



REGIONE DEL VENETO



PROGETTO T.A.G. Teen Addiction Guidelines

**Buone prassi dei Servizi
nella cura delle dipendenze giovanili**

*La valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento
dei minori/adolescenti tossicodipendenti afferenti ai Servizi
della Regione del Veneto.*

PROGETTO T.A.G. Teen Addiction Guidelines

Buone prassi dei Servizi nella cura delle dipendenze giovanili

*La valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento
dei minori/adolescenti tossicodipendenti afferenti ai Servizi
della Regione del Veneto*

A cura di:

- Marco Capuani
medico – Coordinatore del Dipartimento per le Dipendenze – Az. ULSS 7
- Carlo Cenedese
psicologo – Responsabile tecnico del Centro per le Dipendenze Giovanili – Az. ULSS 7
- Alessandro Becagli
pedagogista – Educatore coordinatore della Comunità Giovanile



PROGETTO T.A.G. Teen Addiction Guidelines

**Buone prassi dei Servizi
nella cura delle dipendenze giovanili**

*Documento sviluppato nell'ambito del **Progetto T.A.G.** (Teen Addiction Guidelines) da:*

- **Marco Capuani**

medico – Coordinatore del Dipartimento per le Dipendenze – Az. ULSS 7

- **Carlo Cenedese**

psicologo – Responsabile tecnico del Centro per le Dipendenze Giovanili – Az. ULSS 7

- **Alessandro Becagli**

pedagogista – Educatore coordinatore della Comunità Giovanile



AZIENDA ULSS n. 7 – PIEVE DI SOLIGO (TV)

Dipartimento per le Dipendenze

Centro per le Dipendenze Giovanili

Via Ortigara 131

31015 CONEGLIANO (TV)

Tel. 0438 64211 – Fax 0438 63238

sert@ULSS7.it

PROGETTO T.A.G. (Teen Addiction Guidelines)

Progetto finanziato dal Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga - Anno 2009/2010 - Piano annuale di intervento e progetti di diretta iniziativa regionale (Quota B) - Area Dipendenze - D.G.R.V. n. 4307/2009 della Regione del Veneto

Responsabile del progetto: Marco Capuani

Referente tecnico: Carlo Cenedese

ENTE TITOLARE DEL PROGETTO

Azienda ULSS 7 - Dipartimento per le Dipendenze

Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7 – Conegliano (TV)

ENTE SOGGETTO PARTNER

Associazione Comunità Giovanile

Via Ortigara 131/133 – 31015 Conegliano (TV)

Pubblicazione no profit. Vietata la vendita.

© Documento stampato a cura dell'Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo (TV) – settembre 2011

Il Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines)

Il Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines) è un progetto finanziato dal Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga - Anno 2009/2010 - Piano annuale di intervento e progetti di diretta iniziativa regionale (Quota B) - Area Dipendenze - D.G.R.V. n. 4307/2009 della Regione del Veneto.

Promosso dal Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 7, è stato gestito e realizzato dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7 in collaborazione con l'Associazione Comunità Giovanile ONLUS di Conegliano.

La sua finalità generale è la definizione e divulgazione di buone prassi per l'accoglienza, la valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento terapeutico di minori/adolescenti tossicodipendenti, anche con provvedimento del Tribunale per i Minori di affidamento ai Servizi Tutela competenti per un collocamento obbligato in comunità.

L'azione principale del progetto ha previsto la costituzione di un gruppo di confronto a livello regionale che, anche sulla base dell'esperienza maturata dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, condividesse e definisse buone prassi e nuovi modelli organizzativi ed erogativi per il target dei minori/adolescenti tossicodipendenti.

Il gruppo ha previsto la partecipazione di rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze della Regione Veneto (almeno uno per provincia), delle due comunità terapeutiche (Comunità Giovanile e Comunità San Francesco) che sono state accreditate in fascia C2 (minori/adolescenti tossicodipendenti) e di alcuni enti afferenti all'ambito della tutela minorile (Ufficio Protezione e Pubblica Tutela dei Minori – Regione Veneto, Ufficio Servizio Sociale Minori – Regione Veneto, Servizi Tutela Minori).

Nota dei curatori

Questo documento è il frutto del lavoro di discussione e di confronto che si è sviluppato all'interno del Gruppo Regionale. Esso vuole rappresentare uno strumento di ulteriore condivisione con tutti gli operatori che, a vario titolo, si occupano di minori/adolescenti con problematiche di abuso o dipendenza da sostanze psicotrope.

Nei diversi capitoli sono sintetizzate le varie considerazioni emerse dal dibattito all'interno del gruppo, sono descritte esperienze concrete attivate dai Servizi di appartenenza degli operatori coinvolti e vengono sottolineati i punti di convergenza. Alla fine di ogni capitolo sono elencati gli aspetti considerati come più rilevanti.

Nel capitolo finale intitolato "Considerazioni conclusive" si possono trovare elencate, in modo il più possibile sintetico, le indicazioni di buone prassi in materia di presa in carico, valutazione diagnostica, motivazione e trattamento dei minori/adolescenti tossicodipendenti.

In quanto esito di un complesso lavoro di sintesi tra posizioni ed esperienze in alcuni casi molto differenziate, se non addirittura contrastanti (piuttosto raramente per la verità), i curatori si scusano con quanti, tra gli operatori, non si troveranno pienamente rappresentati nel loro pensiero dagli enunciati finali, fiduciosi che si comprenderà l'esigenza di rendere il più possibile chiare le indicazioni emerse e consapevoli che ciò va senz'altro a scapito di un resoconto preciso e dettagliato della complessità di quanto dibattuto durante gli incontri del gruppo regionale.

La brevità del percorso di confronto su una tematica così complessa ed articolata ci porta a considerare quanto espresso in questo documento come uno stimolo ad approfondire e ad esplorare ulteriormente una realtà che, negli ultimi anni, interroga in maniera sempre più impellente i Servizi interessati e spinge gli operatori alla ricerca di nuove modalità di lavoro e di intervento in situazioni che rifiutano le prassi consolidate e mettono alla prova ogni tentativo di sperimentazione.

Ci auguriamo che questo lavoro possa contribuire a fronteggiare le nuove esigenze rappresentate da questo target, facilitare l'evoluzione del necessario confronto tra operatori e Servizi coinvolti e offrire alle istituzioni competenti in materia socio sanitaria (Regione del Veneto, ULLSS ed Enti Locali), indicazioni utili per la programmazione e la gestione del sistema dei Servizi alla persona e alle comunità.

Ringraziamenti

I curatori desiderano ringraziare gli Enti e le Istituzioni che hanno reso possibile la realizzazione di questo documento.

Si ringraziano inoltre tutti i componenti del gruppo regionale e di quello locale per la loro disponibilità, per l'interesse dimostrato nei confronti del progetto, per la costanza e l'impegno nel partecipare al percorso di confronto e condivisione, nonché per i contributi concreti alla stesura dei diversi capitoli di questo testo.

Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Laura Rebesco (dell'Ufficio Servizio Sociale Minori) che ha curato il capitolo "Minori e adolescenti tossicodipendenti nell'ambito penale" e alla dott.ssa Claudia Arnosti (dell'Ufficio Protezione e Pubblica Tutela dei Minori) per la stesura della "Cornice normativa" che si trova all'interno del capitolo "Minori affidati e dipendenze".

Prefazione

Nel territorio della Regione Veneto, come purtroppo accade anche a livello nazionale, si è assistito, in questi anni, ad un notevole abbassamento dell'età di esordio dell'uso di sostanze illegali.

Non solo l'iniziazione è sempre più precoce, ma ad essa si accompagna anche un più frequente passaggio dalla semplice sperimentazione della sostanza a vere e proprie forme di dipendenza. Una maggiore diffusione del consumo di alcolici e cannabinoidi tra i giovanissimi tende ad alimentare quella cultura dell'alterazione a tutti i costi e del "divertimento chimico" che favoriscono l'avvicinamento al mondo delle sostanze con modalità sempre più spesso caratterizzate dal poliabuso. Le droghe così dette "pesanti", per nulla soppiantate dalla diffusione delle sostanze di sintesi, continuano a mietere vittime anche tra gli adolescenti ed i minori in particolare.

In un'età di per sé fragile, critica ed estremamente complessa sul piano psicologico, l'uso di sostanze psicotrope può determinare un vero e proprio arresto evolutivo, inibendo lo sviluppo di adeguate abilità nel riconoscimento e nella gestione degli affetti, impedendo la crescita di capacità relazionali mature, bloccando il processo di formazione di una personalità adulta e responsabile.

La lettura di tale contesto sollecita interventi mirati ed invita non solo all'urgenza dell'azione, ma anche ad uno sforzo elaborativo per progettare e realizzare strategie terapeutiche che incontrino efficacemente le particolarità dell'utenza adolescenziale e minore con problematiche di dipendenza.

La Regione del Veneto si è contraddistinta negli anni per una forte vocazione al lavoro con i giovani e gli adolescenti e per una sollecitudine ed un interesse del tutto particolari nei confronti di questa fascia della popolazione, sia nell'ottica della promozione del benessere, sia nella prevenzione e nel trattamento delle diverse forme di disagio e di patologia che colpiscono tipicamente quest'età.

La lotta all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive non può prescindere dall'elaborazione di adeguate politiche di prevenzione e dall'implementazione di interventi articolati e diversificati sulla base delle caratteristiche socio culturali del territorio e sulla base delle differenze generazionali.

In questa prospettiva si colloca il progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines), realizzato grazie al Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga - Piano annuale 2009/2010 Area Dipendenze - D.G.R.V. n. 4307/2009 della Regione Veneto, dall'Azienda ULSS7 di Pieve di Soligo, con il coinvolgimento e la partecipazione attiva di operatori delle dipendenze e della tutela rappresentativi del territorio regionale.

Il lavoro che ha portato alla definizione delle "buone prassi" nella valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento dei minori/adolescenti tossicodipendenti ha di fatto avviato una prima riorganizzazione del Sistema Veneto per le Dipendenze, in modo tale da renderlo ancor più rispondente alle esigenze di un target, i tossico ed alcol dipendenti, in continua evoluzione. Contemporaneamente ha permesso l'avvio di un dialogo e la costruzione di un linguaggio condiviso tra Servizi diversi e specifici, come i Servizi per le dipendenze ed i Servizi Tutela minori, ricomponendo, di fatto, interventi che correvano il rischio di svilupparsi parallelamente, con la possibilità della frammentazione e della presa in carico solo a partire dal sintomo.

Il lavoro è stato altresì l'occasione di approfondimenti e confronti sulle modalità più opportune di lavoro con adolescenti/minori con problemi di dipendenza, nella consapevolezza del fatto che sono ancora scarse le conoscenze e le esperienze in questo campo e non è quindi possibile affidarsi a tradizioni consolidate, nel rispetto di quella dinamicità, di quell'equilibrio instabile che è proprio dei processi di crescita e di maturazione che caratterizzano l'adolescenza.

Il Dirigente del Servizio Prevenzione
Devianze e Tossicodipendenze della Regione Veneto
dott.ssa Michela Frezza

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduzione | 1 |
| 1.1. Costituzione del Gruppo Locale | 1 |
| 1.2. Costituzione del Gruppo Regionale | 2 |
| 1.3. Il mondo delle dipendenze e quello dei minori si incontrano | 3 |
| 2. Adolescenti/giovani e dipendenze | 5 |
| 2.1. Caratteristiche specifiche del target | 5 |
| 2.1.1. Fascia d'età | 5 |
| 2.1.2. Differenze di genere | 5 |
| 2.1.3. Caratteristiche tossicologiche | 5 |
| 2.1.4. Caratteristiche psicologiche..... | 6 |
| 2.1.5. Aspetti motivazionali | 7 |
| 2.1.6. Aspetti genitoriali | 7 |
| Riassumendo..... | 9 |
| 2.2. I dati della rilevazione | 10 |
| Riassumendo..... | 22 |
| 3. Modalità di invio e strategie di aggancio precoce | 23 |
| 3.1.1. Modalità di invio..... | 23 |
| 3.1.2. Gli interventi territoriali per l'aggancio precoce..... | 23 |
| Riassumendo..... | 25 |
| 4. Accoglienza e presa in carico | 27 |
| 4.1.1. L'approccio ambulatoriale e quello residenziale | 28 |
| 4.1.2. La necessità di un lavoro integrato tra Servizi diversi | 31 |
| Riassumendo..... | 34 |
| 5. La valutazione multidimensionale e diacronica | 35 |
| 5.1.1. L'approccio ambulatoriale e quello "in situazione" | 35 |
| 5.1.2. Aspetti educativi..... | 35 |
| 5.1.3. Aspetti sociali..... | 36 |
| 5.1.4. Aspetti psicologici | 37 |
| 5.1.5. Aspetti medici | 37 |
| Riassumendo..... | 39 |
| 6. Il trattamento | 41 |
| 6.1.1. Il trattamento ambulatoriale | 41 |
| 6.1.2. Il trattamento residenziale | 42 |
| Riassumendo..... | 43 |
| 7. Minori/adolescenti tossicodipendenti nell'ambito penale | 45 |
| 7.1. Il sistema della giustizia minorile | 45 |
| 7.2. I dati della rilevazione | 45 |
| 8. Minori e dipendenze | 49 |
| 8.1. Gli interventi a favore di minori in situazioni di rischio di uso di sostanze o di tossicodipendenza | 49 |
| 8.2. Il target: quali sono i soggetti da considerare? | 49 |
| 8.3. I fattori collegati alla tutela minorile | 49 |
| 8.3.1. Rischio..... | 50 |
| 8.3.2. Rischio di pregiudizio..... | 50 |
| 8.3.3. Pregiudizio..... | 50 |
| 8.4. La tipologia degli interventi nell'ambito della tutela minorile | 51 |
| 8.4.1. Principio di Beneficità | 51 |
| 8.4.2. Principio di Legalità | 51 |
| 8.5. Gli attori della tutela | 52 |
| 8.5.1. Comuni | 52 |
| 8.5.2. Aziende ULSS | 52 |
| 8.5.3. Provincia..... | 52 |
| 8.5.4. Procura Minorile - autorità giudiziaria/penale | 53 |
| 8.5.5. Tribunale per i Minorenni | 53 |
| 8.5.6. Giudice tutelare presso il Tribunale ordinario | 53 |
| 8.5.7. Procura presso il Tribunale ordinario..... | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 8.5.8. Tribunale Ordinario | 53 |
| 8.5.9. Corte d'Appello | 53 |
| 8.5.10. Soggetti del Privato Sociale Comunità di accoglienza, famiglia affidatarie, Tutore legale, curatore speciale, l'avvocato | 53 |
| 8.6. Le prassi degli interventi di tutela e cura..... | 53 |
| 8.6.1. Fase 1: informazione, modalità e contenuti della segnalazione | 53 |
| 8.6.2. Fase 2: Stima dell'informazione – la valutazione | 54 |
| 8.6.3. Fase 3: Gli interventi di cura | 55 |
| 8.6.4. Nel caso di situazioni complesse..... | 55 |
| 8.7. La gestione delle dipendenze giovanili in sinergia/collaborazione con i Servizi Tutela | 56 |
| Riassumendo..... | 58 |
| | |
| 9. Minori affidati e dipendenze | 59 |
| 9.1. Buone prassi come esito di una sperimentazione regionale..... | 59 |
| 9.1.1. La Comunità Giovanile: modalità di funzionamento e approccio terapeutico..... | 59 |
| 9.1.2. La fase di accoglienza e valutazione nel modulo “La Zattera” | 60 |
| 9.1.3. La fase terapeutica/riabilitativa nel modulo “comunità terapeutica” | 60 |
| 9.1.4. Il lavoro con le famiglie..... | 61 |
| 9.1.5. Le iniziative di studio, ricerca e valutazione messe in atto durante la sperimentazione e il collegamento con il Progetto T.A.G..... | 61 |
| 9.1.6. La casistica..... | 63 |
| 9.1.7. Dipendenza VS Tutela e protezione minori | 64 |
| 9.1.8. I Servizi inianti minori tossicodipendenti affidati | 65 |
| 9.1.9. Le risorse necessarie per il trattamento residenziale con minori tossicodipendenti..... | 66 |
| 9.2. Osservazioni conclusive..... | 67 |
| 9.2.1. La casistica..... | 67 |
| 9.2.2. La formazione..... | 67 |
| 9.2.3. Le risorse..... | 67 |
| 9.2.4. Il Progetto Quadro | 67 |
| 9.2.5. Una visione più ampia del concetto di tutela, protezione e cura. | 67 |
| 9.2.6. Le opportunità della segnalazione, dell'affido e del collocamento obbligatorio..... | 68 |
| 9.2.7. Le “buone prassi”..... | 68 |
| Riassumendo..... | 70 |
| 9.3. Cornice normativa..... | 71 |
| 9.3.1. Accesso ai Servizi socio-sanitari e capacità d'agire del minore d'età..... | 71 |
| 9.3.2. Prestazioni che richiedono il consenso dei legali rappresentanti del minore. | 71 |
| 9.3.3. Potestà genitoriale e rappresentanza legale | 72 |
| 9.3.4. Compiti dell'affidatario e rappresentanza legale..... | 72 |
| 9.3.5. Affidamento al Servizio sociale e limiti della potestà genitoriale..... | 72 |
| 9.3.6. Rilevanza dei vincoli parentali | 73 |
| 9.3.7. Segreto professionale o d'ufficio | 73 |
| 9.3.8. Obbligo di denuncia..... | 73 |
| | |
| 10. Considerazioni conclusive | 75 |
| 10.1.1. Il contatto dei minori/adolescenti con i Servizi per le dipendenze: “...una valutazione non si nega a nessuno...”..... | 75 |
| 10.1.2. Prevenzione selettiva e aggancio precoce..... | 75 |
| 10.1.3. Le modalità di presa in carico e la valutazione di minori e adolescenti: differenziare approcci, spazi e tempi..... | 76 |
| 10.1.4. La criticità dell'adolescente tossicodipendente: il focus sulla motivazione..... | 76 |
| 10.1.5. Il lavoro “in situazione” come ampliamento dell'approccio ambulatoriale | 76 |
| 10.1.6. Dalla presa in carico del singolo a quella del contesto familiare | 77 |
| 10.1.7. Il lavoro residenziale con i minori adolescenti tossicodipendenti: un trattamento di alta specializzazione..... | 77 |
| 10.1.8. Minori tossicodipendenti o tossicodipendenti minori? | 77 |
| 10.1.9. I minori tossicodipendenti affidati: una visione più ampia e innovativa del concetto di protezione e tutela minorile | 78 |
| 10.1.10. Il completamento del lavoro terapeutico: l'importanza delle pratiche di inclusione sociale | 78 |

1. Introduzione

Questo documento è frutto di un lavoro collettivo di confronto e discussione tra operatori che all'interno delle proprie realtà organizzative (SerD, Servizi Sociali, Comunità terapeutiche, ecc.) si trovano ad affrontare, negli ultimi anni in maniera sempre più frequente, la difficile problematica del consumo e della dipendenza da sostanze psicoattive in soggetti adolescenti, a volte anche minori. Questo percorso di condivisione si è sviluppato all'interno di un progetto denominato *T.A.G. (Teen Addiction Guidelines)*.

Il Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines) è un progetto finanziato dal Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga - Anno 2009/2010 - Piano annuale di intervento e progetti di diretta iniziativa regionale (Quota B) - Area Dipendenze - D.G.R.V. n. 4307/2009 e 895/2010 della Regione del Veneto. Promosso dal Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 7, è stato gestito e realizzato dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS7 e dall'Associazione Comunità Giovanile ONLUS di Conegliano (soggetto partner). La sua finalità generale è la definizione e divulgazione di buone prassi per l'accoglienza, la valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento terapeutico di minori/adolescenti tossicodipendenti, anche con provvedimento del Tribunale per i Minori di affidamento ai Servizi Tutela competenti per un collocamento obbligato in comunità.

L'azione principale del progetto ha previsto la costituzione di un gruppo di confronto a livello regionale che, anche sulla base dell'esperienza maturata dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, condividesse e definisse buone prassi e nuovi modelli organizzativi ed erogativi per il target minori/adolescenti tossicodipendenti.

Questo documento rappresenta il prodotto finale del progetto, ovvero una sintesi delle considerazioni ottenute grazie al lavoro di confronto tipico del *consensus panel* all'interno del quale, in maniera coordinata, tutti gli operatori coinvolti hanno portato il loro contributo. Le indicazioni sulle buone prassi così prodotte potranno quindi essere non solo l'espressione di esperienze innovative d'intervento già in corso, ma anche favorire la condivisione e la diffusione di modalità di presa in carico specialistica e l'uniformità degli interventi e degli strumenti da adottare per trattare i minori/adolescenti con problematiche di dipendenza.

A seguito di una riflessione più generale sui modelli di intervento specifici adatti alle caratteristiche degli utenti tossicodipendenti adolescenti e sulle prassi operative da adottare con questo tipo di pazienti, il gruppo regionale è stato invitato a confrontarsi su due ulteriori tipologie di utenti (che afferiscono ai Servizi sempre più frequentemente, mettendo seriamente in discussione i modelli e le prassi d'intervento consolidate) che necessitano di modalità di approccio ancor più specialistiche e differenziate: gli utenti tossicodipendenti minori e i minori con provvedimento del Tribunale per i Minori di affidamento ai Servizi Tutela competenti per un collocamento obbligato in comunità.

Circa quest'ultima tipologia di utenti il progetto comprendeva al suo interno anche il monitoraggio e l'approfondimento di una sperimentazione di fatto già avviata presso la Comunità Giovanile, in accordo con la Regione Veneto, con l'utilità per il gruppo di confronto di accedere ad un'esperienza concreta e al conseguente materiale di lavoro (in termini di criticità e punti di forza) sul quale riflettere e dal quale far emergere prassi efficaci e condivise.

1.1. Costituzione del Gruppo Locale

Nei mesi di gennaio/febbraio 2010 si è costituito il gruppo tecnico locale del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 7 che è composto da otto membri ed ha avuto il compito di seguire i lavori del gruppo regionale soprattutto con la finalità di produrre materiale di confronto, a partire dall'esperienza del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'Az. ULSS 7 e in particolare dalla sperimentazione in corso per il trattamento residenziale di minori tossicodipendenti, affidati dal Tribunale per i Minori ai Servizi Sociali di Tutela competenti per il collocamento obbligatorio in comunità. Il gruppo, formato da operatori del Centro per le Dipendenze Giovanili e dell'Associazione Comunità Giovanile, ha seguito la scaletta di tematiche condivise con il gruppo regionale, presentando contributi legati all'esperienza del Centro per le Dipendenze Giovanili in merito ad ogni tematica ed in particolare ha avuto il compito di approfondire anticipatamente le questioni legate ai minori grazie anche alla consulenza della dott.ssa Claudia Arnosti,

dell'Ufficio di Protezione e Pubblica Tutela dei Minori della Regione Veneto, che ha accettato di partecipare, oltre che ai lavori del gruppo regionale, anche all'attività del gruppo locale.

1.2. Costituzione del Gruppo Regionale

In data 23 marzo 2010 si è costituito ufficialmente il gruppo regionale. Il gruppo, come concordato con il Servizio Prevenzione Devianze e Tossicodipendenze, risulta composto da rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze del Veneto (almeno uno per provincia) e da una rappresentanza degli uffici regionali e territoriali che si occupano di tutela minorile.

Nel corso del primo incontro è stato presentato il progetto nelle sue finalità e si sono concordate le modalità di lavoro del gruppo:

- il gruppo si è incontrato mediamente una volta al mese;
- durante ogni incontro si è discussa una tematica appartenente ad un elenco condiviso;
- la discussione è stata verbalizzata e restituita via mail ai partecipanti;
- un gruppo locale appartenente al Dipartimento per le Dipendenze di Conegliano si è impegnato, a partire dall'esperienza del Centro per le Dipendenze Giovanili, a produrre del materiale di confronto da far avere ai partecipanti prima degli incontri, così come tutti i partecipanti sono stati invitati a condividere i loro contributi relativi a riflessioni attinenti la tematica o esperienze in corso;
- i verbali dei diversi incontri, una volta rivisti dai membri del gruppo, sono diventati la traccia di lavoro nella stesura del documento finale;

Si è concordato anche che trimestralmente i referenti del progetto incontrassero la dirigenza regionale del Servizio Prevenzione Devianze e l'Ufficio Minori per un puntuale aggiornamento sui lavori del gruppo e soprattutto per garantire il necessario raccordo con gli aspetti di sovrapposizione legati all'utenza minorile.

È stato definito anche il calendario degli incontri e la scaletta delle tematiche di discussione approvata dal gruppo:

- Caratteristiche specifiche del target
- Strategie di aggancio precoce
- Primo contatto e richiesta d'aiuto
- La presa in carico: approccio organizzativo e clinico
- Valutazione multidisciplinare
- Programma terapeutico e trattamento
- Programmi residenziali per adolescenti
- Minori con problemi di tossicodipendenza
- Minori con problemi di tossicodipendenza affidati ai Servizi Sociali
- La rete di inclusione

Gli incontri svolti complessivamente sono stati i seguenti:

- - Mercoledì 5 maggio ore 14.00 (c/o sede regionale)
Tematica: strategie di aggancio precoce e elaborazione griglia di rilevazione
- - Mercoledì 26 maggio ore 14.30 (c/o sede regionale)
Tematica: approcci differenziati nella presa in carico e revisione griglia di elaborazione
- Mercoledì 16 giugno ore 10.00 (c/o sede regionale)
Tematica: La valutazione multidisciplinare
- Giovedì 8 luglio ore 10.00 (presso il Centro per le Dipendenze Giovanili - Az. ULSS 7)
Tematica: Programma terapeutico e trattamento
- Mercoledì 15 settembre ore 14.30 (c/o sede regionale)
Tematica: Programmi residenziali per adolescenti
- Mercoledì 20 ottobre ore 14.30 (c/o sede regionale)
Tematica: Programmi residenziali per minori
- Mercoledì 24 novembre ore 14.30 (c/o sede regionale)
Tematica: Programmi residenziali per minori
- Martedì 30 novembre ore 14.30 (c/o il Centro per le Dipendenze Giovanili - Az. ULSS 7)
Tematica: Revisione del percorso di discussione insieme al dott. Augusto Consoli

L'incontro del 30/11/2010 ha visto la partecipazione del dott. Augusto Consoli che si è confrontato con il gruppo regionale nel pomeriggio, presso il Centro per le Dipendenze Giovanili dell'Az. ULSS 7. Con questo incontro si è concluso il percorso di discussione del gruppo regionale.

1.3. Il mondo delle dipendenze e quello dei minori si incontrano

Nel corso della discussione all'interno del gruppo si è posto l'accento sulla necessità di riflettere sugli spazi di sovrapposizione tra il mondo delle dipendenze e quello dei minori e sulle prassi da adottare nella gestione di utenti minori con problemi di dipendenza.

La costituzione del Gruppo Regionale del Progetto T.A.G. ha rappresentato sicuramente un'occasione importante di incontro e di confronto tra due realtà di operatori, quelli afferenti al mondo delle dipendenze e quelli invece della tutela minorile, che sempre più spesso si trovano a dover affrontare insieme le difficili situazioni di minori che abusano di sostanze psicoattive o presentano quadri severi di evidente tossicodipendenza. La discussione in gruppo ha permesso non solo di confermare l'esigenza di stimolare la condivisione tra le due aree, ma anche di cominciare a costruire un linguaggio comune e convergere su alcune questioni assolutamente importanti in merito alle prassi di collaborazione tra Servizi, alle modalità di lavoro e all'esigenza di coniugare prospettive a volte antitetiche quali quelle del bisogno di tutelare il minore, da un lato, e di far crescere in lui una motivazione necessaria ad aderire ad un trattamento per la dipendenza dall'altro. Si è più volte sottolineata, durante i lavori del progetto, la necessità sentita da tutti di avviare un percorso formativo regionale "ad hoc" su questo target e sulle problematiche istituzionali e cliniche ad esso direttamente connesse. La qualità e l'intensità con la quale i vari operatori hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale T.A.G. dimostrano che c'è un forte bisogno di scambio e di formazione e che c'è la disponibilità da parte degli operatori che operano quotidianamente sul campo, di apprendere contenuti e tematiche nuove come quelle legate al fenomeno delle dipendenze giovanili.

2. Adolescenti/giovani e dipendenze

2.1. Caratteristiche specifiche del target

La prima tematica sulla quale il gruppo regionale si è interrogato riguardava una miglior definizione del target di riferimento e delle caratteristiche specifiche di questa fascia di utenti. Ci si è domandati in particolare modo quali fossero gli aspetti distintivi, rispetto all'utenza adulta, che richiedono modalità di intervento differenziate da parte dei Servizi.

2.1.1. Fascia d'età

Innanzitutto si è concordato sulla necessità di abbassare di un anno il limite della fascia di età (15-24 anni) prevista dal progetto. Il nuovo target di riferimento è quindi diventato la fascia d'età compresa tra i 14 e i 24 anni, in quanto all'interno del gruppo di confronto si riportavano alcune esperienze di utenti afferiti al Servizio già all'età di 14 anni con una richiesta di aiuto per dipendenza da oppiacei.

Il limite dei 24 anni invece è forse in qualche modo più arbitrario pur giustificandosi facendo riferimento alla classificazione SESIT per fasce d'età e comunque, anche secondo l'osservazione degli operatori, rimane comunque un'età limite abbastanza adeguata se si vuole distinguere gli adolescenti/giovani dagli utenti che presentano le caratteristiche tipiche dell'utenza adulta.

2.1.2. Differenze di genere

La discussione in gruppo sulle differenze di genere ha raggiunto facilmente un accordo nel descrivere le ragazze come situazioni mediamente più gravi rispetto a quelle presentate dai ragazzi. In particolare si sottolinea come le ragazze con età inferiore ai 18 anni arrivino al Servizio manifestando un uso precoce di eroina iniettata. Sebbene numericamente inferiori rispetto ai maschi spesso rappresentano situazioni più complesse non solo da un punto di vista tossicologico, ma anche per concomitanti problematiche psicopatologiche (disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità, comportamenti auto lesivi, ecc.) o sociali. Una possibile chiave di lettura è che le femmine superano con maggior difficoltà alcune inibizioni sociali (quelle legate alla devianza), ma quando le superano vanno molto oltre i limiti assumendo condotte devianti più gravi rispetto ai maschi.

I maschi, invece, spesso usano solo cannabinoidi al primo accesso al Servizio e tra questi gli utenti più problematici sembrano essere gli abusatori di cannabinoidi con abbandono scolastico, che non lavorano e con i quali sembra maggiormente difficoltoso individuare strategie di intervento efficaci. Alcuni distinguono due categorie: ragazzi tra i 15 e i 17 anni che procedono nel percorso scolastico, e ragazzi che abbandonano la scuola dopo l'obbligo o faticano a concluderla: per questi ultimi si possono evidenziare nel passato già dei segnali di difficoltà; per gli altri invece l'uso di sostanze sembra essere la prima avvisaglia di disagio. In generale sono persone inserite in contesti familiari almeno apparentemente normali, con famiglie che non presentano evidenti caratteristiche di problematicità. Chiaramente, ad una indagine più approfondita, si possono trovare varie dinamiche dispiegate all'interno, ma in generale non si tratta di famiglie segnalate ai Servizi per gravi situazioni, o di famiglie ai margini della società: si tratta invece di nuclei ben inseriti nel contesto sociale, con esempi di genitori professionisti e attivi nell'ambito sociale e scolastico.

2.1.3. Caratteristiche tossicologiche

Da un punto di vista tossicologico tutti gli operatori mettono in evidenza come la diffusione di nuove modalità di assunzione dell'eroina (oggi prevalentemente fumata dai giovanissimi, anziché iniettata) abbia influenzato notevolmente il consumo di questa sostanza favorendo un progressivo abbassamento dell'età del primo consumo. Assumere l'eroina fumandola appare, infatti, ai giovanissimi come un comportamento meno pericoloso rispetto alla modalità iniettiva. Ef-

fettivamente alcuni rischi si riducono (es. scambio di siringhe e diffusione di malattie infettive), ma illusoriamente i giovani consumatori si convincono anche di una minor pericolosità in termini di sviluppo della dipendenza e tendono a differenziarsi da coloro che usano endovena (che definiscono come “tossici”, “drogati”, ecc.) preferendo definirsi come “uno che fa festa”, anche se sostanzialmente condividono la medesima problematica. Questo aspetto, legato ad altri fattori, ha sicuramente accelerato la tipica progressione nell’uso di sostanze (dalle sostanze cosiddette “leggere” a quelle “pesanti”), determinando un inizio sempre più precoce dell’uso di eroina e quindi aumentando il numero di accessi di giovanissimi ai Servizi. Un’ulteriore differenziazione si gioca sul piano della disintossicazione laddove il trattamento farmacologico sostitutivo, quando applicato ai giovanissimi, comporta, più frequentemente che negli adulti, la continuazione dell’uso concomitante di oppiacei, impedendo la stabilizzazione e la disintossicazione fisica.

Una sempre maggior diffusione delle sostanze chimiche (ecstasy, amfetamine, ecc.), l’aumentata potenzialità neuro lesiva dei cannabinoidi attualmente in circolazione ed il proliferare di sempre nuove sostanze confezionate ad arte con caratteristiche appetibili proprio per un pubblico adolescente hanno determinato una maggior diffusione dell’uso tra i giovanissimi, ma anche, purtroppo, sempre nuovi casi con gravi danni a livello cerebrale, deterioramento cognitivo o slatentizzazione di problematiche psichiatriche che altrimenti sarebbero rimaste silenti. In tal senso urge una riorganizzazione dei Servizi per offrire il supporto adeguato a queste nuove situazioni.

