità tra di esse attraverso opportune interconnessioni.

In molti casi, gli adolescenti e giovani adulti con vissuti di disagio, anche in forme gravi, non

accedono spontaneamente ai servizi, pertanto occorre introdurre strategie proattive entro contesti idonei a facilitare una presa di contatto precoce, secondo il paradigma della medicina di iniziativa.

Si prevede pertanto la costituzione di equipe dedicate (**Equipe di primo contatto**), che svolgano sia interventi in sede, sia interventi rivolti ai contesti esterni indicati di seguito, con un'azione complessiva organica e coordinata, che tenga conto, nella sua programmazione, delle caratteristiche specifiche, risorse ed elementi di criticità peculiari di ciascun territorio.

Nell'avvio delle equipe, per contrastare le disuguaglianze è importante garantire che gli operatori che le compongono siano formati sul tema e aggiornati sui dati locali disponibili, così da programmare conseguentemente gli aspetti operativi (luoghi specifici di intervento, segmenti di popolazione da attenzionare maggiormente nelle attività in base ai livelli di rischio, differenze e disuguaglianze di genere).

## **2.1 Obiettivi specifici**

Individuare situazioni connotate da disagio giovanile

Offrire attività di ascolto e prima analisi della situazione

Offrire interventi di orientamento e supporto in forma diretta o, quando appropriato, tramite invio/accompagnamento ai servizi sanitari territoriali specialistici.

## **2.2 Interventi in sede**

L'equipe specificamente dedicata a questa area di intervento (Equipe di primo contatto) accoglie nella propria sede gli adolescenti e giovani adulti che vi accedono direttamente oppure in esito ai percorsi di intercettazione e accompagnamento di seguito indicati.

Assolve in ogni caso ai seguenti compiti:

- Accoglienza,
- Prima valutazione: colloquio clinico e sociale e valutazione testistica (nello specifico si propone l'utilizzo del SCL 90, Symptom Check List 90 e del Core-Om come primo step, eventualmente da integrare con ulteriori strumenti laddove se ne ravveda la necessità)
- Per le difficoltà legate al ciclo di vita, transitorie, che non compromettono il funzionamento globale o le situazioni in cui non siano soddisfatti tutti i criteri di un disturbo codificato in DSM 5 o ICD 11, definizione e attuazione, nella stessa sede, del programma individuale,
- Per le situazioni di maggiore complessità, invio/accompagnamento al servizio sanitario territoriale specialistico per la definizione e attuazione di un programma individuale appropriato; in questi casi, il programma può anche essere svolto in maniera integrata tra l'equipe di primo contatto e il servizio specialistico.

## **2.3 Modalità di intervento in sede**

### ***- Primo accesso***

Si prevede uno spazio orario di accesso ben definito.

Il primo accesso è libero, senza necessità di prescrizione medica né di appuntamento: un accesso il più possibile libero da filtri, simbolici o reali.

### **- Accoglienza**

Nella fase iniziale, l'equipe (formata, come specificato di seguito, da psicologo, educatore e assistente sociale) cura l'accoglienza, un primo ascolto e la presentazione del servizio. Viene data l'opportunità di effettuare un colloquio psicologico clinico, anche con l'uso di test (Core OM e SCL90), ed eventualmente la valutazione sociale; si procede inoltre alla raccolta dei dati personali e contestuali.

### **- Prima valutazione e definizione del programma**

Gli esiti dello scoring, del colloquio clinico e sociale e delle osservazioni di contesto vengono valutati dall'equipe multiprofessionale che decide se sono necessari ulteriori colloqui di valutazione o altra testistica o definisce un primo livello d'intervento o l'invio ai servizi di secondo livello.

Nel caso di minorenni è necessario coinvolgere entrambi i genitori, non solo ai fini della raccolta del consenso, ma anche per costruire un'alleanza educativa confrontandosi costantemente rispetto alle scelte di cura e valorizzando le competenze genitoriali. I colloqui con i genitori sono parte integrante dell'intervento con il minore.

Nel caso di maggiorenni, il coinvolgimento di familiari, partner o altri adulti significativi viene effettuato esclusivamente con il consenso dell'interessato.

### **- Invio ai servizi di secondo livello**

L'invio ad altri servizi è preceduto da una valutazione approfondita sia utilizzando altri test sia attraverso i colloqui clinici e il coinvolgimento della famiglia quando possibile.

