UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Sede di Milano

Dottorato di ricerca in Social Work and Personal Social Services

Ciclo XXXVI

S.S.D. SPS/07

Assistenti Sociali e adolescenti con problemi di uso di sostanze. La relazione di aiuto nei SerD del Veneto

Tutor: Ch.mo Prof. Fabio Folgheraiter

Co-tutor: Ch.ma Prof.ssa Mara Tognetti

Tesi di Dottorato di Sonia Scalvini

Matricola 5014557

Anno Accademico 2022/2023

A Filippo, Manuel, Sabrina, Cecilia, Erica Roberto, preziosissimi co-ricercatori

E

A tutte le persone che hanno raccontato la loro storia, il loro percorso di vita o la loro esperienza professionale

INDICE

Introduzione ___ ***13***

PARTE PRIMA ___ ***19***

Capitolo primo
Uso di sostanze e dipendenza in adolescenza. Un inquadramento ___ ***21***

1. Dipendenza e dipendenze ___ ***21***

2. La prospettiva psicologica ___ ***27***

2.1 Dipendenze patologiche nelle prospettive psicologiche ... ***28***

3. La prospettiva sociologica ___ ***31***

3.1 Studi sociologici su consumi, modelli e stili ... ***35***

4. Adolescenza, comportamenti a rischio e uso di sostanze ___ ***37***

4.1 Adolescenti: motivazioni e modelli di consumo ... ***42***
4.1.1 La gateway theory 45
4.1.2 Il policonsumo 46

4.2 Fattori di rischio, fattori protettivi e conseguenze del consumo di sostanze ... 47

4.3 Adolescenti, uso di sostanze e comportamenti a rischio. Alcuni dati epidemiologici ... 53

Capitolo secondo
Politiche e Servizi per le Dipendenze ___ ***58***

2.1 Cenni storici del consumo di sostanze in Italia ___ ***58***

2.2 La normativa e le "politiche della droga" ___ ***60***

2.2.1 Le politiche e gli interventi di riduzione del danno ... 65

2.2.2 Le politiche europee in tema di sostanze stupefacenti e dipendenza ... 66

2.3 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze ___ ***67***

2.3.1 Dai SerT ai SerD ... 69

2.3.2 La Prefettura e i NOT (Nuclei Operativi Tossicodipendenze) ... 72

2.3.3 Alcune considerazioni sui Servizi per le Dipendenze in Italia ... 73

2.4 L'acceso ai SerD da parte dei giovani ___ ***75***

2.5 I SerD nella Regione Veneto. Uno sguardo al piano socio-sanitario e al piano triennale per le dipendenze ___ ***79***

2.5.1 Progetti ed esperienze locali rivolte ai giovani con problemi di uso di sostanze nella regione Veneto ... 82

Capitolo terzo
Il Social Work con gli adolescenti che fanno uso di sostanze ___ ***86***

1. Social work, uso di sostanze e dipendenze ____ *86*

2. Approcci teorici di Social Work e ambito dipendenze ____ *88*

2.1 Relational Social Work *90*

2.1.1 La dipendenza nella logica sociale relazionale: un problema sociale e un disfunzionamento dello stile di vita 94

3. Il concetto di recovery ____ *97*

3.1 Social Work e Recovery nelle dipendenze **100**

4. Prospettive e interventi di social work con adolescenti che fanno uso di sostanze **101**

4.1 La prospettiva dei Social Workers sulle dipendenze e sugli adolescenti che fanno uso di sostanze 101

4.2 Interventi 103

4.2.1 Il Colloquio Motivazionale 104

4.2.2 Gli interventi family based 107

4.2.3 I gruppi di auto mutuo aiuto e i percorsi basati sui 12 passi 107

4.2.4 I percorsi residenziali e le comunità terapeutiche 110

5. La relazione di aiuto tra Social Workers e adolescenti che fanno uso di sostanze **112**

5.1 Il coinvolgimento degli adolescenti e la questione degli involuntary clients **114**

5.2 Gli elementi che "aiutano" la relazione e quelli che la ostacolano **117**

PARTE SECONDA ____ *120*

Capitolo Quarto
Metodologia della ricerca ____ *122*

4.1 Premessa ____ *122*

4.2 Gli obiettivi della ricerca ____ *122*

4.3 Analisi secondaria dell'utenza adolescenziale in carico ai SerD della Regione Veneto ____ *125*

4.3.1 Il software GEDI – cartella sociale informatizzata 126

4.3.2 Il processo di estrapolazione dei dati e le caratteristiche dei dati estrapolati 127

4.3.2 L'analisi dei dati 130

4.3.3 L'analisi dei dati amministrativi: alcune riflessioni e limiti 130

4.4 La ricerca partecipativa: la prospettiva di assistenti sociali e giovani adulti **131**

4.4.1 Criteri e modalità di individuazione dei co-ricercatori e costituzione dei gruppi guida 133

4.4.1.1 La costituzione e composizione del gruppo guida di assistenti sociali 136

4.4.1.2 La costituzione e composizione del gruppo guida di giovani adulti 139

4.4.2 La ridefinizione delle domande di ricerca con i gruppi guida 140

4.4.2.1 Il gruppo guida degli assistenti sociali 140

4.4.2.2 Il gruppo guida dei giovani adulti 141

4.4.3 La formazione dei co-ricercatori sulla ricerca sociale la scelta e la costruzione degli strumenti di rilevazione 141

4.4.4 La scelta della metodologia e degli strumenti di rilevazione. La costruzione delle tracce di intervista 142

4.4.4.1 Lo strumento di rilevazione e le scelte metodologiche per l' "ascolto" degli assistenti sociali 143

4.4.4.2 Lo strumento di rilevazione e le scelte metodologiche per l' "ascolto" dei giovani adulti con esperienza di accesso al SerD 145

4.4.5 L'accesso al campo, la realizzazione delle interviste e le caratteristiche dei partecipanti 147

4.4.5.1 L'accesso al campo e la realizzazione delle interviste degli assistenti sociali 147

4.4.5.2 Le caratteristiche degli assistenti sociali dei SerD intervistati 148

4.4.5.3 La definizione dei criteri di inclusione, l'accesso al campo e la realizzazione delle interviste dei giovani 151

4.4.5.4 Le caratteristiche dei giovani con esperienza al SerD in adolescenza intervistati 153

4.4.6 L'analisi dei dati e il commento condiviso con i co-ricercatori 155

4.4.6.1 L'analisi dei dati delle interviste agli assistenti sociali 155

4.4.6.2 L'analisi dei dati delle interviste ai giovani ex service users 155

4.5 Limiti della ricerca 156

4.6 Aspetti etici e riflessioni sul processo partecipativo 157

Capitolo quinto
Gli adolescenti che si rivolgono ai SerD in Veneto. Analisi secondaria sulle cartelle sociali informatizzate _____ 163

5.1 Adolescenti per dettaglio presa in carico 2017-2021 _____ 163

5.1.1 La distribuzione delle prese in carico tra il 2017 e il 2021 163

5.1.2 Le caratteristiche sociodemografiche dei giovani under 24 che hanno fatto accesso ai SerD 165

5.1.3 Le sostanze 172

5.1.4 Le prese in carico dei SerD: considerazioni sulla durata dei percorsi e il numero delle prestazioni 179

5.1.5 Il modello di regressione 183

5.2 Tabelle di sintesi GEDI – altri dati sull'utenza adolescenziale SerD 2017-2021 184

5.2.1 Fonte di invio 184

5.2.2 Sostanze d'abuso 188

5.2.3 Modalità di assunzione 189

5.2.4 Motivo di dimissioni 190

5.3 Discussione _____ 192

Capitolo sesto
I risultati delle interviste agli assistenti sociali dei SerD. La prospettiva e le rappresentazioni nel lavoro con gli adolescenti _____ 195

6.1 I Servizi per le Dipendenze. Accesso, accoglienza e presa in carico di adolescenti e giovani adulti_____ 195

6.1.1 L'accesso degli adolescenti ai servizi per le dipendenze..... 197

6.1.2 L'accoglienza degli adolescenti: riflessioni, accorgimenti, equipe 200

6.1.2.1 Modalità di accoglienza 201

6.1.2.2 Operatori per l'accoglienza 202

6.2 La "relazione di aiuto" tra assistenti sociali e adolescenti _____ 204

6.2.1 La rappresentazione del lavoro nei SerD con gli adolescenti: tra criticità e punti di forza 205

6.2.2 La rappresentazione degli adolescenti in carico ai SerD. Come sono descritti, percepiti e vissuti 206

6.2.3 La centralità della relazione 210

6.2.4 Come costruire la relazione: indicazioni e suggerimenti 212

6.2.4.1 Atteggiamento non giudicante, Ascolto e Autenticità 212

6.2.4.2 Dare e darsi tempo, non forzare, "esserci" 216

6.2.4.3 Setting: gli spazi della relazione di aiuto 218

6.2.4.4 Responsabilizzare e confrontarsi con le norme 220

6.2.4.5 Stili di comunicazione 221

6.2.5 Coinvolgimento e adesione 224

6.2.6 Temi e contenuti dei colloqui di aiuto 228

6.2.7 Quali strumenti per il lavoro nei SerD con gli adolescenti? 231

6.2.8 Prospettive e significati di recovery 234

6.2.9 Interventi e progetti 240

2.9.1 Percorsi residenziali in comunità terapeutiche 241

2.9.2 Esperienze di gruppo 243

2.9.3 Progetti per gli adolescenti su specifici finanziamenti per le dipendenze 244

6.2.10 La relazione tra assistenti sociali e famiglie nel SerD..... 246

6.2.10.1 Differenziazione presa in carico famiglia e ragazzo 247

6.2.10.2 Come le famiglie sono descritte 248

6.2.10.3 I contenuti affrontati con le famiglie di adolescenti che fanno uso di sostanze 251

6.2.10.4 Il lavoro con le famiglie 252

6.2.11 La proposta di una classificazione delle pratiche relazionali con adolescenti e famiglie nei SerD..... 257

6.3 Ruolo e specificità professionali degli Assistenti Sociali nei SerD_____ 260

6.3.1 Sguardo globale: persona-nel-suo-ambiente 261

6.3.2 Aiuto-sostegno e tutela-controllo 263

6.3.3 Le competenze e le funzioni degli assistenti sociali nei SerD 264

6.3.3.1 Assessment sociale 265

6.3.3.2 Lavoro di/in rete 266

6.3.3.3 Inserimenti in comunità terapeutiche 268

6.3.3.4 Area giustizia - Collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, percorsi di giustizia riparativa e di messa alla prova 270

6.3.3.5 Tutela minori 272

6.4 Discussione dei risultati e riflessioni del gruppo guida_____ 273

6.4.1 L'accesso: chi sono gli adolescenti nella percezione degli assistenti sociali 273

6.4.2 Il ruolo dell'assistente sociale: tra necessità di integrazione e mancato riconoscimento istituzionale 275

6.4.3 La relazione con gli adolescenti e la paura di non essere all'altezza 280

Capitolo settimo
I risultati delle interviste ai giovani ex service users Storie, prospettive, esperienze 285

7.1 La storia della dipendenza: dall'inizio di uso di sostanze al "punto di svolta" 285

7.1.1 Le prime esperienze di uso di sostanze 285

7.1.2 Dal consumo alla dipendenza..... 287

7.1.3 Significati dell'uso di sostanze e "cause" della dipendenza..... 291

7.1.4 Vivere nella dipendenza 293

7.1.5 Le famiglie 295

7.2 Il SerD nella prospettiva dei ragazzi _____ 296

7.3 Il percorso con il SerD _____ 298

7.3.1 La motivazione a intraprendere un percorso 298
7.3.1.1 Abbandoni, interruzioni, ricadute e riprese. 299

7.3.2 Il percorso ambulatoriale..... 301
7.3.2.1 Il coinvolgimento nelle scelte 302
7.3.2.2 Le terapie farmacologiche e la relazione con il medico 303
7.3.2.3 I colloqui e la relazione con lo psicologo 305
7.3.2.4 Sostegno e coinvolgimento delle persone significative nel percorso 306

7.3.3 Il percorso e le esperienze in comunità 307
7.3.3.1 Entrare in comunità: la scelta e le ragioni per andarci o meno 307
7.3.3.2 La vita e le attività in comunità 308
7.3.3.3 Il reinserimento dopo la comunità 311

7.4 La relazione con l'Assistente Sociale del SerD _____ 313

7.4.1 Relazione significativa vs assente..... 314

7.4.2 Dialogo e confronto con l'assistente sociale 315

7.4.3 Atteggiamenti e aspetti relazionali: elementi facilitanti e ostacolanti 316

7.4.4 La rappresentazione della relazione con l'assistente sociale e del percorso con il SerD 318

7.5 Cambiamenti e recovery _____ 319

7.5.1 Una valutazione complessiva sul proprio percorso: guardarsi con occhi nuovi 322

7.6 Indicazioni e suggerimenti per SerD e operatori_____ 323

7.7 Discussione dei risultati _____ 326

Conclusioni _____ 331

Bibliografia _____ 339

Appendici_____ 359

Introduzione

Nel suo ultimo report europeo sulle droghe, pubblicato nel 2023, *L'European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction* (EMCDDA) ha promosso uno slogan evocativo "ovunque, tutto, tutti: la complessità di affrontare i problemi contemporanei legati alla droga" sottolineando la pervasività delle sostanze nella società odierna in cui, tutti, direttamente o indirettamente, possono trovarsi di fronte al consumo di sostanze e ai problemi ciò associati. Il consumo di sostanze rappresenta, dunque, nel contesto sociale caratterizzato da elevata complessità e continue trasformazioni, uno dei fenomeni più complessi e intricati, in particolare quando la popolazione di riferimento è quella degli adolescenti. Nell'adolescenza, periodo di transizione cruciale tra l'infanzia e l'adultità, contraddistinto da significative sfide che si articolano tra lo sviluppo individuale e la ridefinizione del sé e delle relazioni con gli adulti e i pari di riferimento, l'incontro con le sostanze può influenzare in modo profondo e significativo il percorso di crescita di un giovane. Il consumo e la dipendenza da sostanze in tale fase della vita, come ben evidenziato dall'OMS, rappresentano un rischio significativo in termini tanto di salute fisica quanto di vita sociale, con rischi di esclusione, isolamento, abbandono scolastico. Proprio per tali aspetti non è sufficiente approfondirne lo studio da un punto di vista medico e farmacologico ma, come evidenziato durante i lavori della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze che si è tenuta a Genova nel 2021, appare centrale un approccio interdisciplinare che includa anche gli aspetti relazionali e sociali. In particolare, si è evidenziata la necessità di approfondire gli aspetti connessi al *recovery* in termini di qualità della vita e inserimento sociale e lavorativo delle persone che fanno, o hanno fatto, uso di sostanze. In Italia, gli adolescenti con problemi di dipendenza da sostanze che si rivolgono ai servizi in età precoce sono in aumento (Dipartimento Politiche Antidroga, 2023; 2022; 2020; 2019; 2010; Quercia, 2015) e il lavoro con questo target risulta particolarmente complesso per le difficoltà di ingaggio lungo tutto il percorso di aiuto e l'alta frequenza di ricadute (Feldstein Ewing et al., 2016; Chung et al., 2015; White, 2007; 2012).

Il progetto di ricerca presentato nell'elaborato nasce innanzitutto dagli interessi della Scrivente nell'area del lavoro sociale e dell'esperienza professionale in qualità di assistente sociale: il lavoro sul campo e il confronto con i colleghi hanno infatti portato ad evidenziare una percezione di aumento della presenza degli adolescenti con problemi connessi all'uso di sostanze, così come una complessità e un senso di non sufficiente preparazione nel lavoro con essi. La ricerca condotta, dunque, ha avuto l'obiettivo di indagare e approfondire il lavoro sociale con persone che fanno uso di sostanze all'interno dei SerD, focalizzando le esperienze degli adolescenti e il

lavoro degli assistenti sociali in tali contesti. Il lavoro sociale, infatti, come ricostruito da alcuni autori, risulta essere intrinsecamente e sin dalle sue origini impegnato nelle situazioni di vita e nelle sofferenze connesse all'uso di sostanze mettendo in atto azioni orientate a fronteggiare e mitigare gli effetti negativi dell'assunzione di sostanze su individui, famiglie, comunità, (Straussner, 2001; Paylor et al., 2012). Nonostante ciò, la letteratura scientifica nel panorama italiano risulta essere esigua in questa area. Utilizzando la prospettiva del Social Work si è inteso studiare la dipendenza attraverso un paradigma non meramente biologico e sanitario, bensì entro una visione ecosistemica di disagio sociale, guardando ad essa come ad un problema di vita che può essere fronteggiato (Folgheraiter 1998; 2011), in termini bio-psico-sociali, in cui la persona viene intesa nella sua globalità, in costante relazione con il proprio ambiente di vita (OMS 2002; Folgheraiter 1998; Pasqualotto et al., 2016). In tal senso, il lavoro sociale, finalizzato a promuovere il benessere (IFSW, 2014; Folgheraiter, 1998; 2012), interviene nell'ambito delle dipendenze con una pratica professionale che si realizza nel favorire e sostenere la capacità di azione delle persone, le relazioni e gli ambienti di vita in cui esse sono inserite. La centralità della relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti nei SerD si inserisce in un quadro più ampio di intervento sociale, nel quale il lavoro sociale si propone di promuovere la giustizia sociale, l'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita delle persone.

Più nello specifico, la ricerca si è proposta di esplorare in modo approfondito i percorsi di fronteggiamento intrapresi dagli adolescenti che fanno uso di sostanze, concentrandosi sull'esperienza con i Servizi per le Dipendenze (SerD) e sul ruolo degli assistenti sociali nell'accompagnamento di questi giovani nella complessa rete della relazione di aiuto. L'analisi delle esperienze di fronteggiamento e recovery all'interno di questo contesto specifico diventa, pertanto, uno strumento prezioso per conoscere e approfondire esperienze di vita dei service users e pratiche professionali degli assistenti sociali nell'offrire supporto e accompagnamento durante il processo di fronteggiamento e recovery degli adolescenti coinvolti in comportamenti legati alle sostanze. Per giungere a una maggiore comprensione della presenza, dei percorsi e delle esperienze degli adolescenti nei SerD, nonché del ruolo, della specificità e della relazione di aiuto con gli assistenti sociali, si è adottato l'approccio della *participatory research* (Aldridge, 2015). Come messo in luce da Narayan (1996) l'approccio partecipativo si distingue da un approccio di ricerca convenzionale, totalmente guidato da un esperto ricercatore, e vede l'attivo coinvolgimento di persone non afferenti al mondo accademico, in un processo dinamico con il ricercatore, nel produrre conoscenza (Narayan, 1996). Entro tale approccio, l'elemento che principalmente distingue le ricerche partecipative è il passaggio delle persone da mero oggetto della ricerca a soggetti della ricerca, in cui, in questa seconda accezione le persone che vivono, conoscono, sperimentano una situazione che sarà oggetto della ricerca divengono co-ricercatori, prendono parte al processo decisionale della ricerca e a tutta la sua realizzazione come ricercatori (Bourke, 2009; Macaulay, 2017; Aldridge 2017). Al ricercatore spetta «la responsabilità

metodologica» (Panciroli 2019, p.98) relativa alla correttezza scientifica della ricerca che si realizza, guidando in tal senso il gruppo di co-ricercatori. L'approccio partecipativo è stato scelto sia in virtù dello stigma verso l'uso di sostanze e le persone che esperiscono una dipendenza, sia della scarsità di ricerche in tal senso, e della intrinseca coerenza con la ricerca empirica nell'alveo del Social Work (Folgheraiter, 2018b). Il framework teorico concettuale in cui si inserisce la ricerca è il *Relational Social Work* (Folgheraiter, 1998; 2011; 2018a) che pone alla base del lavoro sociale il principio della reciprocità e del riconoscimento del sapere esperienziale delle persone che vivono e fronteggiano una situazione di difficoltà e malessere.

Alcune precisazioni in merito ai contenuti trattati sono, nella prospettiva di chi scrive, doverose. Parlare di dipendenza da sostanze significa parlare di droga, droghe, sostanze psicoattive: i termini che potrebbero essere utilizzati in tal senso sono vari e le accezioni differenti. Per tale ragione si è scelto di non utilizzare il termine droga, o perlomeno di evitarne un uso continuativo e indiscriminato. Come evidenziano Cipolla (2007) e Lombi (2012a; 2012b) i termini "droga" e "droghe" portano con sé un significato stigmatizzante, valoriale, di condanna morale verso la sostanza e chi la assume, con una prospettiva di giudizio e etichettamento che appare in contrasto con i principi del servizio sociale: il presente lavoro mira, anche, a riconoscere valore e dignità alle persone che fanno uso di sostanze. Una ulteriore precisazione. Nel testo si fa riferimento all'uso di sostanze senza proporre di volta in volta la distinzione tra sostanze legali e illegali riferendosi in generale alle sostanze per la loro capacità di creare alterazioni nella persona, potenzialità di ingabbiare la capacità di azione della persona, e produrre effetti negativi sul suo benessere e sulla sua vita, pure laddove legali e il loro consumo è socialmente accettato, come per farmaci e alcol. Coerentemente a ciò, sulla scia della letteratura di Social Work si è qui operata la scelta di utilizzare principalmente le seguenti dizioni: "lavoro sociale con persone che fanno uso di sostanze", "persone con problemi connessi all'uso di sostanze". Tali scelte si basano in primo luogo sulla volontà di evitare qualsiasi forma di etichettamento, consapevoli che tutt'oggi l'uso, consumo e la dipendenza da sostanze e le persone che mettono in atto tali comportamenti sono visti con pregiudizio, oggetto di esclusione sociale e discriminazione. Si ritiene infatti di riconoscere che il consumo di sostanze non qualifica in toto la vita e l'esperienza di una persona. Inoltre, appare rilevante evitare l'eccessivo uso di termini che orientano verso un approccio e un paradigma di tipo medico e medicalizzante (Galvani, 2012; McNeil, 2021). A tal riguardo il confronto all'interno dello *Special Interest Group* "Substance Use and Social Work" dell'European Social Work Research Association (ESWRA), nel corso dell'esperienza dottorale, ha consentito di arricchire e affinare la prospettiva con cui la candidata si è approcciata al tema nell'alveo del social work. Si è cercato di evitare, o fortemente limitare, l'utilizzo del termine "utenti" riconoscendo dignità, valore e unicità di ogni persona che si rivolge ai servizi sociali, prediligendo il termine "persone", "persone con esperienze di uso di sostanze", "persone che si rivolgono ai servizi", anche in linea con il Nuovo Codice Deontologico degli Assistenti Sociali

(CNOAS, 2020). Da ultimo nel testo si troveranno le dizioni operatori sociali e social workers per riferirsi all'insieme dei professionisti che operano nell'ambito del lavoro sociale, e in particolar modo con riferimento alla letteratura scientifica internazionale; diversamente per quanto attiene alla ricerca vi è uno specifico focus sugli assistenti sociali operanti nei SerD, in assenza nel contesto internazionale di una netta distinzione tra Lavoro Sociale e Servizio Sociale (Folgheraiter, 1998).

Per quanto concerne la struttura dell'elaborato, questo risulta articolato in due parti principali. La prima (capitoli 1,2,3), di carattere teorico, introduce il fenomeno delle dipendenze e analizza il sistema dei servizi socio-sanitari e le politiche a questo dedicate nel contesto italiano, approfondendo le esperienze adolescenziali di consumo di sostanze e le specificità del lavoro sociale, e della relazione di aiuto, in tale ambito. La seconda parte (capitoli 4, 5, 6, 7) ha carattere empirico e, dopo una presentazione degli aspetti salienti della struttura della ricerca e delle scelte metodologiche operate, è dedicata alla presentazione dei risultati delle ricerche condotte.

Nello specifico, il primo capitolo presenta una disamina dei due macro-temi della ricerca: dipendenze e adolescenza. In merito alla dipendenza vengono proposti alcuni degli aspetti definitori e caratterizzanti, proseguendo con una lettura di carattere psicologico e sociologico del fenomeno. La scelta di presentare riflessioni a partire da questi ambiti attiene alla prospettiva di Social Work che si è inteso adottare: il Social Work come scienza e teoria si pone infatti nelle intersezioni tra sociologia e psicologia (Folgheraiter, 1998). Pertanto, non sono stati sviluppati gli approcci afferenti all'ambito medico (neurologico e genetico), sebbene questi facciano parte del panorama scientifico definitorio delle dipendenze. Il capitolo prosegue con una analisi dell'adolescenza, intesa come periodo evolutivo che caratterizza la vita della persona, dei fattori di vulnerabilità e protezione che possono incidere sui comportamenti a rischio, quali l'uso di sostanze, per concludersi con la presentazione di alcuni dati epidemiologici a livello europeo e italiano sui consumi e la dipendenza in adolescenza che consentono di inquadrare la diffusione del fenomeno delle dipendenze da sostanze tra gli adolescenti.

Al fine di inquadrare l'ambito della ricerca entro il contesto organizzativo dei Servizi socio-sanitari per le Dipendenze, nel secondo capitolo si è reso necessario procedere a tratteggiare il profilo normativo e le politiche sociali adottate in Italia. Vengono altresì presentate alcune esperienze nazionali di realizzazione di servizi specifici o di riorganizzazione dei SerD al fine di meglio rispondere alle specificità degli adolescenti e giovani adulti che fanno uso di sostanze e presentano problematiche connesse.

Il terzo capitolo è dedicato all'approfondimento della letteratura specifica di social work nell'ambito delle dipendenze, con un affondo sul paradigma del *Relational Social Work,* non solo in quanto approccio teorico di riferimento del lavoro, ma anche a fronte della lettura sociale e relazionale della dipendenza, nonché del processo di recovery, focalizzando altresì il ruolo e le

funzioni dei social workers nell'accompagnare i percorsi di fronteggiamento di tali situazioni. Vengono inoltre approfonditi gli studi rispetto la relazione di aiuto tra social workers e adolescenti che fanno uso di sostanze, nonché i principali interventi, criticità e punti di forza del lavoro con gli adolescenti.

La seconda parte della tesi – quarto, quinto, sesto e settimo capitolo – è dedicata all'ampio e articolato disegno di ricerca ideato e implementato, che si compone di due ricerche tra loro connesse. Nello specifico, il quarto capitolo presenta l'impianto metodologico del lavoro di ricerca realizzato, definendo gli obiettivi e le scelte metodologiche, nonché le azioni implementate. Consente, dunque, di fornire le coordinate per muoversi all'interno delle due ricerche condotte. Il progetto di ricerca ha visto la realizzazione di due diverse ricerche, la prima di stampo prettamente quantitativo ha analizzato i dati secondari presenti nelle cartelle sociali informatizzate dei SerD della Regione Veneto relative a giovani under 24; mentre le seconda, di stampo qualitativo, attraverso l'adozione di un approccio partecipativo (Aldridge 2015; Folgheraiter, 2018; Panciroli, 2019) ha analizzato i contenuti di interviste dirette sia agli assistenti sociali di questi servizi sia a giovani adulti *ex service users*. I risultati della prima ricerca condotta, che consentono una descrizione dell'utenza adolescenziale dei SerD tra il 2017 e il 2021 sono presentati nel quinto capitolo. Per quanto concerne la seconda ricerca, il processo partecipativo ha avuto luogo con la costituzione di due gruppi guida di co-ricercatori: uno composto da quattro assistenti sociali, l'altro da tre giovani adulti che in adolescenza hanno vissuto problemi di dipendenza e un percorso con il SerD. Ciascun gruppo guida ha focalizzato la parte di ricerca attinente alla propria prospettiva. Questa seconda ricerca, articolata in due, è orientata a rilevare le esperienze, pratiche, prospettive e storie di assistenti sociali dei SerD e giovani adulti. I risultati sono dunque presentati in due distinti capitoli al fine di approfondire le esperienze e prospettive di ciascuna "voce".

Il sesto capitolo risulta strutturato nelle tre macro-tematiche emerse dall'analisi effettuata: a. organizzazione dei Servizi per le Dipendenze e modalità di accesso, accoglienza e presa in carico degli adolescenti; b. la relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti; c. il ruolo e le funzioni degli assistenti sociali nei SerD nei percorsi dei giovani.

Anche per il settimo capitolo l'articolazione dei temi proposti segue le aree tematiche frutto dell'analisi: a. la storia della dipendenza, dall'inizio di uso di sostanze al "punto di svolta"; b. il SerD nella prospettiva dei ragazzi; c. il percorso di aiuto con il SerD – a sua volta articolato in percorso ambulatoriale e comunitario; d. la relazione di aiuto con l'assistente sociale e altri operatori significativi; recovery e cambiamenti e infine, f. indicazioni e suggerimenti per i SerD e gli operatori frutto delle esperienze dei giovani.

La tesi si conclude con delle riflessioni finali a partire da alcuni dei principali elementi emersi dalle discussioni dei risultati con l'intento di delineare gli aspetti più rilevanti dal punto di vista

di operatori e service users caratterizzanti l'esperienza, la relazione e il processo di recovery nei SerD tra assistenti sociali e adolescenti.

Grazie all'adozione di un approccio partecipativo la discussione dei risultati e le riflessioni presenti nelle conclusioni non sono frutto unicamente della ricercatrice ma anche dei co-ricercatori che hanno preso pienamente parte al processo di ricerca. Si evidenzia che al fine di dare rilevanza al contributo fornito dai co-ricercatori, nel testo sono state inseriti stralci riferiti a loro esplicite e testuali riflessioni emerse lungo gli incontri nella realizzazione del processo partecipativo.

Le conclusioni mettono in luce la valenza e la rilevanza dei risultati sia sul piano teorico della conoscenza, in relazione alla letteratura esistente, sia sul piano pratico-professionale. Per quest'ultimo punto, anche grazie all'approccio partecipativo utilizzato, e che accompagnerà anche la fase di disseminazione dei risultati, si auspica che possano agevolare il lavoro sociale in questo ambito specifico.

PARTE PRIMA

Capitolo primo
Uso di sostanze e dipendenza in adolescenza. Un inquadramento

1. Dipendenza e dipendenze

Le Nazioni Unite nel rapporto mondiale sulla droga del 2020 stimavano che 35 milioni di persone nel mondo soffrissero di disturbi legati all'uso di sostanze, in termini sia di chi ha un problema conclamato di dipendenza, sia di coloro che ne hanno un consumo rischioso. Il medesimo rapporto pubblicato nel 2023 stima in crescita il dato, indicando che circa 39,5 milioni presentano tale problematica. Tuttavia, le persone nella popolazione mondiale nella fascia 15-64 anni che hanno consumato almeno una volta "droghe" nell'anno sono stimate in 296 milioni, ovvero il 5,8% di questa popolazione, circa 1 persona ogni 17 (UNODC, 2023).

Il consumo di sostanze psicotrope e psicoattive è sempre stato presente nella storia delle società umane con differenti significati e plurimi scopi a carattere religioso, magico, artistico, in contesti e fasce di popolazione più o meno ristrette. Ad esempio, nel mondo classico le sostanze venivano utilizzate a seconda delle tipologie e delle funzioni, come espressione di pratica simbolica, con funzioni mistiche e di medicamento; in Sud America, nelle popolazioni quali Indios e Aztechi, l'utilizzo delle "droghe" era in capo agli sciamani con funzioni curative, di veggenza (Correale et al., 2013). Nel Medioevo, in occidente, le sostanze psicotrope e psicoattive assumono nel senso comune una valenza e una visione demoniaca; mentre dall'Ottocento inizia a diffondersi una funzione analgesica e, successivamente, la diffusione dei consumi si ha principalmente in ambienti artistici con significati di ribellione, di allargamento della percezione (*ibidem*). La diffusione del consumo di sostanze in ampie fasce di popolazione ha preso avvio nel Novecento: in particolare dagli anni Sessanta in poi il fenomeno ha assunto connotazioni più rilevanti e socialmente visibili, che hanno portato ad una lotta agli stupefacenti e al rinforzo delle politiche proibizioniste affermatesi con l'illegalità dei comportamenti di consumo (*ibidem*). A partire dagli anni Ottanta in poi, il consumo e la sperimentazione dell'uso di sostanze è divenuto un fenomeno che ha caratterizzato principalmente le esperienze delle fasce più giovani della popolazione.

Quando si parla di "droga" ci si riferisce ad un mondo molto vasto, articolato, e diversificato, in particolare se si considera che in inglese il termine *drug* può essere utilizzato tanto per indicare ciò che nel sentire e credere comune viene inteso per droga, le sostanze stupefacenti, prevalentemente illegali– quindi marijuana, cocaina, eroina, LSD – ma anche per indicare i

farmaci. L'OMS nel 1967 ha proposto una definizione di droga che, seppur sommaria, consente di mettere in risalto il comune denominatore di tutte le sostanze che si presentano differenti per effetti e caratteristiche ma che sono tutte "droghe" in qualità di «sostanza naturale o artificiale in grado di modificare la psicologia e l'attività mentale degli esseri umani», producendo gli effetti "psicoattivi".

Nella letteratura scientifica vi è la presenza di termini diversificati che spesso porta ad una difficoltà di comprensione nel provare a definire e inquadrare il fenomeno della dipendenza e nello specifico della dipendenza da sostanze. Pertanto, appare utile, in primo luogo, cogliere la suggestione offerta da Heather (2017) di recuperare l'etimologia latina della parola "*Addiction*": *addico,* nella legge romana, significava consegnare formalmente una persona o una cosa in connessione a una decisione giudiziaria, pertanto, un *addicto* era una persona che veniva ridotta in schiavitù a seguito di procedimento giudiziario, solitamente in virtù della presenza di un debito nei confronti di un creditore. Come evidenzia Heather (*ibidem*) tale origine della parola richiama la visione dalla dipendenza in termini di problema/disturbo della scelta, dell'esercizio della volontà: la persona è infatti schiava quando, nonostante realizzi dei tentativi per liberarsi da tale condizione, non è in grado di farlo. Secondo l'autore permangono tuttavia elementi di complessità nel definire e inquadrare una definizione, in relazione all'utilizzo nei decenni da parte degli organismi internazionali in documenti ufficiali di terminologie differenti: *drug use, dependence, addiction, habituation, drug addiction*, per citarne alcuni.

Il termine *dependence* viene utilizzato principalmente in ambito biologico, clinico, farmacologico, in riferimento alla dipendenza in termini fisici e chimici, come condizione in cui l'organismo giunge a necessitare di una determinata sostanza per funzionare, ricercandola continuamente, e in cui tale sostanza agisce apportando delle modifiche all'organismo stesso (Gallina, 2013; Girardi e Di Giannantonio, 2016). A questo si ricollegano i meccanismi fisici della tolleranza – ovvero del bisogno di dosi sempre più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato dal momento che l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza produce un effetto notevolmente diminuito – e dell'astinenza – cioè sindrome che presenta caratteristiche specifiche per la singola sostanza di abuso, di malessere fisico, che porta alla necessità di assumere la stessa sostanza al fine di alleviarne i sintomi (ICD).

Diversamente, il termine *addiction* include la dimensione psicologica della dipendenza, senza la quale l'esistenza della persona sembra perdere significato (Ferrini & Rontini, 2011). Il termine *addiction* era stato sostituito nel 1964 dall'OMS dal termine "*drug dependence"* tuttavia, con la pubblicazione del DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) avvenuta nel 2013 è tornata in utilizzo la dicitura *addiction*, comprendendo sia la parola *dependence* per riferirsi agli aspetti farmacologici e fisici, sia la locuzione "*addictive*" per riferirsi agli aspetti comportamentali che caratterizzano le dipendenze patologiche (Heather, 2017; Room et al.,

2015)[1]. Fino al 2013 inoltre, in virtù delle precedenti edizioni del DSM, la dipendenza era differenziata, a seconda della gravità riscontrata, tra "abuso" e "dipendenza". Nel DSM III (1980) l'abuso indicava prevalentemente un uso patologico con delle conseguenze negative in termini di funzionamento lavorativo e sociale, riferendosi in particolar modo alla dipendenza psicologica. La dipendenza invece si riferiva alle condizioni fisiche caratterizzate dalla presenza di tolleranza e astinenza. Nel 1987 con la versione DSM-III-R viene meno la distinzione tra dipendenza fisica e psicologica, riconoscendo la presenza di dipendenza anche in assenza di aspetti fisici. Nel DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000) vengono individuate undici classi di sostanze di abuso che possono determinare disturbi da uso di sostanze articolate in:

- "Abuso" di sostanze definito come modalità patologica d'uso di una sostanza, che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una o più delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi: (**1.) uso ricorrente** della sostanza risultante in una **incapacità di adempiere** ai principali compiti connessi con il **ruolo lavorativo, scolastico o domestico**; (2.) ricorrente uso della sostanza **in situazioni fisicamente rischiose** (es. guida di un'automobile); (3) ricorrenti **problemi legali** correlati alle sostanze; (4.) uso continuativo della sostanza **nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali** causati o esacerbati dagli effetti della sostanza; (5.) i sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri per Dipendenza da Sostanze.
- "Dipendenza" da sostanze: modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da 3 o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi: (1.) tolleranza; (2.) astinenza; (3.) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto; (4.) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza; (5.) una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti; (6.) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza; (7.) uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza.

Se nella 10ª versione dell'International Classification of Desease era ricompresa unicamente la "*dependence*" ad indicare l'insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi che si sviluppano in seguito all'uso ripetuto di sostanze e che includono un forte desiderio di assumere la droga, difficoltà a controllarne l'uso, persistenza nell'uso nonostante le conseguenze dannose, una maggiore priorità data all'uso della droga rispetto ad altre attività e obblighi, un aumento della

[1] A titolo di esaustività si evidenzia che l'APA (2021) ha pubblicato l'ultimo aggiornamento del DSM 5, denominato DSM 5 – TR nel quale le principali modifiche traversali ai disturbi ivi contemplati attengono a una maggiore rilevanza ed evidenza degli aspetti socio-culturali e di genere. I criteri diagnostici del Disturbo da Uso di Sostanze non hanno subito modifiche.

tolleranza e talvolta uno stato di astinenza fisica. L'ultima e più recente versione dell'ICD (l'undicesima, pubblicata nel 2022 dall'OMS) fa riferimento a una classe di disturbi connessi all'uso di sostanze e comportamenti additivi, ricomprendendo la dimensione della *dependence* e quella dell'*addiction*

> « Disorders due to substance use include disorders that result from a single occasion or repeated use of substances that have psychoactive properties, including certain medications. Disorders related to fourteen classes or groups of psychoactive substances are included. Typically, initial use of these substances produces pleasant or appealing psychoactive effects that are rewarding and reinforcing with repeated use. With continued use, many of the included substances have the capacity to produce dependence. They also have the potential to cause numerous forms of harm, both to mental and physical health. Disorders due to harmful non-medical use of non-psychoactive substances are also included in this grouping.
>
> Disorders due to addictive behaviours are recognizable and clinically significant syndromes associated with distress or interference with personal functions that develop as a result of repetitive rewarding behaviours other than the use of dependence-producing substances. Disorders due to addictive behaviours include gambling disorder and gaming disorder, which may involve both online and offline behaviour» (OMS, 2022)

L'European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (Emcdda), in particolar modo con riferimento all'uso di sostanze in adolescenza e giovane età, utilizza la dicitura "uso di sostanze ad alto rischio" per indicare un «uso ricorrente di sostanze che provoca conseguenze negative alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni».

Come evidenzia Maturo (2008) le definizioni di *addiction* e *dependence* che nel corso dei decenni sono state fornite dall'OMS, dall'APA, nell'ICD e nel DSM, forniscono una visione medicalizzata della dipendenza e del soggetto consumatore, trascurandone una componente essenziale: vengono infatti sottolineati gli aspetti fisico-biologici e psicologici alla base della dipendenza, tenendo conto, solo residualmente della dimensione sociale. È necessario considerare che in determinate culture e contesti sociali possa esserci una maggiore o minore legittimazione dell'uso di sostanza, una sotto o sovra stima della pericolosità di consumo e dunque l'uso di sostanze e la "dipendenza" assumono significati sociali differenti. La "malattia" non andrebbe pertanto separata dal contesto sociale (Maturo, 2008).

L'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM V (APA, 2013) ha unificato l'abuso e la dipendenza proponendo un continuum di gravità, portando altresì a unificare le forme di dipendenza, prima distinte tra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali, con la conseguente riduzione dell'uso discriminante e negativizzante del termine tossicodipendenza. «La tossicodipendenza smette di essere considerata un disturbo a parte, difficile, se non impossibile da trattare […] e viene ad essere inserita in uno spettro psicopatologico cui la società e la comunità scientifica possono guardare con sguardo meno pregiudizievole» (Calamai, 2018, p.6).

L'addiction è così definita nel DSM V

> «**Addiction** is a chronic disorder with biological, psychological, social and environmental factors influencing its development and maintenance. About half the risk for addiction is genetic. Genes affect the degree of reward that individuals experience when initially using a substance (e.g., drugs) or engaging in certain behaviors (e.g., gambling), as well as the way the body processes alcohol or other drugs. Heightened desire to re-experience use of the substance or behavior, potentially influenced by **psychological** (e.g., stress, history of trauma), **social** (e.g., family or friends' use of a substance), and **environmental factors** (e.g., accessibility of a substance, low cost) can lead to regular use/exposure, with chronic use/exposure leading to brain changes» (APA, 2013)
>
> **Substance or drug use disorders**: patterns of symptoms resulting from the repeated use of a substance despite experiencing problems or impairment in daily life as a result of using substances.[2] (APA, 2013)

Nel DSM V il disturbo da uso di sostanze, "*Substance Use Disorder* (SUD)" viene indicato come un comportamento che soddisfa almeno due degli undici criteri stabiliti:

1. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.

2. Desiderio persistente di ridurre o controllare l'uso della sostanza e molteplici sforzi infruttuosi di diminuire o interrompere l'uso.

3. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, assumerla, o a ristabilirsi dai suoi effetti.

4. Craving: si manifesta come un desiderio intenso o irresistibile, spinta all'uso della sostanza.

5. Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.

6. Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.

7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso.

8. Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa; progressiva riduzione, nel corso del tempo, della capacità di stimare il rischio associato alle assunzioni. Si sperimenta un senso di necessità di uso della sostanza nonostante il dover compiere azioni quali guidare o svolgere compiti di precisione che risultano inconciliabili con l'essere sotto effetti di sostanze.

[2] Trad. It I disturbi da uso di sostanze o di droghe sono definiti come schemi di sintomi risultanti dall'uso ripetuto di una sostanza, nonostante i problemi o le menomazioni nella vita quotidiana derivanti dall'uso di sostanze. A seconda del numero di sintomi identificati, il disturbo da uso di sostanze può essere lieve, moderato o grave.

9. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

10. Tolleranza, intesa come effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza e bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato.

11. Astinenza, che si manifesta in modo specifico per categorie di sostanze, e caratterizzata dal fatto che la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Gli elementi centrali della definizione sono quindi connessi ad aspetti di compromissione e conseguenze negative nella sfera del controllo, nella sfera sociale, nei rischi connessi all'uso. Le definizioni più recenti (APA 2013; OMS 2022) mettono in luce quanto la dipendenza patologica, comportamentale o da sostanze, sia un mondo complesso influenzato dalla presenza di molteplici fattori e da conseguenze dannose su ambiti differenti: dalla sfera biologico-organica dell'individuo a quella piscologica nonché al suo ambiente sociale e relazionale.

Questa definizione ampia consente di guardare alla dipendenza da sostanze non unicamente con occhi clinici, e ricomprenderla nell'area del disagio sociale, cioè, guardando ad essa come ad un problema di vita che può essere fronteggiato (Folgheraiter 1998; 2011), secondo una prospettiva ecologica in termini bio-psico-sociali (OMS 2002; Folgheraiter 1998; Pasqualotto, Cazzin et. al 2016). Questo ci porta a «[considerare] il problema della dipendenza da droghe come un fatto legato al vivere» (Folgheraiter 2004, p.67). Il lavoro di Pasqualotto e colleghi (2016; 2020) mette in luce il carattere bio-psico-sociale della dipendenza: essi, infatti, hanno realizzato un adattamento dell'*International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF)*, (OMS, 2002) alla dipendenza. L'ICF guarda alla salute e alla disabilità tenendo insieme la persona e il suo contesto ambientale, considerando sia i fattori limitanti, sia gli elementi che sostengono la persona nel suo ambiente: «più una persona riesce a "funzionare" nel proprio ambiente di vita, nelle varie adempienze della vita quotidiana e nelle relazioni, pur in presenza di condizioni di salute avverse, meno la sua patologia si traduce in disabilità psico-sociale» (Pasqualotto 2016, p. 100). Come evidenzia il lavoro di revisione sistematica di Cerniauskaite e colleghi (2011), questo modello può essere applicato a tutte le persone per descrivere situazioni differenti: nel caso delle dipendenze, si focalizza sulla relazione tra individuo e ambiente andando a mettere in risalto l'area delle attività e l'area della partecipazione e la loro interazione, conservando dunque l'analisi del contesto e dei fattori personali e ambientali (Pasqualotto et al., 2020).

In tal senso, risulta ormai ampiamente diffusa l'idea di guardare alle dipendenze entro una prospettiva più ecologica ed interdisciplinare, che tenga conto dell'interazione di numerosi e differenti aspetti e fattori riconoscendone la natura multifattoriale che porta a richiedere approcci

flessibili, integrati e multimodali – medico, psicologico, sociale e spirituale (Bertolazzi, 2008; Raimo 2012).

2. La prospettiva psicologica

In ambito psicologico sono state proposte diverse teorie con l'intento di descrivere, concettualizzare, comprendere l'uso di sostanze e la dipendenza da queste, cercando di fornire letture che consentissero di comprendere meglio la natura della dipendenza da droghe, i trigger, i desideri, le ricadute (Buchanan, 2004). Come evidenzia Pycroft (2010), richiamando il pensiero di Heather e Robertson (1997, cit. in Pycroft, 2010) la prospettiva psicologica ha assunto un ruolo fondamentale nell'analisi della natura dimensionale della dipendenza, allontanandosi dalla prospettiva unitaria in termini di malattia. La psicologia mette, infatti, prima di tutto in risalto la naturale e trasversale condizione di "dipendenza" comune a tutti gli essi umani in quanto tali: ciascun individuo sperimenta sin dalla nascita condizioni di dipendenza, nelle esperienze di attaccamento e accudimento con le figure di cura e nelle relazioni umane (Gallina, 2013; Paris, 2015; Giusti e Maglioni, 2016).

Una particolare attenzione è stata dedicata alla comprensione dei meccanismi connessi all'apprendimento e al mantenimento dei comportamenti di dipendenza. In campo neuro-psicologico si far riferimento al *Brain Reward System* quale meccanismo cerebrale ritenuto responsabile del "comportamento additivo" per via dell'effetto piacevole che fa percepire a seguito dell'assunzione di sostanze psicoattive (Giusti e Maglioni, 2016). In particolare, come rilevato da Pulvirenti (2007) cocaina, eroina e nicotina attivano tale sistema provocando un meccanismo di ricompensa tramite la trasmissione della dopamina. Un secondo meccanismo, che subentra in seguito e coinvolge la corteccia orbitofrontale, è il craving, atteggiamento che accomuna tutte le forme di dipendenza: una forte attrazione che porta a un'azione obbligata, anche se pericolosa, al fine di soddisfare il desiderio (Lesieur, 1984a; 1984b). Come evidenzia Pulvirenti (2007) le dipendenze incidono nell'alterare la capacità di prendere decisioni delle persone. Altro meccanismo coinvolto nelle dipendenze è quello della dissociazione in cui la persona riconosce i comportamenti disfunzionali come lenitivi e piacevoli. Secondo tale meccanismo la persona ignora un'idea, la disconosce in modo che possa diventare per la persona stessa possibile assumere dei comportamenti nonostante questi non siano in accordo con il proprio sistema di valori (Giusti e Maglioni, 2016). Come evidenzia Teodori (2010) la persona che presenta una dipendenza prova un sollievo nel realizzare l'attività da cui dipende ma tale sollievo risulta poi nel tempo inadeguato nell'assolvere alla sua funzione di dare senso alla vita. Ancora, sono presenti altri due meccanismi: il sollievo dal dolore e la ricerca del piacere. Se la ricerca del piacere e la presenza di esperienze e sensazioni positive connesse all'oggetto della dipendenza appare un meccanismo intuitivo, rispetto al sollievo del dolore Peele (1985, p.35) sostiene che «la dipendenza può derivare da qualsiasi esperienza che abbia lo scopo di alleviare un dolore, placare stati di ansia o

negativi in genere, attraverso l'alterazione della coscienza o l'innalzamento della soglia di sensibilità».

Rispetto all'esperienza individuale di avvicinamento alle sostanze e all'instaurarsi della dipendenza, Grosso ha proposto un modello in fasi evolutive della dipendenza (2003). Egli identifica la prima fase con la dicitura "luna di miele", fase che può protrarsi anche a lungo nel tempo ed è una fase nella quale le sostanze e i consumi sono caratterizzati dagli aspetti ed effetti positivi, anche in riferimento alle finalità per le quali vengono assunte. In tale fase l'uso di sostanze è vissuto come un ascensore che porta a raggiungere i risultati che si ritiene di ottenere anche grazie alla sostanza. La seconda fase è quella della dipendenza conclamata, nella quale la persona si ritrova incatenata a un unico legame, esclusivo, reiterato: quello con la sostanza. La terza fase è definita della remissione ovvero quella in cui la persona mette in atto dei tentativi di ristabilire un funzionamento ordinario. In tale caso, entro un'ottica della dipendenza quale malattia, si parla di remissione e non guarigione proprio a indicare il persistente e presente pericolo di tornare nella fase precedente, di dipendenza. Nel proporre tali fasi, Grosso (2003a; 2003b) descrive anche il processo di apprendimento all'uso di sostanze: a. imparare una tecnica; b. imparare a riconoscere, sentire gli effetti; c. definire piacevoli gli effetti. Infatti, secondo l'autore, ma come già evidenziato da Becker (1987) in Outsiders, quando una persona si approccia per la prima volta al consumo di sostanze, sono i consumatori esperti che permettono l'apprendimento del consumo, di capire "cosa sentire" e definire gli effetti come qualcosa di piacevole.

2.1 Dipendenze patologiche nelle prospettive psicologiche

I differenti approcci psicologici presentano letture peculiari della dipendenza e dell'uso di sostanze. Di seguito viene presentata una breve panoramica in riferimento a come nelle diverse prospettive – psicodinamica, teorie dell'attaccamento, sistemico-relazionale, cognitivo comportamentale e le teorie motivazionali – viene letta l'insorgenza della dipendenza.

Nella prospettiva psicodinamica gli autori si sono principalmente dedicati allo studio e lettura della dipendenza a partire dalle esperienze di attaccamento tra il bambino e il caregiver. Nella prospettiva di Winnicott (1971), la sostanza assume il ruolo di sostituto materno nella ricerca di esperienze di soddisfacimento e gratificazione, come forma di aiuto nella gestione delle frustrazioni e delle ansie, negando tuttavia il dolore. Kohut (1971) parla di tossicodipendenza in qualità di patologia narcisistica: la persona sperimenta un blocco evolutivo in una fase di sviluppo nella quale vi è bisogno di risposte ambientali di affetto, idealizzazione, attenzione e rassicurazione dovuto all'incapacità, al fallimento empatico ed emotivo delle figure di cura di fornire queste risposte. Khantzian (1985), guarda alla dipendenza patologia come uno disturbo delle funzioni di auto-regolazione: le persone che vivono una condizione di dipendenza sperimentano sentimenti insopportabili oppure assenti e confusi che portano ad una perdita di

controllo e a continui tentativi di ripristinarlo. In tal senso, la sostanza assume una funzione di auto-cura che garantisce la sopravvivenza e la gestione di quegli stati emotivi/affettivi ingestibili: si crea così il paradosso di una cura distruttiva. Anche McDougall (2003) propone una lettura in termini di auto-cura, in cui la dipendenza da sostanze è vista in termini di soluzione in risposta a un dolore psichico che non si riesce ad elaborare. Correale (et al., 2013), descrive la persona con dipendenza da sostanze come un soggetto sommerso, nascosto in identificazioni rigide che attaccano il verso sé: l'identità rigida del "tossicodipendente" va nella direzione di un'illusione di identificazione di sé stessi riducendo l'identità dell'individuo alla sola dipendenza e sostanza.

Altre significative letture della dipendenza sono fornite alla luce della **teoria dell'attaccamento,** dal momento che le persone sviluppano le competenze di auto-regolazione fisiologica, emotiva, cognitiva, comportamentale, del senso del sé, relazionale attraverso i legami di significativi sperimentati nel corso della vita, e in particolar modo nell'infanzia. Di conseguenza, gli individui che faticano a sviluppare una relazione di intimità e vicinanza con gli altri possono cercare altri metodi per consolarsi in cui la sostanza diventa un attaccamento alternativo, che funge sia da sostituto che da ostacolo alle relazioni interpersonali (Flores 2004, 2006). Nella prospettiva di Padykula e Conklin (2010) le esperienze traumatiche portano a una maggiore vulnerabilità alla dipendenza, poiché influiscono negativamente sulle capacità di auto-regolazione, in cui la sostanza si pone come mezzo per ristabilire l'equilibrio mancante e dunque viene utilizzata per gestire stati mentali di ansia e paura; per regolare le emozioni e ristabilire un senso di benessere, per identificare un'alternativa alla relazione di attaccamento disturbata dell'infanzia.

In un'ottica **sistemico-relazionale,** le cause della dipendenza patologica vengono ricondotte al mancato soddisfacimento dei bisogni di attaccamento in infanzia, nello specifico riguardo a compiti psicologici in capo ai caregiver, genitori in primis, che non sono stati assolti. Entro tale prospettiva la persona che presenta il problema della dipendenza è vista come "portavoce" di un sistema familiare disfunzionale, sintomo di un intero sistema. Il disagio individuale è frutto di complesso intreccio tra esperienza soggettiva, qualità delle relazioni interpersonali significative, capacità cognitive di autovalutazione (Paris 2015). In tal senso, la presenza di un figlio con problemi di dipendenza funzionerebbe da stabilizzatore del sistema-famiglia in cui i genitori possono continuare ad avere un figlio di cui occuparsi e in cui il comportamento del figlio risulta connesso alle crisi e alle difficoltà di emancipazione e svincolo dalla famiglia di origine (Paris, 2015; Giusti e Maglioni 2016). Secondo Cirillo e colleghi (1996; 2017), la dipendenza è dunque l'esito di una trasmissione intergenerazionale di esperienze traumatiche e di carenze che non sono state elaborate dalle persone coinvolte: in tale prospettiva la famiglia della persona con dipendenza è osservata in termini di qualità interne, esperienze intense e durevoli di sofferenza.

Una visione differente si trova **nell'approccio esistenziale** che pone maggiore focus sull'autodeterminazione: viene data maggiore rilevanza alla capacità della persona di riflettere e

fare scelte, di assumersi responsabilità, riconoscendo anche la dipendenza funzionale che ciascun essere umano ha dagli altri (Giusti e Maglioni, 2016).

L'approccio cognitivo-comportamentale (Palm, 2007) presenta un focus sull'agire, dove la persona assume il ruolo di ricerca attiva e persecuzione di obiettivi ritenuti positivi, in termini di premi, tramite l'assunzione di sostanze (Paris, 2015). Entro tale accezione l'uso di sostanze in adolescenza viene inquadrato nell'ambito di una spinta imitativa esercitata dal gruppo dei capi e sulla successiva gratificazione offerta dalla sostanza (Fazio et al., 2019)

I tre principi fondamentali della teoria comportamentale, e cioè condizionamento classico, il condizionamento operante, e l'apprendimento sociale assumono, in tale prospettiva, un ruolo significativo nel chiarire i comportamenti associati all'abuso di sostanze (Paris, 2015). Si fa qui riferimento a quei processi che condizionano il comportamento attraverso il rinforzo ambientale attraverso le ricompense. Le sostanze possono agire in qualità di rinforzo positivo o negativo dal momento che inducono nella persona stati emotivi piacevoli o vanno ad alleviare stati emotivi spiacevoli (Palm, 2007). Inoltre, alcuni segnali provenienti dall'ambiente circostanze quali conoscenze sociali, oggetti connessi all'uso di sostanze possono divenire degli stimoli che condizionano l'impulso all'assunzione di sostanza e stimolo il comportamento di assunzione (*ibidem*). Con Bandura e la teoria dell'apprendimento sociale, si supera la visione del comportamento come mero frutto di stimoli e condizioni socio-ambientali e viene posta maggiore attenzione alla persona in qualità di soggetto attivo e sul senso di autoefficacia. Quest'ultimo è definito dall'autore come convinzione, credenza che la persona sperimenta rispetto alle proprie capacità di realizzare il corso di azioni necessarie per gestire efficacemente le situazioni di vita, raggiungendo gli obiettivi che si è prefissata (Bandura, 2000). Entro la visione dell'apprendimento sociale si guarda all'apprendimento all'interno del contesto familiare come fattore che contribuisce alla trasmissione della tossicodipendenza dentro il nucleo, potenzialmente alla pari dei fattori genetici (Paris, 2015). Entro tale prospettiva, Goldman (1987) ha proposto il modello delle aspettative sulla droga: le aspettative sono strutture della memoria a lungo termine che influenzano le credenze sull'esito dei propri comportamenti e pertanto lo dirigono. In tal senso, l'uso di sostanze è associato ad aspettative positive rispetto agli effetti che queste produrranno; quando si sviluppa la dipendenza l'attivazione di aspettative positive diviene automatica.

In stretta connessione alla prospettiva cognitivo-comportamentale, si trovano **gli approcci motivazionali e la teoria del cambiamento**, nello specifico il Modello Transteorico del cambiamento sviluppato da Prochaska e DiClemente (1984; DiClemente e Prochaska 1985; Prochascka, DiClemente e Norcross, 1992): questa teoria descrive il processo di cambiamento comportamentale nelle persone con problemi di dipendenza. Si tratta di un modello ciclico e dinamico che individua sei diversi stadi consecutivi attraverso i quali la persona presenta

maggiore o minore consapevolezza nell'affrontare e intraprendere un processo di cambiamento: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento e ricaduta.

1. Precontemplazione: in questa fase la persona non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento, non riconosce o non accetta di avere o vivere un problema, non considera la necessità di operare un cambiamento e pertanto potrebbe opporre resistenze ad eventuali proposte.
2. Contemplazione: la persona diviene consapevole della dipendenza, «vede» l'inaccettabilità del problema in cui si trova e inizia a essere presente una preoccupazione per il comportamento a rischio. È possibile riscontrare una maggiore predisposizione e disponibilità a far fronte al problema e a un cambiamento, nonostante potenzialmente la persona possa apparire ancora "ferma". Il soggetto inizia riflettere sui pro e i contro del cambiamento e può verificarsi un conflitto interno, ambivalenza, tra il desiderio di continuare il comportamento di dipendenza e la consapevolezza che sia necessario apportare dei cambiamenti.
3. Determinazione: la persona assume la decisione di modificare il proprio comportamento nell'immediato futuro, e inizia una pianificazione delle modalità per farlo. Si iniziano a prendere concrete iniziative orientate al cambiamento, a porsi obiettivi e prassi da realizzare in quella direzione.
4. Azione: la persona mette in atto attivamente le strategie per affrontare la dipendenza e modificare il comportamento ritenuto problematico. È importante considerare che la fase di azione non implica una macro azione diretta al problema ma ricomprende tutte le piccole attività e azioni orientate all'attuazione del cambiamento.
5. Mantenimento: in seguito all'aver intrapreso azioni di cambiamento è necessario mantenere tale cambiamento nel tempo, stabilizzando le modificazioni realizzate. Si tratta di una fase che può richiedere uno sforzo maggiore di tutte le precedenti dal momento che la persona si trova ad affrontare sfide continue e quotidiane, per mantenere nel tempo le scelte e i cambiamenti intercorsi.
6. Ricaduta: in considerazione della difficoltà e dello sforzo della fase precedente, la fase della ricaduta porta ad un ritorno ciclico sui precedenti stadi del cambiamento e viene vista entro tale prospettiva come un'opportunità per imparare e rafforzare le strategie di gestione della dipendenza.