Infine il gruppo si è soffermato a riflettere su quali possano essere i parametri per considerare una problematica di pertinenza del Servizio specialistico per le dipendenze. Nella tradizione dei Servizi, infatti, l’abusatore di cannabis, per esempio, non era considerato portatore di una problematica di dipendenza, quanto piuttosto di un non meglio definito “disagio giovanile” del quale non era congruo si occupasse un Servizio specialistico, oppure, come accade frequentemente, il giovane fumatore di cannabinoidi rappresentava un utente che accedeva al Servizio per questioni meramente amministrative (a seguito di segnalazione ex art. 121 o art. 75) e quindi non bisognoso di una reale presa in carico di tipo terapeutico.

Il gruppo riconosce quanto descritto in letteratura, ovvero che fortunatamente la stragrande maggioranza dei soggetti che iniziano ad usare cannabis in adolescenza, smettono spontaneamente, senza sviluppare un problema di dipendenza, ma considera anche l’esperienza di tanti utenti incontrati inizialmente per uso di cannabinoidi e che si sono ripresentati poi con problematiche ben più pesanti. Pertanto si è giunti alla conclusione che tutti coloro che si presentano al Servizio meritano quantomeno una valutazione se non una presa in carico vera e propria, considerando il fatto stesso che si presentino al Servizio (portati dai genitori, segnalati, ecc.) come l’indicazione di una probabile vulnerabilità alla quale prestare attenzione. Si sottolinea tuttavia quanto questa necessità di presa in carico sia strettamente connessa alle possibilità effettive del Servizio di poter garantire ad utenti così giovani e con problematiche tossicologiche così differenziate rispetto agli adulti, un contesto appropriato. Si deve creare infatti la possibilità di una presa in carico all’interno della quale si possano ridurre al minimo le legittime preoccupazioni degli operatori di stigmatizzare eccessivamente comportamenti di consumo che hanno ancora le caratteristiche della sperimentazione e dove si possa evitare un eccessivo contatto con la fascia adulta di utenti, che per alcuni adolescenti possono rappresentare un’occasione di avvicinamento a comportamenti di abuso o di dipendenza più gravi.

2.1.4. Caratteristiche psicologiche

Una caratteristica molto evidente è sicuramente la scarsa strutturazione personale tipica degli adolescenti, pregio e vantaggio quando si lavora in chiave terapeutica e riabilitativa perché facilita il cambiamento su un terreno per così dire plastico, ma rappresenta anche limite quando si manifesta soprattutto nell’instabilità e rende inutile, per esempio, una valutazione puntuale: ciò che si è appena finito di valutare appartiene già al passato anche in tempi rapidi.

È esperienza comune, infatti, l’individuazione di aspetti psicopatologici che si risolvono spontaneamente nel breve periodo, magari al mutare delle condizioni ambientali e relazionali e in funzione di quanto avviene sul versante del consumo di sostanze. La possibilità di garantire la disintossicazione fisica abbastanza rapidamente e in un contesto protetto, sembra facilitare molto la rapidità con cui l’adolescente si rende disponibile per una valutazione psicodiagnostica maggiormente attendibile, la quale può avvantaggiarsi anche di osservazioni che provengono

dalla quotidianità del contesto educativo che possono confermare o meno le prime ipotesi diagnostiche.

2.1.5. *Aspetti motivazionali*

Gli utenti tossicodipendenti che appartengono alla popolazione target di questo progetto presentano anche notevoli differenze sul piano motivazionale rispetto ai soggetti tossicodipendenti adulti. Essi infatti hanno una storia di tossicodipendenza molto recente di solito e quindi hanno subito scarse o nulle conseguenze negative legate all'uso di sostanze. In genere accedono ai Servizi perché scoperti dai genitori, perché fermati dalle Forze dell'Ordine o perché, per qualche ragione, perdono temporaneamente la possibilità di procurarsi le sostanze, ecc. Ne consegue che, se in generale nel tossicodipendente la scarsa motivazione a smettere l'uso costituisce l'ostacolo primario nel processo di guarigione, nei soggetti adolescenti/giovani la motivazione appare generalmente ancor più scarsa per i motivi sopra esposti, così come la consapevolezza di avere un problema di salute. Pertanto l'intervento degli operatori sugli aspetti motivazionali risulta, per il nostro target, ancor più difficile e, al tempo stesso, decisivo.

2.1.6. *Aspetti genitoriali*

La tematica relativa agli aspetti genitoriali ha interessato moltissimo il gruppo portando a condividere numerose osservazioni e riflessioni fino a giungere ad una posizione comune che si è sostanziata nel consenso unanime attorno alla dichiarazione che *“la presa in carico dell'utente adolescente con problemi di dipendenza è in realtà la presa in carico di un intero contesto, quello appunto in cui l'adolescente vive, fatto soprattutto del rapporto con le figure genitoriali”*. Questa posizione ha naturalmente favorito una ancor maggiore condivisione di vedute tra la componente del gruppo che rappresentava il mondo delle dipendenze e quella che invece rappresentava il mondo della tutela minorile.

Molti membri del gruppo hanno messo in rilievo come quasi tutti gli utenti abbiano genitori separati o famiglie problematiche o genitori con problemi di dipendenza e quanto si riesca a lavorare con loro solo se il genitore riconosce il problema ed è disposto a collaborare.

Molto spesso però sono i ragazzi stessi che si oppongono al coinvolgimento dei genitori e generalmente è richiesto un grosso lavoro di confronto da parte dell'operatore del Servizio per convincere il ragazzo a coinvolgere i genitori. In genere, comunque, discutendo delle questioni legate alla privacy in maniera, possiamo dirlo, un po' strumentale, si riesce a convincere i minori a coinvolgere i familiari.

Alcuni operatori segnalano come spesso arrivino genitori che chiedono informazioni ed indicazioni di tipo educativo e come possa essere importante strutturare dei gruppi psicoeducativi per genitori all'interno dei Servizi, da proporre anche a genitori che non hanno i figli in carico al SerD. Si evidenzia anche un numero sempre più importante di genitori che manifestano tutta la loro impotenza nel tentare di aiutare i figli che magari hanno scoperto usare cannabinoidi: difficilmente riescono a parlare con loro e ancor meno ad accompagnarli al Servizio per una valutazione ed eventuale presa in carico. Il senso di impotenza non cambia nemmeno se si tratta di figli minori. Si ritiene che a questa tipologia di genitori andrebbero dedicati gruppi specifici per aiutarli a rafforzare le loro competenze e la loro capacità di intervento educativo.

Le modalità organizzative attivate nei diversi Servizi per lavorare anche con i genitori sono molteplici: c'è chi ha attivato gruppi psicoeducativi presso il Servizio, c'è chi ha attivato uno psicologo che si occupa di valutare e prendere in carico solo i genitori, chi ha sperimentato forme di collaborazione con il Consultorio Familiare rendendosi disponibile per colloqui di consulenza presso il Consultorio stesso. Indipendentemente dalle possibilità organizzative e dai limiti propri di ogni Servizio tutti gli operatori sono concordi nel valutare la presa in carico dei genitori per utenti adolescenti/giovani come assolutamente indispensabile.

Presso il Dipartimento Dipendenze dell'ULSS 13 la rete delle famiglie è sostenuta sia attraverso le Associazioni Familiari con incontri di auto-aiuto, sia attraverso specifici corsi di formazione (*“Scuola”* per genitori in difficoltà) con l'obiettivo di rafforzare abilità educative e preventive delle famiglie *“neofite”* (cioè ai primi contatti del figlio con le sostanze), sia attraverso interventi di consulenza familiare sistemica presso il Seps.



Le situazioni più impegnative, che richiedono un approccio clinico/terapeutico multimodale vengono riferite alle équipes dei due SerD (Mirano e Dolo), che possono indirizzare alcuni casi. Il totale dei soggetti assistiti dai due SerD dell'ULSS 13 con età tra 14 - 24 anni è di 117 utenti, pari al 12 % del totale.

I rappresentanti dei Servizi per la Tutela Minorile mettono in evidenza come loro siano obbligati per legge a trattare anche la famiglia e di come quindi, per loro, questa sia una prassi consolidata. Qualcuno espone la propria esperienza con minori tossicodipendenti sottolineando come se si coinvolge la coppia genitoriale nel trattamento è meglio, se si riesce, coinvolgere solo uno dei due, e che se questo è il padre (la parte più normativa) si hanno migliori esiti. Qualcun altro parla delle situazioni che si manifestano a scuola, dove l'istituzione scolastica rappresenta una sorta di aggancio precoce nei confronti del ragazzo/a che usa e rende più facile coinvolgere i genitori che spesso collaborano attivamente.

RIASSUMENDO

- **Fascia d'età:** si considera la fascia d'età 14-24 anni.
- **Differenze di genere:** le ragazze, anche se numericamente inferiori, presentano situazioni più complesse e gravi mediamente rispetto ai maschi; i maschi giungono al Servizio per utilizzo di cannabinoidi in genere e tra questi quelli con abbandono scolastico presentano le maggiori difficoltà.
- **Caratteristiche tossicologiche:** le nuove modalità di assunzione dell'eroina (fumata) hanno prodotto un abbassamento dell'età di iniziazione e di sviluppo di una dipendenza; la diffusione delle sostanze chimiche (ecstasy) e l'aumentato effetto dei cannabinoidi stanno determinando un aumento dell'incidenza di casi con esiti di tipo neurologico o di slatentizzazione psichiatrica; la valutazione e la presa in carico da parte dei Servizi dovrebbe riguardare tutti gli utilizzatori di sostanze, anche se leggere, in quanto manifestano comunque una fragilità.
- **Caratteristiche psicologiche:** la scarsa strutturazione dell'identità dell'adolescente è un vantaggio sul piano terapeutico perché facilita il cambiamento, ma rappresenta un limite per la valutazione se viene fatta in modo puntuale, senza rappresentare la dinamicità dell'adolescente.
- **Aspetti motivazionali:** la relativamente breve storia tossicomana non permette la sperimentazione di pesanti conseguenze negative legate all'uso e quindi la motivazione è spesso piuttosto scarsa.
- **Aspetti genitoriali:** la presa in carico dell'utente adolescente con problemi di dipendenza è in realtà la presa in carico di un intero contesto, quello appunto in cui l'adolescente vive, fatto soprattutto del rapporto con le figure genitoriali.

2.2. I dati della rilevazione

La riflessione iniziale sulle caratteristiche peculiari degli utenti definiti dal target ha determinato l'esigenza, all'interno del gruppo regionale, di effettuare una rilevazione di dati che potessero in qualche modo sostanziare e supportare le considerazioni e le osservazioni liberamente scambiate tra gli operatori all'interno delle riunioni di discussione.

Si è scelto di costruire una scheda di rilevazione che permettesse di raccogliere alcune informazioni ritenute essenziali dal gruppo e di provvedere a compilare tale scheda per tutti gli utenti nella fascia d'età target (14-24 anni) dei Dipartimenti per le Dipendenze rappresentati nel gruppo regionale. Prima dell'estate è stata predisposta una maschera informatica per la raccolta dati che ogni rappresentate del gruppo di è impegnato a compilare prendendo in considerazione tutti gli utenti residenti nel proprio territorio che sono stati in carico nel corso dell'anno 2009. Di seguito illustreremo i risultati di tale rilevazione.

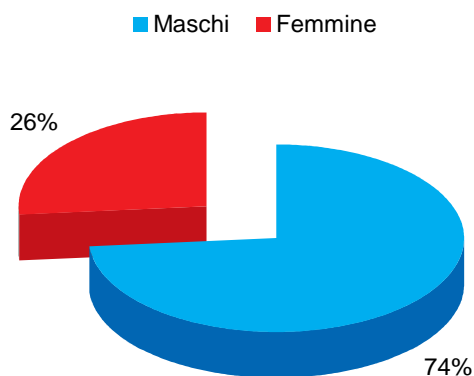
Complessivamente sono stati raccolti i dati di 873 soggetti, suddivisi tra i 9 SerD come evidenziato nella tabella 1:

Tabella 1: Distribuzione assoluta e percentuale dei soggetti del campione per SerD di appartenenza

| SerD | N | % |
|---------------|------------|--------------|
| ADRIA | 44 | 5,0 |
| CONEGLIANO | 79 | 9,0 |
| DOLO | 117 | 13,4 |
| FELTRE | 93 | 10,7 |
| PADOVA | 157 | 18,0 |
| THIENE | 101 | 11,6 |
| TREVISO | 96 | 11,0 |
| VICENZA | 113 | 12,9 |
| VILLAFRANCA | 73 | 8,4 |
| Totale | 873 | 100,0 |

Il campione è composto da 643 (74%) maschi e 230 (26%) femmine, confermando ancora una volta la maggior prevalenza della patologia tossicomane nel sesso maschile.

Grafico 1: Distribuzione in percentuale secondo il sesso

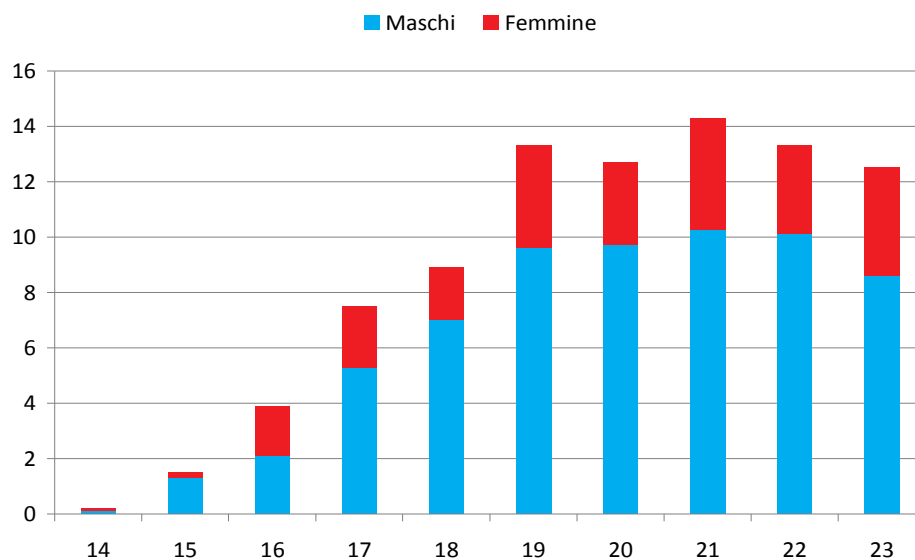


La distribuzione dei soggetti per età è rappresentata nella tabella 2.

Tabella 2: Distribuzione assoluta e percentuale (complessiva) dei soggetti per età

| Età (anni) | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|------------|--------|------|---------|------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 14 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 |
| 15 | 11 | 1,3 | 2 | 0,2 | 13 | 1,5 |
| 16 | 18 | 2,1 | 16 | 1,8 | 34 | 3,9 |
| 17 | 46 | 5,3 | 19 | 2,2 | 65 | 7,4 |
| 18 | 61 | 7,0 | 17 | 1,9 | 78 | 8,9 |
| 19 | 84 | 9,6 | 32 | 3,7 | 116 | 13,3 |
| 20 | 85 | 9,7 | 26 | 3,0 | 111 | 12,7 |
| 21 | 90 | 10,3 | 35 | 4,0 | 125 | 14,3 |
| 22 | 88 | 10,1 | 28 | 3,2 | 116 | 13,3 |
| 23 | 75 | 8,6 | 34 | 3,9 | 109 | 12,5 |
| 24 | 84 | 9,6 | 20 | 2,3 | 104 | 11,9 |
| TOTALE | 643 | 73,7 | 230 | 26,3 | 873 | 100,0 |

Grafico 2: Distribuzione in percentuale secondo il sesso e l'età



Per quanto riguarda lo stato civile naturalmente la maggior parte dei soggetti sono non coniugati (829 ovvero il 95% del campione), 8 (0,9%) sono coniugati e 16 (1,8%) convivono (per 20 soggetti non è stata rilevata l'informazione). 15 (1,7%) soggetti hanno figli conviventi e 9 (1%) figli non conviventi.

Tabella 3: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo il sesso e l'occupazione

| Età (anni) | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|--|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Dipendente | 95 | 14,8 | 23 | 10 | 118 | 13,5 |
| Occupato stabilmente | 132 | 20,5 | 38 | 16,5 | 170 | 19,5 |
| In condizione non produttiva (casalinga, invalido) | 7 | 1,1 | 6 | 2,6 | 13 | 1,5 |
| Studente | 168 | 26,1 | 77 | 33,5 | 245 | 28,1 |
| Sottoccupato | 46 | 7,2 | 18 | 7,8 | 64 | 7,3 |
| Disoccupato | 168 | 26,1 | 65 | 28,3 | 233 | 26,7 |
| Non rilevato | 27 | 4,2 | 3 | 1,3 | 30 | 3,4 |
| TOTALE | 643 | 73,7 | 230 | 26,3 | 873 | 100,0 |

Come si può notare dalla tabella 3, circa un terzo dei soggetti del campione sono disoccupati (26,7%) o sottoccupati (7,3%). Il 28,1% sono studenti. Un altro terzo del campione (33%) sono lavoratori dipendenti o occupati stabilmente.

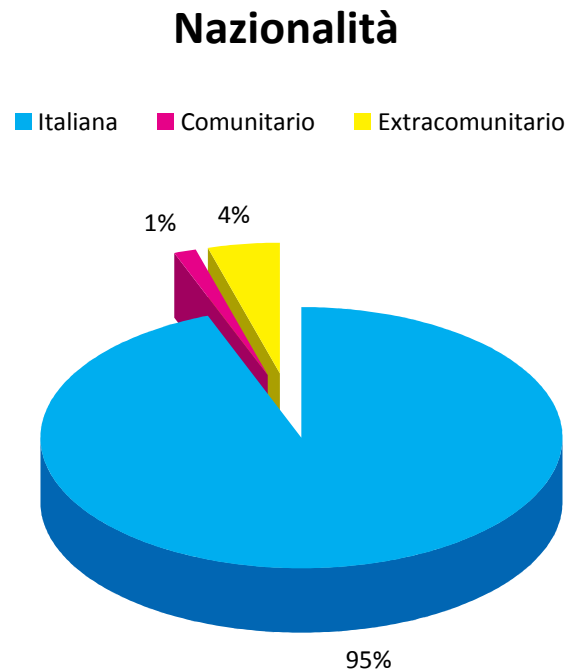
Per quanto riguarda l'abbandono scolastico, il 36,2% dei maschi e il 38,3% delle femmine hanno interrotto un corso regolare di studi.

Tabella 4: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo il sesso e il percorso scolastico

| Percorso scolastico | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|--|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Non ha interrotto un corso regolare di studi | 323 | 50,2 | 125 | 54,3 | 448 | 51,3 |
| Ha interrotto un corso regolare di studi | 233 | 36,2 | 88 | 38,3 | 321 | 36,8 |
| Non rilevato | 87 | 13,5 | 17 | 7,4 | 104 | 11,9 |
| TOTALE | 643 | 73,7 | 230 | 26,3 | 873 | 100,0 |

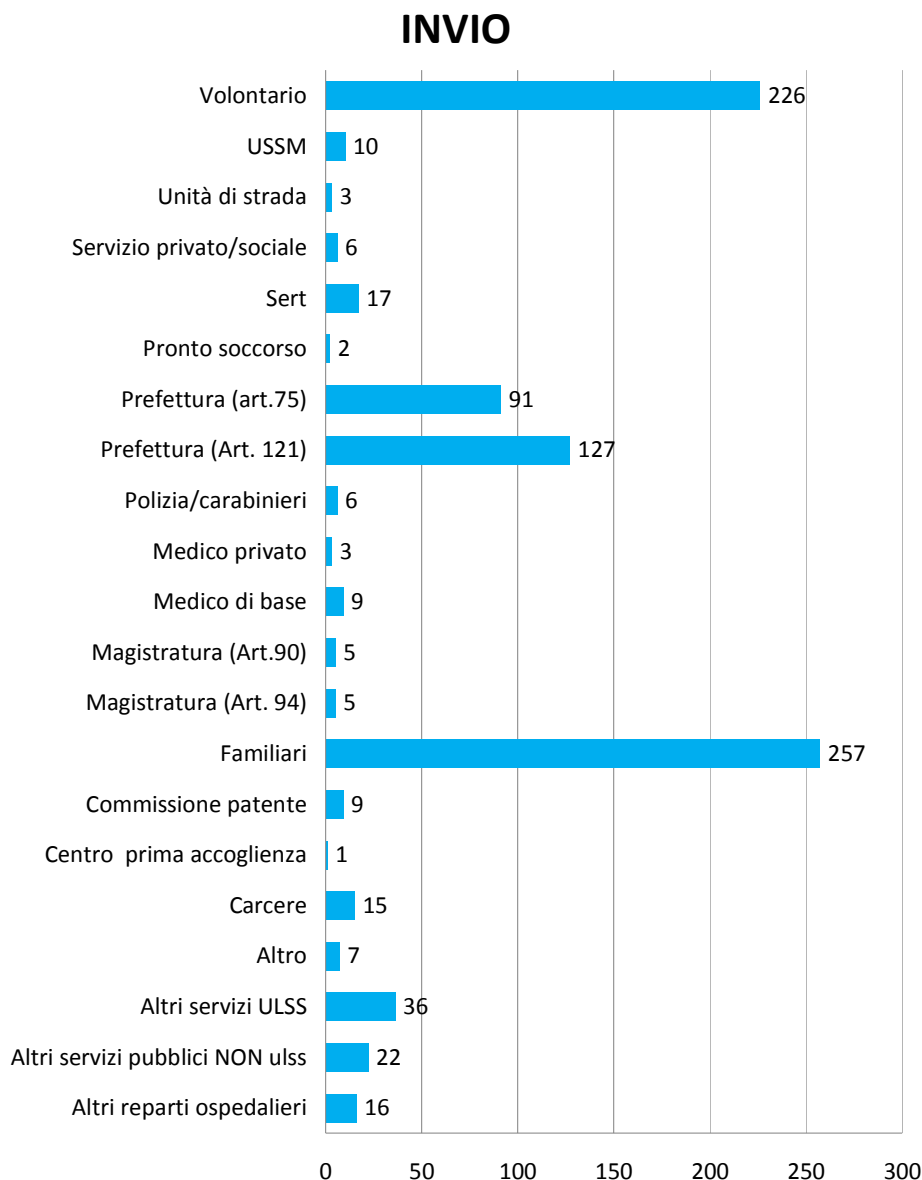
Rispetto alla nazionalità, il campione è rappresentato da un 94% di italiani, un 4% di soggetti extracomunitari e un 2% di comunitari come evidenziato nel grafico 3.

Grafico 3: Distribuzione in percentuale secondo la nazionalità



Nel grafico 4 si può invece rilevare la distribuzione assoluta dei soggetti secondo la modalità di invio al Servizio per le dipendenze. Come si può notare la maggioranza dei soggetti che accede al SerD su invio dei familiari (257 soggetti) ed in misura leggermente minore chiede aiuto spontaneamente (226 soggetti). Alto anche il numero di soggetti (218 complessivamente) che arrivano al Servizio su segnalazione della Prefettura (ex art. 121 o 75). Questa distribuzione degli invii conferma la necessità, con questo target, di prestare adeguata attenzione ai familiari e sviluppare per loro modalità di coinvolgimento efficaci nel percorso di accoglienza, valutazione e trattamento dei figli. L'accesso spontaneo, così elevato nel nostro campione, evidenzia la necessità di implementare prassi di accoglienza idonee per le caratteristiche degli adolescenti e l'alto numero di invii da parte della Prefettura (ex art. 121 o 75) sottolinea ancora una volta l'urgenza di stabilire opportuni protocolli di collaborazione tra i SerD e le Prefetture, soprattutto dopo le modifiche conseguenti all'entrata in vigore della nuova legge, per far sì che le segnalazioni possano costituire davvero un'occasione, per i casi che lo richiedono, di prevenzione o di trattamento precoce e non solamente un atto amministrativo. Naturalmente ciò non significa non riconoscere comunque la validità di tutte le altre modalità di invio che comunque necessitano di essere sostenute da prassi di collaborazione efficaci.

Grafico 4: Distribuzione assoluta dei soggetti secondo l'invio

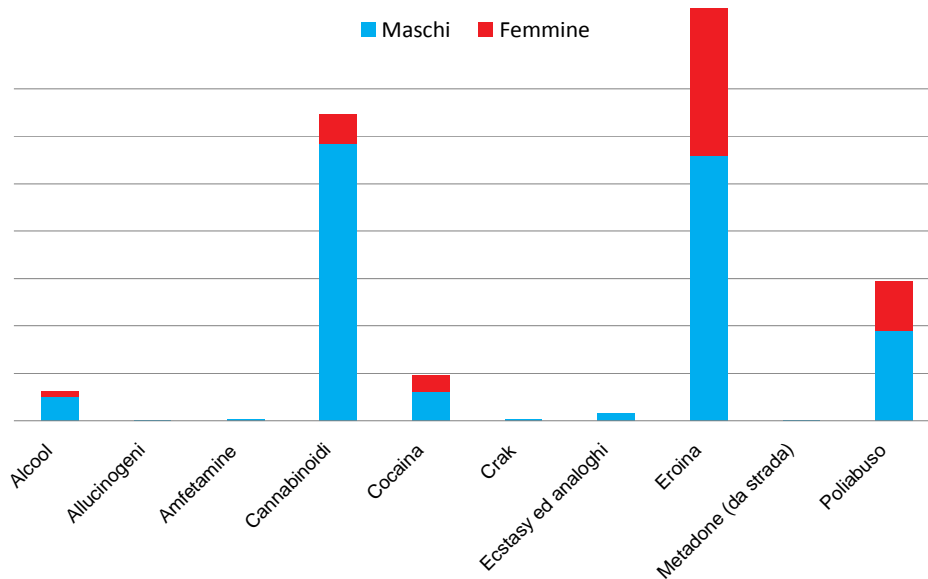


Nella tabella seguente (tabella 5) si può vedere la distribuzione dei soggetti per sostanza d'abuso primaria, evidenziata anche visivamente nel grafico 5. Come si può notare la sostanza più utilizzata è l'eroina (43,5% dei soggetti), la quale è indicata come sostanza primaria nel 59,1% delle femmine, contro il 37,9% dei maschi. Ciò conferma in modo chiara quanto evidenziato più volte dagli operatori nelle discussioni di gruppo, ovvero che le ragazze, sebbene numericamente inferiori rispetto ai maschi, presentano mediamente quadri più severi, in questo caso da un punto di vista tossicologico. La seconda sostanza più utilizzata sono i cannabinoidi (32,4% del campione), una sostanza d'abuso caratteristica più dei maschi (39,8%) che delle femmine (11,7%). Importante anche la percentuale di soggetti cosiddetti "poliabusatori" (14,7%). Ancora molto limitata, sulla base dei dati epidemiologici, la percentuale di soggetti che accedono ai Servizi per una problematica legata principalmente all'abuso di cocaina (4,8%) o alcol (3,1%).

Tabella 5: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la sostanza d'abuso primaria

| Sostanza d'abuso primaria | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Alcool | 22 | 3,4 | 5 | 2,2 | 27 | 3,1 |
| Allucinogeni | 1 | 0,2 | 0 | 0 | 1 | 0,1 |
| Amfetamine | 2 | 0,3 | 0 | 0 | 2 | 0,2 |
| Cannabinoidi | 256 | 39,8 | 27 | 11,7 | 283 | 32,4 |
| Cocaina | 27 | 4,2 | 15 | 6,5 | 42 | 4,8 |
| Crak | 0 | 0 | 2 | 0,9 | 2 | 0,2 |
| Ecstasy ed analoghi | 7 | 1,1 | 0 | 0 | 7 | 0,8 |
| Eroina | 244 | 37,9 | 136 | 59,1 | 380 | 43,5 |
| Metadone (da strada) | 1 | 0,2 | 0 | 0 | 1 | 0,1 |
| Poliabuso | 83 | 12,9 | 45 | 19,6 | 128 | 14,7 |

Grafico 5: Distribuzione percentuale dei soggetti secondo la sostanza d'abuso primaria



La scheda di rilevazione prevedeva la raccolta di informazioni anche circa il “contesto relazionale dei soggetti e la condizione abitativa”.

Come si può vedere nella tabella 6, la maggioranza dei maschi (61,7%) e la metà delle femmine (50,4%) vivono in un contesto di coppia genitoriale unita.

Il 36,1% delle femmine e il 24,3% dei maschi hanno genitori separati o divorziati. Il 7% delle femmine e il 4,4% dei maschi sono orfani di un genitore, lo 0,9% delle femmine e lo 0,2% dei maschi sono orfani di entrambi i genitori.

Si può constatare quindi che, dal punto di vista delle realtà relazionali familiari, trova conferma la considerazione che le situazioni rappresentate dalle femmine siano mediamente più complesse rispetto a quelle dei maschi. Infine l'1,1% dei maschi e lo 0,9% delle femmine sono riconosciute da un solo genitore.

Tabella 6: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo il contesto relazionale

| Contesto relazionale | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|----------------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Coppia genitoriale unita | 397 | 61,7 | 116 | 50,4 | 513 | 58,8 |
| Genitori separati/divorziati | 156 | 24,3 | 83 | 36,1 | 239 | 27,4 |
| Orfano di un genitore | 28 | 4,4 | 16 | 7,0 | 44 | 5,0 |
| Orfano di entrambi i genitori | 1 | 0,2 | 2 | 0,9 | 3 | 0,3 |
| Riconosciuto da un solo genitore | 7 | 1,1 | 2 | 0,9 | 9 | 1,0 |
| Non rilevato | 54 | 8,4 | 11 | 4,8 | 65 | 7,4 |

Nella tabella 7 si nota che l'80,4% dei maschi abitano con la propria famiglia, mentre solo il 63,5% delle femmine si trova nella medesima condizione. Le ragazze infatti più frequentemente rispetto ai maschi abitano da sole o con amici (12,2%), con il partner (3,5%), con altri familiari (2,2%), sono senza fissa dimora (1,7%) o sono inserite in un contesto di tipo comunitario (9,6%). Per quanto riguarda il ricorso all'affidamento etero familiare (0,3% del totale) e l'adozione (1,7% del totale) non si notano differenze significative tra maschi e femmine.

Tabella 7: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la condizione abitativa

| Condizione abitativa | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|-------------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Abita con la propria famiglia | 517 | 80,4 | 146 | 63,5 | 663 | 75,9 |
| Abita con altri familiari | 12 | 1,9 | 5 | 2,2 | 17 | 1,9 |
| Abita con il partner | 1 | 0,2 | 8 | 3,5 | 9 | 1,0 |
| Abita da solo o con amici | 21 | 3,3 | 28 | 12,2 | 49 | 5,6 |
| Affidamento eterofamiliare | 2 | 0,3 | 1 | 0,4 | 3 | 0,3 |
| Famiglia adottiva | 12 | 1,9 | 3 | 1,3 | 15 | 1,7 |
| Inserito in comunità | 29 | 4,5 | 22 | 9,6 | 51 | 5,8 |
| Senza fissa di dimora | 5 | ,8 | 4 | 1,7 | 9 | 1,0 |
| Non rilevato | 44 | 6,8 | 13 | 5,7 | 57 | 6,5 |

Nella tabella 8 è descritta la presenza di problematiche genitoriali tra i soggetti del campione. Anche in questo caso si evidenziano delle differenze rispetto al sesso a svantaggio delle femmine. Infatti, nell'82,7% dei maschi non si evidenzia alcuna problematica genitoriale (vs il 69,1% delle femmine), mentre le situazioni di genitori con problematiche di dipendenza riguardano il 14,3% delle femmine (vs il 6,1% dei maschi), la multiproblematicità (la compresenza di due o più delle problematiche elencate) riguarda l'8,3% delle femmine (vs il 6,7% dei maschi), i genitori con problematiche psichiatriche riguardano il 5,2% delle femmine (vs il 3% dei maschi), i genitori con gravi malattie riguardano il 2,2% delle femmine (vs l'1,4% dei maschi), infine, i genitori con problematiche legali riguardano lo 0,9% delle femmine (vs lo 0,2 dei maschi).

Tabella 8: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la presenza di problematiche genitoriali

| Problematiche genitoriali | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Genitori con gravi malattie | 9 | 1,4 | 5 | 2,2 | 14 | 1,6 |
| Genitori con problematiche legali (carcere) | 1 | ,2 | 2 | ,9 | 3 | ,3 |
| Genitori con problematiche psichiatriche | 19 | 3,0 | 12 | 5,2 | 31 | 3,6 |
| Genitori tossicodipendenti o alcolodipendenti | 39 | 6,1 | 33 | 14,3 | 72 | 8,2 |
| Multiproblematicità | 43 | 6,7 | 19 | 8,3 | 62 | 7,1 |
| Nessuna | 532 | 82,7 | 159 | 69,1 | 691 | 79,2 |

La presenza di provvedimenti giuridici è decisamente scarsa nel nostro campione (il 96,1% dei soggetti non è sottoposto ad alcun provvedimento giuridico) e ove presente lo è in misura leggermente maggiore per le femmine.