Se si procede all'invio ed accompagnamento ad un servizio specialistico, per una ulteriore valutazione ed eventuale presa in carico, possono essere definiti anche progetti fortemente integrati, considerato che un invio non ben accompagnato può mettere a rischio la relazione di cura.

## **2.4 Metodologie e strumenti di prima valutazione**

L'adolescenza è una fase specifica del ciclo di vita di costruzione identitaria, caratterizzata da una rivoluzione cerebrale che viaggia a diverse velocità, il che spiega alcune sue peculiarità come la ricerca dell'intensità emotiva (emotional seeken) e l'impulsività. La valutazione della gravità dei sintomi e del loro significato clinico appare quindi particolarmente complessa, ed occorre evitare il rischio iatrogeno di attribuire attraverso diagnosi categoriale un'identità negativa in età evolutiva.

In un modello in cui gli interventi si profilano ad intensità crescente in funzione della valutazione (screening) iniziale, la valutazione rappresenta uno step significativo, che va presidiato sia in termini di qualità dell'intervento valutativo che di necessità di omogeneizzazione dello stesso, superando il gap della variabile legata ai diversi professionisti. La specificità del target suggerisce un approccio *soft*, centrato sulla flessibilità e non sanitarizzazione del percorso valutativo. A tal fine si propone di utilizzare:

- il Core OM, un questionario self-report sviluppato per misurare il cambiamento nella salute mentale negli adulti, in particolare per la valutazione del cambiamento legato ad un

trattamento psicologico, nella versione YP – Core per la fascia d'età 11-16 anni. Il questionario integra la valutazione del clinico orientando nella scelta del livello d'intervento (dalla presa in carico lieve all'invio ai servizi di secondo livello) e consente di valutare l'esito del trattamento proposto, ridefinendo la valutazione iniziale e quindi i passaggi successivi.

- la SCL 90, Symptom Check List 90, una scala di autovalutazione dei sintomi psicologici e dei problemi psicopatologici ad ampio spettro. Lo scoring consente di valutare l'indice di gravità globale, che include sia il numero di sintomi riferiti sia l'intensità del disagio, ed inoltre gli indici per le sotto-scale.

## **2.5 Interventi di presa in carico**

Nell'ambito del programma individuale di primo livello possono essere attuate le seguenti tipologie di intervento:

- colloqui informativi,
- interventi di counseling,
- interventi di psicoterapia breve, focalizzati individuali e di gruppo, coerenti con le linee guida internazionali ed evidence based,
- interventi di individuali e di gruppo a carattere psicoeducativo,
- interventi di gruppo finalizzati all'apprendimento di skills,
- interventi di Home visiting (psicologo, educatore o assistente sociale)
- colloqui di consulenza e sostegno alla genitorialità.

L'assistente sociale interviene nei casi in cui emergono problematiche di tipo sociale e familiare, identificando le opportunità disponibili nel territorio appropriate per il singolo caso, coordinando le diverse risposte assistenziali e collaborando, se necessario, con il Tribunale e i giudici minorili.

## **2.6 Valutazione dei risultati**

La somministrazione del Core OM durante il primo colloquio, al termine dell'intervento e successivamente in follow up consente di valutare l'esito del percorso di cura. A fine percorso è possibile affiancare un questionario di gradimento, in cui fare emergere i punti di forza e le criticità del servizio offerto tramite domande chiuse e aperte.

## **2.7 Contesti esterni di primo contatto e primo intervento e relativi percorsi**

Si riportano di seguito i principali contesti, esterni alla sede dell'equipe di primo contatto, in cui è possibile attuare attività di intercettazione precoce (early detection) e primo intervento rivolte alle diverse manifestazioni di disagio giovanile; per ciascuno di essi sono precisate le modalità di intervento e gli strumenti ritenuti maggiormente indicati sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

### **2.7.1 Contesti non sanitari dedicati all'aggregazione e alla socializzazione** (*Centri giovani e altri servizi educativi dei Comuni, oratori, centri sportivi, ...*)

Viene inserita la figura di uno psicologo che, con un approccio informale, svolge la funzione di

intercettare e accogliere le situazioni di disagio e offrire, quando opportuno, la possibilità di usufruire di alcuni colloqui<sup>1</sup>.

L'operatore sanitario viene introdotto nel contesto di riferimento, entra in relazione con il gruppo e partecipa alle attività, mantenendo un approccio informale; si rende quindi disponibile, con chiarezza e trasparenza, ad accogliere le richieste di colloquio dei ragazzi interessati che frequentano tale contesto.

