

FeDerSerD

informa

n 25

ottobre 2014

PRESENTAZIONE LAVORI PERVENUTI

Convegno Tematico Nazionale FeDerSerD

ADOLESCENZA
VULNERABILITÀ,
ESORDI PSICOTICI, DIPENDENZE

Centro Congressi San Paolo Palace Hotel

PALERMO 16-17 ottobre 2014

indice

Poster e comunicazioni brevi

1. **LAVORARE IN GRUPPO CON GLI ADOLESCENTI E I GENITORI: LO SVILUPPO DELL'INTERVENTO PRECOCE NEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DI BERGAMO**
A. Benaglio, F.L. Gotti, C. Persico, P. Banalotti, M. Riglietta
2. **COME L'INTEGRAZIONE A TRE LIVELLI CONTIENE UNA PSICOSI**
Sonia Biscontini, Loredana Mancini
3. **CONDIVIDERE, COOPERARE, COPROGETTARE. Esperienze di prevenzione del disagio giovanile nell'area delle dipendenze: Progetto Friends e Progetto Integrazione degli Interventi**
Ciaramitaro Marina, Bova Antonina, Berardi Marco, Ripoli Giovanna, Natala Barbagallo, Maria Laura Stancampiano, Spinnato Giampaolo
4. **DIAGNOSI PRECOCE PER UN INTERVENTO TEMPESTIVO: TRA RISCHIO E PROTEZIONE**
Coppin Paola, Tiziana Antonini, Daniela Gavarini, Antonella Possi, Francesca Sassella, Corrado Celata, Paola Sacchi
5. **GIOVANI TOSSICODIPENDENTI DI OGGI IN TRATTAMENTO RESIDENZIALE: CHI SONO E DI COSA NECESSITANO?**
Cristofalo P., Parolin, M., Simonelli A.
6. **GRUPPI SULLA FORZA AL SER.T**
Guido Faillace, Caterina Di Giovanni, Maria Pipitone
7. **PEER EDUCATION SU ALCOLISMO I Genitori parlano ai genitori: alcol uso ed abuso**
Enza Cruciatà, Caterina Di Giovanni, Margherita Scalici, Mariella Gerbino, Giovanna Ruggeri
8. **IL NEO-FUNZIONALISMO NELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE AL SER.T.: PROGETTO ADOLESCENTI**
Caterina Di Giovanni, Guido Faillace
9. **UN VIAGGIO NEL GRUPPO ADOLESCENTI ALL'INTERNO DI UN SER.T.**
Guido Faillace, Brunella Barbara, Denise De Luca, Silvia Sabella
10. **INVESTIRE NEL FUTURO: un nuovo Servizio per gli adolescenti in tempo di crisi**
Fulvia Fiorentino, Emanuela Rivela, Marina Cortese, Cinzia Arvieri, Erica Maltempi, Emanuele Bignamini
11. **SE LA DEVE VEDERE LUI adolescenti, genitori, sostanze e servizi di cura**
Nadia Gennari, Bellavia Filippo, Bellini Andrea, D'Elia Paolo, Ivaldi Fulvia
12. **INTERVENTI DI GRUPPO A SUPPORTO DELLA GENITORIALITÀ, NELLA PRESA IN CARICO TERAPEUTICA DI MINORI ABUSATORI DI SOSTANZE**
R. Giove, M. Gonevi, A. Rudelli, C. Borghi, W. Troielli,
13. **FOCUS SUI TRATTAMENTI SENZA SOSTANZE**
Francesca Picone
14. **ADOLESCENZE E DIPENDENZE: DAL FENOMENO ALLA ORGANIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA TRA SERVIZI DIVERSI**
Gregorio Antonio Salis, Margherita Pilo
15. **DIPENDENZE PATOLOGICHE E**

Supplemento a Mission PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Supplemento al N. 41/2014 sommario XII - I trim. Propriet: FeDerSerD Sede legale Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione Direttivo nazionale FeDerSerD

Direttore scientifico Alfio Lucchini

Comitato di Redazione Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission Via G. Mazzini, 54 20060 Gessate (Mi) tel. 335.6612717 missiondirezione@tiscali.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano

Poste Italiane Spa Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

1

LAVORARE IN GRUPPO CON GLI ADOLESCENTI E I GENITORI: LO SVILUPPO DELL'INTERVENTO PRECOCE NEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DI BERGAMO

A. Benaglio, *Psicologa Psicoterapeuta Ser.T Bergamo*
F.L. Gotti, *Psicologa Psicoterapeuta Ser.T Ponte S.Pietro (BG)*
C. Persico, *educatore professionale Ser.T Gazzaniga (BG)*
P. Banalotti, *medico Ser.T Bergamo*
M. Riglietta, *Direttore Dipartimento ASL Bergamo*

L'idea di sperimentare l'attivazione di gruppi rivolti a genitori e adolescenti giovani/adulti è nata all'interno della riflessione e stesura di ipotesi di prassi operative per la presa in carico di soggetti segnalati dalla Prefettura per art 121 e 75 del DPR 309/90.

Questa sperimentazione intendeva dare all'intervento con i soggetti segnalati una connotazione più ampia di carattere educativo preventivo rispetto ad una valenza puramente sanzionatoria.

La realizzazione della sperimentazione si è basata sulla conoscenza dei dati diffusi a livello locale (Osservatorio delle Dipendenze, ASL Bergamo), regionale, nazionale (ESPAD Italia 2013) circa la diffusione e l'aumento del consumo di sostanze stupefacenti tra i giovani e giovanissimi; su alcune riflessioni circa la difficoltà di aggancio dei giovani ai servizi, di una loro tendenza a sottostimare i rischi e a normalizzare i comportamenti di consumo; sull'aumento della richiesta di consulenza ai servizi da parte di genitori, singoli o in coppia, o di adolescenti e giovani prossimi al mondo delle sostanze.

Le procedure operative del Dipartimento Dipendenze relative alla presa in carico di soggetti segnalati dalla Prefettura prevedono accanto ad attività da attuarsi a livello territoriale (valutazione, eventuale approfondimento diagnostico multidimensionale e trattamento mirato), attività da svolgersi a livello centrale con l'attivazione di gruppi a valenza educativo-informativa per adolescenti e giovani e di gruppi con finalità di sostegno e informazione per genitori.

La scelta dell'attività di gruppo si è basata su alcune teorie relative alla funzione di attivazione di competenze e promozione al cambiamento innescata dal gruppo quale luogo di condivisione e ascolto, di identificazione e rispecchiamento e quale contenitore di aspetti emotivi in grado di modulare la distanza relazionale in funzione delle risorse personali di ciascuno.

Il confronto in gruppo può rappresentare un contesto di "apprendimento" reciproco, in cui le storie personali hanno la possibilità di essere rielaborate, rilette,

riformulate, decantate.

Per gli adolescenti, inoltre, la scelta del gruppo è stata supportata dall'idea secondo cui il contesto gruppale può favorire un maggior agio nel rapporto con gli operatori e i servizi.

La costituzione dei gruppi ha coinvolto tutti i Ser.T provinciali con una diffusione, capillare e a diversi livelli, della proposta volta a promuovere l'iniziativa e favorire l'invio dell'utenza.

Nella fase di definizione del progetto l'iniziale target previsto (soggetti segnalati dalla Prefettura) è stato esteso ad altri soggetti: giovani segnalati dall'U.S.S.M. (Ufficio Servizio Sociali Minori) e loro genitori, soggetti già in carico, genitori che si sono rivolti al Servizio per una consulenza.

Un criterio di esclusione per l'inserimento nel gruppo ha riguardato i soggetti con disturbi psichiatrici, soggetti con un disturbo da uso di sostanze grave, soggetti che hanno espresso rifiuto alla partecipazione.

GRUPPI A VALENZA EDUCATIVO-INFORMATIVA RIVOLTI AD ADOLESCENTI ED A GIOVANI ADULTI

Dal gennaio 2014 sono stati attivati tre gruppi di adolescenti/giovani. I percorsi, di tre incontri di un'ora e mezza ciascuno, con cadenza settimanale, sono stati proposti a circa 20 ragazzi, 10 dei quali hanno aderito. Tra questi 6 hanno concluso il ciclo dei tre incontri. Sono stati coinvolti soggetti con età inferiore ai 23 anni, inviati dalla Prefettura, segnalati dall'USSM, in carico al Servizio.

Obiettivo generale: ridurre le condotte rischiose legate all'uso e al consumo di sostanze e i rischi sanitari, sociali e legali connessi.

Obiettivi specifici: correggere false credenze e informazioni distorte; promuovere una maggior problematizzazione e consapevolezza sul significato dell'uso di sostanze all'interno del proprio percorso di vita; far conoscere i servizi e favorire l'aggancio.

Gli incontri sono stati condotti da un educatore e da un medico con l'uso di una metodologia attiva e strumenti interattivi (gioco quiz, spezzoni di film e pubblicità, fotografie)

Il primo incontro era finalizzato a sondare il livello di conoscenza e a fornire conoscenze più approfondite circa gli articoli e le sanzioni previste dalla legge in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope e a rilevare i vissuti intorno alla segnalazione.

Il secondo ha proposto una riflessione sui messaggi trasmessi dai media e dalla pubblicità, sulle credenze e il sentire comune diffuso nel nostro contesto culturale; ha proposto uno scambio delle conoscenze dei partecipanti sugli effetti delle sostanze, mettendole a confronto con informazioni scientifiche.

Il terzo incontro ha proposto, attraverso lo strumento della narrazione, un iniziale approfondimento su "cosa significa per me l'uso di sostanze? Come si colloca all'interno del mio progetto di vita?" e una riflessione sui fattori di rischio e fattori protettivi.

Considerazioni sull'esperienza

Aspetti problematici legati all'aggancio dei parteci-

panti per la formazione del gruppo sono stati:

1. l'arrivo in tempi diversi e tra loro distanti delle segnalazioni della Prefettura e dell'USSM;
2. la distanza della sede centrale (Ser.T di Bergamo) dai luoghi di residenza dei soggetti inviati.

La conseguente bassa adesione alla proposta ha consentito la formazione di gruppi con un numero esiguo di partecipanti; tuttavia la percezione degli operatori ha evidenziato un certo gradimento dell'esperienza come opportunità di espressione, riflessione e confronto con i coetanei. Maggior interesse ha riscosso l'informazione riguardo alla normativa; meno gradita è stata l'informazione sulle sostanze e sui danni prodotti all'organismo, in quanto, si è ipotizzato, vissuta come elemento destabilizzante rispetto alle credenze e stili di vita dei ragazzi.

Col procedere dell'esperienza, si è percepito un aumento della disponibilità al dialogo anche nei ragazzi che avevano espresso maggiore riservatezza, confermando l'importanza di un contesto di gruppo accogliente, rispecchiante e non giudicante.

GRUPPI PER GENITORI DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI

La sperimentazione del gruppo, condotto da due psicoterapeute, si è svolta negli anni 2013-2014 con l'attivazione di tre gruppi. Complessivamente hanno aderito 12 coppie di genitori e 10 madri con una media di 4 coppie e tre madri per ciascun gruppo. L'adesione è stata costante e la partecipazione attiva; tre madri sul totale hanno abbandonato il percorso.

Ai quattro incontri previsti se ne sono aggiunti due in itinere, per la rilevanza emotiva dei contenuti.

I **criteri** di invio sono stati: la giovane età dei figli (15-23 anni) e la motivazione dei genitori.

Il **focus** riguardava le implicazioni relazionali ed emotive legate all'uso di sostanze dei figli.

Gli **obiettivi** sono così riassunti: acquisire maggior capacità di lettura delle situazioni per cogliere possibili segnali di rischio; acquisire maggiori competenze nel riconoscere vissuti e comportamenti; orientare a risposte più competenti; supportare le funzioni genitoriali ed educative.

Nel primo incontro sono state individuate alcune **"regole"** volte a favorire un buon clima e a tutelare il gruppo quale "luogo sicuro".

Temî e contenuti emersi

I genitori si sono identificati principalmente sull'essere genitori di ragazzi in giovane età, sul bisogno diffuso di ascolto, sulla confusa e ambivalente relazione con i figli.

Aleggiava tra i partecipanti una sottesa richiesta di soluzioni e ricette, emergeva la fatica a mettere in campo pensieri ed esperienze intorno alla relazione con i figli.

Nel percorso i genitori hanno iniziato a riconoscere e verbalizzare emozioni e vissuti intensi quali rabbia, senso di colpa, vergogna, paura, impotenza.

La rabbia spesso era connessa a profondi vissuti di delusione narcisistica; la colpa si correlava ad una percezione fallimentare del ruolo genitoriale; l'impotenza si amplificava nella competizione con la sostanza, identificata "quale nemico da sconfiggere"; la paura aumentava la percezione di un mondo esterno

minaccioso a fronte di un mondo interno protettivo e rassicurante (famiglia e comunità); la vergogna era connessa al timore di uno sguardo esterno giudicante. Gli incontri hanno evidenziato le strategie "disfunzionali" messe in atto dai genitori: negazione e proiezione della colpa, per individuare un colpevole esterno (amici, cattive compagnie, società) e proteggere le parti buone del sé; assunzione eccessiva della colpa che paralizzava la messa in gioco di competenze; delega del ruolo educativo conseguente ad un vissuto di impotenza; ipercontrollo e protezione come difesa dalla paura; oscillazione tra un passato imm modificabile e un futuro in cui tutto cambia magicamente, che allontanava dalla possibilità di mettersi in gioco nel qui ed ora.

Altri contenuti emersi hanno riguardato tematiche relative alla relazione di coppia genitoriale: movimenti collusivi della coppia contro il figlio o tra un genitore ed il figlio contro l'altro genitore, all'interno di una relazione di coppia in cui il gioco era scaricare reciprocamente la responsabilità.

Il confronto tra genitori ha consentito l'emergere di posizioni diverse e di uno sguardo più articolato su una realtà complessa che rifugge da letture banalizzanti e riduttive.

I genitori hanno iniziato a sperimentare la possibilità di:

- Riconoscere le emozioni e gestirle in modo più competente, per evitare l'oscillazione tra posizioni estreme (tutto/niente, dentro/fuori, impotenza/onnipotenza);
- Riscoprire le proprie competenze, passando dalla delega all'accompagnamento all'interno di una rete di sostegno complessa e integrata (operatori, genitori, contesto sociale);
- Ritrovare la capacità di empatizzare con i figli riconoscendo le reciproche fatiche e fragilità;
- Sperimentare appartenenza e condivisione per uscire dalle dimensioni della vergogna e dal timore del giudizio che alimentano solitudine e isolamento;
- Ritrovare una alleanza della coppia genitoriale, per evitare elementi disfunzionali o collusivi nella relazione con il figlio.

In momenti idonei, oltre che su esplicita richiesta dei genitori sono state fornite informazioni sugli aspetti sanitari, psicologici e legali legati alle sostanze stupefacenti.

Conclusioni

Le esperienze attivate hanno rappresentato una prima sperimentazione che richiede di essere rivista e affinata, al fine di introdurre una prassi diffusa, consolidata e verificata.

Per migliorare le modalità di aggancio e di invio, l'organizzazione futura ha ipotizzato la calendarizzazione degli incontri, con una proposta di 3-4 percorsi di gruppo definiti all'inizio di ogni anno. Si è definita la proposta di decentrare l'esperienza di gruppo nelle sedi periferiche, con l'eventuale accorpamento di sedi vicine, al fine di poter garantire gruppi adeguati numericamente e più facilmente accessibili nella distanza. Si è inoltre riflettuto sull'opportunità di individuare sedi in spazi esterni ai Ser.T (es. consultori familiari) al fine di evitare rischiosi processi di connotazione dei ragazzi in termini tossicomani.

2

COME L'INTEGRAZIONE A TRE LIVELLI CONTIENE UNA PSICOSI

a cura di **Sonia Biscontini*** e **Loredana Mancini****

**Medico psichiatra, Direttore del Dipartimento Dipendenze della ASL2 dell'Umbria (Foligno-Spoleto-Valnerina-Terni-Narni-Orvieto)*

***Psicologa e psicoterapeuta esperta in gruppoanalisi, svolge attività libero professionale con incarico di consulente in qualità di psicologa clinica, psicodiagnosta e psicoterapeuta presso il Servizio per le Dipendenze della ASL2 di Foligno. L'esperienza professionale è resa possibile attraverso l'integrazione tra il servizio pubblico ed il privato sociale della Cooperativa "La Tenda" di Foligno.*

A. è una ragazza di 17 anni.

Arriva al servizio "Girovento" del Dipartimento Dipendenze-sede di Foligno- (dedicato ad utenti giovani con problematiche di uso/abuso) nel maggio 2014, dopo cinque mesi intessuti da una serie di, più o meno lunghi, ricoveri sia presso ospedali pubblici che cliniche private per un presunto esordio psicotico forse accelerato da un abuso di cannabinoidi. Il padre prende contatti telefonici con il servizio stesso ed in particolare con la dott.ssa Biscontini Sonia.

Nonostante la distanza fisica tra il piccolo paese umbro nel quale risiede la famiglia della ragazza e il servizio per le dipendenze di Foligno, questo ostacolo non appare rappresentare un problema per una richiesta di aiuto che sembra ormai votata alla ricerca spasmodica di una soluzione a qualsiasi costo e connotata emotivamente di un carico enorme che "costringe" la famiglia a spostarsi da una parte all'altra dell'Italia per contattare i migliori psichiatri e psicoterapeuti.

Sia la ragazza stessa che la sua famiglia sono, infatti, esasperati da un periodo di lungo disagio al quale, con grande difficoltà e in modo piuttosto disorganizzato, sembrano aver fatto fronte quando giungono al servizio. L'arrivo, che avviene in "gruppo" (padre, madre, fratello e A.), fa prendere avvio inizialmente ad una normale procedura di accoglienza che vede coinvolte diverse figure professionali come da prassi del servizio: psicologo, psichiatra, assistente sociale, medico, educatore.

A fronte di una famiglia che si stava frammentando (così come un buon funzionamento psicotico comanda) tra una clinica psichiatrica sita in Lombardia, uno psicoterapeuta familiare in Toscana ed uno psichiatra nel Lazio, questo *primo livello* di integrazione che oltrepassa la prospettiva individualistica e coinvolge un'equipe multidisciplinare appare funzionale a stabilizzare "l'aggancio" della famiglia con il servizio stesso ed a creare un gruppo di professionisti con ruoli diversi che, oltre ad accogliere, può progettare un programma di intervento terapeutico congruente e mirato. Quando una

persona o una famiglia si rivolge ad un servizio per una diagnosi o per una richiesta di cura, che cosa è importante? In quante persone, luoghi e storie è organizzata quella particolare domanda? In altre parole, non si tratta di passare da uno stato di "contaminazione" soggettiva a uno di "asettica" scientificità o il contrario, ma di accogliere responsabilmente l'idea di transitare entro varie premesse e cornici di contesto, presupposti, cercando di orientare questi continui passaggi. È difficile a questo punto non ammettere che non si può non categorizzare, né evitare di collegare eventi secondo i propri modelli personali, o costruire mappe secondo talune concezioni, né evitare di agire con le persone sulla base di una qualche pre-comprensione di esse. Si potrebbe cominciare a tollerare il pensiero che non esistono modi oggettivi o neutri di trattare l'alterità, sia essa insita nel cliente-utente che nei colleghi di lavoro? Paradossalmente altrimenti non sarebbe pensabile occuparsi o farsi carico delle implicazioni e delle conseguenze diverse derivanti dai diversi modi di raccontare la realtà circostante, specialmente nel caso del paziente psicotico. Si tratterebbe non tanto di far discendere un risultato da un corpus tecnico e teorico costruito, quanto di utilizzare la propria "tecnicità" come bussola verso la riflessione individuale e di gruppo con l'equipe professionale di riferimento, al fine di reperire categorie fondanti le specifiche modalità di intervento che possano fornire modelli operativi specifici.

Dopo un periodo di circa due settimane di osservazione i sintomi della ragazza, nonostante una potente terapia farmacologica impostata precedentemente all'arrivo della ragazza al servizio, appaiono peggiorare visibilmente, con deliri, allucinazioni di vario genere e comportamenti aggressivi verso i suoi familiari così violenti da richiedere un ricovero immediato presso l'ospedale di Foligno (in SPDC). Qui il gruppo di lavoro del servizio, nonostante una fortissima resistenza della famiglia e di A. stessa, prende contatti ed integra nell'equipe professionale la psichiatra dell'ospedale che si prende cura della ragazza, la quale imposta una nuova terapia farmacologica che sembra, già dai primi giorni, trasformare e riportare tutto il nucleo familiare ad un contatto più aderente alla realtà. Il padre, ad esempio, che da sempre aveva rimarcato l'idea ferma che il problema della figlia fosse solo l'uso eccessivo di sostanze, comincia a rendersi conto che esiste anche un problema di natura psichiatrica, che riguarda non soltanto la sofferenza della ragazza ma di tutto un quadro familiare in crisi. Emergono, sempre in questo frangente temporale, il forte disagio della madre e del figlio maschio che in questo ultimo periodo hanno sospeso completamente la loro dimensione vitale e fermato il tempo abbandonando rispettivamente lavoro e scuola per seguire le sorti di questa angosciante situazione. Prende corpo in questo periodo la tecnica (ormai variamente sperimentata dal servizio Girovento) del "gruppo sul caso" dove tutti gli operatori coinvolti nella situazione si fermano intorno ad un tavolo a soppesare il quanto fatto ed a riflettere in modo congiunto e condiviso sul da farsi.