Tabella 9: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la presenza di provvedimenti giuridici (se minori)

| Provvedimenti giuridici (se minori) | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Affidamento ai Servizi Sociali | 13 | 2,0 | 6 | 2,6 | 19 | 2,2 |
| Collocamento obbligato in comunità | 7 | 1,1 | 3 | 1,3 | 10 | 1,1 |
| Sospensione o decadenza della patria potestà di un genitore | 1 | ,2 | 3 | 1,3 | 4 | ,5 |
| Sospensione o decadenza della patria potestà di entrambi i genitori | 0 | ,0 | 1 | ,4 | 1 | ,1 |
| Nessuno | 622 | 96,7 | 217 | 94,3 | 839 | 96,1 |

Anche i provvedimenti penali sono scarsamente presenti (il 91,3% dei soggetti non ne ha nessuno) ed in questo caso dove presenti lo sono più spesso tra i maschi: il 5,8% dei maschi sono in misura cautelare ed il 4,8 % hanno un provvedimento di messa alla prova.

Tabella 10: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la presenza di provvedimenti penali

| Provvedimenti penali | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|----------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Messa alla prova | 31 | 4,8 | 2 | 0,9 | 33 | 3,8 |
| Misura cautelare | 37 | 5,8 | 6 | 2,6 | 43 | 4,9 |
| Nessuno | 575 | 89,4 | 222 | 96,5 | 797 | 91,3 |

Considerando la presenza di eventi e problematiche psicopatologiche (tabella 11) si riconosce subito come le situazioni di multiproblematicità (presenza di due o più delle condizioni in elenco) siano maggiormente frequenti tra le femmine: il 15,7% delle femmine è descritta come multiproblematica per questi aspetti, contro un 5,1% dei maschi. Una problematica abbastanza rappresentata nel campione (9,7%) e in questo caso maggiormente tra i maschi (10,7%) è il disturbo della condotta (a prevalenza maschile come indicato anche dall'epidemiologia), come anche i disturbi alimentari (2,3% del totale) a prevalenza ovviamente femminile (7,4% delle femmine). Non appaiono invece significative le differenze secondo il genere delle altre problematiche considerate come i ricoveri o consulti psichiatrici (3,9% del totale), le patologie correlate (Epatiti, HIV: 3,3% del totale), i comportamenti auto ed etero aggressivi (1,8%), i tentativi di suicidio (0,5%) e i disturbi della sfera sessuale (0,3%). Fortunatamente molto limitata la presenza di interruzioni volontarie di gravidanza (0,2%).

Tabella 11: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la presenza di eventi e problematiche psicopatologiche

| Eventi e problematiche psicopatologiche | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Comportamenti auto ed eteroaggressivi | 11 | 1,7 | 5 | 2,2 | 16 | 1,8 |
| Disturbi alimentari | 3 | 0,5 | 17 | 7,4 | 20 | 2,3 |
| Disturbi della condotta | 69 | 10,7 | 16 | 7,0 | 85 | 9,7 |
| Disturbi della sfera sessuale | 2 | 0,3 | 1 | 0,4 | 3 | 0,3 |
| IVG | - | - | 2 | 0,9 | 2 | 0,2 |
| Multiproblematicità | 33 | 5,1 | 36 | 15,7 | 69 | 7,9 |
| Patologie correlate (Epatiti, HIV) | 20 | 3,1 | 9 | 3,9 | 29 | 3,3 |
| Ricoveri e consulti psichiatrici | 26 | 4,0 | 8 | 3,5 | 34 | 3,9 |
| Tentativi di suicidio | 2 | ,3 | 2 | ,9 | 4 | ,5 |
| Nessuno | 477 | 74,2 | 134 | 58,3 | 611 | 70,0 |

Simmetricamente a quanto già evidenziato per gli aspetti tossicologici e per altre problematiche (genitoriali, psicopatologiche, ecc.) anche gli eventi traumatici sono più frequenti nelle utenti femmine.

Nella tabella 12 si può infatti notare come la molteplicità di eventi traumatici (presenza di due o più delle condizioni in elenco) sia percentualmente maggiore tra le femmine (11,7%) rispetto ai maschi (2,3%), qualificando ancora una volta i quadri femminili come a più elevata complessità. Per quanto riguarda l'altra condizione abbastanza rappresentata nel campione (6,6%), ovvero "Grave lutto o separazione traumatica", non si notano differenze di rilievo tra maschi (6,2%) e femmine (7,8%). Tutte le altre condizioni sono scarsamente rappresentate nel campione: carcerazione (3,2%), maltrattamento o violenza (1,7%), malattie gravi o infortuni (1,6%), prostituzione (1,4%) e abuso sessuale (0,9%).

Tabella 12: Distribuzione assoluta e percentuale (entro SESSO) dei soggetti secondo la presenza di eventi traumatici

| Eventi traumatici | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|--------------------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Abuso sessuale | 4 | 0,6 | 4 | 1,7 | 8 | 0,9 |
| Carcerazione | 25 | 3,9 | 3 | 1,3 | 28 | 3,2 |
| Grave lutto o separazione traumatica | 40 | 6,2 | 18 | 7,8 | 58 | 6,6 |
| Incidenti ripetuti | 7 | 1,1 | 1 | 0,4 | 8 | 0,9 |
| Malattie gravi o infortuni | 13 | 2,0 | 1 | 0,4 | 14 | 1,6 |
| Maltrattamento o violenza | 6 | 0,9 | 9 | 3,9 | 15 | 1,7 |
| Molteplicità di eventi traumatici | 15 | 2,3 | 27 | 11,7 | 42 | 4,8 |
| Prostituzione | 0 | ,0 | 12 | 5,2 | 12 | 1,4 |
| Nessuno | 533 | 82,9 | 155 | 67,4 | 688 | 78,8 |

Analizzando invece i dati attraverso le differenze tra gli utenti minori o maggiorenni, si possono fare ulteriori considerazioni.

Per quanto riguarda la sostanza d'abuso primaria, per esempio, si può notare come la metà esatta del sottogruppo dei minori acceda al Servizio per l'abuso di cannabinoidi, contro il 29,8% dei maggiorenni per i quali è indicata la cannabis come sostanza primaria. Il 45,8% di questi ultimi presenta l'eroina come sostanza primaria contro il 28,1% dei minori, percentuale quest'ultima che tuttavia appare comunque elevata vista la giovane età, se si considera, appunto, che circa un minore su tre accede al Servizio con una problematica tossicologica grave come appunto la dipendenza da oppiacei.

Preoccupa inoltre, sempre pensando ai minori, la diffusione del poliabuso nel campione (circa il 14% sia per i minori che per i maggiorenni). Anche la pur minima percentuale di minori che arrivano al SerD per problemi legati all'alcol appare rilevante, se si ipotizza che l'accesso al Servizio denoti la presenza di problematiche abbastanza strutturate o che comunque hanno determinato conseguenze di rilievo nella vita dei giovani assuntori.

Tabella 13: Distribuzione assoluta e percentuale (entro MINORivsMAGGIORENNI) dei soggetti secondo la sostanza d'abuso primaria

| Sostanza d'abuso primaria | Minori | | Maggiorenni | | Totale | |
|---------------------------|--------|------|-------------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Alcool | 4 | 3,5 | 23 | 3,0 | 27 | 3,1 |
| Allucinogeni | 0 | 0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| Amfetamine | 0 | 0 | 2 | 0,3 | 2 | 0,2 |
| Cannabinoidi | 57 | 50,0 | 226 | 29,8 | 283 | 32,4 |
| Cocaina | 3 | 2,6 | 39 | 5,1 | 42 | 4,8 |
| Crak | 0 | 0 | 2 | 0,3 | 2 | 0,2 |
| Ecstasy ed analoghi | 0 | 0 | 7 | 0,9 | 7 | 0,8 |
| Eroina | 32 | 28,1 | 348 | 45,8 | 380 | 43,5 |
| Metadone (da strada) | 1 | 0,9 | 0 | 0 | 1 | 0,1 |
| Poliabuso | 17 | 14,9 | 111 | 14,6 | 128 | 14,7 |

La presenza di situazioni di multiproblematicità tra i genitori dei minori risulta più che raddoppiata (14,9%) rispetto a quella dei maggiorenni (5,9%). Anche i genitori con problematiche di dipendenza si riscontrano nelle anamnesi dei minori in misura maggiore (11,4%) rispetto ai soggetti di maggiore età (7,8%). Genitori con problematiche psichiatriche (4%) o con gravi malattie (1,8%) sono più frequenti tra i maggiorenni (differenza questa che forse può essere giustificata soprattutto da un'età media dei genitori di maggiorenni necessariamente più avanzata).

Tabella 14: Distribuzione assoluta e percentuale (entro MINORivsMAGGIORENNI) dei soggetti secondo la presenza di problematiche genitoriali

| Problematiche genitoriali | Minori | | Maggiorenni | | Totale | |
|---|--------|------|-------------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Genitori con gravi malattie | 0 | 0 | 14 | 1,8 | 14 | 1,6 |
| Genitori con problematiche legali (carcere) | 1 | 0,9 | 2 | 0,3 | 3 | ,3 |
| Genitori con problematiche psichiatriche | 1 | 0,9 | 30 | 4,0 | 31 | 3,6 |
| Genitori tossicodipendenti o alcolodipendenti | 13 | 11,4 | 59 | 7,8 | 72 | 8,2 |
| Multiproblematicità | 17 | 14,9 | 45 | 5,9 | 62 | 7,1 |
| Nessuna | 82 | 71,9 | 609 | 80,2 | 691 | 79,2 |

Anche la presenza di maggiori eventi e problematiche psicopatologiche sembra deporre a favore di una più frequente complessità dei casi di minori (vedi tabella 15). Trascurando la percentuale più elevata (21,9% tra i minori, contro il 7,9% tra i maggiorenni) di disturbi della condotta tra i minori in quanto si tratta di una diagnosi nosograficamente collegata con l'età e che potrebbe aver risentito di un qualche "effetto recenza" nello stimolare gli operatori a segnalare sulla scheda, appare invece necessario evidenziare la maggior presenza di situazioni di multiproblematicità tra i minori (10,5%) rispetto ai maggiorenni (7,5%), come anche la rilevazione di comportamenti auto ed etero aggressivi (4,4% tra i minori vs 1,4% tra i maggiorenni).

Tabella 15: Distribuzione assoluta e percentuale (entro MINORivsMAGGIORENNI) dei soggetti secondo la presenza di eventi e problematiche psicopatologiche

| Eventi e problematiche psicopatologiche | Minori | | Maggiorenni | | Totale | |
|---|--------|------|-------------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Comportamenti auto e eteroaggressivi | 5 | 4,4 | 11 | 1,4 | 16 | 1,8 |
| Disturbi alimentari | 3 | 2,6 | 17 | 2,2 | 20 | 2,3 |
| Disturbi della condotta | 25 | 21,9 | 60 | 7,9 | 85 | 9,7 |
| Disturbi della sfera sessuale | 1 | 0,9 | 2 | 0,3 | 3 | 0,3 |
| IVG | 0 | 0 | 2 | 0,3 | 2 | 0,2 |
| Multiproblematicità | 12 | 10,5 | 57 | 7,5 | 69 | 7,9 |
| Patologie correlate (Epatiti, HIV) | 2 | 1,8 | 27 | 3,6 | 29 | 3,3 |
| Ricoveri e consulti psichiatrici | 3 | 2,6 | 31 | 4,1 | 34 | 3,9 |
| Tentativi di suicidio | 1 | 0,9 | 3 | 0,4 | 4 | 0,5 |
| Nessuno | 62 | 54,4 | 549 | 72,3 | 611 | 70,0 |

Una situazione simile, anche se meno evidente delle precedenti, si riscontra nell'esaminare la presenza di eventi traumatici quando, rispetto alle situazioni di molteplicità di eventi traumatici, si ritrova una percentuale del 7,9% tra i minori, contro il 4,3 tra i maggiorenni. Anche quest'ultimo dato, trascurando gli altri eventi che sono diversamente distribuiti tra maggiorenni e minori, sembra confermare le osservazioni empiriche degli operatori che riconoscono le condizioni degli utenti minori come mediamente più severe e complesse sul piano clinico e sociale rispetto a quelle degli utenti di maggiore età.

Tabella 16: Distribuzione assoluta e percentuale (entro MINORivsMAGGIORENNI) dei soggetti secondo la presenza di eventi traumatici

| Eventi traumatici | Minori | | Maggiorenni | | Totale | |
|--------------------------------------|--------|------|-------------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Abuso sessuale | 1 | 0,9 | 7 | 0,9 | 8 | 0,9 |
| Carcerazione | 2 | 1,8 | 26 | 3,4 | 28 | 3,2 |
| Grave lutto o separazione traumatica | 11 | 9,6 | 47 | 6,2 | 58 | 6,6 |
| Incidenti ripetuti | 0 | 0 | 8 | 1,1 | 8 | 0,9 |
| Malattie gravi o infortuni | 1 | ,9 | 13 | 1,7 | 14 | 1,6 |
| Maltrattamento o violenza | 3 | 2,6 | 12 | 1,6 | 15 | 1,7 |
| Molteplicità di eventi traumatici | 9 | 7,9 | 33 | 4,3 | 42 | 4,8 |
| Prostituzione | 2 | 1,8 | 10 | 1,3 | 12 | 1,4 |
| Nessuno | 85 | 74,6 | 603 | 79,4 | 688 | 78,8 |

Riassumendo

- **Il campione:** complessivamente sono state raccolte, dagli operatori del gruppo regionale, le schede di 873 soggetti, 643 maschi e 230 femmine, appartenenti al range d'età considerato (14-24 anni) e in carico nell'anno 2009. I minori sono 114, 76 maschi e 38 femmine.
- **Conferma delle considerazioni degli operatori:** i dati della rilevazione confermano alcune delle osservazioni maturate dagli operatori dei Servizi nell'ambito della loro esperienza lavorativa recente.
- **Maggior complessità e severità dei casi di genere femminile:** le ragazze, anche se numericamente inferiori, presentano mediamente situazioni più complesse e gravi rispetto ai maschi sul piano tossicologico, con una maggior frequenza dell'eroina come sostanza primaria e di situazioni di poliabuso. Anche da un punto di vista familiare, tra le femmine sono più frequenti i genitori separati/divorziati ed è più bassa rispetto ai maschi la percentuale di femmine che vivono con i genitori. Superiore tra le femmine anche la presenza di genitori con problematiche di vario tipo (dipendenza da sostanze o alcol, disturbi psichiatrici, gravi malattie o multi problematicità). Più frequentemente le femmine vengono descritte come multiproblematiche e soggette, da un punto di vista anamnestico ad una molteplicità di eventi traumatici.
- **Maggior complessità dei casi di minori:** Circa un terzo dei soggetti minori giungono al Servizio con una problematica di abuso o dipendenza da eroina: un dato che colpisce se si pensa alla giovanissima età di questi utenti. Inoltre i minori, rispetto ai maggiorenni, presentano più spesso situazioni caratterizzate da multiproblematicità dei genitori o con genitori con problematiche di dipendenza. Tra i minori si riscontra anche una maggior presenza di multiproblematicità causata da eventi e problematiche psicopatologiche e da una molteplicità di eventi traumatici in anamnesi.

3. Modalità di invio e strategie di aggancio precoce

Il gruppo si è poi interrogato su quali siano le modalità più frequenti con le quali questa tipologia di utenti accede al Servizio specialistico e attraverso quali strategie i diversi Dipartimenti abbiano tentato di intercettare precocemente i giovani sul territorio.

3.1.1. Modalità di invio

Gli utenti in questa fascia d'età spesso arrivano al Servizio attraverso segnalazione dei CIC scolastici, attraverso il pronto soccorso al quale hanno avuto accesso per malori legati all'uso, portati dai genitori che pur accorgendosi delle difficoltà del figlio hanno già trascurato precedenti segnali abbastanza evidenti, spessissimo per segnalazione della Prefettura. L'accesso spontaneo al Servizio sembra riguardare prevalentemente i ragazzi più grandi (19-24 anni) che più facilmente incorrono nelle problematiche legate all'astinenza dalle sostanze e quindi cercano aiuto per gestire i sintomi fisici.

3.1.2. Gli interventi territoriali per l'aggancio precoce

Alcuni Dipartimenti si sono dotati di strategie di ricerca attiva sul territorio di soggetti adolescenti ad alto rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze o di ragazzi/e che sono nella fase di sperimentazione. Tali strategie hanno lo scopo di agganciare quanto più precocemente possibile i soggetti a rischio e coloro che già usano per garantire un intervento il più possibile tempestivo, che riduca la probabilità di un peggioramento della situazione e la cronicizzazione. Si riportano di seguito alcune esperienze significative presentate e discusse nel gruppo di lavoro.

Nell'ULSS 7, per esempio, attraverso le risorse del Fondo Regionale d'intervento "Lotta alla droga" (triennio 2006-2008) della Regione Veneto, è stato possibile realizzare:

- Un progetto di educativa di strada denominato **Il MURETTO**: che nasce dall'idea di creare un Servizio in movimento sul territorio, rivolto ad adolescenti consumatori di sostanze psicoattive, nell'intento di mettere in atto dei meccanismi d'individuazione, aggancio ed eventuale accompagnamento ai Servizi competenti. Gli operatori di strada intervengono direttamente nel territorio, nei luoghi d'incontro, formali e informali;
- Uno sportello consulenziale denominato **Giona-T.A.N.**: è uno spazio non identificato come Servizio istituzionale, allocato presso un edificio residenziale ad uso privato, al quale si accede in forma anonima, rivolto a giovani e adulti utilizzatori di sostanze e resistenti ad accedere ai Servizi pubblici. Il progetto prevede anche interventi nelle scuole per gruppi-classe in accordo con gli insegnanti referenti;
- Un progetto di inclusione sociale denominato **Progetto Sistema**: esso intende rispondere all'opportunità di mettere in rete le risorse già presenti nel territorio. Supporta i progetti sopracitati perseguendo un lavoro sinergico tra il territorio, i percorsi di cura e di riabilitazione attivati, dall'aggancio al reinserimento del soggetto nel contesto socio-relazionale di appartenenza;

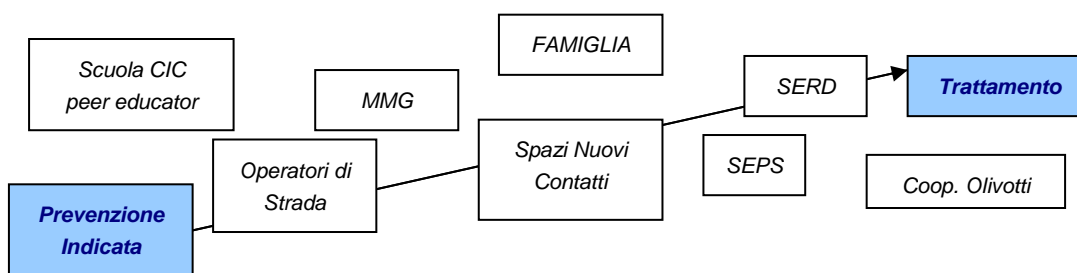
Le tre progettualità appena elencate costituiscono un piano d'intervento molto articolato sul fronte dell'aggancio precoce e rappresentano di fatto il ponte strategico del Centro per le Dipendenze Giovanili sul territorio. Questi interventi più a carattere preventivo trovano un efficace momento di coordinamento all'interno della riunione dell'èquipe interprogettuale che si incontra ogni due settimane e che ha il compito di monitorare tutti gli interventi e garantire l'adeguatezza dei percorsi messi a disposizione degli utenti, facilitando anche il passaggio tra un contesto e l'altro (per es. il passaggio dall'operativa di strada al Servizio specialistico del Centro per le Dipendenze Giovanili, oppure i percorsi di reinserimento sociale dell'adolescente dopo un programma terapeutico comunitario mediati dalla rete di relazioni mantenuta dal progetto Sistema).

Dall'esperienza portata avanti con i progetti sopra citati si è concretizzato oggi un vero e proprio programma (e non più singoli progetti) d'intervento per la prevenzione selettiva e l'aggancio precoce del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, al fine così di garantire il collegamento organico ed efficace tra gli interventi territoriali e di comunità con quelli specialistici del SerD all'interno del Centro stesso.

Il modello applicato dal Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 13 realizza nel progetto **Filo di Arianna** l'integrazione tra prevenzione selettiva, aggancio precoce e cura che avviene attraverso lo stretto coordinamento tra momenti territoriali differenziati. Il Filo di Arianna è quindi in realtà una collana formata da tante perle (le singole iniziative progettuali), tenute insieme dal filo comune di un progetto unitario, in cui il percorso dalla prevenzione selettiva all'inclusione sociale ha un'unica matrice di riferimento e un'unitarietà di intenti, e che trova nella partecipazione della comunità, nel coordinamento tra i vari attori territoriali e nell'empowerment quel valore aggiunto che permette di affrontare in modo innovativo ed efficace la sfida legata all'aumento sempre più rilevante dei nuovi consumatori di sostanze. Il modello descritto permette di creare un continuum attraverso il quale il consumatore di sostanze può accedere ad una serie di "Servizi" in cui prevale inizialmente la valenza relazionale-motivazionale con aspetti di tipo ricreazionale (Peer Educators e Operatori di Strada), quindi seguono "Servizi" più decisamente orientati alla diagnosi e al trattamento (Nuovi Contatti). Il programma **Nuovi Contatti** prevede l'aggancio dei soggetti più a rischio attraverso laboratori con operatori di strada e attività con spazi aggregativi, dove il personale ha una funzione di ascolto ed osservazione allo scopo di fornire importanti elementi conoscitivi agli operatori dell'area clinica, ponendosi come cerniera per quei giovani che necessitano di percorsi più specifici e di sostegno terapeutico. I centri a bassa soglia Nuovi Contatti prevedono un'area animativa (gestita da educatori ed operatori di strada) e parallelamente di uno spazio di ascolto e consulenza molto "friendly" (medici e psicologi) per counselling, ascolto, primo intervento ed eventuale invio/accompagnamento ai Servizi di quei ragazzi che presentano una sperimentazione "spinta" di sostanze. Punto di forza di questo progetto è il focus dello spazio clinico orientato verso contesti giovanili informali quali la strada e la capacità degli educatori di porsi come "staffetta" tra il territorio e lo spazio clinico. Sono 500 circa i ragazzi affluiti almeno una volta agli spazi aggregativi, 120 i contatti significativi, 25 i giovani consumatori seguiti di cui 14 minorenni (prevalentemente studenti), 80 gli adulti (genitori, familiari, adulti significativi) accolti per segnalazione relativa ai propri figli, con 160 colloqui svolti dall'inizio 2010. Inoltre l'intera progettualità può usufruire anche di una comunità semiresidenziale attivata dalla Cooperativa Olivotti, specifica per giovani (18/22 anni) in cui si svolgono percorsi motivazionali, laboratori, terapie espressive, orientamento e riformulazione del progetto scolastico o professionale.

L'attività del "Filo di Arianna" è coordinata dal Dipartimento Dipendenze che mette a disposizione personale del SerD, in collaborazione con il Seps e il privato sociale accreditato. Il sistema descritto che si rivolge ai giovani al di sotto dei 25 anni e ai loro familiari prevede momenti di formazione e supervisione in cui sono coinvolte tutte le unità operative e le altre agenzie partecipanti. Il coordinamento è garantito dalla attività della "cabina di regia" composta da SerD, Seps e Cooperativa Olivotti e dagli incontri inter-équipe (riunioni operative su situazioni comuni fra operatori di strada, educatori e psicologi di "Nuovi Contatti", SerD, Seps, e da varie attività di formazione nell'ambito del Piano di Formazione Dipartimentale).

La struttura de "il filo di Arianna " è illustrata nella figura sottostante come un continuum che va dalla Prevenzione Indicata al Trattamento:



Riassumendo

- **Modalità di invio:** gli utenti in questa fascia d'età spesso arrivano al Servizio attraverso segnalazione dei CIC scolastici, attraverso il pronto soccorso al quale hanno avuto accesso per malori legati all'uso, portati dai genitori che pur accorgendosi delle difficoltà del figlio hanno già trascurato precedenti segnali abbastanza evidenti, spessissimo per segnalazione della Prefettura. L'accesso spontaneo al Servizio sembra riguardare prevalentemente i ragazzi più grandi (19-24 anni) che più facilmente incorrono nelle problematiche legate all'astinenza dalle sostanze e quindi cercano aiuto per gestire i sintomi fisici.
- **Strategie di aggancio precoce:** alcuni Dipartimenti si sono dotati di strategie di ricerca attiva sul territorio di soggetti adolescenti ad alto rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze o di ragazzi/e che sono nella fase di sperimentazione. Tali strategie hanno lo scopo di agganciare quanto più precocemente possibile i soggetti a rischio e coloro che già usano per garantire un intervento il più possibile tempestivo che riduca la probabilità di un peggioramento della situazione e la cronicizzazione. Il gruppo sottolinea come l'efficacia di questa tipologia di interventi, che in genere hanno le caratteristiche dell'educativa di strada, dei gruppi a carattere animativo, degli sportelli d'ascolto, stia nel garantire la necessaria integrazione di queste azioni all'interno di un sistema completo dedicato alle dipendenze che offra livelli differenziati in un continuum che va dalla prevenzione alla riabilitazione e all'inclusione sociale.

4. Accoglienza e presa in carico

Le modalità di accoglienza e presa in carico risultano sicuramente come l'aspetto determinante nel lavoro con gli adolescenti/giovani con problematiche legate all'uso di sostanze. Tutti gli operatori del gruppo concordano sul fatto che le probabilità di successo dell'intervento del Servizio siano fortemente influenzate da quanto quest'ultimo sia riuscito a strutturare un pensiero nei confronti dei giovani assuntori e si sia dato delle modalità di lavoro il più possibile adatte alle specifiche esigenze di questa particolare utenza.

La maggior parte dei Servizi rappresentati nel gruppo, nel corso degli ultimi anni, ha tentato di fronteggiare le nuove esigenze rappresentate dall'aumento del numero di adolescenti/giovani che si rivolgono al SerD attraverso lo sviluppo di prassi differenziate (rispetto a quelle attive per gli adulti) nella gestione del processo di accoglienza e di presa in carico, compatibilmente con le risorse umane e strutturali e gli assetti organizzativi presenti nei diversi Dipartimenti.

Presso il SerD di Padova, per esempio, l'accoglienza viene fatta da un educatore, poi il percorso viene differenziato. I giovanissimi in genere accedono al Servizio nell'orario pomeridiano e c'è una sede differenziata per l'esame urine (ambulatori differenti). Anche al SerD di Treviso si sono cercati spazi separati per i giovani, si fissano gli appuntamenti solo nel pomeriggio ed è in previsione l'attivazione di gruppi per i giovanissimi in locali diversi dalla sede del Servizio.

L'organizzazione della attività svolta dai SerD dell'ULSS 13 a favore degli utenti giovani avviene per quanto riguarda Mirano in uno spazio non connotato denominato **Drop-in** situato nel Presidio Ospedaliero; per quanto riguarda Dolo, all'interno del SerD in orari differenziati rispetto all'utenza "ricorrente". Nel Drop In vengono svolte attività ambulatoriali e non viene distribuita terapia farmacologica; viene eseguito il monitoraggio urine solo sui pazienti che accedono agli appuntamenti; è prevista la distribuzione dei pasti quotidiana per le pazienti seguite per disturbi del comportamento alimentare; vengono eseguiti due cicli al giorno di sedute di agopuntura in pazienti selezionati e tenuti strettamente sotto controllo dagli operatori. Si è creato così uno spazio protetto da quello che di solito caratterizza il clima del SerD; in questa sede che tendenzialmente vengono accolti gli adolescenti. Si osserva che per i ragazzi meno gravi tale "protezione" sembra gradita, a volte sembra un pretesto in meno per rifiutare un trattamento presso il Servizio, sembra che dia loro la possibilità di distinguersi dall'immagine che solitamente richiama la tossicodipendenza. Ciò vale anche per i loro genitori. Invece tale "riservatezza" diventa motivo di disappunto per i giovani che già si connotano come più gravi dal punto di vista del funzionamento, come se il luogo rafforzasse o meno certe aspetti dell'identità (e probabilmente anche per motivi "pratici"). Quest'ultimi infatti tendono a spostarsi all'altra sede con qualsiasi pretesto, il più delle volte per incontrarsi con altri pazienti che conoscono.

Per quanto riguarda l'accoglienza dei nuovi utenti, non vi sono protocolli diversificati e specifici per adolescenti e minori. I tempi della valutazione multidisciplinare sono differenti tra le due sedi: presso il SerD di Dolo la valutazione multidisciplinare (psicologica, sociale e medica) viene erogata nella fase di "accoglienza", nella sede di Mirano il primo operatore sanitario ad intervenire è il medico, a seguito di questa valutazione in tempi differenti e differenziati si verifica il coinvolgimento di altre figure su aspetti specifici: educatore, psicologo, assistente sociale. Puntuali riunioni di equipe contribuiranno poi alla costruzione e condivisione dell'intervento secondo modelli correlati alle specifiche formazioni individuali (psicologiche ed educative) e le necessità dei pazienti e dei referenti. Gli elementi diagnostici raccolti vengono discussi in una riunione clinica dei professionisti coinvolti. Spesso le questioni da discutere sono quelle classiche che si affrontano con minori e adolescenti: approcci di tipo gruppale vs individuali, l'opportunità o meno di una somministrazione di terapia con agonisti (quando la modalità di assunzione di eroina è prevalente nello stile di consumo), come coinvolgere i genitori e cosa fare quando non siano coinvolti, l'integrazione di una risposta tempestiva (tipica richiesta del paziente adolescente consumatore di sostanze) rispetto ai tempi di una valutazione multidisciplinare di tipo ambulatoriale.

Il SerD di Treviso ha predisposto il progetto **Spazio Giallo** con la finalità di offrire uno spazio non connotabile e facilmente usufruibile dai giovani assuntori a rischio (che non hanno per il momento sviluppato problemi di dipendenza) dove realizzare momenti di incontro ed attività ricreative/espressive, facilitando l'informazione, la riflessione e il confronto rispetto all'uso e abuso di sostanze, per favorire la scelta dell'astinenza. Tale spazio è dedicato ai giovani tra i 15 e i

24 anni ed ai loro genitori, prevede l'apertura pomeridiana del SerD e l'utilizzo di una sede distaccata dedicata per i colloqui, i gruppi per genitori, i gruppi per i ragazzi, il monitoraggio urine. La metodologia prevede la proposta di un percorso terapeutico a tempo (circa 3 mesi, rivalutabile). Prevede una valutazione multiprofessionale confrontata con l'osservazione negli incontri di gruppo/laboratorio e la proposta di eventuale prosieguo del programma, facilitato dalla relazione creatasi nello spazio dedicato.

Presso il SerD di Villafranca (VR) si è strutturato un progetto denominato **Sertino**, rivolto ai giovani tra i 16 e i 22 anni e ai loro familiari che prevede l'utilizzo di uno spazio e di un tempo dedicati alle nuove dipendenze e nuovi stili di consumo, con particolare attenzione alla tutela della privacy e alla flessibilità degli orari, compatibili con gli orari scolastici. Il progetto garantisce un'apertura dedicata della sede del Servizio ai destinatari del progetto per due pomeriggi alla settimana, dalle 13.30 alle 15.30, nonché l'apertura serale per la conduzione di gruppi. La metodologia prevede la definizione di un percorso terapeutico a tempo (circa sei mesi, rivalutabili) attraverso valutazione psicologica, medica e tossicologica, colloqui di accoglienza e sostegno psicologico e sociale, colloqui psicoterapeutici individuali e familiari, incontri formativi-informativi con gruppi di familiari e la creazione di un indirizzo e-mail e/o di un forum mediatico di discussione per offrire nuove strade comunicative al target del progetto.

4.1.1. L'approccio ambulatoriale e quello residenziale

L'esperienza del **Centro per le Dipendenze Giovanili** dell'ULSS 7 si è sviluppata sulle premesse favorevoli di una sede del SerD interamente dedicata all'utenza dai 14 ai 24 anni e sulla possibilità quindi di differenziare in modo netto la presa in carico attraverso una proposta di accoglienza e valutazione a carattere semiresidenziale e/o residenziale. Il progetto vero e proprio inizia nel 2003, anche se le prime riflessioni dell'èquipe del SerD di Conegliano sulla necessità di strutturare una modalità di presa in carico più efficace per gli utenti giovani/adolescenti risalgono al triennio precedente. L'utenza di questa fascia d'età (14-24 anni) si faceva sempre più numerosa in quegli anni e la modalità tradizionale di accoglienza, fatta di colloqui ambulatoriali, mostrava tutti i suoi limiti con un elevato numero di drop-out. L'esperienza allora già attiva di Centro Diurno per pazienti adulti stimolò la riflessione che per garantire una maggiore adesione al trattamento era necessario puntare sulla costruzione di una relazione significativa nel quotidiano. A questa considerazione si aggiunse l'intuizione che per valutare un adolescente, con le sue caratteristiche di dinamicità e cambiamenti repentini, era più favorevole un contesto semiresidenziale o residenziale a breve/medio termine (1-3 mesi), all'interno del quale un'èquipe multidisciplinare potesse osservare il giovane paziente "in situazione". Ne nacque l'idea di un "ateliér di valutazione" semiresidenziale che, attraverso un programma di attività di gruppo e di laboratorio, oltre ai colloqui individuali, permettesse non solo una valutazione in itinere degli aspetti evolutivi dell'adolescente, ma anche la costruzione di quella relazione di fiducia che facilita lo sviluppo della motivazione e dell'adesione al programma terapeutico più indicato.