3. La prospettiva sociologica

In ambito sociologico è possibile osservare il tema del consumo di sostanze entro vari livelli, dal macro al micro. Entro il livello macrosociologico è possibile individuare diverse letture circa l'uso di sostanze e il loro mutare: consumo di sostanze come fenomeno di devianza e dunque su cui esercitare il controllo sociale; consumo di sostanze come risposta al sistema di valori del contesto

sociale – società individualista e consumista – (Bertolazzi, 2008a; 2008b; 2010; Lombi 2012a; Lombi 2012b). A livello microsociologico vengono invece osservate le pratiche di uso, le attribuzioni di senso e le interazioni tra persone che fruiscono delle sostanze (Cipolla 2009; 2008; 2007; Cipolla e Martoni, 2009; Lombi 2012a). L'analisi sociologica permette di osservare e leggere i mutamenti radicali che il fenomeno ha assunto negli anni (Bertolazzi 2008; Lombi 2012a). In tal senso, tra gli studi di carattere macrosociologico, alcuni autori si sono dedicati all'individuazione, classificazione e lettura critica di cinque modelli idealtipici e della loro lettura dell'uso/consumo di sostanze psicotrope: il modello morale, biomedico, dell'apprendimento sociale; quello subculturale e infine il modello della scelta razionale (Lombi 2012a; Bertolazzi 2008). I differenti modelli riscontrati e riconosciuti in letteratura presentano prospettive divergenti in particolar modo rispetto al rapporto tra azione, volontà/libero arbitrio della persona e l'influenza del sistema sociale; e tra volontà e responsabilità. Di conseguenza, ciascuna di queste letture del consumo di sostanze e della dipendenza da queste porta con sé una visione differente in termini di definizione, azioni e interventi in risposta all'uso di sostanze - che a seconda del modello possono essere più centrati sugli aspetti individuali, miranti all'autoregolazione del consumo, oppure su aspetti a livello di società-contesto sociale, miranti al controllo sociale (Lombi 2012a). Di seguito si riportano, senza pretesa di esaustività, alcune riflessioni attinenti ai modelli: morale, medico, dell'apprendimento sociale, subculturale, e della scelta razionale.

Il modello morale

Entro tale prospettiva, l'uso di sostanze è definito come azione deviante: una forma di discostamento, diniego dei valori dominanti della società in cui l'individuo è visto come un criminale che esercitando la libertà di scelta, decidere di violare la legge per il proprio piacere e beneficio. Entro questo modello è possibile ricondurre, seppur con un approccio più moderato rispetto al tema della responsabilità individuale, il pensiero di Durkheim, Parsons e Merton, i quali includono la dimensione sociale e l'influenza del contesto, tenendo conto dell'interplay di fattori individuali e socio-strutturali che intervengono nelle condotte che portano all'uso di sostanze e considerando il contesto sociale come fattore esplicativo del consumo delle stesse (MacGregor 1999, cit. in Lombi 2012a).

Durkheim (1963) considera i fenomeni devianti come prodotto della «mancata integrazione dell'individuo nell'ordine sociale, ovvero una deficienza di valori di orientamento adeguati alla situazione considerata» (Crespi, 1999, p.201). Nella lettura di Parsons, l'uso di droghe è considerato una forma di devianza, esito fallimentare del processo di socializzazione e di adesione ai valori condivisi (Parsons, 1951; Lombi, 2012b). Anche il pensiero di Merton (1959) rientra in quello che è ritenuto il modello morale all'uso di sostanze – e alle politiche proibizioniste connesse – coniugando gli aspetti individuali con gli aspetti sociali. In particolare, egli analizzando le ragioni che portano le persone a adottare comportamenti devianti considera il gap tra le mete culturali e i mezzi legittimi per raggiungerle. Pertanto, la persona che consuma

sostanze rientra nel modello di adattamento denominato da Merton "dei rinunciatari", ovvero di coloro che con la propria scelta individuale rifiutano le mete culturali, e, vivendo in un contesto sociale che non garantisce mezzi disponibili e adeguati per tutti, rigettano i mezzi per perseguire le mete socialmente definite (Lombi, 2012b).

Si tratta di un modello che per molto tempo ha orientato politiche di controllo del fenomeno di domanda e offerta di sostanze in termini proibizionistici e punitivi, prevendo persecuzione e punizione tanto di spacciatori quanto di consumatori (Lombi, 2012b). Altro aspetto significativo di tale lettura, ancora diffusa nel senso comune, attiene al ruolo che la responsabilità in capo all'individuo, la libera scelta e dunque la visione della dipendenza come colpa individuale, abbiano rappresentato un fattore che ha notevolmente contribuito al processo di stigmatizzazione e discriminazione dei tossicodipendenti (OMS, 2008; Lombi, 2012b).

Il modello dell'apprendimento sociale

Questo approccio si caratterizza per riflessioni prive di orientamenti moralistici e ideologici nel tentativo di analizzare i meccanismi attraverso cui la condotta si origina e sviluppa. A tal proposito inquadra l'uso di sostanze in termini di processi di apprendimento, in cui l'accesso alle sostanze è letto come una condotta acquisita, appresa al pari di altre abitudini. Entro tale modello il consumo di sostanze psicotrope è considerato un fenomeno a matrice socio-culturale in cui l'interazione con gli altri significativi assume rilevanza in relazione al sistema di opportunità (Schaler 1991) e in cui è centrale il ruolo reti sociali di riferimento della persona (Lombi, 2012b). In tal senso appaiono importanti le riflessioni di Sutherland secondo il quale i comportamenti devianti, come qualsiasi tipo di condotta, vengono appresi, entro un contesto subculturale, secondo il principio dell'associazione differenziale: da intendersi quale partecipazione a gruppi sociali, differenti da altri per la loro indifferenza nei confronti della legge, questi gruppi portano con sé interpretazioni contrarie al rispetto della legge che sono, in quell'ambiente, prevalenti rispetto a quelle sfavorevoli (Sutherland et al., 1974). Secondo Becker (1987), autore della l*abelling theory*, la devianza è un concetto relativo che non esiste in quanto tale ma che è frutto del processo di definizione ed etichettamento operato da alcuni soggetti nella società su altri.

Il modello biomedico (e medicalizzazione dell'uso di sostanze)

Tale prospettiva propone una lettura dell'uso di sostanze e della dipendenza come malattia, in cui viene significativamente meno la responsabilità individuale attribuita nel modello morale, e si ritiene la persona con dipendenza una vittima della malattia (Lombi, 2012b). Significativo nel diffondersi e accettarsi di questa lettura è stato il cambio di termini utilizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che nel 1960 ha sostituito il termine addiction con il termine *dependence* mettendo maggiormente in risalto gli aspetti puramente biologici della dipendenza: il *craving* (desiderio incontrollabile di consumare) e la *withdrawal* (la sindrome da astinenza).

Questo modello ha contribuito allo sviluppo della medicalizzazione dell'uso di sostanze e delle dipendenze, intendendo con medicalizzazione quel «processo attraverso il quale un problema non medico viene definito come se fosse un problema medico, ovvero, solitamente, come una malattia o un disturbo» (Conrad, 2007, p.4). Secondo Maturo (2008), la medicalizzazione delle dipendenze si realizza attraverso tre dimensioni: l'oggettivazione, cioè la reificazione della malattia in cui il malato è un caso generale senza specificità individuali; la separazione, in cui la diagnosi non tiene conto delle variabili sociali; l'assimilazione, in cui le dipendenze sono trattate come medesima patologia senza distinzioni di diagnosi o terapia. Tre sono i livelli in cui la medicalizzazione interviene, prende forma, si diffonde: istituzionale, realizzato attraverso l'affidamento del problema ai medici; pratico: attuato nella relazione diretta con la persona che usa sostanze e in cui i problemi socio-psicologici vengono definiti secondo categorie e concetti medici. Infine, teorico: fa riferimento al linguaggio e alla concettualizzazione in cui si spiega e si comprende il problema secondo i punti di riferimento della cultura medica (Conrad, 2007; Cipolla, 2007).

In termini di controllo sociale tale lettura consegna il potere di definire e stabilire la natura e le conseguenze del consumo di sostanze, così come le strategie e le politiche di intervento solo alla classe medica (Lombi, 2012). «Il crescere della medicalizzazione ha portato il medico a divenire l'agente del controllo sociale […] è il medico che legittima quella forma di devianza "involontaria" che è la malattia. Finché il malato collabora attivamente con il medico per uscire dal suo stato oggettivamente indesiderato e socialmente indesiderabile la sua devianza temporanea è pienamente legittima» (Maturo, 2007, p. 99). Questo modello trascura quasi completamente le dimensioni sociali del fenomeno per focalizzare unicamente gli effetti farmacologici e chimici delle sostanze (Lombi, 2012b).

Modello subculturale o controculturale

Tale modello si riferisce a una lettura del consumo di sostanze in chiave ideologica e politica, perdendo nel corso degli anni la sua potenzialità euristica dal momento che le subculture si sono sganciate dal sistema di appartenenza di classe (Mori, 2009; Lombi 2012b). Infatti, entro tale approccio l'uso di sostanze è sia strumento e simbolo di protesta e resistenza alla figurazione sociale e al sistema politico dominante ma anche stile di consumo di alcuni gruppi senza valenza conflittuale con l'assetto societario. In tale modello si considera la devianza come risultato dei conflitti di classe connessi alla presenza di valori dominanti, i quali però non sono ugualmente raggiungibili da tutti i membri della società. Coloro che non possono raggiungere i valori della classe dominante per mancanza di mezzi leciti, costruiscono una subcultura/controcultura deviante, con valori opposti a quelli dominanti (Cohen, 1955). Il modello di Cohen presenta elementi in comune con il modello dell'apprendimento sociale e con il pensiero di Merton ma a differenza di quest'ultimo Cohen guarda a soggetti attivi che si muovono dentro un mondo culturale complesso che loro stessi tessono in contrapposizione.

Il modello della scelta razionale

Tale prospettiva propone una lettura delle sostanze psicoattive e del loro uso in termini di beni di consumo, merce che la persona, in qualità di attore che esercita riflessività, sulla base di una scelta razionale, decide se, cosa e in che modo consumare (Lombi, 2012b). Pertanto, colui che consuma sostanze psicotrope è pienamente responsabile per la sua condotta. Questo modello nasce e si sviluppa entro la società postmoderna, definita come società liquida e dell'incertezza (Bauman 1999, 2000), società del rischio (Beck, 1994; 2000), in cui l'uomo è visto come consumatore di beni, "collezionista di piaceri", sottoposto a ritmi sempre più accelerati, con sempre maggiori esigenze, aspettative e richieste sul singolo, in cui l'uso di sostanza possa essere indirizzato non solo all'incremento delle performance ma anche del piacere, un tentativo di ridurre la pressione, di sopportare la fatica, socializzare, rilassarsi (Aldridge et al. 2011; Lombi 2012.). In tale contesto vari autori hanno sviluppato la teoria della normalizzazione della fruizione delle sostanze psicotrope, come pratica «non più soggetta a processi di stigmatizzazione da parte degli altri e non più riconosciuta come deviante da chi la adotti» (Bertolazzi 2008, p. 78); la diffusione tra i giovani del consumo di sostanze come pratica ricreativa, sperimentale, non necessariamente reiterata ha portato Parker e Aldridge (1998; Parker et al.2002; Parker, 2005; Aldridge et al. 2011) a sostenere la tesi della normalizzazione. Gli autori definiscono la normalizzazione come un processo in cui l'uso di sostanze è diffuso nella cultura mainstream (Aldridge et al., 2011) e si realizza in presenza di cinque situazioni: a. contiguità e disponibilità di sostanze illegali; b. crescente tasso di sperimentatori; alta diffusione di consumatori; d. tolleranza verso il consumo moderato e ricreazionale; e. adattamento culturale rispetto al consumo di droghe (Parker e Aldridge, 1998; Bertolazzi, 2008; Aldridge et al., 2011; Lombi 2012). La tesi della normalizzazione, studiata principalmente con riferimento ai giovani e al consumo di cannabis, non implica che tutti i giovani facciano uso di sostanze, bensì evidenzia come, diversamente dal passato, le sostanze siano maggiormente accessibili, disponibili, meno connotate negativamente, e il loro uso maggiormente tollerato (Parker e Aldridge, 1998; Bertolazzi, 2007).

3.1 Studi sociologici su consumi, modelli e stili

Molti autori nel panorama sociologico italiano (Cipolla 2007a; 2007b; Bertolazzi 2008, 2010; Mori 2009; Lombi, 2011, 2012; Palumbo 2012) concentrano l'attenzione sugli stili di consumo e sui cambiamenti nel mondo dei consumi di sostanze avvenuti principalmente tra gli anni 70 e l'inizio degli anni Duemila, sottolineando la diffusività delle sostanze, pervasive e facilmente raggiungibili e i mutamenti nei significati e nelle modalità del consumo, che tendono a moltiplicarsi così come si moltiplicano le sostanze disponibili (*ibidem*; Beck 2000).

Come evidenzia Palumbo (2012), il fenomeno della dipendenza ha subito un significativo mutamento nelle sue forme di consumo partendo dagli anni Settanta e Ottanta, in cui vi era un forte stigma sociale nei confronti dei consumatori, principalmente di eroina, arrivando alla società

attuale definita da molti come società della dipendenza, in cui si differenziano modelli di consumo diversificati e meno condannati, con utilizzi ricreativi, socializzanti e performanti (Cipolla 2007; Bertolazzi, 2008; Lombi 2012; Palumbo 2012; Palumbo et al. 2012;). A tal riguardo gli studi condotti da Cipolla (2007a) mettono in luce, partendo dalle prospettive di chi consuma sostanze, le differenti esigenze a cui differenti sostanze rispondono: dal bisogno di rilassarsi e dunque la ricerca di serenità e calma, alla ricerca di adrenalina e dunque eccitamento, e ancora alla voglia di divertirsi e socializzare; emerge dunque il ruolo che le sostanze svolgono passando «da strumento per attenuare il dolore» (Cipolla 2007a, p. 7), tipico degli anni Settanta e Ottanta, ad essere interpretati come «mezzo volto ad intensificare il piacere» (Cipolla 2007a, p. 7).
Cipolla e Martoni (2009) delineano un quadro del consumo di sostanze stupefacenti che dagli anni Duemila è profondamente mutato rispetto agli anni '80 e '90, mettendo in risalto come l'assunzione di sostanze sia divenuta una pratica radicata e integrata nel tessuto sociale: la definiscono «come uno dei tanti comportamenti edonistici adottati da persone socialmente "integrate", che nei weekend e in vacanza si divertono usando droghe, ma che durante la settimana svolgono tranquillamente il loro lavoro o vanno regolarmente a scuola» (p.196). Ci troviamo oggi dunque di fronte a un consumo che, come sottolinea Molteni (200) si caratterizza per essere diffuso in diversi ambienti e contesti di vita, con assunzioni legate agli effetti desiderati, portando così sempre di più all'aumento della poliassunzione.

Ancora il consumo può assumere forme di automedicazione, in cui si guarda all'uso di sostanze in ottica performativa e curativa della sofferenza, disagio, male di vivere (Cipolla 2007). In tale prospettiva «la droga […] è una forma di autocura, una medicina alternativa o non convenzionale o basata su altri (e propri) principi metodologici che serve a rendere meno pesante e dolorosa […] assumo sostanza psicoattive come se esse fossero psicofarmaci che gestisco a modo mio per alleviare malattie i natura essenzialmente psichica» (Cipolla 2007, p.41, cit in Lombi 2012). Come evidenzia Amendt (2003), la quotidianità è divenuta per molte persone uno stato difficile da sopportare, pertanto, molti individui ricorrono alle sostanze per evadere la realtà, rimuoverla o renderla migliore: «le droghe vengono usate come mezzi di automedicazione» (ibidem, p.43)

Bertolazzi (2007) propone una modellizzazione degli stili di consumo, basata principalmente sulle sostanze di utilizzo e sui significati cui l'assunzione e la sostanza si rivolge. L'autrice individua tre approcci interpretativi: il primo definito come "uso performativo" , richiamando Ehrenberg (1991; 1998, cit in Bertolazzi, 2007, in cui l'assunzione prodotta dall'uso sostanze è volta a colmare il malessere esistenziale per affrontare le esigenze di riuscita, autonomia e performance in un contesto sociale caratterizzato dallo svincolamento di legami sociali forti, dalla precarietà della vita in tutte le sfere, e dall'incertezza di fondo che caratterizza l'esistenza umana. Il secondo definito "edonistico" (Maffesoli 1993; Room 2002; Bergmark 2004; Bertolazzi 2007) tipico delle esistenze che pongono al centro il piacere e la felicità in risposta alle istanze di successo poste in essere dalla società: si colloca qui la funzione auto-curativa delle sostanze sia come mezzo di

potenziamento delle performance, sia come soddisfazione di piacere. Il terzo modello è quello della "normalizzazione", nel quale gli stili di consumo si caratterizzano per «set e setting specifici» (Bertolazzi, 2007, p. 79) che devono collocarsi all'interno degli ambiti della vita quotidiana, in cui il consumo non ostacola ma anzi può rendere possibili ruoli sociali. Nella riflessione proposta da Bertolazzi (2010) vi è un focus sulla presenza di un agire riflessivo, di una capacità di riflessione delle persone con dipendenza sulle loro azioni e sui possibili effetti negativi di tali azioni. Tale concezione della persona con dipendenza risulta coerente con la prospettiva di lavoro sociale relazionale[3] teorizzata da Folgheraiter (1998; 2011) il quale evidenzia il concetto di capacità di azione della persona e dunque la ricerca della capacità di azione e riflessione delle persone con dipendenza, richiamando alla necessità che ogni qualsivoglia intervento proposto dagli operatori sociali in relazione con la persona parta dalla motivazione e dalla volontà della persona stessa, sebbene minima, di operare un cambiamento.

4. Adolescenza, comportamenti a rischio e uso di sostanze

Sostanze stupefacenti e adolescenza sono due fenomeni che si trovano molto spesso in correlazione tra loro: la maggior parte della letteratura scientifica e della letteratura grigia presenta, infatti, numerosi elementi di riflessione e connessione tra questi mondi. Trasversalmente viene sottolineato come l'adolescenza sia una fase della vita caratterizzata da una maggiore propensione alla sperimentazione, all'assunzione di comportamenti a rischio, tra i quali rientrano, oltre all'uso di sostanze – legali e illegali – comportamenti pericolosi in relazione a internet, gioco d'azzardo, giochi estremi (Palareti, Emiliani, Passini 2012; Crome e William, 2020;).

L'adolescenza è una fase della vita che si colloca tra l'infanzia e l'età adulta e risulta caratterizzata da cambiamenti nei processi biologici, psicologici e sociali, in cui gli adolescenti passano dalla dipendenza all'indipendenza, all'autonomia e alla maturità (Gerald e Gerald, 2004). Nel percorso di scoperta e definizione di sé tipico dell'adolescenza i giovani sperimentano ruoli, modalità di interazione, esperienze e questo li rende più esposti a situazioni e comportamenti a rischio (Chaim e Shenfeld, 2014). Gli individui crescono rapidamente, sviluppano caratteristiche sessuali secondarie, capacità cognitive di ordine superiore e adottano gradualmente comportamenti sociali da adulti (Baer e Peterson, 2002). Nelle tappe di sviluppo proposte da Erikson (1987) è una fase caratterizzata dalla definizione della propria identità e del proprio sé futuro, in cui si ricerca il proprio scopo e ruolo nella società. I processi evolutivi centrali in tale fase della vita sono connessi all'identificazione e affermazione di sé, entro una dinamica di sperimentazione e differenziazione-separazione dalla propria famiglia in primis e dagli altri. In adolescenza si sperimenta la dicotomia

[3] Per gli approfondimenti sul paradigma relazionale di lavoro sociale e la lettura delle dipendenze entro tale approccio sono presenti nel capitolo 3, dove vengono presentati alcuni approcci teorici di Social Work, la loro lettura della dipendenza e del sostegno che i social workers possono offrire in tali situazioni, dedicando ampio spazio all'approccio relazionale, assunto quale framework teorico e lente di osservazione dell'intero processo empirico di ricerca.

tra dipendenza e autonomia e l'adolescente si trova impegnato in due processi opposti: da un lato, sul versante della relazione, è chiamato a divenire un adulto capace di inter-dipendere, stare in relazione con l'altro ma anche stare da solo, raccogliendo in sé le funzioni e i bisogni di relazione che prima erano assolti dai genitori; dall'altro, sul versante identitario, è chiamato a costruire un senso di sé definito, coeso, con una sufficiente autostima. In entrambi i casi per separarsi dall'altro significativo – genitore, caregiver – sarà necessario aver fatto proprie le funzioni che questo svolgeva.

I cambiamenti che si vivono in adolescenza assumono caratteristiche peculiari nel rapporto con il mondo degli adulti e la relazione con il gruppo dei pari (Sandrini, 2010). La relazione tra adolescente e adulto appare essere ambivalente per la doppia visione che l'adulto ha sull'adolescente: da un lato quasi adulto e dunque che dovrebbe assumere responsabilità, regole, doveri, dall'altro ancora piccolo, da controllare, accompagnare, sostenere (*ibidem*). Il gruppo dei pari è un elemento centrale dell'adolescenza, fonte di identità, contesto in cui proiettarsi, sperimentare ruoli e regole, condividere (*ibidem*).

L'adolescenza risulta essere connotata storicamente e culturalmente pertanto non è qui proposto un range di età che possa essere assunto a individuazione esatta, che, almeno nei paesi occidentali, inizia sempre più precocemente e, in particolar modo nei paesi mediterranei dell'Europa, si protrae a lungo. Infatti, viene sempre più spostato il limite di fascia d'età con cui, anche nelle indagini sociologiche si fa riferimento all'adolescenza, a volte chiamata "tarda adolescenza" a causa dell'allungamento del periodo di studio, del tardivo allontanamento dalla famiglia d'origine, della precarizzazione del mercato del lavoro (Gallina, 2013). Anche per tali ragioni spesso i termini ragazzi, adolescenti, giovani vengono utilizzati in modo intercambiabile con il prolungarsi della giovinezza (Cirillo et al.1996; Gallina, 2013).

L'uso di sostanze – legali e illegali – trova spesso origine nelle sperimentazioni realizzate in adolescenza e giovane età, anche se ciò non significa che tutti coloro che fanno uso di sostanze sviluppino una dipendenza da queste. Come evidenziano Heather (2017) e Pickard e Ahmed (2017) moltissimi giovani presentano un andamento in aumento dell'uso di sostanze fino ai 24 anni per poi ridurre e smettere autonomamente il consumo con l'arrivo della tarda giovinezza e l'inizio di assunzioni di compiti e responsabilità tipici dell'età adulta. Il consumo occasionale di sostanze è la modalità più diffusa tra gli adolescenti e si caratterizza per un uso integrato con il mondo e il contesto produttivo, sociale, scolastico, tuttavia pur non trattandosi di una dipendenza conclamata, possono presentarsi modalità e conseguenze rischiose (Di Blasi, 2006). Questo tipo di consumo presenta un andamento temporale tra i 15-16 anni fino ai 24-25 anni, quando il giovane accetta nel suo percorso evolutivo di convivere con rappresentazioni di sé meno onnipotenti e narcisistiche. Nonostante ciò, Ravenna (1997) evidenzia la presenza di un rischio di una evoluzione del consumo di sostanze verso una dipendenza vera e propria quanto più è precoce l'incontro con le sostanze psicoattive.

Alcuni autori si sono soffermati a esplorare, comprendere e descrivere le esperienze che gli adolescenti, i giovani adulti, si trovano a vivere nel loro interfacciarsi con il mondo delle sostanze. In quella che Beck (1986, trad. it. 2000) ha definito come la società del rischio, Startari (2012) evidenzia come gli adolescenti siano costantemente esposti al rischio, anche a causa dell'assenza di fasi chiare e definite e dal venir meno dei riti di passaggio in cui in passato il rischio si inseriva e contestualizzava: l'assenza – reale o percepita – di confini e limiti con i quali i giovani possano sperimentarsi e testarsi lungo l'adolescenza porterebbe, secondo l'autrice, a un aumento della ricerca del rischio e del limite, portando i giovani a «mettere a rischio la loro esistenza per scoprire se vale la pena di essere vissuta» (p. 109).

Il rischio è divenuto un elemento connaturato della società postmoderna nel quale le persone, e i giovani in particolare, vivono e sperimentano un senso crescente di smarrimento, incertezza lungo il proprio percorso di vita (Beck, 2000; Gallina 2013). Gli adolescenti si trovano a vivere in una società caratterizzata da insicurezza, incertezza, dissoluzione della tradizione, individualizzazione (Beck, 2000), in cui la persona diviene "consumatore", "raccoglitore" "cercatore" di sensazioni (Bauman, 1999). Questa società si caratterizza per due aspetti principali: il primo attiene il considerare le persone come individui liberi e indipendenti ma in cui tale condizione si accompagna a una percezione di poca consapevolezza di sé, dal tentativo di svincolarsi dal peso delle responsabilità, e dalla presenza di desideri narcisistici di gratificazione immediata; il secondo aspetto attiene alla pluralizzazione, l'ampliamento delle potenzialità autorealizzative individuali a fronte di un'eccedenza di stimoli, possibilità, informazioni (Baumann 1999; 2002; Gallina, 2013). Entro tale panorama sociale, i comportamenti di rischio richiedono necessariamente una visione multidimensionale se legati alla fase dell'adolescenza, poiché solo entro questa visione sarà possibile leggere e considerare «comportamenti devianti, trasgressioni, assunzioni di sostanze, azioni "a rischio", senza cadere nel pericolo di attribuire tali dinamiche esclusivamente a fattori di personalità o a solo al contesto sociale» (Santerini, 2010, p.13).

Come evidenziano alcuni autori (Newcomb e Bentler, 1989; Passini, 2016) l'uso di sostanze spesso prende avvio in adolescenza come ricerca, sperimentazione di sé, in una fase caratterizzata da un lato da un bisogno di autonomia crescente ma anche da interdipendenza, entro un contesto della società dei consumi, dei consumatori, in cui la felicità del qui e ora sembra essere raggiungibile solo con i consumi, in cui i giovani vengono considerati principalmente in qualità di consumatori (Bauman, 2008; Gallina, 2013). Tipico dell'adolescenza appare essere:

> «il bisogno di rischiare, inteso come assunzione di rischi in termini comportamentali, si esprime con particolare intensità. Esso si manifesta tramite numero comportamenti i sperimentazione che fanno parte dei normali processi di sviluppo. Si tratta di condotte che consentono all'adolescente di mettere alla prova le proprie abilità e competenze, di concretizzare i livelli di autonomia e di controllo via via raggiunti e di sperimentare nuovi e diversificati stili di comportamento. Tuttavia tale assunzione di rischio può portare l'adolescente a mettere in atto comportamenti estremamente dannosi per la propria ed altrui salute» (Malagoli Togliatti, 2004, p.67)

Se da un lato l'assunzione di rischio e la tendenza a confrontarsi e sfidare i limiti fanno parte della tipica evoluzione adolescenziale, e dunque il rischio non dovrebbe necessariamente sempre essere considerato come problematico (Sharland, 2006), dall'altro lato, la sperimentazione e l'assunzione di comportamenti a rischio hanno la possibilità di esporre negativamente la salute e il benessere psico-fisico dell'adolescente (Pietropolli Charmet, 1995; 2000; Sandrini 2010). Come evidenzia Beck (1994) la trasgressione in adolescenza è finalizzata a trovare nuove regole, è il «bisogno di cercare e inventarsi nuovi punti fermi, in cui il rischio è inteso «come azzardo, intraprendenza, coraggio, messa alla prova delle proprie capacità» (Gallina, 2013, p.20). Startari (2012) propone un'interessante riflessione circa la costruzione dell'identità adolescenziale e l'assunzione di comportamenti a rischio. Essa parte dal considerare il contesto sociale e la cultura attuale caratterizzata da individualismo, mancanza di tolleranza alla frustrazione, narcisismo, entro una disgregazione delle certezze e una necessità di trovarne e inventarne di valide per sé stessi (Beck 1994; Gallina, 2013). Gli adolescenti, in questo contesto sono chiamati a una significativa libertà di scelta, però, entro una pressione a conformarsi, chiamati alla responsabilità ma anche dipendenti da condizioni che sfuggono totalmente dal loro controllo. Entro tale panorama i ragazzi esprimono il loro disagio «con la pura reiterazione di comportamenti che hanno il fine di raggiungere elevati stati di eccitazione e piacere per allontanarsi dalla realtà quotidiana e dai sentimenti non tollerabili» (Startari, 2012, p. 102). A tal riguardo è possibile distinguere tra condotte a rischio, tra le quali si trova un ottimismo irrealistico dato da una sottostima del rischio e dalla ricerca di sensazioni e novità, sino al rischio estremo come sfida, ricerca attiva del rischio della passività. Rientrano qui comportamenti come il consumo, i giochi al limite, la velocità. I comportamenti a rischio sono ricercati per pura reiterazione del piacere e dell'eccitazione: «si esagera per valutarsi, per mostrarsi, per rivalutarsi» (Startari, 2012, p. 111). Quello che è importante focalizzare sono le conseguenze che l'adozione di condotte a rischio può avere sui giovani, che sono significativamente differenti sulla base della risorse culturali e materiali e sulla disponibilità di una rete sociale di sostegno o meno. «[…] a rischio siano soprattutto quei ragazzi che non possiedono gli strumenti per scegliere […] il possesso di strumenti culturali permette di resistere ai condizionamenti sociali esterni e di reagire ad essi» (Startari, 2012, p.115).

Molti autori sottolineano come le motivazioni psicologiche riscontrabili rispetto l'uso di sostanze in giovane età, lungo l'adolescenza, siano intrecciate ai bisogni peculiari di questa fase della vita: bisogno di sostegno nelle relazioni sociali, bisogno di trasgressione, bisogno di fuggire stati emotivi sofferenti. In particolare vi è il bisogno di regolare stati emotivi spiacevoli da un lato e ricercare sensazioni forti e nuove dall'altro (Santerini 2010). Rispetto alle emozioni molti autori sottolineano la difficoltà dei giovani di vivere le proprie emozioni, di trovare le parole per dargli un nome, raccontarle. Tali difficoltà possono aumentare il riscorso all'uso di sostanze per non sentire dolore, non pensare. Adolescenti fragili, ricchi di incertezze, con scarsa fiducia nelle

proprie capacità e possibilità e non si sentono in grado di rispondere alle richieste esterne: sperimentano dolore grande (Sandrini 2010).

Entro quella che viene definita come la società dei consumi, il consumo diviene un aspetto centrale del nostro vivere che concorre al definire la nostra identità (Dionigi e Pavarin 2010): in tale scenario i giovani vivono un intensificarsi del presente, del qui e ora, in cui bisogni, desideri, aspettative sono declinati in termini di istantaneità, velocità, risultato immediato. Un primo scenario in cui collocare l'uso generalizzato di sostanze psicoattive oggi è quello della cultura additiva in cui siamo spinti alla ricerca di qualcosa di esterno a noi che vada ad assolvere a precise e contestualizzate funzioni: il consumo oggi appare finalizzato a raggiungere determinati e desiderati stati psicoattivi, prestazioni psicosociali e richieste per avvicinarsi a modelli stereotipati proposti dal contesto in conformazione alle norme del gruppo dei pari per controllare o nascondere le proprie fragilità.

Altri aspetti che nell'adolescenza contemporanea portano con sé criticità e fragilità sono legati alla famiglia, come evidenzia Galimberti (2007) la famiglia non svolge più una funzione educativa come in passato e in questa fase della vita sono gli amici a fornire il senso del noi, in tale scenario può risultare complesso per l'adolescente riuscire a formarsi un concetto di sé stabile e compatto. Pietropolli Charmet (2008) vede la fragilità degli adolescenti della società moderna come causata dalla mancanza di modelli di riferimento che consentano loro effettivamente di mettersi alla ricerca della propria identità. Secondo Lancini (2023) l'adolescenza ribelle e trasgressiva appartiene a modelli del passato, riscontrando oggi la presenza di un'adolescenza caratterizzata dal prevalere di sentimenti e rappresentazioni di vergogna, inadeguatezza, delusione. Sono questi, secondo l'autore, i sentimenti che accompagnano l'immergersi comunque in esperienze di rischio e di limite degli adolescenti odierni.

Come evidenzia Grosso (2011), in particolar modo per la popolazione giovanile «il fenomeno del consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, si è sovrapposto e ha in parte scalzato la realtà della dipendenza» (p. 109). Se da un lato l'uso di sostanze prende avvio in contesti di normalizzazione, di tolleranza verso l'uso ricreazionale (Cipolla, 2008) con finalità relazionali ed emotive, dettate dalla ricerca di emozioni profonde (Gallina, 2019) e dalla ricerca di un senso di accettazione, di essere parte del gruppo, rendere più sciolte e fluide le relazioni sociali, dall'altro i giovani con dipendenze sperimentano ed esprimano un senso di disagio, di inquietudine, di malessere, che trova sollievo nell'uso stesso di sostanze (Galimberti, 2007).

Nell'analisi proposta da Sharland (2006) rispetto all'assunzione di rischi da parte degli adolescenti – e a partire da perché tali aspetti siano importanti per il social work – sottolinea come l'adolescenza sia un periodo potenzialmente caratterizzato da rischio, sia per definizione, sia a causa del contesto contemporaneo. L'autrice richiamando la teoria dell'individualizzazione (Giddens) e del rischio (Beck) le critica dal momento che non tengono conto delle dimensioni

strutturali e per la tendenza a ignorare la complessità delle percezioni del rischio e delle sue costruzioni culturali. Sottolinea, dunque, l'importanza di comprendere il rischio nell'adolescenza in modo critico e contestualizzato, tenendo in considerazione le disuguaglianze sociali, le quali espongono maggiormente al rischio e alla propensione di correre rischi i giovani con adolescenti con un background socioeconomico meno elevato.

Un aspetto fondamentale da considerare, come sottolineato da Meringolo e Chiodini (2011) è che si presume che i giovani utilizzino sostanze a causa di una mancanza di conoscenza o di una sottovalutazione dei rischi associati all'uso, ma questa ipotesi non è stata confermata da diverse ricerche (Kelly, 2005). Al contrario, tali studi indicano che i giovani sono spesso consapevoli dei rischi connessi. È quindi importante considerare la diversa interpretazione di rischio da parte dei giovani e dei professionisti (Douglas, 1991). Gli operatori del settore tendono a considerare il rischio come sinonimo di danno, mentre i giovani consumatori lo interpretano come la possibilità di verificarsi di un effetto indesiderato, decidendo di affrontarlo sulla base della convinzione che l'insorgenza di danni sia possibile, ma non certa e forse nemmeno probabile.

4.1 Adolescenti: motivazioni e modelli di consumo

L'assunzione occasionale di sostanze psicoattive lecite e illecite è un comportamento ordinario tra i giovani al di sotto dei 20 anni (Ravenna, 1996). Appartiene a quelle attività di sperimentazione, intraprese per ricercare autonomia e specificità in rapporto ai genitori e ai coetanei.

Secondo vari autori, i comportamenti a rischio messi in atto dagli adolescenti rappresentano un'azione dotata di senso, che si colloca in uno specifico momento della vita e in un contesto particolare, al fine di raggiungere obiettivi ritenuti significativi a livello personale e sociale (Bonino et al., 2007; Bergotti et al., 2011). Tra le motivazioni che vengono riportate rispetto al consumo di droga ve ne sono 3 di principali: la ricerca di un fine edonico, quale l'alterazione di uno stato di coscienza, anche in termini di divertimento; il bisogno di migliorare la propria immagine, accrescere l'autostima, ridurre situazioni di disagio o stati interiori di inadeguatezza anche in termini di relazioni sociali (Ravenna, 1997); la necessità di passare da sostanze più "leggere" ad altre più alteranti.

In merito alle motivazioni connesse al divertimento il consumo di sostanze in giovane età risponde a bisogni di eccitazione, di ricerca di emozioni nell'ambito dei contesti e delle attività di loisir (Dunning, 2001). Come evidenzia Gallina (2013) le attività di loisir sono diventate un valore postmoderno e indicano il tempo libero, lo spazio personale dedicato al divertimento al piacere che diventano il fine dell'esistenza in cui ricchezza, bellezza, potere, forza sono traguardi della cultura dominante difficili da conseguire ma ambiti. Tali fini dell'esistenza rappresentano dei miraggi e l'uso di sostanze è visto come un collante, un rinforzo nella ricerca di piaceri ed emozioni (Morin 2002; Gallina, 2013; 2019). È presente una cultura del divertimento, della vita

notturna (Cipolla e Martoni, 2009; Molteni, 2009; Gallina, 2019), legata prevalentemente al weekend, orientata alla ricerca di uno stato euforico, di divertimento, ricreativo (Bertolazzi, 2008). Spesso questa cultura è stata identificata e connessa al mondo dei rave party e dei sui partecipanti: una cultura, quella dei rave, basata sulla ritualità, la musica e la condivisione nell'assunzione di sostanze, sperimentazione di nuove modalità di relazione e ed esperienze cognitive (Mori, 2007; Gallina, 2019).

In termini relazionali, l'uso di sostanze è connesso alla ricerca di uno stato di eccitamento che favorisce condotte disinibite, comunicazione più intensa e relazioni più gratificanti. Infatti, come evidenzia Bertolazzi (2008) le motivazioni emotive non si collocano solo in termini individuali ma sono indirizzate al favorire lo sviluppo di relazioni sociali e orientante al contesto sociale in senso più ampio. «Il ricorso a sostanze psicoattive enfatizza il senso di cameratismo e di benessere in diverse situazioni sociali contribuendo a creare un'atmosfera di apertura, facilitando la comunicazione e la condizione di sentimenti ed esperienze».

Infine, l'uso di tabacco e sigarette e/o l'uso di alcol come bere che accompagna i pasti sono viste come prime esperienze in cui «arriva ad un certo punto la cannabis. Può accadere come conseguenza, in modo autonomo o collaterale o, addirittura, prima, secondo meccanismi individuali e socializzativi che sono stati poco studiati (almeno dai sociologi), anche perché dalla cannabis normalmente si parte» (Cipolla, 2007, p. 29-30). In tal senso, la motivazione sottostante è legata ad un percorso di avvicinamento e accesso al mondo delle sostanze che porta a un "upgrade" sino a potersi trasformare in una dipendenza da sostanze.

Altre motivazioni possono essere connesse al desiderio di curiosità e nel bisogno di "*sentirsi grande*" (Testoni, 2001); da tratti di personalità orientati alla "non convenzione", come ribellione, trasgressione, incapacità o disinteresse alla realizzazione personale, bassi livelli di autostima (Ravenna, 1996); nonché come ricerca di sensazioni forti, *il sensation seeking*, per contrastare la noia (Zuckerman, 1979a; 1979b; 1986).

Se da un lato sono presenti contesti sociali e caratteristiche individuali che orientano stili e modelli di consumo, dall'altro, come evidenzia Pavarin (2012), vi è un ruolo giocato dalle funzioni cui la sostanza assolve o sembra orientata, dunque in relazione ai significati che il consumatore le attribuisce e sulla base dei quali effettua una scelta. Si tratta di un aspetto confermato da numerose ricerche condotte dal gruppo inglese di Boys e colleghi dalle quali emerge che per i giovani la decisione di usare una droga sia basata su un processo razionale di valutazione degli effetti e non semplicemente sulla disponibilità o sulle pressioni in un dato contesto (Boys et al, 1999a; Boys et al., 1999b; 2000; 2001). Gli effetti ricercati riscontrati variano da aspettative di benessere generali (sentirsi meglio), alla ricerca di effetti individuali specifici (aumento fiducia in sé stessi) (*ibidem*).

Nell'analizzare i significati attribuiti all'uso di sostanze e le motivazioni di uso Dionigi e Pavarin (2010) propongono una classificazione dalla quale emergono quattro principali tipologie di funzioni frutto dell'incrocio tra la ricerca di incentivi che vadano ad agire a livello interno (aspetti individuali e motivazioni interne) o esterno (fattori socio-contestuali, socialità e disponibilità sostanze) e dalla ricerca di effetti positivi, piuttosto che dalla volontà di mitigare effetti negativi. Le motivazioni di uso connesse alla ricerca di incentivi interni e effetti positivi sono: curiosità, ricerca di sensazioni, consumo per il gusto di farlo, disinibizione, piacere, desiderio della sostanza, alimentazione, ricerca di alterazione, relax, motivazioni prestazionali, potenziamento degli effetti di altre droghe; si ritrovano qui sostanze quali alcol, cannabis, popper, LSD, funghi allucinogeni, cocaina, ecstasy, eroina, crack, ketamina. Le motivazioni afferenti a incentivi esterni e dalla ricerca di effetti positivi sono: accessibilità, disponibilità, cultura, normalità, socialità, divertimento (sostanze: alcol, cannabis, popper, LSD, funghi allucinogeni, cocaina, ecstasy, eroina, crack, ketamina). Rispetto alla volontà di contrastare gli effetti negativi e la presenza di incentivi interni le motivazioni dell'uso di sostanze sono volte all'autocura, al desiderio di evadere, all'evitamento della noia, sollievo del senso di solitudine, sentirsi più sicuri per tali combinazioni le sostanze elettive sono cannabis, LSD, oppio, cocaina, eroina, psicofarmaci. Infine, incrociando la volontà di contrastare effetti negativi con la presenza di incentivi esterni il consumo pare motivato da emulazione e sostituzione di altre sostanze con utilizzo di cannabis, LSD, ecstasy, oppio, cocaina (Dionigi e Pavarin, 2010)

Entrando nello specifico delle motivazioni che adolescenti e giovani adulti attribuiscono a specifiche sostanze emerge come l'alcol risulti connesso a dimensioni sia interne ed esterne all'individuo e finalizzato a sensazioni piacevoli oltre che a favorire la socialità (Cox e Klinger, 1988); la cocaina viene assunta per la ricerca di alterazioni dell'umore e facilitare le funzioni di socialità (Boys, et al., 1999; 2000; 2001); la marijuana, invece, secondo Lee e colleghi (2007) e Zvolesnky e colleghi (2007) è associata a significati e attribuzioni differenti: ricerca del piacere, conformismo, curiosità, noia, relax, attenuare stati emotivi e sensazioni negative. Rispetto al consumo di eroina, Ahmadi e Ghanizadeh (2000) riscontrano come il consumo abbia inizio per conformismo e per ricerca di piacere proprio sebbene poi la continuazione dell'assunzione divenga motivata da abitudine e bisogno/ necessità/ astinenza. Se vari studi si focalizzano sui significati e i contesti di assunzione, sulle motivazioni e gli effetti associazioni alle sostanze, altri autori (Boys et al. 2001; Pavarin 2012a) mettono in risalto come siano minoritari gli studi che descrivono i processi di scelta da parte dei giovani nell'avvicinarsi alle sostanze e al loro utilizzo. In una ricerca condotta nel territorio di Bologna sui differenti percorsi che portano gli adolescenti, tra i 13 e i 16 anni, a consumare sostanze legali e illegali e sui motivi d'uso delle differenti sostanze è emerso che vi è una maggiore probabilità di usare sostanze laddove i giovani hanno una bassa percezione del rischio sul consumo della stessa – a tal riguardo le sostanze quali ecstasy, eroina, crack e cocaina, sono state ritenute dai partecipanti sostanze molto pericolose – e hanno

maggiore denaro a disposizione (Pavarin, 2012). Rispetto ai significati e motivi di consumo in quel contesti è stata rilevata in modo trasversale tra le sostanze e per ragazzi di entrambi i sessi, la ricerca di piacere e curiosità di specifiche sostanze; nello specifico l'alcol è stato associato al divertimento, alla curiosità e al piacere; la cannabis è consumata per curiosità, socialità, piacere, divertimento, e in modo residuale "per sballarsi", in questo caso emergono delle differenze di genere per cui i ragazzi prediligono l'uso per divertimento, mentre le ragazze per favorire la socializzazione; la cocaina è vista in termini di curiosità e autocura (Pavarin, 2012a; Pavarin, 2012b).

Entro tale panorama, emergono alcuni fattori che appaiono influenzare la decisione di consumare stupefacenti e sono connessi sia ad aspetti individuali che socio-contestuali. Tra i fattori individuali incidono le aspettative e le funzioni attribuite alle singole sostanze, le condizioni psicofisiche, la posizione sociale e la percezione del rischio. Le funzioni attribuite alle sostanze sono varie e differenti: aumento dell'energia, rilassamento, ridurre la noia, diminuire le inibizioni, alleviare sensazioni negative, eliminare l'appetito, potenziare l'autostima, facilitare il lavoro (Boys et al., 1999; 2000; 2001; Dionigi e Pavarin, 2010; Cipolla, 2007; Pavarin e Emiliani, 2012). Per quel che concerne i fattori socio-contestuali le sostanze appaiono essere scelte non solo in relazione alle funzioni loro attribuite bensì anche dei contesti nei quali vengono utilizzate; si aggiunge poi la questione del prezzo e la facilità di procurarsi la sostanza (Dionigi e Pavarin, 2010).

4.1.1 La gateway theory

Ritenere che la cannabis sia un "punto di partenza" nell'accesso al mondo delle sostanze e nel possibile sviluppo di una dipendenza oltre ad essere una credenza diffusa nel senso comune è l'ipotesi su cui si fonda la *Gateway Theory*. Con particolare riferimento all'adolescenza e al consumo di cannabis è stata infatti proposta la "Gatway Hypthesis" secondo la quale l'uso di cannabis, in particolare in giovane età, possa rappresentare la porta di accesso al consumo di sostanze definite pesanti e dunque possa favorire lo sviluppo della dipendenza (Welte e Barnes, 1985; Unodc 2006; Bertolazzi, 2008). Secondo tale ipotesi la cannabis potrebbe abbassare le barriere psicologiche nei confronti di sostanze quali eroina e cocaina, predisponendo così l'individuo a sperimentare altre droghe, oltre al fatto che il contatto con gli spacciatori potrebbe incoraggiare a sperimentare altre sostanze (Runciman, 1999). Si tratta di una teoria che ha orientato e sostenuto le prospettive politiche e legislative in termini proibizionisti. Tuttavia, i meccanismi che sottendono tale associazione rimangono poco chiari e non prendono in considerazione altri fattori quali il contesto sociale di uso, la pressione del gruppo dei pari, la presenza di altre sostanze, quali tabacco e alcol, che insieme alla cannabis sono tra le più facilmente reperibili (Bertolazzi, 2008). Infatti, la validità di tale ipotesi è spesso stata oggetto di dibattito: vi è una contestazione dell'idea che l'uso iniziale di cannabis sia una causa diretta

dell'apertura al consumo di altre sostanze, suggerendo maggiore attenzione e comprensione di fattori genetici, ambientali, psicologici (Morral et al., 2002). Un altro aspetto critico di tale prospettiva concerne il fatto che tendenzialmente gli studi a supporto sono realizzati con popolazioni di soggetti dipendenti da eroina (Bertolazzi, 2008). Come evidenziano alcuni autori (Cipolla, 2007; Bertolazzi, 2008), è necessario essere molto critici rispetto tale teoria dal momento che sono rinvenibili tanto prove a sostegno quanto prove contrarie. È dunque importante considerare che, sebbene tra coloro che consumano cannabis, si rilevi l'esperienza di consumo di altre sostanze, ciò non pare determinare lo sviluppo di una dipendenza da esse (Bertolazzi, 2008; Cipolla, 2007). Ciò nonostante, vi è la tendenza a leggere il consumo di sostanze e la dipendenza in termini di processo a stadi lineari, entro i quali evolve e progredisce, in modalità che sembrerebbero irreversibili, il comportamento di assunzione (Kandel et al., 1992; Kandel 2002). Secondo Kandel (1992; 2002) infatti sono riscontrabili una serie di step, fasi progressive nei modelli di consumi nei quali l'alcol precede la cannabis, quest'ultima anticipa l'uso di amfetamine e cocaina, stimando che la quasi totalità delle persone che fanno uso di sostanze illecite ha usato come prima droga la cannabis: tuttavia, non sono disponibili prove scientifiche del fatto che ci sia una logica di irreversibilità tra queste tappe che porterebbe a percorrerle tutte.

4.1.2 Il policonsumo

Quando si tratta di sostanze, uso, consumo e dipendenza, vi è la tendenza a ritenere la poliassunzione di sostanze come un tutt'uno con la polidipendenza – ossia presentare i criteri per la diagnosi di dipendenza da più sostanze. Dal momento che in letteratura non è presente una definizione univoca è possibile riferirsi al consumatore di più di una sostanza sia in termini diacronici che in termini sincronici (Bertolazzi, 2008). Se il policonsumo di sostanze è spesso stato ritenuto un nuovo stile più tipico degli ultimi anni, rappresenta invece una modalità e un pattern molto diffuso, presente e osservato sin dagli anni Ottanta (*ibidem*). Nel contesto attuale ciò che appare prevalere è il policonsumo inserito in un quadro di normalità, connesso a contesti di utilizzo e funzioni ricercate nelle sostanze (Cipolla, 2007; Bertolazzi, 2008). In tal senso, il policonsumo rappresenta «il vero paradigma emergente nel quale si manifesta la vera cultura della droga in qualsiasi modo essa voglia essere intesa e concepita tra i giovani» (Cipolla, 2007, p. 28). Cipolla propone cinque differenti modelli di consumo. Il **modello a sostanza dominante**, dove vi è una sostanza egemone a cui si associano altre con finalità diverse e subordinate: le sostanze che associate vanno a completare, contenere, compensare la sostanza dominante in diverse dimensioni di vita. L'autore vede qui la dipendenza come unica, legata a una sostanza. Il **modello complementare e/o a rinforzo incrociato** tra più sostanze: caratterizzato dalla prevalenza del mix, l'assunzione di una sostanza avviene in aiuto nella gestione delle conseguenze di un'altra; si parla di addiction come dedizione culturale, relazionale, psicologica (2007). Il **modello/non modello del supermarket**: in questo modello il consumo appare confuso e occasionale, sembra mancare una vera e propria logica di assunzione, dove la cultura della droga è un contenitore nel

quale viene inserito tutto per favorire il piacere mentale, l'alterazione e la modificazione degli stati mentali. Il **modello a successione temporale:** anche in questo caso non vi è una vera e propria poliassunzione, in quanto droghe diverse vengono assunte in tempi differenti, una volta, spesso anche in fasi della vita differenti, «come se ogni droga abbia una fase della vita in cui esprimersi» (Cipolla, 2007, p. 35). Il modello della separazione e funzionalità, secondo principi razionali: in questo caso vi è la co-esistenza delle sostanze in termini temporali e la poliassunzione avviene per diversificazione funzionale. Ogni sostanza risponde ad una necessità specifica: «il caffè per svegliarmi e attivarmi, la cannabis per rilassarmi, l'alcol per divertimenti…» (Cipolla, 2007, p. 36). Infine, l'ultimo modello è quello della **poliassunzione contestuale**: stile di consumo ritenuto estremo e al tempo stesso occasionale, in quanto il mix di sostanze avviene in considerazione delle circostanze e del contesto nel quale ci si trova, a partire dalla diponibilità in quel contesto-momento.

4.2 Fattori di rischio, fattori protettivi e conseguenze del consumo di sostanze

Il presente paragrafo, senza pretesa di esaustività, propone alcuni dei fattori di rischio e di protezione che nella letteratura scientifica sul tema e dalle ricerche empiriche condotte sono risultati essere associati all'uso di sostanze e nello specifico all'uso di sostanze e alla dipendenza in adolescenza[4].

Lo studio sui fattori di rischio e la loro interpretazione ha subìto nel corso del tempo una trasformazione: partendo da una prospettiva focalizzata sull'individuazione di singoli fattori, si è giunti ad una prospettiva integrata, dove il singolo elemento di vulnerabilità (relativo ad aspetti correlati alla persona, alla famiglia di origine, all'ambiente sociale), se considerato isolatamente, non possa dare una spiegazione esaustiva dell'equilibrio psicologico del soggetto. Nel complesso, le categorie di fattori coinvolti nell'avvicinamento al consumo di sostanze, e dunque possibili predittori di rischio di generare una condizione di dipendenza, sono fattori di ordine neurobiologico, individuale, socio-ambientale. In particolare, è fondamentale non considerare i fattori di rischio come un elenco rigido e statico: come evidenza Randolph (2008) i fattori di rischio sono dinamici e mutano nel tempo, oltre ad essere connessi agli aspetti valoriali, culturali e legali di una data e specifica società. La revisione sistematica della letteratura condotta da Randolph (2008) mette in luce la necessità di considerare i fattori di rischio entro un framework dinamico caratterizzato da cinque elementi importanti nell'influenzare la "forza" dei singoli fattori. Secondo l'autrice bisogna considerare in primo luogo che i fattori di rischio sono associati a specifici periodi storici, in secondo luogo che la loro forza può avere maggiore o minore rilevanza a seconda della specifica fase della vita della persona; in terzo luogo, ritiene si debba considerare la possibile progressione di scelta di sostanze, da quelle meno dannose a quelle più

[4] Nella prospettiva di chi scrive appare rilevante che gli elementi qui proposti vengono intesi come parte di un quadro più articolato e complesso, senza l'intenzione di proporre una prospettiva deterministica data dalla somma di fattori di rischio o protezione.

dannose. Infine, possono svilupparsi "catene di rischio" che si realizzano nel tempo oppure la presenza di rischio cumulativo o co-occorrenza di più fattori di rischio nello stesso momento.

I fattori di rischio e i fattori protettivi possono essere organizzati e ricompresi in alcune categorie più ampie: vi sono fattori di carattere neurobiologico, altri che fanno riferimento a caratteristiche ed esperienze individuali e personologiche, i fattori associati alla famiglia, fattori associati alla scuola e alla formazione e infine fattori connessi al contesto (Canning et al., 2004). La revisione sistematica condotta da Canning e colleghi ha portato alla produzione della figura che segue nella quale vengono individuati per ciascuna categoria gli elementi di rischio e di protezione rilevati nella letteratura scientifica, di cui di seguito si approfondiscono alcuni aspetti.

Potential risk and protective factors

Class	Risk factors	Protective factors
Environmental/contextual	High drug availability Low socio-economic status Drug-using peers Delinquent peers	Prosocial adult friends Prosocial peers High socio-economic status
Family	Parental substance abuse and deviance Low parental monitoring Parental rejection Poor disciplinary procedures Family conflict/divorce Familial/environmental Predisposition/addicted parents Low parental expectations Family disruption including employment	Absence of early loss or separation Cohesive family unit Parent-child attachment High parental supervision and monitoring
Individual biography	Early onset of deviant behaviour, smoking and drinking Early sexual involvement Early onset of illicit drug use Rapid escalation in substance use Positive expectations and knowledge about substance use History of behaviour problems	Late onset of deviant or substance-using behaviours Negative expectations and cognitions about substance use Religious involvement
Personality	Strain/stress Depression Aggression Impulsivity/hyperactivity Antisocial personality Sensation seeking Mental health problems	High self-esteem Low impulsivity Easy temperament
Educational	Poor school performance Low educational aspirations Poor school commitment Absence, truancy and drop-out Little formal support	Good teacher relations High educational aspirations High parental educational expectations High educational attainment Good formal support in education

Figura 1 Potential risk and protective factors. Canning et al. (2004) Appendice A.

I fattori neurobiologici fanno riferimento alle caratteristiche genetiche e a degli aspetti di funzionamento e disponibilità di alcuni neurotrasmettitori (quali dopamina, serotonina, noradrenalina) implicanti nella regolazione del tono dell'umore. Tra i fattori di ordine individuale vengono fatti rientrare aspetti connessi alle esperienze di vita (ad esempio traumi) e aspetti di

personalità: rientrano qui elementi di ordine psicologico e personologico quali la ricerca di sensazioni forti, la propensione al rischio, l'autostima. Infine, i fattori socio-ambientali fanno riferimento da un lato ad elementi macro-sociali quali la cultura del contesto di vita (regolamentazione, controllo e deterrenza uso di sostanze; controllo/normalizzazione), dall'altro ad aspetti socio-relazionali, familiari quali le caratteristiche familiari, il background socio-economico, il gruppo di appartenenza, la presenza o meno di reti di sostegno.

I fattori neurobiologici e individuali

Alcuni autori sottolineano la presenza di fattori di rischio connessi ad una predisposizione genetica e allo sviluppo cerebrale: si sottolinea, in tal senso, come i cambiamenti strutturali nei circuiti frontali e limbici durante l'adolescenza siano associati a una maggiore sensibilità agli spunti motivazionali e alle ricompense immediate, nonché a una maggiore probabilità di impegnarsi in comportamenti a rischio, compreso l'uso di sostanze (Galvan et al., 2007; Casey e Jones, 2010; Somerville e Casey, 2010; Crome e Williams 2020).

L'adolescenza in sé può essere considerata un fattore di rischio in quanto possibile predittore di un uso continuativo e di dipendenza in età adulta che va a integrarsi insieme ad altri fattori di rischio quali: iniziazione precoce alle attività sessuali, maggiore disponibilità di denaro, frequentazione di ambienti urbani ad elevata reperibilità di sostanze; uso di sostanze nell'ambiente familiare, composizione della famiglia (Pavarin e Emiliani, 2012).

Tra i fattori individuali, personali e personologici uno degli elementi più presenti e approfonditi in letteratura concerne la ricerca di sensazioni e l'impulsività. Zuckerman (1979, 1983) considera la variabile s*ensation seeking* come un tratto di personalità caratterizzato dal bisogno di sperimentare nuove sensazioni con la conseguente propensione ad assumere rischi – fisici e sociali – allo scopo di soddisfare tale bisogno. Secondo l'autore dentro la "sensation seeking" rientra tanto la ricerca di avventura, brivido, quanto la disinibizione, ma anche la sensibilità alla noia che porta in uno stato di attivazione al fine di farvi fronte. Connesso alla sensation seeking, un ulteriore fattore di rischio è connesso alla percezione dei rischi legati all'uso di sostanze (Lipari e Jean-Francois, 2013). Per esempio, i giovani che percepiscono maggiori danni dall'uso di sostanze sono meno propensi a farne uso rispetto alle controparti (Lipari & Jean-Francois, 2013). Altri aspetti individuali connessi al rischio di consumare sostanze in adolescenza sono stati individuati in relazione all'autostima: studi diversi hanno messo in luce come livelli bassi di autostima siano maggiormente connessi all'adozione di comportamenti a rischio, comportamenti illeciti, e assunzione di sostanze (Trzesniewski et al., 2006), così come alti livelli di autostima sono meno connessi all'uso di sostanze agendo in termini protettivi (Andrews e Duncan, 1997; Gerrard et al., 2000). In uno studio condotto negli Stati Uniti è stata indagata la relazione tra presenza di sintomi depressivi e abuso di sostanze in adolescenza nel quale è emerso che i giovani che presentano sintomi depressivi sono più inclini all'abuso di sostanze in quanto presentano delle difficoltà nella

relazione con il gruppo dei pari e credono che il consumo di sostanze possa comportare dei vantaggi sociali in tal senso (Siennick et al., 2017). Sono state riscontrate ulteriori vulnerabilità che espongono i giovani a un rischio maggiore di consumo di sostanze, tra queste si trovano la presenza di problemi di salute mentale o di benessere psicologico, quali disturbo da deficit di attenzione e iperattività, depressione (Burkhart et al 2008), o un basso concetto di sé/ autostima (Haase e Pratschke 2010); aver vissuto esperienze di collocamento fuori famiglia (Burkhart et al 2008). Tra altri fattori di rischio e precursori dello sviluppo di problemi connessi alle sostanze in adolescenza vi è anche l'esperienza di abuso o maltrattamento in infanzia (Simpson e Miller 2002; Boys et al., 2003; Jonas et al., 2011). L'autoefficacia regolatoria, ovvero la convinzione e la capacità di resistere alle pressioni dei pari, appare essere un importante fattore protettivo (Smorti et al., 2012).

Fattori ambientali, sociali e familiari

Tra i fattori a carattere sociale e ambientale vengono evidenziati come rilevanti: la disponibilità di sostanze, lo status socio-economico basso e il vivere in una condizione di povertà, la famiglia di origine, l'influenza dei pari, il contesto scolastico (Galvani, 2017; Lee e Clancy 2020; Crome e Williams, 2020).

Rispetto alla facilità di accesso alle sostanze nonostante la diffusa illegalità della maggior parte di queste, in particolar modo per soggetti minorenni – si pensi all'alcol che, sebbene sia una sostanza legale, in quasi tutti gli stati occidentali presenta limitazioni e restrizioni di accesso in base all'età. La facilità con cui i giovani possono accedere all'alcol o ad altre droghe ha anche un impatto sulla probabilità che ne facciano uso. Diversi studi hanno rilevato che laddove l'alcol era facilmente accessibile, acquistabile o rubabile (Bremner et al 2011) e dove altre droghe erano più accessibili (Gallup Organization 2011), in particolare cannabis e tabacco, i tassi di consumo dei giovani erano elevati.

Le condizioni socioeconomiche sono state spesso indagate in qualità di possibile fattore di rischio o protettivo rispetto all'uso di sostanze. Come evidenziano Stone e colleghi (2012) vi sono evidenze contrastanti in merito; infatti, alcuni studi suggeriscono che un basso status socioeconomico sia associato a un aumento di rischio di disturbi da uso di sostanze in adolescenza e giovane età; altri studi invece suggeriscono che sia un reddito più elevato ad essere associato a una maggiore frequenza di consumo in tale periodo della vita. La recente revisione della letteratura condotta da Lee e Clancy (2020) giunge a concludere che vivere sotto la soglia di povertà sia un fattore che mostra possibilità di impatto significativo sul rischio di fare uso di sostanze in adolescenza.