Il primo contatto si svolge con approccio accogliente e informale, in un setting destrutturato, adeguandosi al "momento ora" in cui il bisogno del ragazzo viene espresso; all'occorrenza sono fissati alcuni appuntamenti per l'analisi della domanda, dei bisogni e delle motivazioni sottostanti (2-3 colloqui).

Sulla base degli elementi emersi attraverso i colloqui, il professionista può valutare l'opportunità di una presa in carico leggera, con un intervento breve svolto nello stesso ambiente di incontro o presso la sede dell'equipe di primo contatto, oppure può operare l'invio, con accompagnamento, ad uno dei nodi della rete adeguato a rispondere ai bisogni specifici rilevati, per una valutazione più approfondita e l'eventuale presa in carico.

### **2.7.2 Scuola**

Come per l'area della promozione della salute, è strategico il coinvolgimento dello psicologo scolastico, laddove presente, nelle attività di individuazione e intercettazione precoce delle manifestazioni di disagio giovanile emergenti nel contesto scolastico; in questa area di azione egli assume il ruolo strategico di snodo e interfaccia tra il "sistema scuola" e i servizi sanitari territoriali. Negli istituti ove sono presenti sportelli di ascolto psicologico, occorre promuovere il coinvolgimento nella rete di intervento dei professionisti che li gestiscono.

Sulla base degli elementi emersi, il professionista può valutare l'opportunità di azioni di sistema, interventi psicoeducativi, di sostegno, oppure può operare l'invio, con opportuno accompagnamento, all'equipe di primo contatto o ad altri servizi di secondo livello.

Un ruolo entro il contesto scolastico può essere svolto anche dai peer del progetto YAPS - Young and peer school, citato nell'ambito dell'area della Promozione della salute, che possono favorire la diffusione tra gli studenti di informazioni riguardanti la rete dei servizi e le attività territoriali rivolte a questa fascia d'età.

### **2.7.3 Università**

L'università rappresenta un polo imprescindibile, la sua presenza storicamente significativa nell'ateneo perugino e in crescita in quello ternano, coprendo pressoché tutti gli indirizzi di studio, porta nella regione Umbria un numero importante di giovani adulti italiani e stranieri, concentrati quasi esclusivamente nei due capoluoghi di provincia, che afferiscono ai servizi del territorio. Il passaggio dalle superiori all'università è una fase specifica critica per il rischio di esordio di problematiche legate alla salute mentale.

---

<sup>1</sup> Questa tipologia di attività è stata sperimentata con risultati positivi nel territorio dell'Azienda USL Umbria 1, a seguito della dgr n. 888 del 28 luglio 2017.

L'Università di Perugia propone uno spazio d'ascolto psicologico, denominato "Focus.psi", con l'obiettivo di fornire sostegno rispetto alle diverse problematiche che possono sorgere durante il percorso accademico, dall'ansia legata agli esami a difficoltà relazionali ed emotive, prevedendo un massimo di 5 incontri (incontro d'ingresso, primo colloquio ed ulteriori tre colloqui) e la possibilità di un approfondimento tramite test psicologici. L'equipe di primo contatto, dopo una mappatura di tutti gli sportelli di sostegno psicologico e di counseling, come "Focus.psi", presenti nelle sedi universitarie, dovrebbe favorire la strutturazione di percorsi d'integrazione volti ad ampliare l'offerta d'intervento e a definire procedure d'invio bidirezionali.

#### **2.7.4 Coordinamento con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta**

L'organizzazione su base distrettuale della Casa di Comunità, così come prevista dal PNRR e dal conseguente DM n.77, costituisce l'elemento centrale di una rete diffusa di professionisti sanitari e di associazioni territoriali, uno spazio d'integrazione sociosanitaria che rappresenta un contenitore facilitante il "fare rete" grazie anche al supporto di percorsi di informazione/formazione dei professionisti, alla funzione della COT, dell'infermiere di famiglia e al ruolo centrale dei MMG e dei PLS. In questo contesto l'Equipe di primo contatto si configura come un nodo significativo della rete con il compito di attivare, su mandato e con il coordinamento del Direttore di Distretto, riunioni strutturate periodiche di confronto/coordinamento con le aggregazioni dei MMG e PLS, mirate all'individuazione delle situazioni in cui emergano segnali di disagio giovanile e finalizzate all'invio all'equipe stessa e allo strutturarsi di un percorso continuo di confronto con il medico inviante e di presa in carico congiunta. L'Equipe promuove percorsi integrati con le diverse figure sanitarie e sociali che abitano la Casa di Comunità al fine di rispondere con appropriatezza ai bisogni dell'utente, con un ruolo di mediatore e connettore, avendo sempre presente la funzione privilegiata d'interfaccia dei MMG e dei PLS.