Una consolidata e proficua esperienza di collaborazione con una realtà del privato sociale, l'Associazione Comunità Giovanile, e l'acquisto dell'attuale sede del Centro per le Dipendenze Giovanili da parte dell'Azienda ULSS 7, costituirono le due condizioni privilegiate che resero possibile l'avviamento prima del Centro Diurno, in seguito di una Casa Alloggio, fino ad arrivare a strutturare una sede dedicata a tutti gli utenti della fascia d'età 14-24 anni che si presentavano al Servizio per una richiesta d'aiuto nei confronti di problematiche di dipendenza (sostanze stupefacenti, alcol, gioco d'azzardo, ecc.). Venne costituita un'èquipe integrata formata da operatori del Servizio pubblico e operatori del privato sociale (l'Associazione Comunità Giovanile) in convenzione, la quale si è formata nel corso degli anni in funzione di un lavoro specialistico con questa tipologia di utenti.

Di fronte alle difficoltà manifestate dai primi utenti che, terminato il percorso di valutazione presso il Centro, venivano inseriti in un programma terapeutico comunitario tradizionale (per adulti), ci si rese conto della necessità di avere a disposizione un programma più specifico per l'utenza adolescenziale. Pertanto alla fine del 2004 prende avvio un progetto sperimentale di Comunità Terapeutica per adolescenti tossicodipendenti anche minori, che vede coinvolti il SerD e l'Associazione Comunità Giovanile. Nel 2007 l'Associazione Comunità Giovanile diventa

ente ONLUS e viene accreditata dalla Regione Veneto come comunità terapeutica specialistica di categoria C e C/2.

Il percorso che viene proposto ai giovani e giovanissimi che si rivolgono al Centro per le Dipendenze Giovanili può durare mediamente da 4 a 12 settimane, sia per quanto riguarda il regime semiresidenziale (Centro Diurno) che quello residenziale (Accoglienza “La Zattera”), e si articola nelle seguenti fasi:

- **Accoglienza:** l'adolescente che manifesta un problema di dipendenza da sostanze o alcol, porta con sé un carico di preoccupazioni, di incertezza, di ambivalenza e di sofferenza che richiede un ambiente in grado di accoglierlo e contenerlo. Il frequente fallimento della presa in carico di tipo ambulatoriale, con questa tipologia di utenti, ha forse a che fare proprio con la difficoltà da parte dell'adolescente di riconoscere uno spazio adeguato di pensiero e di ascolto autentico delle proprie istanze, nella discontinuità dei colloqui ambulatoriali. Si comprende quindi quanto sia necessario, nell'approccio con ragazzi/e molto giovani, proporre la possibilità di “fermarsi” all'interno di una struttura (a livello di frequentazione diurna o residenziale), al fine di creare le condizioni per instaurare un rapporto di fiducia tale da ridurre il pericolo di drop-out, preoccupandosi in primo luogo di rispondere alle esigenze di carattere fisico, completando la disintossicazione dalle sostanze, ma facilitando anche nel contempo la costruzione di una relazione significativa con gli operatori e di “familiarità” con la struttura. Le modalità di accoglienza diurna o residenziale favoriscono l'accenno di una prima forma di alleanza terapeutica che offre maggiori garanzie al proseguimento del programma. Anche le istanze dei familiari, soprattutto se si parla di ragazzi molto giovani, necessitano di uno spazio di accoglienza e di ascolto, nonché, spesso, di concrete indicazioni di carattere psicoeducativo utili alla migliore gestione della situazione problematica rappresentata dalla dipendenza del figlio;
- **Valutazione:** un assunto piuttosto diffuso in ambito terapeutico sostiene che una buona diagnosi è alla base di un probabile successo terapeutico, mentre al contrario, una cattiva diagnosi o una diagnosi errata sono causa frequente di fallimento. Se il buon senso stesso ci conferma la validità di tale affermazione, più difficile è identificare le modalità ottimali per effettuare una diagnosi adeguata e più complesso ancora è individuare le strategie corrette per rinunciare ad un semplicistico processo di “etichettatura diagnostica” in favore di un più complesso (ma più utile) percorso di osservazione e valutazione del paziente, che si trasformi puntualmente in concreti obiettivi terapeutici. La scelta di proporre agli adolescenti un percorso di osservazione e valutazione in regime semiresidenziale e/o residenziale è giustificata anche dall'esigenza di poter permettere all'équipe multidisciplinare un processo valutativo più prolungato e multidimensionale. Se si pensa alla rapidità delle trasformazioni che caratterizzano la popolazione adolescenziale, appare evidente che una valutazione limitata nel tempo (fatta cioè nel breve spazio di qualche colloquio) non può che essere di scarsa validità predittiva. Poter seguire il paziente per un tempo più prolungato, effettuando osservazioni quotidiane e multidisciplinari (da parte del medico, dello psicologo, dell'educatore, ecc.) anche realizzando attività specificatamente pensate proprio per mettere in luce determinati aspetti (le relazioni, il rispetto delle regole, le modalità comunicative, l'organizzazione del tempo, le abilità di pianificazione ecc.), permette una valutazione dinamica ed evolutiva, più completa e più facilmente traducibile in obiettivi di trattamento;
- **Motivazione:** nel campo delle dipendenze da sostanze i fattori legati alla motivazione sono ritenuti essenziali, in quanto esistono ormai trattamenti efficaci e validati, mentre spesso si riscontra una scarsa disponibilità del paziente a praticarli in una prospettiva di reale cambiamento (Di Clemente, 1994). A partire dai primi anni '80 ha assunto sempre maggiore popolarità nel trattamento delle dipendenze il modello transteorico (Prochaska e DiClemente, 1983), che individua alcuni stadi caratteristici attraverso i quali il soggetto transita, percorrendo il cammino che va dalla sua storia di dipendenza alla remissione. Nello stesso periodo si è parallelamente sviluppato l'approccio motivazionale (Miller, 1983; Miller e Rollnick, 1991), che ha puntato fortemente l'attenzione sui fattori motivazionali negli interventi sulle dipendenze ed ha attivamente utilizzato il modello di Prochaska e DiClemente nella propria elaborazione. Nell'approccio con l'adolescente, forse più che con l'adulto, il lavoro motivazionale è fondamentale per promuovere l'adesione al

trattamento. Alle volte in realtà, soprattutto con ragazzi molto giovani, il counseling motivazionale ha come obiettivo il semplice passaggio dallo stadio di precontemplazione allo stadio di contemplazione. Solitamente, infatti, una storia di tossicodipendenza relativamente breve, se da un lato favorisce la dismissione dall'uso moderando gli effetti sgradevoli e dolorosi dell'astinenza che viene superata di solito più agevolmente, per contro non consente la piena consapevolezza delle conseguenze negative legate all'uso prolungato, che nel paziente adulto possono costituire uno stimolo molto forte per iniziare un trattamento. A questo si aggiungano le illusioni di invulnerabilità, l'ottimismo irrealistico e l'errata percezione del rischio che contraddistinguono gli adolescenti e si comprenderà come sia assolutamente necessario dedicare un intervento mirato a costruire una reale motivazione per intraprendere un percorso terapeutico. Per queste ragioni, uno degli obiettivi principali dell'approccio prescelto all'interno del Centro per le Dipendenze Giovanili è proprio la motivazione;

- **Orientamento terapeutico:** È questa l'ultima fase del percorso di presa in carico semiresidenziale e/o residenziale del Centro Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, quella in cui vengono definiti gli aspetti rilevati nel corso dell'osservazione e della valutazione, al fine di proporre al paziente un trattamento il più possibile personalizzato e che tenga conto delle sue reali esigenze e del livello di motivazione in cui si trova. Tale fase si conclude con una restituzione che ha valore di orientamento terapeutico per il paziente e che intende anche motivarlo ad aderire al programma proposto. Quando il paziente acconsente o lo richiede, tale restituzione viene condivisa anche con i familiari o comunque con quelle persone che costituiscono una risorsa effettiva. Gli operatori si impegnano anche a stendere una relazione sintetica che contenga gli elementi emersi dall'osservazione e la proposta terapeutica così come è stata restituita al paziente. A seconda della scelta di trattamento effettuata, gli operatori si riservano di proporre o meno al paziente di continuare a frequentare la struttura, di fare un passaggio ad altra struttura terapeutica idonea, o di avere accesso ad alcuni trattamenti ambulatoriali o ad un programma di monitoraggio;

Tab. 1: Confronto tra le caratteristiche dell'approccio ambulatoriale e quello semiresidenziale/residenziale nella presa in carico del paziente adolescente

| | APPROCCIO AMBULATORIALE TRADIZIONALE | APPROCCIO SEMIRESIDENZIALE O RESIDENZIALE |
|--------------|---|---|
| ACCOGLIENZA | discontinuità alto numero di drop-out | continuità nel processo di accoglienza e di presa in carico forte integrazione con le fasi successive di trattamento sensazione di reale presa in carico fin da subito |
| VALUTAZIONE | tempi troppo brevi maggior sforzo di integrazione multidisciplinare | tempi adeguati condizioni di naturale multidisciplinarietà dell'osservazione possibilità di osservare l'evoluzione del paziente nella sua dinamicità adolescenziale |
| MOTIVAZIONE | difficoltà a lavorare sulla motivazione a causa della discontinuità, delle possibili condizioni di intossicazione del paziente (e conseguente instabilità) e della fragilità del rapporto | condizioni adeguate per lavorare sulla motivazione grazie alla prospettiva temporale più "rilassata", ad una condizione di maggior stabilità del paziente disintossicato e ad un rapporto di maggior familiarità tra il paziente e l'equipe della struttura |
| ORIENTAMENTO | maggior difficoltà a personalizzare gli interventi | maggior personalizzazione dei progetti terapeutici possibilità di effettivo accompagnamento ad una fase più evoluta di trattamento |
| IN GENERALE | minor impegno di risorse umane ed economiche iniziale preferenza da parte degli utenti perché richiede loro uno sforzo minore | maggior impegno di risorse umane ed economiche inizialmente più difficile da accettare perché richiede una scelta più determinata |

Un'altra esperienza, anche se orientata più sul versante riabilitativo, è quella attiva presso l'Az. ULSS 19 e chiamata **Il mestiere di vivere**. Si tratta di percorsi di riabilitazione sociale per giovani consumatori/dipendenti appartenenti alla fascia di età 16/24 anni. Nasce dalla necessità di fornire una risposta all'aumento di utenti giovani, presso il SerD, che presentano ridotte capacità lavorative collegate a più fattori quali, abbandono scolastico precoce, emarginazione prolungata derivante dal problema della dipendenza, isolamento sociale. Per tali persone si è reso necessario pensare a nuove offerte terapeutiche orientate soprattutto agli aspetti educativi e di socializzazione. Tali programmi possono collocarsi tra un programma molto contenitivo come può essere il programma residenziale di comunità terapeutica e un programma riabilitativo orientato alla socializzazione e all'autonomizzazione. Il progetto è gestito dal SerD in collaborazione con la Cooperativa Don Sandro Dordi, all'interno della struttura che la stessa ha in gestione denominata "Venus Sitta". Al progetto collabora con propri volontari anche l'Associazione Club degli alcolisti in Trattamento del Basso Polesine, nonché la Comunità Solidarietà Delta di Porto Tolle, che potrà inserire propri utenti residenti in comunità e provenienti anche da altra ULSS, affiancati da un educatore della comunità terapeutica. Il fulcro dell'intervento ruota intorno al contrasto della cronicità, del vuoto, dell'emarginazione. L'obiettivo è quello di offrire un'occasione di aggregazione, di sperimentazione "leggera" della gruppabilità tra pari, di esercitazione alla manualità semplice, offrendo un'alternativa modesta, ma pur sempre significativa, alla routine della vita quotidiana per chi è a casa senza far nulla a causa dell'abbandono scolastico o per incapacità ad inserirsi nel mondo del lavoro. L'attività si articola in laboratori, durante la mattinata, che gli utenti svolgono affiancati sia dai maestri d'opera che da educatori, i quali hanno la possibilità di entrare in relazione con il giovane utente con più efficacia rispetto ad un colloquio clinico nell'ambulatorio del SerD. Il tempo di permanenza nei laboratori viene deciso con la persona stessa in base alla sua situazione. In contemporanea, qualora la situazione familiare lo permetta i genitori del ragazzo vengono invitati a frequentare presso il SerD un percorso psico-educazionale a cadenza bisettimanale e della durata di due mesi. A tale momento, se lo desidera, può partecipare anche il ragazzo, ma il percorso è soprattutto finalizzato a sostenere i genitori, fornendo strumenti idonei per affrontare la situazione del figlio/a.

4.1.2. La necessità di un lavoro integrato tra Servizi diversi

Una questione molto discussa negli ultimi anni e sicuramente cruciale per quanto riguarda l'utenza di cui ci stiamo occupando è quella che riguarda l'integrazione tra Servizi diversi. Per gli adolescenti con problemi di dipendenza in particolar modo, specie se minori, il lavoro integrato diviene assolutamente indispensabile. Questa tipologia di utenti infatti difficilmente trova una risposta adeguata alle proprie esigenze all'interno di un unico Servizio, sia per questioni di età (i Servizi per Età Evolutiva e la Neuropsichiatria Infantile si occupano prevalentemente di bambini, la Psichiatria si occupa di adulti, ecc.) sia per la complessità dei quadri che presentano (in genere oltre alle situazioni di dipendenza possono coesistere gravi problematiche sociali e familiari, disturbi di natura psichiatrica, ecc.). È quindi necessario che ogni Servizio si faccia carico delle problematiche di propria pertinenza in un rapporto di stretta collaborazione ed integrazione con gli altri Servizi coinvolti e che si strutturi un livello di coordinamento degli interventi a garanzia della congruità di ogni azione, in un piano di supporto all'utente che sia esplicito e condiviso.

Molti territorio si sono dotati di "moduli interServizi" che si propongono soprattutto di agevolare lo scambio e la condivisione tra gli operatori per poter offrire una presa in carico maggiormente integrata. Nel gruppo sono state citate alcune esperienze: nell'ULSS 5 è presente un modulo interServizi focalizzato sull'adolescenza che prevede la discussione di un caso clinico problematico in una équipe mista che si riunisce ogni due settimane; anche l'ULSS 7 ha attivato un **Modulo Operativo Adolescenti**, un gruppo formato da operatori dei diversi Servizi territoriali formati specificatamente sull'approccio al paziente adolescente e che si incontrano settimanalmente sia per discutere i casi di adolescenti che accedono ai vari Servizi, sia per condividere la valutazione clinica e/o per strutturare un programma di trattamento integrato.

Sempre nell'ottica dell'integrazione, nell'Az. ULSS 4, il SerD di Thiene ha attivato, già dal 2000, un modello di integrazione operativa con il Consultorio Familiare. Lo spazio d'ascolto **Teen-agers**, attivo dal 1994 presso il Consultorio, era rivolto ai giovani dai 15 ai 20 anni: i ra-

gazzi vi si rivolgevano liberamente e gratuitamente per consulenze e/o interventi richiesti agli operatori del Servizio e spesso portavano come tema prevalente l'abuso di sostanze, trovando risposte non sufficientemente qualificate e nel contempo rifiutando di afferire al SerD. Proprio tenendo in considerazione le difficoltà dei ragazzi di accedere ad un Servizio così connotato quale il SerD, si è pensato di spostare il SerD presso il Consultorio, attivando la presenza settimanale per due ore di uno psicologo del SerD che offre sostegno informativo, diagnostico, prognostico e terapeutico ai ragazzi e consulenza anche ai genitori di minori che chiedono informazioni sulle modalità di comportamento da tenere di fronte al sospetto/scoperta di comportamenti a rischio dei figli.

Nell'ULSS 22, il SerD di Bussolengo e il Servizio Tutela Minori hanno stipulato un protocollo di collaborazione per tutte le situazioni di minori con problematiche di uso e abuso di sostanze.

Presso l'ULSS 13 si è formato negli ultimi mesi un gruppo di lavoro interdipartimentale (CSM, SerD, Seps e Distretti Socio Sanitari) con la finalità di predisporre una struttura di corso sperimentale per genitori e famiglie che si relazionano con i Servizi e che sono a rischio di un possibile "crollo educativo" o che hanno per la prima volta sperimentato un episodio di crisi ai danni di un loro figlio adolescente. Tra gli episodi di crisi vengono inclusi anche eventuali disturbi del comportamento, di personalità e di uso e abuso di sostanze.

Un'esperienza particolarmente significativa è quella sviluppatasi nel territorio dell'Az. ULSS 18, come evoluzione di numerose progettualità precedenti condotte dal Dipartimento di Salute Mentale e dal SerD e finalizzate alla prevenzione del disagio giovanile. Il progetto **Terra di Mezzo** intende promuovere il superamento della modalità di lavoro per interventi puntuali, attuando una progettualità continuativa nel tempo e in sinergia con le altre iniziative rivolte agli adolescenti. È una sorta di Servizio "cerniera" che accoglie tutte quelle situazioni di iniziale difficoltà in cui può trovarsi un adolescente prima che possano sfociare in una patologia conclamata. L'obiettivo primario non è la riduzione del danno, bensì la riduzione del rischio attraverso: la prevenzione nella popolazione a rischio, l'inquadramento clinico del disagio in adolescenza, la presa in carico delle situazioni di disagio e l'invio nei Servizi specialistici delle situazioni di franca patologia. Sono coinvolte nella progettualità importanti agenzie del territorio e in particolare: Az. ULSS 18 (SerD, Psichiatria, Consultorio Familiare), Conferenza dei Sindaci dell'Az. ULSS 18, Provincia di Rovigo, CSV (Centro Servizi Volontariato), Municipalità, Istituti di Scuola Media Superiore, Associazione Comete ONLUS, Tribunale dei minori di Venezia, USSM (Ufficio Servizio Sociale per minorenni), Prefettura di Rovigo e NOT (nucleo operativo tossicodipendenze). Il progetto prevede la costituzione di:

- un **comitato di progetto** costituito dai partner aderenti al progetto stesso;
- un **gruppo di lavoro** costituito da: un Responsabile Scientifico, psichiatri del DSM, neuropsichiatri infantili, medici del SerD, Educatori SerD, Psicologi operanti nei tre centri attivati nel territorio ed EDS, che lavorano nei Comuni che aderiscono al progetto. È previsto, inoltre, il coinvolgimento di MMG (medici medicina generale), pediatri di libera scelta, Consultorio Familiare, Sos NPI (neuropsichiatria infantile), USSM (Ufficio Servizio Sociale per minorenni) del Tribunale dei minori di Venezia, NOT (nucleo operativo tossicodipendenze) della Prefettura di Rovigo.

Il progetto prevede azioni nell'ambito della prevenzione universale (percorsi formativi e lavoro di rete con gli insegnanti, i genitori e gli adulti significativi del territorio; interventi formativi negli Istituti di Scuola Media Superiore), individuazione delle situazioni a rischio (mappatura delle situazioni e delle compagnie a rischio; CIC), prevenzione selettiva (lavoro con le compagnie a rischio nei loro contesti aggregativi informali: reali e virtuali (social network); interventi di promozione, prevenzione e riduzione del danno rivolti a ragazzi e giovani adulti in base ai bisogni del territorio; lavoro di prevenzione selettiva nei contesti aggregativi notturni (discoteche, pub, rave), prevenzione specifica (sportello CIC), inquadramento clinico (assessment; valutazione psicodiagnostica) e presa in carico (percorsi di psicoterapia breve individuale; percorsi di psicoterapia familiare; supporto alla genitorialità; gruppi psicoeducazionali).

Inizialmente viene fatta un'analisi del caso, costituita dalla raccolta di informazioni, l'individuazione di cosa costituisce problema e una valutazione psicodiagnostica. Successivamente si procede ad una formulazione attenta del problema e un contratto di terapia chiaro. I

processi di pianificazione e di focalizzazione del lavoro terapeutico infatti, sono parte rilevante della struttura dell'intervento terapeutico breve. Una volta quindi definito su cosa lavorare si delinea il Piano di Trattamento sul tracciato proposto da Makover (2001), ipotizzando quali sono le Mete, cioè i passi intermedi che il paziente deve fare per raggiungere l'obiettivo fissato. Il trattamento complessivamente si articola in 20-25 sedute e include incontri di follow-up finalizzati a monitorare il caso, verificando gli effetti a distanza di tempo.

Secondo i responsabili, le azioni che caratterizzano questo progetto sono tali da determinare una ricaduta che perdurerà oltre la durata dello stesso e nello specifico il comitato di progetto dovrebbe sfociare in una collaborazione ed un lavoro di rete tra le varie agenzie del territorio, si dovrebbe realizzare un rafforzamento dell'azione delle comunità locali per l'accoglimento e il supporto degli adolescenti e dei giovani adulti in situazione di disagio, dovrebbe aumentare la sensibilità rispetto al fenomeno dello stigma e del pregiudizio verso chi si trova in una condizione di disagio e disturbo e anche la consapevolezza degli indicatori di rischio, con conseguente aumento dell'accesso ai Servizi e diagnosi precoce.

Infine, sempre nell'ottica dell'integrazione, molti operatori dei SerD mettono in evidenza la necessità di strutturare rapporti di maggior collaborazione con i Medici di Medicina Generale del territorio, attraverso soprattutto un'attività informativa sulle caratteristiche del SerD, che permetta di superare alcuni pregiudizi spesso molto diffusi (es. "il SerD distribuisce solo metadone"). Anche con le strutture ospedaliere e con la psichiatria, per esempio, si sente la necessità di migliorare il dialogo per giungere ad una più efficace co-gestione dei pazienti.

Per esempio, presso il Dipartimento Dipendenze dell'ULSS 13 un importante supporto è offerto proprio dalla rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, opportunamente formati alla diagnosi precoce, al counselling breve e all'invio/accompagnamento ai Servizi. Negli ultimi sette anni sono state svolte attività formative rivolte ai MMG sui temi dell'alcolismo e dei comportamenti di abuso di sostanze nei giovani, tali attività hanno portato allo sviluppo di una fattiva collaborazione tra "il filo di Arianna" e i medici di famiglia in termini di invio di casi da loro individuati e di gestione clinica comune.

RIASSUMENDO

- **Necessità di strutturare un pensiero e modalità di lavoro dedicate:** tutti gli operatori del gruppo concordano sul fatto che le probabilità di successo dell'intervento del Servizio siano fortemente influenzate da quanto quest'ultimo sia riuscito a strutturare un pensiero nei confronti dei giovani assuntori e si sia dato delle modalità di lavoro il più possibile adattate alle specifiche esigenze di questa particolare utenza.
- **Le diverse soluzioni organizzative possibili:** una volta condivisa l'opportunità di sviluppare percorsi di accoglienza differenziati per questo target, le esperienze citate dai vari componenti del gruppo testimoniano come sia possibile, pur nei limiti organizzativi propri di ogni Servizio, modulare le azioni di accoglienza nei confronti di adolescenti e giovani tossicodipendenti con fantasia e creatività, puntando su orari differenziati, per esempio, se non si hanno a disposizione spazi dedicati, oppure destinando una parte dell'èquipe (specializzata) a queste accoglienze, dando un nome diverso e più appetibile ad un Servizio dedicato, ecc.
- **La necessità di un lavoro integrato con altri Servizi:** è quindi necessario che ogni Servizio si faccia carico delle problematiche di propria pertinenza in un rapporto di stretta collaborazione ed integrazione con gli altri Servizi coinvolti e che si strutturi un livello di coordinamento degli interventi a garanzia della congruità di ogni azione in un piano di supporto all'utente che sia esplicito e condiviso. Molti territori si sono dotati di "moduli interServizi" che si propongono soprattutto di agevolare lo scambio e la condivisione tra gli operatori per poter offrire una presa in carico maggiormente integrata. Interessanti anche le esperienze di stretta collaborazione tra Servizi (es. SerD e Consultorio Familiare). Più operatori richiamano la necessità di una più stretta cooperazione con i Medici di Medicina Generale.

5. La valutazione multidimensionale e diacronica

La valutazione, nei Servizi per le dipendenze, è lo strumento fondamentale per dare una forte impronta scientifica al sapere, per ridurre la confusione e per capire quanto di gravità è presente nella complessità, caratteristica fondamentale sia della “patologia” dipendenza da sostanze psicoattive che del Sistema di Cura (Fiocchi et al., 2003).

La valutazione è la modalità principale mediante la quale le diverse figure professionali dell'équipe curante, riflettono sugli obiettivi di lavoro terapeutico e sul trattamento di ciascun paziente e deve essere globale, multidimensionale (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, sociale, ambientale e legale), relativa all'impegno del “cliente” al cambiamento (fondamentale per la relazione terapeutica) ed al grado di coinvolgimento nel trattamento riabilitativo, diacronica (dinamica), ricavata da diverse fonti e con vari strumenti (Manzato, 2005). Quando si tratta di valutare un adolescente, tuttavia, se come per gli adulti la multidimensionalità rimane importante, è l'aspetto della dinamicità (quello diacronico) che assume una rilevanza primaria. Le caratteristiche dell'adolescente hanno infatti una natura evolutiva che si sviluppa in tempi rapidissimi, impedendo di fatto la possibilità di affidarsi ad una valutazione di tipo istantaneo. L'operatore è costretto, in misura di gran lunga maggiore che con gli adulti, a non affidarsi ad una valutazione diagnostica se non con modalità flessibili e con la disponibilità a rivedere le proprie considerazioni nel tempo, a volte in maniera assolutamente ravvicinata ed in alcuni casi anche antitetica e contraddittoria.

5.1.1. L'approccio ambulatoriale e quello “in situazione”

Per quanto sopra accennato, si intuiscono molto bene le differenze tecniche che contraddistinguono una modalità di valutazione di tipo ambulatoriale rispetto alle possibilità rappresentate da un approccio “in situazione”, di tipo semiresidenziale o residenziale. L'équipe degli operatori, se nel contesto ambulatoriale fa riferimento ai singoli momenti di valutazione che in genere occupano lo spazio di un colloquio, nei contesti di tipo semiresidenziale o residenziale, l'équipe può contare su modalità osservative che si distribuiscono nel tempo, che accompagnano l'adolescente nei suoi repentini cambiamenti, che possono modulare e ponderare le ipotesi diagnostiche sulla scorta di quanto si verifica in un continuum valutativo che appare chiaramente più rispettoso della variabilità adolescenziale.

Accanto a questo indiscutibile vantaggio rappresentato dagli approcci di tipo residenziale si può senz'altro considerare la ricchezza aggiuntiva rappresentata dalla possibilità di una valutazione “nel contesto”. Il paziente che accede ad una valutazione in situazione semiresidenziale e/o residenziale può infatti essere osservato all'interno di una serie di attività e di contesti di vita che, se sfruttati a dovere da un punto di vista valutativo, possono consentire la raccolta di informazioni altrimenti non disponibili. Le diverse attività previste, se pensate e mirate proprio a fini osservative, facilitano l'evidenziazione e la rappresentazione delle diverse caratteristiche del paziente, dei suoi limiti e delle sue risorse, rispettando nel senso più completo le esigenze di multidimensionalità valutativa e spingendosi fino all'osservazione di aspetti oltremodo determinanti nel processo di assessment e nella individuazione degli obiettivi terapeutici come, per esempio, le modalità relazionali e le dinamiche di inserimento in un contesto grupppale di coetanei.

5.1.2. Aspetti educativi

Quando si lavora con adolescenti problematici, l'approccio educativo, sia per la valutazione, ma anche per il lavoro di sostegno e accompagnamento al cambiamento, è di fondamentale importanza. L'educatore è il professionista che all'interno dell'équipe multiprofessionale interviene nel momento contingente con l'adolescente; tramite il “fare” cose insieme osserva e valuta concretamente i suoi comportamenti.

Appare chiaro che per questo tipo di osservazione e valutazione, è necessario creare il contesto idoneo affinché si possano realizzare momenti di “vita” insieme all'adolescente.

Nell'ambulatorio è difficile riuscire a “fare cose con l'adolescente”, in genere si parla e si discute con esso. Il dialogo, seppur fondamentale per definire insieme il contesto entro il quale ci si pone e le “regole del gioco”, può non essere sufficiente per consentire un intervento educativo nella sua completezza. Da ciò ne consegue che il terreno entro il quale è possibile utilizzare l'approccio educativo è quello che i tecnici definiscono “in situazione”, ovvero in situazione semiresidenziale e/o residenziale. In tali contesti è possibile stare con gli adolescenti, lavorare con loro e non su di loro, e osservare tutta una serie di variabili che altrimenti non sarebbe mai possibile rilevare.

Tra queste, le più importanti da osservare ai fini della valutazione multidimensionale e diacronica di adolescenti tossicodipendenti sono:

- la capacità di apprendimento;
- la tolleranza alla frustrazione;
- il rispetto e la tenuta delle regole, degli orari e degli impegni;
- la capacità di adattamento;
- le modalità di relazione con i pari e con gli adulti;

Tutti questi elementi osservabili in situazione di “qui ed ora”, discussi e condivisi con l'equipe, contribuiscono in maniera determinante al lavoro di orientamento terapeutico.

È auspicabile, quindi, che ogni Servizio per le dipendenze possa organizzare un contesto, seppur minimo, di lavoro in situazione semiresidenziale, dove poter osservare sul campo gli utenti in età adolescenziale e realizzare attività di gruppo che permettano anche di osservare le dinamiche relazionali. A tal fine non è necessario realizzare una struttura ad hoc: in assenza di ciò, basta una serie di ambienti, anche una stanza all'interno dello stesso Servizio, magari da utilizzare in momenti differenziati rispetto all'affluenza degli utenti meno giovani che accedono al Servizio.

5.1.3. *Aspetti sociali*

Il termine “valutare” in ambito sociale, oltre che avere un peso scientifico dei risultati ottenuti nel processo d'aiuto, significa dare valore ai dati raccolti. Orienta la fase decisionale e può essere utile nel confronto professionale. Il Servizio Sociale professionale ha come fondamento un processo metodologico e uno schema di riferimento concettuale che orienta l'azione, nel rispetto della persona, per migliorare la realtà individuale, familiare, sociale.

Nel caso di giovani consumatori o tossicodipendenti, la valutazione degli interventi deve tener conto oltre che dei cambiamenti individuali anche dei cambiamenti di contesto già presenti o possibili.

Particolare attenzione verrà data per il fenomeno delle dipendenze ai fattori di rischio e di protezione all'interno del contesto in cui il ragazzo vive.

Per i primi ci si riferisce alla mancanza di supervisione genitoriale, alla povertà economica, ma anche culturale del contesto di vita, alla debolezza nell'esplicare l'autorità genitoriale; per i secondi ci si riferisce ad un adeguato monitoraggio genitoriale; alle competenze scolastiche e ad un contesto scolastico accettante del disagio, a situazioni di appartenenza positiva nell'associazionismo giovanile e/o sportivo.

Ancor più forse che con gli adulti, con i giovani diventa fondamentale un lavoro di rete orizzontale, non strettamente clinico e/o organizzativo, ma un vero lavoro sociale svolto “fuori” nel territorio e nel contesto di vita e non esclusivamente nel chiuso di uno studio professionale.

I giovani consumatori devono sentirsi “presi-accolti-accompagnati”: la famiglia, il contesto, il Servizio stesso devono essere disponibili a riprenderli ogni volta che è possibile. Non può funzionare come per gli adulti ai quali sostanzialmente si chiede di fare una scelta di vita, i giovani consumatori/dipendenti non sanno probabilmente ancora cosa significa scegliere; sempre più spesso capita che non sanno neanche scegliere tra giusto e sbagliato, semplicemente non lo sanno: “che male c'è a farsi una canna, una pasticca ogni tanto...”. Sembra non ci sia più il senso del limite e di ciò forse non possiamo addossare tutta la responsabilità alle giovani generazioni. Hanno ancora bisogno di un cammino di apprendimento alla vita che probabilmente il contesto in cui hanno vissuto non gli ha trasmesso ed è per tale motivo che il professionista deve essere disposto a modificare il metodo professionale di lavoro, a volte può essere molto più

utile lavorare con i genitori sul versante clinico ed adoperarsi perché il ragazzo recuperi relazioni sociali significative, un suo percorso formativo di tipo scolastico e lavorativo, ecc.

Ma soprattutto la valutazione deve usare una metodologia che possa far capire al ragazzo stesso i cambiamenti positivi che ha fatto al fine di fargli prendere coscienza degli strumenti che lui stesso ha messo in atto per superare la situazione.

Una serie di domande utili da porre in tutti i contesti di vita e in tutte le esperienze da lui stesso vissute sono: come è potuto accadere questa situazione; cosa hai imparato di te dall'esperienza che hai vissuto; che cosa ti ha permesso di fare questo cambiamento. Queste semplici domande ripetute più volte e nelle diverse fasi del processo di aiuto permettono, con non poca fatica da parte dell'interessato che si vede costretto a riflettere, di acquisire le ragioni del suo cambiamento o anche del non cambiamento, individuandone i passaggi cruciali e le risorse personali messe in campo. Meglio ancora sarebbe aiutarli addirittura a trascrivere questi passaggi. In questo modo si rafforza la motivazione al cambiamento perché di volta in volta sono aiutati a scoprire un senso e un significato in ciò che fanno, un significato che lentamente è qualcosa che parte da loro e non più dall'esterno (famiglia, giudice, operatori, insegnanti). "La realtà non è mai veramente affermata, se non è affermata l'esistenza del suo significato" (C.G.Jung, *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna*, Einaudi).

La valutazione avviene in tutte le varie fasi del processo e non solo alla fine per verificare gli obiettivi raggiunti. L'obiettivo principale in ambito sociale è quello di rendere la persona, la famiglia e il contesto di vita più competente nell'affrontare il problema emerso. Gli strumenti possibili per una valutazione sociale consistono in questionari e/o test di volta in volta predisposti su indicatori individuati per la singola situazione.