Gli aspetti economici sono stati indagati anche nella ricerca di Pavarin (2012b) rispetto alle disponibilità economiche della famiglia e l'eventuale paghetta concessa ai figli: è stato rilevato che le famiglie con minore possibilità economiche, che di conseguenza danno minore

disponibilità economica direttamente in capo al figlio adolescente, rappresentano un fattore protettivo.

Come evidenzia Piccone Stella (1999) tra i fattori che sono propizi nel passaggio per gli adolescenti da un'esperienza di uso di sostanze transitoria a un'esperienza quotidiana vi è la scarsità di risorse. Tale scarsità di risorse è intesa in senso più ampio rispetto alla ricchezza economica e si riferisce a un insieme di dotazioni culturali di base che ricomprendono la frequenza e la riuscita scolastica, la mancanza di competenze professionali, un repertorio povero di capacità comunicative e abilità relazionali, la difficoltà di rapporti equilibrati con gli adulti (*ibidem*).

La famiglia di origine e nello specifico i genitori, giocano un ruolo fondamentale rispetto al potere di influenzare i comportamenti di uso di sostanze dei giovani. Se i genitori considerano normale o giustificano i comportamenti di uso di sostanze, i figli saranno esposti a un maggiore rischio di sviluppare problemi di dipendenza; parimenti, il vivere in contesti familiari con elevati livelli di conflittualità espone a un maggior rischio di abuso di sostanze (Burkhart et al., 2008; Haase e Pratschke 2010; Bremner et al 2011; Fuller, 2011). Inoltre rispetto allo stile genitoriale e al livello di supervisione e controllo esercitato nei confronti dei figli emerge che lo stile permissivo e quello disimpegnato favoriscono l'assunzione di comportamenti a rischio da parte dei figli, così come uno scarso controllo da parte dei genitori viene correlato a maggiori comportamenti a rischio (Smorti et al., 2010; Serpelloni et al., 2012). Secondo alcuni studi anche la struttura familiare rappresenta un elemento di rischio: per gli adolescenti che vivono in famiglie monogenitoriali – a causa dell'elevato carico di responsabilità in capo a un adulto solo – o ricostituite – per la possibilità di problemi con la presenza del nuovo partner del genitore e per il rischio di indebolimento del legame con il genitore non convivente – è stata riscontrata una maggiore probabilità di adottare comportamenti a rischio (Hayatbakhsh et al., 2006; Serpelloni et al., 2012). Lo studio condotto da Smorti e colleghi (2010) conferma il ruolo protettivo esercitato dallo stile genitoriale autorevole, caratterizzato da affetto e controllo sia positivamente correlato al benessere psicologico del figlio e funzioni da fattore protettivo rispetto all'uso di alcol e droghe. Nella ricerca condotta da Pavarin (2012) nel contesto italiano, tra i fattori protettivi appurati vi è il vivere in famiglie con la presenza di entrambi i genitori come maggiore possibilità di controllo dei figli.

Il gruppo dei pari svolge in adolescenza delle funzioni fondamentali che attengono tanto alla dimensione affettiva quanto a quella identitaria, quali supporto, riconoscimento, inclusione, solidarietà, sostegno. Inoltre, il gruppo risulta importante nei processi di identificazione e differenziazione, tipici della fase adolescenziale, grazie al confronto/scontro, per somiglianza e diversità con gli altri membri (Talbot e Crabbe 2008; Haase e Pratschke 2010). Bremner et al. (2011) hanno riscontrato che i giovani che trascorrevano più di due sere a settimana, ogni settimana con gli amici e/o avevano amici che bevevano alcolici presentavano maggiori probabilità di bere e di farlo sia in modo che frequente che con modalità in eccesso. Rispetto

all'esposizione e alla decisione di mettere in atto comportamenti rischiosi negli adolescenti, il gruppo dei pari e nello specifico il "migliore amico" è emerso esercitare un'influenza significativa, e addirittura maggiore rispetto a quella della famiglia (Morrongiello e Dawber 2004).

Infine, anche il contesto scolastico, la frequenza, e il rendimento rappresentano fattori che possono agire in termini di rischi o protezione rispetto all'uso di sostanze. L'abbandono precoce della scuola o frequenti assenze, rappresentano significativi fattori di rischio (Burkhart et al. 2008; Haase e Pratschke 2010; Latimer et al., 2010; Fuller 2011). Tra i fattori protettivi si rileva l'importanza di un'esperienza scolastica positiva (Haase e Pratschke 2010). Come evidenzia una ricerca condotta da Guo e colleghi (2001), un legame positivo con la scuola primaria e secondaria (fino ai 16 anni) è associato a un ridotto rischio di disturbi legati all'uso di alcol in età adulta giovane (Stone et al., 2012). Rispetto alla performance scolastica le ricerche suggeriscono che prestazioni scolastiche scadenti sono associate a un aumento del rischio di dipendenza da alcol e uso di marijuana, al contrario, buoni voti sembrano predire un minore uso di sostanze (Schulenberg et al., 2005; Oesterle et al., 2008; Stone et al., 2012)

Conseguenze

L'OMS riconosce che l'abuso di sostanze in adolescenza sia un grave problema di salute, ma anche in termini di istruzione, esclusione sociale, maggiori rischi di gravidanze adolescenziali, coinvolgimento nella criminalità (Maynard et al 2021; Jenkins et al., 2017). Data la presenza di situazioni di cronicità in età adulta e l'inizio della dipendenza proprio in età adolescenziale, in letteratura si evidenzia la necessità di intervento per favorire un percorso di recovery che consenta di ridurre i costi personali e sociali della dipendenza (Nash et al. 2020; Gonzales-Castaneda & Kaminer, 2016). Hawkins (2006) ha realizzato uno studio che mette in luce che, quando l'uso di sostanze emerge in giovane età, la probabilità che l'uso diventi molto più compromettente e sino ad una dipendenza conclamata è molto più alta.

Le conseguenze del consumo di sostanze illecite si misurano sia sul piano della salute fisica (disturbi cognitivi e/o sviluppo di malattie croniche) sia psicologica (sviluppo di dipendenza o di psicopatologie o di altri problemi di salute mentale) (Skogen et al., 2014; Salmanzadeh et al., 2020). . Come evidenzia Ravenna (1997) uno dei rischi dell'uso di sostanze in adolescenza è quello di ostacolare la corretta maturazione psicosociale con difficoltà nella strutturazione dell'identità che portano in età adulta a non chiari obiettivi rispetto al senso di sé, alla propria vita e lavoro. Osservando più da vicino gli effetti e le conseguenze di alcune sostanze a livello fisico e neurologico è possibile rilevare numerosi dati in merito agli effetti dei cannabinoidi nel pregiudicare lo sviluppo cerebrale dell'adolescente che portano a delle conseguenze di funzionamento a livello neurocognitivo. Gli effetti sono visibili a livello dell'attenzione selettiva, sostenuta e alternata (Lisdhal & Price, 2012; Thoma et al., 2011); a livello di apprendimento

(Harvey et al al, 2007); elle funzioni esecutive (Pope e Yungelun-Todd, 1996; Solowij e Pesa, 2010; Gruber et al, 2012).

L'OMS (2004) evidenzia altresì la connessione tra dipendenza da sostanze stupefacenti in adolescenza e altri problemi, situazioni, comportamenti a rischio quali incidenti stradali, delinquenza giovanile, problemi di salute, nonché conseguenze sociali sia in termini di acuti che cronicità. L'uso di sostanze e la dipendenza in età adolescenziale sono un fenomeno che può determinare conseguenze rilevanti sulla vita individuale dell'adolescente, a livello personale, ma anche a livello sociale, medico e legale (Ahmed e Saud et al., 2020; Wallace e Muroff 2002). Come riportano Rowe e Liddle (2006) l'abuso di sostanze negli adolescenti è un comportamento spesso associato una serie di altri problemi quali la presenza di comportamento delinquente, esclusione sociale e scolastica, in termini di abbandono scolastico, problemi e difficoltà a livello familiare, che includono anche l'uso di sostanze da parte dei genitori. Gli ulteriori elementi di conseguenze problematiche connesse all'uso di sostanze si collegano con la messa in altro di altri comportamenti a rischio che includono la guida in stati alterati, la messa in atto di comportamenti violenti e la partecipazione a risse, comportamenti sessuali a rischio (Chassin et al., 2009; Jackson et al., 2012; Kipping et al., 2012).

4.3 Adolescenti, uso di sostanze e comportamenti a rischio. Alcuni dati epidemiologici

Il fenomeno delle dipendenze e la lotta alla loro diffusione rappresenta un'area di attenzione e interesse internazionale infatti sia le Nazioni Unite (UNODC, *United Nations Organization on Drugs and Crime*), sia l'Unione Europea (Emcdda) hanno previsto specifiche agenzie dedicate alla raccolta di dati utili a comprendere l'andamento della dipendenza in senso ampio ma anche rispetto a peculiarità specifiche, al fine di poter definire politiche e interventi volti sia alla prevenzione che all'assistenza, nonché alla lotta al traffico di droghe. In tal senso, i dati e le rilevazioni nel contesto internazionale, europeo e nazionale, appaiono centrali e funzionali per comprendere in questo caso specifico la relazione tra l'uso di sostanze e l'adolescenza.

L'ultimo World Drug Report, pubblicato nel 2023 (UNODC) riporta che nel 2021, il 5,3% dei giovani tra i 15 e i 16 anni di tutto il mondo (13,5 milioni di persone) ha fatto uso di cannabis nell'anno precedente.

L'osservatorio europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (Emcdda), produce, da ben 25 anni, una Relazione annuale europea sulla droga che mostra un quadro sulle principali sostanze presenti nel mercato, la loro diffusione a livelli di consumi, offrendo una panoramica anche sulle persone che si trovano in percorsi di trattamento per l'uscita dalla dipendenza e sulle morti per overdose. I dati del 2020 (Emcdda 2020), riferiti al 2019, mostrano che circa il 7,6% delle persone di età tra i 15 e i 64 anni utilizzano cannabis, la percentuale sale al 15% se si considera solo la fascia di età 15-34 anni. L'età media in cui si verifica il primo uso è 17 anni. La cocaina è utilizzata dal 2,4% dei giovani adulti (15-34 anni) e dall'1,3% della popolazione generale rilevata e l'età media del

primo consumo di questa sostanza è 23 anni. (Emcdda 2020). La stessa relazione (2020) mette in evidenza l'altro rischio dato dal consumo di oppiacei (di cui l'eroina è la sostanza più nota e più diffusa), presenti nell'82% dei casi di overdose mortali e principale sostanza utilizzata dal 34% di coloro che fanno richiesta di trattamento per la dipendenza in UE.

L'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and others Drugs) viene condotta dal 1995 in Italia (a cura del CNR) e in 35 paesi in Europa mirando specificatamente a individuare e rilevare pratiche di consumo e i comportamenti a rischio della popolazione giovanile, nello specifico tramite lo studio della popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni. Il questionario utilizzato per la rilevazione non si limita a registrare i consumi di sostanze, lecite e illecite, ma anche ad osservare la presenza di comportamenti a rischio e dipendenze comportamentali: gioco d'azzardo, utilizzo di Internet e di strumenti digitali, aver realizzato o subito cyberbullismo, aver partecipato a delle challenge/sfide, utilizzo dei videogames, aver agito comportamenti violenti. Tale strumento, contiene altresì una sezione legata alla famiglia e alle relazioni con i familiari e al contesto socio-economico. Nel report ESPAD Group (europeo) per il 2020 – rilevazione anno 2019 – tra i dati di particolare interesse vi sono quelli relativi all'uso precoce di sostanze: il 18% degli studenti a 13 anni o meno aveva fumato sigarette e l'11% sigarette elettroniche; il 33% ha bevuto alcol, e il 6,7% aveva avuto un'intossicazione. Per quanto riguarda l'aver fatto uso nel corso della propria vita, il 17% degli studenti aveva usato almeno una sostanza illegale, questo valore si attesta al 28% per l'Italia. Risulta anche abbastanza diffuso l'uso di psicofarmaci, 9,2%, sostanze inalanti e fumi, 7,2%, oltre che delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) usate dal 3,4% degli studenti. Per quanto riguarda le dipendenze comportamentali, senza sostanza, il report riporta che il 22% degli studenti aveva giocato con soldi su almeno un gioco negli ultimi 12 mesi; il gambling online invece si registra in media per il 7,9% degli studenti.

Nel contesto italiano, i consumi di sostanze psicoattive, sia legali che illegali, tra i giovani risultano essere aumentati dopo una leggera diminuzione nel periodo della pandemia da Covid19 (anno 2020 e 2021). Il 30% della popolazione studentesca ha fatto uso di sostanze psicoattive illegali, mostrando un dato in crescita e in aumento rispetto all'anno 2021 (Dipartimento Politiche Antidroga, 2023). Tra queste sostanze illegale, le più diffuse e consumate dai giovani sono la cannabis, le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), inalanti, solventi, cannabinoidi sintetici, stimolanti, allucinogeni, cocaina, anabolizzanti e oppiacei. Le Nuove Sostanze Psicoattive rivestono un'importanza crescente, soprattutto in relazione alla rapida evoluzione e alla natura potenzialmente illimitata del loro mercato online. Sono, per la maggior parte, droghe sintetizzate alterando leggermente la struttura molecolare delle droghe illecite tradizionali, infatti, sono definite "nuove" non tanto per sottolineare la loro recente sintesi, in quanto molti composti sono stati già sintetizzati in passato per scopi di ricerca, bensì per il loro recente utilizzo a scopo ricreativo (Girardi, Di Giannantonio, 2016). Nonostante tale recente tendenza, le NPS si sono

diffuse tempestivamente e largamente tra i giovanissimi come rilevato nelle ultime rilevazioni ESPAD.

L'altro aspetto rilevante emerso nell'ultima rilevazione attiene ai consumi nella prospettiva di genere: tradizionalmente sono stati per lo più i ragazzi a utilizzare sostanze psicoattive, mentre negli ultimi anni si è riscontrato un importante cambiamento dei modelli di consumo fra gli studenti con una più evidente riduzione delle differenze di genere. Il dato più rilevante è quello osservato fra le studentesse di 15 e 16 anni che presentano prevalenze di consumo uguali o superiori ai coetanei per quanto riguarda l'uso di cannabinoidi, Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), cocaina e oppiacei. Il 2022 ha fatto inoltre registrare il sorpasso dei consumi femminili su quelli maschili per quanto riguarda l'utilizzo di tabacco e gli eccessi alcolici, dato che si va a sommare al consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica da sempre appannaggio tipicamente femminile.

Entrando maggiormente nel dettaglio, l'ultimo report ESPAD Italia disponibile è relativo all'indagine condotta nell'anno 2021, pubblicato nel gennaio 2023. Rispetto all'utilizzo di sostanze legali, emerge come l'alcol sia stato utilizzato almeno una volta nella vita da tre quarti degli studenti coinvolti; il 30% di loro ha realizzato condotte di *binge drinking*, caratterizzate dall'assunzione di cinque o più bevande alcoliche consecutive. Il 4,4% degli studenti coinvolti ha dichiarato di consumare alcol 20 o più volte in un mese. Sempre nell'ambito delle sostanze legali, rientra l'utilizzo di psicofarmaci senza prescrizione medica, comportamento di assunzione che prevale tra le ragazze in un rapporto tre a uno; gli psicofarmaci che vengono assunti sono quelli connessi al sonno e per l'attenzione e l'iperattività e i ragazzi che li utilizzano lo fanno per numerose motivazioni, le principali sono connesse allo star meglio con sé stessi, per favorire l'umore e per la dieta. Rispetto alle sostanze illegali invece il 18% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita, il 2,8% ne fa un uso frequente. L'indagine mette in risalto come il 10% degli studenti si caratterizzi per essere un poliutilizzatore, e tra le più diffuse vi sono cannabis e Nuove Sostante Psicoattive (NPS). Altri comportamenti a rischio comprendono l'utilizzo di internet in modalità additive e pericolose – 14% degli studenti – in cui l'uso di internet è associato a eventi di cyberbullismo, che vedono coinvolti il 46% degli studenti in qualità di vittime e il 29% in qualità di autori. Rispetto al gioco d'azzardo, sperimentato almeno una volta da metà del campione, vede per l'11% dello stesso il configurarsi di un profilo di gioco a rischio e per il 6,6% un profilo di gioco problematico. In questi due casi si tratta di giovani studenti che affermano di non riuscire a ridurre o interrompere il gioco e di aver avuto problemi a scuola o con la famiglia a causa di questo. Il report, osservando i dati in una panoramica più generale, mette in luce la minore percezione del rischio dei consumi tra coloro che assumono sostanze illegali e la maggiore prossimità di contesto con le sostanze (ESPAD, 2023). Inoltre, il report rileva l'associazione tra l'assunzione di sostanze e comportamenti di utilizzo a rischio di internet e il gioco d'azzardo a rischio e problematico. Il consumo di sostanze legali e illegali è maggiore tra coloro che mettono

in atto tali condotte così come tra coloro che realizzazione azioni violente. Queste ultime fanno riferimento a risse, danneggiamento di oggetti, aggressioni verso insegnanti e hanno visto coinvolti il 33,5% degli studenti, di cui il 13,9% ha partecipato a risse tra gruppi di amici; il 5,1% ha fatto male a qualcuno in modo grave da richiedere l'intervento di un medico; il 4% ha colpito uno dei propri insegnanti (valore che nel 2019 si attestava al 1,7%) e il 2,6% ha utilizzato un'arma di qualsiasi tipo per ottenere qualcosa da qualcuno.

Capitolo secondo
Politiche e Servizi per le Dipendenze

Il presente capitolo intende introdurre e presentare una disamina delle politiche sociali e della normativa in materia di sostanze stupefacenti, dedicandosi altresì alla descrizione dell'articolazione e organizzazione dei servizi per le dipendenze (SerD) presenti nel contesto italiano, andando in seguito ad approfondire l'area delle dipendenze e dei servizi dedicati nella Regione Veneto quale contesto territoriale in cui ha preso forma la ricerca. Una più approfondita descrizione delle politiche e dei servizi deputati alla "prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze" appare infatti necessaria e preliminare in virtù della ricerca e dei risultati che saranno in seguito presentati. Saranno inoltre presi in esame i dati delle rilevazioni nazionali in materia di sostanze stupefacenti e consumo da parte di adolescenti e giovani adulti che risultano in carico ai Servizi per le Dipendenze e agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni nell'ambito di procedimenti penali a loro carico per reati droga-correlati.

Una panoramica sugli aspetti politici e normativi connessi al tema delle sostanze stupefacenti, così come sui contesti organizzativi dei servizi per le dipendenze appare centrale e rilevante in quanto, come esposto nel capitolo precedente, sono diverse le prospettive e i paradigmi con cui è possibile guardare alle dipendenze e ai consumi di sostanze. Come evidenzia Bertolazzi (2007) il tema è necessariamente connesso, da un lato, agli aspetti politici, in quanto l'orientamento politico più o meno tollerante si riflette sull'approccio sociosanitario; dall'altro, agli aspetti normativi, dal momento che le scelte politiche si traducono in norma perseguendo linee più o meno punitive in tema di spaccio, possesso e consumo di sostanze.

2.1 Cenni storici del consumo di sostanze in Italia

Se si considera l'intera evoluzione del fenomeno dell'uso di sostanze e della tossicodipendenza, questo ha iniziato a divenire un fenomeno di vaste dimensioni, sia in termini di diffusione che di costi sociali connessi in Europa, solo dalla seconda metà del Ventesimo secolo in connessione alle contestazioni studentesche gli anni Sessanta e alla controcultura di quel periodo (Raimo, 2012)

Ravenna (1997) ha proposto in tal senso quattro principali tappe del processo di diffusione delle droghe in Italia:

- diffusione: anni Sessanta e Settanta. Anni in cui le sostanze iniziano a diffondersi in Italia, l'uso è pressoché limitato a cerchie ristrette di persone e connesso alla

controcultura: hyppie e studenti universitari. Le sostanze maggiormente utilizzate sono Hashish e LSD con l'intento di espandere la socializzazione e le esperienze psicologiche individuali e collettive (Raimo, 2012).

- Diffusione del consumo di eroina: anni Settanta e Ottanta. Come evidenzia Raimo (2012) in questi anni l'uso di sostanze si struttura all'interno dei movimenti studenteschi in cui il consumo si associa alle manifestazioni di disagio e delusione rispetto al contesto socio-culturale, alla perdita di speranza nel progresso. L'uso di eroina si associa al senso di perdita, delusione, sconfitta, all' "istinto di morte". Vi è una ricerca di autoesclusione dalla società vista e vissuta come nemica. In tale periodo inizia una lettura condivisa nella società, e nel senso comune, del consumo di sostanze entro la lente della tossicodipendenza.

  Gli anni Settanta, come evidenziano Cipolla e Bertolazzi (2009) sono il periodo in cui il volontariato cattolico inizia a occuparsi del sostegno alle persone con problemi di dipendenza, senza la presenza delle professioni di aiuto, caratterizzato prevalentemente dalla relazione affettiva e solidarietà umana. Solo verso la fine di tale decennio vengono istituiti i servizi pubblici per le dipendenze (Raimo, 2012).
- Spostamento del mercato dalla vendita di eroina a quella di cocaina: anni Ottanta e Novanta. Gli anni Ottanta vedono conclamarsi la diffusione nella più ampia popolazione dell'uso di sostanze, e vedono consolidarsi la visione sulla persona che usa sostanze come "vizioso, delinquente, fragile, vittima di ingiustizia sociale, malato" (Cipolla e Bertolazzi, 2009). In questi anni inizia poi a diffondersi la paura e l'insicurezza dettata dalla diffusione dell'HIV. L'intervento in ambito di tossicodipendenza è in questo periodo centrato sulla sofferenza che porta alla domanda di aiuto: l'idea diffusa è che la persona debba "toccare il fondo" in attesa della svolta e in tal senso il carcere può rappresentare lo stimolo per l'avvio di un percorso di riabilitazione sociale (*ibidem*). In tale periodo storico le comunità terapeutiche rappresentano la risposta elettiva: l'idea è che la persona possa uscire dal comportamento di assunzione e che debba trovare "la comunità giusta" e che la persona sia "pronta" per la comunità (*ibidem*). Tuttavia, come evidenzia Raimo (2012) in questo periodo il rapporto tra le comunità terapeutiche e i servizi pubblici per le dipendenze risulta essere conflittuale sulla base di motivi ideologici e visioni differenti. I servizi pubblici, infatti, sono guidati da una forte concezione e visione medica della dipendenza come malattia, al contrario delle comunità del tempo, prevalentemente fondate su una visione esistenziale.
- Diffusione delle nuove droghe, droghe sintetiche: anni Novanta, e Duemila (Fazzi e Scaglia, 2001). Sono gli anni in cui si diffondono sostanze quali ecstasy, MDMA, stimolanti l'umore, riducenti le inibizioni e che aumentano la resistenza fisica,

utilizzate nei contesti del divertimento notturno e delle discoteche (*ibidem*). In questo periodo ha luogo un lento e progressivo processo in cui l'uso di sostanze diviene maggiormente compatibile con la vita relazionale, sociale, lavorativa. Si diffonde una forma di consumo di sostanze caratterizzata dalla ricerca di piacere programmato, autogestito, che deve favorire il controllo della propria vita e del proprio corpo, con la combinazione di sostanze rispetto agli effetti ricercati e desiderati (Cipolla e Bertolazzi, 2009). In questi anni, come evidenziano vari autori (Cipolla e Bertolazzi, 2009; Raimo, 2012) da un lato in ambito specialistico si diffonde l'idea della dipendenza come malattia cronica e ad andamento recidivante, in cui l'idea della "guarigione" viene sostituita dall'idea di raggiungere la massima condizione di benessere possibile. Questa concezione accompagna la diffusione delle politiche e degli interventi di riduzione del danno che portano sempre più le persone a preferire gli interventi ambulatoriali alle comunità terapeutiche.

In questi anni cambia anche il mercato delle droghe e lo spaccio che si caratterizza per una continua evoluzione e un'attenzione ai cambiamenti. Attenzione che sembra mancare nei servizi pubblici i quali continuano a focalizzarsi prevalentemente, se non esclusivamente sul "tossicodipendente da eroina" con un'offerta di interventi poco variegati e scarsamente adattabili ai diversi target, in cui i SerT sono considerati servizi poco riservati e con pubblicità negativa (Cipolla e Bertolazzi, 2009).

Alla proposta in quattro fasi di Ravenna, della fine degli anni Novanta, si aggiungono poi gli inizi anni Duemila e i tempi più recenti, come riscontrato da Cipolla e Bertolazzi (2009) e Raimo (2012). I primi vedono l'esplosione della diffusione della cocaina in tutte le classi sociali e della sempre maggiore tolleranza delle sostanze connesse al miglioramento delle prestazioni e al piacere del tempo libero. Gli anni più recenti portano Raimo (2012) a parlare di un quadro frammentato, contraddittorio, con stili e modalità di consumo molto diversificate tra "i disperati" e coloro che "si divertono".

Un aspetto che evidenziano Fazzi e Scaglia (2001), nonostante datato, appare rilevante e coerente tutt'oggi: seppur vengano identificate tali fasi storiche e tali mutamenti nel consumo di sostanze, quello che si è registrato è una moltiplicazione delle forme e degli stili di consumo, non una evoluzione e cancellazione degli stili precedenti.

2.2 La normativa e le "politiche della droga"

L'attenzione politica e normativa a livello internazionale rivolta al fenomeno dell'uso di sostanze al contrasto, repressione, regolazione e disciplina delle sostanze stupefacenti ha inizio a nei primi anni del Novecento, a ridosso della Prima Guerra Mondiale (Piccone Stella, 1999). Nel corso del secolo scorso numerose sono state le convenzioni internazionali in materia di sostanze

stupefacenti[5] caratterizzate in modo prevalente dalla lotta al narcotraffico, ma che talvolta hanno preso altresì la direzione di istituire e/o inasprire il sanzionamento penale anche delle persone che fanno uso di sostanze (Piccone Stella, 1999).

Come evidenziano Barbor e colleghi (2010) con l'espressione "politiche sulla droga" si fa riferimento al complesso articolato di leggi e programmi di intervento che in un determinato Stato mirano a proibire e/o regolare la produzione, la distribuzione, il possesso e il consumo di sostanze psicoattive con l'intento di prevenire o ridurre l'insieme dei rischi individuali e sociali associati al consumo. Tali politiche si possono differenziare sulla base dell'obiettivo primariamente rivolto alla riduzione dell'offerta, ossia direzionate al mercato delle sostanze, alla produzione, distribuzione e vendita delle stesse; oppure rivolte alla riduzione della domanda quindi miranti a ridurre il consumo delle persone (Lombi, 2012). Un secondo elemento di distinzione delle politiche in materia di sostanze psicotrope attiene la forza della coercizione associata al controllo attraverso il sistema normativo e giuridico, tanto della domanda quanto dell'offerta; in tal senso le politiche possono presentare differenti gradi di controllo che vanno da un massimo di controllo, tipico delle politiche proibizioniste, ad un livello minimo, caratterizzante le politiche di legalizzazione e promozione; nel mezzo si trovano le politiche di regolazione del mercato, decriminalizzazione de facto, quando le sanzioni sono previste ma non vengono applicate ai consumatori, o decriminalizzazione de jure, nei casi in cui la rimozione della sanzione è invece prevista giuridicamente (EMCDDA, 2005; Lombi, 2012). L'orientamento proibizionista si ha quando le norme vietano la produzione, distribuzione, il possesso e l'uso di sostanze in contesti differenti dalla ricerca scientifica o da finalità mediche. La legalizzazione, all'opposto, fa riferimento a politiche che rendono una sostanza completamente legittimata nel sistema giuridico e pertanto venduta liberamente senza la previsione di sanzioni per i produttori o i consumatori. Rispetto alle politiche con un orientamento volto alla regolazione si fa riferimento a un complesso di regole volte a disciplinare la produzione e fruizione di sostanze, con l'applicazione di sanzioni amministrative nei casi di violazione delle regole e dunque non sanzioni di tipo penale.

Un primo aspetto che appare centrale mettere in risalto attiene al fatto che tutti i provvedimenti normativi nel contesto italiano in materia di uso, consumo, vendita, cessione, produzione di sostanze stupefacenti, per quanto presentano peculiarità specifiche e approcci più o meno miranti al sostegno e al recupero della persona che fa uso di sostanze, sono accomunati da un intento di controllo sociale, caratterizzandosi per la presenza di divieti, sanzioni penali, amministrative e dunque da un orientamento proibizionista e punitivo (Piccone Stella, 1999; Fazzi e Scaglia, 2001; Cipolla e Bertolazzi, 2009; Lombi 2012). Nel secolo scorso, a partire dalla crescente diffusione

[5] The Single Convention on Narcotic Drugs (1961); The Convention on Psychotropic Substances (1971); The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988); Political Declaration and Plan of Action (1998); High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem (Vienna, 2009).

dell'uso di sostanze stupefacenti tra la popolazione e dei periodi comunemente noti di "emergenza droga", anche a fronte dei cambiamenti storici e dei periodi che hanno visto realizzarsi esperienze differenti di uso di sostanze, la normativa e la legislazione sono sempre andate oscillando, da un lato, tra politiche volte a condannare la persona che fa uso di sostanze, "il tossicodipendente" visto come criminale, pericoloso, deviante, da reprimere, condannare e punire; e dall'altro, con politiche e interventi prevalentemente curativi, guardando alla persona che fa uso di sostanze e ha una dipendenza da esse come persona malata da curare (Cipolla e Bertolazzi , 2009). Come evidenziano Fazzi e Scaglia (2001) il problema dell'attuazione di politiche sociali nell'ambito delle dipendenze da sostanze stupefacenti è connesso alla necessità del superamento della visione della dipendenza in termini di problema afferente all'area del controllo sociale, da un lato, e all'area medica, in quanto patologia, dall'altro. Questo, secondo gli autori, non ha consentito lo sviluppo di politiche sociali connesse all'uso di sostanze che avessero una natura più ampia e che coinvolgessero e si integrassero con il sistema delle politiche assistenziali, familiari, del lavoro, di sostegno al reddito. Invece, le politiche in tale ambito, si sono concentrate maggiormente sui sintomi in termini di ordine sociale e sugli stati più gravi e visibili della dipendenza da sostanza, trascurando strategie, finalità e obiettivi di benessere sociale (Fazzi e Scaglia, 2001).

In Italia le prime fonti normative rispetto alle sostanze sono riconducibili alla legge 396 del 1923 nella quale per la prima volta l'ordinamento prende atto della questione "droghe" attraverso l'introduzione di sanzioni penali e amministrative volte a reprimerne tanto il commercio quanto l'uso. La successiva legge n. 1041 del 1954, proseguendo sulla stessa linea repressiva, prevede e inasprisce le sanzioni per lo spaccio e l'uso personale considerando sullo stesso piano consumatore, produttore e spacciatore; prevede obblighi di denuncia in capo al personale sanitario e la possibilità di ricovero negli allora manicomi per le persone che facessero uso di sostanze. Tale norma si poneva in linea di convergenza con quanto era stato stabilito nella Convenzione di Ginevra del 1931 (Corleone, 2010). Solo nel 1975, con l'introduzione della legge n.685 del 1975 il fenomeno dell'uso e consumo di sostanze inizia ad essere regolamentato anche in termini di cura, riabilitazione e prevenzione. Tale dispositivo normativo, infatti, depenalizzò l'uso personale di sostanze stupefacenti, riducendo l'approccio repressivo, e istituendo i Centri Medici di Assistenza Sociale (CMAS). A questi vennero assegnate le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione della tossicodipendenza. I CMAS avevano il compito di: fornire assistenza alle strutture sanitarie; gestire le richieste di aiuto; ideare strategie volte al reinserimento sociale delle persone, anche tramite il coinvolgimento delle famiglie; realizzare azioni e interventi di informazione e prevenzione, anche nelle scuole e nei centri di aggregazione giovanile; fornire terapie psico-sociali e mediche. A tal riguardo venne prevista la composizione delle equipe multidisciplinari composte da medico, assistente sociale, psicologo. La medesima legge riconosce le comunità terapeutiche private costituitesi dagli anni Settanta, prevedendo la collaborazione con i servizi pubblici. Altri aspetti peculiari di tale normativa concernono l'anonimato nell'accesso ai

servizi e l'ipotesi di trattamenti forzati per coloro che vengono segnalati da familiari o dalle istituzioni in quanto "devianti". In termini punitivi e repressivi vengono aggiornate le tabelle delle sostanze stupefacenti. Tuttavia, come evidenzia Corleone (2010) tale normativa enfatizza l'immagine del «tossicomane come di un soggetto che va difeso contro sé stesso […] vittima sociale» (p. 15) rafforzando il paradigma morale nei confronti della droga e di chi ne fa uso.

Successivamente la legge 162 del 1990 "Iervolino-Vassalli" introduce la distinzione tra consumo e spaccio sulla base della "dose media giornaliera", in precedenza definita modica quantità. Aspetto questo che fu ampiamente criticato in quanto sulla base di tale quantità «si determinava il massiccio arresto del semplice consumatore, equiparato di fatto allo spacciatore» (ibidem, p. 16): la "dose media giornaliera", diversamente dalla legge precedente, toglieva la possibilità al giudice di valutare meglio, caso per caso, l'effettiva destinazione della quantità rinvenuta al consumo personale o allo spaccio. Ad ogni modo, questa legge, insieme al successivo D.P.R. 309/1990 rubricato "*Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*" rappresentano il più importante e significativo riferimento normativo in materia, tutt'oggi in vigore, sebbene siano intervenute negli anni delle modifiche e integrazioni.

Il D.P.R. riconosce alla dipendenza lo status di patologia, ma torna la punibilità intesa come obbligatorietà della cura. Con il referendum abrogativo che ne è conseguito decade nuovamente il principio di punibilità e si esalta il mandato di controllo sociale – teoria della riduzione del danno – e viene dato avvio alla riorganizzazione dei SerT. Se in precedenza vi era maggiore tolleranza rispetto l'uso personale, il DPR introduce la punibilità amministrativa, in termini di illecito e non di reato, della detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale. Con il referendum abrogativo del 1993 viene abrogato l'articolo che puniva più aspramente l'uso personale di sostanze. Con il decreto legge 30 dicembre 2005 – convertito con l. numero 49 del 2006 (Fini-Giovanardi) – vengono operate delle modifiche al Testo Unico e in particolare torna un'aspra connotazione punitiva del consumo di sostanze, scompare la distinzione droghe leggeri e pesanti e si parla di quantità per distinguere possesso personale da spaccio con sanzioni amministrative più severe. Tra le sanzioni amministrative previste vi sono l'ammonimento del Prefetto, il ritiro della patente, il divieto di allontanamento dal comune di residenza. Nel 2014 la Corte Costituzionale si è espressa dichiarando tale norma incostituzionale per "estraneità di argomento" dal momento che le dispozioni in materia di stupefacenti sono state inserite in una legge sulle Olimpiadi. Pertanto, torna pienamente in vigore quanto previsto dalla legge Jervolino-Vassalli.

Pertanto, gli elementi peculiari della normativa in vigore in materia di sostanze stupefacenti sono:

a. Punibilità della detenzione di sostanze stupefacenti e non del loro uso (ad eccezione dell'uso di sostanze psicotrope alla guida, per cui interviene il codice della strada).

b. Le persone che usano sostanze, di cui le forze dell'ordine vengano a conoscenza, possono essere invitate a seguire un programma terapeutico e socioriabilitativo predisposto ai SerD con particolare riguardo ai minorenni, il Prefetto è tenuto a convocare i genitori – o chi ha la responsabilità genitoriale – fornendo indicazioni circa le strutture competenti per il supporto e per affrontare l'uso/dipendenza del giovane.
c. La detenzione di sostanze per uso personale si configura quale "illecito amministrativo" ai sensi degli articolo 75 e 75 bis, per i quali interviene la Prefettura e il Nucleo Operativo Tossicodipendenze.
d. Tutte le condotte di produzione, traporto, commercio o cessione di sostanze stupefacenti sono considerate un illecito di tipo penale. La vendita, cessione, spaccio di sostanze stupefacenti è un reato penale.
e. Sia le sanzioni amministrative che le condanne penali sono modulate sulla base della tipologia di sostanze – tabelle di classificazione delle sostanze, distinzione tra sostanze "leggere" e "pesanti" – della quantità, e del principio attivo. Pertanto, in particolare per le attività di spaccio che siano ritenute di "lieve entità" la sentenza di applicazione della pena può essere convertita in lavori di pubblica utilità su istanza dell'imputato (art 73, co. 5 bis).
f. La persona può intraprendere percorsi di cura e riabilitazione presso i SerD o servizi privati anche all'interno di percorsi giudiziali accedendo ad alcuni istituti previsti dalla norma, quali: eliminazione della sanzione amminsitrativa all'esito positivo del percorso; sospensione della pena dentitva, affdidamento in prova al servizio sociale. Per l'accesso a tali percorsi è previsto che i servizi pubblici o privati autorizzati rilascino una certificazione di "diagnosi dello stato di tossicodipenenza" contenente il programma, la struttura dove realizzato, le modalità di attuazione e i risultati. Al termine del percorso i servizi, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, trasmettono una relazione sull'andamento e sull'esito del programma (articoli 91; 123)

Le sanzioni amministrative, predisposte dalla Prefettura, a cui va incontro chi importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope sono:

a. Sospensione della patenta di guida / del certificato di abilitazione professionale per la guida d motoveicoli-ciclomotori o divieto di conseguirli per un periodo fino a tre anni
b. Sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla;
c. Sospensione del passaporto e di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli;
d. Sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extracomunitario.

A queste misure, in particolari casi in cui il Prefetto ravvisi la pericolosità sociale valutata sulla base delle circostanze e modalità di uso, della condotta della persona, e del rischio in termini di

sicurezza pubblica, possono essere previste ulteriori misure per due anni: obbligo a presentarsi almeno due volte a settimana presso un comando dei carabinieri o delle forze dell'ordine; obbligo di rientrare nell'abitazione principale entro un determinato orario; divieto di frequentare determinati locali pubblici; divieto di allontanarsi dal comune di residenza; obbligo di comparire in un ufficio o comando di polizia specificamente indicato, negli orari di entrata ed uscita dagli istituti scolastici; divieto di condurre qualsiasi veicolo a motore. Nel caso si tratti di soggetti minorenni l'organo competente è il Tribunale per i Minorenni.

2.2.1 Le politiche e gli interventi di riduzione del danno

L'approccio della riduzione del danno, così come definito dall'International Harm Reduction Association (2010) consiste nell'insieme di «politiche, programmi e prassi che mirano, in primo luogo, a ridurre le negative conseguenze sulla salute, sociali ed economiche, derivate dall'uso di droghe legali od illegali, senza ridurre necessariamente il consumo di droga. La riduzione del danno è a vantaggio delle persone che usano droga, delle loro famiglie e di tutta la comunità».

Tale approccio ha iniziato a diffondersi e costituirsi come movimento a partire dagli anni Ottanta quando ha iniziato a diffondersi l'AIDS tra i consumatori di sostanze, per via dello scambio di siringhe, e quando sono emersi maggiormente i casi di overdose da eroina. Tale movimento nasce in contesti con approcci e politiche proibizioniste rispetto all'uso di sostanze che tendono a criminalizzare i consumatori, con l'intento di diffondere un approccio politico e di intervento che ponga l'attenzione sulle conseguenze dei consumi più che sullo stigma del consumatore (Levine, 2002; Lombi, 2012b). L'obiettivo primario dell'harm reduction consiste nell'adozione di comportamenti che riducano la pericolosità dell'assunzione di sostanze – come ad esempio la distribuzione di siringhe sterili o preservativi – in cui viene evidenziato il ruolo dell'informazione come presupposto per una valutazione die rischi in capo al soggetto che decide di assumere sostanze. Si tratta di un approccio amorale e pragmatico che partendo dalla considerazione di una società *drug free* come utopia, interviene riducendo i rischi e con programmi rivolti a tutte le sostanze, non solo quelle considerate illegali. I principali aspetti caratterizzanti tale approccio sono: considerare in modo neutrale e non moralistico i consumatori di sostanze, cercando di ridurre lo stigma associato al consumo; attenzione a tutte le sostanze; realizzazione di programmi a bassa soglia per intercettare persone che consumano sostanze in setting informali favorendone l'aggancio a servizi più strutturati; predisposizione di politiche della droga sulla base di un approccio non ideologico bensì scientifico.

L'approccio della riduzione del danno si differenzia in modo netto dall'approccio proibizionista: se quest'ultimo considerando il consumatore di sostanze come una persona deviante, da emarginare porta all'esclusione delle persone e promuovendo un approccio paternalistico per cui le persone che fanno uso di sostanze devono essere punite o curate, all'opposto, l'approccio di riduzione del danno considera i consumatori come persone, puntando all'inclusione del

consumatore, promuovendo l'emancipazione dei consumatori nei termini di favorire decisioni consapevoli. Tale approccio viene criticato principalmente da coloro che propongono una lettura morale o medica dell'uso di sostanze: in entrambi i casi il consumo viene condannato e visto in termini dannosi; pertanto, non si ritiene mai possibile un uso responsabile e autocontrollato, per questo sono necessarie politiche e interventi volti al divieto di consumo.

Tutti gli Stati dell'Unione Europea prevedono misure ispirate ai principi dell'*harm reduction* che è entrata dal 2004 a far parte della Strategia UE e del Piano di azione europeo in materia di droghe, con l'obiettivo di contrastare le conseguenze associate al consumo di sostanze psicotrope (Cook et al. 2010; Lombi, 2012b)

Come evidenziato nella Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze del 2022 i programmi e gli interventi di riduzione del rischio e del danno in Italia sono entrati a far part parte dei servizi in qualità di LEA, livelli essenziali di assistenza, così come stabilito con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, all'articolo 28, comma 7, nonostante gli interventi fossero presenti e attivati sin dagli Ottanta realizzati a livello territoriale nell'ambito dei sistema dei servizi per le Dipendenze. Dalle rilevazioni ufficiali (*ibidem*) emerge come le attività di riduzione del rischio e del danno siano primariamente rivolte alla prevenzione delle infezioni e malattie trasmissibili, delle overdosi e decessi correlati, nonché a interventi che favoriscano il contatto precoce tra le persone che consumato sostanze e i servizi. Vi sono servizi a bassa soglia, unità mobili, servizi ambulatoriali e in alcuni casi servizi dedicati da parte delle comunità terapeutiche.

2.2.2 Le politiche europee in tema di sostanze stupefacenti e dipendenza

Sin dalla costituzione della Comunità Europea vi è stato un tentativo progressivo di armonizzazione delle normative degli Stati membri ma per lungo tempo questo processo non ha ricompreso le politiche in materia di sostanze stupefacenti. Solo negli anni Ottanta e Novanta il Parlamento Europeo ha istituito due Commissioni per l'analisi preliminare delle politiche di controllo delle droghe illegali.

L'Unione Europea, dal 1995 ad oggi, si è impegnata nell'individuazione e promozione di specifiche strategie e piani di intervento pluriennali indirizzati a orientare e uniformare le politiche nazionali in materia di sostanze, uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, comportamenti a rischio connessi. Nel 1998 l'Unione Europea ha aderito ai principi in ambito di politiche internazionali stabiliti dall'ONU relativi alla responsabilità condivisa tra i paesi a prescindere che siano paesi produttori o consumatori; intervento multilaterale; approccio bilanciato tra controllo della domanda e dell'offerta; sviluppo sostenibile, riconoscendo la complessità del problema; rispetto dei diritti umani (Lombi, 2012b). La politica europea in materia di sostanze stupefacenti ha adottato ormai da lungo tempo un modello basato su quattro pilastri: prevenzione; terapia;

riduzione del danno; repressione e gli strumenti che sin dal 2005 l'Unione Europea ha adottato sono la Strategia Europea in materia di droghe e il Piano d'azione.

Attualmente sono in vigore la "Strategia di intervento dell'Unione Europea in materia di droga" (2021-2025)[6] e il relativo "Piano d'azione" (2021-2025) [7]. Tali documenti non vincolano legalmente le scelte nazionali, ma costituiscono una comune base e posizione per tutti gli stati membri. La Strategia e il Piano d'azione risultano essere strutturati in tre settori strategici di intervento e tre settori trasversali. Gli ambiti di intervento strategici attengono: alla "riduzione dell'offerta di droga" – orientata a ridurre la circolazione di offerta di sostanze stupefacenti e combattere l'attività criminale connessa – e i restanti due più orientati alla tutela della salute delle persone tramite la "riduzione della domanda di droga" e il "contrasto ai danni connessi alle droghe. Nello specifico, l'obiettivo strategico di riduzione della domanda di droga comprende misure e priorità strategiche quali:

a. Prevenzione e sensibilizzazione in merito agli effetti dannosi delle sostanze (ambientale, universale, selettiva ed indicata), l'individuazione precoce e l'intervento tempestivo;
b. Rendere accessibili e rafforzare i servizi di trattamento e assistenza. Entro tale priorità viene sottolineata l'importanza di garantire un accesso volontario e non discriminatorio a una vasta gamma di servizi e di interventi, promuovendo il coinvolgimento in gruppi di pari e la valorizzazione delle esperienze dei pari. Ridurre la stigmatizzazione e rimuovere le barriere di accesso ai servizi. Viene inoltre evidenziata l'importanza di riconoscere le diversità tra le persone che fanno uso di sostanze prevedendo offerte in grado di rispondere a tali diversità e specificità, in particolar modo con riguardo ai giovani e agli anziani.

Contrastare e affrontare i danni connessi alle droghe è la terza macroarea della strategia UE in materia di droghe e si focalizza sui danni sanitari e sociali non solo delle persone che consumano sostanze ma anche delle loro famiglie e della comunità. Sono quindi suggerite misure e politiche per prevenire e ridurre i rischi e i danni sanitari e sociali, anche con particolare riguardo alla popolazione carceraria.

2.3 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze

I servizi e gli interventi rivolti alle persone che presentano problemi di dipendenze – con sostanze e comportamentali – in Italia sono assicurati all'interno dei LEA, i livelli essenziali dell'assistenza – e dunque inseriti nell'offerta del sistema Sanitario Nazionale. In particolare, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12.01.2017 è intervenuto nella definizione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza ampliando e specificando che nella dipendenza patologica e negli

[6] La Strategia è consultabile al seguente link: https://www.consilium.europa.eu/media/54081/qc0521073itn_002.pdf (ultima consultazione 16.10.2023)
[7] Il Piano d'azione è consultabile al seguente link: https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3131/piano-dazione-eu-in-materia-di-droghe-2021-2025.pdf (ultima consultazione 16.10.2023)

interventi assicurati dal sistema sanitario nazionale vengono ricomprese le dipendenze patologiche e comportamenti di abuso patologico di sostanze garantendo la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative (art. 28); anche gli inserimenti in percorso semiresidenziali o residenziali per problemi di dipendenza patologica rientrano tra i livelli essenziali di assistenza a copertura del sistema sanitario nazionale (art. 35).

L'organizzazione dei servizi a livello nazionale, sulla base del DM 14.02.2002 riportante "Disposizioni di principio sull'organizzazione sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle ASL", ha previsto la costituzione e la presenza dei Dipartimenti delle Dipendenze a livello di singola azienda sanitaria locale (ASL) volto ad assicurare la programmazione generale e il coordinamento tra unità operative (Raineri e Corradini, 2022). I Dipartimenti per le Dipendenze sono inoltre chiamati a: assicurare la registrazione e archiviazione dei dati; attuare il controllo delle attività degli enti accreditati e a predisporre protocolli operativi con alcune realtà quali le Prefetture, gli Enti Locali e le scuole.

Come indicato all'articolo 1 del DM 14.02.2022 i Dipartimenti per le Dipendenze operano per "il trattamento, il reinserimento e la prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope legali e illegali e per i comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo, videodipendenze, etc.)", integrandosi con i Dipartimenti della Salute Mentale e Materno Infantile. Inoltre, definiscono "la costruzione di progetti integrati, con particolare riguardo agli ambiti di confine, quali alcolismo, problemi **dell'adolescenza,** doppia diagnosi, disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo" (articolo 1).

Ancora, i Dipartimenti per le Dipendenze sono chiamati a collaborare con il Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia: per quel che concerne gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle sostanze nei confronti dei detenuti (art.1, comma 4, lettera c)

I servizi presenti nel territorio italiano, sia pubblici che di privato sociale, si differenziano in tre tipologie

1. *Servizi a bassa soglia*: si fa con ciò riferimento a tutti quei servizi volti ad assicurare interventi di primo soccorso, di tutela della salute in termini fisici e sanitari, di counselling e orientamento alle persone che fanno uso di sostanze, tipicamente presenti nei contesti in cui l'uso di sostanze avviene. Si tratta infatti di servizi che forniscono interventi di orientamento e counselling a persone che non si rivolgerebbero autonomamente ai servizi ambulatori per le dipendenze. Tra questi servizi rientrano le unità mobili di strada, i centri di pronta accoglienza e i drop-in.

2. *Servizi Ambulatoriali per le dipendenze*: SerD, a indicare i servizi pubblici, o SMI, servizio multidisciplinare integrato, a indicare i servizi del privato. Gli SMI, come rilevato nelle "Relazioni Annuali al Parlamento sul fenomeno della Tossicodipendenza in Italia" risultano essere, tuttavia, presenti solo in alcune regioni e non nell'intero territorio nazionale. I SerD e gli SMI sono i comunemente noti servizi ambulatoriali per le dipendenze che offrono consulenza e assistenza specialistica di tipo medico-sanitario, psicologico, sociale e educativo. A tali servizi è deputata la predisposizione di programmi terapeutici, riabilitativi e farmacologici e la realizzazione di interventi di counselling, case management, interventi di psico-socio-educativi e la realizzazione delle valutazioni ai fini dell'inserimento in comunità terapeutiche.
3. *Servizi semi-residenziali e residenziali*. Tali servizi possono essere molto eterogenei tra loro, essendo spesso frutto di cooperative e associazioni, proponendo un'offerta di servizi capace di adattarsi ai diversi bisogni che le persone con problemi connessi all'uso di sostanze possono presentare, offrendo dunque programmi articolati e differenti. Rientrano in tale tipologia le comunità di tipo terapeutico, le strutture residenziali ospedaliere (presenti in sole cinque regioni); comunità per minori con problemi di dipendenza; comunità per genitori con problemi di dipendenza che hanno figli minori; comunità per comorbilità psichiatriche.

Come è possibile osservare, all'offerta pubblica si aggiunge la necessaria e importante offerta di servizi proveniente del terzo settore e dal mondo dell'associazionismo, principalmente per quanto attiene agli interventi residenziali e semi-residenziali e le esperienze di gruppi di auto/mutuo aiuto. Vi è dunque un sistema integrato sia per quanto attiene alle diverse professionalità coinvolte, sia per quanto concerne la diversa natura dei servizi. In particolare, il mondo del terzo settore ha rivestito un ruolo chiave adoperandosi sin con le prime esperienze di comunità terapeutiche, prima ancora dell'istituzione di servizi pubblici appositamente dedicati.

2.3.1 Dai SerT ai SerD

I Servizi per le Tossicodipendenze e i Servizi per le Dipendenze costituiscono la principale unità operativa del Dipartimento per le Dipendenze. Come evidenziano Raineri e Corradini (2022) a seconda delle norme e delle organizzazioni regionali, in alcuni contesti sono utilizzate denominazioni differenti e in alcuni casi non vi è sempre corrispondenza tra la denominazione e le aree in cui la struttura interviene. Infatti, tendenzialmente i SerT sono servizi che non dovrebbero ricomprendere al loro interno unità operative rivolte all'alcologia e dipendenze comportamentali, mentre i SerD assumono la denominazione Servizi per le Dipendenze proprio ad indicare il loro essere rivolti a tutte le forme di dipendenza.

I SerD sono i servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla legge 162/90. Essi seguono tre finalità istituzionali, attorno alle quali ruotano le attività promosse al loro interno.

1) Prevenzione. I SerD, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, sono incaricati di realizzare iniziative e attività di prevenzione dell'uso di sostanze, mettendo in atto le misure utili a prevenire la comparsa, diffusione e progressione dei problemi di dipendenza e connessi ad essa. Ciascun servizio territoriale ha in tal senso ampi margini per la realizzazione di interventi preventivi diversificati.
2) Cura. Le azioni di cura implementate nei SerD possono essere articolate in due macro ambiti di intervento:
   - medico-sanitario: visite mediche specialistiche, anche ai fini della diagnosi, valutazione e certificazione della dipendenza; definizione del programma terapeutico e somministrazione di terapie farmacologiche; monitoraggio dell'uso di sostante
   - psicologico: quando la persona sia interessata e motivata a intraprendere un percorso di sostegno psicologico, in forma individuale, familiare, gruppale.
3) Riabilitazione. Con ciò la normativa che istituisce i SerD fa riferimento alla fase successiva alla cura e dunque al reinserimento. La riabilitazione qui intesa fa dunque riferimento agli interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati a favorire l'autonomia personale, sociale, lavorativa, della persona. Vengono qui ricondotti i colloqui e gli interventi orientati alla promozione della motivazione e al cambiamento, percorsi e attività di gruppo, il sostegno ai familiari, i percorsi comunitari.

Il supporto, sostegno e l'accompagnamento per l'uscita dalla dipendenza o per garantire una riduzione del danno sono garantiti entro i SerT/SerD da equipe multiprofessionali e multidisciplinari comprendenti, come previsto per legge, medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, ed altro personale di supporto. Questo elemento è di fondamentale importanza per affrontare il trattamento delle dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza. Entro l'area della "cura" e della "riabilitazione" i SerD e le equipe specialistiche multiprofessionali che vi operano sono chiamati a:

- garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente;
- predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, di qualità della vita, di abilità e capacità psico-sociali, di comparsa delle principali patologie correlate sulla cartella individuale del soggetto;
- predisporre e curare l'attuazione del programma terapeutico dei soggetti loro inviati ai fini del trattamento di cui all'art. 75 del DPR. 09.10.1990 n. 309, fornendo inoltre

all'autorità giudiziaria le certificazioni previste dall'articolo 91 dello stesso decreto (articolo 1, comma 5, DM 14.06.2002);

- assicurare la collaborazione ai medici di fiducia delle persone assistite, ai sensi dell'art. 120, comma 4 e dell'art. 122, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;
- garantire la libertà di scelta del cittadino e della sua famiglia di attuare i programmi terapeutico - riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata in tutto il territorio nazionale (art 2 comma 2 DM 14.06.2002).

Inoltre, I SerD, in collaborazione con gli enti accreditati nel dipartimento, garantiscono in ogni territorio la possibilità di realizzare percorsi direttamente finalizzati alla riabilitazione, come:

- attività di osservazione, diagnosi e cura intensiva di disintossicazione, con modalità residenziale (ospedali, comunità, centri crisi), semiresidenziale o ambulatoriale;
- attività riabilitative articolate in centri diurni, semiresidenziali, comunità residenziali, etc.
- attività di reinserimento psico-sociale e lavorativo, post riabilitative, finalizzate a prevenire le recidive;
- svolgere attività di psico-diagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, di psicoterapia;
- svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;

Un aspetto particolarmente rilevante attiene alla garanzia di anonimato dell'accesso ai servizi per le dipendenze da parte di persone che facciano uso di sostanze e richiedano l'anonimato: ciò implica che anche nella cartella sociale-sanitaria, che necessariamente il servizio deve registrare anche ai fini delle rilevazioni dei dati a livello nazionale, non vengono indicate le generalità della persona.

È importante considerare che l'accesso ai servizi specialistici per le dipendenze può avvenire in modo non spontaneo, non guidato da una reale percezione di problema e da una richiesta di aiuto legata alla dipendenza. I contatti possono avvenire a partire da altre organizzazioni del sistema di welfare: ad esempio a seguito di richieste di aiuto generiche ai servizi sociali comunali; a seguito di reati commessi – non necessariamente droga-correlati – e quindi in percorsi avviati presso l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) o l'Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM). In particolare, la normativa ha previsto per le persone con problemi di dipendenza, al fine di evitare un eccessivo accesso al circuito penitenziario, delle misure specifiche alternative alla detenzione. Queste misure sono attivabili nei confronti di persone "tossicodipendente" condannata per un reato commesso in relazione a tale stato di tossicodipendenza (art. 90 DPR 309/1990) e prevedono

la sospensione condizionale della pena, se la persona condannata ne presenta istanza. La persona deve volersi sottoporre a un programma di recupero e il programma viene concordato dalla persona insieme al SerD. I programmi generalmente prevedono (art. 122 dpr309/1990) l'indicazione della modalità di realizzazione prescelta – percorso ambulatoriale e inserimento in comunità terapeutica – attività volte al pieno inserimento sociale tra cui: orientamento e formazione professionale; attività di pubblica utilità; attività di solidarietà sociale. I SerD, in tale caso, sono chiamati a vigilare sull'andamento del programma e, ai sensi dell'articolo 123, sono chiamati a riferire ogni circostanza di rilievo.

Ancora è possibile che il contatto con il servizio per le dipendenze avvenga grazie o a causa di percorsi per la tutela minori in cui la dipendenza è in capo a uno o a entrambi i genitori o al minore affidato ai servizi sociali. Infine, può essere il SerD stesso a convocare per la prima volta una persona – il servizio ha l'obbligo di farlo – quando giunga una segnalazione dalla Prefettura ai sensi dell'articolo 121, ovvero per i casi in cui le forze dell'ordine siano venute a conoscenza di una persona che consuma sostanze senza tuttavia che si configurasse l'illecito del possesso delle stesse.

Anche a fronte di tali situazioni, in cui la persona può dichiararsi disinteressata a intraprendere un percorso e appare lontana dal pensare a un possibile cambiamento, l'assistente sociale può mettere a disposizione il proprio agire professionale in termini di ascolto e accettazione, consentendo alla persona di esprimere il proprio punto di vista, fornendo informazioni, avendo cura di partire da quanto la persona conosce in merito e dall'interesse della stessa ad approfondire (Quercia, 2014; Raineri e Corradini, 2022).

2.3.2 La Prefettura e i NOT (Nuclei Operativi Tossicodipendenze)

Come anticipato nella breve disamina della normativa nazionale vigente in materia di sostanze stupefacenti, il DPR 309/1990 ha previsto la costituzione presso le Prefetture dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze, presso i quali operano anche gli assistenti sociali.

La normativa attribuisce alle Prefetture il mandato di intervento in materia di sostanze stupefacenti e consumi realizzando azioni dissuasive rispetto all'uso di stupefacenti, attraverso l'evitamento di forme di criminalizzazione e con interventi di sostegno. L'intento, pur all'interno di sistema sanzionatorio, appare orientato ad azioni di prevenzione, riabilitazione e recupero, pertanto obiettivo del colloquio presso le Prefetture è comprendere le ragioni di uso e fornire le informazioni e gli elementi volti a prevenire ulteriori violazioni e consumi nonché per stabilire la gravità dell'illecito e individuare soluzioni più adeguate alla singola situazione, anche rispetto alle eventuali sanzioni da attuare (Quercia, 2014; Raineri e Corradini, 2022).

Il colloquio presso il NOT si realizza in occasione della segnalazione da parte delle forze dell'ordine che siano entrate in contatto con una persona che fa uso di sostanze e che

possedendone in quantità rientranti nel dominio dell'"uso personale" sono sanzionabili dell'illecito amministrativo di cui all'articolo 75 e 75 bis del DPR 309/1990. La procedura prevede la convocazione della persona responsabile della violazione e gli approfondimenti tossicologici sulla sostanza sequestrata al fine di accertare la presenza, la quantità e la qualità del principio attivo. Questo passaggio appare fondamentale anche in considerazione della diversa durata delle sanzioni amministrative irrorabili: la normativa prevede infatti la durata da 1 a 3 mesi per le sostanze illegali inserite nelle tabelle II e IV (c.d. sostanze leggere) e da 2 mesi a 1 anno per le sostanze afferenti alle tabelle I e III (c.d. sostanze pesanti).

In seguito al colloquio gli scenari che possono prospettarsi sono articolati. Qualora si tratti di una prima segnalazione e il Prefetto valuti una tenuità dei fatti, il procedimento si può concludere con una formale ammonizione e un invito a non fare più uso di sostanze: se con una persona adulta tale esito può avvenire solo una volta, per i minori l'ammonizione può avvenire anche più volte, anche nel caso in cui si sia registrato il possesso di sostanze c.d. "pesanti". Se la persona manifesta volontariamente l'intenzione di intraprendere un percorso terapeutico il Prefetto può sospendere il procedimento amministrativo in essere, e dunque l'attribuzione della sanzione, invitando la persona a realizzare il programma presso il SerD. All'esito positivo del programma, che prevede controlli per verificare che la persona non stia proseguendo l'uso di sostanze e dunque si stia astenendo dal consumo, il SerD informa la Prefettura dell'andamento dello stesso, e in caso di esito positivo la sanzione può essere sospesa o revocata quando sia già stata irrorata. Se la persona non si presenta al colloquio presso la Prefettura, o interrompe il percorso con il SerD, le sanzioni vengono applicate. La scelta della sanzione più idonea, così come la durata, sono stabilite sulla base della discrezionalità del Prefetto tenendo conto di tutti gli elementi raccolti: contesto della segnalazione dell'illecito, analisi sulle sostanze, andamento del colloquio, programma terapeutico.