Questo **secondo livello** di integrazione che vede coin-

volte diverse figure professionali del **servizio pubblico** (sia esterne che interne al servizio per le dipendenze) che del **servizio privato** permette di creare una rete che sostiene e trova una possibile strategia di intervento. Ricomprende anche lo psichiatra dell'SPDC e l'assistente sociale del comune di residenza della ragazza (c'era, infatti, un fascicolo aperto al tribunale minori a causa di una pregressa fuga da casa della minore). Si ipotizza e rende fattibile il progetto di proporre alla ragazza e ai suoi familiari un periodo di distacco dalla famiglia, così a lungo invischiata e intrappolata entro se stessa, in una comunità per adolescenti. Viene scelta la Comunità Educativa per Minori "La Tenda" sita a Foligno con l'idea di poter mantenere vicina l'utente alle figure di cura a cui stanno sempre più facendo riferimento (non troppo lontana dalla residenza della famiglia). Si concorda un periodo a breve termine per monitorare gli esiti e gli eventuali sviluppi. I risultati sembrano andare nella direzione sperata tanto che A. riesce in questo contesto ad avviare un percorso di psicoterapia con l'obiettivo di cercare di ristrutturare un'identità ormai devastata ed a scalare parte della terapia farmacologia (all'interno della psicoterapia emerge abuso pregresso di sostanze stimolanti oltre che di cannabis).

Anche gli educatori da diversi mesi afferiscono e hanno un importantissimo ruolo attivo all'interno del "gruppo sul caso" dando avvio ad un **terzo fondamentale livello** di integrazione **tra ambito sociale ed ambito sanitario** che sviluppa le sue prerogative in un intervento di ricostruzione di una rete sociale ed affettiva per la ragazza sul territorio, la ripresa di un percorso scolastico da tempo abbandonato, la finalità di recuperare la capacità di intessere relazioni affettive funzionali e soddisfacenti.

Attualmente A. sta assumendo una terapia farmacologica consistente in: aripiprizzolo 20mg./die e valproato 500 mg./die; le allucinazioni uditive e visive sono sparite quasi completamente (sono presenti solo in momenti di forte tensione emotiva) non è più aggressiva, ha ripreso gli studi, fa delle uscite programmate con amiche, vede la sua famiglia regolarmente due volte a settimana e sta cercando di scegliere un'attività extrascolastica da frequentare. Sia la madre che il padre hanno ripreso la loro attività lavorativa e sono seguiti da due terapeuti singolarmente (dopo un tentativo fallito di terapia di coppia) ed hanno colloqui bimestrali con la psicoterapeuta che segue ormai stabilmente la figlia. Il fratello ha recuperato l'anno scolastico perso e prosegue il suo percorso scolastico con un possibile progetto per un'accademia militare ancora in fase di ripensamento. L'obiettivo che ci siamo dati è quello di provare a modificare almeno alcune delle dinamiche familiari che riteniamo essere all'origine dell'abuso di sostanze da parte di A (figlia considerata "perfetta" prima di allora).

La costruzione di un percorso terapeutico competente dovrebbe essere volto alla promozione di capacità che rendano possibile l'organizzazione delle rappresentazioni e auto-rappresentazioni, le quali implementino le personali capacità di consapevolezza di sé nel contesto e che rendano abile il soggetto a tenere presenti contemporaneamente sé, contesti, relazioni, risorse

e vincoli rintracciabili. I servizi territoriali, almeno come significato letterale, vivono tra le culture, i gruppi e le persone che di quelle culture sono i portatori attivi e all'interno delle interazioni si moltiplicano, si intendono e fraintendono, si definiscono e ridefiniscono. Astrattamente si può scegliere di evitare di farsi carico di queste azioni e retroazioni relazionali, rinchiudendosi nella ripetizione del già detto, del già fatto, rendendosi prigionieri di sterili schemi tautologici, ma operativamente è impossibile non tenere conto di tutto ciò che, sfuggendo a piani di previsione, progettazioni e programmazioni, tracima dai e nei visuti di chi lavora nei servizi e nella funzione terapeutica di chi ne usufruisce.

3

CONDIVIDERE, COOPERARE, COPROGETTARE ESPERIENZE DI PREVENZIONE DEL DISAGIO GIOVANILE NELL'AREA DELLE DIPENDENZE: Progetto "Friends" e Progetto "Integrazione degli Interventi"

Ciaramitaro Marina*, **Bova Antonina****
Berardi Marco***, **Ripoli Giovanna******
Natala Barbagallo*****
Maria Laura Stancampiano*****
Spinnato Giampaolo*****

**Dirigente Psicologo – UOC Dipendenze Patologiche
Asp Palermo*

***Dirigente Medico – UOC Dipendenze Patologiche Asp
Palermo*

****Educatore Professionale – UOC Dipendenze
Patologiche Asp Palermo*

*****Dirigente Pedagogista – UOC Dipendenze
Patologiche Asp Palermo*

******Dirigente Psicologo – UOS Ser.T Termini Imerese
Asp Palermo*

******Dirigente Psicologo – Consultorio Noviziato Asp
Palermo*

******Dirigente Medico – UOS Ser.T PA2 Asp Palermo*

Negli ultimi anni, nell'ottica della metodologia di rete, l'UOC Dipendenze Patologiche ha attuato un sistema di collaborazione attraverso protocolli operativi con i Ser.T e altri servizi dell' A.S.P. di Palermo (Uffici Educazione alla Salute, Consultori, U.O. Comunicazione e Informazione, etc.), Pubbliche Amministrazioni (Prefettura, Scuole, Enti Locali) e realtà del no profit e del volontariato.

I Progetti "Integrazione degli Interventi" e "Friends", insieme agli operatori del privato sociale e ai docenti delle scuole, hanno evidenziato la peculiare positività del lavorare insieme nel condividere, cooperare, coprogettare al fine di costruire *buone relazioni*, per favorire la salute e il benessere in adolescenza. Sono state inoltre osservate, spiegate e valorizzate, le relazioni più significative per una corretta crescita emotiva dei ragazzi (genitori, docenti, operatori sanitari, adulti significativi, coetanei, etc.).

Il Progetto "Integrazione degli Interventi" ha previsto la realizzazione delle seguenti attività:

- **Sportello d'ascolto** - a scuola - dedicato agli adolescenti e alle famiglie per un'azione di prevenzione e promozione della qualità della salute;
- **Incontri** a scuola dedicati a gruppi costituiti da 1/2/3 classi di studenti con finalità informativa;
- **Ambulatorio** dedicato al *contenimento del rischio*

con sportello clinico di consulenza per adolescenti e famiglie.

Il Progetto "Integrazione degli Interventi" e il Progetto "Friends" in sinergia hanno previsto la realizzazione delle seguenti attività:

- **Incontri** a scuola dedicati a gruppi di studenti con finalità informativa e con i seguenti obiettivi formativi:
 - 1) favorire un percorso di conoscenza di sé, degli altri, del contesto di appartenenza, al fine di aumentare il livello di consapevolezza dei ragazzi, sugli effetti delle azioni in relazione al contesto;
 - 2) contribuire a sviluppare una competenza contestuale che aiuti a riconoscere le richieste esplicite ed implicite che provengono da chi ci sta intorno;
 - 3) implementare il livello di consapevolezza sul significato dei comportamenti in relazione al luogo in cui il giovane si trova e alle aspettative che pensa gli altri abbiano su di lui;
 - 4) implementare il pensiero critico, cioè la capacità di leggere i contesti e riconoscere i vincoli, lavorando sulla propria autostima, sviluppando una maggiore consapevolezza di sé e dei propri ruoli.
- **Formazione** dedicata ai docenti, finalizzata a fornire nuovi strumenti per individuare le diverse espressioni del disagio giovanile e per gestire le situazioni a rischio anche attraverso l'analisi degli stili di vita e degli attuali modelli di consumo di sostanze.
- **La ricerca** finalizzata ad esplorare lo stile di vita degli adolescenti e le informazioni in possesso dei ragazzi sulle sostanze e sui loro effetti, il livello di autostima e la qualità delle relazioni familiari. Gli strumenti utilizzati sono:

- **Questionario - P.A.C.S.S. - Percezione ed Attribuzione Caratteristiche Sostanze stupefacenti** -

Costituito da 27 item per la valutazione delle premesse legate alla diversa percezione del rischio in adolescenza (negli adolescenti valuta la sottostima delle situazioni di rischio).

Autori: A.C. Casiglia, M. Ciaramitaro, G. Ripoli, G. Spinnato, M.L. Stancampiano

- **Test TMA** - valutazione multidimensionale dell'autostima -

È stata utilizzata la *-Forma ridotta a 57 item-*

Autori: G. Manna, A. Mirisola, S. Boca

Test R.A.R. - Relazioni-Accudimento-Regole

Autori: G. Ripoli, M. L. Stancampiano

Dall'esperienza e dalla ricerca è emerso che tra i fattori che proteggono i giovani dai comportamenti a rischio e dal disagio in generale, si distinguono la qualità delle relazioni dei giovani con i genitori e i docenti, la qualità dell'accudimento che i genitori possono svolgere nei confronti dei figli e, infine, il ruolo educativo delle regole.

Per quanto riguarda le regole è emerso un rapporto contraddittorio tra il riconoscimento dell'importanza delle regole e la loro reale messa in atto; pertanto consideriamo importante una riflessione sull'importanza

nel far rispettare le regole e quindi far percepire ai ragazzi un equilibrio tra contenimento e controllo, sulla negoziazione delle regole e sul modo in cui farle rispettare.

Inoltre si evince quanto sia utile lavorare sulla relazione genitori/figli, coinvolgendo nei progetti di promozione alla salute entrambi i genitori, in particolare modo la figura paterna che dai dati risulta meno presente o percepita tale dai ragazzi, anche per mediare vecchie regole con nuove, più consone all'evoluzione della struttura familiare in funzione dei figli adolescenti.

Anche la scuola ha un ruolo fondamentale come fattore protettivo per quei ragazzi che la frequentano con regolarità, che sentono di essere considerati affidabili dai docenti, che si impegnano nello studio e che percepiscono di essere stimati anche dai loro genitori i quali ne riconoscono l'impegno scolastico.

Dai dati emersi si evince anche che in situazioni di disagio la maggioranza dei ragazzi non si rivolge ai docenti, per tale motivo il secondo anno di formazione ai docenti ha centrato la riflessione sul rapporto professori/alunni, soffermandosi sulle difficoltà che gli insegnanti possono incontrare nel rispondere alle necessità emotive e cognitive degli alunni.

Dall'esperienza dei Progetti *Integrazione degli Interventi e Friends* è nata l'idea di incontrare un gruppo di genitori che lavorasse all'interno della scuola insieme agli operatori del Ser.T di Termini Imerese per una riflessione sul ruolo genitoriale e sulle potenzialità e problematicità nelle relazioni con i figli adolescenti. Il laboratorio, replicato per tre anni scolastici, è stato svolto all'interno del Liceo Psicopedagogico di Caccamo, coinvolgendo 15 genitori degli alunni delle classi prime e seconde, che volontariamente hanno aderito all'idea progettuale, presentata durante un primo incontro informativo.

Il nome del progetto "L'albero della Vita" è stato scelto e utilizzato come metafora trigenerazionale:

- Le *radici*: i nonni (genitori nel loro rapporto con l'essere stati figli)
- Il *fusto*: i genitori (nella loro relazione con i figli)
- La *chioma*: i figli (evoluzione della famiglia)

In una lettura temporale tale metafora è stata utile per dare spazio alle tre prospettive relative al passato-presente-futuro.

Le modalità di ascolto, comunicazione e condivisione hanno favorito il passaggio della "classe genitori" da elementi individuali a gruppo che dialoga e si confronta, favorendo così l'acquisizione di nuove competenze relazionali.

Il lavoro sull'ascolto ha permesso l'accettazione reciproca nel rispetto e nella valorizzazione delle differenze individuali.

Interessante è stato il coinvolgimento personale di ognuno di loro nel ripartire dalle proprie radici per esplorare incontro per incontro quanto radici, fusto e chioma, ovvero passato, presente e futuro sono interdipendenti. L'idea positiva e trasversale che abbiamo voluto trasmettere è stata quella del cambiamento come evoluzione costruttiva all'interno delle relazioni.

Bibliografia

- In C. Galimberti & G. Scaratti (2010). (Eds.) *Epistemologia della complessità nella ricerca psicologica. Contributi di psicologia*. Vita e Pensiero: Milano.
- S. Bonino (2005). *Il fascino del rischio in adolescenza*. Firenze: Giunti.
- G. V. Caprara & A. Fonzi (2000). (Eds.) *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale* Firenze: Giusti.
- S. Bonino E. Cattelino, & S. Ciairano (2007). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Giunti: Firenze.
- Caprara, G.V. & A. Fonzi (2000). (Eds.), *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale* (pp. 59-89). Giunti: Firenze.
- Cattelino, E. (2000). *In Nucleo Monotematico: Relazioni tra i pari e benessere psicosociale in adolescenza. Età evolutiva, 65*, pp.102-11.
- Cattelino, E., Calandri, E., & Bonino, S. (2001). Il contributo della struttura e del funzionamento della famiglia nella promozione del benessere di adolescenti di diverse fasce di età. *Età Evolutiva, 69*, pp. 49-60.
- Gini, G., Albiero, P., & Benelli, B. (2005). Relazione tra bullismo, empatia e autoefficacia percepita in un campione di adolescenti. In *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 3*, pp.457-72.
- Malagoli Togliatti, M., & Ardone, R. (1996). *Adolescenti e genitori. Una relazione affettiva tra potenzialità e rischi*. Carocci: Roma.
- Scabini, E., (1995). *Psicologia sociale della famiglia. Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Zani, B. (1997a). L'adolescente e la famiglia. In A. Palmonari (Ed.), *Psicologia dell'adolescenza* (pp. 202-24). Il Mulino: Bologna.

4

DIAGNOSI PRECOCE PER UN INTERVENTO TEMPESTIVO: TRA RISCHIO E PROTEZIONE

Coppin Paola, medico psicoterapeuta, Coordinatore Servizio Diagnosi Precoce, Ser.T Conca

Tiziana Antonini, psicologo psicoterapeuta, Prevenzione Specifica

Daniela Gavarini, ed. professionale, Ser.T Conca

Antonella Possi, psicologo psicoterapeuta, CFI/Ser.T Conca

Francesca Sassella, medico psichiatra, Ser.T Conca

Corrado Celata, dirigente Resp. Att. Prevenzione Specifica Dipartimento Dipendenze Asl Milano

Paola Sacchi, medico psichiatra Dir. SC Ser.T 2 Dipartimento Dipendenze Asl Milano.

In ambito psichiatrico la questione del riconoscimento e della gestione degli esordi psicotici nei giovani è un tema di grande interesse: la diagnostica precoce permette l'intervento tempestivo e aumenta notevolmente le possibilità di guarigione e il miglioramento del decorso di malattia. Tale modello può fornire spunti utili per ripensare e operare in termini "precoci" anche nel campo delle dipendenze patologiche.

Nell'area delle tossico/alcol dipendenze la Diagnosi Precoce si configura come "attività diagnostica specifica" relativa agli esordi della dipendenza patologica indipendentemente da età e sostanza: si osserva la fase iniziale del consumo.

La tossicodipendenza è una psicopatologia, una malattia curabile con successo: i risultati migliori si ottengono proprio in relazione alla precocità dell'intervento multidisciplinare grazie ad una raffinata strategia diagnostica dei sintomi recenti.

Nella dipendenza patologica l'osservazione del lungo tempo di latenza (anni) dall'esordio alla presa in carico nei Servizi suggerisce un'attenta analisi dei diversi aspetti di criticità e danno iatrogeno: i fenomeni di stigmatizzazione relativi alla tossicodipendenza, ai servizi (Ser.T) ed alla fase trattamentale del paziente; la difficoltà nel distinguere i sintomi da una "normale" esperienza adolescenziale; il rischio di intercettare falsi positivi cui può conseguire l'immissione incongrua nei sistemi di cura.

Gli aspetti di complessità presenti in una logica di diagnosi precoce sono diversi e meritevoli di attenzione: il cambiamento culturale, le modificazioni dell'atteggiamento nei confronti della malattia e del consumo, la trasformazione organizzativa dei servizi e della prassi di intervento rappresentano tre fattori che impattano sull'applicazione dell'approccio metodologico diagnostico precoce.

In questi anni lo studio dei mutamenti socioculturali ha permesso di osservare e verificare come siano realmente cambiate le modalità di assunzione e le carat-

teristiche della popolazione che usa sostanze legali e/o illegali. Attualmente il consumo di sostanze appare trasversale alla popolazione: sono coinvolti gli adolescenti, i giovani e gli adulti che affrontano quotidianamente le difficoltà nel complesso contesto attuale di vita (lavoro, famiglia, relazioni sociali). L'esordio più frequente riguarda statisticamente i giovani anche minorenni.

La Diagnosi Precoce permetterebbe la valutazione del "rischio" di diventare tossicodipendenti rispetto all'uso sperimentale/ricreazionale: l'attività presenta aree di sovrapposizione con quella che in letteratura viene definita Prevenzione Indicata destinata a soggetti ad alto rischio con minimi ma rilevabili segni o sintomi che prefigurano il disturbo, senza necessariamente soddisfare i criteri per entrare a pieno titolo nella diagnosi di tossicodipendenza.

Dal punto di vista metodologico si utilizza una impostazione diagnostica di valutazione del rischio con l'individuazione e la verifica sia di fattori di rischio sia di fattori protettivi. L'approccio richiede cautela ed attenzione: si sottolinea in particolare l'evidenza di quanto possa essere preoccupante per l'adolescente e la sua famiglia interpretare aspetti trasgressivi funzionali alla crescita come sintomo di patologia conclamata, sono altresì note quali possano essere le conseguenze del ritardo diagnostico.

Si propone un vertice di osservazione attento rispetto ai vantaggi della Diagnosi Precoce per un intervento tempestivo ed efficace: si considera realizzabile una riduzione della morbilità, un processo di guarigione più rapido e una prognosi migliore, il mantenimento delle abilità psicosociali e lo sviluppo delle risorse personali, l'integrità/incremento delle reti familiari e relazionali, una ridotta ospedalizzazione (es. la comorbilità), la riduzione infine dei costi economici di sistema.

La Diagnosi Precoce si configura come un insieme di attività svolte all'interno di un Servizio per le Dipendenze Patologiche. L'attività diagnostica si propone l'obiettivo di stilare un profilo di rischio (basso - medio - alto) rispetto alla possibilità di sviluppare o meno una dipendenza patologica partendo dallo stato di esordio sintomatologico (sintomo inteso come segno): le azioni sono differenziate per situazione e l'intervento è individualizzato. La standardizzazione riguarda gli strumenti e la prassi, non i pazienti che accedono al Servizio.

In sintesi le attività svolte/offerte: consulenza/consultazione al paziente giovane/adulto, ai minori e agli adolescenti, alle relative famiglie/genitori; colloqui clinici di prevenzione ed individuazione delle risorse/valutazione del rischio, follow-up ed eventuale trattamento se uso problematico. Ad oggi la durata della valutazione del rischio effettuata nei minorenni accolti come servizio Diagnosi Precoce, dalla apertura della cartella del soggetto (ciclo diagnostico) alla restituzione alla famiglia, varia dai 60 ai 90 giorni. Il numero dei pazienti in carico per la valutazione del rischio di sviluppare una dipendenza rappresenta un terzo degli accessi totali di famiglie al Servizio di Diagnosi Precoce. Il tempo medio di presa in carico dei pazienti con cartella aperta è di 12 mesi: la prevalenza del



medio rischio nelle valutazioni finora effettuate permette di utilizzare le risorse disponibili in ambito clinico presso il Sert. Si offre un monitoraggio tossicologico/sanitario e psicologico per confermare e/o rivalutare il tipo di rischio individuato nella prima fase diagnostica. Si prevede nel caso dei pazienti ad alto rischio un trattamento precoce educativo grazie alla collaborazione con l'Attività di Prevenzione Specifica (Prevenzione Indicata) e la messa in campo delle risorse/competenze degli operatori afferenti a tale organizzazione.



5

GIOVANI TOSSICODIPENDENTI DI OGGI IN TRATTAMENTO RESIDENZIALE: CHI SONO E DI COSA NECESSITANO?

Cristofalo P.*, Parolin, M., Simonelli A.*****

**Psicologa, Psicoterapeuta, Direttrice Comunità Terapeutica "Villa Renata"*

***Psicologa, Borsista di ricerca. Università di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione*

****Psicologa, Psicoterapeuta, Ricercatrice. Università di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione*

Introduzione. Attualmente, l'ambito del trattamento del disturbo da dipendenza da sostanze in giovane età pone considerevoli sfide, che richiedono continue evoluzioni e adeguamenti. In primo luogo, al seguito del movimento evidence-based, il bisogno di riscontri empirici e verificabili rispetto ai dispositivi di trattamento erogati, nei termini di garanzia di efficacia e di ottimizzazione delle risorse. Tuttavia, ad oggi, emerge la carenza di ricerche sugli esiti del trattamento in giovane età in generale, e nello specifico, di valutazione del trattamento residenziale (Tranner-Smith, et al., 2013; Winters, et al., 2011). Le modalità di intervento devono inoltre porsi in sintonia con il costante mutare del fenomeno, che si caratterizza per il diffondersi del poliabuso, nuove sostanze di sintesi, esordio precoce e un numero in crescita di utenti in carico con meno di 25 anni (DPA, 2013; OEDT, 2012; EMCDDA, 2013). Ne conseguono criticità relative ad un quadro personale e cognitivo ancora in evoluzione, di difficile comprensione e di scarsa conoscenza. Il neurosviluppo in età adolescenziale, che coinvolge primariamente le aree prefrontali (Rubia, et al., 2000), implica una vulnerabilità sia verso l'uso di sostanze sia i loro effetti (Crews, et al., 2007) ed evidenze empiriche attestano l'effetto neurotossico di una varietà di sostanze, con deficit neuropsicologici spesso durevoli nel tempo (Bartzokis, et al., 2002; Lisdahl, et al., 2013; Jacobsen, et al., 2004; Pau, et al., 2002; Tapert, et al., 2002). La tossicodipendenza in giovane si associa ad altre consistenti disfunzionalità: un funzionamento emotivo inadeguato, con forti tratti di alestitimia, sensation seeking e insufficienti abilità di gestione dello stress (Dorard, et al., 2008; Eftekhari, et al., 2004; Romer, et al., 2007), stili di attaccamento insicuri e profili di personalità psicopatologici (Moran, et al., 2006; Schindler, et al., 2005). Risulta quindi fondamentale l'implementazione di esperienze cliniche di integrazione sia sul piano del trattamento, con l'articolarsi di interventi di diversa natura, sia rispetto all'inserimento sistematico delle metodologie di ricer-

ca empirica nel dispositivo terapeutico.