#### **2.7.5 Unità di strada**

Il ruolo delle Unità di strada e Unità educative di strada rivolte ai giovani è rilevante anche in questa area di azione. Le Unità di strada sono equipe che, spesso con l'ausilio di unità mobili (furgone/camper attrezzato ad hoc), operano in contesti di aggregazione/socializzazione giovanile contraddistinti dalla diffusione significativa di sostanze stupefacenti o altri comportamenti a rischio, con obiettivi di riduzione del danno e limitazione dei rischi associati. Gli interventi delle Unità di strada, basati su un approccio relazionale definibile "a legame debole", includono, tra le altre, le seguenti attività coerenti con il presente PPDTA:

- a. diffusione di materiale informativo, per accrescere le conoscenze sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive legali e illegali e ad altri comportamenti a rischio e stimolare scelte consapevoli e responsabili;
- b. informazione e orientamento riguardo alle risorse sanitarie e sociali del territorio e alle modalità di accesso;



c. aggancio di adolescenti/giovani adulti in condizioni di disagio attraverso le modalità proprie dell'approccio di prossimità, che promuove la relazione come strumento metodologico centrale, valorizzando la capacità d'ascolto e l'accoglienza, e, quando indicato, l'accompagnamento presso i servizi del territorio, compresa l'Equipe di primo contatto. L'integrazione con le unità educative di strada, proprio per l'approccio di prossimità, consente di mitigare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari determinate da fattori territoriali, nonché di intercettare la popolazione fuori dal circuito scolastico e per questo meno protetta dal fattore istruzione in generale e dalle attività di promozione e prevenzione realizzate nelle scuole. L'attenzione all'utilizzo di materiale multilingue inoltre va nella direzione di facilitare l'accesso alle opportunità di salute anche per i cittadini immigrati che non abbiano un livello di conoscenza della lingua italiana sufficiente.

### **2.7.6 Servizi sanitari non specifici del target**

I servizi interessati sono principalmente i Pronto soccorso e i reparti Ospedalieri, comprese le attività ambulatoriali svolte dagli stessi professionisti; questi servizi forniscono un primo intervento spesso basato sull'urgenza.

Occorre promuovere la messa in rete con gli altri servizi, al fine di costruire, partendo dal primo emergere di situazioni a rischio o marcatamente problematiche, percorsi di presa in carico capaci di dare risposte specifiche, continuative e globali ai bisogni rilevati.

Un primo intervento, generalizzabile nei confronti di tutti gli utenti adolescenti e giovani adulti che accedono a questa tipologia di strutture sanitarie, consiste nella diffusione di materiali informativi, finalizzati a promuovere l'eventuale successivo accesso presso l'Equipe di primo contatto o i servizi specialistici. Sono inoltre auspicabili incontri periodici tra i servizi di Emergenza-Urgenza e l'Equipe per costruire, laddove possibile, percorsi integrati.

### **2.7.7 Chat e strumenti simili rivolti agli adolescenti e giovani e, attraverso canali separati e distinti, alle famiglie**

In questo ambito si prevede in primo luogo il consolidamento della chat di ascolto del progetto YAU - Young Angles Umbria (citato nel precedente capitolo riguardante le azioni di promozione della salute), basata sulla metodologia peer to peer, e l'integrazione con la chat di sostegno psicologico ConTatto, attivata nel territorio della Usl Umbria1 in risposta all'emergenza sanitaria da Covid 19.

Si promuove in questo campo la convergenza in una piattaforma unica regionale, entro la quale siano ricondotte le esperienze già in atto per territori distinti, con l'obiettivo di razionalizzare l'impegno delle risorse professionali in questo campo di attività.

Le chat di ascolto prevedono la possibilità, quando ne sia valutata l'appropriatezza, di una presa in carico leggera. Un'attenta valutazione dei bisogni del ragazzo, della qualità dell'interazione attraverso la chat, dei vantaggi e svantaggi di procedere attraverso tale strumento, che si

caratterizza per l'anonimato e la facilità d'accesso, permette di valutare l'opportunità di procedere ad invio all'Equipe di primo contatto. Ugualmente, l'Equipe in situazione specifiche che non consentono al ragazzo di accedere al servizio in presenza, come nel caso di ritiro sociale volontario o di difficoltà logistiche stringenti, può valutare l'invio alla chat.