2.3.3 Alcune considerazioni sui Servizi per le Dipendenze in Italia

Con riguardo al sistema dei servizi e interventi per le dipendenze in Italia e alla loro evoluzione, vari autori hanno nel tempo messo in risalto alcuni aspetti di problematicità indicando necessità e direzioni per un aggiornamento e una mutazione dei servizi in linea con i tempi.

«I cambiamenti avvenuti nei modelli di consumo di sostanze psicoattive pongono l'esigenza di ripensare e ri-organizzare la rete dei servizi rivolti alle dipendenze patologiche» (Bertolazzi, 2010 p. 133); vari autori hanno evidenziato come per lungo tempo i servizi pubblici per le dipendenze siano stati "fermi" e ancorati ad una delle plurime forme di dipendenze da sostanze e dunque dediti, strutturati e organizzati per rispondere alla dipendenza da eroina. Piccone Stella (1999) riscontrava come i SerT a fine anni '90 fossero operativamente diseguali tra loro e tendessero talvolta a privilegiare e ripiegarsi su una condotta burocratica, distratta, con un atteggiamento paternalistico e assistenziale, all'opposto di altri maggiormente attenti, accoglienti, attrezzati e

meglio predisposti e organizzati per lavorare con le famiglie e sul versante del reinserimento sociale. In aggiunta Fazzi e Scaglia (2001) evidenziano come per lungo tempo il prevalere della visione della dipendenza come patologia abbia portato a una tecnicizzazione dell'intervento con le persone che fanno uso di sostanze, concentrandosi unicamente su fini curativi anziché con finalità più ampie di benessere sociale. Come evidenziano anche altri autori in anni più recenti (Gatti, 2004, Dionigi, 2008, Dionigi e Pavarin, 2012) i SerD nella loro operatività sembrano continuare a riferirsi ad altro, a non essere collegati con i nuovi fenomeni di consumo. Come evidenzia Gatti (2020) ripercorrendo storicamente la nascita e lo sviluppo del sistema di intervento per le dipendenze, i Servizi per le Dipendenze, pur attraverso le evoluzioni cui sono passati e pur in presenza di una normativa in evoluzione, presentano un mandato mai totalmente disambiguato tra le funzioni di controllo sociale e contenimento e le funzioni di cura, guarigione, prendersi cura. Tale elemento appare fondamentale e rilevante in particolar modo per quel che concerne le professioni di aiuto e la relazione di aiuto che si crea e costruisce con la persona. A conferma di ciò basti pensare alla presenza di obbligo di denuncia che gli operatori di servizi pubblici hanno in virtù dell'articolo 331 del codice di procedura penale. Tale elemento potrebbe rappresentare un ostacolo significativo nella relazione di aiuto, anche in considerazione del fatto che le persone che usano sostanze, anche solo per reperirle, si trovano a commettere un illecito. Tuttavia l'articolo 362 del codice penale prevede che coloro che operano nei SerD non siano tenuti all'obbligo di denuncia. Un ulteriore elemento che pone in risalto il duplice mandato tra aiuto e controllo all'interno dei SerD attiene ai percorsi di recovery che si realizzano nell'ambito della "sospensione del processo con messa alla prova" – interviene nel corso del procedimento giudiziario, prima che il giudice stabilisca la pena e in caso di positività della messa alla prova – o "dell'affidamento in prova al servizio sociale" – questo istituto invece è un misura alternativa alla pena detentiva, che interviene a seguito della condanna. Nella panoramica del sistema di interventi afferenti in principale modo ai Dipartimenti per le Dipendenze e ai SerD, Gatti (2020) propone una serie di elementi di criticità connessi da un lato alla natura di tali servizi troppo ancorata ai concetti di malattia-devianza-repressione con interventi rivolti principalmente al "tossicodipendente" al quale viene richiesto di adattarsi al sistema, con un offerta di prodotti e interventi poco variegati; dall'altro connessi alla poca riservatezza dei servizi, riconoscibili nel territorio e al tempo stesso poco compatibili con le esigenze del territorio.

Da ultimo, gli aspetti di criticità dei servizi per le Dipendenze nel contesto attuale appaiono significativamente riferiti all'accoglienza degli adolescenti e dei giovani adulti, aspetto largamente percepito e che ha portato varie realtà locali nel contesto nazionale a sperimentare nuove e differenti modalità di offerta del servizio per questa specifica età della vita (Antonini et al., 2023; Anzillotti et al., 2018; Lamartora, 2021; Leonetti, 2021). Le difficoltà dei SerD in relazione alla presenza e all'aumento dei giovani che fanno uso di sostanze e avviano un percorso presso i servizi sono state sottolineate anche nella Relazione al Parlamento del 2022 nella quale

si riporta la necessità di un approccio specifico per i servizi volto ad un aggancio precoce e al garantire percorsi di consulenza e/o cura che facilitino l'accesso ai servizi e che tengano conto della fase esplorativa e dei comportamenti a rischio che caratterizzano l'adolescenza. Come evidenzia Lamartora (2012), i servizi per le dipendenze vengono percepiti dai giovani come inadeguati, nei quali non si riconoscono e verso i quali non percepiscono l'utilità dal momento che non sentono la necessità di "essere curati". Pertanto, propone la necessità di alcune trasformazioni tanto a livello strutturale – per cui propone una riorganizzazione architettonica con servizi aperti, dislocati nei luoghi di aggregazione, non connotati – quanto sul piano funzionale e di mission rendendosi un'esperienza di passaggio per i giovani, puntando più che sulla "cura" della dipendenza sulle dimensioni affettive, produttive, creative e generative dei giovani. Anche nell'esperienza di Anzillotti et al. (2018) si rilevano delle criticità nelle risposte e nelle modalità di lavoro dei servizi con particolare riguardo all'utenza adolescenziale: i servizi si caratterizzano per aspetti quali l'arroccamento professionale, la centratura sul budget e non sulle persone, l'eccessiva specializzazione e frammentazione degli interventi, la mancanza di conoscenza delle logiche di mission e di organizzazione degli altri servizi non rappresentando un'offerta positiva per le esigenze e i bisogni dei giovani adolescenti, in particolare coloro i quali presentano una doppia diagnosi, portando spesso a un abbandono dei percorsi in essere. Anche nell'esperienza di Antonini (et al., 2023) si riporta la necessità di strutturare specifici percorsi e modelli operativi all'interno dei servizi per le dipendenze per offrire ai giovani e alle loro famiglie degli ambienti maggiormente accoglienti, accessibili, che possano fornire supporto e assistenza in tempi brevi e il cui accesso sia facilitato.

2.4 L'acceso ai SerD da parte dei giovani

Grazie ai dati forniti dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia è possibile riscontrare che i minori e i giovani adulti (under25) che nell'anno 2022 risultavano avere una cartella sociale-sanitaria attiva nei Servizi per le Dipendenze pubblici in Italia si attestavano a 8.391 pari al 6% della popolazione generale in carico ai SerD, percentuale che sale quasi al 20% se si osservano unicamente i "nuovi utenti"; coloro che si rivolgono, invece, a servizi del Privato Sociale rappresentano una quota di poco superiore al 9%. In particolare, nelle regioni del Nord Orientale (Veneto, Provincie Autonome di Trento e Bolzano; Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna) si registra una percentuale di giovani under 25 in carico ai SerD del 8,8%, superiore alla media nazionale del 6,6%. Dall'ultima Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2023) contenente i dati relativi all'anno 2022 emerge in modo chiaro come il consumo di sostanze stupefacenti nella fascia di età 15-19 anni sia in aumento, in particolar modo per quanto concerne il consumo di cannabinoidi sintetici e delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS). Sempre per questa fascia di età si è assistito nell'ultimo anno a un aumento dell'uso di psicofarmaci senza

prescrizione medica che è giunto al 10,8%, mentre era al 6,6% nel 2021. Tra i giovani under 25 il 37,2% presta come sostanza primaria di dipendenza i cannabinoidi, seguiti dalla cocaina per il 5%. Inoltre, il 4,1% dei giovani con un percorso attivo presso il SerD riceve un trattamento farmacologico sostitutivo. Osservando i dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso droga-correlati, contenuti nella medesima Relazione, emerge come il 23,8% abbia riguardato giovani di età fino ai 24 anni: tali accessi vedono coinvolte maggiormente le ragazze under 17 anni – nonostante in numero assoluto siano la metà – rappresentando il 13% degli accessi contro il 7% nella stessa fascia di età fra i ragazzi, con una riduzione significativa dell'età media, anche in questo caso in particolare tra le ragazze. Per la classe di età fino ai 17 anni e quella tra i 18 e i 24 anni si riscontrano in netta prevalenza le diagnosi di "psicosi indotta dall'uso di droghe" e "abuso senza dipendenza". A seguito degli accessi, i ricoveri per diagnosi droga-correlata hanno riguardato per il 15% adolescenti e giovani adulti con meno di 24 anni – in cui si riscontra un aumento valore che risulta anch'esso in aumento.

L'accesso ai Servizi per le Dipendenze da parte di soggetti minori di età può verificarsi sia su richiesta spontanea, sia su invio e accompagnamento della famiglia e/o delle istituzioni scolastiche o ancora può avvenire all'interno di percorsi che prevedono il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria[8]. In tal senso di particolare rilievo sono gli invii e le collaborazioni con il SerD che partono dal circuito penale minorile e dunque per reati commessi da persona minorenne. Nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno della tossicodipendenza in Italia del 2023 (*ibidem*) (dati relativi all'anno 2022) viene rilevato come coloro che sono inseriti nel circuito penale minorile, per reati compiuti prima del compimento della maggiore età – sono soggetti di età compresa tra i 14 e i 25 anni. Tutti questi giovani sono seguiti dagli USSM (Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni) che prendono in carico i minorenni/giovani adulti dal momento della segnalazione da parte dell'Autorità Giudiziaria fino all'uscita dal sistema penale minorile, occupandosi della raccolta degli elementi conoscitivi per l'accertamento della personalità, per l'elaborazione dell'inchiesta sociale di base e per la formulazione del progetto educativo così come dell'attuazione dei provvedimenti disposti dal giudice. La Relazione (*ibidem*) mette in luce come tra i minorenni e giovani adulti che sono presenti nel sistema penale e dunque seguiti dall'USSM – a prescindere che si trovino inseriti nel circuito penitenziario o in percorsi di comunità – vi è una notevole presenza di reati droga-correlati. Nel 2022 il 17,2% delle persone seguite dall'USSM lo era per imputazioni di reato droga-correlato, e nel 96% dei casi si trattava di ragazzi di genere maschile, e per il 17% di nazionalità straniera. Ancora coloro che erano in carico all'USSM per violazione della normativa in materia di stupefacenti (DPR

[8] L'invio al SerD da parte dell'Autorità Giudiziaria può avvenire anche al di fuori del circuito penale-penitenziario. Ci si riferisce in tal senso ai minorenni seguiti dal Tribunale per i Minorenni nell'ambito delle competenze amministrative a quest'organi attribuite a seguito di segnalazioni per irregolarità nella condotta e nel carattere (R.D.L. 1404/1934) o per procedimenti in ordine alla responsabilità genitoriale e dunque di protezione e tutela minori nei quali emerga un uso di sostanze da parte del minore.

309/1990) sono annualmente in crescita: dai 3.293 del 2012 – anno con il valore più basso – si è passati a registrare 4.205 minori/giovani adulti nell'anno 2019. Entro questo circuito, è bene sottolinearlo, non sono conteggiati coloro che vengono segnalati in Prefettura per il possesso di sostanze per uso personale (art. 75). Questi ragazzi, infatti, anche se di minore età vengono convocati in Prefettura per il colloquio e devono essere accompagnati da almeno un esercente la responsabilità genitoriale. In tali situazioni che vedono coinvolti i soggetti minori di età il Prefetto può ricorrere anche più volte al formale ammonimento senza l'irrorazione delle sanzioni amministrative. La normativa, altresì, stabilisce che agli esercenti la responsabilità genitoriale vengano fornite tutte le informazioni e indicazioni per rivolgersi ai servizi territoriali deputati. L'arrivo al SerD quindi in questi casi non transita per il circuito penale come diversamente accade nel caso in cui si configuri il reato di "spaccio" a carico di una persona minorenne; infatti, l'articolo 73 punisce tutte le ipotesi di detenzione e cessione/vendita di sostanze illecite al di fuori dell'uso personale.

Nel periodo tra il 2018 e il 2022, il 98% dei minorenni/giovani adulti in carico agli USSM per aver commesso illeciti penali in violazione del DPR n.309/1990 è stato sanzionato per detenzione di sostanze stupefacenti ai fini di spaccio (Art.73 - Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope), una quota intorno a 0,5% per il reato più grave di associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74) e la restante percentuale per aver commesso entrambe le violazioni.

	Per reati in violazione del DPR n.309/1990						
	Totale	Art.73		Art.74		Artt.73 e 74	
		n.	%	n.	%	n.	%
2018	4.178	4.107	98,3	11	0,3	60	1,4
2019	4.205	4.132	98,3	15	0,4	58	1,4
2020	3.802	3.729	98,1	18	0,5	55	1,4
2021	3.856	3.761	97,5	23	0,6	72	1,9
2022	3.707	3.613	97.5	25	0.7	69	1.9

Figura 2 Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati commessi in violazione DPR n. 309/1990 per tipologia di reato. Anni 2018-2022. Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Tabella n. 8.7.3 della "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2023

Sia all'interno delle misure penali di comunità, sia all'interno dei programmi connessi alla sospensione del processo e messa alla prova, i giovani possono entrare a contatto con i Servizi per le Dipendenze. Nel 2022 i giovani in carico agli USSM per violazione della normativa in materia di stupefacenti e sottoposti a provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova sono stati complessivamente 1.356, il 96% è di genere maschile, il 13% di nazionalità straniera.

In aggiunta ai dati circa le caratteristiche del fenomeno di uso di sostanze nei giovani inseriti nei percorsi afferenti ai Servizi per le Dipendenze e/o ai percorsi penali con gli USSM, la Relazione

del 2022 presenta una particolare sezione dedicata alle riorganizzazioni e alle progettualità di alcuni SerD nel territorio italiano in considerazione delle specifiche esigenze di questa fascia di popolazione. L'accoglienza degli adolescenti, dei loro bisogni e delle loro famiglie presso i servizi pubblici costituisce un punto nodale di tutto il sistema sociale, sanitario ed educativo (Leonetti, 2021). Poiché gli adolescenti non accedono spontaneamente ai servizi, risulta importante mettere in atto strategie quali la necessità di andare nel loro contesto di vita per poterli agganciare, curare la fase iniziale del contatto, adattare il setting per poter entrare in relazione, in modo da impedire un'interruzione del percorso (*ibidem*).

Come sarà possibile approfondire anche alla luce della ricerca condotta, l'accesso e il percorso degli adolescenti, dei giovani, degli under 25 ai SerD presenta e richiede degli aspetti di specificità e peculiarità e questo ha portato nel territorio nazionale alla necessità di sperimentare modalità, contesti, servizi, interventi differenti focalizzati sulla specifica fase di vita, per rispondere a modelli e stili di consumo differenti, accompagnamenti da esperienze di rischio e da condotte non unicamente riconducibili all'uso di sostanze (Relazionale al Parlamento, 2022). Come evidenzia Zamagni (et al., 2022), i servizi per le dipendenze stanno affrontando la sfida di introdurre servizi differenziati flessibili, che favoriscano la richiesta di aiuto e tengano conto delle esigenze e delle fasi evolutive dei giovani. Nell'ambito della Relazionale annuale al Parlamento su fenomeno della Tossicodipendenza in Italia (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022) pubblicata nel 2022 – con riferimento ai dati del 2021 – apposito spazio è stato dedicato a una panoramica su alcune esperienze nazionali di servizi innovativi progettati e implementati per l'intercettazione, l'aggancio, l'accesso diversificato dei giovani e degli under 25. Ampiamente viene dunque percepita e condivisa l'esigenza di pensare e predisporre accessi diretti, setting non stigmatizzanti, percorsi specifici per giovani e under25 che sperimentano l'uso di sostanze e situazioni a rischio che tendono a richiedere maggiormente una «presa in carico integrata tra più servizi (Consultorio familiare, Età Evolutiva, Neuropsichiatria Infantile, Centri per la Salute Mentale) e un solido coordinamento tra i diversi livelli di intervento» (*ibidem*, p. 304). Come rilevato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, le esperienze territoriali si diversificano in servizi outdoor e indoor, sebbene in alcuni contesti entrambi questi sono stati sviluppati secondo un continuum terapeutico-assistenziale.

a. *Servizi outdoor*: esperienze e interventi attuati nei luoghi del tempo libero e del divertimento finalizzati a intercettare i giovani consumatori, consentire e facilitare l'accesso ai servizi, limitazioni dei rischi e riduzione del danno. Rientrano qui esperienze di educativa di strada, di prossimità, presidi in luoghi del divertimento con camper/furgoni attrezzati. Si tratta di servizi flessibili, elastici per adeguarsi a mutamenti e necessità. Comprendono sia postazioni dinamiche che presidi statici dove consentire interventi quali distribuzione di materiali informativi, consulenze, assistenza. Rientrano

in tale contenitore anche gli interventi domiciliari e di housing sociale dedicati ai giovani utilizzatori di sostanze under 25.

b. *Servizi indoor*: si tratta di programmi e attività sviluppate nei SerD e nelle strutture di Privato Sociale specifici per under 25 caratterizzati principalmente dall'introduzione di fasce orarie di accesso ai servizi dedicate ai giovani, dall'integrazione nelle equipe di persone specificamente formate, sino alla rilevazione di alcune esperienze con la costituzione ex novo di servizi dedicati esclusivamente ai giovani. In tale ambito sono stati rilevati programmi/progetti di esperienze laboratoriali, attività sportive finalizzate alla condivisione e allo sviluppo di nuove competenze, escursioni in montagna ed eventi serali, promosse dai SerD. Vi sono poi servizi con sedi dislocate, meno istituzionalizzati, ad accesso libero, che prevedono, sebbene con modalità differenti, accoglienza e ascolto in contenti meno identificabili e meno formali, accesso e consulenza sia dei ragazzi che delle loro famiglie; interventi-attività di sostegno in gruppo; interventi di counselling psicologico, sociale ed educativo, sia per i ragazzi che per le famiglie, o per educatori/insegnanti.

Tra le esperienze realizzate il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli2Nord ha sperimentato le "Z. HOUSE", pensate per i giovani della Generazione Z: si tratta di una casa dei giovani realizzata in legno e vetro – inserita in un area verde a Pozzuoli – caratterizzata dalla presenza di sale prove musicali, ambienti informali di incontro per i giovani; aperta, non vincolante, ad accesso quotidiano e libero (Lamartora, 2021). Entro tale contesto si inserisce poi il "SerD Web" con servizi digitali e orientati ai social network e la "Radio Web" gestita direttamente da giovani peer che programmano il palinsesto e fanno da speaker per altri giovani operando come porta d'accoglienza per interessare altri giovani che abusano di sostanze (*ibidem*). Altro progetto e servizio è "YOUNGLE" una piattaforma ideata e promossa al Comune di Firenze e dalla Regione Toscana nel 2012 con la realizzazione di 15 centri in 10 regioni differenti. Si tratta dell'apertura di canali e profili sui principali social media per intercettare i ragazzi, offrire un primo ascolto e counselling a partire da chat dedicate due sere alla settimana (*ibidem*).

2.5 I SerD nella Regione Veneto. Uno sguardo al piano socio-sanitario e al piano triennale per le dipendenze

Uno sguardo specifico viene dedicato alle politiche e al sistema di intervento in ambito di dipendenze della Regione Veneto, contesto nel quale si inserisce la ricerca empirica condotta e presentata nella seconda parte del presente lavoro di tesi.

Come riportato nei documenti normativi regionali in materia di dipendenze patologiche (DGR n. 911 del 09.07.2020; DGR n. 2217 del 22.061999) il sistema della politica veneta si fonda su due principi: principio di pari dignità fra pubblico e privato sociale accreditato e il principio di sussidiarietà. A tal riguardo, infatti, viene enfatizzata e promossa l'integrazione sociosanitaria in

un'ottica di valorizzazione del ruolo del privato sociale anche fondata sul riconoscimento dell'importanza di interventi nell'area delle dipendenze di carattere sociale, di reinserimento sociale e lavorativo, difficilmente implementabile dal solo settore pubblico.

Il sistema per le dipendenze nella Regione Veneto si articola in 9 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze – afferenti alle nove Aziende Sanitarie Locali (in Veneto A.Ulss) – al cui interno si declinano: 38 SerD. (Servizi per le Dipendenze); 3 Comunità Terapeutiche pubbliche; 30 Enti ausiliari (Servizi sociosanitari privati) con oltre 100 sedi operative; oltre 600 gruppi di auto aiuto (soprattutto per quel che concerne i problemi alcol-correlati, ricomprendenti i Club di Alcologia Territoriale, principalmente, e gli Alcolisti Anonimi, più residuali); oltre 60 Enti del Terzo Settore (Regione Veneto, 2020). Anche le ultime due Relazioni Annuali al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia riportano la presenza di 38 sedi SerD attive nella regione a fronte di un contesto nazionale nel quale nell'anno 2021 erano presenti 574 SerD totali - articolati in 614 sedi territoriali al fine di favorire e facilitare l'accessibilità – diminuiti nell'anno 2022 a 570 SerD ufficiali articolati in 612 sedi territoriali. Nella Regione Veneto i SerD registrati risultato essere 38 SerD.

Il piano sociosanitario della regione veneto relativo al periodo 2019-2023 rappresenta il documento regionale che individua gli indirizzi programmatici in materia socio-sanitaria con particolare attenzione ai settori dell'assistenza territoriale, ospedaliera, delle reti assistenziali e socio-sanitarie. Entro tale documento programmatico per il quinquennio 2019-2022 viene evidenziato l'incremento del consumo di sostanze e delle dipendenze e in particolare la diffusione dei consumi di sostanze e la presenza di comportamenti additivi a rischio tra i giovani. Il documento esplicita la vision regionale in materia di tossicodipendenze in qualità di «condizione della persona con bisogni e problemi sanitari, psicologici e sociali». A partire da una lettura della promozione della salute in termini di benessere fisico, mentale e sociale, gli interventi nell'ambito delle dipendenze e il contrasto alla diffusione del fenomeno sono considerati un «contribuire all'empowerment delle persone, sostenendo al contempo la comunità ed il benessere collettivo» (Regione Veneto, 2020, p. 2). A partire da tale riconoscimento della dipendenza, il piano sociosanitario regionale dedica, comunque, uno spazio limitato al tema della dipendenza e nello specifico dell'uso di sostanze e della dipendenza nella fascia di età adolescenziale, prevedendo tre obiettivi strategici connessi all'area dell'integrazione sociosanitaria: «OS6. riorganizzare i servizi delle dipendenze adeguando il numero e la tipologia degli stessi con una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto. OS7. Rafforzare l'adozione del "programma terapeutico individualizzato" nell'ottica di offrire prestazioni appropriate e necessarie. OS8. Favorire l'integrazione fra pubblico e privato nella presa in carico della persona tossico/alcoldipendente e/o con Disturbi da Gioco d'Azzardo» (Regione Veneto, 2019, p. 115). Entro tali obiettivi, le aree di intervento in cui sviluppare le azioni ritenute prioritarie nella programmazione zonale sono l'area della prevenzione e quella della cura e riabilitazione. Con

riferimento alla prima viene data priorità alla realizzazione di azioni e interventi di prevenzione primaria e selettiva con modalità informative rivolte alla popolazione giovanile cui aggiungere la diffusione di interventi preventivi in collaborazione con il mondo del privato-sociale nei luoghi di consumo e socializzazione consentendo l'abbassamento della soglia di accesso ai servizi, il raggiungimento di target difficilmente raggiungibile con azioni preventive in contesti classici; l'utilizzo di modalità comunicative differenti; la promozione di comportamenti e stili di vita orientati al benessere e alla salute anche con il coinvolgimento del mondo della scuola, dello sport, delle realtà parrocchiali. Rispetto all'area della cura e riabilitazione le indicazioni programmatiche presenti sono orientate al favorire una presa in carico territoriale il più precoce possibile entro percorsi e progetti personalizzati volti al reinserimento e all'integrazione sociale e lavorativa. Viene inoltre evidenziata la necessità di accompagnamento delle famiglie e l'individuazione di strategie idonee per il coinvolgimento dei minori/giovani che fanno uso di sostanze e delle loro famiglie, anche tramite la realizzazione di contesti non connotati (Regione Veneto, 2019). A partire da tale documento, che richiama il tema delle dipendenze e dei consumi di sostanze da parte della popolazione giovanile, viene sviluppato il Piano Triennale per le Dipendenze che rappresenta lo strumento attraverso il quale è definita una strategia di contrasto al fenomeno delle dipendenze patologiche grazie alla collaborazione e sinergia tra Dipartimenti per le Dipendenze – che includono SerD, Privato Sociale accreditato) e diversi stakeholders, con la realizzazione di iniziative multisettoriali. L'ultimo Piano in essere nella regione Veneto è relativo al triennio 2020-2022, con un'estensione temporale per il 2023. Il Piano per le dipendenze presenta una più specifica e dedicata attenzione – nonché finanziamenti – in relazione all'accesso degli adolescenti ai servizi per le dipendenze. Il Piano Triennale per le Dipendenze della Regione Veneto infatti, pur riconoscendo l'aumento degli accessi ai servizi per le dipendenze da parte dei giovani e la necessità di progetti e strategie mirate, si concentra principalmente sull'area della prevenzione con riguardo ai giovani indicando tra gli obiettivi strategici e le azioni da implementare

- la promozione di iniziative per la popolazione giovanile, negli ambiti della prevenzione universale (per ampie fasce di popolazione), selettiva (per gruppi portatori di maggiori rischi) e indicata (per individui che manifestano segnali premonitori di rischio). Saranno interessati i contesti di vita dei giovani: scolastici, familiari, sportivi, di aggregazione, ricreazionali, del lavoro e del tempo libero, prediligendo l'adozione di modalità d'intervento innovative (quali, ad esempio, modelli proattivi/interattivi, contatto e diagnosi precoce dei disturbi comportamentali e uso di sostanze, ecc.);
- la formazione e il supporto attivo di adulti significativi (docenti, genitori, educatori, allenatori, ecc.) riguardo la gestione educativa degli adolescenti (Regione Veneto, 2020, p. 14)

Le azioni previste entro tali obiettivi generali attengono all'intercettazione precoce delle persone con comportamenti a rischio, potenziando gli spazi di ascolto e consulenza quali quelli previsti nelle scuole, sviluppandone in contesti informali di vita dei giovani, creazione di spazi di ascolto e orientamento sull'uso di sostanze rivolti alle famiglie; interventi nei luoghi di consumo. Rispetto all'area di cura e riabilitazione, l'unica azione che si riferisce ai giovani attiene allo «Sviluppo di percorsi di accompagnamento riabilitativo e di reinserimento sociale e familiare per minori e giovani nella fase di reinserimento al termine del trattamento residenziale» (*ibidem*, p.16).

A partire dalle indicazioni contenute nel Piano e dai finanziamenti previsti (per un totale di quattro milioni di euro per il triennio) le Aziende sanitarie locali sono chiamate a predisporre dei progetti afferenti a una o più delle aree di intervento previste e coerenti con le strategie indicate nel piano.

2.5.1 Progetti ed esperienze locali rivolte ai giovani con problemi di uso di sostanze nella regione Veneto

Con particolare riferimento al consumo di sostanze e all'accesso ai Servizi per le Dipendenze da parte di adolescenti nel contesto della Regione Veneto nel 2010 è stato costituito un gruppo di lavoro regionale – finanziato con il fondo regionale di intervento Lotta alla Droga (2009/2010) – che, attraverso il confronto con gli operatori e i professionisti che a vario titolo lavorano e incontrano minori e adolescenti con problematiche connesse al consumo di sostanze, ha prodotto un interessante documento dal titolo "T.*A.G.: Teen Addiction Guideline. Buone prassi dei Servizi nella cura delle dipendenze giovanili*" (Capuani et al. 2010). Il documento è volto ad analizzare e riflettere sulle caratteristiche specifiche dei minori e adolescenti che accedono ai SerD, sulle modalità operative di accoglienza e lavoro, e orientato a definire le buone prassi per il lavoro nei SerD con minori/adolescenti. Il documento sottolinea alcuni punti rilevanti che a tredici anni di distanza appaiono essere ancora attuali.

In primo luogo, viene rilevata la precocità e dunque l'abbassamento dell'età di primo consumo di sostanze realizzato entro condotte non solo "sperimentali" tipiche dell'adolescenza bensì con un passaggio a forme di dipendenza caratterizzate da poliuso e dalla presenza di sostanze così dette "pesanti". Il gruppo di riflessione, infatti, parte dall'osservazione della presenza di minori e giovani adolescenti nei servizi per le dipendenze come un fatto non più eccezionale e non più residuale. Questo ha portato a percepire la necessità trasversale tra gli operatori di rivedere le modalità di accoglienza e lavoro con i giovani assuntori di sostanze, sia in termini operativi sia in termini di contesti. Rispetto al contesto dei servizi per le dipendenze, infatti, il documento sottolinea la necessità di garantire un contesto adeguato a questa popolazione specifica che accede ai servizi per le dipendenze. In particolare, viene evidenziata la necessità di predisporre ambienti in grado di comprendere le esigenze dei giovani e che possano evitare l'eccessivo contatto persone più adulte che accedono ai SerD. In secondo luogo il confronto emerso in tale esperienza ha portato a sottolineare la necessità di riflettere e condividere approcci, interventi, prassi operative

per il lavoro con gli adolescenti che in modo più consistente frequentano i servizi per le dipendenze e altri servizi implicati – Tutela Minori, Ufficio di Servizio Sociale Minorile in primis. A tal riguardo il documento affronta la questione relativa al lavoro di integrazione tra servizi differenti che, per aspetti diversi, sono coinvolti nel percorso e nella relazione con gli adolescenti che fanno uso di sostanze e presentano problematiche connesse. Tale integrazione, rilevano gli autori, appare spesso complessa e poco collaborativa richiedendo una strutturazione e un coordinamento specifico al fine di garantire una "presa in carico integrata".

Emergono da questa di riflessione e rilevazione regionale interessanti esperienze locali di servizi dedicati agli adolescenti.

Drop In (SerD di Mirano): accoglienza degli adolescenti in uno spazio non connotato situato presso il Presidio Ospedaliero di Mirano, con attività ambulatoriali che non prevedono la distribuzione di terapia farmacologica. Si tratta di uno spazio più protetto e diversificato che consente riservatezza e diversificazione rispetto all'accesso al SerD. Nell'accesso a tale contesto alcuni giovani appaiono apprezzare riservatezza e distanza dal SerD, altri che presentano aspetti di maggiore gravità rispetto all'uso di sostanze sembrano invece ricercare e volere l'accesso presso il contesto "classico" del SerD (Capuani et al. 2010).

Spazio Giallo (Treviso): contesto non connotabile e di facile accesso per i giovani che assumono sostanze, di età tra i 15 e i 24 anni, dove vengono realizzati incontri, attività ricreative ed espressive in gruppo. In aggiunta, in tale contesto, vengono realizzati colloqui con i ragazzi, gruppi per i genitori, gruppi per i ragazzi (Capuani et al., 2010).

Serteeno (Villafranca di Verona): SerD rivolto ai minori e ai giovani tra i 16 e i 22 anni, con particolare attenzione alla tutela della privacy, alla flessibilità oraria per rispondere alle esigenze dei giovani e con esperienze di gruppi serali per i giovani. Il Serteeno realizza inoltre incontri formativi-informativi con i gruppi di familiari e ha previsto la creazione di un indirizzo e-mail e di un forum mediatico di discussione per offrire stili comunicativi e modalità relazionali differenti per i giovani (Capuani et al., 2010).

Centro per le Dipendenze Giovanili (A.Ulss 7): in quest'esperienza è presente una sede SerD ufficialmente e interamente dedicata ai giovani tra i 14 e i 24 anni che usano sostanze, e caratterizzato da una proposta di accoglienza, valutazione e progettualità che intreccia il percorso ambulatoriale con progetti semiresidenziali e residenziali. In tale esperienza si riconosce la necessità di entrare in relazione con i giovani attraverso una conoscenza più quotidiana, più significativa, consentendo un assessment e una progettazione dinamica, in cambiamento come questa fase della vita, "in situazione". Sono quindi previsti dei percorsi con attività di gruppo e laboratoriali che si aggiungono ai colloqui individuali. Inoltre, Il Centro opera in congiunzione sinergica con il privato sociale con la creazione e implementazione della comunità terapeutica per i giovani adolescenti (Capuani et al., 2010).

Da ultimo, un'altra realtà e servizio sperimentato per il lavoro di riabilitazione e reinserimento sociale per i giovani consumatori/dipendenti è denominato "***Il mestiere di vivere***" ed è stato realizzato all'interno del territorio della ex A.Ulss 19. Il progetto era rivolto ai giovani con un percorso attivo presso i SerD che presentavo esperienze quali abbandono scolastico precoce, emarginazione, per i quali sono stati pensati dei programmi di riabilitazione orientati alla socializzazione e all'autonomizzazione. Il programma, gestito in collaborazione con una comunità del territorio e il Club di Alcologia Territoriale locale, offre occasioni di aggregazione, di sperimentazione "leggera" della gruppalità tra pari, di esercitazione alla manualità semplice. In tale contesto viene enfatizzato il ruolo degli educatori del SerD nell'entrare in relazione con i ragazzi in un contesto differente da quello del colloquio presso l'ambulatorio (*ibidem*).

Complessivamente è possibile osservare come all'interno della Regione Veneto da molti anni istituzioni e professionisti si siano interrogati e adoperati per riflettere e rispondere alla crescente domanda di aiuto da parte di giovani assuntori di sostanze e delle loro famiglie. I punti centrali che hanno caratterizzato le riflessioni, i progetti, e le indicazioni di buone prassi, a partire da gruppi di lavoro costituiti a livello regionale, attengono in primo luogo alla necessità di strutturare modalità di lavoro dedicate per i giovani, con l'indicazione per i SerD di adattarsi alle esigenze di questa popolazione che afferisce ai servizi. Sono state sperimentate soluzioni organizzative e progetti differenti finalizzati a modulare servizi, equipe, modalità di accoglienza, intervento e sostegno caratterizzate in principale modo dall'accesso a un servizio meno connotato e riconoscibile all'esterno. Il secondo aspetto indicato in quest'esperienza e presente anche nelle attuali e recenti indicazioni regionali (DGR 651/2022; DGR 911/2020) attiene al lavoro integrato tra più servizi coinvolti nella complessità e diversità delle problematiche che i minori/giovani assuntori di sostanze presentano, ciascuno per la parte di propria afferenza, in collaborazione e sinergia con gli altri.

Capitolo terzo
Il Social Work con gli adolescenti che fanno uso di sostanze

1. Social work, uso di sostanze e dipendenze

Da oltre 30 anni si discute sull'impegno del lavoro sociale nei confronti dei problemi connessi ad alcol e droghe e sulla misura in cui i professionisti del lavoro sociale dovrebbero essere formati per intervenire in tale ambito (Galvani e Forrester 2009). Il Social Work risulta essere da lungo tempo connesso e impegnato nelle situazioni di uso di sostanze e dipendenza: «ever since the early days of the profession, social workers have been confronted with personal and social problems caused by service users' use of drugs and alcohol» (Paylor, et al., 2012, p. 1)

Come è stato osservato nel primo capitolo, in particolar modo nell'analisi della prospettiva sociologica sulle dipendenze e l'uso di sostanze, nel corso dei decenni è stato possibile individuare diversi "modelli" di lettura delle dipendenze. Nel presente paragrafo, richiamando brevemente gli aspetti salienti di ciascun modello si contestualizzano punti di forza e criticità entro quella che è la prospettiva del Social Work.

Le dipendenze rappresentano un ambito particolare di intervento degli assistenti sociali, si tratta di un'area specifica e specialistica che si connota per l'integrazione tra sociale e sanitario, anche per la multidimensionalità della dipendenza stessa che, come visto anche in precedenza, è influenzata da differenti fattori, produce conseguenze di diverso carattere e richiede dunque una visione integrata. Attualmente il rischio per gli assistenti sociali che operano in questo ambito è di essere poco considerati, ritenendo l'intervento sociale secondario all'intervento medico: si assiste a una medicalizzazione dei problemi delle persone (Maturo, 2007), problemi e aspetti che non appartengono alla sfera medica sono letti con la lente medica con la conseguenza che il sociale si trova ad operare in spazi interstiziali (Palumbo e Dondi, 2012; Maturo, 2007). Eppure, vari autori (Palumbo e Dondi 2012; Cipolla, 2007; Maturo 2007) sottolineano che oggi le forme di disagio connesse alla dipendenza sono principalmente connotate da un disagio sociale e seppur presenti delle componenti sanitarie che richiedono attenzioni, appare preponderante la necessità di lavoro di rete svolto da operatori sociosanitari. Tuttavia, l'ampia diffusione di una lettura dell'uso di sostanze e delle dipendenze in termini biomedici – come approfondito nel primo capitolo – ha portato a una lettura dei problemi sociali prevalentemente come problemi sanitari e dunque considerati prioritariamente di pertinenza delle professioni e strutture mediche e sanitarie,

in cui altre figure hanno assunto ruoli in parte subalterni e complementari (Palumbo e Dondi 2012; Healy 2014;). La presenza di assistenti sociali nel contesto dei servizi per le dipendenze si basa sul riconoscimento della dipendenza come questione multifattoriale in cui intervengono fattori socio-ambientali tanto nel quadro in cui si viene a delineare la dipendenza tanto nel contesto in cui si realizza un progetto di riabilitazione (Quercia, 2015). L'OMS, adottando una visione ecologica, infatti, indica la necessità di interventi a carattere psico-sociale.

Il lavoro degli assistenti sociali nei servizi per le dipendenze può caratterizzarsi come *casework* con la persona, quindi sia a livello individuale, sia come intervento di gruppo, con la reta familiare e amicale, quindi *groupwork* (Munro & Allan, 2011). In ogni caso, come sottolinea Healy (2014), l'approccio tipico del Social Work riconosce e sottolinea l'importanza di guardare all'individuo come parte del suo contesto, e di conseguenza, considerare quello stesso contesto nel pensare e sviluppare possibili interventi. Eppure, dal lavoro di revisione realizzato da Cassidy e Poon (2019) emerge da parte dei Social Workers ancora un eccessivo focus sul lavoro individuale che porta anche a limitare la diffusione degli interventi family-based. Munro e Allan (2011) sostengono che gli assistenti sociali stessi possono essere i principali promotori di interventi meno individualistici, più attenti e aperti al coinvolgimento delle famiglie.

Come evidenzia Galvani (2012) i social workers si trovano a operare in una posizione ottimale, trasversalmente ai contesti in cui lavorano, per sostenere le persone e le famiglie nel fronteggiamento dei problemi connessi all'alcol e alle droghe, infatti come sottolinea l'autrice, quando hanno problemi con l'uso di sostanze, raramente questi riguardano solo loro, anzi tendenzialmente presentano delle ramificazioni più ampie per i partner, i figli, gli amici, i colleghi. L difficoltà che la persona e la sua famiglia può vivere sono varie e spesso vengono trascurate per focalizzare principalmente gli aspetti individuali, biomedici, sanitari della dipendenza, per tale motivo lo sguardo più ampio, al contesto familiare, ambientale, sociale e relazione che può offrire un social workers sono di fondamentale importanza nel sostenere e accompagnare i percorsi di recovery da sostanze (Galvani, 2012).

Ricorrenti in letteratura sono le riflessioni circa le conoscenze e competenze degli assistenti sociali nel campo delle dipendenze. Kearney e colleghi (2000) hanno valutato i bisogni di formazione dei social workers in relazione ad alcol, droghe e problemi di salute mentale nelle famiglie trovando «poche prove di una formazione specifica » (p. 26); si riscontra poi in generale mancanza di fiducia tra i lavoratori nell'affrontare il tema e le questioni connesse all'abuso di sostanze da parte dei genitori nell'ambito della tutela minori (Forrester e Harwin 2006).

La minore attenzione che nell'ambito del Social Work è stata dedicata al tema dell'uso di sostanze e delle conseguenze negative in termini di benessere nella vita delle persone emerge anche in connessione alle numerose ricerche che mettono in evidenzia (Guy e Harrison 2003; Forrester e Harwin 2006; Kearney, et al., 2000) un gap nei programmi formativi dei social workers rispetto

alle possibilità e difficoltà di vita connesse all'uso-abuso alcol e altre sostanze. Ne consegue un'assenza o una scarsità di conoscenza e di competenza per agire efficacemente in questo ambito. Gli operatori, infatti, riportano di sentirsi «ill-equipped to work with this issue» (McCarthy e Galvani 2010, p. 86) di aver ricevuto una scarsa formazione in questo campo e dunque non sentirsi sufficientemente preparati per valutare le situazioni e intervenire (*ibidem)* sperimentando un senso di inefficacia, fallimento, spaesamento quando si trovano in servizi o in situazioni in cui devono fornire assistenza e supporto rispetto alle dipendenze (McCarthy e Galvani 2010)).

2. Approcci teorici di Social Work e ambito dipendenze

Come di recente ha evidenziato McNeil (2021) nell'ambito della Social Work Practice e Social Work Education, vi è la necessità di rendere maggiormente espliciti gli assunti epistemologici che guidano la riflessione nel lavoro con persone che fanno uso di sostanze. A partire da tale assunto, l'autrice propone un'analisi critica dei principali modelli diffusi nell'ambito dell'uso di sostanze alla luce di diversi approcci, proponendo una lettura secondo la lente del Critical Social Work al fine di mettere in discussione le credenze circa l'uso di sostanze come un problema morale, di condotta individuale o medico, che vedono la persona passiva, o poco attiva nell'agire rispetto alla sua situazione; la necessità appare quella di spostare, invece, l'attenzione alle politiche che promuovono una società più equa, impegnata verso il riconoscimento dei diritti umani e della giustizia sociale. Infatti, è fondamentale per il social work adottare una prospettiva critica nel modo in cui viene teorizzato e inquadrato il consumo di sostanze poiché questo comporta, di riflesso, un'influenza nelle modalità in cui si interviene e risponde alle persone che sviluppano tale problematica, che spesso vivono situazioni di stigmatizzazione e marginalizzazione sociale

> «Quando il consumo di sostanze è inteso come una carenza personale che richiede un trattamento professionale, le questioni di emarginazione, stigmatizzazione e resistenza vengono sistematicamente cancellate. Una posizione epistemologica critica fornisce il quadro di riferimento per mettere in discussione gli assunti dominanti, considerare comprensioni alternative e implementare approcci innovativi alla ricerca, all'educazione, alla politica e alla pratica del lavoro sociale e del consumo di sostanze per servire meglio gli interessi delle persone coinvolte.» (McNeil, 2021, p.367)

Nell'ambito delle dipendenze, è possibile innanzitutto riscontrare differenti modelli di lettura che presentano, ciascuno per le sue peculiarità, elementi di dissonanza e/o di coerenza con i principi e i valori del lavoro sociale professionale (Paylor et al. 2012). Tendenzialmente, è possibile individuare tre principali modelli: il "disease model", in cui la dipendenza è definita come malattia incurabile, il "*medical model*", della dipendenza in termini genetici, e il modello ecologico.

Il *disease model* rappresenta un modello molto diffuso negli Stati Uniti e contiene gli assunti fondanti per gli Alcolisti Anonimi (e tutti i gruppi connessi, come ad esempio i Narcotici Anonimi). Si caratterizza per una concezione della dipendenza come qualcosa di irreversibile, in cui la persona è vista come caratterizzata da una personalità dipendente, una malattia spirituale verso la quale non ha alcun potere di cambiamento. Essa è chiamata a definirsi dipendente e

accettare la sua condizione e l'unica possibilità di trasformazione è data dall'astinenza totale (Paylor et al., 2012). Tale modello non appare molto coerente in riferimento ai valori che caratterizzano il social work: in particolar modo, l'idea di irreversibilità della propria condizione, l'assenza di potere e possibilità di cambiamento, l'auto-etichettamento quale "dipendente", la proposta di un percorso definito di passi, sono nell'analisi di alcuni autori, in contrasto con i principi della promozione di autonomia, empowerment, e cambiamento possibile che caratterizzano il sociale work (*ibidem*). Nonostante ciò, tale approccio è largamente diffuso e di sostegno alle persone nell'affrontare i problemi connessi all'uso di sostanze, con alcuni elementi che comunque trovano riscontro negli obiettivi del servizio sociale: l'importanza del supporto costante e continuativo, delle reti di supporto, della partecipazione ai gruppi, della famiglia (Paylor et al., 2012).

Il *medical model,* che McNeil riconduce a un'epistemologia post-positivista[9], ha giocato un ruolo importante nel superare una concezione morale delle dipendenze e della persona che fa uso di sostanze, togliendo la colpa dall'individuo e identificando la dipendenza come una malattia, attraverso una prospettiva di non giudizio e di non colpevolizzazione della persona (Rhodes e Johnson, 1996; Paylor et al., 2012). Il modello medico introduce una distinzione tra la dipendenza in termini fisici e la dipendenza in termini psicologici, focalizzando unicamente gli aspetti fisici e i trattamenti farmacologici (Paylor et al., 2012). È necessario rilevare alcuni punti critici: da un lato, anche in questo modello emerge un'assenza di potere in capo alla persona, la quale non può esercitare nessun controllo sulla sua vita; dall'altro, propone una lettura lineare di causa-effetto basata sulla predisposizione genetica alla dipendenza che non tiene conto di molte sfaccettature che la caratterizzano, ad esempio non considerando i fattori sociali e contestuali che possono aver portato alla ricerca di sostanze (Paylor et al, 2012; Galvani, 2017).

Come evidenziano Rhodes e Johnson (1996), il Social Work si fonda sul considerare le dinamiche di interazione tra la persona e il suo ambiente, ciò nonostante, nell'ambito delle dipendenze questo frequentemente venga meno, con un focus prevalente sull'individuo in sé (modello morale) o sulla dipendenza (modello medico), dimenticando e ignorando i fattori contestuali e socio-ambientali. Per lungo tempo, infatti, l'accettazione quasi acritica del modello medico della dipendenza ha portato a trascurare, nella formazione di social work quanto nella pratica, la specificità e l'importanza dell'intervento in termini sociali.

Aspetti peculiari del "*modello biopsicosociale*" o "*ecological model*" invece, attengono al suggerire la presenza di fattori biologici, fisiologici, comportamentali, psicologici, sociali e

[9] Si tratta di un'epistemologia basata sull'assunto per cui la conoscenza è rintracciabile in fatti osservabili, misurabili, testabili, generalizzati al fine di stabilire una verità scientifica, entro cui i ricercatori sono considerati oggettivi e distaccati dai partecipanti e si affidano a disegni di ricerca sperimentali e quantitativi per spiegare, controllare e prevedere i risultati, riducendo i possibili pregiudizi (McNeil (2021). Come riscontra anche Folgheraiter (2018) nel Social Work è presente ed è stato presente un «*trend* positivistico» che affonda le radici nella clinica medica.

ambientali che interagiscono e intervengono nell'esperienza di dipendenza di una persona (Collins e Keene, 2000; Paylor et al. 2012). Il modello ecologico, pertanto, sposta il focus dall'interno dell'individuo all'esterno, guardando all'ambiente come fonte di stimoli stressanti (Rhodes e Johnson, 1996). Ciò significa riconoscere l'interazione tra individuo e ambiente in termini di partner, famiglia, amici, contesto di vita, lavoro (Galvani, 2012), riconoscendo, altresì, il ruolo e l'impatto di aspetti negativi quali discriminazioni sociali, povertà, sessismo e razzismo, omofobia (Rhodes e Johnson, 1996; Galvani, 2012). Se nel modello medico molti aspetti connessi all'ambiente di vita della persona non vengono considerati e vengono letti come resistenza intrinseca alla persona, nel modello ecologico si riconosce che il cambiamento si concretizza anche attraverso le modalità in cui la persona interagisce con l'ambiente. In tal senso, Rhodes e Johnson (1996) sottolineano come gli interventi finalizzati ad aiutare le persone nell'acquisire bisogni primari quali cibo, casa, trasporti siano altrettanto importanti rispetto alle cure terapeutiche in senso stretto, in quanto comunque contribuiscono al complessivo funzionamento della persona in recovery.

Il modello ecologico appare coerente con la prospettiva basata sui punti di forza (Weick 1989; Saleebey, 2006) e con il problem solving collaborativo (Compton e Galaway 1994; Hepwort e Larson 1993): la persona con problemi di uso di sostanza è considerata parte attiva, pienamente convolta sia nel modo in cui il problema è definito, sia negli interventi da realizzare (Vaillant, et al., 1987; Weick 1983). Se in molte prospettive il successo del percorso è inteso e misurato unicamente in termini di sobrietà e astinenza, il modello ecologico apre a una prospettiva più ampia, non dicotomica, che non produce un profondo senso di fallimento nei casi in cui interviene una ricaduta (Rhodes e Johnson, 1996).Questo coinvolgimento porta effetti positivi in termini di rinforzo delle competenze e dell'autostima delle persone (Rhodes e Johnson, 1996; Galvani 2012), in linea con la prospettiva del Relational Social Work (Folgheraiter, 1998; 2011).

2.1 Relational Social Work

Nella disamina degli approcci di Social Work e delle differenti letture rispetto al tema delle dipendenze, il presente paragrafo mira a delineare la lettura delle dipendenze entro il framework del *Relational Social Work*, il quale riesce, nella prospettiva di chi scrive, a consentire una chiara lettura di carattere sociale e di orientamento sia per la teoria che per la pratica di social work in tale ambito – anche includendo armonicamente in sé gli aspetti e i punti di forza di altri approcci teorici – superando la prospettiva clinico-medica-psicologica delineata in precedenza. Contemporaneamente, il presente paragrafo consente di fornire un orientamento teorico e metodologico di social work – entro la lente relazionale Folgheraiter, 1998, 2011), assunta come *framework teorico* in cui si inserisce l'indagine empirica condotta. Tale inquadramento è pensato infine per meglio comprendere il lavoro degli assistenti sociali nella relazione di aiuto con adolescenti che fanno uso di sostanze.

La prospettiva del Social Work, sia in termini teorici – *Social Work Theory* – sia in termini di pratica – *Social Work Practice* – rappresenta una cornice e in un inquadramento fondamentale in cui collocare le basi della ricerca condotta. Quando si parla di *Social Work Theory* si fa riferimento al lavoro sociale come scienza applicata, disciplina teorico-pratica, (Folgheraiter 2018), che si pone in un punto intermedio, sebbene intrecciato e connesso, tra la psicologia e la sociologia, differenziandosene:

> il campo della sociologia dovrebbe estendersi dal soggetto al sociale, e vincerà, mentre quello della psicologia dall'intrapsichico al soggetto e viscera. Le due scienze quindi si intersecano in un'area comune che è appunto il singolo integrale soggetto umano […] La scienza del lavoro sociale studia la *capacità di azione* – intesa come «risultante» parzialmente indeterminata di «influssi» interni ed esterni – dei soggetti sociali interessati al mantenimento o al recupero di standard minimi, socialmente definiti, di benessere che li riguardino (Folgheraiter, 1998, p. 58-60)

Il Social Work come pratica, si differenzia in modo specifico per la sua centratura e focalizzazione sui problemi sociali per uno sguardo che Folgheraiter (1998) chiama integrato e prospettico, che si caratterizza per affrontare il problema sociale nella sua interezza e globalità, focalizzandosi nelle relazioni sociali più che sulla persona. Infatti, il problema sociale e l'intervento del lavoro sociale sono fenomeni relazionali in cui i soggetti inter-agiscono tra loro. Entro tale prospettiva, pur riconoscendo le cause esterne e strutturali che influiscono nel determinare i problemi sociali, e pur non negando le cause interne, intrapersonali e individuali, i problemi sociali sono osservati in termini relazionali, apparendo così "risolvibili", fronteggiabili anche attraverso una rete di fronteggiamento che vede impegnate più persone che agiscono congiuntamente verso finalità condivise (Folgheraiter, 1998; 2011; Folgheraiter e Raineri 2017). Ancora, il lavoro sociale relazionale si caratterizza per non avere uno sguardo concentrato sul passato e sulle cause dei problemi sociali, bensì prospetticamente orientato al qui e ora e al futuro, che «ricostruisce e interpreta il presente in vista dell'azione» (Folgheraiter, 1998, p. 45). Non concentrato sulla capacità di azione mancante, sui punti di debolezza, ma sulla disponibilità e sull'aumento degli elementi positivi (*ibidem*). In senso ampio e generale, il 'lavoro' dei professionisti del sociale consiste nel prendersi a cuore, avere "*care*" e interessarsi ai problemi concreti presenti nella società.

Nell'ambito del campo teorico del Social Work le situazioni difficili, i problemi sociali, che le persone si trovano ad affrontare e dunque le situazioni di cui nella pratica di lavoro sociale ci si occupa, attengono alla carenza di benessere inteso come carenza di capacità di azione (Folgheraiter, 1998). Il Lavoro Sociale si occupa di quelli che Folgheraiter (2011) definisce come problemi esistenziali o aperti, difficoltà dell'esistenza umana così come percepite dalle persone che ne sono coinvolte. Oggetto del Lavoro Sociale, che diviene attenzione degli operatori sociali è, infatti, un problema sociale, di vita, dato dal fatto che la persona/famiglia non riesce più ad

assolvere ai propri compiti di vita sia in termini di autosufficienza, che autorealizzazione o eterorealizzazione, quindi, compiti connessi e derivanti dalle relazioni familiari e sociali (Folgheraiter, 1998). Gli operatori sociali quando si trovano ad affrontare i problemi della vita delle persone devono considerare che questi emergono dalla difficoltà o incapacità di azione delle persone in relazione tra loro, dipendono dalla percezione intersoggettiva delle persone che ne sono coinvolte e per questo non è possibile prevedere risposte standardizzate e ipotizzabili a priori nel chiuso del proprio ragionamento tecnico (Folgheraiter 1998; 2007a; 2011). Infatti, i problemi sociali sono tali solo se osservati da qualcuno, solo a partire dalla preoccupazione di qualche soggetto che li vive, sperimenta, sente. Tale osservazione di un qualcosa che non va, accompagnata da una preoccupazione e dalla volontà di migliori condizioni di benessere, è il primo motore del processo di fronteggiamento. Il fronteggiamento delle situazioni di vita problematiche, dei problemi sociali, dei "problemi di vita" – opposti e differenti ai problemi tecnici – si realizza grazie all'attivazione di una rete di persone coinvolte a vario titolo nel problema, che riflettono in maniera condivisa e individuano una finalità comune di benessere (Folgheraiter, 2011). Infatti, l'operatore da solo non può promuovere il cambiamento o fornire un aiuto unilateralmente, bensì necessita della piena e attiva partecipazione della persona direttamente interessata al fine di agire congiuntamente verso l'obiettivo condiviso e auspicato (Folgheraiter 1998). In tal senso, il benessere, il "recovery", sono il prodotto di una dimensione intersoggettiva, emergono dall'incontro e dalla relazione di due o più persone (Donati, 1998). Uno degli aspetti peculiari del paradigma relazionale di lavoro sociale, infatti, attiene al riconoscere e valorizzare che tale rete coinvolge primariamente le persone che sono vicine a chi sta sperimentando la situazione problematica presenza della competenza esperienziale, familiari, amici, conoscenti, vicini di casa. Si ritiene infatti fondamentale il «mondo della vita»: di tutte le persone che di quel problema hanno conoscenza diretta o indiretta e sono disponibili a prendersene cura. Può esserci, e c'è, la presenza di un professionista, in particolare, quando la situazione giunge a interfacciarsi con il sistema dei servizi sociali, ma si riconosce che i problemi complessi, i problemi di vita non possono essere risolti tramite la sola azione tecnica e competente di un professionista. Il professionista, l'assistente sociale, in questo processo assume il ruolo di "guida relazionale" che accompagna la rete di fronteggiamento non solo nell'identificazione della finalità condivisa ma anche nella ricerca delle strategie e azioni da attuare per fronteggiare il problema (Folgheraiter, 2007a).

Come si evince, coloro che sono comunemente definiti "utenti dei servizi sociali" – persone che si rivolgono ai servizi sociali – entro tale prospettiva non sono visti come soggetti passivi che ricevono aiuto, semplici fruitori di servizi, bensì sono un nodo importante della rete, sono al centro, parte attiva del proprio percorso. In tal senso si parla di partecipazione quando le persone che vivono un problema di vita e si rivolgono ai servizi possono concretamente prendere parte al progetto, esserne parte attiva, definendo insieme obiettivi, modalità, strumenti, tempi di

realizzazione (Warren, 2007). Nel paradigma relazionale e negli approcci intrinsecamente partecipativi la persona/utente e l'operatore escono da una relazione e una logica top-down per essere coinvolti in una dinamica relazionale di parità, reciprocità in cui viene valorizzata l'agency delle persone, ritenute parte attiva e imprescindibile del processo di fronteggiamento (Folgheraiter, 2011; Beresford, 1994). Le persone/utenti sono riconosciute come esperte della propria vita, dotate di agency, ossia della capacità di decidere e agire per incidere sulla propria esistenza e sulla realtà che le circonda, e pertanto capaci di dar vita a risposte originali entro un processo di fronteggiamento in cui assumono un ruolo da protagonista e attivo.

Osservando il lavoro sociale in termini pratici-operativi è possibile individuare due principali forme di aiuto: da un lato vi sono quelle volte all'erogazione di prestazioni, dall'altro vi sono azioni finalizzate a sostenere e accompagnare le persone nel fronteggiamento delle difficoltà di vita, in modo libero e aperto (Folgheraiter, 2007b; Raineri e Corradini, 2019). La prima modalità implica tutte quelle azioni che consentono l'accesso e l'attivazione delle prestazioni sociali previste dal sistema di welfare, in modo appropriato e personalizzato in riposta alle difficoltà di persone e famiglie. Pertanto, tale forma di aiuto sociale non comporta, sempre e solo, un mero meccanismo di automatismi: alcune prestazioni sociali possono essere distribuite in modo impersonale in presenza di requisiti oggettivi (ad esempio l'indennità di accompagnamento), altre, invece, (come ad esempio l'inserimento in una comunità terapeutica-riabilitativa), sono prestazioni più complesse che necessitano di valutazioni e approfondimenti in relazione alla conoscenza della persona e della sua situazione (Raineri e Corradini, 2019). Si tratta di una funzione di *assessment* svolta esclusivamente dall'assistente sociale che è la figura chiamata non solo a verificare la tipologia di prestazione da erogare, ma anche di organizzare e adattare l'erogazione della prestazione alla situazione concreta della persona, della sua famiglia, anche coordinando interventi diversificati ove necessario. Entro questa forma di aiuto, è possibile riconoscere anche la funzione di controllo attribuita all'assistente sociale che si qualifica come una responsabilità di protezione nei confronti di persone in situazioni di fragilità tali da divenire pregiudizievoli, anche in raccordo con mandati dell'autorità giudiziaria. Aspetto questo, peculiare dell'assistente sociale e dunque del più ristretto "servizio sociale" (Folgheraiter 1998; Raineri e Corradini, 2019).

La seconda modalità d'aiuto, invece, implica per il professionista andare oltre questi meccanismi tecnici e amministrativi per operare secondo modalità più aperte, flessibili, creative.

> *Questa è l'altra 'gamba' del lavoro sociale, e consiste nella funzione di intercettare l'azione delle persone e delle formazioni sociali che stanno affrontando i loro problemi direttamente, senza attendersi servizi di altri. (Folgheraiter, 2007b, p. 13)*

L'aiuto aperto comporta l'intercettare e accompagnare gli sforzi orientati al cambiamento che le persone che stanno vivendo una situazione di carenza di benessere, mettono in atto (Folgheraiter 1998; 2011). Ciò che in tali contesti e situazioni è richiesto al professionista è mettere in atto

funzioni di osservazione, ascolto, guida e accompagnamento, nella ricerca di soluzioni possibili, attraverso un agire riflessivo, libero, svincolato da procedimenti amministrativi, per sostenere un processo di fronteggiamento (Folgheraiter, 2011; Raineri e Corradini, 2019).