Obiettivi. Attraverso l'illustrazione dei risultati emersi dal progetto P.A.T.W.A.Y. (Psychological Assessment and Treatment with Addicted Youth), nato dalla collaborazione tra la Comunità Terapeutica Villa Renata di Venezia e l'Università di Padova e basato sull'implementazione di un protocollo psicodiagnostico multi-method e longitudinale (a 1, 6, 12 mesi) si intende presentare un'esperienza di integrazione tra trattamento residenziale per giovani tossicodipendenti di tipo educativo e terapeutico, psicodinamicamente orientato, e un impianto di ricerca empirica rivolto all'assessment psicodiagnostico. Un primo sotto-obiettivo intende offrire un contributo alla conoscenza del profilo psicodiagnostico che caratterizza i giovani tossicodipendenti in trattamento residenziale (età 18-24). In secondo luogo, ci si propone di individuare le aree di funzionamento psicologico di maggiore criticità e centralità e, quindi, eleggibili a focus del trattamento.

Metodo. La ricerca ha coinvolto 27 utenti tra i 18-24 anni, a cui è stato somministrato all'ammissione in Comunità Terapeutica un protocollo multi-method, multi-informant (affiancando ai self-report metodologie di etero-valutazione, con il coinvolgimento degli operatori di comunità) e integrato. Le aree oggetto di indagine comprendono: sintomatologia attuale (SCL-90-R; Sarno, et al., 2011), funzionamento globale (GAF; APA, 2000); profilo neuropsicologico (ENB2; Mondini, et al., 2011), funzioni esecutive (ADD; Del Corno, et al., 2007), locus of control (Nigro, et al., 1982), coping (COPE-NVI; Sica, et al., 2008), alestitimia (TAS-20; Bressi, et al., 1996; OAS; Haviland, et al., 2000), intelligenza emotiva (EQ-i; Franco, et al., 2009), sensation seeking (sss-vi; Galeazzi, et al., 2003), profilo di personalità (SWAP-200; Westen, et al., 2003) e attaccamento (AAI; Main, et al., 1985).

Risultati. Il gruppo di soggetti valutati presenta un'età media di 20,96 anni ($\pm 2,48$) ed è costituito in prevalenza da maschi, con il 40,7% di femmine (N=11).

Sintomatologia e funzionamento globale. Il funzionamento globale del campione, valutato tramite GAF, risulta per lo più inadeguato, in quanto inferiore al cut-off di 70 per l'81,5% dei soggetti, maggioranza statisticamente significativa [$\chi^2=10,704$, $p=.001$]. Similmente, la check-list SCL-90-R riporta che il 62,9% dei soggetti presenta un disagio psichico di grado clinico, quadro in cui le dimensioni sintomatologiche più rappresentate sono quelle della depressione (62,9%) e dell'ansia (59,2%) [Q di Cochran ($df=8$)=17,304 sig].

Funzionamento cognitivo. La valutazione del funzionamento neuropsicologico tramite ENB-2 ha rilevato la presenza di un profilo cognitivo inadeguato nel 59,2% (N=16) dei soggetti e ha inoltre individuato nelle abilità mnestiche (Test Memoria Prosa Immediata) e attentive (TmtB) i domini cognitivi più frequentemente compromessi, rispettivamente nel 40,7% e nel 66,7% dei casi [Q di Cochran ($df=15$)=58,119 sig]. I soggetti sembrano di fatto riscontrare difficoltà in quei

Tab. 1

<p>Profilo scolastico-lavorativo 66,1% licenza elementare-media 10,3 anni scolarità 85,2% da 1-3 bocciature 70,4% interruzione scolastica 74,1% disoccupazione</p>	<p>Contesto familiare Td di almeno un genitore, attuale o passata, 57,7% Esposizione in utero alle sostanze stupefacenti 37,5% Esperienze di abuso-maltrattamento 48,1% Abitazione con famiglia origine 85,1%</p>
<p>Trattamento Età primo contatto con T.Ser.T. 17,93 Tempo tra aggancio Ser.T. e arrivo in CT 3,04 anni Da 1 a 3 esperienze CT precedenti 51,9% Terapia sostitutiva: 55,6% Terapia psicofarmacologica 81,5 à benzodiazepine 72,7%; 36,4% SSRI; 54,5% neurolettici</p>	<p>Dipendenza da Sostanze Età esordio sostanze 13,67 Età esordio sostanze pesanti 15,85 à tempo intercorso 2,22 Poliabuso 81,5% Sostanza primaria: Eroina 69,2%; Cocaina 19,2% Uso sostanze sintetiche, 74,1% à metanfetamine 70,4%; allucinogeni 59,3%; ketamina 44,4% Uso psicofarmaci non prescritti 44,4% Uso metadone illegale 53,8% Da 1a3 episodi overdose 37%</p>

compiti della quotidianità che richiedono il coinvolgimento delle capacità di memoria di lavoro (51,9%), come attestato dalle scale ADD, che indicano come critiche anche le capacità di controllo esecutivo degli affetti (55,6%).

Locus of control e coping. La presenza di un locus of control esterno caratterizza una quota consistente dei partecipanti (48,1%), la cui maggioranza, secondo il giudizio dell'operatore di riferimento, presenta infatti anche inadeguate capacità di coping in maniera diffusa, con valori sottonorma in almeno due ambiti per il 74,1% dei casi [$\chi^2=6,259$, $p=.012$]. I soggetti sembrano ricorrere preferibilmente a modalità evitanti (55,6%) e appaiono in particolar modo incapaci di adottare un'attitudine positiva (63%) e un orientamento concreto al problema (74,1%) adeguati [Q di Cochran ($df=3$)=17,123 sig]. Tale quadro non trova riscontro nei risultati dell'auto-valutazione dei partecipanti, che tendono a non essere consapevoli di queste difficoltà, riportando minori difficoltà [McNemar, $p=0,013$].

Funzionamento affettivo. Emerge la presenza di forti tratti Alessitimici nel caratterizzare il funzionamento emotivo della maggior parte del campione (85,2%), come individuato dal terapeuta individuale al test OAS [$\chi^2=13,370$, $p=.000$], in virtù di punteggi sopra-norma nella scala "distanziamento" (77,8%) e "incapacità di insight" (74,1%) [Q di Cochran ($df=3$)=37,603 sig]. Anche in questo caso emerge una scarsa consapevolezza delle proprie problematiche da parte dei soggetti, che si riconoscono un disturbo Alessitimico solo nel 37% dei casi [McNemar, $p=.001$]. Un secondo tratto distintivo viene rintracciato in quote elevate e superiori ai valori normativi di sensation-seeking per la maggior parte dei soggetti, sia relativamente alla scala "esperienze di avventura" (55,6%) sia "esperienze di disinibizione" (77,8%) [$\chi^2=8,333$, $p=.004$]. Tuttavia, la maggior parte dei soggetti nega l'intenzione di coinvolgersi ancora in comportamenti simili [$\chi^2=4,481$, $p=.034$] [$\chi^2=8,333$, $p=.004$]. In linea con i primi risultati, il questionario IBC riporta un grado elevato di coinvolgimento in comportamenti pericolosi e di potenziale incidenza durante l'infanzia nella maggior parte del campione (55,6%). Infine, l'intelligenza emotiva di questo gruppo di giovani tossicodipenden-

ti presenta dei valori inferiori a quanto atteso per il 59,3% dei soggetti. I partecipanti riportano difficoltà primariamente nelle dimensioni di gestione dello stress (70,4%) [$\chi^2=4,481$, $p=.034$], umore generale (63,1%) e capacità intrapersonali (55,6%) [Q di Cochran ($df=4$)=15,822 sig].

Stile di attaccamento. Nel contesto di una generale predominanza di stili di attaccamento insicuri, la categoria insicura più rappresentata nel campione è quella Distanziante-Dismissing (56%), soprattutto nella variante idealizzante DS1 (71,4%), seguita dallo stile Preoccupato (36%).

Profilo di Personalità. Alla valutazione con SWAP-200, la maggior parte dei giovani dipendenti valutati ha presentato un Disturbo di Personalità (74,1%) [$\chi^2=6,259$, $p=.012$] secondo sia la classificazione DSM-IV, sia QT della SWAP. Nel primo caso i tratti e disturbi più riscontrati sono quello Borderline (55,5%) e Istrionico (51,8%); anche in accordo alla categorizzazione QT, si individuano più frequentemente tratti o disturbi di tipo Istrionico (44,4%) e Disforico-con disregolazione (33,3%), a cui si aggiungono le categorie Dipendente (48,1%) e Antisociale (33,3%) [Q di Cochran ($df=11$)=33,824 sig].

La presenza di eventuali correlazioni tra i costrutti valutati è stata indagata tramite il coefficiente Rho di Spearman. Come illustrano i Grafici 1 e 2 emerge la centralità delle abilità cognitive, le quali si associano al funzionamento in numerosi altri ambiti (affettività, coping, personalità, variabili socio-demografiche). In aggiunta, appare prominente il ruolo delle capacità di fronteggiamento degli eventi stressanti e la percezione di controllabilità e responsabilità di essi.

Discussione e sviluppi futuri. L'esperienza di integrazione dell'impianto clinico con una prospettiva di ricerca empirica ha permesso di aumentare la comprensione di un target di utenza che ad oggi presenta molte sfide e zone d'ombra, rispondendo all'esigenza di conoscere per poter trattare. Nell'insieme, emerge che i giovani tossicodipendenti indirizzati al trattamento comunitario presentano un quadro psicopatologico che si inserisce in una costellazione di fattori di rischio psico-sociale estremamente ampia e che si caratterizza per aspetti di grave criticità, primi tra tutti la presen-

Grafico 1

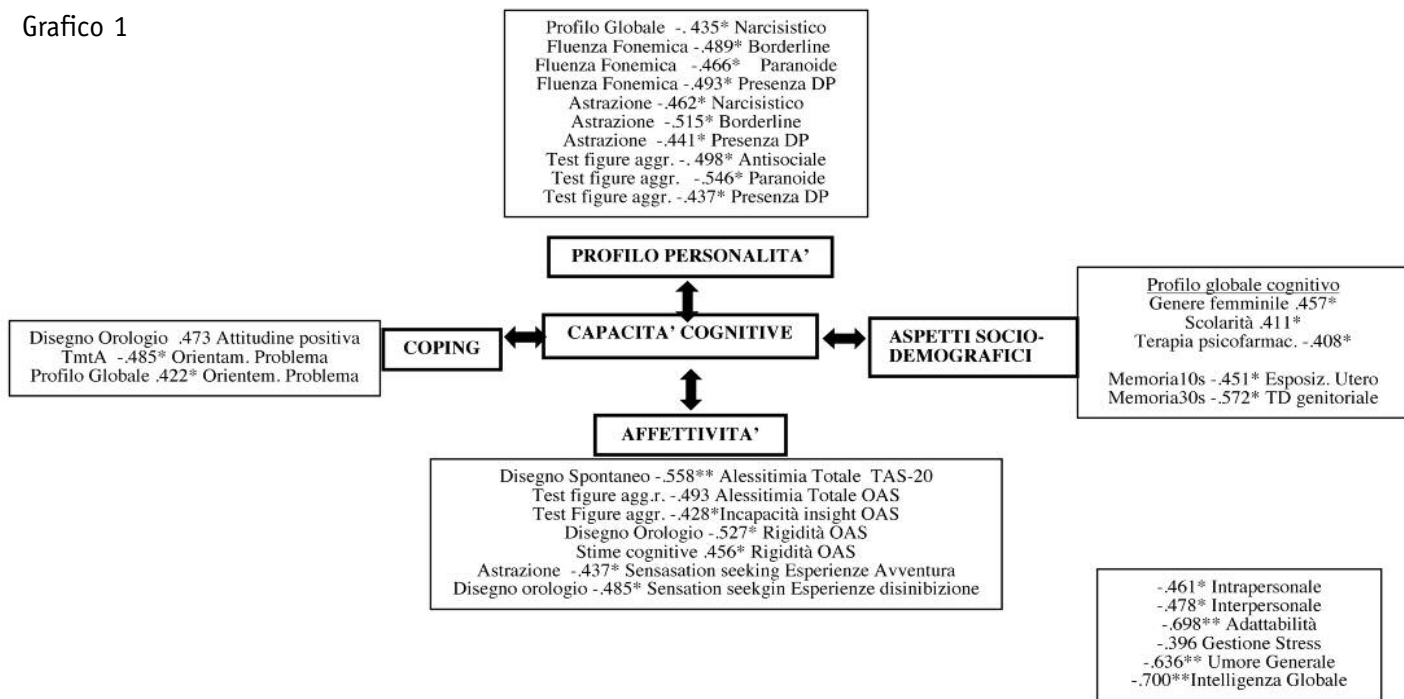
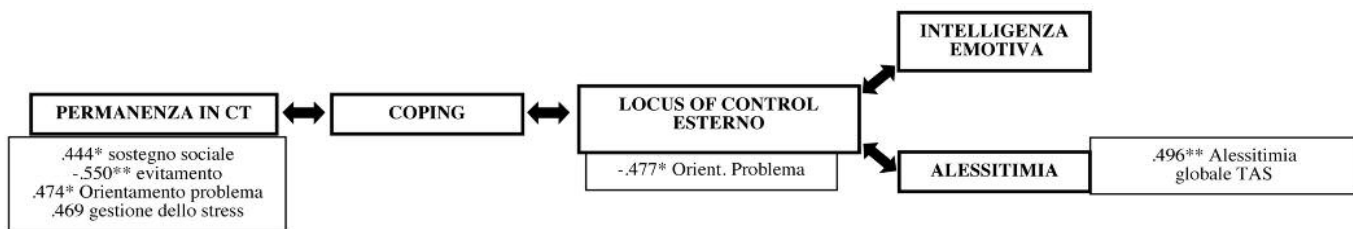


Grafico 2



Tab. 2

Genere Femminile .475* capacità cognitive .408* Esperienze di abuso .519**locus esterno -.418* durata astinenza all'ingresso -.399*penali .426* somatizzazione SCL-90 .606*somatizzazione difensiva OAS	Età precoce uso sostanze pesanti -.702** età precoce primo contatto con Ser.T. +.417* Uso psicofarmaci non prescritti +.451**Uso sostanze sintetiche	Durata permanenza in CT .452* terapia psicofarmacologica .468* capacità di gestione stress -.510* personalità Antisociale
	Età minore -.442* tempo tra accesso ai Ser.T. E ingresso CT -.442* adattamento individuale	Poliabuso .393* Personalità Antisociale

za diffusa di deficit neuropsicologici e le difficoltà di coping e gestione dello stress. Il funzionamento emotivo-relazionale appare dominato da modalità distanzianti ed evitanti, sia rispetto alla dimensione intrapsichica che interpersonale, a cui può essere associata una scarsa consapevolezza delle proprie problematichità. I risultati inducono a ritenere che tale utenza necessiti di un trattamento che, assumendo una prospettiva integrata, articoli più livelli di intervento comprendendo al suo interno protocolli di tipo educativo, sia di tipo ergonomico che ludico-ricreativo, (capaci di agire nelle dimensioni di gestione dello stress, le quali sono risultate fondamentali rispetto alla permanenza in comunità), psicoterapeutico (con focus su stile di attaccamento, personalità) e, in un futuro prossimo, anche di riabilitazione neuropsicologica.

Riferimenti Bibliografici

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. fourth edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association. Washington (DC).
 Bartzokis. G., Beckson. M., Lu. P. H., Edwards. N., Bridge. P., & Mintz. J. (2002). Brain maturation may be arrested in chronic cocaine addicts. *Biological psychiatry*. 51(8). 605-611.
 Bressi. C., Taylor. G. J., Parker. J. D. A., Bressi. S., Brambilla. V., Aguglia. E., Invernizzi. G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*. 41. 551-559.
 Crews. F., He. J., & Hodge. C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction.

- Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 86(2). 189-199
- Del Corno. F., Lang. M., Schadee. H. (2007). Brown ADD scales. taratura italiana: manuale con tabelle normative. Giunti. OS.
- Dorard. G., Berthoz. S., Haviland. M. G., Phan. O., Corcos. M., & Bungener. C. (2008). Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Comprehensive psychiatry*. 49(6). 585-592.
- DPA. Dipartimento delle Politiche Antidroga. (2013). *Relazione annuale al Parlamento*. Roma.
- Eftekhari. A., Turner. A. P., & Larimer. M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive Behaviors*. 29(5). 1001-1008.
- EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2014. EMCDDA. Lisbon.
- Galeazzi. A., D'Incerti. L., & Franceschina. E. (2003). Sensation Seeking Scale VI: standardizzazione italiana per giovani dai 14 ai 20 anni. *Testing-Psicometria-Metodologia*. 10(4) 131-140.
- George. C., Kaplan. N., & Main. M. (1985). Adult attachment interview (AAI). *Unpublished manuscript, university of California at Berkeley*.
- Haviland M.G., Warren W.L., & Riggs. M.L. (2000). *Psychosomatics*. 41 (5). 385-92.
- Jacobsen. L. K., Mencl. W. E., Pugh. K. R., Skudlarski. P., & Krystal. J. H. (2004). Preliminary evidence of hippocampal dysfunction in adolescent MDMA ("ecstasy") users: possible relationship to neurotoxic effects. *Psychopharmacology*. 173(3-4). 383-390.
- Lisdahl. K. M., Gilbert. E. R., Wright. N. E., & Shollenbarger. S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Frontiers in Psychiatry*. 4.
- Mondini. S., Mapelli. D., Vestri. A., Arcara. A., & Bisiacchi. P.S. (2011). *Esame neuropsicologico breve 2*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Moran. P., Coffey. C., Mann. A., Carlin. J. B., & Patton. G. C. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *The British Journal of Psychiatry*. 188(4). 374-379.
- Nigro. C., Galli. I. (1988). *La fortuna, l'abilità, il caso*. Torino: Centro Scientifico Torinese.
- OEDT. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2013). *Relazione annuale 2013*. EMCDDA. Lisbon.
- Pau. C. W., Lee. T., & Chan. S. F. F. (2002). The impact of heroin on frontal executive functions. *Archives of clinical neuropsychology*. 17(7). 663-670.
- Romer. D., & Hennessy. M. (2007). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science*. 8(2). 89-101.
- Rubia. K., Overmeyer. S., Taylor. E., Brammer. M., Williams. S. C. R., Simmons. A., ... & Bullmore. E. T. (2000). Functional frontalisation with age: mapping neurodevelopmental trajectories with fMRI. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 24(1). 13-19.
- Sarno. I., Preti. E., Prunas. A., & Madeddu. F. (2011). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano*. Firenze: Giunti Editore.
- Schindler. A., Thomasius. R., Sack. P. M., Gemeinhardt. B., KÜstner. U., & Eckert. J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*. 7(3). 207-228.
- Sica. C., Magni. C., Ghisi. M., Altoè. G., Sighinolfi. C., Chiri. L.R., & Franceschini. S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. 14 (1). 27-53.
- Stagni Brenca. E., Di Blasio. P. (2013). Valutazione del rischio di infortuni in bambini d'età prescolare: uno studio preliminare sulla Injury Behavior Checklist. *Ricerche di Psicologia*. 47-62.
- Tapert. S. F., Granholm. E., Leedy. N. G., & Brown. S. A. (2002). Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 8(07). 873-883.
- Westen D., Shedler J., & Lingardi V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP - 200. Nuova Versione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Winters. K. C., Botzet. A. M., & Fahnhorst. T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current psychiatry reports*. 13(5). 416-421.

6

GRUPPI SULLA FORZA AL SER.T

Guido Faillace*, **Caterina Di Giovanni****,
Maria Pipitone***

*Guido Faillace, Responsabile Ser.T. Alcamo A.S.P. n 9 TP

**Caterina Di Giovanni, Dirigente Pedagogista, Ser.T di Alcamo A.S.P. N°9 Trapani - Counselor Professionista Funzionale

***Maria Pipitone, Psicologa Tirocinante A.S.P. n°9 TP Psicoterapeuta Funzionale

Il Servizio per le Tossicodipendenze di Alcamo (ASP n°9 TP) da oltre un decennio organizza progetti *psicocorporei* di prevenzione, finalizzati alla riapertura di quei *Funzionamenti di fondo* che favoriscono il Benessere. Vari sono gli itinerari formativi già realizzati e rivolti a bambini, adolescenti, genitori, docenti e adulti con problematiche di dipendenza e non.

In questi percorsi l'attraversamento delle Esperienze di Base (Necessità dell'altro, Fiducia, Essere portati, Protetti, Tenuti, Sensazioni, Contatto, Benessere, Aggressione affettuosa, Forza, Consistenza e Tenerezza), ha migliorato l'equilibrio del Sé psicocorporeo dei partecipanti, stimolato l'apertura dei Funzionamenti di fondo che favoriscono il raggiungimento del Benessere ed ampliato la consapevolezza di Sé e dei propri bisogni.

Perché un gruppo sulla Forza?