5.1.4. Aspetti psicologici

Per quanto riguarda la valutazione psicologica si è discusso dell'utilità di specializzare gli strumenti psicodiagnostici nei confronti del target attraverso l'utilizzo di test più idonei all'età e alle caratteristiche dei soggetti. In particolare si è accennato alla possibilità di facilitare l'adozione, nelle prassi di valutazione, di strumenti anche non strettamente psicologici come per esempio l'ASI, del quale è attualmente in fase di traduzione e adattamento per il contesto italiano (da parte di un gruppo di lavoro coordinato dal dott. Augusto Consoli) una versione per adolescenti denominata Teen Addiction Severity Index (T-ASI) (Kaminer et al. 1991).

Inoltre, visto l'aumento tra i giovanissimi del consumo di sostanze chimiche con i relativi impatti sulle funzioni cognitive, forse varrebbe la pena di accostare agli strumenti psicodiagnostici di tipo clinico (MMPI-A e MMPI-2, Rorschach, MCMI-III, CBA, SCID I e II, SCL-90 ecc.), anche scale utilizzate appunto in ambito neuropsicologico (WCST, Digit Span, Torre di Londra, Trail Making Test, Batteria di Valutazione Neuropsicologica per l'adolescenza. TMA, ecc.) per indagare la situazione sul versante cognitivo, mettere in evidenza eventuali compromissioni e predisporre, laddove possibile, interventi riabilitativi specifici.

5.1.5. Aspetti medici

Da un punto di vista della valutazione medica, il gruppo ha condiviso una considerazione legata al fatto che spesso si tende a sottovalutare alcune problematiche mediche nella popolazione adolescenziale che accede ai Servizi per le dipendenze, in particolare quando per esempio la sostanza d'abuso è la cannabis, si evita di fare i controlli per le patologie correlate (HIV, epatite, ecc.). Di fronte all'osservazione di molti operatori che verificano come le patologie correlate siano in realtà presenti anche nella popolazione dei giovanissimi e che comunque, anche dove non sia presente una dipendenza da oppiacei con modalità di assunzione parenterale, sono tuttavia presenti altri comportamenti a rischio, si ritiene utile comunque prevedere una routine di esami sufficientemente completa. I colleghi medici del gruppo suggeriscono la seguente routine di esami ematochimici, auspicando che si possa condividerne una standard da applicare a tutti i pazienti e in tutti i Servizi: emocromo con formula, esame chimico-fisico delle urine, glicemia, urea, creatinemia, elettroliti sierici, sideremia, bilirubinemia totale, acido urico, colesterolemia, trigliceridi, proteine totali con elettroforesi sierica, transaminasi, gGT, amilasemia, lipa-



si, fosfatasi alcalina, esame tossicologico delle urine con creatinina urinaria (per verificare la regolarità del campione), markers di screening per lue, epatite A, B, C, HIV e nelle ragazze bHCG. Se la problematica riguarda l'abuso di alcol si ritiene indicato inserire anche l'alcoemia e/o CDT, ETG.

Inoltre, vista la prevalenza di disturbi alimentari tra gli adolescenti (in genere le femmine, ma ultimamente sempre più spesso anche i maschi), si potrebbero registrare altezza, peso e BMI per tutti.

Riassumendo

- **Enfasi sulla valutazione diacronica:** quando si tratta di valutare un adolescente, se come per gli adulti la multidimensionalità rimane importante, è l'aspetto della dinamicità (quello diacronico) che assume una rilevanza primaria. Le caratteristiche dell'adolescente hanno infatti una natura evolutiva che si sviluppa in tempi rapidissimi, impedendo di fatto la possibilità di affidarsi ad una valutazione di tipo istantaneo.
- **I vantaggi di una valutazione in regime semiresidenziale o residenziale:** l'èquipe può contare su modalità osservazionali che si distribuiscono nel tempo, che accompagnano l'adolescente nei suoi repentini cambiamenti, che possono modulare e ponderare le ipotesi diagnostiche sulla scorta di quanto si verifica in un continuum valutativo, che appare chiaramente più rispettoso della variabilità adolescenziale.
- **I vantaggi di un valutazione “nel contesto”:** il paziente che accede ad una valutazione in contesto semiresidenziale e/o residenziale può essere osservato all'interno di una serie di attività e di contesti di vita che, se sfruttati a dovere da un punto di vista valutativo, possono consentire la raccolta di informazioni altrimenti non disponibili (capacità e limiti relazionali, abilità personali, modalità di inserimento nel gruppo, reazioni ad un sistema di regole, ecc.).

6. Il trattamento

Prima degli anni '80 gli operatori del settore delle dipendenze si sono occupati degli adolescenti con problematiche di dipendenza con le stesse modalità con le quali trattavano gli adulti tossicodipendenti, considerandoli quasi degli "adulti in miniatura", ignorando completamente l'adolescenza come una fase evolutiva a sé stante. Non si riconosceva insomma che, sebbene molti aspetti sintomatologici siano in comune, applicare agli adolescenti i trattamenti tradizionalmente strutturati per gli adulti è inappropriato da un punto di vista evolutivo e pertanto rischia di rendere inefficace l'intervento.

Ma quali sono le differenze? Innanzitutto molti adolescenti, specialmente quelli giovanissimi, devono ancora raggiungere lo stadio del pensiero operatorio formale descritto da Piaget: uno sviluppo incompleto di questa capacità cognitiva può comportare maggiori difficoltà nel comprendere e interiorizzare valori e concetti astratti molto utilizzati nei trattamenti tradizionali delle dipendenze (es. negazione, responsabilità, consapevolezza, ecc.). L'operatore potrebbe considerare "resistenza al trattamento" ciò che in realtà è incapacità di comprendere lo stesso. In aggiunta a questo possibile equivoco esistono, tra gli adolescenti con problematiche di uso, abuso o dipendenza da sostanze, numerosi comportamenti a rischio concomitanti, problematiche psichiatriche, difficoltà di apprendimento, disturbi dell'attenzione e discontrollo degli impulsi, gravi problemi familiari e scolastici, cose che rendono il trattamento una sfida anche maggiore.

Inoltre gli adolescenti con problemi di dipendenza differiscono dagli adulti anche per la storia relativamente più breve del disturbo e di conseguenza con meno intensità e frequenza necessitano di un trattamento di disintossicazione e le conseguenze fisiche e sociali a lungo termine della dipendenza non si sono ancora manifestate, pertanto un modello di spiegazione del disturbo semplicistico del tipo causa-effetto, senza ulteriori interventi orientati allo stadio di sviluppo, non si applica efficacemente agli adolescenti.

Più di ogni altra tipologia di utenti, gli adolescenti fanno uso del modellamento e dell'imitazione e fanno riferimento alla pressione dei pari come ad una parte del processo di acquisizione di indipendenza ed identità e questi concetti sono intrinsecamente legati con le dinamiche caratteristiche di questa età nell'uso e abuso di sostanze e nelle modalità che regolano il rapporto tra l'adolescente e la sostanza. La cultura adolescenziale è spesso basata sulle azioni, sulla gratificazione immediata e su un approccio alla vita del tipo "tutto o nulla".

6.1.1. Il trattamento ambulatoriale

Per la maggior parte dei Servizi il trattamento cui si ricorre in prima istanza con gli adolescenti, così come per i pazienti adulti, è di tipo ambulatoriale. Il gruppo condivide che alcune attenzioni, come modificare il contesto a seconda dell'età o cercare di raggiungere lo stato drug-free il più rapidamente possibile possono essere considerati come auspicabili nell'orientarsi verso il target adolescenziale. In genere si riconosce che c'è la tendenza a fare trattamenti più brevi con i più giovani, è necessario stabilire piccoli obiettivi, ma che siano chiari e vengano raggiunti nel breve periodo. Ciò per certi versi appare in aperta antitesi con quanto avviene con gli adulti, dove si condivide da più tempo quanto la prognosi migliore sia legata proprio alla ritenzione in trattamento.

L'approccio farmacologico alla disintossicazione dovrebbe privilegiare l'utilizzo dei farmaci cosiddetti sintomatici o antiastinenziali vista la giovane età e la relativamente breve storia di tossicodipendenza, ma sono sempre meno gli adolescenti che si riescono a trattare con i farmaci sintomatici e sempre più frequentemente si impone la necessità di ricorrere al farmaco sostitutivo (metadone o buprenorfina) a scalare. È riconosciuto che il farmaco sostitutivo costituisce anche una modalità di aggancio efficace poiché sicuramente rappresenta una risposta immediata ai bisogni del giovane paziente, ma si intravede anche il potenziale rischio di scivolare da una strategia terapeutica di scalaggio ai fini della disintossicazione, ad una modalità di assunzione del sostitutivo prima a dosaggi altalenanti (abbassando la dose, alzandola poi a seguito di possibili ricadute, abbassandola poi nuovamente, ecc.) e poi anche a mantenimento. Sebbene gli operatori concordino sull'evitare il più possibile un tale utilizzo del sostitutivo con gli adolescenti, l'indicazione clinica per il metadone a mantenimento c'è, indubbiamente, anche per i

giovanissimi, in determinati casi e soprattutto in presenza di diversi abbandoni e diverse ricadute, ma il gruppo rileva anche come tra i pazienti più giovani in terapia sostituiva sia molto più frequente un utilizzo parallelo di sostanze illegali che va a sommarsi al farmaco sostitutivo, vanificando quindi la maggior parte degli effetti positivi e l'utilità stessa di una terapia sostituitiva a mantenimento.

Un'altra considerazione riguarda l'utilità di diversificare anche il trattamento in base alle caratteristiche dell'utenza, per esempio pensare a trattamenti specifici per ragazzi che usano cannabinoidi, collaborare con i Centri di Salute Mentale per i pazienti con gravi problemi psicopatologici, considerare i problemi neuropsicologici dei pazienti utilizzatori di sostanze chimiche e prevedere valutazioni specifiche per queste problematiche, ecc.

6.1.2. Il trattamento residenziale

Un primo spunto di riflessione rispetto al trattamento residenziale è legato a quanto esso venga considerato dagli utenti e dai familiari, ma spesso anche dagli operatori dei Servizi, come un trattamento da prendere in considerazione solo dopo aver tentato tutti gli altri interventi o comunque da riservare alle situazioni di estrema gravità. In realtà esso andrebbe valutato anche per quegli utenti che hanno bisogno di risolvere delle problematiche di tipo evolutivo, che vanno affrontate nella vita quotidiana. Forse è necessario cambiare la nostra impostazione come operatori delle dipendenze (dei SerD e delle comunità terapeutiche) e pensare di proporre il percorso comunitario non solo per i pazienti più gravi, ma anche per i più giovani.

Secondo alcuni nel trattamento residenziale dell'adolescente è vincente la qualità della relazione: il ragazzo ha bisogno di cose concrete nella sua quotidianità, ha bisogno di persone che lo aiutino a recuperare una buona immagine di sé e che lo aiutino a fare cose positive. L'accompagnamento educativo è ciò che serve di più e che funziona meglio.

Come per il trattamento ambulatoriale, anche il trattamento comunitario si deve adattare alle caratteristiche dell'utente adolescente con l'accorciamento dei tempi e percorsi più brevi di quelli tradizionali per adulti (mediamente di due anni circa), con programmi specifici ed obiettivi intermedi, anche facilmente raggiungibili.

I genitori fanno molta fatica ad accettare il percorso comunitario, per cui la brevità del percorso è un aspetto positivo, come anche la possibilità di inserimento in strutture intermedie, e ciò serve anche per avvicinare i ragazzi all'idea del percorso comunitario senza spaventarli. Altro strumento che si è rivelato utile con gli adolescenti, laddove possibile, è il proporre molti rientri in famiglia durante il percorso. Bisogna inoltre adeguare le attività della CT e le modalità degli operatori stessi alle esigenze dei ragazzi: non si può pensare che una CT per adolescenti tossicodipendenti li tuteli solo rispetto alle sostanze: deve fornire loro un supporto su tutto il piano evolutivo. I Servizi si aspettano che una CT per adolescenti, anche minori, sia molto specializzata e che possa fornire tutte le possibilità di cui questo particolare target ha bisogno. Serve una struttura che possieda le competenze necessarie per un intervento terapeutico legato alla dipendenza, ma all'interno di un contesto educativo che si avvicini il più possibile alle comunità educative per minori.

E rispetto a quanto sopra esposto emerge l'insufficienza delle risorse attualmente previste dall'accreditamento per le comunità per minori/adolescenti tossicodipendenti (fascia C2) che per esempio richiedono un rapporto operatori/utenti di 1:3, a fronte di un'esigenza reale di un rapporto di almeno 1:1,5. Al pari delle CT cosiddette "madre-bambino" e di quelle per la doppia diagnosi che si specializzano sempre di più, anche le comunità per adolescenti e minori tossicodipendenti dovrebbero aumentare la specificità del loro intervento. Si sottolinea anche come le situazioni di adolescenti che giungono in comunità richiedano sempre più spesso una valutazione e a volte anche un intervento di tipo psichiatrico e quindi è necessaria la presenza di un consulente psichiatra, che non si sostituisca al Servizio psichiatrico territoriale, ma che possa anche intervenire nelle fasi critiche acute che a volte seguono la dismissione dall'uso di sostanze. Diverse sono invece le esigenze dei soggetti più grandi del target considerato, la fascia dai 22 ai 24, per i quali potrebbe anche non essere indicata una struttura specifica per adolescenti, ma potrebbero invece beneficiare di interventi residenziali di tipo tradizionale e per un'utenza adulta.

Riassumendo

- **La comunità per gli adolescenti:** il trattamento residenziale per minori/adolescenti tossicodipendenti deve essere pensato non come la risposta dell'“ultimo stadio”, messa in atto solo e soltanto quando le altre strategie trattamentali sono fallite, ma ha in sé la valenza di un intervento non solo per l'uso delle sostanze, ma per sostenere la crescita e l'evoluzione e l'individuazione di soggetti non ancora adulti.
- **Specificità dell'intervento residenziale per minori/adolescenti tossicodipendenti:** esso deve trovare la sua realizzazione in strutture specialistiche idonee, dedicate al target, con le competenze necessarie per un intervento terapeutico legato alla dipendenza, ma all'interno di un contesto educativo e abitativo che si avvicini il più possibile alle comunità educative riabilitative per minori/adolescenti. In dette strutture è importante che venga garantita la tenuta del limite e la presenza di figure adulte di riferimento “sane”, all'interno di un contesto piccolo, familiare e aperto al territorio, dove gli agiti e le dinamiche relazionali possano essere sempre osservate e prese in considerazione per l'azione terapeutica di cambiamento.
- **Rivisitazione degli standard:** a tale avviso si indica come necessaria la rivisitazione degli standard relativi al Servizio residenziale per minori adolescenti tossicodipendenti - Cat. C2.

7. Minori e adolescenti tossicodipendenti nell'ambito penale

7.1. Il sistema della giustizia minorile

Tra i Servizi giudiziari (Centro Prima Accoglienza e Istituto Penale per i Minorenni), che si occupano di ragazzi che hanno commesso reati, l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (Ussm) è la struttura che svolge la propria attività prevalentemente al di fuori del carcere, nel territorio e nei contesti di vita dei giovani.

L'Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni del Veneto ha la sua sede centrale a Mestre all'interno del Palazzo della Giustizia Minorile ed ha sedi distaccate a Padova, Vicenza, Verona e Treviso. Il Servizio è attualmente costituito da 11 assistenti sociali, 3 educatori, 2 psicologi dipendenti delle aziende ULSS (sanità penitenziaria).

Il lavoro con gli adolescenti autori di reato comporta prima di tutto la conoscenza del ragazzo. Proposte, progetti e misure penali rischiano infatti di fallire se non trovano il proprio fondamento nella partecipazione, ma soprattutto nella comprensione da parte del diretto interessato.

Il Servizio interviene sempre nelle situazioni di adolescenti nei confronti dei quali l'Autorità Giudiziaria Minorile ha disposto misure cautelari, ma anche nei confronti degli adolescenti per i quali la Procura presso il Tribunale Minorenni, ha aperto un procedimento penale a seguito di notizia di reato, o per i quali è stato disposto il rinvio a giudizio.

La filosofia che caratterizza l'attuale normativa processuale per i minorenni è volta a coniugare l'azione giudiziaria con la tutela delle esigenze di sviluppo evolutivo dell'adolescente e la promozione della sua capacità di agire.

Uno dei compiti delicati che impegnano la professionalità dei Servizi della Giustizia, è proprio quello di favorire le condizioni affinché l'adolescente arrivi al processo in grado di assumere concretamente un ruolo attivo e responsabile nei tempi sollecitati dalla legge stessa.

L'intervento della presa in carico nell'ambito dei Servizi Sociali Ministeriali deve essere pertanto coerente, da un lato con le finalità del processo e dall'altro con la personalità ed i bisogni del minore, prevedendo necessariamente la collaborazione dei Servizi Sociali locali. Un obbligo ben definito nell'articolo 6 del Dpr 448/88: "in ogni stato e grado del procedimento, l'autorità giudiziaria si avvale dei Servizi Minorili dell'Amministrazione della Giustizia. Si avvale altresì dei Servizi di assistenza istituiti dagli enti locali".

Uno degli strumenti più importanti previsto dal codice di procedura penale per i minorenni, è dato dalla 'messa alla prova' (art.28 dpr 448/88). La messa alla prova è centrata sull'idea di "responsabilizzare" l'adolescente che commette reati. Questa finalità generale si traduce in obiettivi specifici: l'impegno ad astenersi dal commettere ulteriori reati; l'accettazione della dimensione dell'impegno nella scuola o nel lavoro; l'apertura alla dimensione della solidarietà sociale in attività socialmente utili; la disponibilità alla riconciliazione con la vittima; l'accettazione di un'autorità extrafamiliare come interlocutore, con funzioni di aiuto e di controllo per la realizzazione del programma concordato.

7.2. I dati della rilevazione

Nel corso del 2009, periodo cui fa riferimento l'analisi dei dati che di seguito sarà descritta, il Servizio ha seguito circa 700 adolescenti. Le schede esaminate, data l'esiguità del numero, non hanno una rilevanza dal punto di vista statistico, ma le informazioni che attraverso la loro disamina sono state raccolte, forniscono un profilo dell'adolescente che entra nel sistema penale per violazione della legge 309/90 e per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada.

Per la rilevazione è stata utilizzata la scheda adottata dal gruppo di lavoro progetto T.A.G., integrata da informazioni che sono state ritenute utili per descrivere il percorso avviato dall'adolescente in ambito penale.

I dati raccolti hanno riguardato 122 soggetti. Sulla base dei dati rilevati, l'analisi ha evidenziato che la maggior parte degli adolescenti e/o assuntori di sostanze stupefacenti entrati nel sistema penale, è di nazionalità italiana (84% del totale nel periodo preso in esame), il 14% extracomunitario, 2% comunitario.

Per quanto riguarda le province cui fa riferimento la casistica presa in considerazione, i territori delle province di Venezia e Verona, segnalano le percentuali più alte (rispettivamente 25% e 23%), seguite da quelle di Padova e Vicenza nella stessa misura (14%), e da quella di Belluno (13%).

Particolarmente significativo ci sembra il dato relativo alla provincia di Belluno, che a fronte di una popolazione di gran lunga inferiore alle province di Padova e Vicenza, (213.876 abitanti contro 927.730 di Padova e 866.398 di Vicenza), si avvicina in percentuale a queste province per adolescenti/giovani trattati dal Servizio per questa problematica. Si tratta di un'informazione che andrebbe meglio approfondita con i Servizi del territorio, in particolare con i SerD di quella zona.

Con riferimento al sesso e alla classe di età, i dati rispecchiano le caratteristiche proprie di tutta l'utenza dei Servizi Minorili italiani: prevalgono quindi i soggetti di sesso maschile (89% del totale) e una collocazione per quanto riguarda la fascia d'età prevalente, tra i 17enni. In questo il nostro target si differenzia da quello dei SerD: abbiamo a che fare con ragazzi più giovani e con meno ragazze.

A tale proposito è da precisare che, ad esclusione di coloro che sono arrestati in flagranza di reato (per i quali la presa in carico e commissione di reato coincidono), per i denunciati a piede libero la presa in carico da parte del Servizio avviene prevalentemente in prossimità o a seguito dell'Udienza preliminare, a distanza quindi anche di anni dalla commissione del reato.

Prevale, quanto a tipologia di reato, quello di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti, con una frequenza del 54%. Seguono i reati contro il patrimonio (17%); violazione codice della strada per guida in stato di ebbrezza (15%) ed i reati contro la persona (14%).

È prevalentemente la tipologia di reato (violazione art. 73 dpr 309/90 e violazione codice della strada per guida in stato di ebbrezza o sotto l'uso di sostanze stupefacenti) ad orientare fin da subito l'operatore ad avviare interventi volti a favorire una presa in carico da parte del SerD territorialmente competente, a fini valutativi e se necessario, trattamentali.

Le altre tipologie di reati, contro il patrimonio (es. furti, ricettazione, ecc.) e i reati contro la persona (es. minacce, lesioni, ecc.), stanno ad indicare che l'uso di sostanze è emerso nel corso della relazione e degli interventi avviati con il ragazzo, prevalentemente per sua stessa ammissione, talvolta su segnalazione dei Servizi del territorio che lo hanno precedentemente conosciuto.

Con riferimento alle sostanze stupefacenti, i cannabinoidi restano le sostanze maggiormente assunte in quanto consumate nel 46% della casistica presa in considerazione, seguite da polibuso (20%) e alcool (11%).

Dal punto di vista della scolarità, si tratta di adolescenti e giovani adulti che hanno conseguito nella maggior parte dei casi la licenza media inferiore; tale dato connesso a quello dell'abbandono scolastico, e a quello della licenza scolastica conseguita (per lo più di tipo tecnico professionale), è indicativo di un rapporto difficile con il mondo della scuola e più in generale segnala un disagio nella capacità di assumere la competenza sociale tipica per questa fase di età.

Nella maggioranza dei casi (65%), si tratta di ragazzi che non sono stati precedentemente conosciuti dai Servizi territoriali, se non dai SerD (22%), e Servizi Tutela minori/Età evolutiva e Comune (11%).

Per quanto riguarda il contesto relazionale di vita di questi adolescenti e giovani adulti, osserviamo che la maggior parte di loro ha alle spalle una coppia genitoriale unita (53%); mentre le rimanenti situazioni denotano la presenza di un solo genitore con le seguenti tipologie: coppia separata/divorziata (30%), genitore vedovo/a (10%). Si tratta quindi di una quota significativa di ragazzi che ha come riferimento un solo genitore con le difficoltà derivanti dall'affrontare la questione della differenziazione/individuazione dallo stesso. Per il genitore singolo vi è inoltre la difficoltà di dover affrontare in solitudine tali questioni.

La quasi totalità degli adolescenti presi in considerazione vive in famiglia: ciò sia perché la fascia d'età prevalente è quella dei 17enni, sia per la difficoltà a raggiungere un'autonomia economica che consenta di affrancarsi dalla famiglia d'origine. Solo il 3% abita da solo o con amici. Il 5% dei ragazzi, nell'anno preso in considerazione, viveva già in comunità quando sono stati presentati al Servizio; si è trattato per lo più di ragazzi con provvedimento di affidamento ai Servizi Sociali disposto dal Tribunale Minorenni, che prevedeva il collocamento obbligato in comu-

nità. Circa le problematiche genitoriali la difficoltà prevalente riguarda l'esercizio della funzione educativa, intesa come difficoltà a dare limiti, a praticare comportamenti coerenti, a coniugare affettività e fermezza. Si tratta per gli operatori del Servizio del problema prevalente nel 39% dei casi. Il 12% delle situazioni prese in esame, sono state classificate come multiproblematiche, mentre l'8% dei ragazzi aveva genitori tossicodipendenti o alcolodipendenti. Come emerso più volte anche negli incontri tra i componenti del gruppo di lavoro T.A.G., la famiglia ha un peso rilevante nel progetto educativo dei figli e fondamentale diventa l'alleanza che si riesce a costruire con loro per una evoluzione positiva della situazione.

Per quanto riguarda aspetti volti a descrivere o evidenziare tratti di problematicità sul versante della personalità degli adolescenti e giovani adulti interessati alla rilevazione, si segnala un'assenza di problematiche psicopatologiche nel 66% dei casi, mentre aggregando le rimanenti voci risulta un 34% di situazioni che presentano comportamenti legati a queste problematiche. Nonostante la metà delle situazioni registri l'assenza di eventi traumatici vi è una costellazione di eventi che, se presi singolarmente non risultano rilevanti, ma sommati tra loro rappresentano un dato significativo, in quanto descrive avvenimenti che possono aver segnato il loro percorso di crescita. Tra gli eventi che maggiormente possono aver turbato il vissuto dei ragazzi, rilevante appare la separazione dei genitori (21%).

Per quanto riguarda il percorso penale, il 67% dei casi analizzati era inserito in un programma di messa alla prova. Nella maggior parte delle situazioni si è trattato di un programma che si è sviluppato nel territorio e solo nel 26% dei casi si è svolto in ambito comunitario. A tale proposito si segnala la carenza di comunità terapeutiche per adolescenti che fanno uso di sostanze; sono solo due le strutture che in Veneto presentano queste caratteristiche. Accade quindi che proprio le situazioni di adolescenti più problematici trovino risposte comunitarie fuori regione, con tutte le complicazioni che ne derivano: prima fra tutte l'impossibilità per gli operatori dei Servizi a conoscere e seguire da vicino la situazione di questi ragazzi e di conseguenza la difficoltà di costruire un progetto a distanza.

La durata dei progetti viene decisa in sede processuale; essa dipende dalla gravità del reato e dalla durata del progetto educativo formulato dai Servizi al fine di incidere sulla situazione personale: si tratta quindi di situazioni diversificate della durata media di un anno (49%), ma che prevedono un termine di 18 mesi nel 30% dei casi. Fa eccezione l'11% dei casi la cui conclusione è di 6 mesi, mentre nei rimanenti soggetti la scadenza va oltre i 15 mesi.

Il 21% delle situazioni esaminate nel momento della rilevazione, era in una fase del percorso penale ancora non definita in quanto è quella che precede il primo giudizio (udienza preliminare), nella quale il Servizio promuove azioni volte a fornire, in previsione della scadenza processuale, elementi conoscitivi sul caso e/o proposte.

Il rimanente 5% si trovava sottoposto a misura cautelare, cioè ad un provvedimento disposto dal Giudice dell'Indagine Preliminare volto a limitare la libertà personale in attesa del processo.

L'ingresso dell'adolescente nel contesto penale attiva, così come previsto dalla normativa minorile vigente, i Servizi Sociali e Sanitari territoriali e, soprattutto nei programmi di messa alla prova, l'apporto del privato sociale e del volontariato.

Il SerD risulta essere il Servizio maggiormente coinvolto, nel 49% dei casi: il coinvolgimento degli altri Servizi risulta decisamente inferiore e rappresenta diverse tipologie, dove sembra spiccare l'ambito sanitario, rispetto a quello sociale.

Il privato sociale contribuisce in maniera determinante alla riparazione sociale quale elemento che caratterizza sempre i progetti di messa alla prova. Si tratta di un'esperienza, questa della riparazione sociale, che i ragazzi inizialmente, vedono con timore e diffidenza ma che a conclusione della messa alla prova costituisce spesso la parte del progetto che li ha coinvolti maggiormente.

In conclusione, l'ingresso degli adolescenti nel circuito penale costituisce per molti di loro l'occasione di confrontarsi con i limiti, farne esperienza e interiorizzarla.

8. Minori e dipendenze

8.1. Gli interventi a favore di minori in situazioni di rischio di uso di sostanze o di tossicodipendenza

Quando un Servizio per le dipendenze intercetta (attraverso i vari programmi di aggancio precoce e prevenzione selettiva) e/o prende in carico un minore che usa sostanze si apre di solito una importante e articolata discussione fra gli operatori interessati su come muoversi e cosa fare.

Le domande e i dubbi più frequenti sono:

- Chiamare fin da subito la famiglia o aspettare perché si ha paura di perdere l'aggancio con il minore?
- Rispettare la privacy del minore (così come permetterebbe il DPR 309/90) e prenderlo in carico, o considerare prioritario il suo status di minore e quindi ritenere necessario coinvolgere i genitori (anche contro il suo volere)?
- Ricercare fin da subito la collaborazione dei Servizi Tutela oppure no?
- Come valutare l'uso delle sostanze rispetto al rischio di pregiudizio?
- Procedere o meno a una segnalazione formale ai Servizi Tutela competenti?

Queste e molte altre domande coinvolgono gli operatori dei Servizi per le dipendenze quando hanno a che fare con un minore, con la consapevolezza che la gestione di queste situazioni è sempre molto delicata e che va integrata con tutta una serie di questioni normative e di responsabilità. Tali aspetti fanno sì che un utente tossicodipendente, quando minore di età, si differenzi in modo significativo dal resto dell'utenza che viene quotidianamente gestita dai Servizi per le Dipendenze.

Per orientare i Servizi e integrare i saperi e le metodologie tipiche dell'ambito d'intervento delle dipendenze con quello della tutela minorile, il presente capitolo ha lo scopo di presentare in maniera sintetica alcuni concetti chiave della tutela minorile e proporre un iter procedurale che offra delle coordinate di riferimento chiare e sintetiche, che poi troveranno specifiche applicazioni nel rispetto delle peculiarità dei vari territori delle ULLSS della Regione del Veneto.

8.2. Il target: quali sono i soggetti da considerare?

Nell'area di intervento delle dipendenze, con quali minori (solitamente della fascia di età 14-18 anni) i SerD hanno relazione e contatti?:

- minori che manifestano forme di disagio di tipo esistenziale – evolutivo nei vari ambiti della quotidianità (scuola, gruppo dei pari, aggregazioni varie, lavoro, famiglia,...) e possono essere a rischio rispetto all'uso di sostanze e/o di altri comportamenti devianti;
- minori con problematiche collegate all'uso di sostanze e/o tossicodipendenza già in atto, con già frequentazioni di ambienti a rischio di devianza (tossicomani) e/o con patologia a livello comportamentale e psico-patologico;
- minori che usano sostanze in situazioni di abbandono, grave trascuratezza, assenza o incapacità degli adulti di farsi carico della funzione genitoriale;
- minori/adolescenti che rientrano nel processo di inclusione sociale dopo una fase di recupero;

8.3. I fattori collegati alla tutela minorile

Proponiamo di seguito i fattori (o le condizioni) che determinano il tipo di intervento collegato all'ambito della tutela del minore, secondo alcune definizioni tratte dalle Linee guida della Regione del Veneto (2008) per i Servizi Sociali e Sociosanitari nel settore della Protezione e Tutela del Minore:

8.3.1. Rischio

Situazione sfavorevole in cui non si è in grado di prevedere con ragionevole certezza lo sviluppo di un possibile danno alla salute psicofisica del minore e del suo sviluppo o di altri risultati patologici (es.: minore adolescente che abusa di sostanze in maniera non continuativa e che non è ancora in situazione grave di disagio psichico).

Il rischio consiste in una situazione di squilibrio tra fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale per superare le difficoltà.

8.3.2. Rischio di pregiudizio

Condizione di particolare e grave disagio e disadattamento che *può sfociare* in un danno effettivo alla salute psico – fisica del minore.

8.3.3. Pregiudizio

Condizione di particolare e grave disagio che è *già sfociata* in un danno effettivo alla salute psicofisica del minore/adolescente.

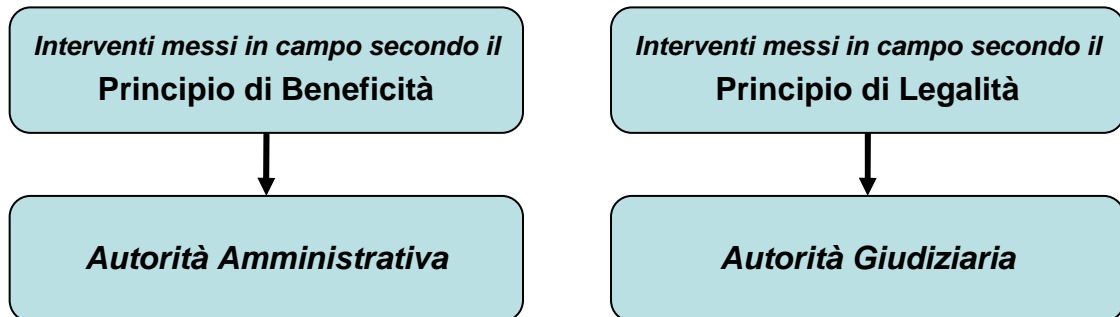
Danno effettivo alla salute psicofisica del minore: condizione, obiettiva e non transitoria, che non assicura al bambino o al ragazzo i presupposti necessari per un idoneo sviluppo psico - evolutivo e un'ideale crescita affettiva, intellettuale e mentale, anche in relazione al contesto di vita.