Il processo di aiuto sociale nell'ottica relazionale si caratterizza, in primo luogo, quale lavoro di rete, in cui l'operatore lavora in rete con altre persone: l'intervento non si configura come diretto nei confronti di una sola persona, considerata portatrice del problema da affrontare e risolvere, bensì è indirizzato ad attivare processi relazionali (Folgheraiter, 1998, 2007a). Nell'ambito delle dipendenze e dell'uso di sostanze, tale approccio si concretizza nel non realizzare interventi rivolti alla sola persona che fa uso di sostanze, ma nel favorire, ad esempio, il distendersi di relazioni familiari e amicali danneggiate per motivi connessi ai comportamenti del soggetto rispetto alla sua problematica. In secondo luogo, il processo di aiuto in ottica relazionale si caratterizza per l'indeterminazione: le prospettive e direzioni che può prendere sono inaspettate e si schiariranno nel tempo. Un terzo aspetto caratterizzante il processo di aiuto relazionale è il suo essere partecipativo e condiviso tra tutti i membri della rete. In questa prospettiva l'operatore deve evitare di accentrare tutte le responsabilità su si sé, operando perché, al contrario, altri possano assumere con efficacia compiti e impegni per il lavoro di rete (fino a condividere con il professionista la guida della rete) (Folgheraiter, 2016). In questa prospettiva, l'operatore relazionale guida il processo di aiuto, diversamente da altri approcci di lavoro sociale, nei quali il processo è diretto da professionisti 'esperti' impegnati ad identificare soluzioni per la persona che ha il problema (utente). Come quarto elemento, si trova l'orientamento positivo e proattivo del processo di aiuto relazionale: la rete di fronteggiamento non guarda alle cause del problema ma si orienta al futuro verso una finalità espressa in termini di condizione di maggior benessere. Proattivo in quanto l'operatore ricerca la tensione delle persone verso la "care" e sollecita e valorizza il loro "saper fare": il contributo che ogni membro della rete, con la propria storia e le proprie capacità, può portare al fronteggiamento (Folgheraiter, 1998; 2007).

2.1.1 La dipendenza nella logica sociale relazionale: un problema sociale e un disfunzionamento dello stile di vita

A partire dall'inquadramento teorico fornito dal paradigma relazionale di lavoro sociale, è possibile individuare una peculiare lettura della dipendenza che va in controtendenza rispetto al paradigma medico e psicologico e che pone in risalto le specificità della social work practice in tale ambito. Anche nel lavoro sociale, infatti, vi è stata una tendenza a riferirsi e appoggiarsi al modello medico e a una logica dell'aiuto sanitaria, di *curing*, avvicinandosi ai problemi sociali in termini di patologie diagnosticabili e risolvibili in un processo di guarigione guidato e determinato dal solo sapere tecnico ed esperto. All'opposto, la natura del Social Work si contraddistingue per una logica sociale riconducibile al *caring*, al prendersi cura (Folgheraiter, 1998). La logica della *care* chiama in causa la capacità di "prendersi cura di" e di "provare interesse per" che implica un

coinvolgimento personale attraverso attenzione, incoraggiamento, sostegno sia fisico che emotivo e una relazione più equilibrata tra chi aiuta e chi è aiutato (Folgheraiter, 2007a).

Guardare alle dipendenze in termini di problema sociale e problema di vita aiuta a meglio comprendere e delineare il lavoro sociale in tale ambito fornendo agli operatori sociali, e agli assistenti sociali in primis, un fondamento solido del proprio operato, in contesti, quali i servizi per le dipendenze, fortemente caratterizzati da una logica sanitaria.

Per l'approccio relazionale, dunque, dato che la soluzione ai problemi sociali nasce dal loro interno (Folgheraiter, 2007a), non è importante che l'operatore ricerchi le cause delle disfunzioni, come farebbe un esperto clinico, bensì che promuova l'agency delle persone coinvolte: in tale ottica, le dipendenze non sono inquadrabili come una patologia in senso stretto, bensì come «disfunzionamenti dello stile di vita che hanno una loro logica propria […] non sono malattia né derivano da (altra) malattia» (Folgheraiter, 1998; p. 75), le cui conseguenze possono generare problemi di natura sociale quali la perdita del lavoro, incomprensioni o rotture familiari, emarginazione o perdita di ruoli sociali, devianza o azioni di violazione della legge, difficoltà di ordine economico. Il lavoro sociale si inserisce intervenendo sulle conseguenze delle dipendenze (*ibidem*), sulla capacità di azione in termini di autosufficienza, autorealizzazione o eterorealizzazione. Con autorealizzazione, elemento fondamentale per il benessere sociale, si fa riferimento a ciò che la persona sceglie discrezionalmente in termini di valori, elementi, orientamenti, piaceri, attività ritenute positive per sé e per la propria realizzazione; quel senso di potere e di capacità di padroneggiare il corso della propria vita. In tal senso, nella proposta di Folgheraiter (1998), comportamenti devianti e dipendenze da sostanze possono essere considerate «manifestazioni di disorientamento esistenziale o di mancata capacità di programmazione o di governo della propria vita. […] le restrizioni di interessi, valori, significati di vita provocano sofferenza e disagi esistenziali che arrivano a interessare gli operatori sociali» (*ibidem*, p. 133).

Per meglio comprendere questa visione, (Folgheraiter 1998; 2004; 2007), è necessario proporre una riflessione alla luce della teoria dell'*agency* (Giddens, 1991). L'agency è un'azione libera, una capacità del soggetto di avere il potere di incidere sul proprio corso di azione: può essere definita come «un tipo di azione dove il potere agenziale del soggetto – la sua capacità di incidere in modo originale sulla realtà esterna che pure lo condiziona e in parte lo determina – è un tratto dominante» (Folgheraiter, 2007a, p. 235). L'agency consente pertanto di guardare alla dipendenza in una prospettiva sociale: sia nel suo insediarsi nella vita della persona, con una significativa riduzione di intenzionalità, sia nel processo di uscita dalla dipendenza che la persona stessa intraprende con il ristabilirsi e il recuperarsi dell'agire libero. A tal riguardo, Folgheraiter si riferisce alla dipendenza come «un grave collasso della intenzionalità individuale originale» in cui il percorso di recovery e uscita dalla dipendenza «è da vedersi come la ripresa di intenzionalità del soggetto che riassume il possesso della sua coscienza» (Folgheraiter 2004, p. 70-71). La persona passa da una condizione in cui è "agita" dalla dipendenza, quando questa prende il

controllo, ad uno stato di recovery caratterizzato dal recupero dell'agire libero, in cui il soggetto torna ad esercitare la propria intenzionalità dandosi delle finalità, e con motivazione e impegno si dedica a perseguire quelle stesse finalità di fuori riuscita (Folgheraiter, 2004; 2007a). La teoria dell'agency si fonda sul concetto di intenzionalità (Dennet, 1990; 1993) secondo cui il soggetto agente è dotato di capacità riflessiva che implica la capacità di rendersi conto di quanto succede, delle proprie motivazioni, di assumere decisioni consapevoli delle possibili conseguenze, modificando il proprio agire qualora questo non produca gli effetti desiderati, imparando dai propri errori. Partendo da tale definizione è possibile osservare come la persona con dipendenza da sostanze eserciti, nelle fasi iniziali dell'uso, la propria intenzionalità decidendo di assumere sostanze, ricercando piacere, ritenendo tale azione positiva per sé. Nel ripetersi delle azioni di assunzione viene meno la volontà del soggetto agente, l'intenzionalità viene progressivamente ridotta: l'azione libera e intenzionale si struttura e irrigidisce divenendo un mero comportamento, riducendo significativamente la capacità di agire della persona che ha, a questo punto, una ridotta capacità di controllare la propria assunzione:

> «quando si è creata una dipendenza, la libertà del soggetto è solo apparente. Egli crede di agire e di potere, se vuole, smettere […] rimane la convinzione soggettiva di dominare i propri atti come accadeva in precedenza, quando il soggetto decideva di concedersi a quel piacere. Ma quando la dipendenza si instaura la persona viene dominata: nello stato di dipendenza il soggetto è agito, annullato in quanto soggetto» (Folgheraiter, 2007a, p. 194).

Entro la teoria dell'agency, è possibile osservare come il processo di recovery veda progressivamente ristabilirsi la volontà, l'intenzionalità e la capacità di agire della persona che, anche grazie agli stimoli esterni, e a partire da una motivazione interna, torna a riprogettare la propria vita in modo consapevole e intenzionale e non più rivolto all'unico fine di assumere sostanze (Folgheraiter, 2004).

L'operatore sociale, guidato da un approccio relazionale è chiamato a osservare il positivo, i punti di forza, e la capacità di azione della persona presente, sebbene ridotta: è chiamato ad accostarsi al problema della dipendenza osservando come la persona esperisca dei tentativi per «ripristinare il controllo sui suoi desideri e sui suoi atti ma ancora per il momento non vi riesce» (Folgheraiter, 20007a, p. 281). Si riconosce dunque che la persona, pur nel mare della dipendenza, mette in atto un certo livello di capacità riflessiva orientata al recovery (Folgheraiter, 2004; 2007).

Il recovery, in tale concettualizzazione, è definibile come una particolare azione di fronteggiamento finalizzata a recuperare la capacità di autocontrollo del soggetto (*ibidem*). Tale fronteggiamento appare essere da un lato una forma di auto-aiuto, in cui la persona aiuta sé stessa nel tornare a esercitare l'intenzionalità di orientare la propria vita, dall'altro, guardando alla dipendenza come problema sociale di stile di vita, i tentativi di riorganizzare la propria vita secondo finalità diverse – hobby, interessi, lavoro – possono essere sostenuti dagli operatori sociali che aiutano nel sostenere il cambiamento intenzionale del vivere (Folgheraiter, 2007). Il

recovery diviene possibile *se* e *quando* la persona si dà la finalità cosciente di cambiare, di divenire capace di controllare nuovamente i propri atti. Come emerso nella ricerca condotta da Folgheraiter (2004) – il cui titolo suggestivo "Tossicodipendenti riflessivi" evoca il tema dell'intenzionalità e riflessività del soggetto – nelle esperienze raccolte e raccontate di persone esperte nell'uso di sostanze, è rinvenibile l'agency in tutte le "fasi" della dipendenza:

- vi è intenzionalità nella fase iniziale, quando si "entra" nella dipendenza e il soggetto sceglie di fare uso di sostanze;
- dentro al pieno della dipendenza, ossia quando la persona è dipendente dalla sostanza e sebbene tutti i suoi atti siano indirizzati alla ricerca e al consumo della sostanza e la persona sembri svuotata dell'intenzionalità, la persona conserva tracce di volontà, in attesa di un *insight*;
- nella fuori uscita dalla dipendenza, nel processo di recovery quando la persona mette in moto un agire riflessivo e inizia a darsi delle finalità differenti dal consumo coatto di sostanze (Folgheraiter, 2004).

3. Il concetto di recovery

Il termine recovery, indica riprendersi, ristabilirsi, un processo in cui la persona, non passiva, agisce per il proprio benessere, anche con il supporto di altri. Gagne e colleghi (2007) delineano il concetto di recovery come un continuum: trasformativo, dai molteplici percorsi, in cui sono centrali tanto l'essere agente attivo di cambiamento nella propria vita da parte della persona, quanto il supporto della famiglia e della propria rete che emergono essere un elemento che fa la differenza. Il concetto di recovery nelle dipendenze risale alla nascita del movimento degli Alcolisti Anonimi e dei principi che guidano i gruppi di mutuo supporto e aiuto (Davidson e White 2007, AA 1952). Il Recovery si è ampiamente diffuso tanto nell'ambito della salute mentale che in quello delle dipendenze che, come evidenziano vari autori (Gagne et al., 2007; Davidson e White, 2007), condividono alle origini un passato "oscuro" dato dalla presenza di stigmatizzazione da parte della società, la reclusione in contesti totalizzanti e dunque, una forte emarginazione sociale delle persone. Nell'ambito della salute mentale, Anthony (1993) definisce la recovery come riprendere controllo sulla propria vita, nonostante la malattia, e condurre una vita che sia soddisfacente pur in presenza di sintomi. L'autore evidenzia il carattere processuale, unico e personale in cui vi è un cambiamento di atteggiamenti, sentimenti, credenze ma anche di ruoli e di obiettivi di vita. Le dimensioni che emergono entro questo percorso-processo sono speranza, ottimismo, senso di identità, senso della vita ed empowerment (Anthony, 1993).

Vi sono diverse accezioni del termine recovery che può essere inteso come esito rispetto alla cessazione dell'assunzione di sostanze, sia in termini di percorso e processo che porta a una situazione in cui l'assunzione di sostanze non ha ricadute negative sul funzionamento di vita, relazionale, sociale.

Se nel contesto della salute mentale è pienamente accettato e condiviso che si possa parlare di recovery pur in presenza di sintomi, nel mondo delle dipendenze tende ad essere diffusa l'idea di una recovery basata sulla totale astinenza e il raggiungimento di una vita *drug free*. Secondo Herie e Skinner (2014) parlare di recovery unicamente come raggiungimento di una vita drug-free e come astinenza significa parlare di fallimento per tutte le persone che comunque hanno realizzato un percorso. Nella prospettiva degli Alcolisti Anonimi (2001) è possibile intendere il recovery come quel processo che si realizza mediante lo strumento dei 12 passi che consentono il raggiungimento di «abstinence and sobriety, characterized by subjective well-being, spiritual growth, better interpersonal relationships and improved quality of life (AA, 2001); l'astinenza è dunque tanto il punto di partenza quanto un punto fermo di tutto il percorso in cui il mantenimento dell'astinenza è facilitato dalla crescita personale e spirituale favorita dall'attuazione dei 12 passi (AA, 2001; Nash et al. 2020). Rispetto alla prospettiva di totale astinenza, il lavoro di Toumbourou e colleghi (2007) ha messo in luce che la tolleranza zero rispetto all'uso di sostanze per i giovani con dipendenza rappresenta un fattore di rischio e vulnerabilità che non sostiene positivamente il percorso di recovery.

Guardando, invece, più al processo che all'esito, si invita a considerare la persona e il percorso da lei realizzato che l'ha portata al recovery come uno stato in cui la dipendenza è dormiente, c'è stata, c'è e ci sarà ma in quel determinato momento la persona non assume più sostanze (Cloud e Granfield 2008). Buchanan (2004) parla di recovery come un processo in cui si riprende il controllo sui differenti aspetti della propria vita; un processo che può andare dall'obiettivo di una totale astinenza, ma anche ad obiettivi di riduzione del danno, di progressiva riduzione della sostanza (Goodman, 2007). Proprio per questa distinta visuale sul recovery tra salute mentale e dipendenze, e all'interno del mondo delle dipendenze stesse, White e Kurtz (2006) invitano a parlare di recovery in termini plurali, questo perché vi sono diversità tanto negli scopi – controllo dell'uso di sostanza vs astinenza totale – quanto nella profondità del cambiamento che si realizza – si può parlare di recovery parziale o totale, sia perché sono diversi i contesti in cui esso può avvenire – solitario, peer support, interventi più formali.

In Inghilterra, grazie alla costituzione di un gruppo di persone che ha vissuto l'esperienza di recovery e di altri esperti sul tema, la Commissione Drug Policy (2008) ha definito la vision di recovery quale caratterizzata da controllo volontario sull'uso di sostanze, che massimizza la salute e il benessere e la partecipazione ai diritti, ai ruoli e alle responsabilità della società. La recovery non guarda a ciò che si toglie dalla vita delle persona – la sostanza – bensì ciò che si aggiunge in termini sia individuali, di salute, ma anche in termini di partecipazione, di vita nella comunità, di recupero di relazioni (White e Kurtz 2006).

Il processo di recovery è un processo che avviene sia a livello individuale che sociale (Anthony 1993; Topor et al. 2021, 2011) che si realizza lungo un continuum, attraverso vari percorsi possibili (Gagne, et al., 2007). White e Kurtz (2006) propongono la seguente definizione di

recovery nelle dipendenze: «un processo attraverso il quale gravi problemi di alcol e altre droghe sono risolti in tandem con lo sviluppo della salute fisica, emotiva, ontologica (spiritualità, significato della vita), relazionale e occupazionale» (p. 23). Gli autori parlano di recovery anche in termini familiari intendendo con ciò tutto il processo che vede coinvolta l'intera famiglia quando un proprio membro ha problemi persistenti di dipendenza che vede la famiglia giungere a un nuovo stato di salute tanto individualmente quanto come gruppo. Le persone in recovery riconoscono e apprezzano il ruolo che la famiglia e i propri cari hanno avuto nel fare la differenza (Topor et al., 2021) Una visione che si trova essere molto vicina alla visione di lavoro sociale relazionale entro la quale il lavoro sociale e il fronteggiamento di un problema sono frutto del lavoro congiunto realizzato in rete tra coloro che percepisco la situazione come problematica, la guida relazionale dell'operatore sociale, e mettono insieme le proprie risorse per fronteggiarla (Folgheraiter 1998; 2011). Come emerso negli studi di Gagne (et al., 2007) sulle storie ed esperienze di recovery, l'elemento centrale è che le persone in recovery sono «active agents of change in their lives and not passive recipients of services» (p.33).

Quando si parla di recovery come processo (Buchanan 2004; Titus & Denis 2006) in letteratura si fa riferimento anche alla necessità di combinare un intervento, un programma, uno specifico trattamento con un percorso più ampio e duraturo, personale e famigliare, olistico e integrato (Else, 1999; White, 2000; Gagne, et al., 2007; Titus e Denis 2006; Passetti et al., 2016). In tal senso, Buchanan (2004) sottolinea la necessità di concettualizzare la recovery da sostanze in modo processuale elaborando una concettualizzazione che tenga insieme reinserimento sociale, non discriminazione e i valori chiave del Social Work. Come emerso dalla ricerca di Buchanan che ha coinvolto giovani adolescenti con problemi di abuso di sostanze aspetti centrali della recovery - come processo – sono il rinforzo del proprio senso di fiducia in sé, autoefficacia e della propria autostima.

Vi sono autori che riscontrano un processo di "*natural recovery*" (Skinner e Herie, 2014) che ha luogo dalla persona che è riuscita a fronteggiare la propria dipendenza senza alcun tipo di aiuto esterno, né di carattere formale – rivolgendosi a servizi e professionisti – né informale – ad esempio rivolgendosi ai gruppi di mutuo aiuto, peer support.

Specifico per l'ambito delle dipendenze e dei comportamenti additivi alcuni autori suggeriscono di parlare e considerare il "Recovery Capital" (Hennessy 2017; Kourgiantakis et al., 2020) che si riferisce alle «numerose risorse che una persona può utilizzare per il proprio recupero dalla dipendenza da alcol e altre droghe» (Hennessy, 2017, p.349). Granfield e Cloud (1999; Cloud e Granfield 2008) parlano di Recovery Capital intendendo «the breadth and depth of internal and external resources that can be drawn upon to initiate and sustain recovery from addictive

behaviours[10]» (p.1); per gli autori si tratta di un paradigma che distoglie lo sguardo dal problema per guardare e dirigersi verso delle soluzioni e un recupero possibile. Le componenti, sottodimensioni del capitale di recovery sono il capitale personale – capitale fisico e umano, in termini di istruzione, conoscenze, valori – il capitale familiare e sociale – relativo alle relazioni familiari e sociali, che ricomprende altresì l'inclusione sociale, far parte di gruppi di interesse e hobby, il lavoro, far parte di gruppi – e infine il capitale dalla comunità e culturale – riferito a risorse e politiche presenti nel contesto di vita, accesso a esperienze e gruppi di supporto, cultura che rinforza un senso positivo di sé (Cloud e Granfield 2008).

3.1 Social Work e Recovery nelle dipendenze

Come evidenziano Paylor e colleghi (2012) il social work gioca un ruolo cruciale nel fornire supporto, nel sostenere la creazione di reti di supporto e nell'accompagnare percorsi di cambiamento tale per cui rappresenta uno snodo centrale rispetto ai percorsi di recovery nelle situazioni di uso di sostanze e di problematiche connesse. Come messo in luce da Best e colleghi (2009: 14), i punti centrali del recovery si concentrano sulla realizzazione di «esperienze positive di lavoro o relazioni e sulla costruzione di risorse personali e reti di supporto […] sull'empowerment degli utenti». Entro la prospettiva pratica, il lavoro sociale risulta essere particolarmente in sintonia con il paradigma del recovery (Ramon et al., 2007; Paylor et al. 2012). Kourgiantakis e colleghi (2020) sottolineano la totale coerenza tra i principi del Social Work e il paradigma della Recovery, ma evidenziano altresì come nell'ambito del social work sia mancante una definizione universale riconosciuta che indichi cosa si intenda con recovery e con percorsi di aiuto orientati alla recovery. Inoltre, come emerso dalla scoping review realizzata da Kourgiantakis e colleghi (2022) nell'ambito delle dipendenze continuano a essere residuali gli studi sul recovery e secondo gli autori ciò potrebbe derivare da concezioni storiche diverse del recupero tra dipendenze e salute mentale. Come sostengono Lancaster e colleghi (2015) parlare di recovery nell'ambito delle dipendenze significa enfatizzare, sottolineare, mettere al centro la persona che fa uso di sostanze e che è dotata di agency rispetto alla propria vita. Nonostante ciò, gli autori mettono in guardia dal rischio intrinseco che questa visione porta con sé, ovvero «collegare inestricabilmente il "recupero dalla dipendenza da alcol e droghe", la salute e il benessere con il raggiungimento di un'esistenza significativa e produttiva, problematizza le persone che fanno uso di droghe stesse, e non solo il loro comportamento di consumo» (Lancaster, et al., 2015, p. 623), ne emerge un rischio di continua riproduzione di una visione pregiudicante e stigmatizzante delle persone che assumono sostanze.

La prospettiva del Recovery appare in linea con la prospettiva deontologica che guida la professione di social workers – in primis il principio di autodeterminazione della persona –

[10] Trad. it: l'ampiezza e la profondità delle risorse interne ed esterne a cui si può attingere per iniziare e sostenere il recupero dai comportamenti di dipendenza

nonché coerente con il paradigma del Relational Social Work (Folgheraiter 1998; 2011) che vede l'oggetto del lavoro sociale proprio la capacità di azione, sottolineando sempre la presenza di un qualche livello di capacità di azione volto a recuperare e ristabilire benessere.

Considerata la coerenza tra i principi del Social Work e il paradigma del Recovery, - quali empowerment, autodeterminazione, focus sulle capacità e risorse – la scoping review condotta da Kourgiatankis e colleghi (2021; 2022) mette in luce come nella letteratura i social workers siano descritti quali membri chiave di equipe multidisciplinari, portatori di expertise e contributi unici. Tali expertise vanno utilizzate come base per sostenere una maggiore autodeterminazione delle persone nei loro percorsi di recovery; per affrontare le disuguaglianze causate da fattori strutturali e sistemici che influenzano il recovery; inoltre, per favorire pratiche che includono l'ascolto dei service users riconoscendo l'importanza della costruzione di relazioni con essi.

4. Prospettive e interventi di social work con adolescenti che fanno uso di sostanze

Come criticamente messo in luce e discusso da Sharland (2006) nella pratica di social work e nella letteratura scientifica spesso gli adolescenti sono divenuti «il problema di qualcuno altro» (p. 247), i loro comportamenti di *risk taking* non sono stati oggetto di attenzione critica. Il presente paragrafo presenta in primo luogo studi circa la prospettiva dei social workers nel lavoro con gli adolescenti che fanno uso di sostanze. In secondo luogo vengono presentati alcuni dei principali interventi realizzati nell'ambito delle dipendenze da sostanze con particolare riguardo agli adattamenti per il lavoro con gli adolescenti.

4.1 La prospettiva dei Social Workers sulle dipendenze e sugli adolescenti che fanno uso di sostanze

Sharland (2006) riflettendo sulla necessità e l'importanza che il Social Work si interroghi e operi rispetto ai comportamenti a rischio degli adolescenti e dei giovani, sottolinea come, sia nella pratica che nella ricerca scientifica, essi vadano considerati come agenti delle proprie vite, perseguenti proprie traiettorie di vita, entro quelli che sono i loro mondi sociali, materiali, culturali e relazionali. Per comprendere ciò, è necessario esaminare analiticamente cosa significhi "rischio" per i giovani nonché le dinamiche, le relazioni e le risorse che lo circondano. Secondariamente, secondo l'autrice, nel lavoro sociale gli operatori dovrebbero adottare un atteggiamento critico e riflessivo interrogandosi sulla costruzione del concetto di rischio ovvero su ciò che viene ritenuto normale/anormale, accettabile/inaccettabile come rischio, le componenti del rischio considerate normali e persino desiderabili nella vita e nello sviluppo degli adolescenti (*ibidem*). In tal senso, l'età della persona con dipendenza sembra essere un elemento rilevante entro i percorsi di recupero e il lavoro dei social workers. Come evidenzia Selseng (2015) con la sua analisi sul sistema danese dei servizi per le dipendenze e adolescenti con dipendenza, l'età e il discorso connesso ad essa risultano essere cruciali nel "dare aiuto" distinguendo, dunque, l'aiuto e l'intervento con adulti con situazioni di cronicità e la dipendenza degli adolescenti. Dalla

riflessione dell'Autrice si evince inoltre un altro aspetto centrale connesso al tema della dipendenza e cioè la questione della responsabilità attribuita alla persona che fa uso di sostanze. In tal senso i giovani possono essere visti come "vittime" di qualcosa che va oltre il loro controllo oppure come responsabili delle loro azioni (Selseng 2015), ne consegue quanto già riscontrato da Brickman e colleghi (1982) ovvero il rischio che il modo in cui la responsabilità di un problema viene attribuita ad una persona influenzi il processo di aiuto e agisca da deterrente a plurime forme di aiuto e supporto – anche nel contesto relazionale della persona – dal momento che si attribuisce maggiore importanza alla volontà e motivazione della persona (Selseng, 2015). Se da un lato alcuni studi evidenziano come molti professionisti che lavorano nell'area dell'uso di sostanze ritengano le persone responsabili dei problemi con la sostanza e connessi all'uso delle sostanze, ma anche delle modalità per risolvere tali problemi (Russell et al., 2011; Rise et al., 2014) dall'altro lo studio di Andersen (2007, cit. in Selseng, 2015) mette in luce come i professionisti tendano a ritenere più responsabili coloro che hanno una lunga storia di uso di sostanze e problematiche connesse, rispetto ai più giovani.

Il recentissimo studio di Maynard e colleghi (2020) ha indagato le prospettive di operatori e genitori rispetto agli interventi per la riabilitazione dalla dipendenza degli adolescenti. In particolare, rispetto alla prospettiva dei social workers è emersa una certa dualità: da un lato essi vedono i ragazzi come vulnerabili e ancora bambini, dall'altro li considerano come dotati di agency e con capacità di prendere decisioni informate. Dagli studi di vari autori (Selseng 2015; Palm, 2006) emerge come l'età giochi un ruolo centrale nel guidare i servizi e i social workers nel processo decisionale legato al percorso di recovery, oltre che in termini di preferenza e priorità degli adolescenti per l'accesso a servizi e trattamenti (Palm 2006). Sulla base di questo da un lato gli operatori sembrano accettare la decisione dei ragazzi di non rinunciare totalmente alle sostanze, intraprendendo interventi centrati sulla di riduzione del danno, dall'altro non rinunciano ad auspicare per loro una vita *drug-free*. Secondo Goodman (2007) l'elemento centrale che i Social Workers e i servizi dovrebbero sempre considerare è lo stabilire insieme ai giovani i loro bisogni legati al percorso di recovery, ricordando che tali bisogni possono variare e che a seconda di come variano possono portare a uno o più interventi diversi. Questa indicazione di Goodman risulta centrale nella relazione di aiuto tipica del servizio sociale che guarda alla dignità e autodeterminazione della persona, che punta alla sua piena partecipazione nella relazione di aiuto, che riconosce il sapere esperienziale di vita della persona (CNOAS 2020; Raineri 2011; Folgheraiter 2011).

Come emerge dalla letteratura, il lavoro nell'ambito per le dipendenze implica per i social workers – e più in generale per i professionisti che vi operano – il trovarsi ad affrontare situazioni impegnative e sfidanti nelle quali è importante anche un adattamento personale (Nabitz et al., 2009; Fragkiadaki et al. 2020) in cui frustrazioni, delusioni e "*emotional cancellations*" (Michalakoukos et al., 2011, p. 249) entrano a far parte della vita lavorativa quotidiana

(Fragkiadaki et al. 2020). Questo in connessione alle possibilità di abbandono dei percorsi, di ricaduta, ma anche per la complessità delle situazioni nelle quali oltre all'uso di sostanze si presentano altri aspetti problematici ad esempio a livello familiare, legale, medico (*ibidem*). Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione attiene al senso di partecipazione e di responsabilità degli esiti di un percorso che i social workers possono sperimentare nel lavoro con gli adolescenti che fanno uso di sostanze. Come rilevato dal lavoro di analisi sui discorsi sull'età nell'ambito delle dipendenze condotto da Selseng (2015; Selseng e Ulvik, 2018) rispetto alle prospettive dei social worker sui significati del cambiamento nell'ambito delle dipendenze, e sul loro ruolo in tal senso, emergono interessanti considerazioni. Poiché i giovani sono considerati come meno responsabili dei loro comportamenti di assunzione di sostanze, vulnerabili e in crescita, a differenza degli adulti, gli operatori si sentono maggiormente responsabili rispetto al loro percorso e al cambiamento da attuare, così come rispetto agli esiti. Questo in differenza al lavoro con persone più adulte verso le quali vi è una maggiore tendenza a considerarle responsabili dei loro comportamenti e di riflesso a considerare sé stessi, in qualità di operatori, come meno responsabili e con meno capacità di supportare il cambiamento della situazione (Seleng e Ulvik, 2018).

4.2 Interventi

La letteratura scientifica internazionale si è dedicata allo studio delle diverse opportunità e forme di intervento per il recovery nelle dipendenze con gli adolescenti. Tra questi, si trovano gli interventi psicosociali basati sull'utilizzo e l'efficacia del Colloquio Motivazionale (Li et al., 2016) e guidati dalla prospettiva del "Ciclo del cambiamento" (DiClemente e Procharska, 1985); gli interventi family-based (Kourgiantakis 2021); i percorsi basati sui 12 passi, tipici dei gruppi degli Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi e simili, i gruppi di auto mutuo aiuto (Kelly et al, 2005, 2008), nonché i percorsi residenziali in Comunità Terapeutiche (De Leon, 2012). Adottando una prospettiva di Social Work nell'approcciarsi a tale letteratura scientifica appare rilevante la suggestione fornita da McNeil (2021)

> «L'uso di sostanze è un ginepraio concettuale senza una definizione o un trattamento standard (Rehm et al., 2013; Saunders, 2013), il che rende cruciale chiedersi: "chi decide cosa costituisce un "buon" trattamento?" (p. 61)»

Nel contesto americano, il National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014), ha emanato un documento contenente l'indicazione di 13 principi guida per il lavoro e l'intervento con adolescenti in tema di dipendenza da sostanze, basato sulla letteratura scientifica di riferimento. Tra le indicazioni ve ne sono alcune generali, utili per tutti gli adulti e professionisti e altri più specifici per determinati contesti. Tra questi si evidenzia come l'istituto abbia messo in rilevanza la necessità di individuare e intervenire sull'uso di sostanze da parte degli adolescenti quanto più precocemente possibile evidenziano come molti degli adulti che hanno una dipendenza e un percorso in essere hanno iniziato il consumo in età adolescenziale (I). Viene, poi, evidenziato il ruolo significativo di interventi e sanzioni legali e delle pressioni da parte della famiglia

nell'indurre gli adolescenti a entrare, rimanere e completare dei percorsi di intervento poiché difficilmente gli adolescenti avvertono il proprio consumo come un problema e di conseguenza non sentono di aver bisogno di aiuto e raramente lo cercano spontaneamente. Ciò nonostante, emerge come i percorsi di recovery possano avere degli esiti positivi pur a fronte di percorsi involontari e controvoglia (IV) (Miller e Flaherty, 2000; NIDA, 2014). Gli adolescenti con disturbi da uso di sostanze raramente sentono di aver bisogno di un trattamento e quasi mai lo cercano da soli. Le ricerche dimostrano che il trattamento può funzionare anche se viene imposto o intrapreso controvoglia. Altre indicazioni che appaiono importanti anche per i social workers attengono ad adattare qualsiasi percorso alle specifiche esigenze personali dell'adolescente a seguito dell'identificazione non solo degli aspetti di criticità ma anche dei punti di forza (V), prevendo dei percorsi che affrontino i bisogni della persona in modo comprensivo e ampio, non guardando solo al consumo di droga, quindi concentrandosi sulle aspettative ed esigenze di vita in termini di benessere medico e psicologico, ma anche di benessere sociale, prendendo in considerazione il contesto scolastico, i contesti di vita, le esigenze materiali ed eventuali necessità legali (VI). Viene evidenziata la necessità e l'importanza di coinvolgere le famiglie nei percorsi di recovery in quanto fonte di sostegno, ma anche altre persone come professori e coetanei come fonti di supporto e incoraggiamento durante tutto il percorso (VIII). A questi si aggiunge l'indicazione di monitorare continuamente il consumo di sostanze durante il percorso, evidenziando come il percorso di recovery possa ricomprendere ricadute (XI) e garantire un percorso di una durata adeguata e lunghi periodi di continua presenza dei servizi anche a conclusione dei percorsi (XII).

Con particolare riguardo ai servizi e ai percorsi per adolescenti e giovani adulti con dipendenze alcuni autori (Lindstrom et al., 2015; Simmons et al., 2008) sostengono la necessità di sviluppare e proporre servizi e percorsi che siano attrattivi, che consentano ai giovani di non mollare, in un clima in cui le ricerche tendono a valutare positivamente molti interventi molto diversi tra loro (Lindstrom et al., 2015; Austin et al., 2005).

4.2.1 Il Colloquio Motivazionale

L'approccio motivazionale è un approccio ampiamente utilizzato nell'ambito delle dipendenze che si concentra sulla motivazione interna dell'individuo per il cambiamento. Si basa sulla teoria che la motivazione può variare nel tempo e che l'individuo ha il potenziale per trovare e nutrire la propria motivazione, per apportare modifiche positive nel proprio comportamento.

> «Motivational interviewing is a collaborative, person-centered form of guiding to elicit and strengthen motivation for change» (Miller e Rollnick, 2009, p. 137).

Miller e Rollnick definiscono il CM come: uno stile di comunicazione collaborativo e orientato, che presta attenzione specifica al linguaggio del cambiamento, al fine di rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso uno specifico obiettivo attraverso la facilitazione e l'esplorazione

delle ragioni proprie della persona per cambiare, in un clima e un'atmosfera di accettazione e aiuto (2012). Alla base del Colloquio Motivazionale si trova la teoria di Rogers sulla terapia centrata-sul-cliente: vi è infatti un'attenzione di fondo alla relazione tra operatore e persona caratterizzata da empatia, accettazione piena e incondizionata. Comprensione, calore e non giudizio esercitati attraverso l'ascolto riflessivo costituiscono il perno della relazione motivazionale (Guelfi et al, 2014; Miller e Rollnick 2012). L'approccio motivazionale si basa su quattro principi fondamentali:

1. Empatia: Gli operatori utilizzano l'empatia per comprendere le esperienze, i sentimenti e le sfide dell'individuo con una dipendenza. Questo coinvolgimento empatico crea una relazione di fiducia e supporto, fondamentale per facilitare il processo di cambiamento.
2. Sviluppo della discrepanza: Gli operatori lavorano per aiutare la persona a identificare e riconoscere le discrepanze tra i suoi valori, obiettivi desiderati e il suo comportamento attuale legato alla dipendenza. Questa consapevolezza delle incongruenze può aumentare la motivazione per il cambiamento.
3. Evocazione del cambiamento: L'approccio motivazionale mira a evocare la motivazione interna dell'individuo, piuttosto che imporre un cambiamento esterno. Gli operatori pongono domande aperte, ascoltano attivamente e cercano di far emergere le ragioni personali dell'individuo per il cambiamento. Questo processo facilita l'autoriflessione e la consapevolezza delle conseguenze del comportamento di dipendenza.
4. Supporto all'autonomia: Gli operatori sostengono l'autonomia dell'individuo, rispettando la sua capacità di prendere decisioni e di essere responsabile del proprio cambiamento. Invece di imporre soluzioni, gli operatori lavorano con l'individuo per sviluppare strategie personalizzate che favoriscano il cambiamento positivo.

L'approccio motivazionale può essere utilizzato in diverse fasi del processo di cambiamento descritte in precedenza: sia durante la fase di precontemplazione, in cui l'individuo può essere riluttante o non riconoscere la necessità di cambiare, sia durante la fase di azione o mantenimento, in cui l'individuo cerca di adottare comportamenti differenti che siano sostenibili nel tempo.

Quercia (2014), evidenzia i processi per la costruzione della relazione e del processo di aiuto nell'ambito delle dipendenze entro l'ottica dell'approccio motivazionale. I quattro processi fondamentali attengono allo stabilire la relazione, focalizzare, evocare e pianificare. Sebbene tali processi vengano visti in una logica sequenziale, l'autore riconosce come spesso possa rendersi necessario tornare a un processo precedente. Il primo punto fondamentale attiene allo stabilire una relazione di fiducia, rispetto e collaborazione, senza la quale non appare possibile procedere in alcuna direzione. Questa può essere favorita o ostacolata da molti elementi, come il contesto istituzionale nel quale ci si trova e lo stato emotivo delle parti. Il secondo processo attiene al focalizzare, ovvero mettere a fuoco gli argomenti e gli aspetti di cui la persona vuole parlare e

quelli che l'assistente sociale, anche per mandato istituzionale, deve affrontare: è possibile, infatti, essere in contesti multiproblematici. Identificato l'ordine degli argomenti il terzo processo attiene all'evocare: l'assistente sociale aiuta la persona a far emergere ciò che pensa del tema focalizzato, a esprimersi liberamente, ascoltando con attenzione.

Il ruolo dell'assistente sociale in questo processo è quello di riconoscere e sostenere le affermazioni orientate al cambiamento e quelle orientate al mantenimento, aiutando la persona a continuare a esplorarle. Il quarto processo attiene al pianificare. Quando infatti le affermazioni orientate al cambiamento sono tali dal valutare che la persona si trova nella fase della determinazione, è possibile procedere per pianificare attentamente le azioni necessarie in questa direzione.

Li e colleghi (2016) hanno condotto un lavoro di meta-analisi sull'efficacia del colloquio motivazionale con gli adolescenti rispetto all'uso di sostanze illecite, proprio per approfondire l'efficacia del colloquio motivazionale con adolescenti e giovani adulti. Gli autori evidenziano che il Colloquio Motivazionale con gli adolescenti non sembra ridurre i comportamenti di utilizzo, ciò nonostante, emerge una significativa influenza nelle intenzioni, nelle volontà di cambiamento: il CM sembra essere uno strumento efficace nella costruzione della relazione. Gli autori sostengono che «MI interventions in adolescent's illicit drug use has produces a small but significant post-intervention effect size» (Li *et al*., 2016, p. 802). Già altre meta-analisi precedenti (Hettema et al., 2005; Jensen et al., 2011) avevano messo in luce come nell'ambito delle dipendenze le dimensioni dell'effetto positivo del colloquio motivazionale con gli adolescenti siano meno solide rispetto a quelle degli adulti. Tuttavia, Silvers e colleghi (2019) suggeriscono di considerare differenti spiegazioni possibili. In particolare, come riconosciuto in letteratura, sottolineano la presenza di obiettivi di volta in volta differenti: le esperienze degli adolescenti possono portare a ottenere risultati in un obiettivo, come ad esempio i giorni di astinenza, ma non in altri obiettivi, legati ad esempio ai problemi legali connessi (McCambridge e Strang, 2004; Feldstein Ewing et al., 2013; Silvers et al., 2019). Feldstein Eving e colleghi (2016) mettono in evidenza un aspetto non considerato nelle ricerche su questo strumento e con target adolescenti ovvero il ruolo dell'ambivalenza. Secondo gli autori, infatti, quest'ultima ha un ruolo importante nella teoria del Colloquio Motivazionale e tale ruolo non è stato approfondito in precedenti ricerche, quando potrebbe invece spiegare i risultati contrastanti sull'efficacia del colloquio motivazionale stesso. Questi autori (*ibidem*) giungono ad affermare che l'utilizzo del CM con gli adolescenti sia promettente, ma che sia necessario approfondire tutti gli elementi che determinano il successo del percorso e dunque la sua efficacia, soprattutto avendo sempre presente che l'adolescenza non possa e non vada assimilata all'età adulta (Feldstein, Eving et al.,2016). Baer e Peterson (2002) nel proporre un adattamento del colloquio motivazionale nel lavoro e nella relazione con gli adolescenti, già sottolineavano l'importanza di considerare l'ambivalenza come elemento caratterizzante l'esperienza adolescenziale e dunque come aspetto importante nel

processo di cambiamento. Gli stessi propongono alcuni elementi di fondamentale importanza nell'utilizzo del colloquio motivazionale con gli adolescenti. In primis, secondo gli autori, è necessario utilizzare un linguaggio non giudicante, avendo presente che nell'adolescenza i ragazzi tendono ad essere maggiormente sensibili alle critiche. In connessione a questo elemento gli autori propongono di non utilizzare il termine "problema" con i ragazzi bensì una terminologia che richiami maggiormente a scelte, comportamenti, azioni.

4.2.2 Gli interventi family based

La famiglia e il contesto sociale in cui la persona è inserita possono essere una tra le cause dello sviluppo della dipendenza e altresì viverne le conseguenze in termini relazionali con il familiare, quali ad esempio tensioni, conflitti, isolamento (Cassidy e Poon 2019; Fals-Stewart et al., 2009; Copello et al., 2005). D'altra parte, proprio nella famiglia e nelle reti sociali possono essere ricercate le risorse per sostenere la persona che sta vivendo la situazione di difficoltà (Panebianco 2015; 2019). Dal lavoro di Panebianco (2019; 2015) basato sulla *social network analysis* entro la prospettiva del capitale sociale, risulta che i legami con i soggetti significativi della vita della persona, siano incidenti nella decisione di cambiamento rispetto alla dipendenza e nel mantenimento nel tempo degli esiti positivi del percorso di aiuto di uscita dalla dipendenza. In letteratura si trovano studi e ricerche che si sono interrogati e occupati del funzionamento e dei percorsi per l'intervento e il trattamento delle dipendenze che abbiano una qualche gradazione di coinvolgimento delle famiglie (Cassidy e Poon, 2019). In assenza di una specifica definizione e identificazione degli interventi family-based, Copello (et al., 2005) individua l'elemento centrale che permette di identificarli nel guardare, focalizzare, considerare e dunque rivolgersi alla famiglia e alle reti significative per la persona che ha un problema connesso alla dipendenza. Kourgiantakis (et al., 2021) ha identificato che in letteratura si fa principalmente riferimento a tre tipologie di *family-based intervention*: gli interventi rivolti alle coppie, gli interventi familiari che includono la persona con dipendenza e infine gli interventi che si focalizzano sui bisogni della famiglia senza includere la persona con dipendenza. Il lavoro di revisione svolto da Cassidy e Poon (2019) sugli interventi family-based nei servizi per dipendenze da sostanze è giunto a concludere che sono positive le evidenze disponibili sull'utilizzo di tali interventi; in particolar modo sottolineano che tali interventi migliorano l'impegno delle persone con dipendenza.

È importante sottolineare come le famiglie apprezzino di essere coinvolte ed essere parte attiva nel percorso di uscita dalla dipendenza del proprio familiare e riportano di trarre benefici da servizi e interventi che le coinvolgono, soprattutto in termini relazionali (Orford, Templeton, Patel, Copello, et al., 2007; Campbell 2004; Rowe 2012). Dalle ricerche disponibili emerge che nei casi di adolescenti e giovani adulti, si è più propensi a realizzare interventi family based proprio perché i ragazzi vivono ancora dentro la famiglia.

4.2.3 I gruppi di auto mutuo aiuto e i percorsi basati sui 12 passi

I gruppi di mutuo aiuto e auto mutuo aiuto sono molto diffusi nel mondo e si rivolgono a persone con problemi clinico medici ma anche per problemi che ascriviamo all'area sociale, quali i gruppi per caregivers familiari.

> «Mutual aid is at the very heart of good group work practice. The expectation that members of a group will be able to help one another [...] is a statement to each person in the group that she or he has strenghts to offer to others. It is empowering» (Kurland *in* Steinberg, 2014, p. xi).

Folgheraiter (1988) richiamando il pensiero del filosofo Kroptokin sottolinea l'origine dell'auto-mutuo aiuto individuabile nell'attitudine umana a stare insieme, a sostenersi, aiutarsi, dunque una caratteristica umana di socialità. In un periodo storico in cui la sopravvivenza è garantita e assicurata anche dalla presenza di sistemi di welfare, il mutuo aiuto può svolgere una funzione qualitativa per assicurare, mantenere o ristabilire benessere (Folgheraiter 1988). Hatzidimitradou (2002) delinea le principali caratteristiche dei gruppi di auto aiuto e di mutuo aiuto identificando che, pur nella diversità in cui tali gruppi si realizzano e organizzano: si basano sulla reciprocità dell'aiuto; i membri condividono attributi comuni come il fatto di affrontare un problema, una condizione, un bisogno comune; la partecipazione è volontaria. In connessione a queste vi sono poi altre caratteristiche che possono variare a seconda dei gruppi, ci riferisce in particolare alla presenza o assenza di un operatore professionista, in quanto molto più spesso il gruppo è guidato da un volontario, una persona che ha vissuto la stessa condizione agli altri partecipanti del gruppo (Riessman 1965; Hatzidimitradou 2002). La reciprocità dell'aiuto è molto ben spiegata da Riessman (1965) il quale propone il «principio dell'helper-therapy», infatti in questi gruppi i membri svolgono contemporaneamente due ruoli: il ruolo di fornitore di aiuto, aiutante potremmo dire, e il ruolo di aiutato, ricevente l'aiuto. Come sostenuto da Riessman se tale principio vale in generale, ha una forza maggiore quando il dare e ricevere aiuto si verificano tra due persone che si trovano entrambe a vivere uno stesso bisogno, una stessa difficoltà. L'autore evidenzia che tale principio si sostiene da un lato dal pensiero che la persona sviluppa sul proprio dover star bene per poi poter aiutare gli altri e dall'altro lato dal fatto che il ruolo di aiuto può fornire una distrazione dal proprio problema e/o preoccupazione (Riessman, 1965). Nel gruppo si creano autentiche relazioni tra i partecipanti, tutti i membri sono protagonisti, sono attivamente partecipi nel ricercare, sperimentare, condividere possibili soluzioni, per il proprio e l'altrui problema (Steinberg, 2014). Nel campo delle dipendenze, sono molte le esperienze note a livello mondiale caratterizzate da queste dimensioni dell'auto/mutuo aiuto, tra le quali le più conosciute sono gli "Alcolisti Anonimi" (AA), i "Narcotici Anonimi", e i "Gruppi di Alcolisti in Trattamento" (CAT) (Hudolin e Jauk, 1991), sebbene guidate da una visione della dipendenza molto differente tra loro.

Nella concezione degli Alcolisti Anonimi (e nei gruppi connessi, quali Narcotici Anonimi) il modello di riferimento è il "*disease model*" e dunque il considerare la dipendenza da sostanze come una malattia inguaribile, incurabile, gestibile unicamente attraverso l'astinenza totale (Paylor et al. 2012). L'elemento principale della partecipazione ai gruppi degli alcolisti anonimi

è, infatti, l'accettazione della dipendenza come un qualcosa che non potrà mai essere eliminato, ma che la persona può gestire e affrontare. Gli Alcolisti Anonimi sono l'organizzazione più conosciuta e diffusa nel mondo, fondati nel 1935 proprio da due alcolisti, si caratterizzano in estrema sintesi per l'assenza di un facilitatore professionale e il supporto reciproco.

Diversamente, i Club di Alcologia Territoriale sono l'esperienza nata dal lavoro di Hudolin, psichiatra croato, e si caratterizzano per una lettura della dipendenza come "stile di vita", aspetto che implica la possibilità di cambiamento e il potere della persona e delle persone a lei vicine di modificare il proprio stile di vita in direzione di uno ritenuto più salutare in termini di benessere complessivo. Altro elemento di significativa differenziazione dall'esperienza degli AA attiene alla presenza all'interno dei Club della componente familiare e amicale: in essi, infatti, non partecipa unicamente la persona che presenta il problema con l'assunzione di sostanze, (alcol in primis) ma vi è la possibilità e l'auspicio e un familiare; questi sono condotti, facilitati da un operatore esperto, ma può trattarsi anche di un operatore non professionista.

I "12 Passi" sono una filosofia e un percorso di recupero dalla dipendenza, inizialmente nell'area dell'alcolismo, nata dentro l'esperienza degli Alcolisti Anonimi (AA, 1967). I 12 passi sono suggeriti come un mezzo per raggiungere astinenza e sobrietà, benessere soggettivo, crescita spirituale, miglioramento delle relazioni interpersonali e della qualità della vita (AA, 2001). Secondo alcuni autori gli approcci fondati sui 12 passi possono essere raccomandati per i giovani come un'aggiunta ai servizi di trattamento professionale (Bukstein et al. 2005; Passetti et al., 2016; Sussman, 2010). La partecipazione a questi gruppi da parte di teenagers risulta essere positiva, mettendo in luce aspetti quali speranza, supporto, universalità (Kelly, Myers & Brown 2002; Nash, et al., 2019; Kelly et al., 2008); l'aspetto più significativo concerne la dimensione di gruppo che risulta essere un contesto di supporto efficace al di là dei 12 passi, soprattutto se costituito con membri di età più o meno simili. In altre ricerche, invece, non sembrano essere riconosciuti come adatti e/o particolarmente efficaci per il target adolescenziale: i giovani sembrano aderire meno ai principi fondanti dei 12 passi quali astinenza, l'idea della dipendenza come malattia e il processo di recovery come mai finito (Gonzales-Castaneda e Kaizer 2016; Kelly & Myers, 2007).

Le indicazioni provenienti da alcuni studi invitano a prestare particolare attenzione alla composizione di età dei gruppi: infatti pare che per gli adolescenti, a causa della differente fase di vita, non sia efficace la partecipazione in gruppi composti per la maggior parte da persone di età più grande, che si trovano a fronteggiare problemi in sfere non ancora direttamente esperite dagli adolescenti – come ad esempio problemi connessi al lavoro (Kelly et al., 2014; Passetti e White 2008, Sussman 2010), Risulta di maggior beneficio la partecipazione a gruppi con membri di età simile tra loro (Kelly et al 2005).

4.2.4 I percorsi residenziali e le comunità terapeutiche

Nei percorsi di aiuto per problematiche connesse alla dipendenza, uno degli interventi possibili, tanto nel contesto internazionale quanto in quello nazionale, consiste nell'inserimento in strutture di tipo diurno o residenziale. L'inserimento residenziale in comunità terapeutica, nel contesto dei servizi sociali italiani, viene valutato e deciso dalla persona in collaborazione con i servizi, quando essa si sente decisa e motivata al cambiamento. Le comunità possono accogliere anche persone che sono seguite nell'ambito del sistema penale e dunque si trovano sottoposte a misure restrittive; sono le persone stesse che hanno la possibilità di richiedere l'ammissione alla misura della sospensione condizionale della pena o dell'affidamento in prova, così come previsto dalla legislazione italiana[11]. Vi sono comunità che realizzano un'accoglienza breve – al massimo tre mesi – e comunità che permettono invece un'accoglienza più lunga – tra diciotto e trentasei mesi. Le Comunità Terapeutiche sono state una tra le prime risposte sviluppate in connessione all'emergere e al diffondersi della dipendenza nel mondo. Le prime esperienze si ritrovano in California: nacquero da persone che erano riuscite a intraprendere una vita *drug-free* e vedevano tra il "personale" della comunità coinvolti ex-ospiti, dunque persone che avevano vissuto il problema della dipendenza. In Italia si sono inizialmente sviluppate dall'operato di alcuni uomini di chiesa, come nelle esperienze di Don Luigi Ciotti e del Gruppo Abele, quella del Sacerdote Picchi con il Centro Italiano di Solidarietà (CeIS) e la Comunità Exodus di Don Mazzi (Gulefi, 2012). Diversamente dal passato, oggi si assiste ad una proliferazione e differenziazione tra le varie comunità: residenze sanitarie, sociosanitarie, Comunità Terapeutiche, semiresidenze. Come afferma De Leon (2012) la comunità terapeutica è un metodo il cui approccio tipico è dato dall'orientamento al recupero, a raggiungere un buon vivere, un cambiamento nello stile di vita.

Peroni e Clerici (2012) ci ricordano che nelle Comunità sono fondamentali: interventi personalizzati, relazionalità e far leva sulle capacità, anche blande, delle persone. In aggiunta Ricci e Ferrannini (2012) sottolineano la necessità di non dimenticare e non marginalizzare, dentro la comunità, la dimensione del gruppo e la grande rilevanze delle relazioni tra pari, riconfermando l'importanza dei gruppi vista in precedenza anche dentro la dimensione dell'intervento comunitario.

Come sostiene Kooyman (2012) sin dalla loro nascita, le comunità terapeutiche si fondando sulla filosofia dell'auto aiuto e del mutuo aiuto, sul confronto emotivo tra i membri e sull'assunzione di un atteggiamento responsabile. In tali contesti si risponde maggiormente alla necessità di uscire dal comportamento ripetitivo di assunzione della sostanza, dunque, il cercare di fermare il

[11] Si rimanda al capitolo due per una descrizione del funzionamento dei servizi in Italia e della principale normativa di riferimento. Inoltre per le persone minorenni si segnalano il Regio Decreto Legge n.1404 del 1934 e il D.P.R. n. 448 del 1988. Per quanto attiene al sistema penale per adulti le misure alternative alla pena sono disciplinate dalla L. 64/2014 che ha introdotto la sospensione del processo e messa ala prova. La disciplina specifica sulle dipendenze che prevede la possibilità di inserimento in un percorso terapeutico comunitario è contenuta nel D.P.R. 309 del 1990.

comportamento grazie ad un ambiente *drug-free,* in cui sono presenti modelli positivi incarnati nelle altre persone che stanno svolgendo o hanno svolto con successo lo stesso percorso (*ibidem*). Come riporta Vanderplasschen (et al., 2013) basandosi sui dati dell'Emcdda del 2010, circa una persona su tre che segue un percorso per la dipendenza è inserita in Comunità, pertanto, anche in virtù della profonda diffusione e dell'ampio ricorso alle comunità, un aspetto fondamentale attiene alla valutazione dell'efficacia di questi interventi, alla presenza di elementi che mostrino le possibilità di successo.

La revisione realizzata da Vanderplasschen (et al., 2013) sull'efficacia degli inserimenti in Comunità Terapeutica – finanziata dall'Emcdda – indica la presenza di alcune evidenze sull'efficacia di questo intervento. Innanzitutto, i ricercatori includono nello studio ricerche che presentino dati di valutazione relativi alla comunità terapeutica intesa quale luogo residenziale, ambiente educativo, basate sui principi dell'auto-mutuo aiuto e nella quale le persone inserite vivano un percorso di *recovery* condiviso (Vanderplasschen et al., 2013). La valutazione è stata condotta misurando la presenza di alcuni *outcomes* tra i quali figura: la durata del percorso, con eventuale abbandono, la qualità delle relazioni familiari, il senso generale di qualità della vita percepito, lo stato occupazionale. Tra gli aspetti più importanti identificati dagli autori emerge che, rispetto a una generale qualità della vita, i partecipanti sentono un miglioramento, traggono un beneficio già dai primi mesi di inserimento. I problemi sorgono nella fase di uscita dalla comunità: a seguito di tale passaggio i tassi di successo iniziano a diminuire con un rischio di peggioramento della propria condizione che si presenta soprattutto i primi mesi dopo la conclusione del percorso e l'uscita dalla comunità (*ibidem*). I ricercatori concludono indicando che circa in due studi su tre si trovano indicazioni di funzionamento di questa tipologia di intervento portando a risultati migliori; sottolineano il cambiamento in vari ambiti della vita, non solo all'assunzione di sostanze, ma anche circa le possibilità lavorative, il benessere psicologico, il miglioramento delle difficoltà anche in connessione a eventuali percorsi giudiziari aperti (Vanderplasschen et al., 2013)

Tra coloro che hanno un'esperienza di dipendenza da sostanze vi sono quanti ritengono che l'inserimento in comunità sia l'unica soluzione per riuscire effettivamente ad abbandonare il comportamento di assunzione, attraverso l'allontanamento dell'ambiente/contesto in cui il comportamento di assunzione ha avuto inizio e si è radicato; all'opposto vi sono quanti rifiutano il pensiero di dover lasciare il proprio ambiente di vita e ritengono di dover fare un percorso che li aiuti proprio nella vita e nei luoghi quotidiani. Un aspetto condiviso è legato alla motivazione e, dunque, il ritenere che, qualsiasi sia l'intervento, l'aspetto fondamentale sia sentirsi pronti, esserne convinti (Folgheraiter 2004).

Da ultimo, appare interessante, il lavoro condotto da Nordheim e colleghi (2018) che nel contesto norvegese ha voluto approfondire in termini qualitativi le prospettive di giovani adulti con problemi di dipendenza che hanno abbandonato un percorso residenziale indagando tanto le

motivazioni all'abbandono quanto la prospettiva dei giovani rispetto a possibili suggerimenti e cambiamenti. In primo luogo, i ricercatori hanno rilevato la proposta di maggiore attenzione all'aspetto emotivo durante il percorso con la necessità di lavorare sulla gestione delle emozioni; in secondo luogo, hanno indicato la necessità di forme di supporto tra l'uscita dal percorso residenziale e il reinserimento nel proprio contesto di vita quotidiana, fornendo una continuità di presenza e supporto. Da ultimo, con riferimento alla relazione con il personale, i partecipanti hanno evidenziato l'importanza e la necessità che hanno percepito di maggiore contatto con tutto il personale presente nella comunità ritenendo cruciale una maggiore vicinanza disponibilità e continuità da parte del personale nel quotidiano (Nordheim et al., 2018)

5. La relazione di aiuto tra Social Workers e adolescenti che fanno uso di sostanze

La "relazione di aiuto" è definita come «l'insieme delle azioni professionali indirizzate ai rapporti con la persona, il contesto di appartenenza e l'organizzazione di riferimento, connotandosi in base al rapporto interpersonale e alle aspettative reciproche di scambio, comunicazione e reciprocità» (Prizzon, 2015, p.508). La relazione si costruisce gradualmente, in un processo di collaborazione, che favorisce la persona, le sue risorse e la sua partecipazione nel superare ciò che sta portando a una condizione di vulnerabilità (Prizzon, 2015). Entro la prospettiva teorica del *Relational Social Work* (Folgheraiter 1998; 2011; Folgheraiter e Raineri 2017) la relazione sociale è delineata a partire dalla teoria *dell'agency*, caratterizzandosi come un'azione libera, reciproca e diretta a una finalità comune – nel caso delle dipendenze la finalità generale e ampia può essere il recovery – che genera un agire congiunto (Folgheraiter 2011). L'aiuto, nella prospettiva relazione, è esso stesso relazionale, è «un effetto emergente della relazione, e tale è con esattezza quando entrambe le parti interagendo mettono sul terreno proprietà individuali che […] danno luogo a effetti reputati benefici» (Folgheraiter 2011, p. 338), dunque entrambe le parti della relazione sono aiutate e aiutanti.

Come evidenziano vari autori (Parton e O'Byrne, 2005; Galvani, 2012; Topor et al., 2021) la relazione di aiuto tra operatori e la persona che vive una difficoltà rappresenta un elemento centrale del lavoro sociale: un buon intervento non è dato infatti unicamente dalla soluzione ad un problema, ma dal processo, dalla relazione che si è instaurata tra le persone coinvolte e l'operatore. Costruire una buona relazione favorisce l'impegno e la fiducia della persona lungo il processo e questo appare particolarmente rilevante nelle esperienze delle persone che fanno uso di sostanze, comportamento socialmente poco accettato (Galvani, 2012). Lungo la strada per la risoluzione dei problemi le persone hanno bisogno di sperimentare relazioni di fiducia, sicurezza e empowerment, ridefinire la propria vita come qualcosa di buono e questo è possibile se le persone sono riconosciute nel loro essere persone (Rossiter, 2011). Come evidenziano Parton e O'Byrne (2005) richiamando alcuni studi di Howe (1993) dalla prospettiva delle persone una relazione di aiuto è vissuta come buona, positiva quando ci si sente riconosciuti dall'operatore,

quando si sente di poter parlare di sé, prospettiva che Howe racchiude nell'affermazione «accettami, cerca di comprendermi e parla con me» (Howe, 1993, cit in Parton e O'Byrne, 2005, p. 19). Secondo la teoria del riconoscimento di Honneth (2002) la crescita di una persona è frutto dell'esperienza di Sé che si ha nel riconoscimento sociale. La formazione personale, l'immagine di Sé, la propria identità sono connesse e dipendono dal riconoscimento sociale nelle sfere dell'amore, dell'eguale trattamento giuridico, e della stima sociale. In questa prospettiva la relazione di aiuto può essere vista come trasformativa di per sé se caratterizzata e fondata sulla capacità di riconoscere l'Altro (Calcaterra e Secchi, 2014). Infatti, come evidenzia Rossiter (2011) nel percorso e processo di fronteggiamento e risoluzione dei problemi le persone hanno bisogno di sperimentare relazioni di fiducia e ridefinire la vita in termini postivi, ciò è possibile solo se e quando esse sono riconosciute come capaci e competenti e se nel percorso di aiuto sono sostenute e accompagnate nel costruire il proprio benessere in maniera autonoma e consapevole.