L'idea di organizzare un gruppo sulla Forza nasce dalla richiesta pervenuta da quegli stessi adolescenti, adulti, genitori che, partecipando al gruppo Benessere,

hanno sentito una grande carenza sul piano della Forza: le donne perché sopraffatte da una Forza di resistenza atavica; gli uomini perché schiacciati dal dovere di apparire forti; gli adolescenti perché sentivano troppo la Forza dura e oppositiva, che spesso non si trasformava in progettualità positiva; i genitori perché sentivano carente la loro capacità di fermare l'altro, di dire **no**, ai propri figli, quando necessario; gli adulti con dipendenze patologiche perché si accorgevano quanto fosse difficile **fermarsi!**

Il Percorso



Ma cos' è la Forza?

Come Esperienza di Base la Forza può essere definita come la possibilità di sentire che si può apportare un cambiamento attraverso l'azione.

Nell'ottica Funzionale, Rispoli (2004) distingue all'interno della Forza: una *Forza originaria*, una *Forza morbida*, una *Forza calma* e una *Forza aperta*. La Forza ha un inizio molto antico nello sviluppo della vita umana. Per comprendere cosa si intende per Forza Originaria basta pensare al neonato che sperimenta la sua Forza quando spinge al momento della nascita o quando spinge con i piedini sulla pancia della madre mentre viene cambiato sul fasciatoio e riflettere sulla piacevolezza del distacco dall'altro per farsi spazio, per percorrere il proprio cammino.

NECESSITÀ DELL'ALTRO



FIDUCIA



PROTEZIONE



ESSERE TENUTI



FORZA



CONTATTO

1) Attraversare la FORZA ORIGINARIA #*La nascita**Aprirsi dopo tenuti*

Proseguendo nel percorso dello sviluppo della Forza e nello sviluppo del bambino troviamo la Forza Morbida, che consiste nello sperimentare la propria capacità nei confronti degli oggetti e delle persone circostanti. La possiamo vedere quando il bambino prende il cuscino e lo tira a sé o quando stacca il ciuccio con forza dalla propria bocca.

2) Sentire la FORZA MORBIDA #*Aprirsi da posizione fetale**Atomi, Molecole, Organismi***3) Sperimentare l'AGGRESSIONE AFFETTUOSA #***Fagociti**Gioco del colpire con le palle di carta*

Man mano che il bambino cresce, sperimenta che è possibile realizzare gli obiettivi desiderati attraverso la Calma più che attraverso la rabbia e l'agitazione, ed è proprio in questo momento che si parla di Forza Calma. Con la Forza Calma si comunica un intenso convincimento sulle richieste avanzate e si invoglia gli altri a dire di sì.

4) Aprire la FORZA CALMA #*SI e NO**Spingere con le spalle**Forza Polinesiana*

La Forza Aperta può essere usata per liberarsi di qualcosa che non ci piace e che ci opprime senza certamente aggredire l'altro. Mostrare la Forza non richiede alcuna aggressione o cattiveria, basta il tono di voce, il modo in cui il corpo si atteggia, la sicurezza che promana da sé, il tutto spesso sottolineato anche dal sorriso.

5) Vivere la FORZA APERTA



La Forza è nel dimostrare all'altro di cosa si è capaci, o nell'agire portando i movimenti sino in fondo. Per questi motivi la Forza è nei muscoli, nel tono di voce, nelle posture, nei movimenti, nello sguardo, ma anche nella saldezza delle proprie convinzioni e dei propri valori, nel modo di comunicarli con le parole, nella pienezza della razionalità

*Entrata ed uscita
dal cerchio*

Sumo

*Spingere
l'altro in piedi*



L'essere umano, fin da neonato, sperimenta la propria Forza anche quando cerca di influire in modo consistente sulle persone che lo circondano, di portarsele dalla propria parte, con gli sguardi, con il sorriso, con il pianto. Un ambiente non accogliente, incapace di farsi muovere e commuovere dai bisogni fondamentali dei bambini, finisce per distruggere la loro certezza di poter contare sugli altri e i piccoli si convincono che è inutile cercare di smuovere le cose, tanto non cambierebbe niente.

Spesso la Forza dei bambini è disapprovata e bloccata dagli adulti che non la tollerano, che esercitano la propria autorità senza che possa essere messa in discussione. Perciò la rabbia dei bambini si innesta sulla Forza privata della tenerezza e della sensibilità e viene perciò incanalata verso la violenza. In questi casi si diventa subito timidi e riservati, spesso pieni di paura, ritirati in posizioni passive, con un senso pervasivo di autosvalutazione, ma anche con una rabbia e rancore che covano all'interno e che riescono a fuoriuscire solo di tanto in tanto e con modalità indirette e trasversali. Se il genitore non accetta, disapprovando o bloccando ripetutamente, manifestazioni di Forza del bambino e soprattutto delle bambine, queste si vedranno costrette a trattenerla e a temere la propria Forza con-

notandola negativamente; nel tempo ciò provocherà condotte passive e remissive, generando insicurezze ed incapacità nel farsi valere. Al contrario nei maschietti spesso si tende a favorire l'espressione della Forza nel gioco, ma non nei confronti dell'adulto, pertanto tali manifestazioni verranno indirizzate contro i deboli o nei confronti delle bambine e, potranno sfociare nel tempo in comportamenti di bullismo.

Rispoli (2004) sostiene che per un recupero pieno della Forza è spesso necessario riattraversare l'intero percorso della Forza ed è importante aprire la forza calma, la forza giocosa, la forza morbida; perché queste Esperienze e queste capacità costruiscono relazioni più dirette e aperte e possono anche far sciogliere la rabbia chiusa e accumulata, favorendo il ritorno della serenità e della Tenerezza.

I gruppi Forza

La richiesta da parte dell'utenza di poter partecipare a dei percorsi tematici sulla Forza, supportata da ampia letteratura, che ne legittima l'utilità, viene accolta dal Ser.T. a partire dal 2008, nel tempo sono stati attivati n° 6 gruppi tematici sulla Forza: 2 con adolescenti, 4 con adulti.

Obiettivi: Incremento della consapevolezza di Sé; ampliamento dell'equilibrio del Sé Psicocorporeo; aprire la *Forza* e la capacità di utilizzare la *Forza Calma* e la *Forza Aperta*.

Fasi del percorso#

- Valutazione dei partecipanti e programmazione del percorso
- Realizzazione del Percorso sulla Forza: attraversamento delle seguenti EBS: **Benessere, Contatto, Forza originaria, Forza Morbida, Aggressione giocosa, Rabbia, Forza aperta, Forza Calma, Tenerezza, Condivisione.**
- R-Test e verifica finale
- Restituzione al gruppo

Metodologia

La metodologia adottata è di tipo attivo e prevede attività pratico-esperenziali con riflessioni teoriche secondo l'ottica del Neofunzionalismo (Rispoli 2010), al fine di favorire la riflessione sulle modalità personali di funzionamento. Le *Tecniche Funzionali* utilizzano un coinvolgimento psicocorporeo specifico, per favorire l'attraversamento di EBS. Fra le tecniche impiegate: le attività sulla respirazione, le immaginazioni guidate, le sequenze, i massaggi, le figurazioni di gruppo, i rituali. Molte di queste attività sono accompagnate da un sottofondo musicale che favorisce l'attraversamento dell'*Esperienza* proposta. La conduzione è direttiva.

Target: N° 16 partecipanti.

Tempi: n° 10 incontri a cad.za settimanale, Tot. 30 ore

Spazi: Salone Ser.T.

Strumenti: Macchina fotografica digitale, 3 scatole di colori; pennarelli grossi: rosso, nero, blu, verde; 1 risma di carta 21x29,7; registratore con lettore CD.

Materiali: Un materassino, un cuscino, una coperta, una benda per ogni partecipante, che avrà abbigliamento comodo e due paia di calzettoni.

6) Aprirsi alla TENEREZZA#



Verifica

La verifica viene realizzata in base a:

- interazione tra i partecipati;
- risultati delineati dall'uso delle griglie di valutazione somministrata pre e post corso;
- colloqui con i partecipanti;
- Livello di partecipazione;
- Livello di gradimento

Alla fine dei percorsi nei partecipanti con frequenza costante si è osservata una ritrovata Forza, Consistenza e Determinazione, che ha stimolato in loro la ricerca e spesso il raggiungimento di nuovi stili di vita.

In tutti i gruppi elevato è stato l'indice di gradimento espresso dai partecipanti.

Bibliografia

- Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Roma: Astrolabio.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano: Franco Angeli.
- Rispoli, L. (2010). *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*. Napoli: Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).
- Rispoli, L. (2011). *Manuale delle Tecniche Funzionali*. Napoli: Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).

7

PEER EDUCATION SU "ALCOLISMO" I GENITORI PARLANO AI GENITORI: ALCOL USO ED ABUSO

Enza Cruciata *, Caterina Di Giovanni**
Margherita Scalici***, Mariella Gerbino****
Giovanna Ruggeri*****

*Assistente sociale Ser.T Alcamo

** Pedagogista Ser.t Alcamo

*** Psichiatra Ser.t Alcamo

**** Mamma peer educator

***** Mamma peer educator

Che cos'è la peer education?

È un metodo educativo per cui individui della stessa età, status e con esperienze simili, dopo essere stati adeguatamente formati e responsabilizzati, vengono reinseriti nel gruppo di appartenenza per realizzare attività con i propri coetanei (Boda G., 2001).

Rappresenta quindi un'opportunità di prevenzione dei comportamenti a rischio attraverso la trasmissione di messaggi di prevenzione, nonché un'importante possibilità di crescita e di arricchimento.

Obiettivi generali: favorire la partecipazione delle persone nelle azioni di prevenzione (sessualità, consumi di alcool, droghe e farmaci...); sensibilizzare sui rischi connessi all'attuazione di comportamenti a rischio attraverso i gruppi di pari; favorire lo sviluppo delle abilità personali (skills), organizzare iniziative di promozione della salute tra pari.

Obiettivi specifici: informare e formare gruppi di persone affinché diventino promotori di salute tra i pari; ideare e produrre messaggi di promozione alla salute ed identificare canali per la loro divulgazione; offrire la possibilità di confronto tra persone che vivono esperienze differenti.

Il progetto: "Peer education su alcolismo - i genitori parlano ai genitori: alcool uso e abuso" coinvolge un gruppo di 8 mamme che avevano svolto in precedenza attività di prevenzione promosse dal Ser.T (progetto genitori - progetto benessere).

Perché mamme peer?

Si ritiene che il coinvolgimento dei genitori nelle attività di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio tra gli adolescenti, può consentire agli stessi la messa in gioco di sé, acquisendo maggiore consapevolezza delle potenzialità del proprio ruolo di educatori.

Aprire uno spazio di riflessione non giudicante sulle influenze ed interazioni del mondo dei giovani con quello degli adulti, accrescere le conoscenze su quelli che sono definiti comportamenti a rischio, può per-

mettere ai genitori di dare un prezioso contributo per arginarli e consente di costruire un ponte, un dialogo più vero con i giovani, con i quali si condivide una realtà complessa ed in rapida evoluzione, ricca di dubbi ed incertezze, che necessitano di confronto ed apertura. Pertanto, la peer education, pur rivolgendosi tradizionalmente agli adolescenti per gli adolescenti, si sperimenta con "I genitori per i genitori", nel tentativo di valorizzarne il ruolo di educatori ed accorciare le distanze tra le generazioni.

Finalità

- Sensibilizzare i genitori sui comportamenti a rischio rispetto all'uso-abuso delle sostanze alcoliche;
- Promuovere il protagonismo dei genitori attraverso la peer education;
- Accrescere le conoscenze sul tema Alcol: uso e abuso.

Il progetto si articola in 3 fasi:

1. fase di confronto-proposta con un gruppo di 8 mamme (1 incontro)
2. fase di formazione delle mamme-peer (10 incontri)
3. fase operativa delle mamme peer che incontrano altre mamme di due scuole medie inferiori di Alcamo (6 incontri)
4. supervisione (4 incontri)

METODOLOGIA

Simulate, role playing, brainstorming, gruppi autogestiti, video tematici.

TARGET: mamme di studenti che frequentano 2 scuole medie inferiori di Alcamo

TEMPI dicembre 2013 - maggio 2014

Operatori Ser.T.: assistente sociale, pedagogista e psichiatra

VALUTAZIONE

Questionari pre-post intervento di formazione delle mamme peer; osservazione qualitativa gruppo mamme-peer; questionari di gradimento.

IL NEO-FUNZIONALISMO NELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE AL SER.T.: PROGETTO ADOLESCENTI

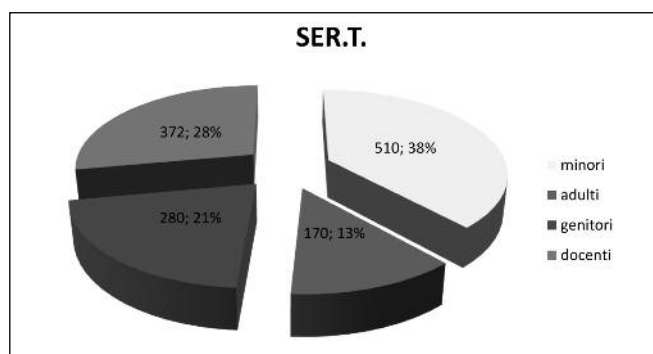
Caterina Di Giovanni

Dirigente Pedagogista Ser.T Alcamo ASP n°9 TP

Guido Faillace

Responsabile Ser.T Alcamo ASP n°9 TP

Il Servizio per le Tossicodipendenze di Alcamo (ASP n°9 TP) sin dal 2001 ha organizzato progetti *Funzionali* orientati alla riapertura di quei *Funzionamenti di fondo* che favoriscono e permettono l'accesso al Benessere. Vari sono gli itinerari formativi realizzati, che hanno già coinvolto **1332** persone (vedi grafico successivo), per un totale di 402 incontri di gruppo, pari a 1277 ore di lavoro.



Tali percorsi, pur differenziandosi per tecniche e modalità conduttive in rapporto alla fascia d'età e le problematiche dei partecipanti, pur caratterizzandosi per la trasmissione o no di saperi teorici, come accade nei corsi per docenti o genitori, sono accomunati da una impostazione metodologica che prevede l'attraversamento di *Esperienze Basilarì del Sé* utili alla riapertura di Funzioni e Funzionamenti, che per storia di vita si sono alterati o non pienamente sviluppati.

Progetto adolescenti

Nella nostra programmazione di attività di prevenzione particolare attenzione è stata rivolta ai progetti: 'Benessere Adolescenza' percorsi di riequilibrio psico-corporeo rivolti annualmente a studenti degli Istituti d'istruzione secondaria superiore.

L'adolescenza è un momento delicato e importante nella formazione della persona (con i pericoli di strutturazione di violenza e di devianza sociale, di nascita di situazioni di dipendenza patologica, esordi di psicosi). Il *Funzionalismo Moderno* sottolinea che in questa fase di vita avvengono innegabili cambiamenti, trasformazioni oggettivamente rilevabili, che non si traducono, però, né si identificano con delle patologie; sono piuttosto condizioni caratteristiche di questa

fase di vita, coloriture tipiche, modalità specifiche di percezione, prevalenze di determinate sfumature emotive: in definitiva una particolare e caratteristica *configurazione del Sé*.

Rispoli sottolinea che *anche in adolescenza vanno preservate quelle che noi definiamo Esperienze Basilarì del Sé, cioè i mattoni della vita, le basi profonde della nostra esistenza. (...)*

Bisogna che le Esperienze Basilarì del Sé siano 'positive' anche in adolescenza, esperienze quali: il poter essere contenuti e protetti, il lasciarsi andare, l'essere amati, l'essere visti, il contatto, il movimento, la curiosità e la conoscenza, tanto per fare alcuni degli esempi più significativi.

Ma se queste Esperienze sono state carenti già nell'infanzia ed hanno lasciato esiti negativi, su cui vanno ad innestarsi, allora si patologicamente, le disarmonie momentanee della adolescenza, bisogna intervenire più direttamente per riequilibrare le disfunzioni del Sé prima che si traducano in sofferenze troppo grandi e in disturbi drammatici e pericolosi (Rispoli, 1996, p.9).

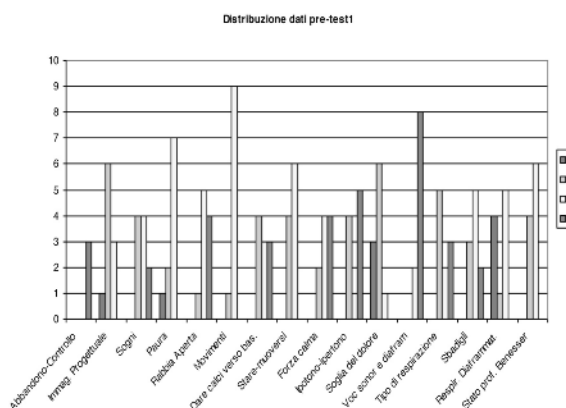
La valutazione funzionale degli adolescenti, che hanno partecipato ai nostri progetti, ha rilevato in delle alterazioni di diverse *Funzioni del Sé*. I dati delle valutazioni, effettuate nell'arco di un decennio, hanno evidenziato delle alterazioni ricorrenti:

- 1) sul piano emotivo emergono la *rabbia*, spesso compressa nelle ragazze e facilmente esplosiva in molti ragazzi, e la *tenerezza*, poco aperta nei ragazzi;
- 2) sul piano fisiologico, la *voce* appare facilmente soffocata, strozzata nelle ragazze, eccessivamente alta in molti ragazzi, e la *respirazione* è superficiale con respiro alto toracico trattenuto in quasi tutte le ragazze esaminate;
- 3) sul piano muscolare-posturale, la *forza* è frequentemente di resistenza per le femmine e la *durezza* è eccessiva nei maschi;
- 4) sul piano cognitivo-simbolico, molti giovani mostrano un *controllo* notevole e difficoltà di abbandono.

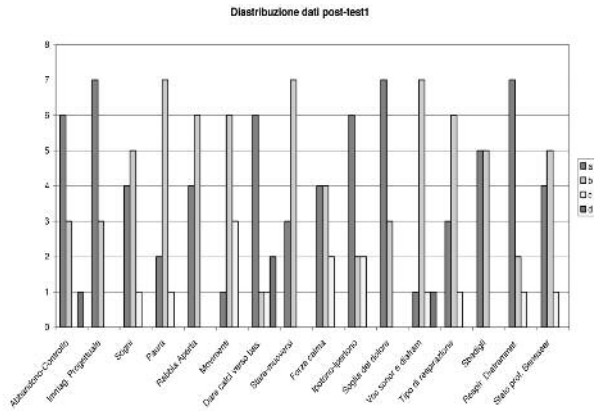
Questi dati confermano le nascenti alterazioni del Sé già evidenziate nei bambini di 8-10 anni in precedenti ricerche (Rispoli, 1998-1999).

Valutazione Adolescenti

Distribuzione Funzioni del Sé -Griglia Rispoli



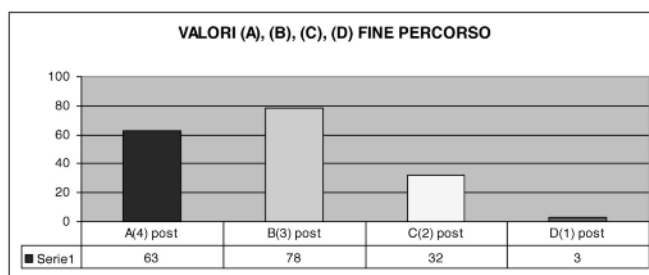
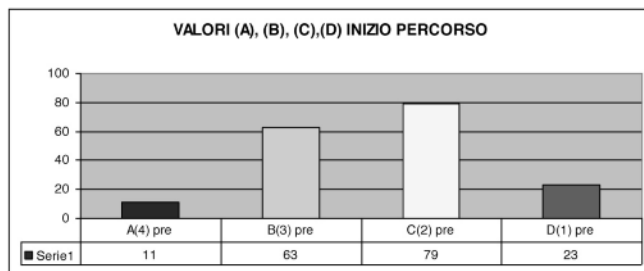
Verifica



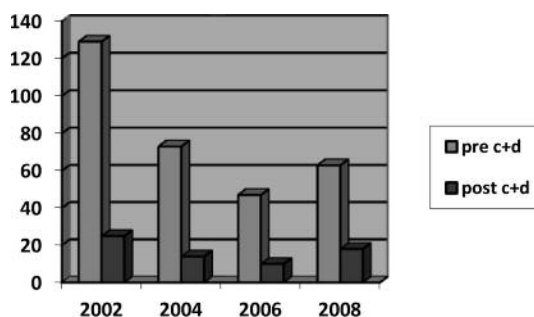
Negli ultimi dieci anni costante è stata la partecipazione (volontaria) degli adolescenti ai nostri gruppi e i risultati raggiunti sempre positivi, come evidenziato:

- a) dai grafici precedentemente riportati, relativi alla valutazione Funzionale (a+b buon funzionamento, c+d alterazione) di un gruppo di studenti prima e dopo il percorso di riequilibrio;
- b) dai dati relativi ai valori A B C D (pre e post test) di un altro gruppo;
- c) dal confronto fra i valori C+D (espressivi di un funzionamento alterato) fra gruppi differenti.

In tutte le esperienze elevato è stato l'indice di gradimento espresso dai partecipanti.



Distribuzione negli anni dei valori assoluti c + d



Bibliografia

Di Giovanni C.(2014), *Funzionalismo, Stress e Benessere nei servizi sanitari*, in Neo Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere, S.E.F. Rivista Telematica n.2 settembre 2014.
 Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Roma: Astrolabio.
 Rispoli, L. (1996). "Le esperienze fondamentali del Sé come nucleo centrale della psicoterapia", in Piccini F., Bavestrello D. (a cura di), *Insuccessi in psicoterapia*, Angeli, Milano.
 Rispoli, L. (1998-1999). *Prevenzione-Benessere Infanzia e Adolescenza, Progetto "Pamfs"*. Comune di Napoli.
 Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano: Franco Angeli.
 Rispoli, L. (2010). *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*. Napoli: Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).
 Rispoli, L., & Di Nuovo, S. (2011). *L'Analisi Funzionale dello Stress*. Milano: Franco Angeli.