Possono costituire condizioni di pregiudizio che possono implicare una segnalazione obbligatoria da parte dei Servizi alla Procura:

- grave trascuratezza (scarso accudimento rispetto ai bisogni primari, non adempimento ai diritti del minore come andare a scuola e avere degli adulti di riferimento che si occupano di lui);
- minore cresciuto in locali insalubri o situazioni di estremo pericolo – prevede il collocamento in emergenza in un luogo protetto (Art. 403 CC) attraverso le Autorità preposte alla sicurezza pubblica e alla tutela;
- stato di abbandono morale e materiale;
- maltrattamento fisico, psicologico e sessuale ad opera di un familiare;
- grave e persistente conflittualità tra genitori;

8.4. La tipologia degli interventi nell'ambito della tutela minorile

Le tipologie degli interventi a favore dei minori/adolescenti si suddividono in due categorie:



8.4.1. Principio di BeneficITÀ

Riguarda tutti gli interventi attuati all'interno di una relazione consensuale e collaborativa tra i Servizi Sociali e Socio-Sanitari nell'ambito di competenza, non in presenza di un mandato dell'Autorità Giudiziaria Minorile, ma con il possibile coinvolgimento del Giudice Tutelare. La materia afferisce ai Servizi Sociali degli Enti Locali (art.23.DPR 616/77 e seguenti) o, su delega, ai Servizi ULSS o ad altra forma di gestione formalizzata della tutela in cui vi sia la possibilità di coinvolgere le parti in un progetto di sostegno e protezione in risposta ai bisogni/difficoltà del minore nel suo contesto di vita. Ciò implica il consenso dei genitori e/o del Tutore legale e, se in grado, del minore, anche per l'eventuale collaborazione e attivazione, in un ottica preventiva o riparativa, della rete dei Servizi specialistici e delle risorse territoriali, al fine di superare la situazione di temporaneo disagio e prevenire l'evolversi di condizioni di rischio/pregiudizio.

È possibile che all'interno del principio di beneficITÀ si profili la necessità di un affidamento del minore/adolescente ad un ambiente idoneo, all'interno della famiglia o in idonea struttura. In questo caso si tratta di un progetto di intervento consensuale che viene poi messo in atto con provvedimento del Sindaco del Comune di residenza del minore (Autorità Amministrativa), supportato da relazione sociale, eventuali relazioni specialistiche e da un progetto quadro di intervento, con allegata manifestazione di consenso dei genitori esercenti la potestà (o tutore) e dichiarazione di disponibilità all'accoglienza temporanea della famiglia o del responsabile della comunità. Il Servizio Sociale invia il tutto al Giudice Tutelare competente con richiesta di esecutività. Dopo 24 mesi di affido eterofamiliare, anche se sussiste la relazione consensuale, qualora sia valutato che va mantenuto il collocamento del minore in ambiente protetto extrafamiliare, i Servizi titolari del progetto (programma assistenziale) informano l'Autorità Giudiziaria Minorile.

8.4.2. Principio di Legalità

Si esercita quando si prospetta l'opportunità/necessità di proporre un ricorso all'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni).

Il ricorso può essere presentato dal Pubblico Ministero (Procura presso il Tribunale per i Minorenni) o dai parenti del minore e dal minore stesso (quest'ultimo solo al fine di chiedere l'autorizzazione al matrimonio).

Il Pubblico Ministero, in base alle informazioni ricevute attraverso le segnalazioni e alle eventuali indagini da lui disposte e realizzate dalle Forze dell'Ordine e dai Servizi Sociali e Socio-sanitari, formula al Tribunale per i Minorenni delle richieste precise, quali ad esempio la decadenza o la sospensione della potestà genitoriale, l'affidamento al Servizio Sociale, l'allontanamento del minore, ecc.

Il Servizio Tutela esaurita la possibilità di intervenire nell'ambito della beneficenza, qualora ricorrano le condizioni di pregiudizio o rischio di pregiudizio per il minore segnala la situazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. La segnalazione deve essere articolata, contenere tutti gli elementi anagrafici, biografici e situazionali (quando è possibile è auspicabile che venga allegato il Progetto Quadro) necessari per far comprendere al Procuratore la concreta condizione di vita del minore e formulare l'eventuale ricorso al Tribunale per i Minorenni nel modo più rispondente alle necessità di tutela del minore interessato. La Procura richiede che la segnalazione sia accompagnata dalla compilazione del frontespizio.

Nelle more delle decisioni della Procura e del Tribunale per i Minorenni, i Servizi devono continuare gli interventi possibili nell'ambito della beneficenza. Successivamente i Servizi interverranno in base alle disposizioni del Tribunale per i Minorenni.

8.5. Gli attori della tutela

Chi sono gli attori della tutela?

8.5.1. Comuni

Hanno la titolarità delle competenze in materia di *protezione e tutela minori con riferimento ai minori residenti o domiciliati nel proprio territorio*. Le funzioni tecnico-amministrative in cui tale compito si esprime possono essere delegate, in modo totale o parziale, dai Comuni alle Aziende ULSS o gestite in forme consortili (secondo la normativa vigente).

Nella Regione Veneto è prevista una strategia di integrazione tra Servizi che vede l'attribuzione ai Comuni della generalità delle funzioni e dei compiti relativi all'erogazione dei Servizi e delle prestazioni sociali, mentre le funzioni socio sanitarie e quelle ad elevata integrazione socio-sanitaria sono attribuite alle Aziende ULSS (legge regionale 11/01 art. 130).

Nelle materie delegate, i Comuni stabiliscono le priorità di intervento, conferiscono risorse e verificano il conseguimento dei risultati di efficacia contenuti nella programmazione locale. In assenza di delega il Servizio Sociale mantiene la responsabilità di attivare e monitorare il Progetto Quadro relativo agli interventi di protezione del minore.

8.5.2. Aziende ULSS

I Servizi specialistici sanitari e socio sanitari delle Aziende ULSS intervengono in base alle proprie aree di competenza e mandato istituzionale.

L'intervento da parte dei Servizi specialistici delle Aziende ULSS si realizza:

- su mandato dei Servizi Tutela, secondo le prerogative e le indicazioni del Progetto Quadro;
- quando il minore/adolescente viene preso in carico in maniera consensuale a partire dai bisogni socio-sanitari espressi (ad esempio per il SerD l'uso delle sostanze, per il CSM il disagio psichico, ecc.);

8.5.3. Provincia

Può intervenire per contributi economici a favore dei minori riconosciuti dalla sola madre. In provincia di Treviso le istruttorie socio-economiche sono svolte dai Servizi sociali comunali a cui l'interessato si rivolge direttamente anche per compilare il modulo di richiesta di contributo economico (CE). Nei casi di collocamento del minore in una comunità, famiglia, in forma diurna o residenziale temporanea, laddove si tratti di un percorso di sostegno socio-assistenziale e educativo a supporto della relazione madre-bambino, la provincia assume la retta o il contributo previsti, in assenza di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Infatti, in quest'ultima circostanza subentra la competenza anche economica del Comune di residenza del minore (Art.23 DPR 616/77).

8.5.4. Procura Minorile - autorità giudiziaria/penale

Esercita l'azione penale nei casi di reato commesso da minori, vaglia le segnalazioni, effettua e dispone ispezioni nelle comunità di accoglienza

8.5.5. Tribunale per i Minorenni

Nomina la figura del tutore, il curatore speciale, l'avvocato del minore, decide sui ricorsi di adottabilità, decadenza o sospensione della potestà, allontanamento della famiglia (403 c.c.), affidamento ai Servizi, decide su affido e su questioni economiche dei figli di genitori non coniugati, giudica i minori accusati di aver commesso reato, decide sui ricorsi per la proroga degli affidi consensuali e riceve schede periodiche relative ai minori in affidamento familiare giudiziale.

8.5.6. Giudice tutelare presso il Tribunale ordinario

Nomina i tutori, rende esecutivo l'affido familiare o l'inserimento in comunità disposti dal Servizio Sociale, vigila su affidi consensuali per i primi due anni, vigila sull'osservanza delle condizioni stabilite dal Tribunale Ordinario su potestà e amministrazione dei beni.

8.5.7. Procura presso il Tribunale ordinario

Esercita l'azione penale verso l'adulto imputato di reato a danno di un minore, segnala il caso alla Procura Minorile per gli eventuali esiti civili.

8.5.8. Tribunale Ordinario

Dispone l'affidamento e il mantenimento dei figli in caso di separazione o divorzio dei genitori coniugati, decide i ricorsi sulle questioni economiche dei figli naturali, giudica gli adulti imputati di reato a danno di minori.

8.5.9. Corte d'Appello

Decide sulle impugnazioni contro le sentenze/decreti emessi dal Tribunale Ordinario o dal Tribunale per i Minorenni (sulle sentenze di adottabilità, sui decreti sulla responsabilità genitoriale, sulle sentenze penali relative ai minori).

8.5.10. Soggetti del Privato Sociale Comunità di accoglienza, famiglia affidatarie, Tutore legale, curatore speciale, avvocato

(Vedi Cap. I - Linee Guida 2008 per Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Veneto. La cura e la segnalazione)

8.6. Le prassi degli interventi di tutela e cura

8.6.1. Fase 1: informazione, modalità e contenuti della segnalazione

Fonti dell'informazione che riguarda il minore/adolescente

L'informazione può essere trasmessa da soggetti individuali (minore d'età stesso, familiare, parente, qualsiasi cittadino, ecc.) o collettivi (scuola, ospedale, associazionismo, altri Servizi, Forze dell'Ordine, ecc.) che ritengono indispensabile, oltre che legittimo, riferire ai Servizi di una

possibile situazione di “rischio di pregiudizio” o di “pregiudizio” in cui incorre un minore/adolescente.

L’informazione, da qualsiasi fonte provenga, anche se anonima, purché circostanziata, deve essere sempre vagliata. Se la fonte è nota, i Servizi, per garantire che l’informazione si basi su un atto di responsabilità, possono chiedere che venga formulata per iscritto (formalizzazione).

Per avviare una procedura di verifica non basta il semplice sospetto bensì un *riscontro oggettivo, ossia basato sulla constatazione dei fatti e comportamenti che possono ricondurre a situazioni di rischio di pregiudizio o pregiudizio.*

Strumenti

Accesso diretto ai Servizi, contatto telefonico o telematico (e-mail), lettera scritta, comunicazione anonima purché circostanziata.

8.6.2. Fase 2: Stima dell’informazione – la valutazione

La stima consiste nell’adozione da parte del Servizio Tutela di comportamenti idonei per valutare l’informazione acquisita e renderla utilizzabile secondo le procedure di protezione dei minori.

Le azioni di stima riguardano il contesto sociale del minore, chiamando in causa gli esercenti della potestà e i parenti entro il quarto grado. È necessario che il Servizio Tutela acquisisca il consenso dei genitori e del tutore, salvo nel caso in cui non appaia opportuno per la protezione del bambino o si prospetti un reato.

Nel caso in cui l’informazione comunicata presenti i caratteri di un reato perseguibile d’ufficio è d’obbligo la denuncia alla Procura Ordinaria o all’Ufficio di Polizia Giudiziaria. Diversamente, se il reo è un minore, la denuncia va inoltrata alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. Qualora oltre al reato il Servizio rilevi le circostanze per un provvedimento giudiziario di carattere civile, dovuto all’incapacità di protezione da parte dei genitori, segnala il fatto anche alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. In questo caso deve essere data ad entrambe le Procure l’informazione sull’avvenuta denuncia e segnalazione.

Obbligo di denuncia

I pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico Servizio devono denunciare all’Autorità giudiziaria o ad un’altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, la notizia di reato perseguibile di ufficio di cui siano venuti a conoscenza nell’esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro Servizio (art. 331 del c.c.p.).

In questa fase della stima il Servizio titolare rivolge l’attenzione alla valutazione del male essere comunicato o rilevato e alla possibilità di intervento.

Esiti possibili del percorso di stima

- Situazioni di non rischio di pregiudizio o di pregiudizio;
- Avvio delle azioni di diagnosi, sostegno e cura nell’ambito della beneficenza e con il consenso informato di chi ha la responsabilità del minore;
- Segnalazione alla Procura minorile, qualora manchi il consenso o non si possa acquisire, degli esercenti la potestà e sussistano riscontri oggettivi sulla situazione segnalata di rischio di pregiudizio o di pregiudizio;
- Collocamento in luogo sicuro del minore per le situazioni di emergenza con contestuale segnalazione alla Procura minorile (*Art. 403 c.c.: intervento della pubblica autorità a favore dei minori*);
- Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di prov-

vedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in un luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione;

- Segnalazione alla Procura minorile per le situazioni di pregiudizio;

Gli elementi informativi e di valutazione sono registrati in modo ordinato nella specifica cartella sociale e socio sanitaria del minore.

8.6.3. Fase 3: Gli interventi di cura

Gli interventi di cura nell'ambito della tutela dei minori/adolescenti si attivano quando la valutazione dell'informazione rileva una condizione di pregiudizio o di rischio di pregiudizio, contrassegnata da un'elevata pericolosità.

Gli interventi di cura devono essere progettati e realizzati sulla base delle:

- Risorse individuali;
- Risorse familiari;
- Opportunità e risorse del contesto locale;
- In collaborazione con il minore e la famiglia;

Scopo degli interventi di cura:

- Proteggere il minore dai fattori di rischio o dalle cause di pregiudizio;
- Favorire un cambiamento positivo delle condizioni di vita, nel rispetto del suo migliore interesse;

Fasi:

- Individuazione del Servizio titolare della presa in carico e dell'operatore di riferimento per il minore;
- Comunicazione dell'avvio dell'intervento di cura ai diversi soggetti coinvolti acquisizione della loro collaborazione;
- Prima valutazione della situazione di vita del minore e stima prognostica della sua evoluzione;
- Elaborazione, realizzazione, verifica periodica e chiusura del progetto da parte del Servizio titolare insieme agli altri Servizi;
- Eventuale consulenza dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori

8.6.4. Nel caso di situazioni complesse

Il Servizio Tutela titolare della presa in carico ha la facoltà di richiedere la collaborazione dei Servizi Socio-sanitari presenti sul territorio. Alla costruzione e alla realizzazione del "Progetto Quadro" partecipano tutti i Servizi coinvolti, assumendo specifiche responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi concordati.

La valutazione diagnostica e prognostica, realizzata con gli strumenti propri del Servizio sociale e delle altre professionalità sanitarie, deve avere carattere multidimensionale in quanto deve tener conto delle caratteristiche individuali del minore, della complessità delle sue relazioni sociali, di quelle della sua famiglia e dell'ambiente in cui sono inseriti.

La valutazione, in particolare nelle situazioni complesse, deve essere il frutto dell'azione di professionalità diverse.

8.7. La gestione delle dipendenze giovanili in sinergia/collaborazione con i Servizi Tutela

All'interno del Gruppo di Lavoro Regionale T.A.G. si è discusso e ci si è trovati in accordo sul fatto che la maniera più efficace di affrontare le dipendenze giovanili è quella di mettere in campo programmi e progetti di prevenzione selettiva e aggancio precoce e di avere delle relazioni territoriali con gli altri soggetti e Servizi che si occupano di politiche giovanili.

Sono state descritte precedentemente tutta una serie di positive esperienze territoriali che hanno avvicinato i minori/adolescenti a rischio e/o tossicodipendenti ai vari Servizi interessati. Questo ha permesso e permette tutt'ora di far sì che i vari Servizi per le Dipendenze, che mettono in atto questi progetti/programmi, forniscano non più solo assistenza "in sede", secondo una posizione attendistica, ma si muovano e siano presenti sul territorio. Come già detto, ciò agevola il contatto precoce tra i minori/adolescenti a rischio e agevola la eventuale presa in carico istituzionale del SerD stesso.

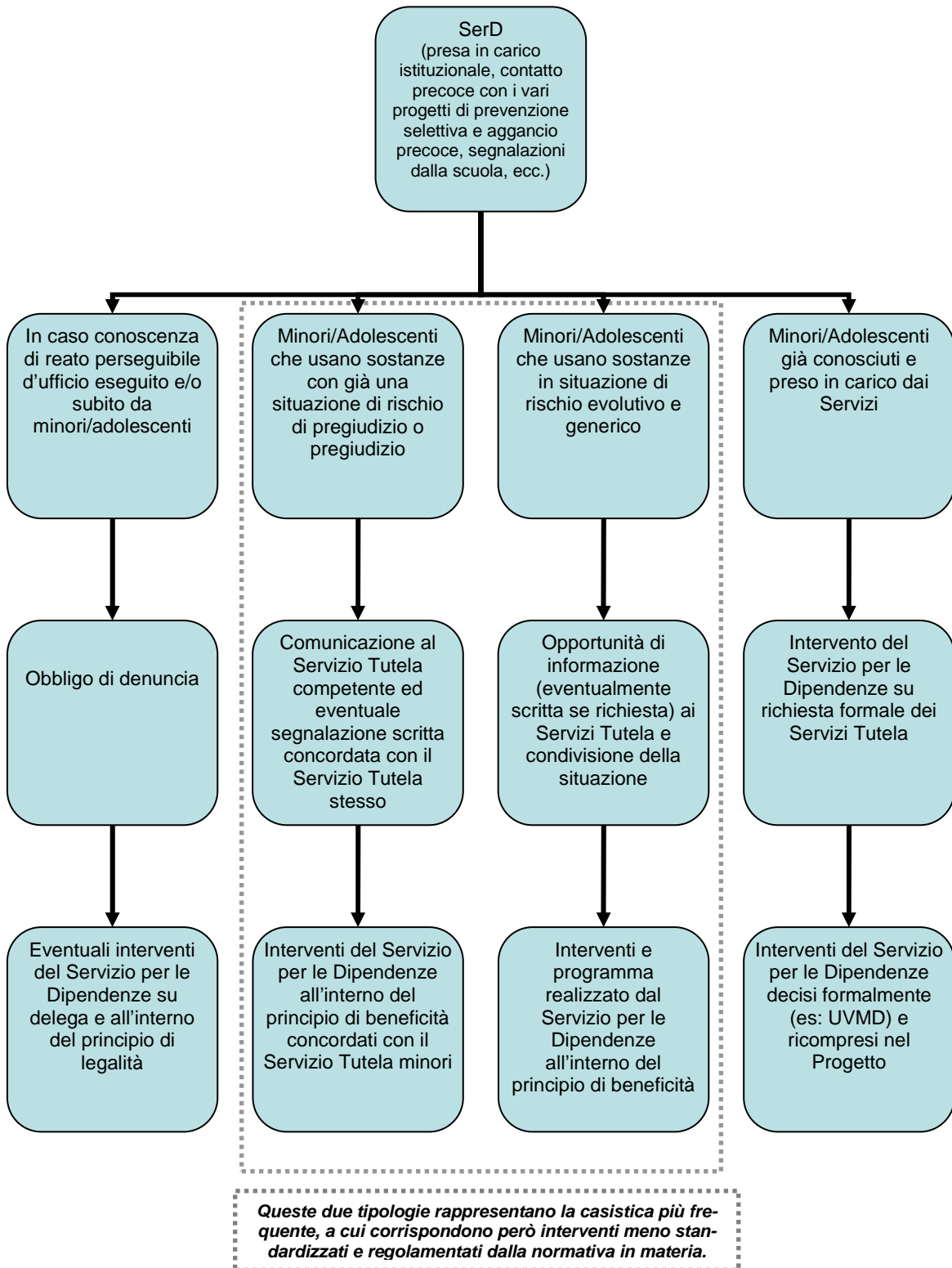
Questa premessa serve a comprendere che, per quanto attiene i minori/adolescenti che usano le sostanze, quindi in una situazione di rischio evolutivo e potenzialmente anche di rischio di pregiudizio o di pregiudizio stesso, generalmente il Servizio che per primo intercetta i minori/adolescenti è il Servizio per le Dipendenze, e, solo in seconda battuta, viene coinvolto e/o interviene il Servizio Tutela. Il Servizio per le Dipendenze valuta così, di volta in volta la situazione, stimando in prima battuta gli elementi di rischio. Per rendere più efficace la valutazione e per completare meglio il quadro, al fine di mettere in campo le eventuali azioni di cura e tutela, se necessarie, è buona prassi che il Servizio per le Dipendenze informi il Servizio Tutela della situazione specifica e prenda accordi per le eventuali azioni successive e le procedure da adottare.

Il primo contatto tra SerD e Servizio Tutela, qualora il SerD stesso non abbia elementi tali da connotare la situazione come già di pregiudizio, per la quale è opportuna fin da subito una segnalazione formale al Servizio Tutela competente, può avvenire tramite un passaggio di informazioni e uno scambio tra gli operatori interessati (ad esempio: operatore case manager del SerD che coinvolge l'A.S. del Comune di residenza del minore). All'interno di questo primo contatto, si decidono le azioni successive, concordate tra le parti, compresi gli aspetti formali e metodologici. Questa fase di scambio tra gli operatori delle Dipendenze e quelli della Tutela Minori, e di stima delle informazioni, è di fondamentale importanza per definire meglio le modalità di gestione della situazione del minore/adolescente a rischio (e/o già tossicodipendente) e della sua famiglia, nell'ottica di mettere in campo un progetto su base consensuale e secondo il principio di beneficenza dell'intervento.

Inoltre, in questa fase, andrebbe altresì chiarito che, a fronte del perdurare delle problematiche collegate all'uso delle sostanze, qualora non ci sia una risposta positiva da parte del minore/adolescente non motivato a seguire il progetto e le proposte fatte dai Servizi e dalla sua famiglia (che si mostra incapace e/o inadeguata a sostenere la situazione), allora avverrà il passaggio dalla beneficenza alla legalità, ovvero, si procederà ad una segnalazione formale agli organi competenti al fine di utilizzare le prerogative amministrative e legali della tutela minorile per "spingere" il minore/adolescente ad aderire al programma, favorendo una maggior motivazione al cambiamento. È in questo spazio/tempo del contatto tra il minore/adolescente e i Servizi che è possibile prevenire "selettivamente", grazie all'aggancio precoce, i danni più gravi, fisici, psicologici e sociali, causati dall'uso permanente delle sostanze e dalla conseguente tossicodipendenza.

Per questo motivo è importante governare, secondo accordi quadro e prassi chiare e condivise fra i soggetti istituzionali coinvolti, le azioni che si mettono in campo in questa fase cruciale della crescita delle persone, al fine di evitare forme di disagio e danni più gravi, a volte permanenti e recidivanti, come la tossicodipendenza, disturbi psicopatologici e le altre patologie correlate.

In sintesi, schematicamente, si riassumono di seguito le possibili e opportune azioni istituzionali sui minori/adolescenti presi in carico dai Servizi per le Dipendenze:



Riassumendo

- **Un minore anche se usa sostanze e/o tossicodipendente è innanzitutto un minore di età e tale va considerato:** per questo è indispensabile che gli operatori dei Servizi per le Dipendenze siano nelle condizioni operative e di disponibilità di risorse e competenze per stimare le informazioni collegate alla tutela minorile.
- **Ricerca fin da subito una collaborazione attiva con i Servizi Tutela competenti:** ciò è necessario sia per arricchire e completare la stima e la valutazione delle informazioni, sia per attuare programmi territoriali connotati dal principio di benefici-tà.
- **Necessità di segnalazione:** solo se viene meno la collaborazione del minore e se la famiglia si dimostra inadeguata alla gestione della situazione e/o poco collaborante, allora si pone la necessità di mettere in campo l'intervento di legalità.

9. Minori affidati e dipendenze

9.1. Buone prassi come esito di una sperimentazione regionale

I minori tossicodipendenti affidati dal Tribunale per i Minorenni ai Servizi Tutela competenti con decreto di collocamento in comunità, rappresentano oggi una casistica abbastanza “nuova” nel vasto panorama dei soggetti presi in carico dai Servizi per le dipendenze.

Oltre alla minore età correlata allo stato di tossicodipendenza (vedi capitolo precedente), siamo in presenza di soggetti per i quali si mette in atto il percorso istituzionale di protezione e tutela, con l’allontanamento dalla famiglia, considerata al momento non “idonea” a farsi carico della situazione del minore.

Le caratteristiche dei minori tossicodipendenti affidati, evidenziano, in maniera importante, una serie di questioni che ne rendono complessa e articolata la presa in carico e la gestione.

Tali elementi sono emersi nel corso della sperimentazione regionale effettuata nella Comunità Giovanile di Conegliano e autorizzata dalla Direzione dei Servizi Sociali della Regione del Veneto.

Il presente capitolo riassume le azioni messe in atto con la sperimentazione, le modalità adottate e le criticità rilevate.

Inoltre, vengono proposte una serie di indicazioni operative, in termini di “buone prassi”, per gli operatori del sistema socio sanitario della Regione del Veneto, al fine di rendere più efficace ed omogenea la presa in carico dei minori tossicodipendenti per i quali è previsto l’affidamento da parte del Tribunale ai Servizi Tutela Minori, con collocamento in struttura residenziale.

9.1.1. La Comunità Giovanile: modalità di funzionamento e approccio terapeutico

Dal 2003 la Comunità Giovanile, in accordo con il Dipartimento per le Dipendenze dell’ULSS 7, ha ridefinito la sua offerta di Servizio residenziale esclusivamente per adolescenti e minori tossicodipendenti della fascia di età 15-24 anni.

Dal 2008 la Comunità Giovanile è accreditata dalla Regione del Veneto (L.R. 22/2002) per le tipologie di Servizio residenziale specialistico tipo C (10 posti) e Servizio residenziale per adolescenti/minori tossicodipendenti tipo C2 (10 posti).

La particolarità dei destinatari, minori e adolescenti della fascia di età 15-24 anni, ha spinto la Comunità Giovanile a definire due diverse modalità di intervento residenziale. Ciò a partire dal fatto che gli adolescenti e i giovani tossicodipendenti non sono sempre motivati a intraprendere un lungo percorso di cura e riabilitazione e che tale percorso va costruito insieme, per tappe e per obiettivi progressivi, tollerando anche la eventualità di ripetuti drop out e di nuove, successive, possibili richieste d’aiuto. In tal senso l’intera progettualità prevede:

- un intervento di breve periodo, con il modulo denominato “La Zattera”, relativo alla fase di accoglienza, valutazione e orientamento terapeutico;
- un intervento di lungo periodo, con il progetto “Comunità terapeutica per adolescenti/minori tossicodipendenti”;

I due moduli, allocati in spazi residenziali diversi, seppur vicini e collegati fra loro, sono in stretta sinergia, in quanto la fase di accoglienza è sempre propedeutica all’inserimento nel modulo comunità terapeutica.

La Comunità Giovanile accoglie giovani e adolescenti (15-24 anni), sia maschi che femmine, esclusivamente su presentazione e invio da parte dei Servizi per le Tossicodipendenze. L’ingresso in Comunità Terapeutica avviene successivamente alla fase di accoglienza nel modulo di Accoglienza “La Zattera”.

Si accolgono persone anche in trattamento sostitutivo, con un dosaggio non superiore a 30 mg di metadone/die (o l’equivalente in buprenorfina) e con un programma a scalare.

Al SerD viene chiesta in prima istanza una relazione di presentazione che descriva la situazione, riporti i dati anamnestici generali, gli elementi valutativi e diagnostici, la situazione fami-

liare, gli obiettivi terapeutico/riabilitativi che si intendono raggiungere con l'inserimento in struttura.

A seguito della lettura della relazione, vengono eseguiti dei colloqui di pre-inserimento per valutare la fattibilità dell'accoglienza residenziale. I colloqui vengono svolti dal responsabile della fase di accoglienza, dallo psicologo e da un educatore. Sono previsti anche alcuni colloqui di conoscenza con i genitori, colloqui obbligatori nel caso di minori.

Si accolgono anche casi di minori inviati dalla giustizia minorile con condanna relativa a reati collegati alla tossicodipendenza, nell'unica condizione giuridica di sospensione pena, con messa alla prova in comunità.

9.1.2. La fase di accoglienza e valutazione nel modulo "La Zattera"

"La Zattera" è il modulo residenziale per l'accoglienza, la valutazione, la motivazione e l'orientamento terapeutico. È un modulo allocato all'interno del Centro Dipendenze Giovanili dell'ULSS7 e gestito in collaborazione con il SerD giovani dell'ULSS 7 di Conegliano. Permette di accogliere la domanda, sostenere la disintossicazione, approfondire la diagnosi e valutare le varie opportunità terapeutiche in relazione ai bisogni espressi e rilevati, al fine di accompagnare il giovane alla scelta e alla tenuta del progetto terapeutico concordato. I tempi di permanenza nella "Zattera" variano da 1 a 3 mesi.

Le attività e gli strumenti messi in campo in questo modulo appartengono a due tipologie, seppur altamente integrate fra loro:

- attività specialistica clinico/diagnostica e di orientamento terapeutico, sia individuale che di gruppo (visite mediche, controlli metabolici, colloqui psicologici, somministrazione test, gruppo verbale, arte terapia, ecc.);
- attività educativa e animativa, sia individuale che grupppale, volta a sostenere l'aggancio e la motivazione al trattamento (computer, cineforum, musica, legatoria, cucina, lettura, incontri di programmazione e verifica, assemblaggio, sport, ecc.).

Un'equipe dedicata, composta da operatori del SerD (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale) e dell'Associazione Comunità Giovanile (educatori, operatori di comunità e maestri d'arte) gestisce il modulo, assicurando l'integrazione interdisciplinare all'interno dell'intervento specialistico di residenzialità breve. Inoltre, l'equipe de "La Zattera" rappresenta il luogo e lo spazio all'interno del quale viene deciso il tipo di percorso terapeutico idoneo al ragazzo, dopo la fase di accoglienza. Uno psicologo dedicato esegue anche una valutazione del contesto familiare, con tre o più colloqui. Se necessaria e concordata con i Servizi invianti, viene eseguita anche una valutazione psichiatrica con lo psichiatra della comunità.

L'accoglienza di utenti extra territorio ULSS 7 nel modulo "La Zattera" necessita di delega del SerD inviante al SerD di Conegliano, relativa alla presa in carico medico/farmacologia e per la valutazione psicodiagnostica. "La Zattera" funge anche da fase di accoglienza per la Comunità Terapeutica.

9.1.3. La fase terapeutica/riabilitativa nel modulo "comunità terapeutica"

L'Associazione Comunità Giovanile gestisce un progetto comunitario a lungo termine per l'affrontamento, l'elaborazione e il superamento delle problematiche correlate all'uso delle sostanze e dell'alcol. In comunità terapeutica si accede disintossicati, dopo aver scalato durante la fase di accoglienza nel modulo "La Zattera" l'eventuale terapia sostitutiva prescritta dal SerD inviante. Viene invece garantita la continuità terapeutica farmacologica per eventuali altri farmaci prescritti dal SerD inviante e/o dal medico psichiatra della Comunità Giovanile, per le patologie correlate allo stato di tossicodipendenza.

La finalità generale del progetto comunitario è la costruzione di un tempo e di uno spazio rassicurante e strutturato, dove possano essere contenute ed elaborate le problematiche espresse dai ragazzi residenti, all'interno di una prospettiva terapeutica complessa, caratterizzata da interventi sia pedagogico-formativi sia psicoterapeutici. Il periodo complessivo di permanenza è stabilito di volta in volta dall'equipe terapeutica, ma normalmente si aggira intorno ai due anni, secondo fasi di percorso differenti. La particolarità del progetto comunitario è quella di

essere una comunità piccola e “permeabile” al territorio, che offre fin da subito, accanto agli strumenti più propriamente terapeutici, opportunità di tipo formativo, indirizzate alla sperimentazione di autonomie progressive e al recupero della esperienzialità adolescenziale andata perduta con l’uso delle sostanze.

In tal senso si è cercato di creare una comunità dove si possa respirare un clima familiare, dove gli operatori abbiano la funzione di adulti di riferimento, per la crescita del ragazzo, oltre che garantire l’intervento tecnico/specialistico dedicato alla problematica della tossicodipendenza.

9.1.4. Il lavoro con le famiglie

Oltre alla presa in carico del ragazzo, si è ritenuto indispensabile avviare, in maniera stabile, un lavoro parallelo con le famiglie.

La giovane età dei ragazzi inseriti ha indotto una seria riflessione sull’esito relativo alla fine del percorso terapeutico; infatti, molto spesso, dopo la conclusione della comunità, per ragazzi così giovani è previsto il rientro in famiglia d’origine, vista l’impossibilità evolutiva e socio ambientale di portare avanti una scelta di autonomia anche concreta. Il lavoro di accompagnamento ai genitori si pone la finalità di mettere in grado l’intero sistema familiare di sostenere il cambiamento, anche per riaccogliere il figlio dopo il periodo di programma comunitario.

Il lavoro con le famiglie si concretizza in quattro azioni principali:

- valutazione e anamnesi familiare, attraverso una serie di colloqui in fase di accoglienza nel modulo “La Zattera”;
- lavoro di gruppo, a cadenza quindicinale, con tutti i genitori dei ragazzi inseriti in comunità, gruppo condotto da uno psicoterapeuta e da un educatore;
- sostegno psicologico ai genitori tramite colloqui periodici con uno psicoterapeuta con una formazione specialistica sistemico/relazionale;
- accompagnamento al percorso di cambiamento con colloqui di verifica periodica con il direttore.

9.1.5. Le iniziative di studio, ricerca e valutazione messe in atto durante la sperimentazione e il collegamento con il Progetto T.A.G.

Con l’inizio della sperimentazione, la Comunità Giovanile, in collaborazione con il Dipartimento per le Dipendenze dell’ULSS 7, ha avviato due gruppi di lavoro tematici al fine di sostenere, approfondire e elaborare strumenti operativi e di valutazione idonei per il lavoro residenziale con i minori tossicodipendenti affidati con provvedimento di collocamento in comunità.

Gruppo di lavoro 1: studio, approfondimento e ricerca riguardante l’ambito della tutela e protezione dei minori.

Composizione del gruppo:

- educatore, responsabile struttura modulo comunità terapeutica
- psicologo per le famiglie, referente rapporti con i Servizi i invianti durante la fase di accoglienza

Il gruppo è stato costituito con lo scopo di approfondire la tematica della tutela e protezione minorile per quanto riguarda gli aspetti normativi, istituzionali e di gestione burocratica/organizzativa del lavoro residenziale con di minori tossicodipendenti affidati.