In termini di equità queste attività sono particolarmente importanti perché, essendo online, superano le difficoltà legate alla territorialità e, in parte, ai livelli di istruzione. Inoltre, l'anonimato, o comunque la minore esposizione, consente di intercettare una fetta di popolazione che altrimenti difficilmente si rivolgerebbe ai servizi territoriali. Rimane comunque come fattore di disuguaglianza il livello di alfabetizzazione digitale e la maggiore o minore disponibilità di strumenti elettronici e della rete internet, che sappiamo essere condizionati dai livelli di reddito e che si evidenzia in particolare nella popolazione immigrata.

## **2.8 Organizzazione**

### **2.8.1 Servizi sanitari coinvolti**

Si prevede la costituzione di equipe specificamente dedicate all'intercettazione precoce e all'erogazione di interventi di primo livello (Equipe di primo contatto), in connessione strutturata con i servizi sanitari territoriali (NPIA, Servizi Età evolutiva, Giovani 2.0 ed altri servizi specifici per adolescenti e giovani adulti, Consultori familiari, CSM, SerD), servizi sociali ed educativi dei Comuni, psicologi scolastici, MMG, PLS, Pronto soccorso, ed inoltre con le Reti di promozione della salute.

#### ***- L'Equipe di primo contatto***

L'Equipe di primo contatto è composta dalle seguenti figure professionali:

- a. psicologo, con formazione/esperienza specifica,
- b. educatore professionale, con formazione/esperienza specifica,
- c. assistente sociale (disponibilità per i casi che necessitano di tale competenza professionale).

#### ***- La sede: collocazione e caratteristiche***

L'Equipe di primo contatto opera in una sede specificamente individuata; al fine di superare gli ostacoli, effettivi o immaginati, all'accesso, si ritiene necessario collocare la sede in un ambiente non connotato e non percepibile quale stigmatizzante, preferibilmente nella Casa della comunità o, nel caso non sia presente, presso il Consultorio familiare o, se ritenuto preferibile per motivi fondati, in altra struttura più idonea.

La Casa della comunità (come delineata dal DM n.77/2022), in quanto contenitore facilitante il fare rete e l'integrazione sociosanitaria, massima declinazione della relazione proattiva e empowered tra sanità e territorio e, anche grazie al ruolo dell'infermiere di famiglia, di contatto diretto con il cittadino, rappresenta una collocazione ottimale.

La sede deve essere servita dal sistema di trasporto pubblico; deve essere arredata in maniera funzionale e al contempo accogliente per l'utenza specifica.

#### ***- La modalità di accesso***

L'accesso è libero, in giorni e orari dedicati, senza necessità di impegnativa o appuntamento. L'Equipe opera inoltre, con le medesime finalità, nei contesti esterni sopra indicati.

### **2.8.2 Rete di alleanze**

Questa area d'azione, come la precedente, necessita di una stretta integrazione con una rete territoriale che, oltre ai servizi ed istituzioni sopra riportati direttamente coinvolti nelle attività, comprende: equipe del progetto YAU, psicologi delle cure primarie, area distrettuale di psicologia, psicologia ospedaliera, NOT della Prefettura, USSM, associazioni.

### **2.8.3 Livelli di coordinamento e integrazione**

Alla Direzione del Distretto sanitario è affidata la funzione strategica di attivare e sostenere le necessarie iniziative ed attività di interlocuzione e di integrazione finalizzate alla costruzione e al consolidamento sia della rete interna ai servizi sociosanitari territoriali rivolti ad adolescenti e giovani adulti, sia della rete territoriale allargata ad istituzioni e realtà formali e informali del territorio, prevedendo in particolare:

- Coordinamento periodico strutturato dell'Equipe di primo contatto con la rete dei servizi ed unità di cura specifici per adolescenti e giovani adulti, con i servizi specialistici territoriali, con i MMG e i PLS, prevedendo la costituzione di un gruppo di lavoro di ambito distrettuale, con riunioni a cadenza prestabilita, e opportune iniziative di raccordo che coinvolgano i diversi nodi della rete;
- Coordinamento periodico strutturato dell'equipe di primo contatto con la rete territoriale, comprendente le istituzioni, il terzo settore, le associazioni.

### **2.8.4 Azioni di supporto**

Formazione

Supervisione

Protocolli di collaborazione

Protocolli operativi