UN VIAGGIO NEL "GRUPPO ADOLESCENTI" ALL'INTERNO DI UN SER.T.

Guido Faillace*, **Brunella Barbara****,
Denise De Luca ***, **Silvia Sabella ******

**Responsabile Ser.T Alcamo, ASP Trapani*

***Psicologo Psicoterapeuta, Ser.T Alcamo ASP Trapani*

**** Psicologa Psicoterapeuta Volontaria, Ser.T Alcamo*

***** Psicologa Tirocinante di Specializzazione, Ser.T Alcamo*

Il gruppo adolescenti attivato presso il Ser.T di Alcamo, distretto n. 55 dell'ASP di Trapani, nasce dall'esigenza di coniugare un lavoro che fino a poco tempo fa, sembrava collocarsi agli estremi di due polarità. Per tale motivo, è importante fare una breve analisi istituzionale per comprendere meglio da dove nasce il bisogno di fondare il gruppo.

Il Ser.T, storicamente e istituzionalmente, si è sempre occupato di pazienti "cronici" che abusano/dipendono da sostanze quali alcol e sostanza psicotrope, dando l'immagine, di volta in volta, di "dispensatore" o di farmaci e metadone o di interventi educativi/riabilitativi per aiutare gli utenti a disintossicarsi. Il Ser.T, inoltre, è ormai presente da anni nelle scuole secondarie di secondo grado del distretto di Alcamo, Castellammare e Calatafimi come C.I.C. (Centro di Informazione e Consulenza), svolgendo un lavoro di ascolto e sostegno ai ragazzi nell'ottica della prevenzione primaria. Grazie alla storia ormai decennale degli sportelli ascolto nelle scuole, il Ser.T ha potuto incontrare gli adolescenti non solo per problematiche legate all'uso di sostanze, ma soprattutto per affrontare tematiche adolescenziali importanti tra cui le diverse forme di dipendenza e la necessità di un reale svincolo familiare, per perseguire l'importante compito evolutivo dell'individuazione. Ecco che il "gruppo adolescenti" di età compresa tra i 16 e i 19 anni sembra creare un ponte tra questi estremi. L'istituzione Ser.T, non può occuparsi solamente di utenti "cronici", per cui il burn-out è facile da presentarsi, e nemmeno mirare alla sola prevenzione, ma può prendersi cura di storie adolescenziali bisognose di un contenitore, che permetta loro di non ripetere schemi familiari disfunzionali, che hanno portato molta sofferenza nelle loro vite. Inoltre la presenza di uno psicologo psicoterapeuta stabile nell'equipe ha permesso, ancor di più, un dialogo tra i due mondi "psy- relazionale" da un lato e "medico- dispensatore di farmaci" dall'altro, per cercare di ritrovare entusiasmo e speranza nel prendersi cura di pazienti che, oltre alle loro sofferenze, sono anche portatori di storie complesse.

Perché pensare ad unsetting gruppale per gli adolescenti?

Proporre un gruppo terapeutico, se da un lato sembra

rispondere ai bisogni identificatori dell'adolescente, dall'altro presenta notevoli difficoltà a causa di resistenze e di meccanismi di difesa massicci. Il gruppo, paradossalmente, è sentito dagli stessi adolescenti in maniera ambivalente: attraente e nello stesso tempo minaccioso. Inoltre, da non sottovalutare, è la "non richiesta" a partecipare spontaneamente ad una terapia di gruppo, il che costringe gli operatori a confrontarsi con aspettative illusorie, quali l'assenza di un bisogno esplicito e di una domanda ad essa relativa. Nella nostra esperienza, infatti, i pazienti, nel momento in cui gli si proponeva il gruppo, esprimevano da un lato le loro paure a mettersi in gioco, ma dall'altro li attraeva l'idea di confrontarsi con i pari proprio perché l'adolescente rifiuta le gerarchie. Il gruppo infatti facilita i vissuti di fusione di cui l'adolescente ha bisogno per ricreare una situazione di contenimento e di fiducia che rafforza il narcisismo individuale, minacciato dalla perdita degli ideali infantili. L'adolescente, quindi, può sentire la proposta della terapia di gruppo come molto vicina alle proprie esigenze di condividere con altri coetanei le difficoltà connesse al proprio sviluppo, con il sostegno anche di un adulto- conduttore di cui sente di avere ancora bisogno.

Il gruppo si svolge una volta a settimana, ha una durata di due ore cadenzata da una breve pausa. Il numero dei partecipanti è di 7 di cui quattro maschi e tre femmine. Il gruppo quindi si può definire un gruppo a breve termine, omogeneo, e semichiuso in quanto il gruppo è stato aperto a nuovi ingressi per i primi 10 incontri. Gli adolescenti che sono stati selezionati provengono quasi tutti dai C.I.C. attivati nelle scuole superiori. La selezione è avvenuta non solo in base all'età, ma soprattutto si è cercato di rintracciare una matrice comune che permettesse un facile rispecchiamento legato alle loro storie personali. I colloqui di selezione hanno avuto una durata di due/ tre incontri ma in alcuni casi è bastato un solo incontro a capire sia il tipo di disagio sia le potenzialità che l'adolescente poteva mettere in gruppo. Sulla durata del gruppo i conduttori si sono molto interrogati. In prima istanza è stata valutata la funzione istituzionale degli stessi: si sono rese disponibili all'esperienza una tirocinante della scuola di specializzazione in psicoterapia gruppoanalitica COIRAG e una psicoterapeuta gruppoanalitica volontaria del servizio, con ruoli definiti e con un tempo limitato. Si è pensato che tredici mesi per un gruppo fosse un tempo utile agli adolescenti che hanno difficoltà a porsi in una dimensione temporale: accettare che il tempo passi vuol dire accettare la perdita delle idealizzazioni infantili. Gli adolescenti, infatti, cercano di controllare l'ansia creata dallo scorrere del tempo vivendo in un eterno presente. Il gruppo dei pari inoltre favorisce questa temporalità: nel gruppo non si fanno progetti a lungo termine e si vive l'emozione presente. È stato difficile pensare ad un progetto terapeutico sia per il singolo sia per il gruppo che non fosse in un tempo troppo lungo.

Ecco perché si è deciso di lavorare con un gruppo a breve termine come spazio transizionale che desse la possibilità di provare piacere, o comunque emozioni in-sicurezza, favorendo così la capacità di simboliz-

zare. Sappiamo come quest'ultima aiuti l'adolescente ad allenare la capacità di elaborazione psichica, offrendo una pelle psichica all'interno della quale sentirsi, sperimentarsi, ri-costruirsi.

La fatica della conduzione

Vogliamo puntare la nostra attenzione su quella che è la fatica di condurre un gruppo terapeutico rivolto agli adolescenti in un servizio pubblico, considerato che caratteristica specifica del percorso terapeutico sembra essere stata rappresentata dalle Assenze: dall'assenza fisica che con la sedia vuota si impone come metafora di abbandono, all'assenza di parole che diventa consapevolezza dello spazio terapeutico. Nei gruppi a tempo limitato spesso le sedie degli assenti restano presenti ed evidenti per tutta la durata della psicoterapia, forse a sottolineare l'abbandono e la perdita come tutte le perdite che l'adolescente deve affrontare. Ma l'assenza sembra rappresentare in maniera ambivalente da una parte la resistenza al cambiamento, l'idea e la paura di cambiare intravedendo la possibilità di abitare luoghi interiori altri, vissuti fino a quel momento e dall'altra una modalità nuova di trovare agio all'interno delle dinamiche di gruppo permettendo così di trovare uno spazio mentale nuovo che possa portare al "pensare al cambiamento" in contrapposizione alla modalità tipica dell'adolescente, quale la tendenza all'agito. Il ritmo del gruppo sembra essere cadenzato da una continua oscillazione tra l'affacciarsi e il ritirarsi, il mostrarsi e il nascondersi, in cui le parole sembrano cadere nel vuoto nel momento in cui la vicinanza diventa qualcosa di minaccioso e difficile da sostenere. Quasi mai sono presenti al gruppo tutti i partecipanti costringendo i conduttori, qualche volta, a fare la seduta con un solo paziente. Riportiamo uno stralcio di una seduta che forse ci permette meglio di comprendere il significato delle assenze.

"Il gruppo inizia con la presenza di solo tre pazienti e con un grande silenzio, R. (19 anni, dipendente da internet) sembra riempire questo vuoto raccontando, senza far trapelare alcuna emozione, l'ennesimo abbandono da parte della madre che senza avvisarlo decide di ritornare in un'altra città dove ha vissuto negli ultimi 12 anni dopo aver abbandonato l'intera famiglia. Tutto il gruppo resta silenzioso, non gli rimanda niente. Dopo un po' M. (17 anni, anoressica) comunica al gruppo il suo bisogno di rimanere in silenzio per tutto il tempo del gruppo, quel giorno. Nelle occasioni appena accennate, di fronte al forte richiamo emozionale prodotto dai due ragazzi, tutti si rendono assenti. La voce di R. priva di tono affettivo e l'inconsistenza della magrezza di M, sembrano rappresentare queste apparenti assenze e sembrano simbolizzare la difficoltà a contattare le emozioni profonde dell'altro, e a tollerare l'angoscia che queste storie dolorose propongono. Le storie familiari di questi ragazzi sembrano essere accomunate da un'assenza significativa nelle relazioni familiari, che non ha permesso loro di sentirsi protetti abbastanza. Ed ecco che nella seconda parte del gruppo qualcosa si muove, L. (16 anni, dipendente dal suo lenzuolino) afferma che è stanca di trovarsi sempre nello stesso punto, sente di essere stanca di dipendere da qualcuno o qualcosa, come il suo caro

lenzuolino".

Forse lo sforzo e la fatica della conduzione è proprio quella di lavorare nelle assenze e con le assenze, senza poterle mai negare, per renderle sempre più "parlabili" e condivisibili.

Conclusioni

Quanto può essere importante un'esperienza di un "gruppo Adolescenti" in un servizio per le tossicodipendenze che rischia spesso di rimanere "schiacciato" dal burn-out o che occupandosi prevalentemente di tossici cronici, finisce per perdere la speranza e la capacità di intravedere il cambiamento?

Un'esperienza come questa, complessa e difficile emotivamente in molti momenti, ma ricca e formativa per gli operatori in tutto il suo svolgersi, può forse contribuire a fondare se non esiste e a rafforzare, lì dove si è già operato anche attraverso altre esperienze, una prassi che "apra le porte" agli adolescenti e alle loro famiglie, perché non si strutturi una "cronicità" la quale, invece, "chiude le porte" alla speranza.

INVESTIRE NEL FUTURO: UN NUOVO SERVIZIO PER GLI ADOLESCENTI IN TEMPO DI CRISI

Fulvia Fiorentino*, **Emanuela Rivela****,
Marina Cortese***, **Cinzia Arvieri***,
Erica Maltempi*, **Emanuele Bignamini****

* *Educatore professionale del Dipartimento Dipendenze 1 - ASL 2 Torino*

***Medico del Dipartimento Dipendenze 1 - ASL 2 Torino*

****Assistente Sociale del Dipartimento Dipendenze 1 - ASL 2 Torino*

Il Servizio nasce nel 2013 all'interno del Dipartimento Dipendenze 1 ASL Torino 2 e si rivolge a ragazzi di età compresa tra i 12 e i 21 anni. In un contesto generale di tagli alla Sanità, la scelta strategica è stata di investire una parte delle risorse del Servizio per la diagnosi precoce e la gestione in fase iniziale delle patologie da dipendenza, nell'ipotesi di ridurre l'impatto delle patologie con esordio giovanile che sono, generalmente, le più gravi e le più impegnative se trattate tardivamente. L'orientamento è stato di creare un punto di accoglienza con una sede diversa dal Ser.D (utilizzando una collocazione della Circostrizione) per rispondere alle necessità portate dagli adolescenti e garantire un ambiente più tutelante e idoneo alle loro esigenze al fine di giungere ad una diagnosi il più precoce possibile e avviare da subito un intervento. Questa scelta è stata sostenuta dal voler ridurre il contatto degli adolescenti con i pazienti "classici" del Ser.D e quindi evitare una "contaminazione" dovuta anche dal fatto che il nostro Servizio interviene in un quartiere periferico della città di Torino con basso livello socio culturale e con un elevato livello di devianza. Il gruppo di lavoro è formato da una equipe (tre educatori professionali, un'assistente sociale, uno psicologo e un medico) con una grande esperienza di lavoro di rete con i Servizi del territorio e il privato sociale. L'obiettivo del Servizio è di accogliere la domanda proveniente dai ragazzi, dai genitori e dalle altre istituzioni presenti sul territorio con ampia disponibilità e di iniziare in tempi brevi, massimo una settimana, un trattamento intensivo (due colloqui settimanali) per i ragazzi e di supporto ai genitori della durata di un periodo massimo di due - tre mesi. L'accoglienza viene effettuata congiuntamente da un medico, specialista in NPI, e un operatore (educatore professionale o assistente sociale) per cogliere tempestivamente aspetti di natura diversa. Lo psicologo viene attivato successivamente su segnalazione degli operatori per effettuare un approfondimento psicodiagnostico.

Per ottenere un quadro sociale più ampio i colloqui si

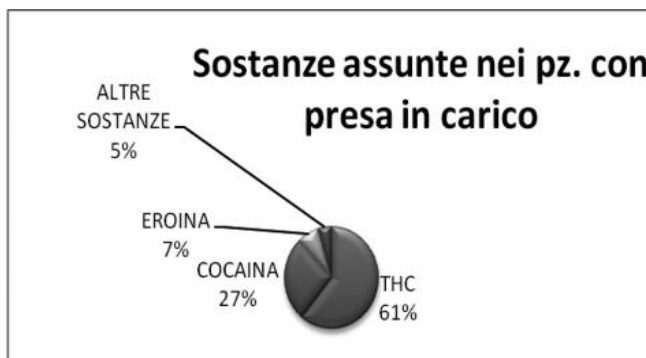
orientano anche ad altre figure di riferimento significative per i ragazzi: genitori, tutori, insegnanti, educatori. L'attività sul territorio infatti si caratterizza anche nella direzione del lavoro di comunità e di prevenzione negli ambienti frequentati dagli adolescenti. Nello specifico la valutazione avviene mediante più colloqui interdisciplinari al fine di ottenere un quadro generale che tiene conto degli aspetti sanitari e tossicologici, sociali e relazionali. Si approfondiscono i fattori di vulnerabilità e protettivi (individuali, familiari, sociali).

La valutazione iniziale ha lo scopo di permettere una diagnosi precoce al fine di rilevare elementi predittivi di psicopatologia e aiutare genitori e ragazzi a riconoscere ciò che appartiene al fisiologico percorso di crescita.

Prendendo in considerazione un anno di lavoro (2013) gli arrivi al Servizio sono stati 84 (femmine 8; maschi 76). Dopo il percorso di valutazione, sono state prese in carico 36 situazioni (di cui 6 femmine e 30 maschi) mentre 48 (di cui 2 femmine e 46 maschi) sono state indirizzate diversamente: difficoltà nella gestione dell'adolescenza e invio a servizi di ascolto (8); counseling a genitori che richiedevano controlli urinari senza il consenso del minore (12); targhet di età superiore invio al Ser.D di appartenenza (4); invio al DSM, NPI e Servizio Sociale (8); residenti fuori dal Comune di Torino (16, questo ultimo aspetto può rappresentare una esigenza non soddisfatta).

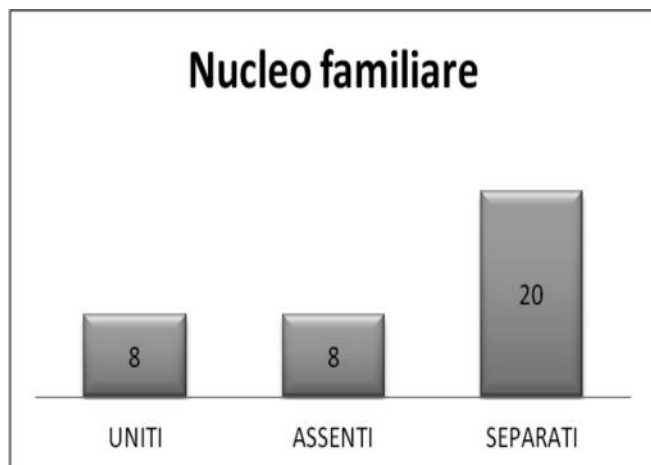
L'età media dei 36 adolescenti presi in carico è di 17 anni; nella totalità dei ragazzi è presente l'assunzione di sostanze alcoliche (con modalità di abuso), da tutti non considerato un problema. Pertanto tutte le situazioni comportano un poliabuso in quanto all'alcol sono associate altre sostanze psicoattive; la maggiormente rilevata è il thc, seguita dalla cocaina.

La quasi totalità dei ragazzi presi in carico ha aderito positivamente al programma, sottoponendosi anche al controllo dei metaboliti urinari e alle eventuali terapie farmacologiche prescritte (solo 3 soggetti con farmaco agonista). Nella maggioranza dei casi gli esiti dei percorsi hanno portato alla remissione totale o parziale dell'uso di sostanza.



L'analisi del contesto sociale dei 36 ragazzi ha messo in evidenza un livello di criticità nella composizione del nucleo familiare (presenza del padre e della madre). Solo 8 casi hanno presentato una famiglia con genitori uniti (coniugati o conviventi). In tutte le altre situazioni i genitori erano separati o non presenti, per varie motivazioni. In 1 caso la madre era deceduta e il mino-

re affidato ad una struttura comunitaria, 2 ragazzi (ultra diciottenni - 18 e 20) vivono da soli, 4 si sono presentati al servizio all'insaputa dei genitori e 1 ragazzo è affidato ai nonni. La presenza di uno o entrambi i genitori di nazionalità diversa dall'italiana, si è caratterizzata come ulteriore fattore di criticità (8 casi con uno o entrambi i genitori stranieri). Ulteriore elemento di problematicità è stata la presenza ai colloqui di un solo genitore.



La rilevazione del dato sulla scolarità e sull'attività lavorativa degli adolescenti conferma le caratteristiche del quartiere di provenienza: la maggioranza dei ragazzi frequenta istituti professionali o corsi regionali e solo 2 frequentano il liceo scientifico.



Conclusione

A fronte di un anno di esperienza il gruppo può con-

cludere che la totalità dei ragazzi presi in carico, ha risposto positivamente agli interventi proposti. Ciò ha permesso anche di poter differenziare tra comportamenti di uso delle sostanze connotabili come "normali manifestazioni adolescenziali" di scoperta e sperimentazione - quindi circoscritte nel tempo - da eventuali comportamenti predittivi di sintomatologia patologica. L'esperienza, a fronte dei risultati sopra espressi, ha portato ad ipotizzare l'importanza di approfondimenti psicodiagnostici relativi all'apprendimento, al comportamento e alle capacità intellettive. Inoltre ci si propone di avviare nel nuovo anno di lavoro varie attività laboratoriali, quali ad esempio la musicoterapia e i giochi finzionali, per far sperimentare altre modalità di espressione; attività ludico ricreative e sportive, al fine di far loro conoscere ed apprendere capacità relazionali, emotive ed espressive differenti. Si pensa, inoltre, di proporre gruppi di ascolto per i genitori.

Bibliografia

- S. Bonino, E. Cattelino, S. Ciairano - "Adolescenti a rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione", 2003. Casey BJ, Getz S, Galvan A. (2008). The adolescent brain. Dev Rev;28(1):62-77.
- Casey BJ, Getz S, Galvan A. (2008). The adolescent brain. Dev Rev;28(1):62-77.
- Gardner M, Steinberg L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. Developmental Psychology;41:625-635.

“SE LA DEVE VEDERE LUI...” adolescenti, genitori, sostanze e servizi di cura

Nadia Gennari*, Bellavia Filippo**,
Bellini Andrea***, D'Elia Paolo**, Ivaldi Fulvia ****

*Medico, Psicologo Clinico, Psicoterapeuta

**Psicologo, Psicoterapeuta

***Sociologo

**** Educatore Professionale

O.N.D.A. 1 (Operatori Nuove Droghe ASLT01)

Dipartimento Patologie delle Dipendenze Torino 1 est

O.N.D.A.1 (Operatori Nuove Droghe ASL T01) è un servizio “specialistico” nato nel 2002 all’interno del Dipartimento Patologie delle Dipendenze della ASL T01, con l’intento di creare un luogo non connotante (con sede separata dal Ser.T e differenti modalità di presa in carico e trattamento) per i giovani dai 14 ai 30 anni consumatori di ogni tipo sostanze ad esclusione dell’eroina.

Il *mandato* di O.N.D.A.1 è quello di intercettare e problematizzare la domanda sommersa dei giovani consumatori coniugando attività clinica e di prevenzione. Ci piace definirci come un “*servizio antenna*”: che acquisisce e ri-trasmette conoscenze con l’ambizione di creare cultura sul tema dei nuovi stili di consumo fra gli adulti competenti (genitori, insegnanti, educatori, medici di famiglia, operatori).

1. GLI ADOLESCENTI

Tra i giovani che si presentano al nostro servizio possiamo distinguere due target:

1. *giovanissimi* 14-18 anni: tendenzialmente studenti o ragazzi *drop out*, vivono in famiglia;
2. *giovani adulti* 19-30 anni: studenti universitari, lavoratori precari o più stabili, disoccupati.

In questo lavoro focalizziamo l’attenzione sui *giovanissimi* che seguiamo ambulatorialmente, ragazzi per i quali è avviato un percorso anche solo di valutazione. Nel periodo luglio 2012- luglio 2014 abbiamo avuto 38 nuovi casi incidenti minorenni (di cui 7 femmine): 34 avevano un consumo prevalente di cannabis, 4 di altre sostanze (cocaina, ketamina, md).