In particolare, nell'ambito delle dipendenze e dei percorsi di recovery la qualità della relazione tra persona e operatore è indicata essere un forte predittore di esiti positivi del percorso – principalmente in contesti psicologici (Najavits et al., 2000; Miller e Moyers, 2014) e di mantenimento dei risultati ottenuti in seguito (De Weert-Van Oene et al., 2001; Meier et al., 2006; Cournoyer et al., 2007). «Il ruolo di tutti gli operatori che incontrano gli adolescenti è connesso costruire relazioni significative, a fare emergere sentimenti di fiducia, a restituire aspetti sani e costruttivi» (Leonetti, 2012, p. 8).

McMullin (2018) riscontra quanto possa essere difficile lavorare e relazionarsi con i ragazzi, talvolta anche per una diffidenza degli stessi verso i social workers – che può essere veicolata dai media e dal senso comune. L'autrice propone un modello in quattro fasi per costruire una relazione positiva con gli adolescenti. La prima fase è di "*engage*" e consiste nel creare una relazione attraverso l'uso di soft skills e la condivisione di idee. La seconda fase è denominata "*negotiate*" e rappresenta la negoziazione delle aspettative, i limiti e i confini della relazione, anche affrontando temi quali il consenso e la riservatezza. La terza fase "*enable*" è caratterizzata dal favorire lo sviluppo dei suoi punti di forza, di fiducia e autostima in sé stesso attraverso una comunicazione aperta, incoraggiando e motivando il ragazzo. Infine, l'"*endings*" è la fase in cui si valorizza il processo e la conclusione della relazione, in cui l'autrice suggerisce di soffermarsi a riflettere circa quanto ha funzionato bene, mettendo in luce forze e strategie di coping per situazioni future. McMullin (2018) evidenzia l'importanza per il professionista di impegnarsi a instaurare un rapporto di fiducia e autenticità, anche indirizzato a scoprire i interessi e passioni dei giovani; sottolinea inoltre come questo richieda di essere creativi e riflessivi, rispettando i loro tempi e i loro bisogni (*ibidem*). Suggerisce, altresì, di considerare gli spazi e i luoghi nei quali la relazione e il colloquio con i giovani prende forma, adattandosi alle esigenze dei ragazzi. Infine, rispetto allo stile comunicativo evidenzia l'importanza di evitare domande dirette perché

potrebbero essere vissute come interrogatorie dai ragazzi preferendo uno stile conversazionale, parlando di aspetti di vita quotidiana, musica, sport (*ibidem*).

5.1 Il coinvolgimento degli adolescenti e la questione degli involuntary clients

In letteratura sono varie le definizioni e accezioni di coinvolgimento e partecipazione (*engagement – participation*) alcune delle quali si concentrano maggiormente su aspetti di presenza-frequenza in determinate occasioni e attività, altre in termini più ampi orientate a evidenziare la partecipazione attiva, la motivazione e l'impegno dei giovani nel loro percorso (Dunne et al., 2017; Duke et al., 2021; Pullman et al., 2013).

Dunne e colleghi definiscono il coinvolgimento dei giovani come «an increased amount of observable behaviours (i.e. *enrollment, attendance*) and a positive change in attitude toward the reported interventions[12]» (2017, p. 488). Il coinvolgimento, dunque, può essere inteso in termini più ampi come un significativo e positivo impegno, partecipazione, del ragazzo agli interventi, alle attività programmate per aiutarlo nel percorso di cambiamento rispetto ai comportamenti e ai modi di interagire con il suo ambiente (Duke et al., 2020).

Il contatto e l'ingaggio degli adolescenti che fanno uso di sostanze non risulta essere un aspetto di facile realizzazione: in letteratura emerge sia che gli adolescenti con dipendenza da sostanze siano un gruppo di età che è difficile da coinvolgere nei percorsi di aiuto e cambiamento, sia l'alta frequenza di ripresa dell'uso di sostanze dopo tali esperienze (Chung et al., 2015; White, 2012). In considerazione di questa ripresa e della difficoltà di mantenere gli esiti positivi di un percorso di recupero, alcuni autori raccomandano una strutturazione di servizi che possano fornire un supporto e un'assistenza continua anche dopo il termine di progetti (Dennis et al., 2014; NIDA, 2014; Gonzales-Castaneda & Kaminer, 2016).

Chaim e Shenfeld (2014) individuano quale aspetto di criticità l'ingaggio degli adolescenti con dipendenza nella relazione di aiuto e per favorirla evidenziano la necessità che i giovani hanno di sperimentare un senso di fiducia, hanno bisogno di sentirsi al sicuro e accettati per potersi poi impegnare entro il processo tanto di assessment quanto di riabilitazione. Gli autori (*ibidem*) invitano gli operatori a un atteggiamento onesto, aperto di condivisione, oltre che a un interesse e una curiosità verso il ragazzo come elementi che aiutano nel processo di ingaggio e nel possibile percorso di cambiamento. Anche in connessione a ciò, un ulteriore aspetto che richiede particolare attenzione da parte dei social workers, e di tutti i professionisti impegnati nell'ambito delle dipendenze, concerne la possibilità di lavorare con giovani adolescenti che sono "*involuntary clients*" (Trotter 2023; Trotter et al., 2020, Scarcelli 2022). Quando si parla di *involuntary clients* ci si riferisce alle esperienze e alle condizioni delle persone che prendono contatto con i servizi e

[12] Trad. it. «un aumento dei comportamenti osservabili (ad es. iscrizione, frequenza) e un cambiamento positivo dell'atteggiamento nei confronti degli interventi segnalati».

con gli operatori sociali in un contesto per l'appunto involontario, forzato, non spontaneo, solitamente in quanto connesso alla presenza di aspetti giudiziari, ma può essere anche connesso alla forte spinta a rivolgersi ai servizi esercitata da persone vicine. Considerate le azioni a rischio messe in atto dai giovani e la possibilità di entrare in contatto con il sistema della giustizia tanto amministrativa quanto penale[13] la possibilità di lavorare con adolescenti *involuntary clients* che fanno uso di sostanze è presente.

> «[…] **a drug user attends for drug treatment under the direction of a court order**; a man who has abused his wife attends domestic violence counselling at the direction of a court; […] or a child is placed in a children's home despite the protestations of the parents. These are examples of involuntary clients. In the following examples, the clients are not required by a court order—or even the threat of a court order—to receive services. Their participation is motivated by pressures other than their own desire to address their problems: a mother whose child has been removed by child-protection services seeks assistance from a family counselling agency to help get her child back**; a drug user seeks rehabilitation counselling before a court appearance** […] These clients are partly voluntary and partly involuntary. » (Trotter, Working with involuntary clients (4th ed.), 2023, p. 1-2).

Tale contesto può rendere maggiormente difficoltosa la costruzione della relazione di aiuto e pone un rischio in capo agli operatori sociali: in virtù degli obiettivi definiti dall'autorità giudiziaria vi è il rischio, infatti, di non considerare o sottostimare bisogni e obiettivi dei ragazzi e la difficoltà che possono sentire nell'entrare in relazione con gli operatori (Dunne et al., 2021).

Rispetto al tema del coinvolgimento e della partecipazione con gli *involuntary client*, Smtih e colleghi (2012) – in seguito a una revisione sistematica della letteratura – suggeriscono la presenza di due livelli di engagement entro i quali devono necessariamente essere considerati come connessi e complementari e che si rinforzano a vicenda. Definiscono *operational engagement* il livello micro nel quale risulta di fondamentale importanza la relazione e le interazioni tra professionista e persona; il secondo livello e chiamato *organizational level* e ricomprende il coinvolgimento inteso come raccolta del punto di vista dei service users su ciò che desiderano, ascoltando e rispondendo ai loro bisogni e alle loro opinioni (*ibidem*). Nel lavorare con gli *involuntary clients* entrambi i livelli appaiono fondamentali e richiedono attenzione e riflessione da parte dei professionisti, nonostante ciò, gli autori suggeriscono di pensare e implementare il coinvolgimento nelle pratiche quotidiane di social work (Smith et al., 2012).

Se già appare difficile il coinvolgimento in sé, come evidenziano vari autori (Rooney, 2009; Dunne et al., 2017; Duke et al., 2021) questo appare ancora più faticoso nelle situazioni in cui i giovani sono *involuntary clients* e dunque nelle situazioni che prevedono forme di coercizione esterne e di obbligo di contatto con i social workers (Rooney, 2009). Nel lavoro sociale appare importante partire da dove la persona si trova, lavorare per degli obiettivi che essa sente importanti per la sua vita (Folgheraiter, 1998), pertanto, anche in contesti involontari appare rilevante

[13] Come rappresentato nel secondo capitolo, infatti, da un lato il possesso di sostanze stupefacenti si configura come illecito amministrativo che può portare all'invio formale a realizzare un percorso presso i SerD, dall'altro nell'eventualità in cui l'adolescente commetta reati e tra i comportamenti a rischio emerga l'uso di sostanze vi è la possibilità di percorsi condivisi tra USSM e SerD.

prestare attenzione a garantire necessariamente alla persona la possibilità di una propria lettura della situazione nonché una condivisione e definizione degli obiettivi auspicati (Trotter et al., 2020; Duke et al., 2021; Trotter, 2023). In tal senso, come evidenziato in letteratura è importante riconoscere i margini di negoziazione, esplicitare ai ragazzi cosa può essere negoziato e cosa invece non può essere oggetto di trattativa in ragione del mandato istituzionale (Smith et al., 2012; Dunne et al., 2017). Secondo l'analisi condotta da Trotter (2023) alcuni principi che appaiono essere efficaci nel lavoro con la maggior parte delle situazioni diverse che implicano *involuntary clients* sono: la chiarificazione del ruolo da parte del professionista e la definizione dei problemi e degli obiettivi nelle parole della persona; altri aspetti rilevanti come importanti attengono alla relazione operatore-persona; la pianificazione e gestione del caso; il lavoro con le famiglie.

Particolarmente rilevante e interessante per approfondire i temi della relazione di aiuto e del coinvolgimento dei giovani *involuntary clients* nell'ambito dell'uso di sostanze è il recente studio condotto a livello transnazionale tra quattro paesi – tra cui l'Italia – da Duke e colleghi (2021). Lo studio ha mirato ad approfondire la questione del coinvolgimento dei giovani con problemi di uso di sostanze e inseriti nel sistema della giustizia per un procedimento aperto, indagando tanto il punto di vista dei giovani, quanto quello dei professionisti per comprendere quali elementi favoriscono l'engagement. I risultati dello studio mettono in risalto, in primo luogo, che tanto i giovani adulti, quanto gli operatori, hanno considerato le relazioni come l'elemento più importante per il coinvolgimento, un prerequisito per un impegno più significativo nel percorso. Altri elementi emersi quali di considerevole importanza da entrambi i punti di vista sono la creazione di relazioni basate su fiducia, onestà, empatia, un linguaggio non giudicante, in un clima di apertura e un'atmosfera di "cura" – in termini di prendersi a cuore, care – da parte degli operatori. È ritenuto importante definire in modo collaborativo e congiunto gli obiettivi del lavoro. Sia i giovani che gli operatori coinvolti in questa indagine hanno ritenuto importante, quali elementi per una positiva evoluzione dei percorsi di intervento, oltre alla condivisione degli obiettivi, il controllo e il consentire l'empowerment dei ragazzi (Duke et al., 2021). Rispetto a quest'ultimo punto viene enfatizzato la volontà e la necessità da parte die ragazzi di sentire di avere potere rispetto alla propria situazione: il professionista può consentire al ragazzo di sperimentare maggior senso di controllo lasciandoci decidere di cosa parlare e quando, così come definendo obiettivi congiunti che spesso nell'ottica dei ragazzi non vanno nella direzione dell'astinenza completa dall'uso di sostanze, bensì in un approccio di riduzione del danno, di uso limitato, controllato, responsabile (*ibidem*). Gli ultimi due interessanti aspetti messi in luce dall'indagine di Duke e colleghi attengono da un lato alla prospettiva attenta ai "punti di forza", dall'altro al ruolo positivo che può essere attribuito a un'ordinanza giuridica. Rispetto al primo viene evidenziata l'importanza di non avere una prospettiva concentrata su problemi e possibili carenze, "deficit" dei ragazzi, bensì di riconoscere e valorizzare i loro punti di forza e le loro capacità non solo rispetto alla costruzione di una relazione positiva ma anche di interventi più

efficaci. Infine, viene sottolineato il ruolo positivo, da stimolo positivo, fonte di motivazione per i ragazzi rispetto l'intraprendere un percorso sui problemi connessi all'uso di sostanze, rappresentato dal fatto di trovarsi in un contesto giudiziario (Duke et al., 2021). Questo nonostante la gestione degli aspetti giuridici possa portare comunque a difficoltà di ingaggio e relazione, soprattutto per i giovani inseriti in istituti penali minorili (*ibidem*). Tale elemento appare perfettamente in linea con la prospettiva relazionale, infatti, come evidenzia Folgheraiter (2016) il tema dell'aiuto e del controllo rappresenta spesso un elemento di difficoltà per gli assistenti sociali, in tali contesti è possibile riconoscere come l'eventuale presenza di misure dell'autorità giudiziaria possa «essere un forte stimolo esterno per dare inizio a un processo di recovery, inteso come progressivo trasformarsi dell'agire da un agire «cattivo» a uno «buono». Qui il social worker trova il terreno suo proprio, quello dell'aiuto non clinico» (Folgheraiter, p. 416).

5.2 Gli elementi che "aiutano" la relazione e quelli che la ostacolano

Nella letteratura scientifica è possibile riscontrare diversi elementi che, dal punto di vista dei services users, favoriscono la relazione di aiuto nel contesto di situazioni che vedono la presenza di uso di sostanze. Tra questi, alcuni aspetti rilevanti comprendono: la continuità della relazione, il clima emotivo, un atteggiamento non stigmatizzante da parte del professionista (Denhov e Topor, 2012; Heskell et al., 2016). Altri elementi ritenuti importanti attengono la disponibilità dei professionisti di uscire dalle rigide routine di servizio stabilite (Denhov e Topor, 2012) e non proporre percorsi standardizzati bensì progetti personalizzati che promuovano l'autonomia, l'autodeterminazione e lo sviluppo di competenze personali in un approccio relazionale tra professionista e persona che sia collaborativo e condiviso (Hipolito et al., 2011; Cruce et al., 2012; Ness et al., 2014; Heskell et al., 2016).

Anche per quanto concerne la prospettiva dei professionisti, appare fondamentale una pratica di tipo collaborativo, basata in primis sul loro riconoscimento in quanto persone e sul riconoscimento delle loro competenze (Ness et al., 2017). Sælør e colleghi (2015) evidenziano l'importanza di nutrire speranza (Cruce et al., 2012) e comunicarla alle persone con cui si lavora, come elemento non solo positivo per la creazione della relazione di aiuto e di collaborazione ma anche per gli esiti del percorso di aiuto (Sælør et al., 2015). Inoltre, come evidenziano Ness e colleghi (2014) un elemento importante attiene l'operare del professionista da ponte tra i diversi servizi, favorendo un percorso meno frammentato. Lo studio condotto da Topor e colleghi (2021) mostra che, per una relazione di aiuto positiva, sia necessario uscire dalla rigidità del ruolo e talvolta dai confini e dalle regole che il contesto del servizio pone, agendo "piccole cose banali di grande importanza" (Topor et al., 2021) spesso associate ad apprezzamenti positivi verso l'altro quale essere umano. Gli autori parlano in tal senso dell'importanza di micro-affermazioni positive, sottolineando l'importanza di essere visti, ascoltati e rispettati (*ibidem*).

Infine, all'opposto, Ljungberg e colleghi (2016) mostrano come la rigidità di orari e regole oltre che rigidità relazionali da parte dei professionisti possano ostacolare la costruzione di una relazione di aiuto (Ljungberg et al., 2016; Topor et al., 2021).

PARTE SECONDA

Capitolo Quarto
Metodologia della ricerca

4.1 Premessa

Attraverso il presente progetto di ricerca si è inteso indagare il lavoro sociale nell'ambito delle dipendenze con particolare riferimento all'accompagnamento dei percorsi di aiuto e recovery di giovani adolescenti (under 24) con problemi connessi all'uso di sostanze. L'interesse al tema è stato stimolato dal doppio ruolo di ricercatrice e assistente sociale, dal confronto con realtà operative quotidiane e colleghe dei servizi per le dipendenze che portavano a far emergere la percezione di un aumento della presenza giovanile nei servizi per le dipendenze ed un senso di inappropriatezza delle modalità operative quanto attuate con questa specifica utenza.

Il progetto di ricerca ha visto la realizzazione di due diverse ricerche, la prima di stampo prettamente quantitativo ha analizzato dati secondari presenti nelle banche dati istituzionali mentre le seconda, di stampo qualitativo, attraverso l'adozione di un approccio partecipativo (Aldridge 2015; Folgheraiter, 2018; Panciroli, 2019) ha analizzato i contenuti di interviste dirette sia agli operatori di questi servizi sia agli utenti. La prima ricerca, che ha rappresentato il punto di partenza di tutto il lavoro, era finalizzata ad una analisi descrittiva preliminare dell'utenza adolescenziale dei SerD. La seconda ricerca era finalizzata, da un lato, a rilevare esperienze, prospettive e pratiche professionali degli assistenti sociali operanti nei SerD con riferimento alla relazione e ai percorsi di aiuto con adolescenti con problemi di uso di sostanze; dall'altro a esplorare il punto di vista, l'esperienza, il vissuto, e le possibili indicazioni, di giovani adulti che in adolescenza avessero vissuto un percorso di recovery presso i SerD e una relazione di aiuto con l'assistente sociale del SerD. L'implementazione e la realizzazione di questa seconda ricerca è avvenuta realizzando un processo partecipativo con il coinvolgimento di due gruppi guida di co-ricercatori: il primo costituito da quattro assistenti sociali con esperienza di lavoro presso i SerD; il secondo costituito da tre giovani adulti che in adolescenza hanno avuto un percorso con i SerD a seguito di esperienze e problemi connessi all'uso di sostanze.

4.2 Gli obiettivi della ricerca

A partire dall'interesse generale di ricerca, dopo una attenta analisi della letteratura scientifica ed è stato definito, in fase *desk* (Bruschi 1996; Nigris 2018), l'obiettivo generale del progetto di ricerca. La finalità dell'indagine – obiettivo generale – consiste nel conoscere come si configura

la relazione di aiuto, il percorso di recovery e l'esperienza nei SerD degli adolescenti (under 24), rilevando bisogni, pratiche professionali e possibili indicazioni operative all'interno di tali servizi nella Regione Veneto.

A fronte di tale finalità sono state delineate tre domande di ricerca cui corrispondono le due ricerche realizzate. Per semplificare la presentazione di questo articolato progetto di ricerca si è scelto di presentare gli obiettivi all'interno delle diverse ricerche.

1. **Ricerca a** - Il primo obiettivo consiste nella contestualizzazione dell'oggetto di ricerca e dunque nella rilevazione dell'entità del fenomeno attraverso la quantificazione della presenza di adolescenti e giovani adulti nei servizi per le dipendenze; il secondo obiettivo si proponeva di descrivere alcuni elementi caratterizzanti questi adolescenti in termini sociodemografici e di consumo di sostante infine il terzo obiettivo voleva rilevare alcune caratteristiche della presa in carico. Entro questi obiettivi si è inteso rispondere alle seguenti domande: *quanti sono gli adolescenti con problemi di dipendenza da sostanze in carico ai SerD del Veneto? Quali sono le caratteristiche di questi adolescenti in termini di provenienza sociodemografica, e di stile di consumo? Come si caratterizza la loro presa in carico in termini di tipologia di prestazioni e durata?*
2. **Ricerca b1** – L'obiettivo di questa ricerca consiste nel rilevare e descrivere le esperienze professionali degli assistenti sociali operanti nei SerD, le loro pratiche, opinioni e prospettive con riguardo alla relazione e ai percorsi di aiuto con adolescenti con problemi di uso di sostanze. Entro tale obiettivo la ricerca e il processo partecipativo ha preso avvio dalla seguente domanda: *nella prospettiva degli assistenti sociali dei SerD, quali sono gli elementi relazionali, motivazionali, metodologici, organizzativi che caratterizzano la relazione di aiuto con gli adolescenti che fanno uso di sostanze e che accedono al SerD?*
3. **Ricerca b2** – L'obiettivo di questa seconda parte di ricerca consiste nell'ascoltare e raccogliere la prospettiva, il punto di vista, le esperienze, il vissuto e le possibili indicazioni di giovani adulti ex service users, giovani che in adolescenza hanno vissuto e realizzato un'esperienza di recovery presso i SerD e sperimentato la relazione di aiuto con l'assistente sociale. La domanda di ricerca che ha guidato l'avvio del processo partecipativo con il gruppo guida è la seguente: *nella prospettiva di giovani adulti che in adolescenza hanno avuto accesso ai SerD per problemi connessi all'uso di sostanze, quali sono gli elementi relazionali, motivazionali, emozionali e organizzativi che caratterizzano la relazione di aiuto con gli assistenti sociali dei SerD?*

Considerata l'articolazione del progetto di ricerca e delle differenti fasi di implementazione di seguito si riporta uno schema riassuntivo (fig. 1) con gli aspetti di processo principali di ogni ricerca.

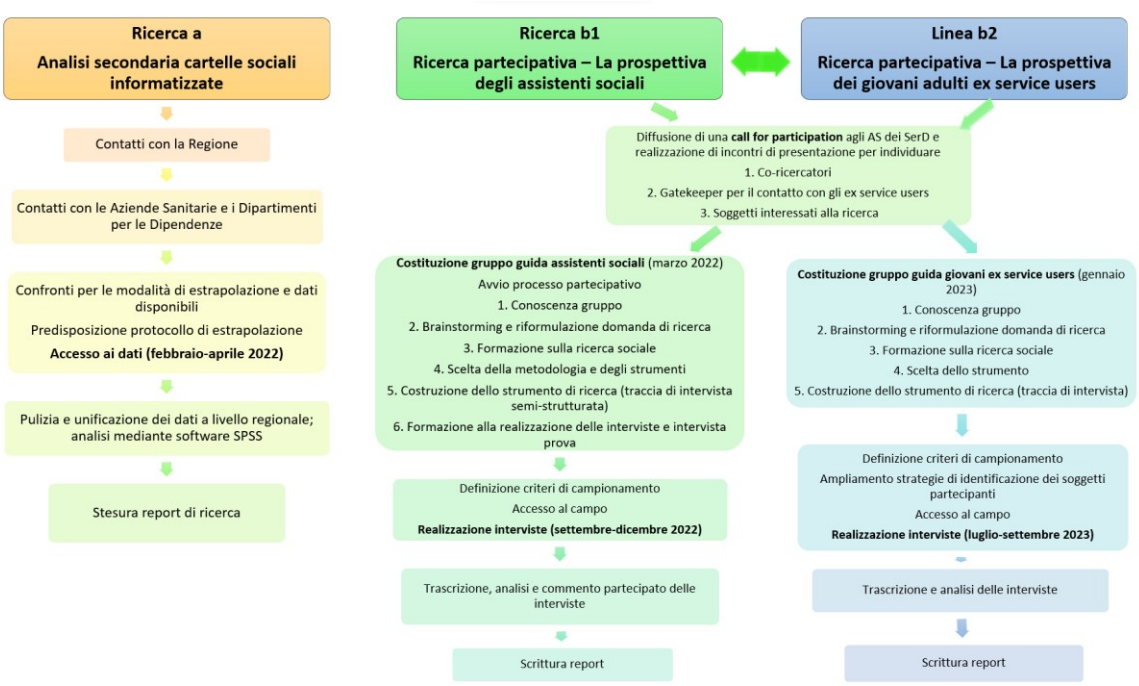


Figura 3 Processo di implementazione e realizzazione della ricerca dottorale

L'indagine empirica si è collocata nel territorio della Regione Veneto sulla scorta di alcuni elementi presi in considerazione per la scelta. In primo luogo, è stata considerata la realizzabilità dell'accesso al campo, facilitata dall'esperienza lavorativa della candidata presso la Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto, cui afferisce l'Unità Organizzativa Dipendenze a livello regionale, che ha reso possibile un agevole accesso ai dati amministrativi delle Aziende Sanitarie, come di seguito meglio esplicitato. Inoltre, come noto, l'organizzazione e l'articolazione dei servizi socio-sanitari è oggetto di legislazione regionale portando a significative differenze tra regioni italiane. La regione Veneto, dunque, è stata scelta in quanto contesto di vita, formazione e conoscenza professionale della ricercatrice.

Rispetto alla realizzazione della ricerca si ritiene fondamentale evidenziare che il processo partecipativo con il gruppo guida relativo ai giovani adulti *ex-service users* ha riscontrato delle difficoltà nelle fasi di avvio. Infatti, avrebbe dovuto costituirsi in tempi similari al gruppo degli assistenti sociali per operare parallelamente e portare avanti i due processi di ricerca in maniera simultanea così da consentire una contaminazione e condivisione tra le due prospettive ed esperienze. Tuttavia, il gruppo dei giovani *ex-service users* è stato effettivamente costituito e ha avviato i lavori circa un anno dopo rispetto al gruppo degli assistenti sociali. I motivi di tale ritardo – approfonditi in seguito – sono imputabili alla difficoltà di accesso al campo verificatasi. Individuare giovani adulti che avessero avuto un'esperienza nei SerD passando attraverso gli assistenti sociali di tali servizi in qualità di *gatekeeper*, infatti, è stato un processo lungo e faticoso che ha subito scelte, rifiuti e tempi dettati da soggetti terzi. Questo dilungarsi delle tempistiche ha

poi portato alla scelta di modificare le modalità di individuazione dei co-ricercatori come di seguito dettagliato[14].

4.3 Analisi secondaria dell'utenza adolescenziale in carico ai SerD della Regione Veneto

La prima ricerca attiene alla realizzazione di un'analisi secondaria finalizzata alla quantificazione e alla descrizione di alcuni tratti e caratteristiche peculiari dell'utenza adolescenziale/giovane adulta – intendendo con ciò giovani under 24 – effettivamente in carico presso i Servizi per le Dipendenze della Regione Veneto.

L'utilizzo di dati secondari e in particolare l'accesso e l'analisi di dati amministrativi presentano degli indubbi vantaggi circa le limitate risorse economiche e temporali necessarie per l'accesso ai dati e l'ampiezza dei dati cui è possibile avere accesso (Corbetta 2014; Bryman 2012).

L'azione di ricerca di analisi secondaria dei dati amministrativi (Bryman 2012; Biolcati-Rinaldi e Vezzoni 2012; Corbetta 2014) è stata ritenuta utile nonostante la presenza di report nazionali e internazionali circa gli stili di consumo di sostanze nella popolazione generale, nella popolazione studentesca, nonché rispetto alle persone con problemi di dipendenza che si rivolgono ai servizi pubblici e di terzo settore, in quanto non pienamente rispondenti agli interessi della presente ricerca. Infatti, a livello nazionale è stata condotta una lettura e un'analisi approfondita della "*Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*" – condotta annualmente dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in Italia – nonché dello studio *ESPAD*, una survey realizzata annualmente nel contesto europeo e italiano da più di trent'anni nelle scuole superiori per la rilevazione del consumo di sostanze e di comportamenti a rischio negli adolescenti. Nello specifico, per quanto concerne la Relazione annuale al Parlamento, questa pur contenendo una sezione dedicata alla popolazione giovanile – significativa dimostrazione dell'importanza e della necessità di riflettere e approfondire le esperienze di uso di sostanze e problematiche conseguenti di questo target – riporta unicamente il "numero totale di utenti in carico" nell'anno oggetto della relazione, differenziando tra nuovi utenti e utenti già in carico, suddivisi per classi di età (inferiori ai 15 anni; 15-19 anni; 20-24 anni; 25-29 anni) e non per singole età. Inoltre, per quanto concerne le sostanze, primaria e secondaria, riporta la loro diffusione senza collegare il dato alle classi di età, questo non consente di definire possibili profili di consumo tra i giovani che, per diversi motivi, giungono a prendere contatti con i servizi per le dipendenze.

Con riguardo alla Survey ESPAD il focus sulla popolazione studentesca in generale non consente di individuare la parte di popolazione con problematiche da uso di sostanze e connesse all'uso di sostanze, nonché coloro che hanno abbandonato il percorso scolastico. Considerati gli obiettivi

[14] Le riflessioni circa le difficoltà di entrare in contatto con gli ex service user tramite i gatekeeper assistenti sociali e le scelte sulle modalità di coinvolgimento sono state approfondite e condivise con il gruppo di co-ricercatori assistenti sociali che anche in tali aspetti ha rappresentato una risorsa fondamentale ai fini della ricerca.

della ricerca l'indagine ESPAD risulta, pertanto, limitata in quanto specifica sulla popolazione studentesca di età compresa tra i 15-19 anni: non è presente un dato relativo al numero di ragazzi in tale fascia di età che, in considerazione dei consumi dichiarati, abbia fatto accesso ai servizi per le dipendenze. Inoltre, tale indagine si focalizza su alcune specifiche sostanze – in particolar modo Cannabis e Nuove Sostante Psicoattive (NPS) – osservando i comportamenti di consumo e additivi senza approfondire e indagare eventuali conseguenze, interventi, necessità di aiuto che i giovani possono esperire.

Questa ricerca ha così inteso quantificare e descrivere la presenza degli adolescenti nei servizi per le dipendenze della regione Veneto quale elemento di conoscenza preliminare fondamentale anche in vista dell'approfondimento successivo circa la relazione di aiuto e le pratiche professionali degli assistenti sociali con i giovani adolescenti, potendo così approfondire le caratteristiche salienti dei giovani in carico ai SerD e dei loro percorsi in tali servizi, altrimenti non ricavabili dalla Relazione Annuale al Parlamento .

Per poter realizzare quanto previsto, la ricercatrice tra i mesi di settembre e dicembre 2021 ha preso contatti con la Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto, e, nello specifico, con l'Unità Organizzativa *Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale* – diretta dalla dott.ssa Midena – per avviare una collaborazione ai fini dell'autorizzazione dell'accesso ai dati dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende Ulss regionali. L'impegno lavorativo rivestito dalla ricercatrice presso la Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto nella UO Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile ha consentito di ridurre le tempistiche per l'avvio della collaborazione e favorito l'accesso al campo. Grazie al confronto con la dott.ssa Midena, e la Posizione Organizzativa Dipendenze – dott. Fuolega – si è giunti alla trasmissione da parte della Direzione di una richiesta formale ai Direttori Socio Sanitari e ai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze delle 9 Aziende Ulss affinché questi consentissero l'accesso ai dati GEDI – cartella informatizzata in dotazione ai SerD regionali. Successivamente la ricercatrice ha preso individualmente contatti telefonici con ciascun Direttore di Dipartimento al fine di concordare tempi e modalità di accesso al software e procedere all'estrapolazione dei dati oggetto di interesse della ricerca. Tale modalità di accesso al campo con la collaborazione e autorizzazione degli uffici regionali ha reso possibile l'estrapolazione dei dati GEDI presso tutte le Aziende Ulss, raggiungendo un tasso di copertura del 100%.

4.3.1 Il software GEDI – cartella sociale informatizzata

Il software GEDI è un programma di cartella informatizzata in dotazione a tutti i SerD della Regione Veneto, utilizzato non solo a fini interni alle aziende sanitarie, ma anche per la trasmissione dei flussi ministeriali necessari ai fini del Report Nazionale contenuto nella "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia" condotta annualmente dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in Italia.

La cartella – normalmente – andrebbe aperta sul sistema in occasione del primo contatto tra la persona e il servizio inserendo i suoi dati principali: nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale; a questi dati si aggiungono ulteriori informazioni quali occupazione, titolo di studio, condizione abitativa, problematica principale (tossicodipendenza, alcoldipendenza, carcere, gioco d'azzardo patologico). In aggiunta alle prime informazioni inserite in fase di accesso al servizio, gli operatori dei servizi per le dipendenze possono registrare ulteriori informazioni legate alla presa in carico: diagnosi, sostanza principale e secondaria, modalità di assunzione, fonte di invio. Successivamente tutti i professionisti dei SerD sono chiamati a implementare l'inserimento delle prestazioni svolte con e per la persona e la stesura del diario, nel quale si appuntano principalmente gli elementi emersi nel corso dei colloqui, i contatti con la persona e altri operatori di eventuali altri servizi coinvolti nella presa in carico, decisioni e progettualità condivise. All'interno del sistema, dunque, vengono inseriti sia dati standardizzati quali informazioni socio-anagrafiche e sulla dipendenza, le prestazioni erogate, sia informazioni più discorsive e qualitative connesse ai temi emersi in singoli colloqui, alle attività svolte, alle riunioni di équipe. Come si evince la presenza di dati e informazioni di dettaglio è connessa alla costanza e all'impegno di ciascun operatore-professionista dell'équipe nell'operazione di inserimento dei dati nonché all'accuratezza con cui tale azione viene svolta. Si evidenzia questo aspetto in quanto strettamente connesso a uno dei limiti dell'adozione di tale modalità di accesso ai dati e analisi di cui si darà maggiormente conto in seguito.

Il programma GEDI mette a disposizione una sezione "Report" che permette una più ampia lettura delle attività svolte all'interno del servizio in termini statistici, percentuali ma anche umani e professionali ma tale funzione – presente all'interno delle singole cartelle di ogni persona – non è stata direttamente utilizzata dagli operatori per le estrapolazioni dei dati già informatizzati.

4.3.2 Il processo di estrapolazione dei dati e le caratteristiche dei dati estrapolati

Ai fini dell'analisi descrittiva dell'utenza adolescenziale dei SerD del Veneto è stata adottata una metodologia di analisi secondaria che ha preso avvio con un preliminare e necessario confronto con alcuni professionisti dei servizi al fine di approfondire le tipologie di dati e informazioni effettivamente estrapolabili dal software. Ad alcuni referenti individuati per l'estrapolazione, indicati dai Direttori di Dipartimento come esperti del software, in primo luogo, è stato inoltrato un elenco di tutti i dati di interesse per la ricerca e che si intendeva estrapolare dal sistema: questo ha permesso un confronto e una chiarezza rispetto ai dati effettivamente disponibili nel sistema ed estrapolabili e quelli invece che avrebbero dovuto essere recuperati dalla memoria degli operatori e dall'accesso ai singoli report di ciascuna persona nota al servizio. Questo passaggio ha consentito di individuare non solo gli elementi di interesse ai fini della ricerca, ma anche le corrette modalità di invio della richiesta al software ai fini dell'ottenimento dei dati e dunque ha

portato alla predisposizione del protocollo di estrapolazione[15] che la ricercatrice ha seguito pedissequamente nelle operazioni di accesso ai dati e che è stato diffuso ai collaboratori delle Aziende che hanno provveduto in autonomia alle estrapolazioni – così da applicare la stessa procedura di richiamo ed estrapolazione dei dati. Il software permette l'individuazione di un arco temporale specifico, la selezione delle unità organizzative (ovvero le sottounità operative interne al SerD) e le "dimensioni" ossia le variabili di interesse: ad esempio le fonti di invio, il sesso, l'età in fasce Istat, le sostanze, motivi di dimissioni.

L'autorizzazione all'accesso ai dati delle A.Ulss è avvenuta nel corso del mese di gennaio 2022, pertanto, le estrapolazioni hanno avuto luogo tra febbraio e aprile 2022. In sette Dipartimenti per le Dipendenze è stata la ricercatrice a recarsi nelle sedi per realizzare l'estrapolazione. Diversamente, per i restanti due Dipartimenti relativi all'Aulss 1 e 3 e per una specifica Unità Organizzativa Complessa dell'Aulss 9 (cioè, per la metà delle sedi SerD afferenti all'Aulss 9) l'estrapolazione è stata curata dai referenti segnalati dai Direttori di Dipartimento.

Per una più chiara lettura dei risultati che in seguito saranno presentati e una comprensione delle caratteristiche dei dati cui è stato possibile avere accesso si rendono necessarie alcune fondamentali specifiche rispetto alle estrapolazioni:

I. I dati sono stati estrapolati per singola sede SerD; sono stati richiamati unicamente gli utenti "in carico con prestazioni" al fine di garantire che l'utenza inclusa nel *dataset* fosse quella realmente attiva nella presa in carico nel periodo di interesse. Ciò significa che le cartelle sociali richiamate erano aperte-attive e la persona aveva ricevuto almeno una prestazione nell'arco temporale definito.

II. Il periodo di riferimento indicato, ai fini dell'individuazione dei casi, è stato distinto ai fini di una duplice estrapolazione: 1.01.2017 – 31.12.2021, e successivamente 1.01.2021 – 31.12.2021. Ciò al fine di consentire la realizzazione di un confronto tra il quinquennio e l'ultimo anno solare completo al momento dell'estrapolazione per quelle variabili per le quali non vi era la disponibilità del dataset in formato matrice come di seguito specificato. L'anno di inizio, il 2017, è stato individuato poiché nel corso del 2016 vi è stata una riorganizzazione regionale delle Aziende Ulss con un accorpamento delle aziende con il quale si è passati da 21 Ulss a 9. Pertanto, dare avvio alla rilevazione con l'anno 2017 ha consentito di ottenere dei dati che rispecchiassero l'organizzazione territoriale dei dati relativi agli anni più recenti. L'anno finale, il 2021, è stato individuato come ultimo anno solare completo al momento del primo accesso ai dati, avvenuto a febbraio 2022.

III. Il programma propone una ricerca per fasce d'età: sono state selezionate tre "fasce d'età ISTAT": 10-14, 15-19, 20-24 in linea con il range d'età stabilito in fase *desk* del

[15] Il protocollo di estrapolazione è disponibile e consultabile in appendice

disegno di ricerca. Per i dati in formato dataset il sistema forniva la data di nascita della persona e la data di avvio e chiusura della presa in carico, dunque, per ogni annualità presa in considerazione nell'analisi (dal 2017 al 2021) è stato calcolato il differenziale in modo da conoscere l'età esatta della persona al momento dell'accesso al servizio e al termine del percorso.

IV. Il programma propone gli indicatori/informazioni di interesse nella forma di "dimensioni". Le dimensioni estrapolate sono state: fonte di invio, motivo di dimissioni, sostanze d'abuso tutte, sostanza primaria, sostanze secondarie, via di assunzione, trattamento farmacologico sostitutivo.

V. L'estrapolazione dei dati è avvenuta secondo modalità miste e combinate in quanto il software GEDI, a seconda della variabile individuata, consentiva l'estrapolazione dei dati con dettaglio massimo, fornendo una matrice *dataset* in formato casi per variabili, mentre per altre dimensioni e variabili il sistema non consentiva l'estrapolazione del dato in formato matrice bensì unicamente in formato tabella di sintesi a doppia entrata con dati già aggregati. I dati disponibili che è stato possibile estrapolare dal software GEDI si distinguono dunque in queste due macro-categorie come di seguito esplicitato. Il *dataset* in formato matrice casi per variabili riguarda le "prese in carico con prestazioni di soggetti under 24". Nella matrice dati le righe corrispondono alle unità statistiche, ogni riga corrisponde a una presa in carico di un ragazzo under 24, e le colonne: azienda sanitaria di competenza, sede SerD di presa in carico, data di inizio della presa in carico, sesso, data di nascita, cittadinanza, stato civile, scolarità, condizione professionale, tipo impiego, convivenza, situazione abitativa, sostanza primaria, sost. secondaria (1°), sost. secondaria (2°), sost. secondaria (3°), sost. secondaria (4°), diagnosi (1°), diagnosi (2°), diagnosi (3°), diagnosi (4°), prima prestazione, ultima prestazione, numero prestazioni totali. Nello specifico si segnala che il dato sulle sostanze e le diagnosi è presente nei dataset solo di alcune Aziende nelle quali l'estrapolazione è avvenuta tra le ultime (si suppone per un aggiornamento del sistema intercorso nel mentre) e dove presente come variabile della matrice, spesso non è indicato nella cella di riferimento per ogni caso, per tale ragione i dati relativi alle sostanze sono stati estrapolati anche nella modalità successiva. I dati in formato aggregato, strutturati in tabelle di sintesi elaborate dal software GEDI, sono riferiti ai seguenti indicatori selezionati: fonte di invio; motivo di dimissioni; sostanze d'abuso tutte e modalità di assunzione; motivo di dimissioni. Tali tabelle di sintesi propongono i dati suddivisi per "soggetti nuovi", dunque di prima presa in carico, "rientrati", persone per le quali si riapre una presa in carico a seguito di una precedente chiusa o interrotta, e infine "soggetti totali".

4.3.2 L'analisi dei dati

Innanzitutto, a prescindere dalla macro-tipologia di dato, al fine di poter realizzare le analisi a livello di Aziende Ulss e regionale, è stato necessario unire i dati dei singoli SerD. e delle singole Aulss: infatti poiché i dati sono stati estrapolati e raccolti per singole sedi SerD, ultimata la raccolta si è operata l'unione dei file al fine di consentire una lettura a livello regionale. A seguire, è stata effettuata una "pulizia" dei dataset estrapolati dal software GEDI delle 9 Aziende sanitarie della Regione Veneto. Tale pulizia ha permesso in primo luogo di identificare eventuali doppi casi – dovuti ad alcuni SerD che, sebbene di sedi diversi, sono considerati uniti – nonché casi non relativi allo studio: come per coloro che erano in carico unicamente per problemi connessi al gioco patologico. Successivamente, il *dataset* "prese in carico con prestazioni giovani under 24" relativo a 6.189 prese in carico nel quinquennio 2017-2021 è stato caricato sul software di analisi statistica SPSS e si è proceduto all'eliminazione dei casi relativi a minori di anni 10 che presentavano la quasi totalità dei campi vuoti e in cui le date di inizio della presa in carico risultavano incompatibili con il periodo di riferimento e le età riportate. Si è ottenuto così un *dataset* relativo a 6.082 prese in carico nel quinquennio. L'ultima azione preliminare all'analisi è consistita in una ricodifica delle etichette nominali in valori numerici. Il dataset è stato dunque oggetto di analisi descrittive, mono e bivariate, multifattoriali; è stata effettuata l'analisi del Chi quadrato, del t di student e l'analisi della varianza, nonché la regressione multipla.

Per quanto concerne l'analisi delle tabelle di sintesi già prodotte dal sistema, le operazioni che è stato possibile effettuare concernono unicamente la pulizia e unione delle tabelle delle differenti sedi e le analisi di frequenza e percentuali. In questo caso le analisi e le sintesi sono state realizzate mediante il supporto di Excel.

4.3.3 L'analisi dei dati amministrativi: alcune riflessioni e limiti

Alcuni limiti riscontrati sono attribuibili all'analisi secondaria di dati amministrativi in sé, mentre altri appaiono essere legati all'assenza di indicazioni regionali e/o nazionali condivise per la registrazione dei dati standard.

Considerata l'importanza del software GEDI anche ai fini amministrativi e ministeriali a livello nazionale sarebbe opportuno prevedere delle formazioni specifiche per gli operatori addetti alla registrazione delle informazioni e delle linee guida condivise rispetto alle modalità di registrazione. Tuttavia, trattandosi di cartelle cliniche-sociali informatizzate il cui scopo primario non è rispondere a esigenze di ricerca e scientificità, tra gli elementi di criticità di tale tipologia di analisi si riscontra l'assenza di un processo di qualità del dato e l'assenza di certezza circa il fatto che tutte le informazioni, eventi, dati, siano registrati. Tutti questi limiti appaiono essere presenti nella estrapolazione realizzata. In primo luogo, i dati caricati nel software vengono inseriti dai differenti professionisti che operano nei SerD, spesso non totalmente avvezzi all'utilizzo di strumenti tecnologici e talvolta anche restii all'espletare funzioni di caricamento

dati, ritenute poco rilevanti rispetto al lavoro diretto con e per l'utenza. A ciò si aggiunge che nel realizzare le estrapolazioni nei servizi è emerso che l'operatore che realizza la prima raccolta di dati – la maggior parte di quelli presenti nel dataset – può essere uno psicologo, un educatore professionale, un infermiere a seconda dell'organizzazione dei singoli SerD e questo comporta l'assenza, spesso, di una specifica conoscenza della rete di servizi, della pluralità di situazioni in cui le persone che si rivolgono al SerD possono trovarsi. Un esempio chiaro di tale limite si ha con riferimento al dato sulla fonte di invio, che trova modalità ampie e diversificate nelle diverse sedi e in cui vi è spesso confusione e modalità differenti per indicare gli accessi connessi a un procedimento di tipo amministrativo o penale che implica il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria. Un aspetto rilevante concerne l'omogeneità territoriale: pur in presenza di un unico software a livello regionale non sempre le modalità di raccolta del dato e le etichette utilizzate sono le medesime. Questo aspetto ha richiesto un importante lavoro di uniformazione delle etichette disponibili. Rispetto alla registrazione è possibile che non tutti gli adolescenti e giovani adulti che hanno avuto un percorso con il SerD in ambito volontario e spontaneo siano stati registrati nel sistema sulla base di specifiche scelte e indirizzi interni di volontà di non registrazione ed etichettamento dei giovani. Si tratta in questo caso di un aspetto emerso grazie al confronto con i diversi operatori nella fase in cui la ricercatrice si è recata nei servizi personalmente per realizzare l'estrapolazione dei dati. Altri limiti sono connessi al funzionamento del software in dotazione ai SerD, emersi dal confronto con gli operatori. A titolo di esempio si evidenzia che talvolta, quando l'operatore inserisce nel sistema la data di fine prestazioni la sostanza principale utilizzata e inserita in precedenza non viene più mostrata nell'estrapolazione. La sostanza, infatti, è il dato meno presente nel dataset.

Per quanto concerne i limiti connessi al livello di dettaglio del dato, si ricorda che per alcune variabili il dato non era estrapolabile con il dettaglio casi per variabili. Dunque, è stata possibile unicamente un'estrapolazione aggregata per fascia di età e sesso nel periodo temporale di riferimento assunto – dal 1.1.2017 al 31.12.2021. Si tratta dei dati riferiti alla sostanza di abuso, modalità di invio/contatto con il servizio, comportamento di uso (fumo, iniezione, sniffo, …).

Altro elemento di attenzione concerne il Dipartimento e il SerD: nei dati estrapolati a livello di dettaglio è stato possibile ricavare i dati sull'utenza per singoli SerD. mentre per i dati riferiti al comportamento di utilizzo (modalità di assunzione) i dati sono stati ottenuti a livello di Dipartimento. In alcuni casi – nello specifico ciò è successo per l'Aulss 4, alcuni SerD dell'Aulss 8 e 9 – quando si procedeva a estrapolare i dati di una sede SerD venivano già ricompresi quelli di un'altra sede. In questi casi è stato necessario eseguire un confronto accurato nei dataset per comprendere se effettivamente si trattasse degli stessi individui, appurato che il sistema forniva il medesimo dato per più sedi è stata realizzata un'unica estrapolazione. Per tale ragione saranno presentati unicamente i dati a livello regionale.

4.4 La ricerca partecipativa: la prospettiva di assistenti sociali e giovani adulti

Ai fini della realizzazione della ricerca sulle esperienze e prospettive di adolescenti-giovani adulti e assistenti sociali nei SerD rispetto alla relazione di aiuto e al percorso di aiuto nell'ambito delle dipendenze è stato adottato un approccio di ricerca partecipativa (Bergold & Thomas 2012; Aldridge 2015; Panciroli 2019). Seguendo le indicazioni di tale approccio entro il framework teorico del Relational Social Work (Folgheraiter 2018; Panciroli 2019) sono stati costituiti due distinti gruppi guida di co-ricercatori esperti per esperienza: uno composto da assistenti sociali che operano professionalmente nei SerD del Veneto, l'altro composto da giovani adulti (over 21 anni) che in età adolescenziale avessero vissuto l'esperienza di un percorso presso un servizio per le dipendenze in Veneto per motivi connessi all'uso di sostanze. I due gruppi hanno operato inizialmente separatamente focalizzando ciascuno la propria prospettiva e le proprie esperienze specifiche. Solo nella fase finale della ricerca, ultimate le rispettive analisi dei dati, i due gruppi si sono uniti per una lettura congiunta e una riflessione condivisa e complessiva dei dati ricavati dalla ricerca, individuando punti critici e rilevanti ed elaborando le conclusioni.

L'approccio della *Particpatory Research* (Narayan 1996; Bergold & Thomas 2012; Aldrige, 2015; Panciroli 2019), come messo in luce da Narayan (1996) si distingue da un approccio di ricerca convenzionale, totalmente guidato da un esperto ricercatore, e vede l'attivo coinvolgimento di persone non appartenenti al mondo accademico e della ricerca scientifica in un processo dinamico con il ricercatore, nel processo di produzione di conoscenza (Narayan, 1996). In letteratura non vi è una definizione unica e condivisa di ricerca partecipativa al punto che Cargo & Mercer (2008) parlano di ricerca partecipativa come «*an umbrella term for a host of collaborative approaches to research where academics conduct research with non-academic partners*» (p. 326). Entro questo approccio, l'elemento che principalmente distingue le ricerche partecipative è il passaggio delle persone da mero oggetto della ricerca a soggetti della ricerca (Narayan, 1996; Aldridge, 2015; Panciroli 2019), in cui le persone che vivono, conoscono, sperimentano una situazione che sarà oggetto della ricerca divengono co-ricercatori, prendono parte al processo decisionale della ricerca e a tutta la sua realizzazione come ricercatori (Bourke, 2009; Macaulay, 2017). Il ricercatore, nella ricerca partecipativa, è colui a cui è affidata «la responsabilità metodologica» (Panciroli 2019, p.98) relativa al garantire la correttezza scientifica della ricerca che si realizza, guidando in tal senso il gruppo di co-ricercatori. Questi ultimi portano il loro sapere esperienziale nel campo da studiare e mettendosi a disposizione per ragionare e confrontarsi con i ricercatori al fine di strutturare e realizzare la ricerca, arricchendola (Cornwall et al., 1995; Lushey et al., 2015; Panciroli 2019). Si crea, dunque, entro questo approccio e questa condivisione di saperi un contesto di apprendimento reciproco (Abma et al., 2009).

Il processo partecipativo di realizzazione della ricerca ha avuto avvio, in primo luogo, con la ricerca dei soggetti da coinvolgere come co-ricercatori individuando alcuni "criteri di inclusione". In secondo luogo si è proceduto alla ridefinizione e condivisione delle domande di ricerca definite in fase *desk* insieme ai gruppi di co-ricercatori costituiti (Faulkner, 2004; Krishnaswamy, 2004;

Maiter et al., 2012; Panciroli 2019). Tale aspetto è fondamentale affinché il gruppo e gli esperti per esperienza partecipanti alla ricerca sentano le domande di ricerca "vicine" e affinché queste incontrino il loro pieno interesse e la loro motivazione nel proseguire nel processo di ricerca. In terzo luogo, si è proceduto con la formazione dei co-ricercatori sulla ricerca sociale – aspetti metodologici e strumenti – per consentire delle scelte informate sulla ricerca da realizzare e si sono operate le scelte per la realizzazione della raccolta dei dati a seguito della quale si è operato a un'analisi dei dati condivisi e partecipata.

L'approccio partecipativo è stato ritenuto, in fase *desk*, appropriato a questa ricerca sulla scorta di più motivazioni: in primis come evidenziato da Panciroli (2019) «la PR si presta […] come approccio nelle ricerche di social work, in quanto permette di includere e valorizzare il punto di vista di persone o gruppi sociali vulnerabili ed emarginati» (p. 41); la stessa, evidenzia la stretta coerenza tra l'approccio partecipativo e il framework teorico del Relational Social Work, assunto quale framework teorico della presente ricerca. In secondo luogo l'approccio partecipativo si ritiene coerente rispetto agli ambiti di applicazione: la ricerca partecipativa è realizzata per indagare situazioni ed esperienze di vulnerabilità ed esclusione sociale, esperienze di persone "invisibilizzate", elementi che tutt'oggi risultano essere presenti nelle storie delle persone che ne fanno esperienza nell'area delle dipendenze, spesso sottorappresentata anche nella ricerca scientifica di social work, nel contesto italiano e internazionale. In particolare, le esperienze di chi fa uso di sostanze sono state spesso marginalizzate, poco approfondite e così chi vive queste esperienze ha poche possibilità di far sentire la propria voce. Anche per quel che riguarda il profilo degli assistenti sociali, sono residuali le ricerche e gli approfondimenti nell'ambito del Social Work, sui e con gli operatori dell'ambito delle dipendenze.

4.4.1 Criteri e modalità di individuazione dei co-ricercatori e costituzione dei gruppi guida

Ai fini della costituzione dei gruppi guida di co-ricercatori è necessario individuare persone interessate e motivate rispetto all'oggetto della ricerca e dunque a prendere parte attiva al processo di ricerca. Per persone interessata si intendono persone che vivono/hanno vissuto direttamente il fenomeno oggetto dell'indagine o che ne sono entrate a contatto in virtù del proprio ruolo professionale. È fondamentale, in ottica relazionale ed entro l'approccio partecipativo, che le persone individuate si riconoscano e condividano la finalità del processo e percorso da intraprendere. Per tale motivo, come esplicitato in precedenza, si è partiti da una formulazione ampia delle domande di ricerca che potesse incontrare l'interesse e la motivazione di giovani adulti con esperienza di uso di sostanze in adolescenza e di assistenti sociali dei SerD. Riconoscersi nella finalità, condividere gli obiettivi e la motivazione sono infatti premesse fondamentali per un reale e profondo processo partecipativo che vede parimenti coinvolti e attivi tutti i partecipanti.

Per dare avvio all'individuazione delle persone interessate, in fase di delineazione del disegno della ricerca, sono stati definiti i due target e i criteri di inclusione per l'individuazione dei co-ricercatori assistenti sociali e giovani adulti che in età adolescenziale (under 21 anni) hanno avuto un'esperienza all'interno dei SerD. I criteri di inclusione individuati prima di procedere alla diffusione della *call for participation* sono stati i seguenti:

- Assistenti sociali: assistenti sociali abilitati all'Albo, attivi professionalmente in un SerD della Regione Veneto, con minimo 2 anni di esperienza nei SerD ed esperienza di lavoro diretta con adolescenti entro tali servizi
- Giovani adulti – esperti di uso di sostanze in adolescenza in quanto consumatori o ex consumatori: giovani di età compresa tra i 21 e i 31 anni che in adolescenza (under 21 anni) abbiano avuto un'esperienza e un percorso con il SerD che ha implicato una relazione con un assistente sociale del servizio medesimo.

Per l'individuazione dei due target si è deciso di procedere congiuntamente partendo da una *call for participation* rivolta agli assistenti sociali operanti nei SerD della Regione[16]. Infatti, l'accesso ai giovani adulti risultava essere necessariamente mediato da soggetti terzi che facessero da tramite e si è ritenuto opportuno che tali soggetti fossero gli stessi assistenti sociali dei SerD già direttamente coinvolti nella ricerca, anche in termini di ottimizzazione delle risorse e delle tempistiche.

Grazie alla collaborazione con la Regione Veneto attivata per l'accesso ai dati sull'utenza adolescenziale presso i SerD della Regione è stato possibile diffondere una "*call for partecipations*" rivolta agli assistenti sociali dei medesimi servizi. La *call* è stata trasmessa dalla Regione a tutti i direttori socio-sanitari e direttori di Dipartimento per le Dipendenze delle Aziende Ulss (A.Ulss) con preghiera di diffusione agli assistenti sociali dei SerD della Regione. Questi invii congiunti hanno permesso di diffondere ampiamente la comunicazione circa l'avvio di una ricerca interessata ad indagare la relazione di aiuto nei SerD del Veneto tra assistenti sociali e adolescenti, con l'approvazione e l'interesse della Regione.

A seguito della diffusione della lettera, **19 assistenti sociali hanno comunicato il loro interesse** alla ricerca. È stato dunque organizzato un incontro di presentazione della ricerca svoltosi online al fine di favorire la partecipazione di tutti gli interessati, trattandosi di operatori residenti in tutto il territorio veneto. Durante tale incontro è stato presentato il disegno di ricerca, con particolare attenzione all'approccio partecipativo che si è deciso di adottare, le tipologie di partecipazione possibili – in qualità di co-ricercatori, di soggetti da intervistate, di *gatekeeper* per l'individuazione dei ragazzi – e la richiesta di interesse a collaborare nelle diverse fasi della ricerca. All'incontro sono stati invitati tutti i diciannove assistenti sociali ma vi hanno partecipato in dieci. Con altri quattro assistenti sociali è stato fissato un altro appuntamento, sempre online.

[16] La *call for participation* è disponibile in appendice

Con un assistente sociale ci sono stati degli scambi di informazioni via mail. Con specifico riguardo alle "tipologie di partecipazione" alla ricerca, nel corso di tali incontri si è illustrato ai partecipanti il livello massimo di partecipazione in qualità di co-ricercatori; successivamente è stato indicato loro la possibilità di collaborare alla ricerca in termini di impegno meno onerosi. Infatti, anche per favorire i contatti relativi alle successive fasi della ricerca, è stata indicata la possibilità di essere coinvolti in qualità di "detentori di informazioni" e dunque come target ai fini della raccolta dati. Da ultimo è stato indicato loro l'obiettivo di realizzare un secondo gruppo di co-ricercatori composto da giovani adulti che in adolescenza avessero usufruito dei servizi per le dipendenze, chiedendo la disponibilità dei presenti a collaborare in qualità di *gatekeeper* per l'individuazione di questo specifico target, sia nella veste di co-ricercatori che futuri soggetti da coinvolgere per la raccolta dati. Specificatamente, sono state fornite loro le indicazioni relative alle caratteristiche, al "profilo" dei giovani adulti che si intendeva coinvolgere nella ricerca. Durante quest'incontro preliminare di presentazione tutti i partecipanti si sono detti molto interessati al tema e alla proposta, nonostante le preoccupazioni espresse rispetto all'impegno richiesto, in particolar modo in considerazione dei loro carichi di lavoro nel servizio. Utile alla motivazione è risultata la presenza di un partecipante che, avendo già preso parte a un'esperienza di ricerca partecipativa, ha riportato al gruppo gli aspetti positivi di questo tipo di collaborazione, in particolar modo riferiti, da un lato, all'arricchimento personale e professionale, al mettersi in gioco anche emotivamente e a uscirne con maggiori conoscenze e competenze, dall'altro sottolineando l'importanza di partecipare a progetti di ricerca in termini di valorizzazione della professione di assistente sociale.