Nello specifico si sono portate a termine le seguenti azioni concrete:

- analisi e studio della normativa nazionale, regionale e delle linee guida regionali (Legge 149/01; DGR Veneto n. 2416 dell’8/8/2008; Quaderni 1 e 2 “linee guida 2008 regionali per i Servizi Sociali, ecc.);
- incontro/scambio con l’Ufficio del Pubblico Tutore della Regione del Veneto;

- incontro/scambio con l'Ufficio Minori della Direzione dei Servizi Sociali della Regione Veneto;
- incontro/scambio con due comunità per minori/adolescenti del territorio dell'ULSS 7
- monitoraggio e verifica in corso d'opera dell'organizzazione e della gestione normativa dell'inserimento in struttura di minori tossicodipendenti affidati.

In questa fase, è stato prodotto un documento per la formalizzazione di un contratto terapeutico tra la Comunità Giovanile e i Servizi inviati i minori tossicodipendenti affidati, e una tabella di confronto degli standard tra la Cat. C2 e le comunità educative e riabilitative per minori. Sono stati, inoltre, stabiliti degli accordi con il Capitano dei Carabinieri della Stazione dei C.C. di Conegliano su come gestire la segnalazione e la denuncia di scomparsa a fronte delle fughe dalla comunità dei minori affidati.

Gruppo di lavoro 2: analisi e valutazione dell'andamento del progetto di cura e riabilitazione dei minori tossicodipendenti affidati inseriti dall'avvio della sperimentazione ad oggi.

Composizione del gruppo:

- due educatori, uno della fase di accoglienza, uno della fase comunitaria terapeutico-riabilitativa
- psicologo del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7
- psicologo di gruppo del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, con funzione di coordinamento del gruppo di lavoro stesso
- medico del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7

Il gruppo aveva il compito di monitorare l'andamento del programma terapeutico residenziale dei minori tossicodipendenti affidati, monitoraggio finalizzato soprattutto a verificare:

- l'impatto dell'obbligo all'ingresso in comunità sulla motivazione a prendersi cura delle problematiche correlate all'uso di sostanze
- la ricaduta sull'intero gruppo della struttura di adolescenti inseriti in maniera obbligata
- la gestione dei momenti di crisi all'interno dell'ambito della tutela/protezione minorile

Il gruppo ha lavorato con incontri a cadenza quindicinale, durante il periodo luglio-dicembre 2009, e ha prodotto una serie di riflessioni, riassunte in un documento di sintesi. Tali riflessioni sono state utilizzate per la produzione del contratto terapeutico e per orientare l'equipe curante della struttura a muoversi meglio rispetto alle scelte da operare, fin dalla richiesta e dai contatti iniziali con Servizi territoriali inviati. L'esperienza della sperimentazione, è stata presa in considerazione nell'ambito del progetto T.A.G. al fine di raccogliere informazioni, criticità, indicazioni cliniche/trattamentali, linee di sviluppo/ricerca e modalità operative di collaborazione fra differenti Servizi coinvolti nella gestione del minore tossicodipendente. Tutte indicazioni e informazioni che sono state valutate utili alla gestione non solo dei minori tossicodipendenti affidati, ma di tutti i minori con problemi di tossicodipendenza. In tal senso con il progetto T.A.G. si è rafforzato il principio che un minore prima di tutto va considerato tale, evitando di incorrere nell'errore di anteporre il disturbo e le problematiche che porta con sé (in questo caso la tossicodipendenza) al suo status di minore di età ed ai bisogni ed alle tutele che ne derivano. Spesso i Servizi specialistici corrono il rischio di punteggiare i loro interventi solo e soltanto a partire dai sintomi e dai danni. Fare questo con gli adolescenti, e nello specifico con i minori, sarebbe un grave errore da due punti di vista, differenti, ma collegati fra loro:

- gli aspetti giuridici e le prassi collegate alla tutela minorile vanno tenute sempre in considerazione per garantire il diritto ad una crescita sana, allo sviluppo e ad una educazione/istruzione di tutti i minorenni, tossicodipendenti inclusi, garantendo così il rispetto di uno dei più importanti principi costituzionali (quale quello del diritto di uguaglianza tra gli individui) e delle indicazioni e dei protocolli internazionali, nazionali e regionali sulla protezione e tutela del minore;
- è ormai dimostrato come durante l'adolescenza l'intervento precoce possa rimuovere e risolvere tutta una serie di patologie e di problematiche collegate all'uso di sostanze che

altrimenti, verosimilmente, evolverebbero verso la “cronicità”. Considerare il minore tossicodipendente come un minore che vive dei problemi, e non solo come un tossicodipendente minore, agevola gli operatori, nella pratica clinica quotidiana, a pensare ed agire con una spinta fortemente evolutiva, secondo una cultura dell’intervento che vede, prevede e punta al futuro del minore, piuttosto che limitarsi ad un’ottica riparativa del danno o di gestione contenitiva del sintomo tossicomano.

Durante le attività legate al progetto T.A.G., gli operatori della Comunità Giovanile maggiormente coinvolti nella sperimentazione e nei gruppi di lavoro previsti dal progetto stesso (Gruppo Locale e Gruppo Regionale), hanno condiviso l’esperienza della residenzialità con i minori tossicodipendenti (affidati e non), proponendo modalità operative, ottiche d’intervento e soluzioni alle criticità incontrate, utili alla produzione delle cosiddette buone prassi, come previsto dal progetto T.A.G.

9.1.6. La casistica

Durante i due anni di sperimentazione (giugno 2009-giugno 2011), sono stati accolti in Comunità Giovanile 10 minori tossicodipendenti affidati e con decreto di collocamento in comunità. Di questi 10, due sono stati accompagnati dalle Forze dell’ordine, due dai Servizi e gli altri sono entrati in struttura accompagnati dai genitori, dopo aver effettuato l’iter di pre accoglienza previsto. Solo uno è riuscito a completare la fase di accoglienza ed è stato inserito nel modulo terapeutico riabilitativo della Comunità Giovanile, non portando però a termine il programma per una gravissima trasgressione. Solo uno è riuscito a portare a termine i termini del decreto, con il compimento del 18° anno di età in struttura. Tutti gli altri si sono fermati alla fase di accoglienza nel modulo “La Zattera”. Uno di questi, dopo il compimento del 18° anno di età, ha chiesto di rientrare in struttura per riprendere, in maniera consensuale, il percorso terapeutico riabilitativo. Con la sperimentazione è emerso che i minori tossicodipendenti affidati dal Tribunale per i Minori ai Servizi Tutela e collocati in Comunità Giovanile sono casi molto complessi, provenienti da famiglie multiproblematiche e con, associati alla tossicodipendenza, altri disturbi importanti, sia dal punto di vista psicopatologico che sociale e più nello specifico:

- disturbi di personalità gravi associati all’uso di sostanze, con agiti autolesionistici (tagli, ecc.), disturbi del comportamento alimentare e caratteristiche di antisocialità generalizzata;
- famiglie di provenienza multiproblematiche, con genitori separati, tossicodipendenti, alcolodipendenti, detenuti, assenti, con altri figli a loro volta affidati, ecc.;
- scarsissima (o assente) consapevolezza delle difficoltà personali collegate all’uso di sostanze;
- scarsissima (o assente) motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico di tipo residenziale;
- labile (o addirittura assente in qualche caso) rapporto con i Servizi territoriali invianti;

Ciò conferma, a nostro avviso, che l’affidamento e gli altri interventi di tutela e protezione arrivano a “valle” di una situazione di grave disagio e fragilità, personale, familiare e sociale, non riconducibile unicamente alla tossicodipendenza e all’uso di sostanze. Anzi, la tossicodipendenza spesso (e paradossalmente!) permette la “definitiva” presa in carico da parte dei Servizi socio sanitari della situazione che prima, invece, per l’età adolescenziale, viene “palleggiata” fra i Servizi per l’età evolutiva (abituati spesso a lavorare più con l’infanzia che con l’adolescenza), il consultorio, la neuropsichiatria, la psichiatria, i Servizi sociali di tutela, ecc. L’uso delle sostanze, la tossicodipendenza e tutti i comportamenti ad essa associati, rendono invece più chiaro il collegamento fra i bisogni e i disagi del minore e chi se ne deve occupare, ovvero i Servizi per le Dipendenze.

Tali elementi confermano l’indispensabilità della collaborazione e del lavoro integrato fra diversi Servizi che intercettano il minore adolescente sul territorio, nell’ottica del superamento della logica, troppo spesso confermata dai fatti (e anche dalla presente sperimentazione), di delega totale della presa in carico solo a partire dal sintomo ultimo ed emergente. Inoltre, la difficoltà

di gestione dei casi oggetto della sperimentazione è rappresentata non solo dalle caratteristiche soggettive e dalla storia di disagio e fragilità di cui è portatore il minore, ma anche dal fatto che sono adolescenti minori della fascia di età 15-17 anni, quindi minori “emancipati”, che hanno già esperienze di autonomia e di movimento, seppur nella direzione dei comportamenti devianti. Infine, nel caso di minori tossicodipendenti con decreto di affido e collocamento in comunità, particolare importanza deve essere posta al contesto familiare e particolari attenzioni nel trattare i genitori. Nello specifico, l’attuazione di un decreto pone in atto un duplice problema:

- da un lato vi è l’allontanamento dalla famiglia del minore, l’affidamento ai Servizi e il collocamento obbligatorio in comunità;
- dall’altro - nella nostra esperienza - non sempre il provvedimento è accompagnato da un decadimento della patria potestà, cosa che obbliga alla convocazione dei genitori per decisioni riguardante il programma del figlio minore (schede autorizzative, condivisioni di scelte importanti di tipo sanitario, ecc.);

Tale vincolo pone quindi gli operatori della struttura in uno stretto legame con la famiglia, anche se spesso trattasi di famiglie multiproblematiche e questo si traduce concretamente nel fatto che nel momento in cui il minore entra in comunità vi entra con tutta la sua famiglia e tutte le problematiche connesse. Ciò implica un impiego di energie e risorse importanti nel cercare una stretta collaborazione con il sistema familiare e con lo scopo di raggiungere un obiettivo comune: “il suo star bene”. È questo un aspetto essenziale affinché l’intervento e la presa in carico del minore tossicodipendente affidato “funzioni” Spesso, invece, in presenza di decreto di affidamento, il collocamento in comunità viene osteggiato dai genitori non collaboranti, distruttivi e oppositivi, o accolto come delega totale al sistema Servizi/Comunità. L’intervento col minore e la sua famiglia diventa quindi duplice: non solo si tratta di lavorare per favorire l’ accettazione della tossicodipendenza, ma anche per l’ accettazione dell’allontanamento dal nucleo familiare che è all’origine del collocamento obbligatorio.

9.1.7. Dipendenza VS Tutela e protezione minori

Le strategie di intervento generali per affrontare e risolvere le problematiche connesse alla tossicodipendenza prevedono sempre una base motivazionale nei soggetti interessati, singoli utenti e loro famiglie. Già normalmente nella popolazione adolescenziale interessata, la richiesta d’aiuto per affrontare le problematiche collegate all’uso/abuso di sostanze e/o alla tossicodipendenza è molto ambivalente e poco supportata da una reale motivazione verso il cambiamento. Gli adolescenti, anche se già dipendenti da sostanze, non si agganciano ai Servizi se non nella fase acuta di intossicazione o per la gestione di sintomi astinenziali. L’uso delle sostanze è per loro associato a comportamenti, spesso vissuti col gruppo dei pari, di sbalzo e divertimento e poco collegato (come consapevolezza) a problematiche di tipo personale, familiare e relazionale. Accade così sovente che gli adolescenti siano spinti a relazionarsi con i Servizi per le dipendenze (SerD e CT) o dai familiari o da eventi esterni, quali un fermo da parte delle forze dell’ordine, per una segnalazione da parte della scuola, per la perdita del lavoro, per il ritiro della patente, ecc. Tutto il lavoro iniziale di aggancio è quindi concentrato nell’aumentare la motivazione, tollerando, da parte dei Servizi di cura, la discontinuità della presa in carico, i momenti di crisi (momentanei drop out) e la resistenza ad andare oltre la gestione e la risoluzione dei sintomi astinenziali. Quando la condizione iniziale di rapporto con la struttura è di tipo “coatto”, la complessità della gestione aumenta in maniera esponenziale, in quanto il minore adolescente, per niente motivato, costretto, e a volte anche “portato” in struttura, mette in atto una serie di comportamenti oppositivi e trasgressivi tali da condizionare fortemente il rapporto con gli operatori ed il gruppo dei pari. Comportamenti che spesso, alla fine, mettono in condizione la struttura di non sentirsi più in grado di gestire la situazione, arrivando alla inevitabile decisione di un definitivo allontanamento e/o interruzione del trattamento residenziale dopo aver ripetutamente tollerato e gestito a fatica l’oppositività e la non collaborazione del minore stesso. Questo è ciò che si è potuto verificare con l’esperienza della sperimentazione in Comunità Giovanile, dall’avvio ad oggi. La difficoltà maggiore nel gestire la fase di accoglienza di tutti questi minori è stata quella relativa alle ridotte possibilità di utilizzo degli strumenti motivazionali che di solito vengono messi in campo con tutti gli altri adolescenti (minori o non) che vengono inseriti consensualmente. Si tratta di strumenti motivazionali coerenti con un approccio generale finalizzato

ad aumentare la consapevolezza dei propri agiti e la motivazione al cambiamento, all'interno dei quali può anche collocarsi una sospensione temporanea del trattamento residenziale (da realizzare in maniera concordata con i Servizi invianti), nell'ottica di fare un lavoro per piccoli passi, con il raggiungimento di obiettivi progressivi e la conseguente verifica sul campo, a casa e sul territorio, tollerando anche le eventuali ricadute nell'uso delle sostanze. Tale strategia è estremamente difficile da utilizzare con i minori tossicodipendenti affidati, perché spesso ostacolata dai Servizi Tutela che vedono, a nostro avviso, la realizzazione della tutela solo come protezione all'interno di una struttura e non come un processo che porta l'adolescente minore con problemi di tossicodipendenza ad una maggiore consapevolezza e alla possibilità reale di un cambiamento intrapsichico e sociale. Più in generale, l'esperienza fatta attraverso la sperimentazione con i minori accolti e i relativi Servizi, ci porterebbe a dire che l'ambito di azione delle dipendenze e quello della tutela/protezione minorile sono molto distanti per cultura, approccio e formazione degli operatori coinvolti. Una distanza che, ad un prima valutazione superficiale, e stanti le posizioni rigide degli attori interessati, ci porterebbe a dire che non è possibile lavorare con l'attenzione e l'appropriatezza necessaria ai processi terapeutici di cambiamento dalla tossicodipendenza e contemporaneamente alla necessità di tutelare e proteggere il minore interessato, non motivato, ad un percorso.

Al termine della sperimentazione si può affermare invece che il lavoro:

- di ricerca e approfondimento (anche grazie al progetto T.A.G.);
 - di paziente ascolto reciproco tra gli operatori delle dipendenze e della tutela minori;
 - di coraggio nel tentare strade nuove;
 - di tolleranza e speranza anche rispetto ai temporanei insuccessi (ricadute, fughe, ecc.)
- permettono oggi di approcciare la casistica in questione con maggiori conoscenze e consapevolezza, ma soprattutto con una prospettiva più ampia nel valutare e agire nei confronti del percorso di tutela collegato alle problematiche, anche trattamentali, della tossicodipendenza. Tale concetto verrà ripreso in seguito al paragrafo "una visione più ampia del concetto di tutela e protezione"

9.1.8. I Servizi invianti minori tossicodipendenti affidati

Una delle più evidenti difficoltà incontrate durante la sperimentazione, oltre all'impatto della assenza di motivazione al trattamento residenziale nei minori accolti, è stata quella del rapporto con i Servizi invianti. È stato difficile, per l'esperienza fatta finora, orientarsi verso la standardizzazione di un metodo, nonostante le linee guida regionali in materia di tutela siano abbastanza chiare. Solo due esempi:

- la gestione delle UVMD
- la formalizzazione del Progetto Quadro

L'immagine è quella di un sistema che sul bisogno specifico funziona a "macchia di leopardo". In merito ai due strumenti istituzionali appena citati (UVMD e Progetto Quadro), finalizzati alla progettazione e alla gestione dell'intervento residenziale per minori affidati, in quasi tutti i casi è stata la struttura residenziale a stimolarne l'organizzazione, la realizzazione e la partecipazione. Da una parte la struttura ha cercato di rallentare le procedure di inserimento per valutare bene il caso e organizzare insieme ai Servizi le azioni e i relativi soggetti interessati (in poche parole: "chi fa cosa..."); dall'altra i Servizi hanno pressato sempre molto per ottenere la data dell'ingresso il prima possibile, spinti dall'urgenza del Decreto del Tribunale e dalle precarie condizioni di tutela in cui i minori si trovano (il minore non poteva stare più a casa e sul territorio). A fronte di questa difficoltà, tramite la sperimentazione si è arrivati a definire prassi da proporre ai Servizi invianti fin dal primo contatto. Nello specifico, prima dell'inserimento dovranno realizzarsi le seguenti condizioni:

- convocazione e realizzazione UVMD prima dell'inserimento
- formalizzazione del Progetto Quadro
- firma del Contratto Terapeutico con tutti i Servizi invianti e la famiglia (se coinvolta).

Dal secondo anno di sperimentazione, la Comunità Giovanile, in assenza di queste condizioni ha posto delle riserve importanti rispetto alla possibilità di inserire i minori tossicodipendenti affidati. Solo questa presa di posizione decisa ha permesso il rispetto delle condizioni po-

ste, a garanzia del buon esito del processo di accoglimento in struttura del minore affidato. Più in generale, la sperimentazione ha confermato le difficoltà di comunicazione e di collaborazione tra i Servizi dei due diversi ambiti di intervento (dipendenze e tutela minori), anche se nell'arco dei due anni di lavoro si è registrata un'evoluzione positiva rispetto alla gestione integrata del caso. Ciò sia per i casi inviati da Servizi che già in precedenza avevano collaborato con la Comunità Giovanile per i minori tossicodipendenti affidati (es. ULSS 22 Villafranca e ULSS 2 Feltre), sia per una maggior definizione, a seguito dell'esperienza acquisita durante la prima fase della sperimentazione, degli aspetti gestionali, progettuali e contrattuali tra le parti in gioco (Comunità Giovanile - SerD - Servizio Tutela Minori).

9.1.9. Le risorse necessarie per il trattamento residenziale con minori tossicodipendenti

La Cat. C2 "minori/adolescenti tossicodipendenti" del sistema regionale delle comunità per tossicodipendenti prevede una serie di standard relativi al personale che con la sperimentazione si sono rivelati inadeguati per il lavoro terapeutico riabilitativo residenziale dei minori tossicodipendenti. Solo a titolo esemplificativo, la quota giornaliera di euro 85/die ed il rapporto di un educatore ogni tre utenti sono cifre e standard ben distanti sia delle comunità educative che riabilitative per minori e adolescenti accreditate in area minori. Se si tiene in conto inoltre che l'intervento previsto per la Cat. C2 non è solo educativo ma anche terapeutico riabilitativo (come è logico che sia), e quindi paragonabile alle comunità educative riabilitative per preadolescenti/adolescenti, allora si conviene che una indicazione importante, tra le altre, che è emersa con la sperimentazione è quella della indispensabilità di una revisione degli standard della Cat. C2 e della relativa quota giornaliera necessaria alla gestione di situazioni come quelle sopra riportate. Sempre a titolo indicativo, la sperimentazione ha fatto emergere che, soprattutto nelle fasi iniziali, il rapporto operatore/utente debba essere quasi uno a uno, per la gestione di tutta una serie di agiti e la quasi totale assenza di motivazione. Di fronte a queste variabili, solo la qualità e l'intensità della relazione educativa e dell'intervento di cura e accompagnamento potrebbero portare i risultati attesi, ovvero quelli di motivare un adolescente minore a prendersi cura delle proprie difficoltà collegate all'uso di sostanze e intraprendere – forse per la prima volta - un rapporto di fiducia con adulti significativi. Oltre alle risorse per la gestione diretta dei minori td accolti, è importante considerare inoltre una serie di risorse aggiuntive indispensabili a governare il rapporto con i Servizi (doppi in questi casi), con i familiari e per far fronte a tutta una serie di emergenze nei casi di fughe, crisi, ecc. Durante la sperimentazione, oltre che dai confronti avuti con altre strutture che lavorano con minori/adolescenti, è emerso che le caratteristiche dell'intervento messo in atto dalla Comunità Giovanile non sono dissimili da quelle proprie delle comunità educative/riabilitative per preadolescenti/adolescenti. Ma allora sorge spontanea una domanda: i minori/adolescenti tossicodipendenti affidati hanno meno bisogni e necessità di intervento dei minori/adolescenti affidati non tossicodipendenti? A nostro avviso, l'unica differenza, che conferma ed aumenta la gravità della situazione psicopatologica, relazionale e sociale di questa utenza, è l'uso di sostanze. Dietro l'uso delle sostanze c'è sempre un minore/adolescente in forte difficoltà e una famiglia multiproblematica fragile, che non è stata finora in grado di sostenere e tutelare la sua crescita. Inoltre, la continuità del lavoro residenziale con i minori/adolescenti tossicodipendenti e i confronti avuti con altre strutture, sia dell'area minori, sia dell'area dipendenze (e nello specifico con la Comunità San Francesco di Monselice), hanno confermato che uno dei presupposti indispensabili affinché il lavoro terapeutico riabilitativo residenziale abbia un buon esito (sia a fini della tutela e protezione, sia per il cambiamento da una situazione di disagio) è importante il giusto rapporto educatore/utenti, tale da garantire la qualità e l'intensità della relazione educativa e dell'intervento di cura e accompagnamento. Senza tale presupposto e garanzia, ovvero di 1 educatore ogni 1,5, massimo 2 utenti, non è possibile accogliere, trattare e accompagnare verso una crescita sana i minori tossicodipendenti, a maggior ragione se affidati dal Tribunale per i Minorenni al Servizio Tutela competente visto che, come già ampiamente detto, rappresentano una tipologia di utenza ad alta complessità e multiproblematicità. Tali indicazioni sono state oggetto di discussione e approfondimento sia con gli enti istituzionali di riferimento (Direzione Regionale dei Servizi Sociali della Regione del Veneto – Ufficio Dipendenze e Ufficio Minori); sia con operatori di altre strutture e altri profes-

sionisti nel campo. Se da una parte l'utenza in questione è altamente multiproblematica, altresì si è potuto verificare che la giovane età, e quindi la mobilità diagnostica, abbinata alla precocità dell'intervento, possono incidere positivamente sulla situazione, permettendo di evitare la cronicizzazione sia della tossicodipendenza, sia delle patologie correlate e dei disturbi psicopatologici annessi. L'intervento precoce, anche spinto dal provvedimento di affidamento, rischia di non essere efficace se non supportato da un Progetto Quadro che preveda le risorse qualitative e quantitative adeguate alla situazione.

9.2. Osservazioni conclusive

Per punti, si riassumono in questo paragrafo, le variabili principali e i principali filoni di sviluppo futuro emersi dalla sperimentazione.

9.2.1. La casistica

La sperimentazione ha dimostrato che i minori tossicodipendenti che vengono affidati e poi collocati in struttura sono casi ad altissima multiproblematicità, che necessitano quindi delle giuste attenzioni e delle idonee risorse per essere trattati. Si tratta di adolescenti della fascia di età 15-17 anni, con già importanti esperienze di comportamenti devianti, sempre collegate all'uso delle sostanze. È emerso altresì che è assolutamente indispensabile la presa in carico, concordata con i Servizi inviati, del contesto familiare, lì dove è possibile e non è stata tolta la potestà parentale. In tal senso il caso da seguire non è solo il singolo minore/adolescente td, ma l'intera famiglia.

9.2.2. La formazione

È assolutamente indispensabile che vengano avviate, a livello regionale e locale, importanti azioni formative che coinvolgano gli operatori dei Servizi territoriali sia delle dipendenze che della tutela minori per la gestione e il trattamento dei minori tossicodipendenti, affidati e non, al fine di creare maggiore sinergia tra questi operatori afferenti ad ambiti diversi.

9.2.3. Le risorse

Il personale e le risorse attualmente previste per la categoria C2 non sono sufficienti e pertinenti alla gestione della casistica oggetto della sperimentazione, nonché dei minori/adolescenti tossicodipendenti tutti. La sperimentazione ha dimostrato come sia assolutamente indispensabile assicurare un rapporto educatori/utenti di 1 educatore ogni 1,5, oltre alla congrua presenza del personale specialistico per la valutazione e la presa in carico psicoterapica (psicologi/psicoterapeuti, direzione clinica, psichiatra, ecc.), e per il lavoro con la famiglia.

9.2.4. Il Progetto Quadro

Per questa casistica è indispensabile un progetto quadro (vedi Linee Regionali 2008 sulla segnalazione e la cura del minore) che non sia solo strumento per il collocamento in comunità, ma anzi, che sia un "ponte" tra la comunità e il territorio. È altrettanto essenziale che il territorio non deleghi le azioni di tutela, cura e riabilitazione solo e soltanto alla struttura residenziale.

9.2.5. Una visione più ampia del concetto di tutela, protezione e cura.

Collegato al precedente punto, è importante che tra tutti gli operatori coinvolti sia chiaro e condiviso che l'azione di tutela e cura per i minori tossicodipendenti non venga esaurita con l'inserimento in comunità. La motivazione al cambiamento dallo stato di tossicodipendenza è un presupposto né dato per legge, né su ordine dei Servizi o su volere dei familiari. È un lungo ed articolato processo di crescita e di consapevolezza che evolve e si realizza gradualmente. Il mi-

nore tossicodipendente è sì da tutelare e proteggere, ma non solo nel significato (quello più comunemente inteso) di allontanarlo dalle situazioni di abuso, maltrattamento e pregiudizio. In tal senso la tutela e la protezione del minore tossicodipendente sono invece da collegare alla possibilità di spingerlo verso la compliance terapeutica, per l'aggancio e la possibilità di "farsi prendere in carico", e affrontare così le difficoltà collegate all'uso di sostanze e alla tossicodipendenza.

9.2.6. Le opportunità della segnalazione, dell'affido e del collocamento obbligatorio.

Sono emersi, durante questi quasi due anni di lavoro, per alcuni casi, dei dubbi sull'opportunità dell'affidamento da parte del Tribunale e del collocamento obbligatorio in struttura. La tipologia della casistica in questione stimola fortemente questa discussione. Le domande più frequenti che ci si è posti, collegate ai dubbi, sono:

- perché nessuno prima si è accorto della situazione e non si è provveduto prima alla segnalazione?;
- perché è stato/a affidato/a con il provvedimento di collocamento se tra 2 mesi compie 18 anni e tutto l'impianto della presa in carico e del rapporto con i Servizi tutela salta o rischia di saltare?;
- perché, una volta inserito il minore tossicodipendente in comunità, non è possibile una sospensione o un rientro a casa, quando prima, nonostante l'affidamento, il minore era in giro per il mondo a compiere atti devianti e usare le sostanze?

A partire da queste e da tante altre domande e dubbi, si può avviare nel sistema dei Servizi un processo di formazione e di approccio a questa casistica, che di fatto sta rappresentando una nuova sfida e una nuova frontiera del lavoro socio sanitario, per meglio orientare così gli operatori stessi e i Servizi coinvolti.

9.2.7. Le "buone prassi"

È bene ribadire che la segnalazione alle autorità competenti, il conseguente affido ai Servizi Tutela con il collocamento obbligatorio in comunità rappresentano sempre una estrema ratio, un'ultima possibilità "forzata" per permettere l'adesione ad un programma di cura e riabilitazione del minore tossicodipendente e della sua famiglia. Va altresì sottolineato che il solo uso delle sostanze (e degli altri comportamenti strettamente collegati all'uso/abuso) da parte di un minore, se non in presenza di situazioni di abuso sessuale, maltrattamento fisico, stato di abbandono, reato, ecc., non può essere configurato come condizione di pregiudizio, ma, eventualmente, solo di rischio di pregiudizio, in quanto tale condizione, ovvero l'uso delle sostanze (il più delle volte, soprattutto all'inizio, in occasioni di tipo ricreativo) è su decisione volontaria del minore adolescente e quindi, in definitiva, una situazione auto-provocata.

In tal senso, una buona regola è quella che prima di segnalare formalmente alle autorità competenti, devono essere sempre tentate le strade per l'attuazione di un progetto di cura nell'ottica di agevolare interventi all'insegna del "beneficio" del minore e della famiglia. In tale ambito (e in questa fase della presa in carico) è indispensabile i Servizi per le Dipendenze e i Servizi Tutela aprano un dialogo e una collaborazione stretta per la gestione integrata del caso, con la conseguente definizione di un Progetto Quadro.

Solo il rifiuto reiterato da parte del minore e l'incapacità o l'opposizione da parte della famiglia di accettare e aderire ad un progetto di cura e riabilitazione, devono indurre i Servizi a procedere alla segnalazione formale alle autorità competenti e far scattare così il percorso di protezione e tutela. In tal caso è comunque sempre opportuno procedere per gradi, ovvero relazionare alle autorità competenti in modo tale da non far scattare fin da subito il collocamento obbligatorio, ma solo l'affido ai Servizi tutela nell'ottica di "spingere" il più possibile il minore e la famiglia verso il percorso di cura e verso una motivazione al cambiamento più evoluta attraverso il lavoro dei Servizi competenti. Solo successivamente, se tale strada risulterà inefficace o non

idonea, allora sarà necessario ricorrere ad una nuova segnalazione, al fine di ottenere il decreto di collocamento obbligatorio in comunità. In tal caso, per poter al meglio coniugare l'obbligo alla comunità e le metodologie tipiche del lavoro residenziale in ambito di dipendenze patologiche, è di fondamentale importanza chiedere la possibilità che con l'obbligo alla permanenza in struttura vengano incaricati i Servizi competenti per regolare i rapporti con i familiari e con la struttura ospitante, prevedendo fin da subito la possibilità di eseguire rientri a casa e sospensioni temporanee concordate con i Servizi e funzionali all'adesione e alla tenuta del progetto terapeutico residenziale. Qualora la segnalazione alla Procura avvenga da parte delle Forze dell'Ordine e non dei Servizi, è di fondamentale importanza che prima si operi, da parte degli operatori della Procura, una verifica se la situazione è già conosciuta o meno dai Servizi e che tipo di progetto è in atto, e, qualora scatti il provvedimento di affido, che questo non preveda fin da subito l'obbligo alla comunità, ma che a questo si arrivi per gradi, dopo la presa in carico della situazione da parte dei Servizi territoriali competenti.

La sperimentazione ha evidenziato di casi (2 nello specifico) nei quali il decreto di affidamento ai Servizi Tutela con l'obbligo al collocamento in comunità è arrivato su segnalazione delle Forze dell'Ordine e su casi per i quali Servizi già erano in opera con un progetto territoriale... Il decreto "calato dall'alto" ha messo in difficoltà i Servizi che stavano attuando un processo di motivazione e di cura propedeutico e tarato sui bisogni, sulle possibilità e sui limiti del minore e della sua famiglia.

Tutto ciò per ribadire in maniera forte che la protezione e la tutela di un minore tossicodipendente va pensata in maniera più ampia rispetto alle situazioni di pregiudizio previste dalla normativa e gestite più frequentemente dai Servizi Tutela (minori maltrattati, abusati, trascurati, ecc.). Per i minori tossicodipendenti, la tutela e la protezione non si realizzano con il collocamento in struttura, ma l'utilizzo della comunità deve essere pensato come strumento di cura e riabilitazione e non esclusivamente come strumento di protezione.

La protezione e la tutela del minore tossicodipendente e l'adeguatezza della sua famiglia al prendersene cura si realizzano e si attuano solo con la messa in campo di un progetto organico di cura e riabilitazione, nel quale la comunità terapeutica rappresenta uno strumento, importante, ma sempre e solo uno strumento e non il fine dell'intervento.