Nella quasi totalità dei casi questi ragazzi sono “portati” dai genitori o inviati da altri adulti (USSM, S.S., Prefettura, Insegnanti, MDF...), sempre con *motivazioni* relative al - sospetto o confermato- consumo di sostanze associato ad altri segnali di sofferenza: difficoltà in ambito scolastico, comportamenti antisociali (spesso agiti in famiglia), difficoltà relazionali, segni/sintomi di sofferenza psichica (*manifestazioni depressive, disturbi da attacchi di panico, condotte autolesive* fino ai tentativi di suicidio, *condotte dipen-*

denza di varia natura, disturbi di personalità/esordi psicotici).

Il **primo approccio** di questi giovanissimi con il servizio è caratterizzato da alcuni **aspetti ricorrenti**:

- una sfiducia generalizzata verso le istituzioni e gli adulti;
- una scarsa capacità di problematizzazione (non portano domande di ampio respiro, ma spesso solo tentativi di far star tranquilli i genitori); quando portano domande, queste sono spesso *impliciti* e possono essere decodificate e “tradotte” solo nel contesto di una relazione di fiducia;
- un diffuso appiattimento sulle posizioni dei coetanei, soprattutto in relazione ai giudizi sul consumo di sostanze psicoattive;
- una difficoltà ad utilizzare il colloquio (prevala una dimensione esperienziale);
- un rapporto “consumistico” con il servizio (tempi brevi, modalità “mordi e fuggi”, difficoltà a costruire legami nel tempo; e questo vale anche per i genitori).

2. I GENITORI

Non è possibile parlare di giovani adolescenti senza parlare dei loro genitori e/o dei loro adulti di riferimento.

Nel biennio preso in esame abbiamo preso in carico, oltre ai genitori dei 38 ragazzi citati, una quindicina di altri genitori di minori non presi in carico.

Si tratta di **genitori** in cui osserviamo alcuni **aspetti ricorrenti**:

- Sono genitori preoccupati, spaventati, intimoriti, sotto “ricatto” di adolescenti impulsivi e aggressivi.
- Sono genitori che si pongono allo stesso livello dei figli, fino al ribaltamento dei ruoli, alla ricerca dell’essere “loro amici”, in una sorta di *parità* nella relazione. Si intravede quasi una *competizione parallela* (che va dal mondo del lavoro, fino alla sfera affettivo-sessuale, come nel caso di una madre che seduce l’amico del figlio).
- Sono genitori che “ignorano” o meglio fingono di ignorare quel che il figlio sta facendo anche se si tratta di un percorso di cura.
- Sono genitori che pensano che l’unico modo per entrare in contatto con i figli sia la *collusività*, evidenziando una incapacità a tollerare il conflitto (i “no” che diventano subito “sì”, nella convinzione che dire di no significherebbe rischiare che il figlio non li ami più).
- Sono genitori che *adultizzano* i figli. “*Se la deve vedere lui; “Deve prendere lui la decisione...”; “Come faccio io con uno grande e grosso...”; “se esce di casa mio figlio, me ne vado anche io”; “devi aiutarmi a stare bene visto che tuo padre se n’è andato”*. La crisi del ruolo del padre e il conseguente sovrainvestimento sulle capacità di controllo e di apprendimento del bambino prima e dell’adolescente poi, favoriscono la scomparsa delle barriere generazionali. La conflittualità in tal modo negata arriva ad esprimersi indirettamente nei disturbi del comportamento o emerge periodicamente in modo drammatico.
- Sono genitori, infine, che tentano di abdicare al loro

ruolo e delegano le loro funzioni agli operatori, presumendo che si possano affrontare i problemi solo dall'"esterno" della famiglia: ... "fate voi!"

3. I SERVIZI DI CURA

A fronte di queste osservazioni riguardanti i giovanissimi e i genitori che li "portano" al nostro servizio, individuiamo alcune *dimensioni organizzative* trasversali che, nella nostra esperienza, possono concorrere a rendere un servizio accessibile ed "attraente":

- 1) *agilità*: accesso a soglia "bassa" (quasi un "tappeto rosso") caratterizzato da: velocità nelle fasi di aggancio; orari flessibili; informalità del setting; uso di strumenti di comunicazione quali: cellulare (attivo 12 ore al giorno anche con sms), mail, facebook, sito web (<http://onda1.asl102.to.it/>)
- 2) *sperimentazione*: evitare le routine clinico-organizzative e sperimentare il più possibile strumenti e modalità diverse (per es.: stages residenziale). Lo si vive come un approccio faticoso ma... *redditizio*
- 3) *aggiornamento*: conoscenza del mondo giovanile e delle sostanze, conoscenza del gergo giovanile

Fondamentale resta la *costruzione e manutenzione della rete fra enti e servizi del territorio* (Scuole, Prefettura, MMG, Centri di Salute Mentale e NPI, Università, Associazioni, Parrocchie etc...) sia come promozione del servizio stesso sia come occasione di scambio di informazioni e crescita reciproca fra chi si occupa di adolescenti.

Rispetto ai genitori la necessità fondamentale è quella di coinvolgerli e renderli partecipi di un percorso, con l'obiettivo preciso di restituire loro la guida educativa e *favorire la riacquisizione delle funzioni genitoriali*. In particolare attraverso i seguenti processi:

- aiutando a ridefinire *l'immagine* che hanno dei loro figli (non fermarsi a come lo vorrebbero e come non è) (madre peruviana con fortissima conflittualità con la figlia 16 enne tenta un avvicinamento portandola a cena in un ristorante di pesce peruviano...la ragazza è allergica al pesce e si vergogna delle proprie origini);
- mostrando loro *i nodi del qui ed ora* (colloquio di accoglienza ad una madre che riceve contestualmente una telefonata di insulti della figlia e non tenta nemmeno di porre fine alla stessa);
- aiutando a *restare/sostare nel conflitto*, non averne paura, riuscire a "tenere", non mettersi al pari dei figli (padre che si defila: "se mio figlio non mi parla io non gli parlo più"), per esempio sottraendosi alle diverse forme con cui la collusione prende forma ("non dica che ho telefonato, volevo solo sapere come è andata con mo figlio...");
- incoraggiando *la continuità genitoriale*: si resta genitori nonostante tutto, anche quando si è separati e si tende invece ad ingaggiare una gara per essere eletti "miglior genitore" a scapito dell'altro;
- incoraggiando *la puntualità e la coerenza*: presupposti fondamentali per poter pensare che i figli possano fare altrettanto (genitori i cui figli arrivano in ritardo, ma loro stessi arrivano in ritardo ai loro colloqui);
- *ridimensionando l'adultizzazione* dei figli: aiutarli a mentalizzare il fatto che non è il figlio che deve far

stare bene i genitori, ma il contrario;

- educando alla "giusta" *dimensione temporale*: i genitori devono avere la visione di lungo periodo che i figli non riescono ad avere (non si può risolvere tutto subito) e devono evitare di far passare l'idea che non c'è futuro;
 - *depatologizzando* quando è necessario (evitare gli etichettamenti e le deleghe agli specialisti);
 - aiutando a superare la paura di non essere dei buoni genitori (accettazione di eventuali "osservazioni").
- Rispetto agli adolescenti riteniamo che il cuore dell'intervento debba essere oggi prevalentemente di tipo educativo, affiancando il più possibile ai "classici" dispositivi riflessivi (colloquio e gruppi) altri dispositivi educativi (quali per esempio: il sostegno scolastico, la *pet therapy*, l'affiancamento di figure di prossimità quali fratelli maggiori, zii, tutor etc...) in grado di "stanare" i ragazzi dalle loro condotte trasgressive e di ritiro e di dare il giusto peso agli elementi di sofferenza presenti.

Dal punto di vista relazionale si tratta di assumere prioritariamente *atteggiamenti di chiarezza, onestà e franchezza* con i quali l'adolescente intuisce immediatamente il nostro desiderio sincero di sintonizzarci con lui alla distanza giusta e di cogliere il più possibile la sua reale maturità affettiva e cognitiva attuale.

Dal punto di vista dei tempi del lavoro clinico, la modalità prevalentemente "consumistica" di rapporto con i servizi richiede agli operatori alcuni cambiamenti di prospettiva:

- pensare che *l'accoglienza è già trattamento*: poiché non sappiamo se un ragazzo tornerà ed in che tempi, è utile offrire fin da subito elementi di problematizzazione del consumo di sostanze ed eventuali indicazioni terapeutiche;
- *valorizzare i tempi "brevi"* (a fronte di servizi abituati a misurare la "retention" in anni di trattamento): si possono toccare questioni significative e creare legami nel breve volgere di pochi incontri;
- *immaginare percorsi a "cicli progressivi"* (le persone si allontanano e riavvicinano al servizio a seconda dei momenti di vita e/o di consumo delle sostanze).

...la cucina delle idee di ONDA1 è "quasi" sempre aperta... le revisioni sono costanti e le sperimentazioni continue...

"le idee migliori non vengono dalla ragione, ma da una lucida, visionaria follia"

Erasmus da Rotterdam

INTERVENTI DI GRUPPO A SUPPORTO DELLA GENITORIALITÀ NELLA PRESA IN CARICO TERAPEUTICA DI MINORI ABUSATORI DI SOSTANZE

R. Giove, *Medico psichiatra, Direttore S.C. Ser.T 3 - ASL di Milano*

M. Gonevi, *Psicologa psicoterapeuta. Responsabile s.s. Penale Minorile 'Spazio Blu' del Ser.T 3 ASL di Milano*

A. Rudelli, *Consulente criminologo s.s. Penale Minorile*
C. Borghi, *Educatrice Professionale s.s. Penale Minorile 'Spazio Blu' del Ser.T 3 ASL Milano*

W. Troielli, *Psicologo psicoterapeuta s.s. Penale Minorile 'Spazio Blu' del Ser.T 3 ASL Milano*

Introduzione

La struttura semplice 'Penale Minorile' è il servizio specialistico della ASL di Milano dedicato all'inquadramento diagnostico multidisciplinare e alla presa in carico terapeutico-riabilitativa di minori con procedimento penale abusatori di sostanze stupefacenti e alcoliche.

L'équipe multiprofessionale del servizio può essere attivata dal giudice o dagli operatori dei Servizi della Giustizia Minorile sin dal momento immediatamente successivo all'arresto, consentendo con ciò una tempestiva tematizzazione delle problematiche connesse alle condotte assuntorie e favorendo il fatto che l'esperienza giudiziaria possa rappresentare per il ragazzo un'inedita un'occasione di cura.

La specifica competenza maturata dagli operatori del 'Penale Minorile' nei confronti dell'adolescenza ha condotto all'ampliamento della popolazione-target ed il servizio si è reso disponibile anche ad accogliere le domande di cura provenienti da ragazzi e genitori senza vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria.

Gli accessi spontanei al servizio hanno quindi determinato l'assegnazione della qualifica allo stesso dell'indicazione "Spazio Blu", intendendo con ciò un luogo nel quale, in assenza di stigmatizzazioni e di procedure operative rigide definite sulla base delle patologie della tossicodipendenza, il minore e i suoi familiari possono trovare un luogo accogliente, di ascolto, di individuazione dei profili di esposizione al rischio e dei fattori protettivi per la definizione dell'adeguato programma di cura.

Nel corso dell'anno 2013 sono stati accolti 165 nuovi utenti, 53 dei quali ad accesso libero assenti di prescrizioni da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Nel 2013 sono risultati quindi presi in carico complessivamente 323 destinatari di programmi terapeutico-riabilitativi o di inquadramento diagnostico.

A conclusione del percorso diagnostico, nel quale sono coinvolte più figure professionali per favorire un'osservazione multidimensionale del minore posto in una prospettiva evolutiva, il servizio è in grado di offrire una molteplicità di interventi terapeutici e/o supportivi tra i quali:

- Counselling e sostegno psicologico
- Psicoterapia breve
- Monitoraggio sanitario
- Intervento sociale
- Tutoring educativo
- Attività educative e psicologiche di gruppo
- Consulenza familiare.

Essere genitore di un figlio abusatore di sostanze

A fronte dell'esperienza maturata possiamo senz'altro dire che con gli adolescenti non risulta efficace dal punto di vista terapeutico l'aggressione del sintomo orientata alla sua semplice remissione, quanto piuttosto l'attivazione sistemica di tutti gli attori, siano essi affettivi, educativi o istituzionali, con i quali il ragazzo è in relazione. Il percorso di cura è quindi l'avvio di una dinamica nella quale deve essere tutelata la collaborazione fra operatori dei diversi servizi e deve essere favorita l'adesione di tutti i soggetti alla finalità del raggiungimento della miglior condizione di benessere psico-fisico e di inclusione sociale possibili per quel minore.

Su tale piano i genitori acquistano una particolare rilevanza non tanto perché essi sono chiamati ad esprimere consenso o a manifestare dissenso nei confronti dei programmi terapeutici proposti dagli operatori socio-sanitari. All'opposto, i genitori devono essere interpretati come parti costitutive degli interventi rivolti al loro figlio e debbono essere accompagnati a riconoscere le proprie capacità supportive per fare in modo che l'ambiente familiare possa esprimere delle vocazioni di aiuto.

Allo stesso tempo il sintomo delle condotte assuntorie manifestato dal figlio non è attribuibile semplicisticamente ad una sorta di mal funzionamento del minore, ma deve essere interpretato nella distribuzione delle aree di fragilità tra tutti i membri del sistema familiare al fine di intervenire per modificare degli assetti relazionali che in alcuni casi possono avere una configurazione francamente patogena.

Essere genitori vuol dire essere implicati in un processo di continua rivisitazione dei modelli operativi interni che l'adulto ha sviluppato a sua volta con i propri genitori, nella propria esperienza di figlio e nelle sue relazioni con il proprio care-giver.

Il supporto alla genitorialità è un intervento che può aiutare a migliorare la percezione della propria efficacia genitoriale nell'adulto, con una conseguente ricaduta nel benessere delle relazioni familiari e, in particolare, con i propri figli. Questo appare in modo ancora più evidente in condizioni di disagio giovanile (come per minori consumatori di sostanze) laddove il sintomo del minore si pone a cavallo di una rottura/cesura della relazione e della comunicazione con il mondo adulto e, specialmente, con quello genitoriale. Difficoltà di relazione, difficoltà di comunicazione e difficoltà di comprensione si intrecciano in

contesti familiari dove spesso i ruoli si invertono e si confondono, con grande disagio di tutti.

Interventi di gruppo a sostegno della genitorialità

Un intervento di gruppo di supporto alla genitorialità permette di condividere problemi, difficoltà e di mettere in rete la ricerca e il confronto di soluzioni comuni altrimenti difficili da reperire.

Il nostro servizio effettua interventi di gruppo a sostegno della genitorialità con la conduzione di uno psicologo-psicoterapeuta e di una educatrice professionale, effettuati a rinforzo e in coordinazione con le azioni di cura rivolte direttamente ai figli.

Gli obiettivi sono:

- stimolare il confronto fra i genitori sulle tematiche relazionali legate alla genitorialità;
- acquisire maggiori informazioni rispetto alle problematiche connesse all'utilizzo di sostanze
- favorire l'acquisizione di una maggior consapevolezza di sé stessi e degli agiti dei figli
- sostenere e facilitare l'espressione e la comprensione delle emozioni
- valorizzare le differenze
- favorire, attraverso l'esperienza del gruppo dei cambiamenti che possano dar vita ad un maggior benessere e al miglioramento nelle dinamiche familiari
- osservare le dinamiche del gruppo.

Il format del modulo di gruppo rivolto ai genitori prevede otto incontri ai quali possono partecipare la coppia genitoriale unita o, nel caso in cui ciò non sia possibile, una sola figura genitoriale.

A conclusione del percorso viene data una restituzione individuale ai partecipanti andando ad identificare con ciascuno di essi quali sono stati i passaggi compiuti idonei a rinforzare il percorso di cambiamento riferito a tutto il nucleo familiare avviato a partire dall'evidenza delle condotte di abuso del figlio.

La selezione dei partecipanti al gruppo viene condivisa in sede di équipe con il confronto fra tutte le figure professionali presenti (medico, psicologo, assistenti sociali, educatori ed infermieri pro.li) e la proposta di partecipazione al setting di gruppo può avvenire come esito di una precedente fase di presa in carico psicologica individuale o all'opposto essere orientata a favorire la successiva attivazione di un sostegno psicologico individualizzato.

FOCUS SUI TRATTAMENTI SENZA SOSTANZE

Francesca Picone

*Psichiatra, Dirigente medico Ser.T ex USL 61 Palermo
Distretto Sanitario 13 - ASP Palermo
Referente Progetto GAP - Dipartimento Dipendenze
Patologiche*

Già nel 2005, all'interno dell'allora Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'AUSL 6 di Palermo insieme alla Clinica Psichiatrica di Palermo (Psicotech, n. 2, 2006) fu esplorato e valutato, dal punto di vista psicosociale e clinico, come gli strumenti tecnologici modificano e/o condizionano le condotte e gli stili di coping degli adolescenti, conducendo una ricerca, durata circa un anno, su un campione di più di 1000 studenti delle Scuole medie Superiori del territorio della città di Palermo, al fine di verificare la presenza o assenza in vari gradienti di stili di comportamento patologico fino alla dipendenza.

I dati emersi, che verranno brevemente presentati, particolarmente significativi, rappresentano oggi solo un'informazione storica, ma premonitrice di quello che è oggi fin troppo evidente anche ai non addetti ai lavori.

Se è vero, infatti, che, per i più giovani, i mezzi di comunicazione tecnologici costituiscono indubbe risorse per lo sviluppo cognitivo e relazionale, è altrettanto vero che questi stessi espongono a rischi in termini psicopatologici gli adolescenti più vulnerabili, meno "attrezzati", e comunque predisposti allo sviluppo di abuso-dipendenza.

Ci si soffermerà sui fattori di rischio e di protezione, mettendo a fuoco l'importantissimo ruolo che può svolgere in tal senso la prevenzione selettiva e indicata in termini di early detection, nonché verranno presentate strategie d'intervento terapeutico in quei casi che sempre più di frequente di recente giungono all'osservazione dei nostri servizi.

14

ADOLESCENZE E DIPENDENZE: DAL FENOMENO ALLA ORGANIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA TRA SERVIZI DIVERSI

Gregorio Antonio Salis, *Psicologo Responsabile
Settore Prevenzione SER.D ASL n. 1 - SASSARI*
Margherita Pilo, *Psicologo c/o SER.D ASL n. 1
SASSARI*

Introduzione

I comportamenti di dipendenza, da sostanze e senza sostanze, che siano vissuti come fase di sperimentazione o come problematici e patologici, sono sempre più presenti negli adolescenti che si presentano ai diversi servizi della ASL: dal Servizio Dipendenze all'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dai Consultori Familiari alla Medicina Scolastica, dai Servizi Territoriali Integrati (P.L.U.S.) sino ai Servizi Sociali per Minori del Ministero di Grazia e Giustizia.

Gli operatori dei diversi Servizi aziendali che a pieno titolo lavorano con gli adolescenti (medici, neuropsichiatri, psicologi educatori) lamentano la difficoltà di focalizzare il quadro clinico presentato dagli adolescenti in presenza di una qualche forma di **'dipendenza'** come **'problema'** accessorio, ovvero quando e quanto il disturbo conclamato, oggetto della richiesta di aiuto, sia attribuibile ad una forma di dipendenza da sostanze o ad un quadro psicopatologico preesistente, o dall'unione di entrambi i fattori. In molti casi gli operatori dell'Uonpia o dei Centri di Salute Mentale inviano immediatamente dopo il primo contatto l'adolescente al Ser.D nel caso in cui dall'anamnesi emerga che il ragazzo assume anche solo saltuariamente, sostanze "ricreative". Gli operatori dei Consultori familiari registrano, nell'indagine preliminare per la prescrizione di anticoncezionali, un consumo problematico di alcolici e di altre sostanze psicoattive da parte di ragazze adolescenti, che le riferiscono come esperienze assolutamente "normali"; la criticità per gli operatori sanitari dei consultori è stata l'aumento esponenziale delle richieste di farmaci di contraccezione d'emergenza, associati ad un plausibile uso di alcol. Viceversa al Ser.D accanto all'analisi ed all'indagine sui comportamenti di dipendenza, si è manifestata l'esigenza di una accoglienza differenziata degli adolescenti (14-21 anni), rispetto all'utenza adulta, ma soprattutto la necessità di organizzare un percorso specifico e specialistico, che vada dall'analisi della domanda fino alla diagnosi ed alla presa in carico ed al trattamento, con una attenzione globale alla salute e

quindi alle condizioni "cliniche" ed esistenziali degli adolescenti. Nel Ser.D di Sassari dal 2009 opera l'Unità Funzionale Tematica dedicata agli Adolescenti con problemi di abuso e di Dipendenza (età sino ai 21 anni) ed ai loro familiari, costituita da un'equipe multiprofessionale di 2 Medici (1 Neurologo, 1 Neuropsichiatra), 3 Psicologi con formazione psicoterapica sistemico-relazionale o cognitivista, 1 educatore professionale ed 1 infermiera.

In questo contesto, nel 2012, è nata all'interno dei Servizi dell'ASL di Sassari la richiesta di formalizzare un Percorso Integrato mediante una Scheda di Accoglienza per Adolescenti, con l'obiettivo di definire e sperimentare una forma di accoglienza e di diagnosi basate su un "minimo" di elementi comuni ai vari servizi; tale metodologia ha lo scopo di orientare il percorso della presa in carico, dei trattamenti necessari e soprattutto delle collaborazioni dei servizi coinvolti. Es. In base alla richiesta iniziale del ragazzo/a, ovunque la presenti, (Consultorio, Ser.D UONPIA, CSM, USSM), quale sarà il Servizio e gli Operatori titolari della responsabilità clinica dell'utente? Quale Servizio invece verrà chiamato a collaborare al percorso di cura?