Se tale incontro ha consentito nel brevissimo termine di giungere alla costituzione del gruppo guida di co-ricercatori assistenti sociali, come di seguito sarà rappresentato, non ha prodotto alcun risultato in termini di individuazione o ottenimento di contatti dei giovani adulti. Al termine di quest'incontro era stato chiesto per chi fosse interessato in termini più generali alla ricerca di comunicare alla ricercatrice se fosse disponibile a: partecipare come co-ricercatore; essere contattato in seguito per la raccolta dati; aiutare nell'individuazione dei giovani adulti. Le assistenti sociali che si sono dette disponibili a collaborare per l'individuazione dei giovani adulti sono state cinque. A queste se ne aggiungeva un'altra, non presente all'incontro, ma che è stata informata della ricerca durante l'estrapolazione dei dati dal sistema della cartella informatizzata e con una lunga esperienza di lavoro sia nel SerD che nello specifico con gli adolescenti. Alle assistenti sociali che avevano dato disponibilità è stata inizialmente trasmessa una descrizione dell'obiettivo della ricerca, delle motivazioni a supporto della ricerca di giovani adulti che partecipassero all'indagine, nonché indicazioni dettagliate circa la collaborazione concretamente richiesta loro; infine, le caratteristiche delle persone ricercate. Nei mesi successivi (marzo-settembre 2022) la ricercatrice ha provveduto a continui contatti via mail e telefonici, con le sei assistenti sociali individuate e con tutti i soggetti che avevano mostrato un interesse per la ricerca

al fine di sollecitare la richiesta di individuazione di giovani adulti che avessero conosciuto da adolescenti nella loro esperienza professionale al SerD, ma si è trattato di vani tentativi. Sono state riportate diverse motivazioni a supporto del temporeggiamento e della difficoltà a individuare soggetti, riconducibili alle preoccupazioni degli assistenti sociali *gatekeeper* che non consentivano nemmeno di arrivare alla concreta e diretta proposta di partecipazione alla persona per consentirle una scelta ("ho pensato a tre nominativi, ma lavorano, sono molto impegnati, non penso riescano a darti disponibilità"). Altre motivazioni sono state ricondotte al carico lavorativo e all'assenza di tempo da poter dedicare serenamente a pensare a dei nominativi, contattarli, proporgli la ricerca e successivamente fare da collegamento con la ricercatrice. Dato il prolungarsi dei tempi sono stati presi contatti con altre due assistenti sociali tramite la rete personale di conoscenze della ricercatrice, ma anche in questo caso non è stato possibile aver accesso ad alcun nominativo. Tale difficoltà di accesso al campo ha portato infine a un ultimo tentativo di individuazione di giovani adulti. Sebbene in fase di ideazione della ricerca si fosse ritenuto opportuno evitare che gli assistenti sociali coinvolti in qualità di co-ricercatori segnalassero e conoscessero direttamente i giovani adulti co-ricercatori, date le difficoltà di individuazione delle persone e la forte volontà di dar voce e far partecipare esperti per esperienza giovani adulti, è stato richiesto ai co-ricercatori assistenti sociali di provare a individuare dei ragazzi. Si è giunti dunque a dicembre 2022 a individuare tre persone interessate e motivate a prendere parte alla ricerca in qualità di co-ricercatori. A seguito della segnalazione della disponibilità di quattro persone, tre ragazzi e una ragazza, afferenti a due territori diversi, la ricercatrice ha svolto un colloquio individuale con ciascuna delle persone per descrivere meglio loro sia il tema della ricerca, sia l'approccio partecipativo con il significato della loro partecipazione e dei livelli possibili di collaborazione, presentando la richiesta di disponibilità a lavorare in gruppo e condividere con altri ragazzi esperienze e riflessioni, chiedendo altresì una loro breve presentazione. Nell'occasione di tale incontro sono inoltre state fornite le informazioni in merito alla privacy e al consenso, esplicitando la libertà di adesione al processo di ricerca e alla ricerca, ed esprimendo la garanzia di riservatezza circa la loro decisione finale di partecipare o meno, anche e soprattutto rispetto all'assistente sociale che aveva fatto da tramite. Per chi scrive infatti era fondamentale che i ragazzi si sentissero liberi di rifiutare in qualsiasi momento, senza che l'assistente sociale che gli aveva proposto la ricerca venisse a conoscenza del loro rifiuto. A seguito di tali colloqui individuali 3 persone su 4 hanno dato la disponibilità ed espresso molto interesse a collaborare come co-ricercatori. Sono così stati individuati i co-ricercatori Filippo, Manuel e Sabrina[17].

4.4.1.1 La costituzione e composizione del gruppo guida di assistenti sociali

Il gruppo di co-ricercatori assistenti sociali ha preso avvio a marzo 2022 con la partecipazione e adesione di 4 assistenti sociali operanti in SerD di diversa collocazione nel territorio regionale,

[17] I nomi dei co-ricercatori sono reali: come è stato da loro richiesto in avvio della ricerca e acconsentito formalmente mediante la compilazione e sottoscrizione del modulo di consenso informato.

nelle provincie di Venezia, Vicenza e Verona. I quattro assistenti sociali che hanno dato la loro disponibilità a partecipare sono Cecilia, Roberto, Erica e Alessandra[18], tutti inizialmente motivati dal desiderio di spazi-tempi e occasioni di riflessione circa il proprio lavoro in relazione sia alla propria professionalità che alla relazione con gli adolescenti. Di seguito si riportano le brevi descrizioni di sé e della propria motivazione a prendere parte alla ricerca scritte/riferite dai co-ricercatori.

Cecilia è assistente sociale da 20 anni, di cui circa 15 presso il SerD di Dolo

> *fin da subito ho amato lavorare in questo ambito, e questo entusiasmo non è venuto meno negli anni, nonostante le difficoltà e a volte la sofferenza che spesso accompagnano la nostra professione e il lavoro in un Servizio per le dipendenze. Ho sempre avuto il desiderio e lo stimolo ad approfondire, studiare, imparare dalle teorie, in costante evoluzione, e dalle esperienze pratiche. In questo ho subìto, come inevitabile ed anche necessario, lavorando in un'area ad alta integrazione sociosanitaria e multidisciplinarietà, le "contaminazioni" di altri saperi. Ad un certo punto però ho iniziato a pensare che l'assistente sociale di un SerD possa a volte sentirsi un po' travolta da continue stimolazioni che parlano di diagnosi, trattamenti e terapie,* ***rischiando così di perdere in parte la consapevolezza delle proprie specificità professionali, pur magari agite nella pratica quotidiana****. Questo comporta che il lavoro di Servizio Sociale nell'ambito delle dipendenze sembra a volte poco conosciuto, anche nella comunità professionale stessa. (Cecilia, riflessione scritta)*[19]

Cecilia ha deciso di partecipare alla ricerca perché

> *Ho dato disponibilità perché mi interessava molto il tema e perché penso che noi assistenti sociali dobbiamo parlare di più di noi. credo che abbiamo un bagaglio professionale enorme e poi però ne parliamo poco e quindi appariamo poco (Cecilia, primo incontro)*
>
> *Quando ho avuto la possibilità di partecipare a questo progetto di ricerca, l'ho colta con molta curiosità, mossa da diverse motivazioni. La prima è stata quella di avere l'opportunità di conoscere il bagaglio teorico, culturale ed esperienziale di tanti altri colleghi e colleghe che lavorano nel mio stesso ambito. La seconda, di poter contribuire a mettere in luce e dare visibilità a questo grande patrimonio professionale. Terza ma non ultima per importanza, la curiosità di fare un'esperienza professionale per me del tutto nuova (Cecilia, riflessione scritta)*

Roberto è un assistente sociale presso il SerD di Soave

> *[…] lavoro dal 1991 come assistente sociale nel Servizio per le Dipendenze; dapprima in città, poi in provincia. Mi sono sempre occupato di persone e famiglie, sia nei colloqui individuali sia nei gruppi di auto-aiuto. Quest'ultimi inizialmente aperti solo a chi aveva problemi correlati all'uso di alcol (CAT), successivamente anche per uso di sostanze stupefacenti illegali e gioco d'azzardo. Questo interesse mi ha portato ad affinare l'approccio ecologico-sociale ma anche una continua tensione alla formazione. Da circa vent'anni collaboro come docente di servizio sociale presso il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università di Verona. Questo mi ha permesso, oltre che stimolato, ad integrare la pratica con la teoria, ad analizzare i fenomeni sociali, a cercare di cogliere i cambiamenti che via via si susseguono nel lavoro ma anche nei contesti ambientali che, come professionisti, frequentiamo. Ciò mi ha dato la possibilità anche di scrivere, per poter lasciare memoria di quanto apprendiamo nel lavoro con le persone, pubblicando diversi articoli di contenuto narrativo e saggi in libri e riviste professionali (Roberto, riflessione scritta)*

[18] Come per i co-ricercatori giovani adulti, anche i co-ricercatori assistenti sociali hanno consentito, mediante sottoscrizione di consenso informato, all'utilizzo del proprio nome reale

[19] Per la presentazione dei co-ricercatori, e in seguito anche per la presentazione delle loro riflessioni sui risultati e contenuti emersi dalla ricerca si utilizzerà il loro nome con la specifica dell'incontro del gruppo guida da cui la citazione è presa. In alcuni casi si tratterà di riflessioni scritte dai co-ricercatori, che hanno deciso di condividere con il gruppo, e sarà specificato "riflessione scritta".

Lui ha deciso di aderire alla proposta e di sperimentarsi come co-ricercatore

> *come un'occasione per apprendere un metodo ed accrescere il mio bagaglio formativo. L'interesse si è trasformato in coinvolgimento fin dal primo incontro di presentazione nel quale la ricercatrice ha illustrato gli obiettivi ed i compiti richiesti. Approfondire i modelli di lavoro presenti nella pratica professionale è stato sicuramente per me uno dei primi aspetti considerati: una ricerca su "come operano" gli e le assistenti sociali non può che sollecitare interesse. Ma anche l'esplorazione degli atteggiamenti e delle riflessioni di coloro che sono coinvolti con l'assistente sociale nel processo di aiuto (i cosiddetti utenti) è stato un ulteriore elemento a favore della mia adesione: imparare da come gli altri ci osservano e far emergere i saperi di ogni attore coinvolto (Roberto, riflessione scritta).*

Erica è assistente sociale dal 2007 e ha lavorato in molti ambiti diversi: immigrazione, accoglienza di minori stranieri non accompagnati, adozioni internazionali, carcere, servizio sociale di base, interventi di sostegno alla povertà e dal 2019 lavora presso il Servizio per le dipendenze di Bassano del Grappa.

> *[lavorare al SerD] non l'ho desiderato, ma è arrivata l'occasione, finalmente, di un posto di lavoro continuativo e a meno di cinquanta km da casa. Ho capito poi, che forse, era arrivato dopo aver maturato esperienze diverse, in ambiti ancora poco frequentati dalla professione: come il coordinamento di comunità di pronta accoglienza, o come lo specifico accompagnamento delle coppie nelle adozioni internazionali. Ho capito poi che aver lavorato con i ragazzi provenienti da mondi lontani, con chi ha una condanna da eseguire o con la sofferenza di genitori che lottano per dare un futuro ai figli di altri, forse mi ha dato anche altri strumenti per affrontare il complicato mondo delle dipendenze (Erica, riflessione scritta)*

Ha deciso di partecipare alla ricerca perché

> *Forse, il complicatissimo incontro con le storie difficili, complesse ma anche ricchissime di questi ragazzi, in questo Servizio, sono stati la spinta che mi ha fatto accettare questa sfida. La voglia di partecipare ad una ricerca per mettere i ragazzi al centro, per guardarci al di fuori come professionisti, per dare voce alle esperienze e alle storie, che, in fondo cambiano ogni giorno anche ognuno di noi (Erica, riflessione scritta)*

Alessandra è un'assistente sociale operativa nel SerD dal 1993, in precedenza ha avuto esperienze professionali nell'area minori e famiglie, disabilità, anziani e presso il Consultorio Familiare. Nel SerD ha sviluppato e seguito per anni il progetto "Serteeno – area teenager e famiglie" per l'accoglienza e il lavoro con adolescenti che fanno uso di sostanze e le loro famiglie. Ha scelto di partecipare alla ricerca perché

> *Dalla fine degli anni Duemila ci siamo resi conto che sempre di più la dipendenza coinvolgeva la fascia di età dei più giovani, degli adolescenti e abbiamo creato il progetto Serteeno. Con spazi e tempi dedicati e un protocollo operativo. Ho dato la disponibilità alla ricerca perché a me piacciono queste attività e perché la ricerca ti dà un modo per fermarti, guardare i dati, capire il significato e quali possano essere gli interventi più adatti (Alessandra, secondo incontro)*

Il primo incontro del gruppo di co-ricercatori è avvenuto il 23 marzo 2022 ed è stato dedicato alla conoscenza reciproca dei partecipanti, alla condivisione delle motivazioni che hanno portato alla partecipazione nonché di approfondimento delle aspettative di ciascuno rispetto alla partecipazione alla ricerca. Entro questo primo incontro sono poi stati definiti alcuni aspetti organizzativi su come lavorare congiuntamente all'interno del percorso partecipativo di ricerca. Inoltre, sono stati chiariti gli aspetti connessi alla tutela della privacy e al trattamento dei dati e i co-ricercatori hanno fornito il loro consenso informato con riguardo alla registrazione degli

incontri e alla riservatezza rispetto ai dati e alle informazioni di cui sarebbero venuti a conoscenza per effetto della partecipazione alla richiesta.

4.4.1.2 La costituzione e composizione del gruppo guida di giovani adulti

Il gruppo guida di co ricercatori giovani adulti che hanno vissuto l'esperienza del SerD per l'uso di sostanze in adolescenza risultava inizialmente composto da tre giovani adulti, di età compresa tra i 21 e i 30 anni, due ragazzi e una ragazza che avevano vissuto esperienze differenti di relazione e percorso con il SerD, esperienze di recovery diverse (solo percorso ambulatoriale / prevalentemente percorso comunitario / più percorsi ambulatoriali e comunitari), sia in termini di sostanze d'utilizzo (cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni, poliuso).

Il primo incontro del gruppo si è tenuto a inizio gennaio 2023 con Filippo e Manuel, mentre con Sabrina è stato realizzato un incontro separatamente non potendo la stessa partecipare all'altro incontro. L'incontro è stato dedicato alla conoscenza reciproca di persona con una breve presentazione di sé e del motivo per cui entrambi loro avessero deciso di prendere parte a quest'esperienza. Parte dell'incontro è stato poi dedicata a chiarire tutti gli aspetti relativi al consenso informato sulla privacy e sulla registrazione degli incontri del gruppo di ricerca da un lato, dall'altro anche al loro impegno alla riservatezza in qualità di co-ricercatori. La realizzazione della ricerca, infatti, li avrebbe portati a entrare a contatto con persone e informazioni delle quali avrebbero dovuto anche loro garantire privacy. Per tali aspetti iniziali, questo primo incontro non è stato oggetto di registrazione, come invece avvenuto per tutti gli incontri successivi.

Filippo è un ragazzo di 22 anni, lavora come operaio ma vorrebbe fare il pompiere; ha iniziato a frequentare il SerD dai 15 anni, ha provato molte sostanze ma la cocaina è stata quella principale e che «mi ha causato tutti i problemi» (*Filippo, secondo incontro*). Ha avuto problemi con la giustizia, con la famiglia. Ha cambiato sei/sette comunità ed è andato al SerD a più riprese. Ha deciso di partecipare alla ricerca perché

> *mi piacerebbe aiutare altri ragazzi come me (*Filippo, secondo incontro*)*

Manuel ha 30 anni, lavora come contadino, ha una moglie e due figli. Ha iniziato a 14 anni a fumare cannabis poi è passato all'eroina. Dopo un primo percorso con il SerD ha ripreso l'uso di sostanze, cocaina e alcol e tutte le volte è tornato allo stesso SerD dove ha avuto un'esperienza più che positiva, non ha mai voluto andare in comunità. Ha deciso di partecipare alla ricerca perché

> *questo progetto può essere utile per altri ragazzi che magari si trovano ad affrontare quello che ho affrontato io o magari possono evitare di finire male; poi oggi mio figlio ha 10 anni e penso a come tratterò con lui il tema delle droghe (*Manuel, secondo incontro*)*

Sabrina è una ragazza di 25 anni, è mamma di una bambina, ed è per lei che ha smesso di usare sostanze, si è rivolta inizialmente a uno sportello della comunità di San Patrignano, successivamente al SerD e ha chiesto lei stessa un percorso in comunità, realizzato insieme alla

figlia. Ha cambiato più SerD di riferimento ed è stato il SerD che l'ha seguita nella fase di rientro a casa post comunità che l'ha contattata per partecipare alla ricerca.

> *Mi fa stra piacere, ne ho viste di tutti i colori quando ero in comunità, per mancanza di umanità anche degli operatori… se posso aiutare, dire la mia, mi fa piacere (Sabrina, primo colloquio)*

Complessivamente, il proseguire del lavoro di tale gruppo è stato rallentato dagli elevati ritmi lavorativi dei partecipanti, portando spesso a realizzare gli incontri, quasi tutti di persona, nel weekend o nelle ore serali. A seguito dei primi tre incontri – realizzati tra gennaio e marzo 2023 – nel mese di aprile Filippo è improvvisamente mancato. Tale evento, e la non conoscenza iniziale delle sue cause, è stato vissuto in modo critico rendendo necessario aprire un ampio spazio di riflessione circa le possibilità di interrompere o proseguire il lavoro. Tale specifico aspetto delle riflessioni realizzate sarà approfondito in seguito, nel paragrafo dedicato alle questioni etiche e riflessioni sulla ricerca partecipativa, qui si evidenzia la volontà che il gruppo ha manifestato, anche memore delle parole di Filippo durante gli incontri a cui ha preso parte in cui ha espresso le sue motivazioni e prospettive, di proseguire nella ricerca e nel lavoro avviato.

4.4.2 La ridefinizione delle domande di ricerca con i gruppi guida

Per entrambi i gruppi di co-ricercatori, il secondo incontro – con gli assistenti sociali realizzato in aprile 2022, con i giovani adulti in gennaio 2023 – è stato dedicato alla realizzazione di un brainstorming con l'intento di giungere a definire la finalità di ricerca e riformulare la domanda di ricerca.

4.4.2.1 Il gruppo guida degli assistenti sociali

Per giungere alla condivisione della finalità di ricerca e all'individuazione di una domanda di ricerca condivisa partendo dal desiderio, necessità, curiosità di conoscenza dei partecipanti si è partiti da un approfondito brainstorming dal quale sono emersi numerosi elementi e punti di interesse, domande, curiosità, stimoli (fig. 3) – su cui è stata centrata la discussione e riflessione anche nell'incontro successivo – il terzo, realizzato in maggio 2022 – sino ad individuare una domanda di ricerca espressa in termini di obiettivo generale della ricerca. I co-ricercatori assistenti sociali, consapevoli del parallelo lavoro dei co-ricercatori giovani adulti con esperienza di dipendenza, hanno deciso di mantenere il focus sugli assistenti sociali cercando di cogliere da un lato le esperienze professionali dei colleghi nella relazione di aiuto con i ragazzi nei SerD, dall'altro se e come gli assistenti sociali considerano, riconoscono e valorizzano i propri saperi professionali ed esperienziali ma anche quelli che gli adolescenti portano nella relazione di aiuto. Questo punto è stato ritenuto dal gruppo guida importante anche in vista dell'eventuale futuro lavoro congiunto di analisi e riflessione con gli altri co-ricercatori. La domanda di ricerca riformulata dal gruppo è divenuta la seguente:

Quali sono le esperienze, le pratiche professionali e le prospettive degli assistenti sociali rispetto alla relazione e al percorso di aiuto con gli adolescenti / giovani adulti nei servizi per le dipendenze?

In altre parole, il gruppo si è dato la finalità di descrivere e narrare le esperienze, le pratiche professionali e i saperi che caratterizzano il lavoro del Servizio Sociale nei SerD rispetto al loro entrare in relazione con gli adolescenti, alla costruzione degli ambienti di aiuto e alla comprensione della storia delle persone. Secondariamente, il gruppo ha espresso l'interesse a esplorare come, operativamente, i diversi SerD del territorio siano organizzati rispetto alla figura degli assistenti sociali nello specifico lavoro con gli adolescenti.

4.4.2.2 Il gruppo guida dei giovani adulti

Con il gruppo dei giovani adulti il brainstorming è partito dal tema generale oggetto della ricerca e di interesse ovvero la relazione di aiuto nei SerD tra assistenti sociali e adolescenti. A partire da questo stimolo i ragazzi hanno principalmente proposto il racconto di loro esperienze di vita, prospettive e opinioni relative sia all'uso di sostanze, ai contesti di consumo, ma anche afferenti al percorso con i servizi. Al termine di questo incontro il gruppo ha deciso di riformulare la domanda di ricerca come segue:

Qual è il punto di vista e come si caratterizza l'esperienza dei giovani adulti che hanno avuto accesso ai SerD in adolescenza? Come hanno vissuto la relazione di aiuto instaurata con gli assistenti sociali, e il percorso realizzato?

L'obiettivo definito dal gruppo è quello di procedere a esplorare le storie e le esperienze di uso di sostanze, le relazioni di aiuto, i percorsi intrapresi di ragazzi adolescenti – giovani adulti che hanno sperimentato una presa in carico con il SerD in Veneto in adolescenza per l'uso di sostanze e problemi connessi. Considerate le diverse esperienze presenti entro il gruppo, sia in termini di relazione più o meno positiva, sia in termini di percorsi realizzati che di prospettiva rispetto ai servizi per le dipendenze, per il gruppo di ricerca è stato ritenuto importante partire da un'iniziale esplorazione di storie di vita di altri giovani adulti.

4.4.3 La formazione dei co-ricercatori sulla ricerca sociale la scelta e la costruzione degli strumenti di rilevazione

Al fine di consentire una reale e significativa partecipazione dei co-ricercatori è stata realizzata una formazione sulla ricerca sociale rivolta ai co-ricercatori, preliminare e antecedente alla scelta della metodologia, degli strumenti di ricerca e alla loro costruzione, così che i co-ricercatori potessero possedere le nozioni basilari della ricerca scientifica sociale e proporre riflessioni connettendo il loro sapere esperienziale con gli aspetti della ricerca.

La formazione sulla ricerca sociale è avvenuta in modo distinto nelle esperienze dei due gruppi, non solo perché avvenute separatamente e in tempi distanti tra loro, ma anche in virtù del background formativo che si presentava molto diverso.

I partecipanti del gruppo degli assistenti sociali, nel corso dei primi incontri hanno espresso di aver in passato affrontato il tema della ricerca nel corso del proprio percorso universitario, pur non ricordando aspetti specifici e non sentendosi competenti a tal punto da poter fare delle scelte appropriate. È stato quindi condivisa tra tutti l'opportunità di realizzare una parte formativa circa la ricerca sociale, le metodologie e le specificità dei diversi strumenti di rilevazione a disposizione. Considerando l'impegno lavorativo dei co-ricercatori e la limita disponibilità di tempo, si è condiviso di partire dalla lettura di una dispensa messa a disposizione dalla ricercatrice contenente aspetti peculiari della ricerca sociale, di servizio sociale, con indicazioni sulle metodologie standard e non-standard e con una panoramica degli strumenti di rilevazione classicamente utilizzati. A seguito di tale lettura individuale è stato realizzato un incontro di gruppo (il quarto incontro realizzato il 7 giugno 2022) nel quale si sono affrontati i dubbi sulla dispensa sorti dalla lettura e si è iniziato a discutere il progetto di ricerca e le scelte metodologiche alla luce degli aspetti teorici affrontati. Il quarto e il quinto incontro (28 giugno 2022) sono stati dedicati dunque alla definizione del progetto di ricerca, alla realizzazione delle scelte metodologiche e alla costituzione dello strumento di ricerca. Ogni scelta è stata oggetto di confronto e discussione sino a giungere a decisioni valutate come coerenti con la finalità della ricerca.

Il gruppo guida dei giovani adulti in virtù delle esperienze formative e scolastiche e delle esperienze di vita non aveva elementi di conoscenza circa la ricerca scientifica e la ricerca sociale per tale motivo, oltre a condividere una breve e semplificata dispensa contenente assunti generali rispetto alla ricerca sociale, alla ricerca di servizio sociale, alla metodologia della ricerca e agli strumenti, sono state fornite delle slide a supporto. A seguire è stato realizzato un incontro (giugno 2023) nel quale sono stati ripresi passo dopo passo gli aspetti salienti della dispensa e delle slide e ci sono stati dei momenti di domande e confronto circa dubbi e curiosità dei ragazzi, approfondendo in particolar modo il senso delle domande di ricerca, della metodologia e il tema della scelta e motivazione degli strumenti di rilevazione. Nello stesso incontro il gruppo ha riflettuto sulle scelte metodologiche della ricerca da realizzare per raccogliere esperienze e prospettive di giovani adulti con esperienza di uso di sostanze in adolescenza e di percorso con il SerD.

4.4.4 La scelta della metodologia e degli strumenti di rilevazione. La costruzione delle tracce di intervista

Il successivo passaggio realizzato insieme ai due gruppi di co-ricercatori è stato relativo al confronto e alla discussione condivisa ai fini della scelta della metodologia di ricerca da adottare, degli strumenti di rilevazione e la definizione dei criteri di selezione dei partecipanti alla ricerca. Come avvenuto in precedenza è necessario operare delle distinzioni tra i due gruppi anche in virtù delle specifiche scelte metodologiche affrontate che hanno guidato le due fasi di rilevazione sul campo.

4.4.4.1 Lo strumento di rilevazione e le scelte metodologiche per l' "ascolto" degli assistenti sociali

Per quanto riguarda il gruppo di assistenti sociali la scelta della metodologia da adottare è avvenuta in maniera partecipativa: il gruppo di co-ricercatori si è confrontato e ha discusso circa la possibilità di adottare un approccio quantitativo oppure qualitativo, ritenendo infine che la metodologia qualitativa fosse la più adatta e coerente con gli obiettivi della ricerca. Nello specifico la ricerca si focalizza sulla volontà di esplorare, conoscere e narrare prospettive, esperienze e pratiche di servizio sociale nei SerD, per tale ragione l'utilizzo di una metodologia quantitativa è stata ritenuta meno flessibile e meno adatta a far emergere le prospettive degli assistenti sociali, anche in assenza di altre indagini – in quel momento conosciute al gruppo – nel contesto italiano su tale specifico ambito. Entro la decisione di un approccio qualitativo, lo strumento di rilevazione individuato quale maggiormente idoneo – in seguito all'approfondimento delle peculiarità, punti di forza e limiti degli strumenti tipici della ricerca sociale – è stato quello dell'intervista semi-strutturata (Bichi, 2002, 2007; Corbetta, 2014) che si caratterizza quale schema di interrogazione organizzato in aree tematiche consentendo all'intervistato una narrazione libera (Bichi, 2011).

La scelta di strumenti qualitativi risponde all'esigenza di esplorare anche le dimensioni soggettive, le interpretazioni e i significati attribuiti dalle persone direttamente coinvolte in relazione all'oggetto di studio. Le specifiche motivazioni della scelta emerse nel confronto del gruppo guida sono di seguito riportate:

- Possibilità di approfondimento, di andare nel dettaglio, riuscendo a cogliere meglio narrazioni, prospettive, punti di vista, linguaggi.
- Possibilità di riprendere-approfondire il contenuto della narrazione con modalità poco direttive: l'intervista permette di riformulare e comprendere a pieno i significati dati dall'intervistato.
- Possibilità di garantire flessibilità rispetto alle diverse esperienze e i diversi contesti in cui sono inseriti gli intervistati.

La costruzione dello strumento dell'intervista semi-strutturata è avvenuta partendo dalle aree di interesse congiuntamente individuate in un'iniziale brainstorming, entro le quali i co-ricercatori hanno proposto un elenco di domande, lavorando alla loro formulazione, ordine e appropriatezza sino a giungere a una struttura ritenuta appropriata. Nel corso del sesto incontro (realizzato in luglio 2022) si è dunque giunti alla definizione conclusiva della traccia di intervista e alla realizzazione di un *pre-test* attraverso la realizzazione dell'intervista con uno dei co-ricercatori. La scelta di testare lo strumento all'interno del gruppo stesso ha una duplice finalità: da un lato vi era l'intento di testare la traccia dell'intervista, d'altro canto i co-ricercatori volevano assistere all'intervista al fine di osservare modalità di conduzione della stessa, a seguito di una formazione specifica sulla conduzione delle interviste. Infatti, i partecipanti hanno condiviso l'interesse e la

decisione di partecipare a pieno alla ricerca, impegnandosi anche nella fase di rilevazione in qualità di intervistatori. Si sono quindi approfonditi alcuni aspetti legati alla conduzione delle interviste.

A tal riguardo è stato definito che i co-ricercatori non avrebbero intervistato colleghi con cui solitamente lavorano nei propri servizi o colleghi conosciuti direttamente e personalmente dentro e fuori al contesto lavorativo. Successivamente, è stata realizzata un'altra intervista con un'assistente sociale esterna al gruppo di ricerca al fine di testare nuovamente la traccia. L'intervista è stata registrata e ascoltata da tutti i co-ricercatori in vista del settimo incontro che è stato dedicato alle riflessioni sulla traccia sorte in seguito all'intervista prova. Sono dunque stati definiti gli aspetti operativi per l'avvio della raccolta dati. In particolare, si segnala:

- disponibilità dei co-ricercatori a effettuare circa due interviste ciascuno[20];
- modalità di contatto con i soggetti partecipanti e di realizzazione delle interviste; registrazione, consenso informato e privacy;
- libertà di scelta dei partecipanti rispetto alle modalità di realizzazione dell'intervista (face-to-face oppure in modalità telematica);
- inclusione dei co-ricercatori nella rilevazione come soggetti intervistati.

La versione definitiva della traccia di intervista semi-strutturata (consultabile nella sua interezza in appendice) si compone di 15 domande suddivise in cinque aree tematiche:

- Dati socio-anagrafici – esperienza professionale
- Area esperienziale – expertise. Quest'area, partendo dalla richiesta di raccontare una specifica situazione di relazione con un adolescente approfondisce l'esperienza diretta dei partecipanti nella relazione con adolescenti che fanno uso di sostanze, esplorando modalità di approccio e stili relazionali, contenuti, specificità della professione, nonché eventuali difficoltà e limiti.
- Area teorico-metodologica. Quest'area mira ad esplorare primariamente gli strumenti che vengono messi in campo per costruire la relazione e per il percorso di aiuto, indagando i riferimenti principali assistenti sociali dei SerD.
- Area organizzativa. Si tratta di un'area della traccia dedicata a comprendere le modalità di accoglienza e presa in carico degli adolescenti nel contesto dei SerD, eventuali progettualità specifiche e modalità di lavoro intra e interservizi con riguardo all'utenza adolescenziale.
- Chiusura. Nella fase di conclusione dell'intervista è stato lasciato spazio per eventuali riflessioni e contenuti aggiuntivi che i partecipanti desiderassero esporre, non emersi/richiesti in precedenza, in virtù della loro prospettiva ed esperienza diretta.

[20] Si evidenzia che in seguito sarà presentata la tabella riassuntiva con le caratteristiche dei soggetti partecipanti alla ricerca nella quale è stato indicato anche se l'intervistatore fosse la ricercatrice o uno dei co-ricercatori.

4.4.4.2 Lo strumento di rilevazione e le scelte metodologiche per l' "ascolto" dei giovani adulti con esperienza di accesso al SerD

Come anticipato, con il gruppo dei giovani adulti la partecipazione in quest'aspetto del processo partecipativo di ricerca è stata meno elevata. Infatti, per ragioni di tempo e di vincoli connessi al fatto che il processo di ricerca partecipativo si inserisce nel percorso dottorale della candidata, considerato il periodo temporale in cui il processo con i giovani adulti ha avuto luogo – cioè giugno 2023 a fronte di una prospettiva di conclusione del percorso dottorale a dicembre 2023 – è stata la ricercatrice a effettuare la scelta dell'approccio metodologico. È stato infatti scelto di realizzare una ricerca secondo una metodologia non-standard e di carattere qualitativo per la rilevazione delle esperienze e delle prospettive dei giovani adulti in quanto maggiormente rispondente alle finalità dell'indagine, nonché maggiormente valorizzante del sapere, delle esperienze e delle prospettive, degli orizzonti di termini e di significato della popolazione di interesse per la ricerca: i giovani adulti con esperienza di uso di sostanze e percorsi presso i SerD in età adolescenziale. Con il gruppo di giovani adulti si è proceduto, invece, nella discussione, confronto, valutazione e decisione delle tecniche e degli strumenti di rilevazione da adottare – tra quelli afferenti alla metodologia non standard – delle modalità di individuazione dei partecipanti alla rilevazione e i criteri di selezione dei partecipanti. Il gruppo ha poi operato congiuntamente per la costruzione dello strumento di rilevazione.

Il gruppo di co-ricercatori ha inizialmente proposto se fosse possibile procedere a una duplice rilevazione che prendesse avvio con delle interviste e in seguito all'analisi delle stesse portasse a un confronto e a una discussione su alcuni punti salienti utilizzando anche lo strumento del focus group. I ragazzi hanno infatti evidenziato che a loro avviso era necessario e importante procedere a delle interviste individuali che consentissero alle persone contattate di poter raccontare la propria storia, esperienza, in un contesto "da protagonisti", ma hanno ritenuto importante sottolineare come fosse importante procedere in seconda istanza a un confronto mirato a partire dalle loro esperienze per ricavarne indicazioni e comporre un quadro d'insieme. La ricercatrice ha accolto molto positivamente la riflessione rimandando però questo ulteriore approfondimento ad un tempo successivo alla conclusione del percorso dottorale[21]. Si è quindi accompagnato il gruppo alla necessità di focalizzare i temi ritenuti più rilevanti e di conseguenza gli strumenti idonei invitandoli a una scelta su quanto ritenuto prioritario. La scelta è ricaduta sulla realizzazione di un'intervista che consentisse ai partecipanti alla ricerca di riportare esperienze, opinioni, pensieri in modo ampio e dedicato, potendo così raccogliere più voci in profondità. Coerentemente con l'approccio partecipativo si è scelto di utilizzare uno strumento che fosse maggiormente narrativo che consentisse alle persone di costruire la propria narrazione in termini

[21] A titolo di esaustività e a sostegno dell'approccio partecipativo, si evidenzia la motivazione, l'interesse e la disponibilità fornita dai co-ricercatori giovani adulti a proseguire la ricerca oltre il termine di conclusione del dottorato per completare l'indagine empirica avviata e approfondire le analisi e le riflessioni condivise.

autobiografici (Aldridge, 2017). Infatti, si è optato per una traccia di intervista a bassa direttività, che combinasse gli aspetti caratterizzanti le interviste non direttive (racconto di vita) con la necessità di focalizzare alcune aree tematiche di interesse del gruppo di ricerca (Pattaro e Nigris, 2018) così che ogni intervistato fosse "lasciato relativamente libero di esprimere le sue opinioni, i suoi atteggiamenti, è abilitato a dirigere, insieme a chi lo interroga, l'intervista" (Bichi 2002, p. 24).

La traccia di intervista prende avvio con uno stimolo iniziale, articolandosi poi in 4 aree tematiche per complessive 11 domande[22].

Lo stimolo iniziale chiede all'intervistato di raccontare della sua esperienza di vita legata all'uso di sostanze in adolescenza e all'accesso ai servizi per le dipendenze. Le aree tematiche individuate sono le seguenti:

- Uso di sostanze. Area connessa allo stimolo iniziale, raccolta della storia di vita antecedente l'accesso ai servizi, dall'avvio dell'uso di sostanze, sino a che questo è diventato un problema, o sono sorti altri problemi connessi.
- Contatto con il servizio dipendenze. Gli stimoli e i rilanci afferenti a quest'area mirano a comprendere meglio come sia avvenuto il contatto con il SerD, l'idea, l'opinione del ragazzo al tempo, la prima percezione.
- Contatto e relazione con i professionisti del SerD. A partire dal racconto dell'accesso al servizio si va ad esplorare le relazioni instaurate dentro al servizio, con i differenti professionisti, approfondendo le modalità relazionali differenti, la presenza di una figura percepita come "quella che ha fatto la differenza"; la relazione con l'assistente sociale.
- Esperienza e percorso nel SerD. Quest'area è dedicata a ricostruire il percorso di recovery sperimentato dall'intervistato, il suo coinvolgimento, la sua opinione circa l'esperienza realizzata e i cambiamenti riscontrati in sé.
- Conclusione: indicazioni per i servizi e chiusura dell'intervista.
- Dati socio-anagrafici. Si è scelto di porre le domande circa i dati socio-anagrafici al termine dell'intervista, a completamento di informazioni e dati già emersi nel corso dell'intervista in quanto dati sensibili connessi alla riconoscibilità e che, pertanto, per questo specifico gruppo, se posti all'inizio dell'intervista avrebbero potuto porre gli intervistati in una posizione di all'allerta e minore disponibilità alla narrazione, stante la sinteticità dei dati richiesti.

I giovani co-ricercatori, pur esprimendo curiosità e interesse a condurre o assistere alle interviste, hanno preferito non collaborare nella fase di raccolta dei dati, in virtù dei loro impegni lavorativi e familiari che sarebbero stati poco conciliabili con le tempistiche dettate dal percorso in essere.

[22] La traccia è consultabile in appendice

4.4.5 L'accesso al campo, la realizzazione delle interviste e le caratteristiche dei partecipanti

Di seguito, per ciascuno dei due target della ricerca – assistenti sociali e giovani adulti con esperienza in adolescenza di un percorso con il SerD – si descrivono le modalità e strategie di accesso al campo e individuazione dei partecipanti alla ricerca, nonché le specifiche modalità implementate per la rilevazione dei dati, concludendo con le caratteristiche principali dei due campioni della ricerca.

4.4.5.1 L'accesso al campo e la realizzazione delle interviste degli assistenti sociali

Per quanto concerne la rilevazione rispetto alla ricerca "b1", riferita alla prospettiva degli assistenti sociali, coerentemente con gli obiettivi della ricerca si è scelto di intervistare Assistenti Sociali operanti nei diversi SerD della Regione Veneto che avessero esperienza diretta nell'ambito delle dipendenze e di lavoro con gli adolescenti in tali servizi da minimo due anni. Nello specifico l'avere "esperienza" con gli adolescenti nei SerD è stato definito dal gruppo di ricerca come "aver avuto una relazione di aiuto con ragazzi e ragazze che hanno avviato il contatto con SerD da minorenni o strettamente vicini al compimento dei 18 anni per problemi connessi all'uso di sostanze".

Durante il periodo di rilevazione sono stati realizzati dei momenti di monitoraggio e confronto tra i membri del gruppo guida principalmente attraverso modalità mediate quali telefonate e messaggi sul gruppo di messaggistica istantanea creato dai co-ricercatori. In particolar modo prima e dopo ogni intervista realizzata dai co-ricercatori è stato effettuato un momento di *debriefing* in cui condividere pensieri, riflessioni, preoccupazioni e suggerimenti rispetto alla conduzione e all'andamento dell'intervista.

Per l'accesso agli assistenti sociali operanti nei SerD della regione il gruppo di co-ricercatori ha predisposto una lettera di invito all'intervista. Per quanto riguarda le procedure di individuazione e selezione dei soggetti partecipanti alla rilevazione si è proceduto con un campionamento a valanga (Corbetta, 2014) a partire dalla trasmissione a tutti gli Assistenti Sociali iscritti alla mailing list "Liberamente" – gruppo di discussione, confronto, condivisione tra assistenti sociali operanti nei SerD del Veneto – di cui alcuni co-ricercatori sono parte. Gli assistenti sociali presenti nella mailing list inizialmente messa a disposizione erano 84 - di cui quattro riferiti ai co-ricercatori. La richiesta di partecipazione all'intervista è stata trasmessa nel mese di luglio 2022 inizialmente a un totale di 80 indirizzi mail, di questi 5 indirizzi sono risultati errati/non più attivi, in un caso il professionista contattato non era assistente sociale, e una persona ha riferito di non lavorare più al SerD. Trattandosi di un periodo estivo nel quale molti operatori risultavano assenti dal servizio, nel mese di settembre è stata trasmessa una seconda richiesta di adesione all'intervista a tutti gli indirizzi (60) dai quali non era giunta alcuna risposta, né di assenso né di dissenso. Successivamente, i co-ricercatori hanno utilizzato le proprie reti di conoscenza per sollecitare ulteriori adesioni. Su 75 nominativi effettivamente validi, si è giunti ad ottenere

complessivamente 26 disponibilità alla realizzazione dell'intervista, con un tasso di risposta del 35%. Si evidenzia che si presume ci sia stata un'autoselezione all'interno dei servizi in virtù dell'esperienza diretta con gli adolescenti: infatti, non tutti gli assistenti sociali operanti nei SerD lavorano direttamente con essi.

La raccolta dei dati e dunque la realizzazione delle interviste è avvenuta nel periodo settembre-dicembre 2022. Sono state realizzate 25 interviste - ricomprendenti i tre co-ricercatori, intervistati dalla ricercatrice.

Il gruppo di co-ricercatori non ha definito a priori la numerosità campionaria, bensì si è stati guidati da due criteri: in primo luogo la saturazione teorica, che si ha quando la realizzazione di ulteriori interviste non apporta ulteriore valore aggiunto rispetto all'oggetto di indagine (Amaturo, 2012) e dunque si riscontra che le informazioni ottenute risultano complete ai fini della ricerca (Morse, 1995); il secondo criterio è stato quello territoriale e dunque la quasi totale copertura del territorio in cui la ricerca si è svolta. L'intento è stato quello, coerentemente con un approccio qualitativo – non standard, di poter avere accesso a una varietà e ricchezza di esperienze e prospettive, sufficientemente approfondite e dettagliate (Morse, 1995) da poter garantire risposta alle finalità della ricerca realizzata.

Rispetto alla modalità di realizzazione dell'intervista, avendo fornito a tutti i partecipanti la possibilità di scegliere se realizzare l'intervista *face to face* o in modalità da remoto: dei 25 assistenti sociali intervistati, solo una persona ha richiesto di effettuare l'intervista in presenza, in tutti gli altri casi si è proceduto mediante collegamento Zoom realizzando l'intervista online. L'utilizzo di modalità telematiche per la realizzazione di interviste in videoconferenza è stato valutato a livello scientifico in modo positivo (Deakin & Wakefield, 2014). A tal riguardo, si evidenzia che tale modalità prevalente di realizzazione delle interviste ha consentito, da un lato, di ridurre l'impatto ambientale connesso agli spostamenti nel territorio regionale, dall'altro, una maggiore adesione e partecipazione dei soggetti intervistati. Gli assistenti sociali, spesso in difficoltà a conciliare impegni e appuntamenti, si sono sentiti più sereni nel concordare il tempo per la realizzazione dell'intervista potendola realizzare online. In particolare, molti di loro hanno riferito di preferire tale modalità per riunioni, incontri e interviste, a seguito del periodo pandemico. Nonostante in letteratura siano state evidenziate possibili criticità nell'utilizzo di modalità a distanza per la raccolta di dati qualitativi, tra cui interviste con risposte brevi e meno dettagliate (Mirick e Wladkowski, 2019), nell'esperienza della candidata tali aspetti non sono stati riscontrati.

4.4.5.2 Le caratteristiche degli assistenti sociali dei SerD intervistati

L'insieme empirico degli intervistati assistenti sociali risulta composto da 22 donne e 3 uomini – una distribuzione di genere che si sovrappone alla composizione nazionale della categoria professionale degli Assistenti Sociali[23]. L'età media dei partecipanti alla ricerca è di 51 anni, con

[23] Dati Nazionali CNOAS aggiornati al 30/09/2022 https://cnoas.org/numeri-della-professione/

un range che va dall'età minima di 32 anni, all'età massima di 66 anni. Inoltre, i partecipanti alla ricerca hanno in media un'esperienza lavorativa presso il SerD di 19,2 anni, con un range che va da un minimo di 2 anni ad un massimo di 37 anni di esperienza. In questo particolare caso si tratta di una persona che ha lavorato per tutta la carriera unicamente al SerD; tutti gli altri partecipanti hanno almeno una precedente esperienza lavorativa in un ambito differente da quello delle dipendenze.

Per quanto riguarda i territori di afferenza, gli intervistati sono distribuiti tra le Aziende Sanitarie della regione con una rappresentazione in linea con la popolazione delle diverse Aulss e con la distribuzione dei SerD nel territorio regionale. Solo una Aulss non è rappresentata: non sono infatti giunte disponibilità all'intervista nonostante numerosi tentativi di coinvolgimento messi in atto. Vi sono 5 partecipanti sia per l'Aulss3 Serenissima che per l'Aulss9 Scaligera; per le Aulss 2-Marca Trevigiana, 4-Veneto Orientale, 6-Euganea e 7-Pedemontana vi sono 3 partecipanti ciascuna; sono presenti 2 intervistati dell'Aulss 5 Polesana e infine 1 partecipante dell'Aulss 1 Dolomiti.
Su un totale di 37 SerD nella Regione – escluse le sezioni in carcere e di alcologia – i partecipanti coinvolti afferiscono a 20 differenti SerD riuscendo dunque ad ottenere una copertura territoriale del 54,1%. Nel grafico sottostante (grafico 1) e nella tabella (1) che segue, è possibile osservare la copertura dei SerD per aziende in valori percentuali, nonché la distribuzione della popolazione generale e under 24 tra le differenti Aulss e le percentuali tra le sedi coinvolte e la popolazione.

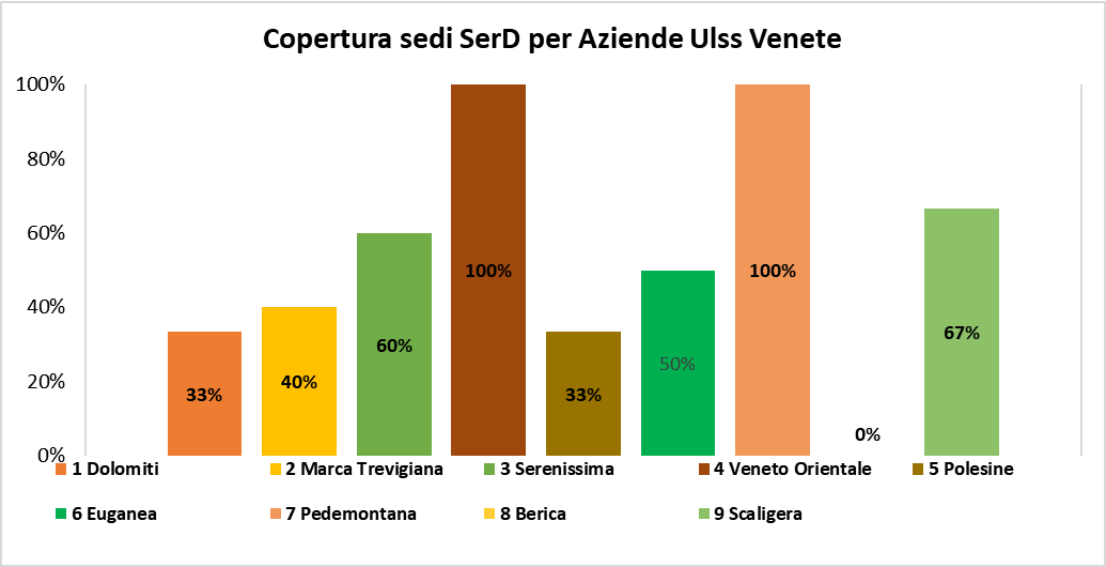


Grafico 1 Copertura delle sedi SerD Aulss degli intervistati assistenti sociali

Tabella 1 Popolazione residente totale e under 24 anno 2021 per Aziende Ulss Regione Veneto (dati dell'Ufficio di Statistica della Regione Veneto su dati Istat), numero sedi SerD totali e coinvolte nello studio, rapporto sedi SerD e popolazione under 24

Azienda Ulss	*Pop. Totale*	*% Pop. sul totale regionale*	*Pop. Totale under 24*	*% pop under 24 sul totale regionale*	*n. sedi SerD*	*n. SerD afferenza intervistati*	*% SerD partecipanti su n. sedi SerD*
1-Dolomiti	198.676	4,10%	40.284	3,70%	3	1	33%
2-Marca Trevigiana	877.890	18,10%	205.654	**18,90%**	5	3	60%
3-Serenissima	611.284	12,60%	129.194	11,90%	5	3	60%
4-Veneto Orientale	225.632	4,70%	48.557	4,50%	2	2	**100%**
5-Polesana	231.295	4,80%	43.529	4,00%	3	1	33%
6-Euganea	926.805	19,10%	205.096	**18,90%**	6	3	50%
7-Pedemontana	361.564	7,50%	84.610	7,80%	3	3	**100%**
8-Berica	490.575	10,10%	114.357	10,50%	4	0	0%
9-Scaligera	924.024	19,10%	214.264	**19,70%**	6	4	**67%**
Totale	4.847.745	100,00%	1.085.545	100,00%	37	20	

Nella tabella 2 sono riportate alcune informazioni dei soggetti assistenti sociali partecipanti alla ricerca. Il codice di ciascuna intervista, che verrà utilizzato nel capitolo di presentazione dei risultati, è stato creato sulla base di alcune caratteristiche socio-anagrafiche e di esperienza professionale: ogni codice indica il numero dell'intervista, il sesso, gli anni di esperienza nei SerD degli intervistati. Nella tabella è stato indicato anche il titolo di studio e l'età anagrafica. Infine, nella colonna intervistatore si trova la dicitura "R" per indicare che l'intervista è stata realizzata dalla ricercatrice-candidata, e la dicitura "C" per indicare la realizzazione delle interviste da parte dei co-ricercatori.

Tabella 2 I soggetti partecipanti alla ricerca. Caratteristiche dei partecipanti e indicazione del ricercatore che ha effettato l'intervista

N. intervista	Codice intervista (n intervista - sesso e anni di esperienza al SerD)	Sesso	Età (al 2022)	Titolo di studio	anni AS (al 2022)	anni AS SerD (al 2022)	Intervistatore
1	Int1-F-3	F	52	laurea vecchio ordinamento	27	3	R
2	Int2-F-7	F	47	laurea triennale	21	7	R
3	Int3-F-32	F	61	Laurea vecchio ordinamento	37	32	R
4	Int4-F-28	F	66	Laurea vecchio ordinamento + Master	33	28	C
5	Int5-F-19	F	44	Laurea magistrale + Master	20	19	C
6	Int6-F-30	F	57	Laurea vecchio ordinamento	34	30	R
7	Int7-F-22	F	49	Laurea vecchio ordinamento	25	22	R
8	Int8-F-33	F	57	Laurea vecchio ordinamento	34	33	C
9	Int9-M-13	M	43	Laurea magistrale	18	13	R
10	Int10-F-29	F	56	Laurea vecchio ordinamento	33	29	C
11	Int11-F-31	F	55	Laurea magistrale	31	31	R
12	Int12-F-32	F	57	Laurea vecchio ordinamento	31	32	C
13	Int13-F-22	F	58	Laurea vecchio ordinamento	30	22	C
14	Int14-F-3	F	49	Laurea vecchio ordinamento - Master	24	3	C
15	Int15-F-17	F	45	Laurea triennale	21	17	R
16	Int16-F-3	F	40	Laurea magistrale	15	3	R
17	Int17-F-2	F	58	Laurea vecchio ordinamento LM	34	2	R
18	Int18-F-13	F	48	Laurea vecchio ordinamento	23	13	C
19	Int19-M-22	M	49	Scuola diretta - LT vecchia	23	22	R
20	Int20-F-37	F	58	Laurea vecchio ordinamento	37	37	C
21	Int21-F-15	F	42	Laurea triennale	18	15	R
22	Int22-F-2	F	32	laurea triennale + magistrale	6	2	R
23	Int23-F-11	F	42	laurea triennale	20	11	R
24	Int24-F-25	F	59	diploma di servizio sociale, scuola	25	25	R
0-25	Int25-M-31	M	55	laurea vecchio ordinamento + LM	31	31	R

4.4.5.3 La definizione dei criteri di inclusione, l'accesso al campo e la realizzazione delle interviste dei giovani

Per quanto concerne la rilevazione rispetto all'esperienza e alla prospettiva dei giovani adulti che in adolescenza hanno vissuto un'esperienza con il SerD, coerentemente con gli obiettivi della ricerca si è scelto di intervistare persone giovani adulte di età compresa tra i 20 e i 32 anni che nel corso della propria adolescenza avessero avuto accesso al Servizio per le Dipendenze nella Regione Veneto. Considerata la difficoltà di accesso a questa popolazione – "*hard to reach*" (Aldridge 2015) – e le criticità emerse sin dalla fase di individuazione dei co-ricercatori si è deciso di tenere un range di età più ampio, fino ai 32 anni, che consentisse comunque che l'esperienza vissuta e gli elementi di memoria non fossero eccessivamente lontani nel tempo. Gli altri criteri di inclusione sono stati:

- Percorso concluso oppure in corso ma in fase di chiusura, conclusione. Questo elemento è stato valutato a seguito delle difficoltà di ricontattare persone completamente uscite dal rapporto con i servizi evidenziato da molti assistenti sociali nei tentativi di accesso al campo.
- Persone che avessero avviato la propria conoscenza ed esperienza con il SerD da minorenni o comunque a ridosso della maggiore età, 18 anni. Questo elemento è stato mantenuto in parallelo alla rilevazione delle esperienze e prospettive degli assistenti sociali effettuata nella ricerca con gli assistenti sociali.

- Aver avuto una conoscenza diretta dell'assistente sociale lungo l'esperienza e il percorso presso il SerD. Considerata la diversità territoriale emersa nella ricerca con gli assistenti sociali circa i professionisti deputati alla relazione e al lavoro con gli adolescenti, e la grande diversità di gradi di relazionalità presenti tra assistenti sociali e adolescenti che fanno uso di sostanze, si è ritenuto essenziale che i ragazzi da intervistare avessero avuto modo di conoscere e interfacciarsi con la figura dell'assistente sociale, coerentemente con gli obiettivi del disegno di ricerca di voler esplorare, indagare e comprendere se e come tale relazione di aiuto prenda forma nel contesto del SerD.

Dati tali criteri di inclusione, è stata diffusa una lettera di richiesta di collaborazione a tutti gli assistenti sociali che già avevano preso parte alla rilevazione precedente per chiedere la disponibilità a fare da tramite – g*atekeeper* – nel presentare la ricerca a ragazzi incontrati nella propria esperienza lavorativa e presentare loro la possibilità di essere intervistati. Agli assistenti sociali è stato dunque espressamente richiesto quanto segue:

> "1. Individuare alcune persone con le caratteristiche di cui sotto.
> 2. Prendere contatti con le persone identificate chiedendo se siano interessate a prendere parte a un progetto di ricerca orientato a esplorare e raccontare le esperienze e i vissuti di persone che durante l'adolescenza hanno avuto un percorso-progetto con il SerD per dipendenze/uso di sostanze e una relazione diretta con l'assistente sociale.
> L'obiettivo del contatto è proporre alla persona la partecipazione alla ricerca, chiedendo l'interesse ad avere maggiori dettagli e l'autorizzazione a comunicare a Sonia Scalvini (ricercatrice del progetto) il loro nome e cognome numero di telefono. La disponibilità a essere contattati non è vincolante rispetto alla scelta poi di partecipare.
> Si precisa che tutte le informazioni saranno conservate garantendo il rispetto della privacy e che, qualora la persona decidesse di partecipare alla ricerca, sarà condiviso un consenso informato e un'informativa sulla privacy e i dati saranno trattati in forma anonima.
> 3. Comunicare alla ricercatrice i nominativi e contatti delle persone che hanno dato disponibilità. Oppure lasciare il nome, cognome e contatto della ricercatrice alle persone affinché possano prendere direttamente loro contatto nel caso in cui decidessero di saperne di più o dare disponibilità all'intervista."

Per ogni nominativo segnalato è stata cura della ricercatrice prendere inizialmente contatto via messaggio per anticipare/concordare un contatto telefonico in cui presentare la ricerca. A tutte le persone è stata posta nuovamente garanzia di libertà di scelta in un regime di totale riservatezza: si è ritenuto, infatti, fondamentale, esplicitare che l'assistente sociale che aveva fatto da tramite non avrebbe avuto alcun rimando né in termini di adesione effettiva alla ricerca, né in termini di contenuti eventualmente emersi. Tutte le persone contattate hanno accettato di realizzare l'intervista.

Come avvenuto per gli assistenti sociali, anche ai giovani adulti è stata data la possibilità di scelta circa la modalità di realizzazione dell'intervista in presenza, in un luogo da identificare a seconda del territorio di afferenza della persona, oppure mediante collegamento online. Di 8 intervistati, quattro hanno scelto la modalità in collegamento a distanza per esigenze connesse principalmente agli orari di lavoro (3) e al vivere in un'altra regione (1). Le interviste che sono state realizzate di persona hanno avuto setting differenti: su richiesta degli intervistati l'intervista è avvenuta in una comunità terapeutica (1), in un SerD (2), in un parco (1). In tutti i contesti in cui le interviste

hanno avuto luogo si è proceduto in modo tale da garantire la riservatezza all'intervistato e affinché ci fossero condizioni idonee all'audio registrazione. Prima di ogni intervista sono state condivise nuovamente le informative sulla privacy e le persone intervistate hanno fornito il modulo del consenso al trattamento dei dati firmato. Le interviste sono durate in media 1 ora e 28 minuti. Come indicato in precedenza, è stata predisposta una traccia di intervista mista tra un'intervista biografica e una semi-strutturata, in cui le aree da indagare sono state affrontate a partire dallo stimolo di racconto iniziale fornito. La traccia è risultata funzionale all'obiettivo di una bassa direttività e di lasciar dirigere e costruire orizzonti di significato agli intervistati: a partire dallo stimolo iniziale, infatti, tutti gli intervistati hanno spontaneamente toccato tutte le aree dell'intervista; pertanto, si è proceduto ad approfondire i contenuti utilizzando riformulazioni e rilanci (Bichi, 2007).

4.4.5.4 Le caratteristiche dei giovani con esperienza al SerD in adolescenza intervistati

Come evidenziato in precedenza, un aspetto critico e complesso della ricerca condotta è consistito nell'accesso al campo in particolar modo rispetto alla popolazione dei giovani adulti che avessero avuto un'esperienza di uso di sostanze e di percorso con i SerD. Il gruppo di intervistati partecipanti alla ricerca si compone di 7 persone di cui 5 maschi e 2 femmine, in linea con la distribuzione di genere riscontrata nelle rilevazioni ufficiali circa le persone che accedono ai servizi per le dipendenze.

L'età media dei partecipanti è 25 anni; la persona più giovane ha 20 anni, mentre l'età massima è 32 anni.

Per quanto concerne gli aspetti socio-anagrafici è possibile osservare che 4 persone intervistate hanno come titolo di studio la licenza media, mentre le 3 restanti persone hanno il diploma di scuola secondaria di secondo grado. Con riferimento all'occupazione principale, tutti i soggetti partecipanti sono lavoratori dipendenti, o autonomi, in ambiti differenti.

Tutti i partecipanti alla ricerca hanno dichiarato l'uso di più di una sostanza ricomprendenti cannabis, cocaina, eroina, psicofarmaci, allucinogeni, LSD. Solo un partecipante ha riferito la dipendenza unicamente dalla cannabis, e tutti i partecipanti hanno dichiarato la cannabis tra le sostanze di utilizzo. L'alcol è stato nominato e problematizzato come dipendenza solo da due intervistati.

Rispetto all'età di inizio uso di sostanze, riferita nel corso delle interviste, questa appare essere molto bassa: in media gli intervistati hanno iniziato a consumare sostanze a 13 anni, con un range che va dal minimo di 13 al massimo di 14 anni.

Il primo accesso ai SerD invece è avvenuto in media a 15 anni con un range che va dal minimo di 14 anni, al massimo di 17 anni. La durata media dei percorsi di recovery con il SerD è di 8 anni e mezzo, pur, in alcuni casi, con delle interruzioni. Tale durata ricomprende gli eventuali periodi

di inserimento in comunità terapeutica. Il percorso durato meno è durato 5 anni, mentre il più lungo 15 anni, ed è legato al percorso di una ragazza.

Per quanto concerne eventuali problemi legali, a carattere amministrativo o penale, questi sono presenti nelle storie e nelle esperienze di 4 su 7 intervistati. Per 2 intervistati i problemi legali hanno portato ad un brevissimo periodi di carcerazione.

Per quanto riguarda il percorso di recovery, tutti hanno avuto un percorso con il SerD a carattere ambulatoriale, 5 hanno realizzato uno o più percorsi in comunità. In un caso si trattava di comunità mamma-bambino. In quest'ultima esperienza il rapporto con il Servizio Sociale è duplice per il coinvolgimento della tutela minori, sebbene in un contesto di beneficità.

Nella tabella 3 sono riportate alcune informazioni dei giovani adulti con esperienza di un percorso nei servizi per le dipendenze in adolescenza che hanno partecipato alla ricerca. Il codice di ciascuna intervista, che verrà utilizzato nel capitolo di presentazione dei risultati, è stato creato sulla base di alcune caratteristiche degli intervistati: ogni codice indica l'iniziale del nome dell'intervistato, il sesso, l'età di primo consumo di sostanze degli intervistati e, infine, la sostanza da loro indicata come elettiva/prevalente. Nella tabella è stato indicato anche il titolo di studio e l'età anagrafica, nonché tutte le sostanze che i ragazzi hanno dichiarato di aver usato/abusato. Sono riportati infine l'età di primo accesso al SerD e la durata del percorso di recovery, nonché l'aver avuto o meno problematiche di tipo penale o amministrativo.