Riassumendo

- **La casistica:** la sperimentazione ha dimostrato che i minori tossicodipendenti che vengono affidati e poi collocati in struttura sono casi ad altissima multiproblematicità, che necessitano quindi delle giuste attenzioni e delle idonee risorse per essere trattati. Si tratta sempre di adolescenti della fascia di età 15-17 anni, con già importanti esperienze di comportamenti devianti, sempre collegate all'uso delle sostanze. È emerso altresì che è assolutamente indispensabile la presa in carico, concordata con i Servizi inviati, del contesto familiare, lì dove è possibile e non è stata tolta la potestà parentale. In tal senso il caso da seguire non è solo il singolo minore/adolescente, ma l'intera famiglia.
- **La formazione:** appare assolutamente indispensabile che vengano avviate, a livello regionale e locale, importanti azioni formative che coinvolgano gli operatori dei Servizi territoriali, sia delle dipendenze che della tutela minori, per la gestione e il trattamento dei minori tossicodipendenti, affidati e non, al fine di creare maggiore sinergia tra questi operatori afferenti ad ambiti diversi.
- **Le risorse:** il personale e le risorse attualmente previste per la categoria C2 non sono sufficienti e pertinenti alla gestione della casistica oggetto della sperimentazione, nonché dei minori/adolescenti tossicodipendenti tutti. La sperimentazione ha dimostrato come sia assolutamente indispensabile assicurare un rapporto operatori/utenti di 1 operatore ogni 1,5, massimo 2 utenti, oltre alla congrua presenza del personale specialistico per la valutazione e la presa in carico psicoterapica (psicologi/psicoterapeuti, direzione clinica, psichiatra, ecc.), e per il lavoro con la famiglia.
- **Il Progetto Quadro:** per questa casistica è indispensabile un Progetto Quadro che non sia solo strumento per il collocamento in comunità, ma anzi, che sia un "ponte" tra la comunità e il territorio e che il territorio non deleghi le azioni di tutela, cura e riabilitazione solo e soltanto alla struttura residenziale.
- **Una visione più ampia del concetto di tutela, protezione e cura:** è importante che tra tutti gli operatori sia chiaro che l'azione di tutela e cura per i minori tossicodipendenti non si esaurisce con l'inserimento in comunità. È un lungo ed articolato processo di crescita e di consapevolezza che evolve e si realizza gradualmente. Il minore tossicodipendente è sì da tutelare e proteggere, ma non solo nel significato (quello più comunemente inteso) di allontanarlo dalle situazioni di abuso, maltrattamento e pregiudizio. In tal senso la tutela e la protezione del minore tossicodipendente sono invece da collegare alla possibilità di spingerlo verso la compliance terapeutica al fine di affrontare le difficoltà collegate all'uso di sostanze e alla tossicodipendenza.
- **Le opportunità della segnalazione, dell'affido e del collocamento obbligatorio:** sono emersi, durante questi quasi due anni di lavoro, per alcuni casi, dei dubbi sull'opportunità dell'affidamento da parte del Tribunale e del collocamento obbligatorio in struttura. Le domande più frequenti, collegate ai dubbi, sono: perché nessuno prima si è accorto della situazione e non si è provveduto prima alla segnalazione?; perché è stato/a affidato/a con il provvedimento di collocamento se tra due mesi compie 18 anni e tutto l'impianto della presa in carico e del rapporto con i Servizi tutela rischia di saltare?; perché, una volta inserito il minore tossicodipendente in comunità, non è possibile una sospensione o un rientro a casa, quando precedentemente, nonostante l'affidamento, il minore era libero di compiere atti devianti e usare sostanze? A partire da queste e tante altre domande e dubbi, si può avviare nel sistema dei Servizi un processo di formazione e di approccio a questa casistica, che di fatto sta rappresentando una nuova sfida e una nuova frontiera del lavoro socio sanitario, per meglio orientare così gli operatori stessi e i Servizi coinvolti.

9.3. Cornice normativa

9.3.1. Accesso ai Servizi socio-sanitari e capacità d'agire del minore d'età

L'art. 120 del D.P.R. n.309/90 (Testo unico su stupefacenti e sostanze psicotrope) stabilisce che chiunque faccia uso di sostanze stupefacenti o psicotrope possa chiedere di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e ad interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso il Servizio pubblico per le tossicodipendenze o una struttura privata autorizzata; il capoverso della citata norma prevede che qualora si tratti di un minore d'età tale richiesta possa essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà genitoriale o la tutela. Inoltre, si garantisce all'interessato, minore compreso, di beneficiare del diritto all'anonimato nei rapporti con i Servizi, i presidi, le strutture ASL, le strutture private autorizzate, nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale.

Ebbene, l'art. 120 non menziona una fascia d'età al di sotto della quale non è possibile per il minore sottoporsi ai trattamenti indicati o non godere dell'anonimato, per cui è pacifico che il legislatore ha inteso riconoscere in capo al minore un'autonomia decisionale piena, attribuendogli una capacità d'agire cosiddetta "anticipata".

Normalmente il minore d'età non è in grado di manifestare una volontà giuridicamente vincolante, in quanto il nostro ordinamento ancora al raggiungimento della maggiore età l'idoneità di una persona a esercitare diritti e assumere obblighi (art. 2 c.c.), in correlazione al principio per cui la potestà genitoriale o tutoria si esplica nei confronti del figlio finché minorenni o non ancora emancipato (art.li 316 e seg. c.c.).

Tuttavia, il legislatore – oltre che nella materia che ci occupa - ha attribuito capacità d'agire in capo al minore anche in ordine ad altri diritti personalissimi, attinenti alla tutela della sua salute: nella specie, si tratta della legge n.194/78 sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza e dalla legge n.135/90 sugli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS.

La prima prevede che se la donna che chiede l'interruzione della gravidanza è minorenni e vi sono seri motivi che sconsigliano o impediscono di ottenere l'assenso dei genitori/tutore legale ovvero costoro si sono espressi negativamente, la decisione è rimessa al giudice tutelare che sente la donna e ne tiene conto della volontà (art.12). Lo stesso dicasi per la somministrazione dei mezzi anticoncezionali su prescrizione medica nelle strutture sanitarie e nei consultori che è consentita anche ai minori (art.2). In entrambi i casi la legge non indica alcun limite d'età.

La seconda prevede che l'accertamento della sieropositività deve essere dato esclusivamente alla persona, anche se minore d'età, cui tali esami sono riferiti (sempre che la relativa richiesta non sia stata fatta direttamente dai genitori come spesso accade per i figli dei sieropositivi).

La dottrina ha avuto modo di osservare come le varie norme (contenute nelle leggi speciali succitate) che esentano i minorenni dal consenso dei genitori riguardino prestazioni/interventi di carattere prettamente sanitario e a questi soli ambiti vada circoscritta la citata capacità anticipata.

9.3.2. Prestazioni che richiedono il consenso dei legali rappresentanti del minore.

Per tutte le altre prestazioni sanitarie (comprese quelle psicologiche) o socio-sanitarie da attuarsi nei confronti di minori d'età non esistono "eccezioni" alla regola generale che sottopone gli stessi alla potestà dei genitori (tutore legale), i quali dunque devono espressamente autorizzarle.

Solo nell'ipotesi in cui sussista uno specifico mandato da parte dell'autorità giudiziaria a somministrare, a favore del minore, trattamenti psico-sociali o sanitari, i relativi Servizi possono agire senza l'autorizzazione dei genitori.

9.3.3. Potestà genitoriale e rappresentanza legale

In ordine al richiesto consenso, si precisa che lo stesso deve essere rilasciato da entrambi i genitori, anche se separati o divorziati, anche se solo uno di questi ha l'affido esclusivo del figlio (in quanto trattandosi di decisione di "maggior interesse per il figlio" deve poggiare sul consenso dei due), anche se si tratta di genitori naturali, purché abbiano riconosciuto il figlio.

Nel caso in cui un genitore abbia perso la potestà genitoriale (art. 330 e 333 c.c.), quest'ultima si concentra in capo all'altro, unico legittimato a decidere per il figlio. Nel caso in cui entrambi i genitori siano stati dichiarati decaduti o sospesi dalla potestà, al minore deve essere nominato un tutore legale che lo rappresenti in tutti gli atti civili che riguardano i suoi diritti e interessi e ne curi l'amministrazione del patrimonio.

Più in particolare l'ordinamento giuridico (art. 30 Costituzione, e art.li 343 e seg. c.c.) prevede che nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti: invero, se questi ultimi sono morti o per altre cause non possono esercitare la potestà, si apre la tutela a favore del minore presso il tribunale del circondario ove è la sede principale dei suoi interessi, a seguito della denuncia che può pervenire dall'ufficiale di stato civile, dal notaio, da parenti del minore, dai Servizi Sociali, nonché dal legale rappresentante della comunità che ospita il minore (in quest'ultimo caso l'istanza deve essere presentata entro 30 giorni dall'accoglienza del minore).

Le cause ablative della potestà genitoriale sono rappresentate dalla violazione o dalla trascuratezza dei doveri genitoriali, dall'abuso dei relativi poteri con grave pregiudizio per il figlio, dalla impossibilità ad esercitarla per interdizione, scomparsa, assenza, lontananza (si pensi ai minori stranieri non accompagnati), dal mancato riconoscimento dei figli alla nascita, dallo stato di abbandono che comporta la dichiarazione di adottabilità del minore.

9.3.4. Compiti dell'affidatario e rappresentanza legale

Diversa è la figura dell'affidatario, che è colui che accoglie il minore – privo temporaneamente di un ambiente idoneo – assicurandogli mantenimento, educazione, istruzione, relazioni affettive.

L'art. 4 della legge n.184/83 prevede che l'affidamento possa essere disposto dal Servizio Sociale locale, previo consenso dei genitori o del tutore, con provvedimento di esecutività del giudice tutelare (affidamento consensuale o amministrativo), oppure possa essere decretato dal Tribunale per i minorenni in caso di assenza del citato consenso (affidamento giudiziale).

L'affidatario non è il legale rappresentante del minore, non ha la titolarità della potestà sullo stesso, ma può esercitare i poteri connessi alla potestà genitoriale solo in relazione ai rapporti ordinari con l'istituzione scolastica e le autorità sanitarie (art.li 2 e 5 legge n.184/83). Ciò che esula dal concetto di "ordinarietà" rientra tra le competenze del genitore (che può non essere sospeso o decaduto dalla potestà) o del tutore legale.

A titolo esemplificativo, si indicano quali decisioni ordinarie attribuibili all'affidatario quelle atinenti alle visite mediche di routine, alle giustificazioni per le assenze scolastiche, all'autorizzazione alla gita scolastica giornaliera; rimangono in capo all'esercente la potestà quelle che riguardano le visite mediche specialistiche, le vaccinazioni, l'iscrizione scolastica, la sottoscrizione del ritiro della pagella, l'autorizzazione a gite all'estero.

9.3.5. Affidamento al Servizio sociale e limiti della potestà genitoriale

In ordine all'istituto dell'affido del minore al Servizio sociale - previsto dall'art. 26, comma 3, del R.D.L. n. 1404 del 1934 Istitutivo del Tribunale per i Minorenni – si precisa che non compor-

ta deroghe a quanto summenzionato: invero, il provvedimento dell'autorità giudiziaria che affida il minore al Servizio Sociale non sospende automaticamente la potestà genitoriale.

Talvolta, il relativo decreto elenca le prescrizioni a carico dei genitori e i compiti dell'ente affidatario (quali il collocamento etero-famigliare, l'intervento di supporto e indirizzo, la disciplina del regime delle visite,...), sicché i genitori – pur rimanendo titolari della potestà – non possono esercitarla liberamente.

Altre volte, il provvedimento di affido del minore al Servizio Sociale si presenta generico, privo di declinazioni in ordine ai “poteri” allo stesso attribuiti e senza la previsione di una sospensione o decadenza della potestà genitoriale. In tale caso l'istituto rischia di dare ai Servizi un margine di manovra molto limitato: infatti, traslando ciò che la legge n. 184/83 all'art. 5 attribuisce alla famiglia affidataria, è di competenza del Servizio ciò che riguarda gli aspetti ordinari della scuola e della salute; ogni altra decisione che incida sulla vita del minore non può che essere assunta dai genitori che hanno titolo – e conseguente responsabilità – ad avere cura della sua persona.

9.3.6. Rilevanza dei vincoli parentali

Si precisa che neppure i parenti del minore sono titolari di potestà e rappresentanza nei confronti dello stesso.

Vanno segnalati, tuttavia, dei casi in cui il nostro ordinamento dà rilevanza ai vincoli parentali: l'art. 9, 4° comma della legge n.184/83, ad esempio, prevede che un minore possa essere accolto dal parente entro il quarto grado, senza che sia necessario formalizzare l'affido. L'art. 82 del D. Lsg. n.196/03 acconsente che l'informativa e il trattamento dei dati personali di un minore che si trovi in emergenza sanitaria, privo dei genitori o del tutore, possano essere assunti anche dai prossimi congiunti o dai famigliari, nonché dal responsabile della struttura tutelare.

9.3.7. Segreto professionale o d'ufficio

Nell'esercizio di una prestazione sociale, psicologica, sanitaria a sostegno di un minore ci si può imbattere nel problema della gestione del segreto professionale o d'ufficio.

Si tratta del diritto/dovere del professionista, del pubblico ufficiale o dell'incaricato di un pubblico Servizio di non rivelare notizie, fatti, informazioni o dati appresi in ragione del rapporto professionale o d'ufficio, a meno che non esista una “giusta causa”.

La giusta causa si rinviene nel consenso, valido e dimostrabile, del titolare della prestazione, nella sussistenza di gravi pericoli per la vita e la salute psicofisica del soggetto o di terzi, nonché nell'obbligo di denuncia o di referto in ragione del ruolo svolto dal professionista, dal pubblico ufficiale o dall'incaricato del pubblico Servizio in ragione del tipo di informazione ricevuta.

9.3.8. Obbligo di denuncia

Su quest'ultimo punto, si precisa che gli art.li 361, 362 e 365 c.p. puniscono il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico Servizio o il sanitario che omettano o ritardino di denunciare all'autorità giudiziaria un fatto costituente reato perseguibile d'ufficio di cui hanno avuto conoscenza nell'esercizio della loro funzione.

Sono esentati da detta denuncia (ciò non significa che non possono ugualmente presentarla) solo i responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti loro affidate per l'esecuzione del programma definito dal Servizio pubblico (362, 2° comma) e i sanitari se il referto espone la persona assistita a procedimento penale (art. 365, 2° c.p.).

Molti reati che vedono come persone offese i minori sono perseguibili d'ufficio: dal reato di maltrattamenti in famiglia alle lesioni personali superiori a 20 giorni, dalla prostituzione minorile alla pornografia minorile, dalla violenza sessuale di gruppo agli atti sessuali con minori al di sotto dei dieci anni. Per un elenco più dettagliato si rinvia alle Linee Guida 2008 per i Servizi sociali e sociosanitari (pag. 95).

10. Considerazioni conclusive

10.1.1. *Il contatto dei minori/adolescenti con i Servizi per le dipendenze: “...una valutazione non si nega a nessuno...”*

Fino a non molto tempo fa, il SerD rappresentava, per le persone dedite all'uso di sostanze, un Servizio dedicato quasi esclusivamente alle persone adulte con dipendenza da eroina. Ciò rendeva abbastanza difficile l'accesso ad utenti più giovani, che non si riconoscevano in questa categoria. Negli ultimi anni le cose sono molto cambiate. L'accesso di minori/adolescenti ai Servizi per le Dipendenze non è più considerato un fatto eccezionale. L'attuale diffusione del consumo di sostanze; i programmi di prevenzione selettiva e aggancio precoce esistenti in molte realtà; la maggior attenzione da parte del mondo della scuola a determinati comportamenti; la maggior apertura al territorio dei Servizi per le Dipendenze (pubblici e del privato sociale); le varie campagne informative promosse negli anni; i maggiori controlli da parte delle Forze dell'Ordine, ecc, sono tutti fattori che hanno contribuito al costante aumento di utenti minori e adolescenti presso i Servizi per le Dipendenze.

Tale fattore di carattere epidemiologico, ha indotto, a volte costretto, i SerD a rivedere la politica di accoglienza, trovandosi ad avere a che fare con utenti minori o adolescenti, consumatori di sostanze ricreative le più diverse (cannabis, ecstasy, alcol, ecc.), in molti casi non ancora dipendenti da eroina, ma comunque bisognosi di un intervento. Se è vero che, molto spesso, tali situazioni si risolvono spontaneamente, il fatto stesso di giungere all'attenzione del Servizio specialistico, indipendentemente dai motivi e dalle circostanze, può essere considerato come l'espressione di una fragilità, di una criticità che merita attenzione.

Nel tentativo di definire il livello di intercettazione e di presa in carico, ovvero di quanto sensibile e specifico debba essere il sistema di cura, il gruppo si esprime ritenendo opportuno assicurare un momento di valutazione a tutti gli utenti che in un modo o nell'altro accedono al Servizio, anche quando presentano al primo accesso situazioni apparentemente lievi, considerando il fatto stesso di accedere al Servizio come l'espressione di una vulnerabilità specifica che necessita di essere approfondita.

10.1.2. *Prevenzione selettiva e aggancio precoce*

È ampiamente riconosciuto, ormai, come la precoce età di inizio dell'uso di sostanze psicoattive aumenti la probabilità di incorrere nel consumo problematico delle stesse ed è altrettanto evidente quanto l'abuso di sostanze psicoattive continui ad essere un fenomeno giovanile preoccupante, a livello socio-sanitario, per le pesanti ricadute sulla vita futura degli individui. Un consumo sperimentale in età adolescenziale che non venga riconosciuto e trattato, rischia di diventare una problematica di dipendenza strutturata nell'età adulta, richiedendo forme di trattamento più intense, con minori probabilità di successo, con un rischio più elevato di cronicizzazione e con costi più elevati per la collettività.

Per tali ragioni negli ultimi anni si sono intensificati gli sforzi nel campo della prevenzione selettiva e dell'aggancio precoce, con un graduale affinamento della qualità degli interventi ed una loro maggior diffusione. I Servizi si sono impegnati nel tentativo di rimuovere gli ostacoli relativi all'accessibilità dei giovanissimi, promuovendo nel contempo azioni di aggancio precoce sul territorio, con modalità proattiva, attraverso l'utilizzo di unità di strada, entrando nei contesti scolastici e nei luoghi di ritrovo e del divertimento. I Dipartimenti per le Dipendenze hanno sviluppato diverse modalità di lavoro, che appaiono efficaci soprattutto se integrate all'interno di un sistema sinergico, che garantisca risposte differenziate ai diversi livelli di contatto con le sostanze e che faciliti un passaggio adeguato da una tipologia di intervento all'altra, quando questo si rivela necessario.

Appare ovvia la necessità di proseguire in tale direzione, ma con un'attenzione particolare alla necessità di sviluppare interventi ad alta integrazione con le altre realtà del territorio che si occupano, a vario titolo, di adolescenti e giovani. Si ritiene, inoltre, indispensabile sostenere il superamento della discontinuità degli interventi a termine e favorire la stabilizzazione di questo

tipo di azioni preventive che, una volta sperimentate e verificate nell'efficacia, dovrebbero diventare una prassi consolidata nei diversi territori.

10.1.3. Le modalità di presa in carico e la valutazione di minori e adolescenti: differenziare approcci, spazi e tempi

Come evidenziato chiaramente dal confronto tra gli operatori, i minori/adolescenti con problematiche di abuso o dipendenza da sostanze possiedono caratteristiche che li differenziano in modo significativo dalla popolazione adulta che accede ai Servizi per le Dipendenze. Ciò ha comportato, con il progressivo aumento di utenti giovanissimi, anche una necessaria rivisitazione delle modalità di lavoro e dei modelli organizzativi per meglio rispondere alle esigenze di questo target così specifico.

Nelle esperienze di ogni Dipartimento rappresentato nel gruppo regionale si possono ritrovare gli sforzi compiuti nel tentativo di sviluppare un approccio differenziato per gli utenti minori/adolescenti, attraverso la predisposizione di orari dedicati, di minièquipe specifiche, di percorsi di gruppo, di sedi dedicate, ecc.

Solo creando le condizioni per garantire tali differenziazioni tra le utenze, si favorisce per gli operatori dei SerD la possibilità di occuparsi delle problematiche della fascia più giovane dell'utenza, senza alcun timore di stigmatizzazione o di favorire l'avvicinamento ad utenti più compromessi con la possibile adozione di comportamenti più gravi da un punto di vista tossicomane.

In tal senso è opportuno che ogni SerD organizzi le proprie modalità di accoglienza e di presa in carico in maniera tale da differenziare, per procedure, spazi e tempi, le azioni rivolte ai minori adolescenti rispetto a quelle per la popolazione adulta e ricorrente che accede al Servizio.

10.1.4. La criticità dell'adolescente tossicodipendente: il focus sulla motivazione

Come emerso dalle riflessioni sulle caratteristiche del target, il minore/adolescente tossicodipendente, a differenza dell'adulto che chiede aiuto spontaneamente e a partire da un bisogno, raramente accede da solo ai Servizi per le Dipendenze (viene accompagnato dai genitori, segnalato dalla scuola o dalle Forze dell'Ordine, su invio di altri Servizi, ecc.). In conseguenza di ciò, e anche del fatto che ha una storia di tossicodipendenza relativamente recente e scarsa consapevolezza dei rischi che corre, presenta una motivazione scarsa o, a volte, inesistente.

Emerge quindi l'indicazione di concentrare gli sforzi nell'attivazione di interventi e strategie volti ad incrementare la motivazione al cambiamento. Se per tutte le situazioni di dipendenza, anche tra gli adulti, un approccio motivazionale è assolutamente indicato, per i minori/adolescenti esso può essere considerato cruciale e, in alcuni casi anche, risolutivo.

10.1.5. Il lavoro "in situazione" come ampliamento dell'approccio ambulatoriale

Un ulteriore sviluppo del punto precedente per garantire una maggior efficacia dell'intervento e un adattamento delle prassi alle caratteristiche adolescenziali, prevede l'utilizzo di un approccio di tipo situazionale, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di valutazione e di motivazione. Un'osservazione "in situazione", permette infatti di valutare l'adolescente in modo multidimensionale e diacronico, rispettando la rapidità dei cambiamenti tipici di questa età e va ad integrarsi con le valutazioni che parallelamente si susseguono nei colloqui ambulatoriali. Il contributo dell'osservazione educativa in tale contesto, arricchisce l'attività di valutazione degli altri professionisti e permette anche di intervenire sui comportamenti disfunzionali e direttamente collegati al consumo di sostanze.

È possibile, attraverso le diverse attività che si articolano nelle situazioni di tipo laboratoristico, grupppale, semiresidenziale o residenziale, ampliare la valutazione con elementi osservati dal vivo, nel contesto relazionale e nelle dinamiche che si sviluppano nel tempo.

Anche sul piano motivazionale, la relazione educativa che inevitabilmente si instaura tra l'adolescente e gli operatori che gestiscono la quotidianità, favorisce in modo determinante

l'alleanza terapeutica e accresce l'adesione alle proposte terapeutiche, riducendo in modo significativo il drop-out.

10.1.6. Dalla presa in carico del singolo a quella del contesto familiare

Il lavoro di valutazione e di trattamento dei minori adolescenti tossicodipendenti ha costretto gli operatori dei vari Servizi a considerare la necessità di prendere in carico non solo il singolo soggetto consumatore e/o tossicodipendente, ma anche il contesto familiare.

L'esperienza degli operatori del gruppo regionale ha confermato la correlazione tra le fragilità personali e i comportamenti devianti verso l'uso delle sostanze, con le fragilità e le difficoltà delle dinamiche relazionali familiari. In tal senso un minore adolescente tossicodipendente porta con sé, quando arriva ai Servizi per le dipendenze, tutta la sua famiglia, anche se concretamente in quel momento è solo.

Considerare ciò è importante per spostare l'attenzione dalla presa in carico del singolo su quella del contesto familiare, ovvero lavorare per il cambiamento non solo del singolo, ma di tutta la sua famiglia.

In tal senso buona prassi è quella di prevedere, all'interno delle singole organizzazioni dei Servizi per le Dipendenze, azioni specifiche di valutazione, presa in carico e sostegno dei familiari del minore adolescente tossicodipendente. Ciò al fine di facilitare la gestione delle difficoltà iniziali legate alla scoperta del problema, valorizzare e potenziare le capacità genitoriali e costruire un'adeguata alleanza terapeutica.

10.1.7. Il lavoro residenziale con i minori adolescenti tossicodipendenti: un trattamento di alta specializzazione

Un minore/adolescente che usa sostanze difficilmente è motivato ad intraprendere un percorso residenziale terapeutico-riabilitativo fin dal momento in cui gli viene proposto o nel momento in cui, come molto spesso accade, l'ingresso in una struttura viene vissuto dai genitori come "salvifico".

In tal senso è indispensabile utilizzare il lavoro residenziale in maniera flessibile e modulare, organizzando programmi personalizzati, che prevedano obiettivi minimi e progressivi, in ambienti e con approcci idonei al target, e dove sia possibile offrire attività e clima familiare, più simili a quanto si ritrova nelle comunità educative riabilitative per minori/adolescenti, piuttosto che per tossicodipendenti.

Solo la gradualità e la flessibilità del percorso, all'interno di una cornice chiara e stabile di riferimento, permettono di lavorare sulla motivazione al trattamento delle problematiche sottostanti l'uso delle sostanze.

La possibilità di un trattamento residenziale consente, inoltre, di portare in maniera precoce gli adolescenti verso una situazione drug free, permettendo così di valutare sia le problematiche comportamentali spesso correlate all'uso di sostanze, sia le effettive risorse personali (e familiari) su cui far leva verso un percorso riabilitativo complessivo.

In sintesi è auspicabile un approccio al trattamento residenziale che integri appieno le competenze, i saperi e l'approccio specialistico tipico dell'area delle dipendenze all'interno di un contesto educativo e che si avvicini il più possibile alle comunità educative riabilitative dell'area minori/adolescenza.

10.1.8. Minori tossicodipendenti o tossicodipendenti minori?

È importante soffermarsi sul fatto che un minore va considerato tale indipendentemente dalla natura dei disturbi che presenta. Il rischio che spesso si corre quando si lavora con persone affette da disturbi di natura psicopatologica e del comportamento, come quello del disturbo da uso di sostanze, è di considerare prioritario il sintomo. Quando si è in presenza di minori, è opportuno invece, se non indispensabile, considerare il fatto che innanzitutto ci troviamo di fronte a dei minori di età.

In tal senso, questa tipologia di utenti sta sollecitando gli operatori delle dipendenze e quelli dell'area Tutela Minori a lavorare insieme. Questo aspetto costituisce un'effettiva novità rispetto alla tradizione e i Servizi cominciano a sperimentare modalità di collaborazione non prive di difficoltà ed incomprensioni.

La sfida, intesa qui come buona prassi, è quella di superare la logica della delega. È opportuno, fin dal momento in cui un Servizio si trova a prendere in carico un minore, ricercare una sinergia di intervento territoriale con gli altri Servizi competenti, al fine di definire un Progetto Quadro che sia il frutto della ricerca attiva di azioni e strumenti volti a favorire il superamento della situazione di difficoltà e, di conseguenza, il benessere del minore e della sua famiglia.

Si tratta quindi di superare l'attribuzione della competenza del caso del minore ad un Servizio o ad un altro solo in base al sintomo.

La legislazione in materia e le Linee Guida Regionali sulla protezione e la tutela dei minori/adolescenti (anno 2008), sono ottimi strumenti per interpretare e definire interventi istituzionalmente pertinenti. Ciò però non è sufficiente a superare la logica, fin qui adottata, almeno nelle dipendenze, dell'intervento sul sintomo e sulla patologia, piuttosto che sul minore. Avviare azioni di collaborazione tra i Servizi Tutela Minori e i Servizi per le Dipendenze per rispondere ai bisogni di minori in difficoltà, è frutto di un cambiamento della cultura dell'intervento, che andrebbe ulteriormente sviluppato e disciplinato, magari attraverso il coinvolgimento dei Servizi per le Dipendenze in un eventuale tavolo di revisione delle linee guida regionali sulla tutela e la protezione. Inoltre si rende necessario l'avvio di percorsi formativi comuni che coinvolgano gli operatori delle dipendenze e quelli della tutela minori.

10.1.9. I minori tossicodipendenti affidati: una visione più ampia e innovativa del concetto di protezione e tutela minorile

Uno degli esiti della sperimentazione biennale, promossa dalla Regione del Veneto e condotta dalla Comunità Giovanile di Conegliano, sul trattamento di minori tossicodipendenti affidati dal Tribunale dei Minori ai Servizi Tutela con decreto di collocamento in comunità, è stato quello di ri-pensare ed ampliare il concetto di protezione e tutela, arricchendolo con le osservazioni derivate da questa particolare tipologia di utenti.

La riflessione nasce dal fatto che, a differenza dei minori che non usano sostanze, i minori tossicodipendenti non subiscono passivamente un danno (come nel caso di maltrattamenti, abusi, abbandoni), ma sono partecipi attivi del danno arrecato dall'uso/abuso di sostanze. In tal senso, non vanno protetti da qualcuno o qualcosa (come nel caso di minori maltrattati, abusati, abbandonati, ecc.), ma aiutati a rendersi consapevoli delle difficoltà collegate all'uso delle sostanze e motivati a lavorare ad un cambiamento personale, che non può essere imposto né per legge, né per decreto del Tribunale dei Minori, né dai genitori e/o dagli operatori dei Servizi.

Il trattamento della tossicodipendenza si basa infatti sulla scelta dell'individuo e, quindi, su un lavoro terapeutico che faccia emergere tale opzione e la sostenga, anche attraverso strategie e tecniche motivazionali che, in alcuni casi, mal si coniugano con situazioni di obbligo.

Sarà quindi necessario trovare occasioni di confronto e lavoro comune anche con le Procure ed il Tribunale per i Minori, per integrare metodi ed approcci tipici del mondo delle dipendenze con gli obblighi di legge relativi alla tutela dei minori, sviluppando linguaggi e prassi comuni attraverso una maggior condivisione e a partire dalla innegabile difficoltà di coniugare punti di vista e prospettive che, a volte, possono apparire antitetice.

10.1.10. Il completamento del lavoro terapeutico: l'importanza delle pratiche di inclusione sociale

La presa in carico per questa fascia di utenti non si esaurisce con la fine del programma di trattamento, ambulatoriale o residenziale che sia, ma necessita di un importante completamento che si realizza nel lavoro di inclusione sociale. Tale intervento va pensato ed articolato a partire dall'inizio del percorso terapeutico-riabilitativo, in forte sinergia con le diverse realtà territoriali che, a vario titolo, possono interagire nel garantire un reale processo di inclusione. A differenza degli utenti tossicodipendenti adulti che superano tale fase principalmente attraverso il

solo reinserimento lavorativo, i minori/adolescenti necessitano di essere accompagnati in numerosi e differenziati contesti di vita (a livello familiare, scolastico, professionale, amicale, sportivo, ecc.).

È fondamentale che il processo di inclusione sociale sia gestito e monitorato da chi ha in carico il soggetto e ne ha seguito l'evoluzione sul piano terapeutico, senza delegare ad altri questo delicato aspetto. Ne consegue la necessità, per gli operatori dei Servizi per le Dipendenze e delle Comunità Terapeutiche, di provvedere a sviluppare ed alimentare costantemente i rapporti di rete a livello territoriale, al fine di poter contare su un sistema organico ed efficace di inclusione sociale per le esigenze dei minori/adolescenti tossicodipendenti.

Il Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines)

Il Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines) è un progetto finanziato dal Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga Anno 2009/2010 - Piano annuale di intervento e progetti di diretta iniziativa regionale (Quota B) - Area Dipendenze - D.G.R.V. n. 4307/2009 della Regione del Veneto.

Promosso dal Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 7, è stato gestito e realizzato dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS7 in collaborazione con l'Associazione Comunità Giovanile di Conegliano.

La sua finalità generale è la definizione e divulgazione di buone prassi per l'accoglienza, la valutazione diagnostica, la motivazione e il trattamento terapeutico di minori/adolescenti tossicodipendenti, anche con provvedimento del Tribunale per i Minori di affidamento ai Servizi Tutela competenti per un collocamento obbligato in comunità.

L'azione principale del progetto ha previsto la costituzione di un gruppo di confronto a livello regionale che, anche sulla base dell'esperienza maturata dal Centro per le Dipendenze Giovanili dell'ULSS 7, condividesse e definisse buone prassi e nuovi modelli organizzativi ed erogativi per il target minori/adolescenti tossicodipendenti.

Il gruppo ha previsto la partecipazione di rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze della Regione Veneto (almeno uno per provincia), delle due comunità terapeutiche (Comunità Giovanile e Comunità San Francesco) che sono state accreditate in fascia C2 (minori/adolescenti tossicodipendenti) e di alcuni enti afferenti all'ambito della tutela minorile (Ufficio Protezione e Pubblica Tutela dei Minori – Regione Veneto, Ufficio Servizio Sociale Minori – Regione Veneto, Servizio Tutela Minori).

Componenti del gruppo regionale

| | |
|---------------------|--|
| Alessandro Becagli | Associazione Comunità Giovanile |
| Antonella Cinquetti | ULSS 22 – Servizio Tutela Minori |
| Camillo Smacchia | ULSS 22 – SerD di Bussolengo |
| Carlo Cenedese | ULSS 7 – SerD di Conegliano |
| Cinzia Fabbian | ULSS 13 – SerD di Dolo |
| Claudia Arnosti | Regione Veneto - Uff. Prot. e Pubbl. Tutela dei Minori |
| Eva D'Incecco | ULSS 7 – SerD di Conegliano |
| Flora Vigne | Associazione Comunità Giovanile |
| Katia Piovesan | ULSS 9 – SerD di Treviso |
| Laura Rebesco | Ministero della Giustizia – Uff. Servizio Sociale Minori |
| Lorena Bergozza | ULSS 4 – SerD di Thiene |
| Luciana Cracco | ULSS 5 – Servizio Tutela Minori |
| Luigi Turco | ULSS 2 – SerD di Feltre |
| Marco Capuani | ULSS 7 – Dipartimento per le Dipendenze |
| Rosa Foscaro | ULSS 16 – SerD di Padova |
| Roberto Cavion | ULSS 6 – SerD di Vicenza |
| Sabrina Gazzetta | ULSS 19 – SerD di Taglio di Po |
| Santino Pantè | Comunità San Francesco |

Componenti del gruppo locale

| | |
|--------------------|--|
| Alessandra Canzian | Associazione Comunità Giovanile |
| Alessandro Becagli | Associazione Comunità Giovanile |
| Carlo Cenedese | ULSS 7 – SerD di Conegliano |
| Claudia Arnosti | Regione Veneto - Uff. Prot. e Pubbl. Tutela dei Minori |
| Cora Da Ros | Associazione Comunità Giovanile |
| Eva D'Incecco | ULSS 7 – SerD di Conegliano |
| Federica Rosina | ULSS 7 – SerD di Conegliano |
| Marco Capuani | ULSS 7 – Dipartimento per le Dipendenze |