Il percorso, articolato secondo la metodologia di partecipazione orizzontale mutuato dalla Teoria dei Gruppi di Apprendimento, costituisce un paradigma di integrazione sanitaria sia dal punto di vista delle diverse professionalità coinvolte sia dal punto delle procedure utilizzate. La ricaduta in termini aziendali è sicuramente l'ottimizzazione delle risorse umane e strumentali.

Obiettivi:

- Costruire uno Strumento Clinico-diagnostico unico;
- Definire l'ambito della sua utilizzazione;
- Valutare la condizione di salute globale primaria degli adolescenti che si rivolgono a Servizi Territoriali della ASL n. 1 di Sassari.

Il gruppo di lavoro è stato così costituito: 25 operatori tra Medici, Psicologi, Educatori, Ostetriche, Infermieri Professionali, Assistente Sanitaria, dei seguenti Servizi: DSMD; SER.D; Servizio Socio Sanitario; Consultorio; U.O.N. P.I.A. - Coordinamento Educazione Sanitaria. Hanno partecipato al Gruppo di lavoro anche l'U.S.S.M. ed il C.P.A. con la finalità di coinvolgere anche le istituzioni giudiziarie.

Materiale e metodo di lavoro

Tabella 1

Conclusioni

Nei cinque incontri, come da obiettivi prefigurati, si è definito un modello di lavoro e di operatività per l'accoglienza degli/le adolescenti afferenti ai Servizi partecipanti. Tale modello è stato supportato dal lavoro di costruzione di una SCHEDA DI ACCOGLIENZA UNICA, completa di sub-schede di approfondimento per l'area della dipendenza, sessualità, maltrattamenti, antisocialità. Tale scheda viene oggi utilizzata nella fase di accoglienza dei Servizi per adolescenti della ASL n. 1 di Sassari, e la sua validazione ed appropria-

Tabella 1

FASI DI LAVORO	OBIETTIVI FORMATIVI	TEMPI
1) Fase di Analisi e di Studio	Analizzare le procedure di accoglienza nei diversi servizi al fine di integrarle secondo un orientamento bio-psico-sociale. Individuare criteri comuni, finalizzati alla presa in carico globale e personalizzata. Facilitare la collaborazione tra i diversi servizi, individuando un canale privilegiato	1° Incontro 8 ore Giugno 2012
2) Individuazione dei Correttivi e delle Strategie di intervento	Individuare le criticità e le buone pratiche delle differenti procedure di accoglienza, per favorire la funzionalità del modello di accoglienza integrata e globale degli adolescenti	2° Incontro 8 ore Luglio 2012
3) Costruzione dello Strumento	Costruzione di una Scheda di Accoglienza Unica, con una prima parte comune a tutti i Servizi, ed una seconda parte specialistica con sub-schede di approfondimento per le differenti aree: quella della dipendenza, della sessualità, dei maltrattamenti, dei comportamenti antisociali (Vedi Allegato)*	3° Incontro 8 ore Settembre 2012
4) Utilizzazione Sperimentale dello Strumento	Utilizzazione nei vari servizi solo per i Nuovi Ingressi	4° Incontro 8 ore Novembre 2012
5) Valutazione Efficacia e Funzionalità Strumento	Individuazione delle Criticità e delle Risorse	5° Incontro 8 ore Dicembre 2012

tezza è oggetto di ulteriori fasi di sperimentazione, che comprendono il monitoraggio del cambiamento, la valutazione dell'impatto del cambiamento e la Raccolta Sistemica dei dati.

Infine si prospetta l'esigenza di allargare la conoscenza e la pratica di questo modello e di questa metodologia anche ai Servizi territoriali che hanno relazioni istituzionali per invii e interventi congiunti con la ASL, rivolti agli/le adolescenti: es. i Servizi Sociali dei Comuni ed i Servizi appartenenti ai Plus.

Si sta considerando l'opportunità di informatizzare la scheda, sia separatamente che come integrazione alla cartella clinica già presente nei differenti Servizi, e renderla così più accessibile e comunicabile tra i Servizi stessi.

N.B. Il presente articolo è il prodotto finale di un lavoro di gruppo. Si ringraziano tutti i colleghi che hanno partecipato alla stesura dello strumento.

15

DIPENDENZE PATOLOGICHE E U.O. EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE: LAVORARE INSIEME PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Giovanna Ripoli*, **Francesca Neglia***,
Brigida Rosa**, **Francesca Distefano*****,
Filippo La Mantia****

*Dirigente Pedagogista - UOC Dipendenze Patologiche Asp Palermo

**Dirigente Pedagogista - UOES Carini Asp Palermo

***Dirigente Medico - UOES Lercara Friddi Asp Palermo

****Dirigente Medico - UOESA Asp Palermo

Premessa

*"L'essenziale è invisibile agli occhi.
Lo si vede bene solo con il cuore"
Il Piccolo Principe*

L'UOC Dipendenze Patologiche negli anni ha sviluppato un modello ecologico di salute e una modalità operativa volta all'integrazione con altri servizi Asp, con il privato sociale e le agenzie educative del territorio. In quest'ottica la promozione della salute è intesa come superamento di un orientamento prevalentemente preventivo e si prefigge di migliorare le condizioni di salute degli individui e delle comunità, mettendo in risalto l'importanza del controllo che le persone possono avere sulla propria salute e sui fattori che la influenzano.

La realizzazione di progetti rivolti ad adolescenti e ad adulti ha permesso di maturare competenze e professionalità specifiche e buone prassi operative; l'esperienza acquisita ha inoltre evidenziato come sia prioritario investire sulla salute, adottando un approccio al ciclo di vita e mirando all'empowerment delle persone, e sviluppare resilienza per la promozione della salute, sia a livello individuale che di comunità. Gli obiettivi di salute possono essere raggiunti attraverso gli impegni individuali e collettivi: lavorare insieme è un requisito essenziale.

Attività progettuali

In fase di realizzazione le esperienze di integrazione Dipendenze Patologiche e UO Educazione e Promozione della Salute sono:

"T.V.B. (Ti Voglio Bere) Conoscere x essere... Essere x scegliere" (TVB), di cui sono referenti la Dr.ssa Maria Silvana Muscarella, Direttore del Distretto Sanitario 38 di Lercara Friddi, e la Dr.ssa Francesca Distefano, Responsabile dell'UOEPS dello stesso Distretto. Il Progetto prevede la collaborazione dell'UOC Dipen-

denze Patologiche, degli UU.00. di Educazione e Promozione della Salute e dei Sert dei Distretti Sanitari di Misilmeri, Termini Imerese, Lercara Friddi, Corleone, D42/PTA Guadagna e della Associazione Solidarietà. Il Progetto promuove percorsi formativi attraverso la metodologia della peereducation al fine di favorire l'espressione delle potenzialità dei giovani del territorio rendendoli protagonisti e promotori del proprio e dell'altrui benessere; saper valutare il proprio comportamento a rischio; saper acquisire un atteggiamento critico e di auto consapevolezza dei messaggi trasmessi dai mass media; promuovere sani stili di vita e prevenire comportamenti a rischio per la salute legati all'uso e abuso di alcool; coinvolgere i giovani in azioni di promozione di stili di vita salutari e di prevenzione dei comportamenti a rischio con iniziative di peereducation nel territorio.

"Piano Operativo Aziendale contro il Fumo" (POAF), di cui è referente aziendale il Dr. Filippo La Mantia Responsabile dell'UOESA dell' Asp di Palermo, prevede la collaborazione degli UU.00 di Educazione e Promozione della Salute, UOC Dipendenze Patologiche e i Sert, il Dipartimento di Prevenzione, i Presidi Ospedalieri e i Poliambulatori. Il POAFsi articola in tre progetti: 1) promozione della Salute e Prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti, 2) controllo del fumo passivo nei luoghi di lavoro, 3) ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo. La partecipazione degli operatori dell'UOC Dipendenze Patologiche e dei Sert è prevista per il Progetto di Promozione alla Salute, che sarà realizzato con la partecipazione degli alunni ad un programma educativo all'interno del percorso scolastico, della durata di almeno sei mesi, con l'obiettivo di controbattere le pressioni sociali in favore del fumo, dando ai ragazzi autonomia gestionale, partecipazione attiva, maggiore sviluppo del senso critico. Il Progetto della Salute e Prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti comprende due sezioni: 1) SmokeFree Class Competition; 2) Peer Education e Tabagismo nella scuola. Gli obiettivi sono prevenire o ritardare l'inizio dell'abitudine al fumo tra i giovani, eliminare o ridurre il consumo di sigarette tra gli studenti che hanno già sperimentato il fumo, promuovere l'immagine del non fumatore.

Sicur@menteesco. La Sicurezza Stradale attraverso i moltiplicatori dell'azienda preventiva di cui sono referenti il Dr. Giuseppe Arcuri, Direttore FF del Distretto Sanitario 34 di Carini e la Dr.ssa Brigida Rosa, Responsabile dell'UOEPS dello stesso Distretto. Il Progetto prevede la collaborazione delle UU.00. Educazione e Promozione della Salute di Carini, Corleone, Partinico, PTA E. Albanese, UOC Dipendenze Patologiche, Sert di Montelepre, l'Associazione "aStrummula", Confcommercio. Il Progetto promuove la sicurezza stradale attraverso azioni in ambiti educativo-formativo e del tempo libero. Le azioni previste nel primo ambito sono: la formazione ai docenti coordinatori delle classi selezionate per l'intervento; un'azione di ricaduta formativa nelle III e IV classi dei due Istituti identificati per ciascun Distretto e un laboratorio video fotografico per la realizzazione di un

prodotto multimediale sui temi legati alla tematica. Il Progetto si conclude con uno spettacolo con la partecipazione di un testimonial in una discoteca del Distretto capofila e/o della città, a cui saranno invitati i partecipanti al Progetto ed inoltre ai ragazzi verrà offerto l'accompagnamento da parte delle Associazioni del Trasporto Notturno. Per quanto concerne l'ambito del tempo libero, oltre la mappatura dei luoghi di divertimento dei territori distrettuali, è previsto l'intervento degli operatori di strada dell'Associazione nelle discoteche e nei pub identificati.

Metodologia

Il contributo previsto degli operatori delle dipendenze per i progetti TVB e POAF è rivolto ai giovani, attraverso la coprogettazione ed attuazione di interventi informativi e formativi che hanno l'obiettivo di creare uno spazio di riflessione e di confronto sui comportamenti a rischio, connessi all'uso di sostanze, e sui fattori di protezione.

Il contributo degli operatori delle dipendenze per il progetto "Sicur@menteesco. La Sicurezza Stradale attraverso i moltiplicatori dell'azione preventiva" è stato quello di fornire supervisione agli operatori dell'Associazione "a strummula", per la stesura del materiale informativo da utilizzare all'interno delle discoteche e pub. Inoltre, in collaborazione con le UOEPS coinvolte, gli operatori delle dipendenze hanno realizzato due incontri rivolti agli adulti che i giovani incontrano nei luoghi del divertimento, barman e barlady, addetti alla sicurezza e dj; target di adulti insolito da quello abituale, genitori e docenti, a cui solitamente si rivolgono gli interventi degli operatori.

Le due giornate di sensibilizzazione hanno previsto lo sviluppo delle seguenti tematiche:

- le tendenze attuali dei giovani all'uso/abuso di alcool, al poliabuso e alla guida e quindi informazioni corrette sulle droghe, gli effetti e i danni che procurano, che piaceri promettono e da che visione del mondo scaturiscono.
- cenni sul significato della relazione di aiuto nel contesto del divertimento giovanile; la riflessione proposta si è centrata sui giovani e sulla realtà attuale e sul significato della relazione che hanno con gli adolescenti.
- legislazione vigente.

Considerazioni

Progetti con obiettivi ambiziosi come la promozione della salute e nello specifico la prevenzione delle dipendenze, hanno possibilità di successo se possono contare sulla collaborazione di operatori con competenze e ruoli diversi, ma con obiettivo comune e responsabilità condivisa. Altrettanto importante è il coinvolgimento attivo di studenti, del settore privato, di altre istituzioni e di tutti gli adulti che a vario titolo entrano in contatto con i giovani, come genitori, docenti ed adulti presenti nei luoghi del tempo libero, come le palestre, pub e discoteche. Il sorgere di nuove tendenze e il radicarsi di abitudini spesso si osservano negli ambiti di aggregazione giovanile; i luoghi del divertimento frequentati e apprezzati dai giovani rappresentano così un contesto idoneo per un intervento

specializzato. Oggi infatti le figure professionali operanti nei pub e nelle discoteche non sempre sono consapevoli delle loro potenzialità ad intervenire sul disagio giovanile, sul potenziamento dei fattori protettivi e sulla riduzione dei fattori di rischio. Se adeguatamente formati, potrebbero invece essere efficaci, considerata la loro "naturale" presenza nei luoghi di elevata concentrazione di giovani e la loro funzione come testimonials ideali e non pregiudiziali. Riteniamo pertanto utile incrementare attività formative rivolte agli adulti presenti nei luoghi di divertimento, con l'obiettivo di facilitare la sperimentazione, dall'interno dei luoghi di aggregazione giovanile, di strategie di intervento volte alla dissuasione dall'uso di sostanze psicotrope e alla riduzione del rischio sanitario e stradale.

Bibliografia

- Paola Marmocchi, Claudia Dall'Aglio e Michela Zannini "Educare le life skills. Come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'OMS" Erickson
- Alberto Pellai, Valentina Rinaldin e Barbara Tamborini "Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empoweredpeereducation" Erickson
- FeDerSerd "Manuale delle urgenze ed emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile" Franco Angeli
- Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento per gli Affari Sociali "Mai prima di mezzanotte. Stili di vita, droghe e musica della generazione tecno" Gruppo Abele
- Nicholas Saunders "E come ecstasy" Feltrinelli
- Umberto Galimberti "L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani" Feltrinelli
- Daniel Goleman "L'intelligenza emotiva" Rizzoli
- www.poltiche.antidroga.it

16

IL MIO SGUARDO@FUOCO

Lo smartphone e la fotografia partecipativa nei programmi di prevenzione primaria e di inclusione sociale nelle fasce giovanili

G. N. Cammara*, T. Dimarco*,
D. D'Amico**, Neglia***

*UOC Dipendenze Patologiche Azienda Sanitaria
Provinciale Palermo

**UOS Ser.T PA3

*** UOS Ser.T PA3

*UOC Dipendenze Patologiche, UUOOS Ser.T dell'ASP di
Palermo, 6 Scuole Medie Superiori di Palermo*

Introduzione

L'attività di prevenzione primaria necessita oggi di un quadro di riferimento assai più ampio che in passato finalizzato a rivalutare le condizioni sociali, culturali, le abitudini e gli stili di vita degli adolescenti. La società stessa è cambiata a fronte della naturale evoluzione del sistema di valori e degli orientamenti delle nuove generazioni. Oggi i giovani adottano modelli di alcuni oggetti e strumenti privilegiandone l'uso in funzione degli effetti che questi sono in grado di esercitare sulle performance personali, ad esempio relativamente alle bevande alcoliche, la trasformazione ha separato in modo chiaro e distinto il bere dalla ritualità dei pasti. Le azioni rivolte ai giovani, quindi, sempre orientate alla promozione di una vita sana e alla prevenzione specifica sui rischi degli abusi, per risultare efficaci, devono riguardare prevalentemente la quotidianità, incidendo sostanzialmente sulla cultura e sulle opinioni correnti, accogliendo e rielaborando il bisogno dell'adolescente di sperimentare il rischio, di ricercare un'identità individuale e di appartenenza attraverso atteggiamenti oppositori alla cultura dominante. Intervenire su tali dinamiche consente agli operatori ed ai fruitori di accedere a nuovi significati e costruire risposte più efficaci al passo con i nuovi scenari del fenomeno. Diventa quindi, quanto mai necessario entrare nel mondo giovanile per conoscerne abitudini, stili comunicativi, modelli comportamentali, interessi e passioni. È risaputo che l'uso dello smartphone e dei social network è parte integrante della vita quotidiana dei giovani, quindi l'impiego di tali strumenti nelle azioni di prevenzione diventa fondamentale per disporre di nuove possibilità per raggiungerli con la finalità di creare momenti di ascolto del loro punto di vista sulla salute e sul benessere e per favorire in loro la consapevolezza dei fattori di rischi connessi al disagio giovanile e/o a comportamenti

legati alle dipendenze patologiche.

In tal senso l'UOC Dipendenze Patologiche ASP di Palermo da qualche anno sta attuando nuovi programmi di prevenzione (basati sostanzialmente sull'utilizzo delle nuove tecnologie comunicative e sulla presenza dei Peer Educator) destinati agli studenti delle Scuole Superiori e ai target dei luoghi del divertimento notturno. Il principio è che solo ponendo i giovani in una posizione attiva si possono ottenere risultati efficaci.

Metodo

L'aspetto più rilevante del programma "Il mio sguardo@fuoco" riguarda il modello di prevenzione attuato attraverso laboratori in cui i giovani partecipanti sono accompagnati con modalità attiva all'interno di percorsi volti a sviluppare una visione più consapevole di ciò che li circonda e a promuovere il linguaggio artistico come mezzo di auto-esplorazione. Quest'ultima attraverso l'uso del medium fotografico (in questo caso lo smartphone) e dell'immagine diventa un'esperienza immediata ma allo stesso tempo sufficientemente forte per "sentire" e poter descrivere ciò che si prova, quindi ludica ed efficace allo stesso tempo, nella comunicazione con i giovani.

Poiché, l'uso di tali strumenti nei processi virtuali da parte dei giovani può diventare compulsivo con alterazione della visione di sé, nei laboratori si propone una declinazione differente dello strumento e del suo significato e un lavoro di sensibilizzazione sui punti di forza (le applicazioni di informazione/help) e sugli effetti problematici legati ad un uso sproporzionato.

"Palermo: uno sguardo a fuoco. Un'idea di prevenzione e promozione" è stata la prima azione del programma ed è stata avviata nell'aprile 2013, coinvolgendo complessivamente 22 studenti di III° anno di sei Scuole Medie Superiori di Palermo. La selezione degli studenti è stata curata dalla direzione di ciascun istituto scolastico, alcune scuole hanno utilizzato il criterio meritocratico, altre hanno segnalato giovani già conosciuti dagli sportelli Cic che vedono impegnati operatori dei SerT nell'attività di ascolto e consulenza. Il focus del progetto era centrato su un contest fotografico a premi (tre mini Ipad), il cui tema, connesso al titolo del progetto, conteneva la possibilità di mettere a "fuoco" in modo libero contenuti e tematiche vicine ai giovani. Quindi il concorso si inseriva nel genere "tema libero".

Il progetto prevedeva:

- Spazi di socializzazione con giochi di gruppi (ad inizio e in itinere)
- Workshop di Iphonografia con esercitazioni pratiche
- Laboratorio di autonarrazione tramite portfolio fotografico
- Apertura pagina gruppo Fb gestita dagli operatori
- Contest fotografico
- Conferenza finale con premiazione dei 3 vincitori
- Momenti di discussione sulle tematiche affrontate

Il laboratorio della durata di due mesi, è stato avviato all'interno degli spazi interni ed esterni all'O.P. "P. Pisani" e ha visto impegnati oltre ai due formatori, tutti gli operatori Cic referenti delle sei Scuole

Superiori che hanno aderito al progetto. Gli spazi di confronto sono stati presenti durante tutto il percorso anche attraverso una pagina fb creata appositamente dove i ragazzi sollecitati dagli operatori si confrontavano sulle tematiche che intendevano affrontare attraverso le immagini (es. "prova a fotografare ciò che ti fa più incazzare" sollecitazione immediatamente equilibrata con "prova a fotografare ciò che ti fa più interessare" ecc.). Altro rilevante aspetto del progetto ha riguardato l'attività di sensibilizzazione degli studenti sulla tematica del "luogo come memoria". In tal senso è stato organizzato un momento informativo sulla storia e sul complesso significato dell'ex Manicomio "P. Pisani" di Palermo con un tour dell'intero spazio e una visita guidata alla mostra permanente allestita all'interno della "Vignicella" cuore dell'intera struttura manicomiale. Tutte le esercitazioni fotografiche previste durante la formazione sono state realizzate all'interno di questa importante realtà del territorio palermitano. I lavori finali per partecipare al contest potevano essere presentati sotto forma di due proposte: 5 singole foto non interdipendenti o in forma di portfolio (racconto fotografico sequenziale da 5 a max 8 scatti fotografici). Gli studenti che hanno partecipato al contest sono stati 18 su 22 formati, i lavori, sono stati tecnicamente valutati da una giuria composta da esperti in fotogiornalismo, i tre lavori premiati con tre iPad mini 16 GB, sono stati scelti perché qualitativamente migliori dal punto di vista tecnico e significativi nel contenuto. Tutti i lavori si sono comunque contraddistinti per la coinvolta partecipazione e per la sensibilità nella scelta delle tematiche trattate vicine ai giovani (bullismo, solitudine, natura, divorzio, bullismo, nascita, libertà, musica, ambientalismo, animalismo, violenza sulle donne ecc.). Il progetto si è ufficialmente concluso l'11 giugno 2013 con la premiazione all'interno di un momento pubblico presso il teatro la "Vignicella" presidio "P. Pisani" in presenza dei giovani partecipanti, le loro famiglie, gli operatori Asp e i docenti delle scuole coinvolte. Successivamente alla giornata di premiazione è seguito un incontro tra i giovani e gli operatori CIC, per la visione dell'intera produzione fotografica del contest e l'avvio di uno scambio sull'intera esperienza e sulle singole tematiche affrontate.

Durante l'anno scolastico 2013/2014 su richiesta dell'Istituto Superiore IPSIA "E. Ascione" di Palermo ricadente nel territorio del Sert PA 3, è stato avviato un nuovo progetto che ha coinvolto l'intero gruppo di studenti di una stessa classe di IV° anno. La richiesta della scuola riguardava il sostegno nel superamento delle problematiche relazionali causate dall'alto grado di conflitto presente nella classe anche durante lo svolgimento della didattica. Diversi i tentativi da parte degli adulti della scuola a "risolvere" la conflittualità, sia in termini disciplinari che con tentativi di mediazione. Tenuto conto della partecipazione di due studenti della classe al progetto "Palermo: uno sguardo a fuoco. Un'idea di promozione e prevenzione." realizzato l'anno precedente, si è ritenuto utile coinvolgere i due studenti nell'azione come peer-educator ed utilizzare la fotografia partecipativa come mezzo di valutazione e di intervento. L'azione si è differenziata dal

precedente progetto, in quanto è stato dato particolare risalto ai momenti ludici di gruppo con chiare finalità psicopedagogiche, spazi propedeutici al confronto e alla conoscenza reciproca. Durante la formazione sono stati privilegiati diversi momenti di condivisione in gruppo di sentimenti e stati d'animo prodotte dalle esercitazioni proiettive, utilizzando alcune immagini (fortemente evocative) proposte dall'operatore; l'azione progettuale si è conclusa con l'assegnazione delle differenti "missioni" fotografiche da realizzare a coppia. Durante il percorso gli studenti hanno avuto modo di ascoltare punti di vista degli altri, sino ad allora inesplorati, e di "pensare" all'altro con chiavi di lettura diverse. Attraverso i giochi psicopedagogici sono stati sollecitati i livelli emotivo-affettivo, cognitivo e relazionale. L'azione educativa-formativa ha offerto ai ragazzi uno spazio per misurarsi con le difficoltà relazionali, imparando a fronteggiarle o superarle con la gestione creativa dei conflitti. Il progetto è stato condotto da due operatori dell'ASP, in copresenza di un docente scolastico durante le ore delle attività progettuali.

Risultati

- Avviato e stimolato lo scambio e il confronto con gli adolescenti sulle tematiche giovanili attraverso metodi e pratiche non convenzionali;
- Accresciute attraverso le immagini, le capacità identificative delle proprie emozioni e di quelle altrui;
- Sviluppo di nuove competenze nei giovani per fronteggiare le difficoltà relazionali nel gruppo;
- Offerta ai giovani, attraverso programmi di formazione, la conoscenza di strumenti tecnici per esprimere la loro sensibilità artistica ed estetica;
- Sensibilizzazione degli studenti sulle forme del disagio giovanile e rischio di dipendenza da sostanze e/o da altre forme e su importanti tematiche sociali;
- Condivisione della metodologia e dei risultati dei percorsi progettuale con le altre scuole del territorio e la comunità tramite convegni, mostre, pubblicazioni/fanzine.

Conclusioni

Nella definizione dei programmi di prevenzione è necessario distinguere tra programmi di prevenzione specifici e attività preventive integrate nei programmi scolastici. La prevenzione nella scuola non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sul problema droga, ma al contrario comprendere aspetti di carattere personale e sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie degli alunni e della comunità. In tal senso, il programma di intervento "Il mio sguardo@fuoco" promosso dal DSM-UOC Dipendenze Patologiche-ASP Palermo e destinato agli studenti delle Scuole Medie Superiori, si integra sinergicamente con le attività preventive comprese nei curricula scolastici. Inoltre, l'uso di metodologie e di nuovi strumenti di comunicazione tecnologica, qualifica il programma come esperienza maggiormente rispondente ai nuovi scenari del fenomeno. Le differenti azioni di supporto previste sono centrate a sostenere il singolo nel processo di una crescita sana, mentre l'impiego dello smartphone come strumento privilegiato dei percorsi proposti dal pro-

gramma, favorisce la creazione di uno spazio di interazione empatica con i pari e gli adulti, nel quale è possibile avviare uno scambio di tipo artistico ma anche e soprattutto ideologico. Il racconto e l'auto-narrazione per immagini, fissa fortemente le emozioni, momento importante per affinare l'ascolto emotivo e la funzione immaginativa, e favorisce l'apertura di spazi di discussione e scambio con i giovani. Nelle esperienze realizzate il lavoro con le immagini, come linguaggio simbolico, ha facilitato il processo di scambio e di esplorazione dei diversi punti di vista e delle visioni personali dei giovani partecipanti; questo ha permesso di intervenire e avviare processi di consolidamento della riflessione critica sulle aree tematiche proposte dagli stessi o emerse durante le attività laboratoriali. Si ritiene, inoltre, rilevante sottolineare che il carattere di flessibilità contenuto nel programma ha permesso di orientare l'uso degli strumenti verso precise finalità che il contesto d'intervento ogni volta ha richiesto.

Bibliografia

- (F) Attori di prevenzione. Da un'esperienza territoriale, un metodo di lavoro possibile contro le dipendenze" Franco Angeli;
- Politiche e servizi sociali. "Manuale di prevenzione alcool, droghe e tabacco" Franco Angeli
- Anna Putton "Empowerment e Scuola" Carocci;
- Ulisse Mariani e Rosanna Schiralli "Costruire il benessere personale in classe. Attività di educazione alle competenze affettive e relazionali." Erickson;
- Gian Vittorio Caprara "La valutazione dell'autoefficacia" Erickson;
- Cristina Nunez "SOMEONE TO LOVE, The Self-Portrait Experience" The Private Space Books Barcellona
- Cristina Nunez "All'inferno e ritorno" (Art& Fotografia e ricerca), Arti Grafiche Friulane, 1997;
- Judy Weiser "FotoTerapia: Tecniche e strumenti per la clinica e gli interventi sul campo" Franco Angeli, 2013;
- Ben Harwell "iPhone movies. Riprendere, montare, condividere" Logos, 2012;
- Stephanie C. Roberts "Fotografare con l'iPhone" Logos, 2011;
- Gianpiero Riva "Fotografia smartphone. Scatta, elabora, condividi" Apogeo, 2103;
- "The Art of iPhoneography: A Guide to Mobile Creativity" Lark Books; 2011;
- Cancrini Maria Grazia, Mazzoni Silvia, I contesti della droga: storie di esplorazione, autoterapia e sfida: un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità, Franco Angeli, Milano, 2002;
- Duccio Demetrio, Raccontarsi. L'Autobiografia come cura di sé, Edizioni Cortina Raffaello, Milano, 1996;
- James Reynolds, Zoe Zontou, "Addiction and Performance" Cambridge Scholars Publishing, 2014;
- Furnari F., La persona come progetto, Edizioni Il Cenacolo, Biancavilla (Ct), 1990;
- Galimberti Umberto, I miti del nostro tempo, Ed. Feltrinelli, Milano 2009;
- Gatti Riccardo "Droga, Architettura e materiali per le nuove reti di intervento", Franco Angeli Editore, 2004.

17

STEP: SERVIZI TERRITORIALI EDUCATIVI POLIVALENTI

S. Canton*, **R. Gallizzi****, **S. Bardelli***
R. Bettoni**, **C. Bregamo***, **S. Caronni***
M. Duca*, **E. Roncoroni***, **R. De Facci*****

*Coordinatori progetti Adolescenti ex 3239/2012, Coop. Lotta contro l'Emarginazione

** Responsabili area Dipendenze, Coop. Lotta contro l'Emarginazione

*** Presidente, Coop. Lotta contro l'Emarginazione

Obiettivi: definizione di un modello di intervento innovativo nell'ambito della fragilità e problematicità multifattoriale adolescenziale, su cui Coop. Lotta contro l'Emarginazione sta lavorando a partire dall'esperienza delle sperimentazioni finanziate dalla D.g.r. 3239 del 2012 su giovani consumatori problematici dai 13/14 ai 24/25 anni spesso con ulteriori problematiche sociali, psichiche, psicologiche e relazionali.

Metodo: Il modello che si sta delineando è il frutto della sperimentazione biennale avviata da Coop. Lotta contro l'Emarginazione nei territori di 5 Asl (Como, Varese, Asl Milano, Asl Milano1 e Sondrio), ed è il tentativo di costruire un intervento territoriale tra prevenzione universale e presa in carico precoce, che sia in grado di approcciare, agganciare e gestire situazioni individuali o collettive di prossimità e/o vulnerabilità al consumo di sostanze psicoattive, con problematiche complementari di tipo sociale, psicologico, legale e sanitario di una certa complessità e variabilità dei problemi incontrati ed una forte difficoltà dei servizi territoriali specialistici alla loro gestione. Tale difficoltà nasce anche dal riscontro di una eterogeneità dei modelli e degli approcci presenti sui vari territori e rilevati nei progetti e nei servizi territoriali con cui questi giovani vengono in contatto. Un lavoro di ascolto, presa in carico, avvio di relazioni significative, ci ha permesso di andare ad identificare un target prioritariamente eleggibile attraverso la condivisione di possibili profili di rischio e di consumo e di problematicità multifattoriale.

Di conseguenza è stato avviato un lavoro di raccordo e condivisione con la rete territoriale (educativa: scuola e famiglie, sociale: i servizi sociali e i luoghi della libera aggregazione, legale: tribunale dei minori e sanitaria: Ser.T e servizi di salute mentale) in contatto con questa tipologia di target e poi si è sperimentato un processo di accoglienza multiprofessionale a partire dalla lettura della domanda posta dall'adolescente, che si è sviluppata in un percorso di confronto, aggancio, presa in carico, tutoring seguite ove utile o necessario da orientamento ai servizi e cogestione per i casi di particolare gravosità. Da questo punto di vista fonda-

mentale è stato, ed è, il raccordo e la collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze, non solo nella gestione dei casi, ma anche nella condivisione di strategie e ipotesi progettuali.

I presupposti dell'intervento sono dunque legati ad approcci di prevenzione selettiva, di prevenzione indicata e all'aggancio in fase precoce, che a proposito degli esordi psicotici significa «prima di quanto sia usuale» e non prima del tempo o prematuro (Larsen T. K., 2001). Un secondo fattore caratterizzante l'intervento è il lavoro sull'aumento e/o sul consolidamento dei fattori protettivi e di consapevolezza, perché l'intervento si connota prioritariamente come l'aggancio su un aspetto di vulnerabilità e potenziale problematicità, non di patologia franca e quindi in contesto che si colloca tra prevenzione selettiva e prevenzione indicata (Bertolini E., Salviati S., 2009). Tali progetti territoriali che prevedono anche la presenza in contesti/luoghi specifici di lavoro ha bisogno di un setting non stigmatizzante, quindi gli interventi hanno sede in luoghi non connotati come servizi specialistici e che in una prima fase di aggancio possono agire anche in spazi totalmente neutri come il parco, il Cag e il bar... (Cocchi A., Meneghelli A., 2004).

Un altro fattore che caratterizza questo tipo di intervento è l'azione di tutoraggio territoriale inteso come affiancamento mirato e specifico nelle attività quotidiane, come orientamento e sostegno nella ricerca sul territorio di contesti di socializzazione positiva e di programmi di formazione socio/lavorativa. Infine è fondamentale l'analisi multifattoriale dei bisogni in quanto permette di accogliere la domanda dell'adolescente e/o della sua famiglia nell'ottica di costruire un progetto individualizzato e in rete con quanto richiesto e/o offerto dagli altri servizi del territorio. Proprio a partire da quanto appena detto risulta fondamentale il sistema territoriale di riferimento tra ambiti sociali e sanitari, tra servizio pubblico e privato sociale. Infatti le progettazioni presentate hanno abbandonato un sistema di logica dell'offerta e si sono orientato verso un sistema incentrato sulla domanda, sulla progettazione individualizzata organizzata per obiettivi specifici e fasi diversificate. Tale logica ha spinto il progetto a interrogarsi sul rapporto con la rete secondaria formale rispetto alle richieste provenienti da quest'ultima, in quanto nella presentazione dei casi è emersa spesso una confusione rispetto al mandato progettuale e agli obiettivi dell'intervento (Croce M., 1995). Il rischio che, spesso, si è corso è stato quello di cadere in una sostituzione del mandato sociale (con una cultura allarmistica ed allontanante) a scapito del mandato progettuale che è invece di carattere preventivo, sanitario e di socializzazione. Un altro elemento di criticità nella costruzione della rete è dato dalla difficoltà dei servizi ad entrare in una logica di intervento coordinato e sinergico, in cui si rimane ancorati ad un sistema che si attiva solo in funzione delle proprie necessità e specialismi senza che vi sia una cornice di riferimento e di senso condivisa. Questa modalità porta ad una fatica nella presa in carico complessiva delle persone che rischia di avvenire in modo dispersivo e senza una chiara condivisione di obiettivi progettuali

(Folgheraiter F., 1993).

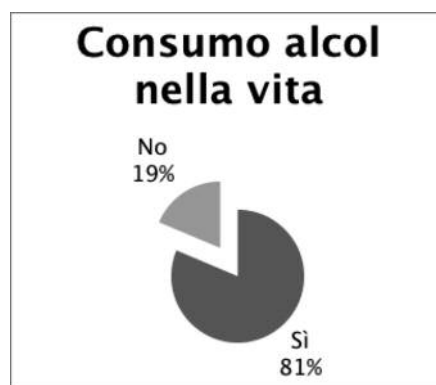
L'attuale scenario economico e sociale restituisce ulteriori elementi di complessità che si traducono in scarsità di risorse da parte della rete dei servizi e contestualmente in un aumento della domanda generica di presa in carico. In questo scenario i progetti rispetto alle prese in carico e alle azioni svolte nei contesti di gruppo, oltre ad aver sviluppato strategie volte a far emergere i comportamenti problematici, hanno promosso un ruolo di traghettamento ai servizi di trattamento e cura.

Risultati: Chi sono gli adolescenti intercettati dai nostri progetti dopo circa 2 anni di lavoro? Per una miglior definizione del Target di lavoro abbiamo lavorato a partire dalle persone accolte ed incontrate alla creazione di un profilo del target con alcuni indicatori di rischio che provassero a meglio definire gli aspetti di "maladattamento e consumo genericamente proposti dalla d.g.r.3239". I vari indicatori e le forme di vulnerabilità sono state raggruppate nelle seguenti aree del target: disagio giovanile, consumo/abuso di sostanze, disagio sociale, disagio psichico. Si tratta, quindi, di 493 adolescenti con cui abbiamo misurato bisogni, congruità delle risposte e risultati.

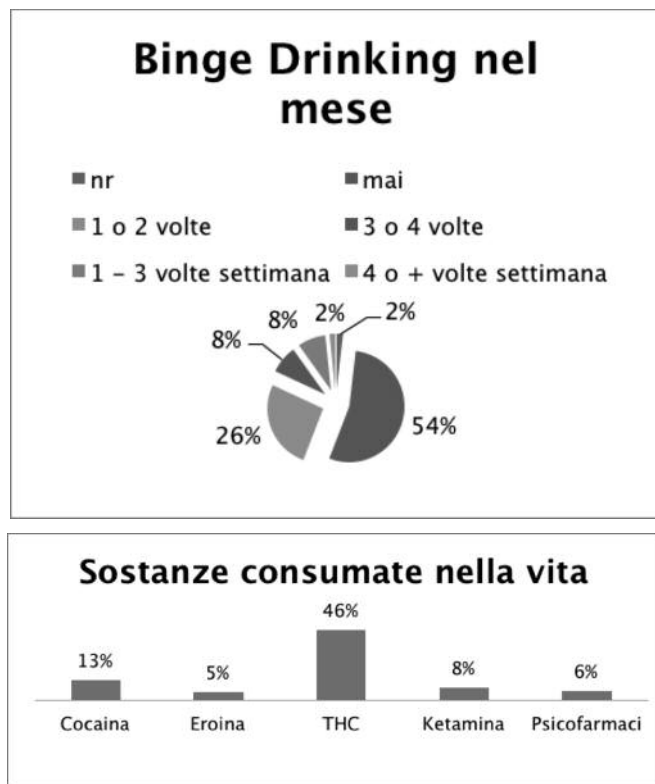
Sono stati intercettati prevalentemente soggetti di sesso maschile, 64%. Per quanto riguarda la fascia d'età la maggior parte si colloca tra i 14 e i 17 anni, 49%.

Per quanto riguarda la condizione occupazionale il dato generale, in linea con la giovane età agganciata, vede coinvolti prevalentemente studenti, 78%.

Dai dati sul consumo di alcol emerge il fatto che generalmente 81% degli adolescenti agganciati abbiano consumato alcol nell'arco della loro vita, dato significativo se rapportato all'età dei soggetti intercettati. Risultano alti anche gli episodi di binge drinking una o due volte al mese pari al 26% sempre se si considera che gli adolescenti intercettati risultano essere per la maggior parte minorenni. Il 36% degli adolescenti contattati dichiara di aver consumato sostanze nella vita e il 15% dichiara di averle consumate nell'ultima settimana. La sostanza maggiormente utilizzata risulta essere la marijuana, seguita da Cocaina, ketamina e dagli psicofarmaci, nei soggetti che hanno risposto al quesito sul consumo. Gli psicofarmaci risultano essere una sostanza di largo consumo in quanto facilmente reperibili, specie all'interno delle mura domestiche.



Si è poi considerato il disagio mentale che viene dichiarato nel 46% dei casi. Nello specifico il 22%



dichiara una sintomatologia di tipo depressivo, mentre 18% dichiara di avere un disturbo d'ansia e di soffrire di attacchi di panico. Per quanto riguarda i disturbi del comportamento il 19% dichiara comportamenti aggressivi e il 7% di aver tentato delle fughe

Dai dati sul trattamento emerge che una percentuale attorno al 16% usufruisce di un trattamento specifico. Abbastanza problematico appare invece il dato relativo alle problematiche scolastiche. Infatti si riferisce al 45% della popolazione totale. La bocciatura è il problema maggiore 19%, seguita da problemi di apprendimento 8%, e dispersione che si attesta al 7%.

Per quanto riguarda l'area sociale dal punto di vista delle problematiche degli adolescenti, gli stessi individuano come aspetto maggiormente problematico l'uso di alcol/sostanze nel gruppo pari 33%, seguito dalla frequentazione di gruppi a rischio pari al 27% e dai comportamenti illegali nel 17% dei casi. Il sesso non protetto è il comportamento che risulta maggiormente a rischio.

Tornando dai dati al modello le fasi che hanno caratterizzato il processo di intervento sono: accoglienza, analisi della domanda, presa in carico e definizione del progetto individuale, eventuale presa in carico della famiglia, erogazione di prestazioni, verifica e valutazione di processo e di efficacia. Nello specifico le prestazioni che vengono erogate sono: ascolto mirato, tutorship individuale, counseling individuale pedagogico e/o clinico, bilancio di competenze individuale e di gruppo, gruppi tematici: sostanze e comportamenti a rischio, percorsi di life skills, peer support, internet consapevole, laboratori espressivo relazionali, supporto alla famiglia pedagogico e/o clinico.

Conclusioni: Le progettazioni presentate hanno abbandonato un sistema di logica dell'offerta e si sono

orientato verso un sistema incentrato sulla domanda delle famiglie attraverso l'introduzione di un modello evolutivo, di gestione dei servizi sociali e socio sanitari, fondato su: libertà di scelta del cittadino, libertà di iniziativa e competizione fra erogatori di servizi, responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema di welfare. ci sembra di poter dire che la proposta offerta risponda ad una domanda. Gli elementi di innovazione alla base del progetto sono: luoghi non connotati, flessibilità degli orari e dei luoghi, valutazione personalizzata dei profili di rischio/problematicità, sistema integrato di intervento, luogo di "sintesi" nel percorso di crescita. Sembra importante evidenziare gli ultimi due aspetti perché, come sottolineato in precedenza hanno permesso di costruire un sistema di intervento con cui definire e attuare strategie volte a far emergere il comportamento problematico e i bisogni. Inoltre ci dovrebbe far riflettere sulla percezione che gli adolescenti hanno del disagio e sulla necessità di interventi mirati ad aumentare i fattori protettivi al fine di sviluppare comportamenti positivi, quali ad esempio il senso di autotutela, consapevolezza, auto ed etero responsabilità, di rispetto degli accordi e delle regole concordate, senza dover necessariamente patologizzare e stigmatizzare quelle che possono essere considerate delle normali istanze di crescita, delle possibili e forse necessarie trasgressioni, delle varie espressioni del se, ma allo stesso tempo monitorando quei segnali che, invece, possono essere indice di un'incapacità della gestione dei fattori di rischio, con un aggravarsi della situazione, come ad esempio i comportamenti a rischio, per essere pronti ad intervenire e ad orientare gli adolescenti verso forme apposite di attenzione, consapevolezza, scelta di cambiamento e ove necessario cura.

Bibliografia

- BERTOLINI E., SALVIATI S. (traduzione a cura di), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, in Quaderni della prevenzione - quaderno n° 6 (2012)
- COCCHI A., MENEGHELLI A., *L'intervento precoce tra pratica e ricerca - manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*, Centro Scientifico Editore, Torino (2004)
- CROCE M., *Il lavoro di rete fra pratica tecnica e partecipazione*, in "L'intervento di rete - Concetti e linee d'azione", Quaderni di animazione e formazione, Gruppo Abele, Torino (1995)
- F. FOLGHERAITER, *Lavoro di rete e valorizzazione delle risorse sociali*, in "L'intervento di rete - Concetti e linee d'azione", Quaderni di animazione e formazione, Gruppo Abele, Torino (1995)
- LARSEN T.K., FRIIS S., HAAR U., JOA I., JOHANNESSEN J. O., MELLE I., OPJORDSMOEN S., SIMONSEN E. & VAGLUM P., *Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 103, 323-34 (2001)



FeDerSerD