Tabella 3 I soggetti partecipanti alla ricerca. Caratteristiche dei partecipanti

N. Intervista	CODIFICA (iniziale nome, sesso, età di primo consumo, sostanze dipendenza)	Tutte le sostanze utilizzate riferite	sostanza "elettiva" (principale dipendenza)	Sesso	Anno nascita	Età attuale	Età dichiarata di primo utilizzo	Età primo accesso SerD	Differenza tra età inizio consumo e primo accesso al SerD	Durata percorso SerD	Problemi legali (TM-UEPE-USSM - Prefettura)	Titolo di studio
1	**S-F-14-cannabis**	alcol - erba - tutto tranne eroina	cannabis	F	1998	25	14	14	0	9	no	diploma di scuola superiore di secondo
2	**M-M-13-eroina-cocaina**	alcol - fumo - pastiglie - eroina - cocaina - acidi	eroina e cocaina	M	1991	32	13	17	4	8	no	licenza media
3	**A-M-14-ketamina-cocaina**	cannabis, cocaina, pastiglie, speed, md, ketamina	ketamina e cocaina	M	1999	24	13	15	2	9	si	licenza media
4	**S-M-13-eroina-cocaina**	cannabis - eroina - cocaina - droghe sintetiche	eroina e cocaina	M	1999	24	14	17	3	6	Si	licenza media
5	**M-F-14-psicofarmaci-eroina**	sigarette e psicofarmaci - cannabis - cocaina - MD- eroina	psicofarmacie e ero	F	2003	20	13	15	2	5	No	licenza media
6	**A-F-13-eroina**	cannabis; allucinogeni; cocaina; eroina	eroina	F	1992	31	13	14	1	15	si (maggiorenne)	diploma di scuola superiore di secondo
7	**L-M-13- cannabis-cocaina**	cannabis, cocaina	cannabis e cocaina	M	1999	24	13	16	3	8	si	diploma di scuola superiore di secondo

4.4.6 L'analisi dei dati e il commento condiviso con i co-ricercatori

4.4.6.1 L'analisi dei dati delle interviste agli assistenti sociali

L'analisi dei dati delle interviste rappresenta una fase cruciale sia rispetto alla ricerca in sé, sia nello specifico approccio partecipativo adottato. Anche in questa fase si è deciso di proporre un alto grado di partecipazione dei co-ricercatori assistenti sociali, i quali hanno preso parte a pieno titolo al processo di analisi.

Nello specifico, tutte le interviste sono state audio registrate e trascritte; il corpus dei dati ottenuto a seguito della trascrizione è stato oggetto di analisi tematica (*Bichi, 2002, 2007*) realizzata attraverso un processo condiviso con il gruppo guida. Tutti i co-ricercatori hanno letto individualmente le trascrizioni, con l'indicazione di individuare temi e aspetti rilevanti, frasi e riflessioni che li colpivano, stupivano, elementi con cui si trovavano in accordo e disaccordo. In seguito il gruppo si è incontrato in presenza in un incontro durato 5 ore in cui ha condiviso le categorie frutto dell'analisi individuale sino a giungere a un albero di categorie e aree tematiche condivise. In seguito la candidata ha operato una nuova segmentazione e codifica del corpus dati basata sulle categorie individuate con i co-ricercatori. L'attività di segmentazione e codifica dei dati è stata supportata dall'utilizzo del software MAXQDA: l'attività di segmentazione ha portato all'individuazione di 2.750 stralci, suddivisi in 40 codici afferenti a cinque aree tematiche. Il report dei risultati prodotto è stato, dunque, oggetto di condivisione, confronto e discussione del gruppo di ricerca degli assistenti sociali ai fini dell'elaborazione delle conclusioni rispetto agli obiettivi di ricerca.

4.4.6.2 L'analisi dei dati delle interviste ai giovani ex service users

Per quanto concerne l'analisi dei dati raccolti rispetto alla prospettiva dei giovani ex service users allo stato attuale non è stato possibile procedere ad un'analisi partecipativa congiunta con i co-ricercatori a fronte del rispetto dei tempi di vita dei co-ricercatori che non hanno permesso di garantire la collaborazione da parte degli stessi nei tempi necessari alla conclusione del lavoro di dottorato. Il periodo di analisi dei risultati ha coinciso con una stagione di significativi impegni lavorativi da parte dei co-ricercatori i quali hanno chiesto di poter rimandare la lettura delle interviste, l'analisi dei risultati e il commento in un periodo successivo (gennaio-marzo 2024) che non risulta compatibile con la conclusione del percorso dottorale, insieme alla realizzazione dei focus group. A fronte di ciò, è stata condivisa con i co-ricercatori la volontà di garantire comunque la presenza della voce dei giovani adulti nel presente lavoro, ritenendo significativo e rilevante per una maggiore e migliore comprensione del fenomeno condividere i risultati fin qui raggiunti a partire dalle storie ascoltate.

Sempre entro un approccio partecipativo, che connota la ricerca condotta, è stato deciso con il gruppo guida di effettuare una prima analisi tematica ad opera della ricercatrice che sarà successivamente ampliata insieme al gruppo. Infatti, il lavoro di analisi partecipata e di commento con i co-ricercatori è rimandato a un periodo successivo al fine di poter ultimare il processo

partecipativo avviato, anche a fronte della disponibilità e motivazione riportata dai co-ricercatori. Dunque, per quanto concerne i risultati delle interviste condotte con i giovani adulti con esperienza di percorso nei SerD in adolescenza, le trascrizioni sono state analizzate come segue. Il corpus dati raccolto è stato sottoposto ad analisi tematica con l'individuazione delle tematiche principali, mediante il software MAXQDA il quale supporta il processo di segmentazione, etichettamento e codifica dei segmenti di intervista e consente di creare, modificare e organizzare la struttura dei codici/categorie di analisi. L'attività di segmentazione ha portato all'individuazione di 946 stralci, suddivisi in comprensivi 44 codici e sottocodici afferenti a sei aree tematiche. L'analisi è stata condotta a partire da un approccio bottom-up (Schilling, 2006) nel quale non sono stata utilizzate categorie definite in precedenza bensì basate sulla lettura delle trascrizioni. Sono stati individuati i temi e i sotto-temi ricorrenti e rilevanti e le categorie attribuite rappresentano sia concetti chiavi presenti in letteratura, sia temi inediti emersi dalle parole degli intervistati, consentendo una copertura di tutti i temi e prospettive emersi dalle interviste.

4.5 Limiti della ricerca

Focalizzando in particolar modo la ricerca partecipativa condotta e implementata per la rilevazione del punto di vista di assistenti sociali e giovani adulti ex service users è necessario mettere in evidenza alcuni limiti che tale indagine presenta.

Pur in presenza di dati in profondità che hanno consentito di approfondire il tema della relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti nei servizi per le dipendenze, è comunque presente il limite attinente alla non generalizzabilità dei risultati (Cardano, 2011). Grazie al raggiungimento della saturazione (Corbetta, 2003; 2014) nelle interviste agli assistenti sociali, la ricerca consente, comunque, di mettere in evidenza elementi da attenzionare, punti di forza, criticità e prospettive che possono essere lo stimolo di partenza di ulteriori indagini oltre che indicazioni ed elementi a supporto dell'operatività nei servizi stessi.

Un limite attiene alla dimensione della popolazione cui si è avuto accesso rispetto alla prospettiva dei giovani adulti che hanno avuto in adolescenza esperienza dei servizi per le dipendenze. A tal riguardo, da un lato è necessario riconoscere e valorizzare le prospettive portate dalle persone che si è riusciti a coinvolgere nella ricerca e a dar loro voce, raccogliendo storie di vita preziose per una maggiore comprensione delle esperienze dei giovani nei servizi per le dipendenze. Dall'altro il campione coinvolto risulta essere esiguo e non può necessariamente essere considerato rappresentativo delle esperienze e delle prospettive dei giovani adulti che hanno sperimentato dei percorsi con i SerD, pur aprendo a una prima narrazione e rappresentazione di tali storie di vita poco attenzionate. Dunque, seppur a fronte di una popolazione sufficientemente diversificata in termini di esperienze e di sesso, e dell'individuazione di temi ricorrenti e condivisi, appare centrale riuscire a realizzare uno studio che coinvolga una popolazione più ampia. A tal riguardo è necessario evidenziare come questa popolazione risulti essere *hard to reach* (Aldridge, 2015).

Sempre con riguardo alla prospettiva dei giovani adulti è necessario considerare che i partecipanti alla ricerca sono stati selezionati mediante il filtro di valutazione e scelta degli assistenti sociali gatekeeper con cui hanno avuto una relazione di aiuto. Questo porta a pensare che presumibilmente gli assistenti sociali abbiano selezionato giovani con i quali hanno esperito una relazione particolarmente positiva a fronte della quale si possono essere sentiti facilitati nel proporre l'intervista.

Infine un ulteriore aspetto di limite attiene l'area geografica in cui l'intera ricerca si è svolta. In termini territoriali la ricerca risulta essere circoscritta a una regione: se da un lato tale scelta ha un fondamento riscontrabile primariamente nella differente organizzazione dei servizi sociali e sociosanitari nelle differenti regioni italiane, dall'altro i servizi per le dipendenze prevedono ovunque la presenza di un assistente sociale e ciò avrebbe consentito di esplorare e descrivere esperienze e realtà con una maggiore diffusione territoriale, trasversale a più regioni. Pertanto, sebbene il campione degli intervistati assistenti sociali sia ampio e abbia garantito un'ottima copertura territoriale del contesto dello studio (54,1 % dei SerD della Regione Veneto), si ritiene necessario nonché interessante approfondire l'indagine realizzata coinvolgendo assistenti sociali impegnati in territori differenti provando a garantire una copertura nazionale.

Altri limiti sono connessi allo specifico processo partecipativo adottato. In primo luogo il coinvolgimento di persone direttamente conoscitrici del tema di ricerca in qualità di co-ricercatori implica necessariamente un aumento delle tempistiche di realizzazione dell'indagine; infatti, è necessario dedicare un tempo significativo alla costituzione del gruppo guida, alla condivisione di temi e prospettive all'interno di questo, alla formazione dei co-ricercatori, alla condivisione delle scelte, a più fasi di analisi dei dati per garantire una lettura condivisa e partecipata. A ciò si aggiunge un ulteriore vincolo connesso alla presenza necessità dei co-ricercatori di dover rispondere e gestire altre questioni personali, familiari e lavorative che si sono verificate lungo i mesi di realizzazione del processo partecipativo. In particolar modo, tale aspetto è emerso per il gruppo guida dei giovani adulti con i quali è stato complesso individuare spazi e tempi di incontro per la partecipazione. Con loro, infatti, come descritto più sopra, non è stato possibile procedere all'analisi partecipativa dei risultati per questioni di tempo. Tuttavia, l'approccio partecipativo prevede la possibilità di coinvolgimento dei co-ricercatori solo in alcune fasi della ricerca e non necessariamente in ognuna di queste, pertanto, pur a fronte di tali vincoli si è riusciti ad assicurare un buon livello di partecipazione (Aldridge, 2015; Panciroli, 2019).

4.6 Aspetti etici e riflessioni sul processo partecipativo

La ricerca è stata condotta in conformità al Codice Etico dell'Università Cattolica di Milano approvato con Decreto Rettorale n. 9350/2011.

Per quanto concerne l'analisi secondaria condotta sulle cartelle sociali informatizzate l'accesso ai dati è avvenuto in forma anonima. Tutti i dati estrapolati direttamente dalla ricercatrice e quelli

trasmessi dai Dipartimenti per le Dipendenze, infatti, sono stati ripuliti e privati degli elementi identificativi quali nome, cognome, codice fiscale. I dati sono stati conservati in hard disk esterno protetto da password e l'analisi dei dati è avvenuta in locale.

Per quanto riguarda le interviste, a tutti i partecipanti intervistati è stata fornita copia dell'Informativa sulla privacy e sul trattamento dati ed è stato ottenuto il consenso firmato alla registrazione dell'interviste, al trattamento dati, alla pubblicazione in forma anonima di stralci delle stesse. I dati sono stati anonimizzati dalla fase di trascrizione.

In aggiunta a questi aspetti etici di carattere formale e normativo, ogni ricerca, in particolar modo nell'ambito del social work, porta con sé aspetti etici cui porre particolare attenzione sia nella fase di ideazione che implementazione e realizzazione della ricerca, rendendo necessario un processo continuo di attenzione e revisione delle specifiche considerazioni etiche anche in virtù degli eventi e delle evoluzioni che la ricerca subisce nel tempo.

Come evidenziano Raineri e Folgheraiter (2023), è necessario «fare attenzione a non "chiudere" l'attenzione etica, con la convinzione di averci già pensato all'inizio (Shaw 2008)» (p. 155) pertanto, agli aspetti e alle attenzioni e tutele etiche previste in fase *desk* di progettazione del disegno della ricerca, si sono sommate riflessioni e questioni sorte lungo la realizzazione del processo di ricerca partecipativo, in termini di persone partecipanti al gruppo guida dei co-ricercatori giovani adulti ex *service users*, sia in termini di "accesso", conoscenza e coinvolgimento dei giovani da intervistare. Trovandoci in un'area specifica di Social Work caratterizzata da sofferenze, vulnerabilità, disagio sociale, vissuti dalle persone coinvolte in prima persona, sono stati adottati particolari accorgimenti in particolar modo rispetto agli intervistati giovani adulti che hanno vissuto un percorso con il SerD. Infatti, per le caratteristiche del presente studio, ci troviamo in una delle tipologie di ricerche inserite tra quelle a "rischio etico" dalla Commissione Europea *Ethics in Social Scienze & Humanities*, ossia quelle ricerche in cui è necessario che qualcuno faccia da tramite per l'acceso ai partecipanti (Raineri e Folgheraiter, 2023). Pertanto, per l'individuazione dei co-ricercatori e degli intervistati giovani adulti si è proceduto come segue. In primo luogo, i *gatekeeper* dopo una proposta sommaria alla persona individuata circa la possibilità di essere intervistata o di partecipare alla ricerca in qualità di co-ricercatori, hanno comunicato alla ricercatrice unicamente il nome e un contatto di telefono della persona. Al fine di consentire ai giovani adulti individuati per il tramite di *gatekeeper* una reale e piena libertà nell'accettare o meno la realizzazione dell'intervista, a seguito della prima ampia disponibilità data al *gatekeeper*, è stata presentata loro la ricerca, e sono state fornite rassicurazioni circa la tutela della privacy e l'assoluto anonimato della ricerca, nonché l'assenza di un feedback alla persona che aveva fornito il contatto circa l'effettiva partecipazione o meno alla ricerca. Fondamentale, oltre ai consueti accorgimenti per garantire e tutelare la privacy in linea con quanto previsto dalla normativa, è stato l'atteggiamento di ascolto, accoglienza e non giudizio delle esperienze di vita: in questo la doppia identità di ricercatrice-assistente sociale ha

rappresentato un punto di forza. Essere sia ricercatore che assistente sociale può essere un punto di forza tanto nel garantire privacy e riservatezza quanto nell'atteggiamento accogliente e non giudicante. Questo lo si è riscontrato anche per gli assistenti sociali coinvolti in qualità di co-ricercatori i quali hanno sempre sentito e condiviso l'importanza della privacy e di mantenere un atteggiamento curioso e non giudicante anche nella fase di rilevazione dei dati.
Per quanto concerne le persone che hanno partecipato in qualità di co-ricercatori ampia riflessione è stata dedicata alle possibilità di riconoscere un compenso economico o altre forme e modalità di pagamento per la partecipazione alla ricerca considerato l'impegno continuativo nel tempo richiesto, aspetto dibattuto in letteratura (Faulkner, 2004; Panciroli 2019), anche a fronte di una ricerca condotta in assenza di finanziamenti. Sin dall'avvio della "*call for participation*" a tutte le persone interessate a partecipare alla ricerca è stata riferita l'assenza di forme di compenso e sostegno per il tempo dedicato e la base volontaria della collaborazione. Pur di fronte a scelte di partecipazione motivate e volontarie si è ritenuto doveroso e corretto individuare delle modalità di riconoscimento e ringraziamento del tempo e dell'impegno dedicato alla ricerca che si sono diversificate per i due gruppi. Per il gruppo degli assistenti sociali è stato possibile far accreditare con il Consiglio Regionale degli Assistenti Sociali del Veneto il processo partecipativo come formazione continua, riconoscendo loro 36 crediti formativi e deontologici. Per quanto attiene il gruppo di giovani adulti è stato predisposto un buono acquisto Amazon ciascuno. A tutti i co-ricercatori è stato consegnato un piccolo presente simbolico con una dedica personalizzata sulla base della conoscenza e condivisione avvenuta lungo l'intero processo.

Un particolare evento avvenuto nel corso del processo partecipativo con il gruppo di co-ricercatori giovani adulti ha rappresentato uno stimolo di riflessione etica circa la ricerca in essere. Nello specifico, dopo l'avvio dei lavori con il gruppo è intercorsa la morte improvvisa di uno dei ragazzi, Filippo. Questo evento ha rappresentato un momento di profonda riflessione rispetto alla realizzazione del processo di ricerca in atto e alla sua prosecuzione. L'improvvisa perdita di Filippo e la non conoscenza iniziale delle cause, hanno portato a una momentanea interruzione degli incontri del gruppo al fine di consentire, da un lato, l'elaborazione del lutto, dall'altro, una profonda riflessione circa il principio etico della ricerca di "non maleficità": ci si è chiesti infatti, nell'ipotesi in cui la morte di Filippo fosse imputabile a un'overdose se la partecipazione alla ricerca potesse aver agito un ruolo nello stimolare una nuova ricerca delle sostanze. Questo evento ha posto la candidata di fronte alla scelta se continuare o meno tale azione di ricerca, riflettendo nuovamente sulle implicazioni etiche della ricerca, sul lavoro partecipativo in essere e sulla ricerca in corso in sé stessa. Avere avuto la possibilità di riascoltare le parole di Filippo nel corso dei primi incontri del gruppo, che esprimevano con convinzione il suo interesse e la sua motivazione alla partecipazione alla ricerca; il confronto con gli altri due componenti del gruppo, con la persona che aveva segnalato Filippo per la ricerca e, infine, la conoscenza delle reali cause

del decesso, hanno portato la candidata e il gruppo di ricerca a decidere di proseguire l'indagine e il processo avviato.

L'approccio di ricerca che si è adottato ha mirato per entrambi i gruppi a garantire un alto grado di partecipazione, mirando a realizzare ciò che Aldridge (2015; 2017) nel suo modello propone come "*participant as actor*": in questo livello di partecipazione le persone interessate al tema della ricerca non sono considerate oggetti/soggetti della ricerca, ma tra i co-ricercatori e il ricercatore si crea una relazione di parità. Si è scelto tale livello di partecipazione poiché il successivo e più alto grado è caratterizzato da ricerche *user-led,* dunque, totalmente ideate e condotte dalle persone coinvolte nel tema che vogliono esse stesse indagare (Aldridge, 2015, 2017). Ciò non risultava compatibile con la presente ricerca che prende avvio da un interesse della ricercatrice, sollecitato dalla lettura della letteratura scientifica di riferimento e si colloca entro un percorso formale di dottorato. Come sottolinea l'autrice (Aldridge, 2015, 2017) dentro il terzo grado di partecipazione vi possono essere differenti gradi di partecipazione possibili a seconda della disponibilità dei soggetti partecipanti che possono essere o meno coinvolti in tutte le fasi della ricerca. A tal riguardo il processo partecipativo implementato, tanto con il gruppo dei giovani adulti quanto con il gruppo degli assistenti sociali, ha mirato a garantire quelli che Aldridge (2017) individua come elementi fondamentali della partecipazione in qualità di attori:

> «[…] engagement in dialogue with participants as part of an ongoing process throughout the duration of research studies» (p. 27) e « more equal researcher-participant roles and relationships; participants as co-researchers but not necessarily, or at all times, involved at all stages of research process; vulnerable/marginalised participants included; qualitative participatory methods used » (p.32)

In conclusione, si ritiene fondamentale mettere in risalto alcuni elementi che attengono alla "positività" del percorso e approccio intrapreso insieme ai co-ricercatori e dell'esperienza che loro hanno vissuto riferito a conclusione del processo.

La letteratura scientifica in merito all'approccio di ricerca partecipativo identifica numerosi benefici ed elementi di utilità sia rispetto al "sapere prodotto", sia rispetto alle persone partecipanti e coinvolte nella ricerca (Bell, 2011; Fleming et al., 2014; Aldridge, 2015; Panciroli, 2019).

A conclusione del processo implementato, grazie anche alle sollecitazioni e riflessioni giunte dai co-ricercatori è possibile affermare che i benefici dell'adozione di tale approccio hanno superato i limiti e le criticità ipotizzate e riscontrate. In primo luogo l'adozione dell'approccio partecipativo ha consentito, pur con le difficoltà riscontrate e di cui si è detto, l'accesso a situazioni e persone che sarebbe stato ancora più complesso o impossibile individuare e contattare – *hard to reach* (Aldridge, 2015). I risultati appaiono essere maggiormente spendibili sul piano operativo-pratico essendo estremamente connessi alla quotidianità lavorativa degli assistenti sociali e alle esperienze dirette di persone che hanno avuto accesso ai servizi. Alcuni aspetti di positività e utilità del percorso partecipativo implementato si riscontrano anche rispetto agli stessi co-ricercatori: come emerso in altre ricerche partecipative (Bell, 2011; Panciroli 2019) si favorisce

l'acquisizione di nuove conoscenze, competenze, sia in materia di ricerca sociale sia in termini di competenze trasversali, soft skills. Tale aspetto è apparso riconosciuto e percepito dagli stessi co-ricercatori, sia assistenti sociali che giovani adulti

> *Il gruppo mi ha permesso anche di costruire sicurezza, di rafforzare ciò che sapevo, prima di interrogare gli altri colleghi con interviste che prima avevamo vissuto tra di noi. Non si sarebbe potuto fare altrimenti. Non ci sarei riuscito. È stata una esperienza formativa, questa ricerca partecipata. (Roberto, riflessione scritta)*

> *Il confronto, sempre ricco e partecipato, con altri colleghi e colleghe, dal mio punto di vista ha offerto una panoramica variegata sul sapere e le esperienze professionali, ha permesso a me di conoscere altre realtà e di riflettere su aspetti professionali diversi e su cui magari non sempre mi ero soffermata (Cecilia, riflessione scritta)*

> *[è stato] Intenso e arricchente: intenso perché molte sono state le ore, le parole, gli incontri, i confronti, le riletture, le condivisioni e i ripensamenti. Perché le parole hanno un valore e la condivisione di contenuti, di riflessioni e di metodologie e approcci sono state fonte di ispirazione anche per il lavoro quotidiano. Arricchente da tutti i punti di vista: professionale, personale e umano. (Erica, riflessione scritta)*

Infine, un'ultima riflessione conclusiva attiene l'approccio teorico del paradigma relazionale di lavoro sociale – *Relational Social Work* (Folgheraiter, 2011; 2016; 2018) e l'approccio partecipativo alla ricerca. Come evidenzia Folgheraiter (2018), la ricerca partecipativa appare essere specificamente e peculiarmente adatta alle ricerche nell'area della social work theory e practice, affermando che tale approccio è «per il campo dell'aiuto, il metodo 'più scientifico' che si possa immaginare, fintanto che la migliore adeguatezza della conoscenza alla realtà studiata resterà il fine della scienza» (p.9). Tale affermazione, nella ricerca condotta può essere contestualizzata in alcuni aspetti specifici dai quali si sono riscontrate affinità tra l'approccio partecipativo e il paradigma del *Relational Social Work*. In primo luogo per quanto concerne la costituzione del gruppo di ricerca: in ottica relazionale un problema sociale è affrontato a seguito dell'osservazione, dell'accorgimento, della preoccupazione di qualcuno; più persone preoccupate per una determinata situazione si uniscono, identificando una finalità di miglioramento. Così è stato per l'oggetto di indagine e la realizzazione della ricerca: il gruppo si è costituito dall'unione delle singole preoccupazioni, riflessioni che alcuni assistenti sociali, isolati nei loro servizi vivevano rispetto alle relazioni e ai percorsi nel SerD con gli adolescenti.

> *[…] interrogativi su ciò che non vedevo e che mi sarebbe piaciuto vedere: chiedendomi se anche gli altri hanno i miei pensieri, dubbi, paure, entusiasmi? Non è facile lavorare con una fascia di età così giovane. Ti senti la responsabilità addosso. Ma non è altrettanto facile confortarsi con chi ha la stessa esperienza, o ne ha fatta altra, in altri luoghi e tempi. Temi di dire cose poco interessanti o fuori luogo. Non sempre nei Servizi abbiamo il tempo per pensare, o così almeno ci sembra. Poi arriva un'occasione o, meglio, un momento in cui un interrogativo ti si pone e tu non puoi esimerti, non puoi rimandare. (Roberto, riflessione scritta)*

Un secondo aspetto concerne la dinamica sociale dell'aiuto proposta entro il paradigma relazionale riscontrabile anche nel processo partecipativo di ricerca. Nell'aiuto sociale relazionale, la "soluzione", il fronteggiamento della situazione problematica osservata è un percorso condiviso, reciproco, alla pari, in cui l'operatore sociale è un facilitatore che accompagna il processo. Nella ricerca partecipativa tutto l'impianto di ricerca, i contenuti, gli strumenti, i

risultati prodotti e osservati sono il frutto di un sapere condiviso, di un percorso congiunto, frutto di vari saperi, esperienziale, personale, teorico, pratico, tecnico, dei co-ricercatori accompagnati dal ricercatore garante del processo metodologico scientifico.

> *All'inizio è stato disorientamento: come posso io fare ricerca? Poi è stato accompagnamento: facciamo assieme, come nel processo di aiuto nel servizio sociale. Costruiamo assieme un disegno e poniamo i saperi che già abbiamo per inoltrarci nei saperi che ancora non conosciamo. È un po' così anche il servizio sociale, quando legge l'incertezza come territorio privilegiato del proprio sapere. (Roberto, riflessione scritta)*

> *Tentare di leggere la realtà in cui viviamo e lavoriamo ed esplorarla attraverso il dialogo continuo con professionisti e persone con bagagli differenti dai tuoi, permette di mantenere la visione aperta, ampia, permette di sentirsi ancora in viaggio e non approdati a soluzioni certe e inconfutabili (Erica, riflessione scritta)*

Come emerso anche dalle parole e riflessioni dei co-ricercatori si è potuto osservare e sperimentare i punti di forza del processo partecipativo senza il quale la ricerca avrebbe necessariamente intrapreso traiettorie differenti. Nonostante il doppio ruolo della candidata, di ricercatrice e assistente sociale, che ha rappresentato in molte occasioni un valore aggiunto e punto di forza nell'affrontare il processo di ricerca, la presenza dei due gruppi di co-ricercatori esperti per esperienza ha consentito di «facilitare gli sguardi alle sofferenze umane grazie a un allargamento della mente esterna del ricercatore, allargamento che si ottiene c*onnettendola con menti immerse nel problema»* (Folgheraiter, 2018, p.10).

Capitolo quinto
Gli adolescenti che si rivolgono ai SerD in Veneto. Analisi secondaria sulle cartelle sociali informatizzate

Il presente capitolo è dedicato alla presentazione della prima ricerca condotta attraverso l'analisi dei dati estrapolati dal database GEDI con l'intento di rispondere agli obiettivi di quantificazione e descrizione degli adolescenti-giovani adulti con età under 24 anni che tra il 2017-2021 hanno fatto accesso ai Servizi per le Dipendenze della Regione Veneto, nonché le caratteristiche di queste prese in carico. La presentazione dei dati è organizzata in due paragrafi principali attinenti alle due macro-tipologie di dati a disposizione: prima si procederà alla descrizione e presentazione dei risultati afferenti alle analisi condotte sul dataset circa le 6.082 prese in carico dei cinque anni oggetto dello studio. In seguito, si presenteranno i dati di sintesi relativi ad alcune variabili non presenti nel dataset e non disponibili in formato matrice.

5.1 Adolescenti per dettaglio presa in carico 2017-2021

Il dataset ottenuto dall'unione dei dataset delle 9 Aziende Ulss relativo al dettaglio degli adolescenti in carico presso i SerD nel quinquennio 2017-2021 è stato sottoposto ad analisi univariate, bivariate e multivariate con l'ausilio del software SPSS. Di seguito si riportano i risultati delle analisi condotte.

5.1.1 La distribuzione delle prese in carico tra il 2017 e il 2021

L'unità complessiva oggetto di analisi si compone di 6.082 prese in carico avvenute tra il 2017 e il 2021 distribuite nelle 9 aziende sanitarie della Regione. Osservando la distribuzione spaziale-geografica è possibile notare come tra le differenti aziende Ulss del territorio veneto spicchi principalmente l'AUlss 2 Marca Trevigiana con il 24% delle prese in carico del quinquennio, seguita dall'Aulss 9 Scaligera (14,3%) e infine dall'Aulss 6 Euganea (13,0%). Nella lettura di tale dato è importante sottolineare che nel territorio della Marca Trevigiana è presente una specifica comunità terapeutica per l'accoglienza di adolescenti e giovani adulti fino ai 24 anni: l'unica comunità terapeutica per minori con problemi per dipendenze accreditata nella regione Veneto. Questo elemento, infatti, è importante poiché spesso i SerD del territorio di una comunità fungono da "appoggio" nel periodo in cui la persona è inserita in quella comunità. È presente, infatti, un 5% di prese in carico di giovani under 24 afferenti ad ASL di altre regioni d'Italia. Un altro

elemento che è necessario considerare è la diversa popolazione di afferenza di ciascuna delle 9 aziende sanitarie estremamente differenti per ordine di grandezza tra di loro, fermo restando la possibilità per ogni cittadino di rivolgersi a un qualsiasi SerD del territorio. Come è possibile osservare dalla tabella 2, di seguito, le tre Aziende Ulss con maggiore popolazione totale (dati riferiti all'anno 2021) sono in ordine Euganea, Scaligera, Marca Trevigiana, le stesse ma in ordine invertito (Scaligera, Marca Trevigiana, Euganea) hanno anche il maggiore bacino di afferenza rispetto alla popolazione under 24. Se, però, si guarda al rapporto tra le prese in carico di ciascuna Aulss con la popolazione under 24 di quel territorio è possibile osservare come vi sia una distribuzione quasi omogena e similare tra tutti i territori, con la presenza di un maggiore carico per quel che concerne l'Aulss 5 Polesana

Tabella 4 Popolazione residente nell'anno 2021 per Aziende Ulss Regione Veneto (dati dell'Ufficio di Statistica della Regione Veneto su dati Istat) e distribuzione delle prese in carico di giovane under 24 per Aulss regionali

Azienda Ulss	*Totale*	*%*	*totale pop. under 24*	*% pop. under 24*	*prese in carico SerD under 24 2017-2021*	*%*	*% prese in carico su totale pop. under 24*
1-Dolomiti	198.676	4,10%	40.284	3,70%	248	4,1%	0,6%
2-Marca Trevigiana	877.890	**18,10%**	205.654	**18,90%**	1.491	**24,5%**	0,7%
3-Serenissima	611.284	12,60%	129.194	11,90%	759	12,5%	0,6%
4-Veneto Orientale	225.632	4,70%	48.557	4,50%	268	4,4%	0,6%
5-Polesana	231.295	4,80%	43.529	4,00%	411	6,8%	**0,9%**
6-Euganea	926.805	**19,10%**	205.096	**18,90%**	790	**13,0%**	0,4%
7-Pedemontana	361.564	7,50%	84.610	7,80%	419	6,9%	0,5%
8-Berica	490.575	10,10%	114.357	10,50%	499	8,2%	0,4%
9-Scaligera	924.024	**19,10%**	214.264	**19,70%**	887	**14,6%**	0,4%
Fuori regione					304	5,0%	
Totale	4.847.745	100,00%	1.085.545	100,00%	6.076*	100,0%	
		Totale prese in carico solo veneto			5.772	95%	0,5%

* casi mancanti: 6

In aggiunta alla distribuzione territoriale è possibile osservare la distribuzione temporale delle prese in carico oggetto dello studio (grafico 2): queste ricoprono un arco temporale complessivo che va tra il 2013 e il 2021. Infatti, avendo estrapolato le cartelle sociali che risultavano essere effettivamente in carico con prestazioni nel periodo 1.01.2017-31.12.2021 queste potevano aver avuto inizio in un arco temporale antecedente.

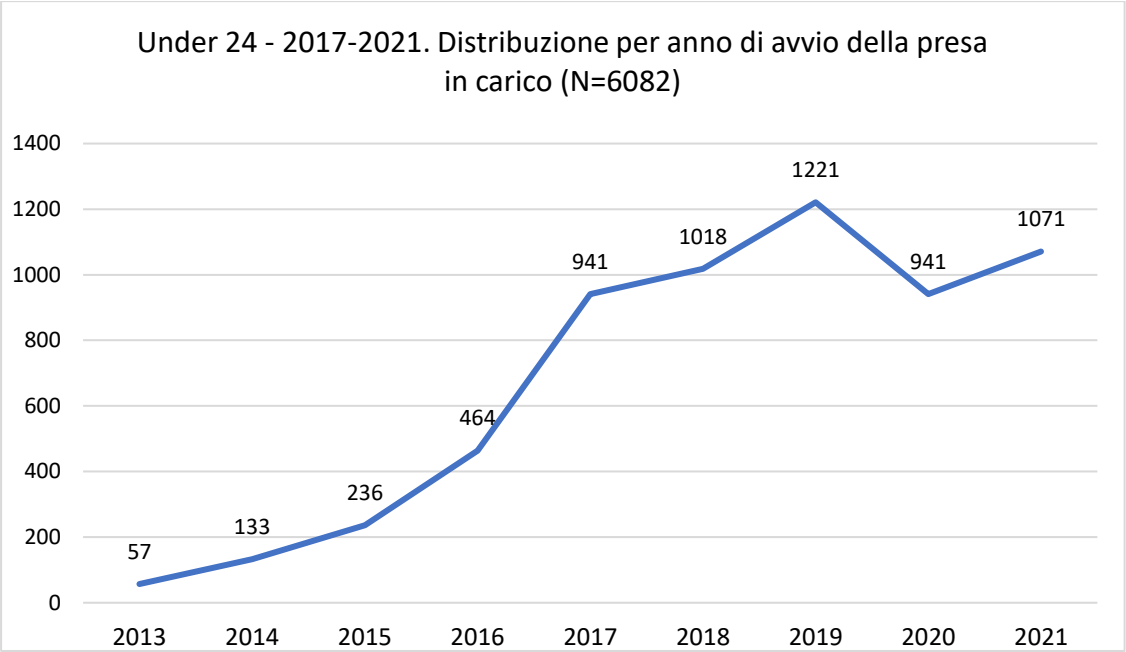


Grafico 2 Prese in carico 2017-2021. Distribuzione per anno di avvio della presa in carico

Dalla lettura del grafico emerge una tendenza crescente fino al 2019, per poi ridursi nel 2020 (15,5% delle prese in carico, al pari di quelle nel 2017) e tornare a crescere nel 2021. Tale flessione intercorsa nel 2020 pare ragionevolmente connessa alla situazione pandemica da Sars-Cov-19 e in particolar modo ai periodi di lockdown con conseguente difficoltà di accesso ai servizi stessi. Il 2019 risulta essere l'anno in cui si colloca il 20,1% delle prese in carico del dataset, seguito dal 2021 con il 17,6% anno in cui si registra nuovamente una tendenza in crescita quasi ai livelli del 2019.

5.1.2 Le caratteristiche sociodemografiche dei giovani under 24 che hanno fatto accesso ai SerD

Delle prese in carico oggetto dello studio, il 4,4% si riferisce a giovani di età tra gli 11 e i 14 anni; la maggior parte si trova collocata nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni (64,8%) con una maggiore presenza dei soggetti diciassettenni (16,5%) e a pari percentuale dai 17enni e 18enni (13,5%); il restante 30,8% è relativo alla fascia di età tra i 20 e i 24 anni con una significativa presenza principalmente di 20enni (11,6%) (tab. 3).

Tabella 5 Prese in carico under 24, 2017-2021. Distribuzione di frequenza e percentuale per anni di età e fasce di età Istat

Anni di età	*V.A.*	*%*	*Fasce di età Istat*	*V.A*	*%*
11	2	0,0	*10-14*	265	4,4
12	7	0,1			
13	47	0,8			
14	209	3,4			
15	542	8,9	*15-19*	3.942	64,8
16	819	13,5			
17	1.004	16,5			
18	824	13,5			
19	754	12,4			
20	704	11,6	*20-24*	1.874	30,8
21	519	8,5			
22	359	5,9			
23	226	3,7			
24	66	1,1			
Totale	6.082	100,0	*Totale*	6082	100

Osservando l'andamento della distribuzione per età (grafico 3) è possibile riscontrare una crescita sino ai 17 anni che rappresentano un momento di svolta per la successiva decrescita. Tale distribuzione, con una riduzione nelle prese in carico di giovani dopo la maggiore età appare in linea con quanto indicato nella letteratura che riscontra come negli adolescenti il consumo di sostanze cresca nella prima adolescenza per poi andare a ridursi man mano che crescono le assunzioni di responsabilità tipiche della vita adulta (Heather, 2017; Pickard 2017).

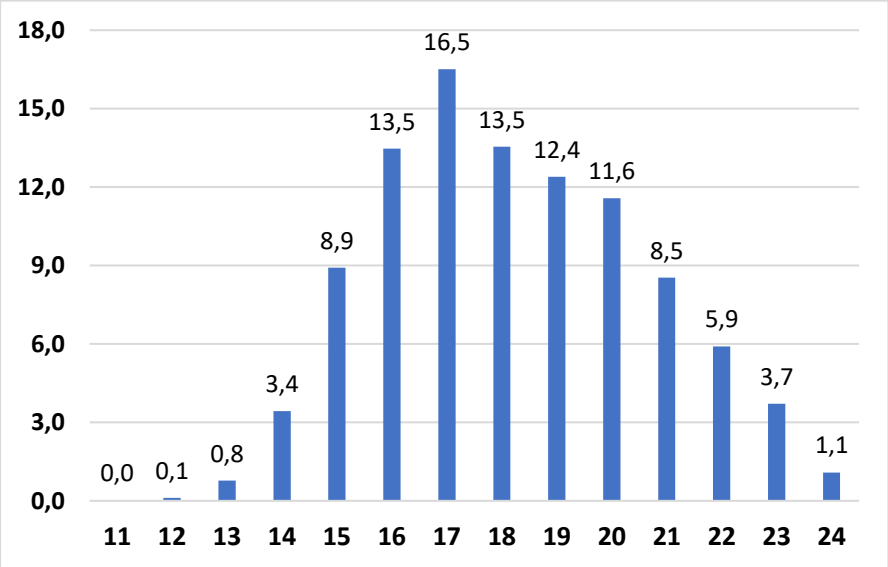


Grafico 3 Prese in carico 2017 - 2021. Distribuzione per età al momento della presa in carico. Valori percentuali

Mettendo a confronto i soggetti di età inferiore ai 18 anni e quelli con età superiore ai 18 anni emerge un 56,8% (n. 3.452) di maggiorenni contro un 43,2% di minorenni (n. 2.630).

Per quanto riguarda il sesso, coerentemente con le statistiche nazionali sulla popolazione con problemi di dipendenza in carico ai servizi specialistici[24], il 77,6% dei casi si riferisce a soggetti di genere maschile e il 22,4% a soggetti di genere femminile. Per quanto riguarda la distribuzione del sesso tra il gruppo dei soggetti minorenni e maggiorenni questa risulta essere pressoché simile: la percentuale di femmine è pari a circa il 43% in entrambi i gruppi, quella di coloro dei maschi è circa il 56%. Rispetto alla cittadinanza italiana o straniera è possibile osservare (tab 4) la netta prevalenza della cittadinanza italiana tra le adolescenti di sesso femminile in carico ai SerD; inoltre, le ragazze con cittadinanza italiana sono maggiormente presenti anche rispetto ai coetanei di sesso maschile con cittadinanza straniera.

Tabella 6 Tavola di contingenza sesso per cittadinanza prese in carico under 24 2017-2021

	Cittadinanza				
	Italiana		*Straniera*		*Totale*
Sesso	*%*	*V.A.*	*%*	*V.A*	
Femmina	90,6%	1.196	9,4%	124	1.320
Maschio	83,3%	3.828	16,7%	768	4.596
					5.916

$Chi^{2=}$ 42,869 sig. <,001

La distribuzione del sesso è stata osservata con riguardo agli anni di presa in carico e ai territori di accesso. Per quel che riguarda gli anni di presa in carico si osserva un trend in crescita tanto per le adolescenti quanto per gli adolescenti, senza significative differenze. Sono invece presenti delle differenze nella distribuzione del sesso se si osserva il territorio dell'azienda sanitaria di afferenza. La presenza di adolescenti di sesso femminile risulta essere particolarmente concentrata nelle Aulss 3 Serenissima, 2 Marca Trevigiana, e 9 Scaligera. In alcuni territori la presenza femminile è percentualmente superiore a quella maschile: Serenissima, Scaligera e Veneto Orientale. I dati a disposizione non consentono di approfondire le ragioni di tale distribuzione per la quale sarebbe interessante approfondirne gli elementi influenzanti.

Per quanto concerne lo stato civile i dati confermano quanto prevedibile trattandosi di prese in carico di soggetti di giovanissima età: infatti nel 94% dei casi si tratta di persone celibi-nubili, vi è uno 0,7% di persone coniugate l'1,1% di persone conviventi; si segnala poi un 4% di persone separate; vi è una persona vedova. Osservando il dato dello stato civile in associazione a quello del sesso (tab. 5) è possibile osservare come le giovani di sesso femminile siano in una condizione

[24] Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenza in Italia – Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri (2020; 2022; 2023)

di convivenza o matrimonio in valori percentuali superiori ai loro coetanei maschi, che si trovano più frequentemente nella condizione di separati, nonostante una distribuzione per età similare.

Tabella 7 Tavola di contingenza sesso per stato civile prese in carico under 24 2017-2021

	Femmina		*Maschio*	
	%	*V.A*	*%*	*V.A*
Celibe-nubile	92,5%	991	94,4%	3.294
Coniugato	**1,2%**	13	0,6%	21
Convivente	**2,4%**	26	0,6%	22
Separato	3,7%	40	**4,4%**	152
Vedovo	0,1%	1	0,0%	0
Totale	100,0%	1.071	100,0%	3.489

Con specifico riguardo alla cittadinanza il dataset iniziale conteneva l'indicazione di 64 cittadinanze differenti, pertanto, ai fini di una migliore lettura del dato si è operato un raggruppamento in 5 cittadinanze: italiana, europea, americana, africana e asiatica. Considerato un'unità di analisi relativa a 5.910, dal momento che la cittadinanza non risulta specificata per 163 soggetti, emerge che nell'85,1% delle prese in carico i soggetti sono di cittadinanza italiana, il restante 14,9% ha una cittadinanza di origine straniera articolata come segue: il 5,7% si riferisce a persone con cittadinanza africana; ugualmente rappresentate con il 3,6% vi sono le cittadinanze europee e americane e infine il 2% dei soggetti è di origine asiatica. Con riguardo ai due gruppi delle prese in carico in termini di cittadinanza, dunque quelle riferite a giovani con cittadinanza italiana o con cittadinanza straniera, è possibile osservare la distribuzione delle variabili sesso e fasce di età. Con riguardo al sesso (grafico 4) la distribuzione per genere rimane omogena entro i due sotto-campioni per cittadinanza italiana o straniera, sebbene si rilevi, comunque, una ulteriore preponderanza del genere maschile per coloro che hanno una cittadinanza straniera

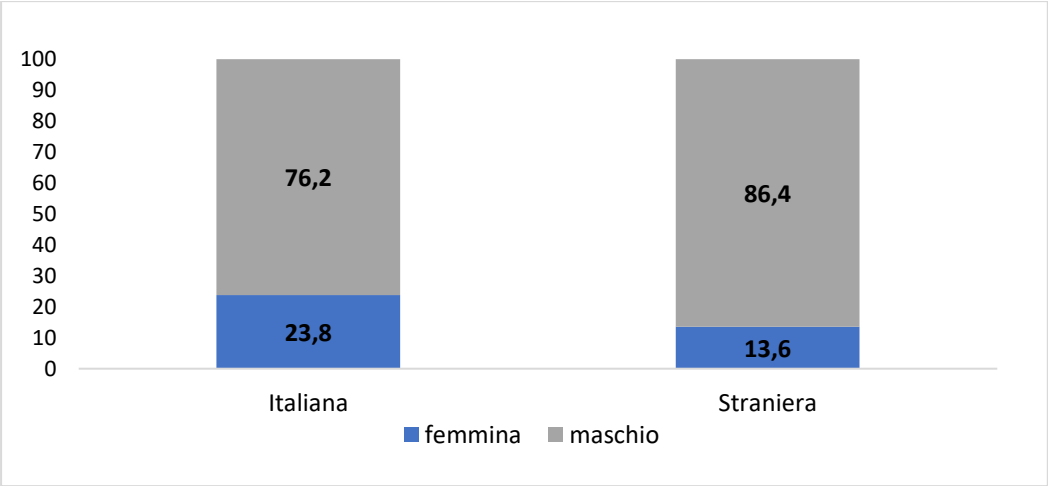


Grafico 4 Prese in carico 2017-2021. Distribuzione di frequenza del sesso per cittadinanza (valori %; N = 6.007)

Nel confronto tra le prese in carico relative a ragazzi con cittadinanza italiana e quelle con cittadinanza straniera è possibile osservare la distribuzione in termini di fasce di età: come osservabile dal grafico 5 emerge una maggiore presenza nella fascia di età 20-24 anni pari a circa 7 punti percentuali.

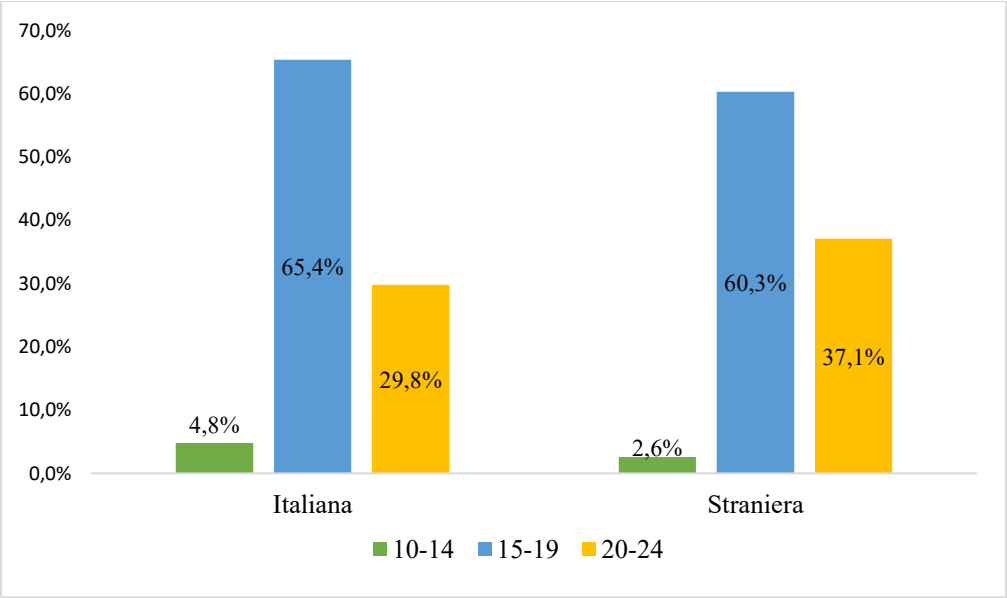


Grafico 5 Prese in carico 2017-2021. Distribuzione di frequenza delle fasce di età (10-14/15-19/20-24) per cittadinanza italiana o straniera (valori %; N= 5949)

Un altro aspetto che il dataset ha consentito di verificare concerne la scolarità e il livello di istruzione dei soggetti presi in carico nel periodo oggetto di studio. A tal riguardo è necessaria una premessa: i dati riportati nel sistema GEDI fanno riferimento prevalentemente e tendenzialmente a una raccolta anamnestica che viene effettuata in occasione dell'apertura della cartella e dunque dell'avvio della presa in carico, pertanto, tali dati possono aver avuto un'evoluzione nel tempo trattandosi di giovani utenti possibilmente e potenzialmente ancora inseriti in percorsi di istruzione e formazione. Considerato, dunque, che la fascia di età maggiormente rappresentata è

quella 15-19 anni non stupisce che nel 67,1% delle prese in carico i soggetti dichiarino le "scuole medie inferiori"; seguono, nel 29,7% dei casi le "scuole medie superiori" ricomprendenti anche percorsi professionalizzanti della durata biennale/triennale. Si evidenzia un 2,6% di situazioni con unicamente la scuola primaria di primo grado (elementari)[25].

Realizzando un'analisi bivariata e mettendo in relazione la variabile "scolarità" con la variabile "raggruppamento per fasce di età Istat" è possibile notare alcuni elementi specifici (tab. 6). In particolare si osserva che tra coloro che hanno un'età compresa tra i 20 e i 24 anni al momento della presa in carico il 40,1% ha unicamente il titolo della scuola secondaria di primo grado (medie inferiori), livello di istruzione inferiore rispetto al classico percorso di istruzione in relazione all'età. Questo elemento potrebbe far supporre la presenza di rallentamenti o interruzioni nel percorso scolastico e di istruzione considerato che il dato dell'età si riferisce al momento dell'avvio del percorso con il SerD e il non aggiornamento dei dati di carattere socio-anagrafico nel tempo. tuttavia, rimane solo un'ipotesi in quanto non si è certi del costante aggiornamento del dato lungo la presa in carico. Con riguardo alla cittadinanza, non si rilevano particolari distinzioni, ad eccezione di coloro che hanno una cittadinanza africana che risultano essere per la maggiore coloro che hanno il titolo delle scuole elementari e coloro tra i quali è meno diffuso il titolo delle scuole superiori di secondo grado. In generale si osserva, quindi, la presenza di un'associazione (Chi^2= 37,63 sign. <,001) tra grado di scolarità e cittadinanza italiana o straniera che vede coloro con cittadinanza straniera avere un titolo inferiore rispetto agli autoctoni.

Tabella 8 Tavola di contingenza. Prese in carico under 24 2017-2021: livelli di scolarità

						Totale
			dai 10 ai 14 anni	dai 15 ai 19 anni	dai 20 ai 24 anni	
Scolarità	*Nessuna*	V.A	0	6	2	8
		%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
	Elementari	V.A.	51	54	9	114
		%	24,2%	1,9%	0,7%	2,6%
	Medie inferiori	V.A	149	2271	492	2912
		%	70,6%	78,2%	**40,1%**	67,1%
	Medie superiori	V.A.	11	570	709	1290
		%	5,2%	19,6%	57,8%	29,7%
	Laurea	V.A	0	2	14	16
		%	0,0%	0,1%	1,1%	0,4%
Totale		V.A.	211	2.903	1.226	4.340
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi^2: 1079,065 (casi validi 4.340)						

[25] I dati sulla scolarità fanno riferimento a un insieme empirico pari a 4.973 prese in carico nel quinquennio preso in considerazione per dato mancante in 1109 casi

Rispetto alla condizione abitativa e ai soggetti con cui si vive (tab.7) i soggetti afferenti alle prese in carico 2017-2021 nell'82,6% dei casi convivono con la propria famiglia d'origine intendendo con ciò sia genitori che fratelli del nucleo familiare di afferenza. Vi è poi un 10,4% dei soggetti afferenti al dataset che vive in strutture, carcere o in "altre condizioni di convivenza". Il 6% è dato da chi vive con amici, persone con le quali non vi è un legame familiare, partner con o senza figli. Come osservato per lo stato civile e per il livello di istruzione i dati sembrano coerenti con la fase della vita dell'adolescenza e giovinezza dei soggetti dello studio. Tuttavia appare rilevante evidenziare la condizione di quanti vivono in strutture residenziali, carcere o altre condizioni di convivenza che potrebbero essere il segnale di un uso di sostanze che si è intrecciato con altre problematiche comportamentali o penali tali da portare a dei collocamenti fuori famiglia. Infatti, coloro che si trovano in questa condizione sono afferenti principalmente alla fascia di età 15-19 anni.

Tabella 9 Tavola di contingenza prese in carico under 24 2017-2021: convivenza per raggruppamenti in fasce di età

			dai 10 ai 14 anni	*dai 15 ai 19 anni*	*dai 20 ai 24 anni*	*Totale*
Con chi vivi:	*con amici*	*V.A*	0	17	41	58
		%	0,0%	0,6%	3,4%	1,3%
	con familiari	*V.A.*	192	2503	965	3660
		%	88,9%	83,6%	79,0%	82,6%
	con partner	*V.A.*	3	43	46	92
		%	1,4%	1,4%	3,8%	2,1%
	con partner e figli	*V.A.*	0	20	19	39
		%	0,0%	0,7%	1,6%	0,9%
	da solo	*V.A.*	3	43	70	116
		%	1,4%	1,4%	5,7%	2,6%
	da solo con figli	*V.A.*	0	3	2	5
		%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
	in carcere / in struttura / altro	*V.A.*	18	365	79	462
		%	8,30%	12,30%	6,50%	10,40%
Totale		*V.A.*	216	2994	1222	4432
		%	100%	100%	100%	100%

Il dato sulla convivenza, in connessione al dato sulla cittadinanza italiana o straniera, mostra altresì la presenza di un'associazione (Chi^2= 172,560, sign. <,001). Coloro che hanno una cittadinanza straniera vivono meno in famiglia rispetto agli italiani (64,3% vs 85,2%), vivono di più da soli (6,1% vs 2,1%) o con il partner e figli (2,1% vs 0,8%) e in struttura (3,1% vs 1,3%).

Tra i dati registrati e rilevati nell'accesso e disponibili nel dataset vi è la condizione professionale: anche in questo caso il dato non è disponibile per l'intero dataset ma solo per un totale di 4.773 prese in carico su 6.082, in quanto per 2.560 situazioni il dato risulta non definito o assente. Come

avvenuto per la cittadinanza, in cui la variabile presentava numerosi Stati, anche in questo caso è emersa una variabilità che ha reso necessario creare dei raggruppamenti, in particolare stati raggruppati in tre categorie: studenti/inattivi, disoccupati, occupati. A conferma anche dei dati precedenti, nel 46,3% delle prese in carico i soggetti sono studenti o inattivi professionalmente; vi è poi un 33,5% impegnato in occupazioni lavorative. Osservando la tavola di contingenza (tab. 8) è possibile osservare la distribuzione della condizione professionale in relazione ai raggruppamenti per fasce di età. Emerge un 14,4% di coloro nella fascia di età 10-14 anni che presentano la condizione "occupato saltuariamente o stabilmente" e il 6,1% di "disoccupato". Considerata la giovanissima età si presume la possibilità di errori umani nella compilazione o la presenza di incomprensioni in fase di raccolta dei dati. Osservando la fascia di età 15-19 anni il 18,5% di persone "disoccupate" e il 25,3% di giovani occupati saltuariamente o stabilmente possono suggerire un prematuro abbandono scolastico o la chiusura del percorso scolastico con il raggiungimento dell'età per l'obbligo scolastico (16 anni), comunque con una anticipata immissione nel mondo del lavoro.

Tabella 10 Tavola di contingenza prese in carico under 24 2017-2021: condizione professionale per raggruppamenti per età

			dai 10 ai 14 anni	*dai 15 ai 19 anni*	*dai 20 ai 24 anni*	*Totale*
condizione professionale	studenti o inattivi	V.A.	182	1821	207	2210
		%	79,5%	56,2%	15,9%	46,3%
	disoccupato	V.A.	14	600	348	962
		%	6,1%	18,5%	26,7%	20,2%
	occupato saltuariamente o stabilmente	V.A.	33	818	750	1601
		%	14,4%	25,3%	57,5%	33,5%
Totale		V.A.	229	3239	1305	4773
		%	100%	100%	100%	100%

5.1.3 Le sostanze

Un altro dato interessante, considerato l'oggetto di studio, è concerne la tipologia di sostanze di uso e consumo da parte degli adolescenti e giovani adulti che nel corso del quinquennio 2017-2021 hanno vissuto l'esperienza di accesso ai Servizi per le Dipendenze. Il dato, tuttavia, non era presente per la maggior parte dei dataset estrapolati nelle 9 Aziende Ulss. I dataset contenevano 5 variabili attinenti alla registrazione delle sostanze: sostanza primaria, e fino a quattro sostanze secondarie. Il dato della sostanza primaria è disponibile per 2.617 prese in carico su 6.082.

Le sostanze indicate, inoltre, in assenza di linee guida condivise di registrazione dei dati, tra le differenti Ulss, presentavano 20 modalità differenti: come avvenuto per le cittadinanze, anche le sostanze sono state ricodificate e accorpate in 6 modalità principali – alcol, cannabis e cannabinoidi, eroina, cocaina, oppio e derivati, altre droghe e farmaci.

Come è possibile osservare dalla tabella (9) la sostanza primaria principale è la cannabis (20,6%) seguita da eroina (20,6%) e cocaina (6,8%).

Tabella 11 Distribuzione di frequenza e percentuale variabile "sostanza primaria" (raggruppata). Valori assoluti e percentuali

Sostanza primaria	***V.A.***	***%***
Cannabis e cannabinoidi	1.739	**66,5%**
Eroina	540	**20,6%**
Cocaina	179	**6,8%**
Alcool	97	3,7%
Altre droghe e farmaci	48	1,8%
Oppio e derivati	14	,5%
Totale risposte	2.617	100,0%
Mancanti da sistema	3.465	
Totale dataset	6.082	

Con riguardo alla sola sostanza primaria è intereessante osservare la distribuzione tra femmine e maschi (tab. 10) e tra coloro che hanno una cittadinanza italiana o stranieera (tab 11). Infatti tra le giovani ragazze emerge maggiormente la presenza di sostanze quali l'eroina e la cocaina, a differenza dei ragazzi per i quali vi è un uso altamente prioritario di cannabis e cannabinoidi. Tale situazione appare verificarsi anche nel confronto tra ragazzi con cittadinanza straniera e quelli con cittadinanza italiana, sebbene con differenze percentuali inferiori. Infatti, tra i ragazzi di origine straniera si presenta, in percentuale, una maggiore diffusione di sostanze quali la cocaina, l'oppio e altre droghe e farmaci.

Tabella 12 Tavola di contingenza sostanza primaria (raggruppate) per sesso. Distribuzione sostanze tra femmine e maschi. Percentuali di colonna (N=2.950)

Sostanza primaria	*Sesso*			
	Femmina		*Maschio*	
	%	V.A.	%	*V.A.*
Alcool	4,5%	26	3,5%	72
Cannabis e cannabinoidi	42,7%	248	73,2%	1510
Eroina	41,1%	239	14,9%	307
Cocaina	9,0%	52	6,2%	127
Oppio e derivati	0,7%	4	0,5%	10
Altre droghe e farmaci	2,1%	12	1,7%	36
Totale	100,00%	581	100,00%	2369

Tabella 13 Tavola di contingenza sostanza primaria (raggruppata) per cittadinanza. Distribuzione sostanze tra italiani e stranieri. Percentuali di colonna (N= 2.642)

Sostanza primaria	Cittadinanza			
	Italiana		Straniera	
	%	V.A.	%	V.A.
Alcool	3,7%	85	3,8%	14
Cannabis e cannabinoidi	66,6%	1.512	65,1%	243
Eroina	21,2%	481	17,4%	65
Cocaina	6,3%	143	9,9%	37
Oppio e derivati	0,4%	9	1,3%	5
Altre droghe e farmaci	1,7%	39	2,4%	9
Totale	100,0%	2269	100,0%	373

Osservando il dato sulla sostanza secondaria 1 (tab. 12) disponibile per soli 822 casi su 6.082 è possibile vedere come la frequenza delle singole sostanze muti: al primo posto sale infatti la cocaina (33%) seguita dall'alcool (23,2%) e dalla cannabis (18,9).

Tabella 14 Distribuzione di frequenza della variabile "sostanza secondaria 1". Valori assoluti e percentuali.

Sostanza secondaria 1	V.A	%
Alcool	191	23,2%
Cannabis e cannabinoidi	155	18,9%
Eroina	52	6,3%
Cocaina	271	33,0%
Oppio e derivati	26	3,2%
Altre droghe e farmaci	127	15,5%
Totale	822	100,0
Mancante	5.260	
Totale	6.082	

La seconda sostanza secondaria (tab.13), disponibile per solo 318 casi mostra nuovamente la cannabis al primo posto (36,2%) seguita da altre droghe e farmaci (22%) e dalla cocaina (21,4%).

Tabella 15 Distribuzione di frequenza della variabile "sostanza secondaria 2". Valori assoluti e percentuali.

Sostanza secondaria 2	*V.A.*	*%*
Alcool	46	14,5%
Cannabis e cannabinoidi	115	36,2%
Eroina	14	4,4%
Cocaina	68	21,4%
Oppio e derivati	5	1,6%
Altre droghe e farmaci	70	22,0%
Totale	318	100,0%
Mancante di sistema	5.764	
Totale	6.082	

Tra coloro per i quali il dato della sostanza era disponibile, è stato possibile osservare i comportamenti in termini di assunzione di più di una sostanza e dunque la distribuzione di frequenza del poliuso identificata dalla contemporanea indicazione, per ciascun soggetto, di altre sostanze tra quelle secondarie, oltre alla sostanza primaria principale. Per analizzare questi aspetti al meglio è stata creata una nuova variabile dneominata "Numero di sostanze d'uso": per ogni caso della matrice è stato individuato il numero di sostanze (tra la primaria e le secondarie) di utilizzo. I giovani presenti nel dataset, per i quali è disponibile il dato sulle sostanze, mostrano un utilizzo da un minimo di una sostanza a un massimo di 5, dunque altre 4 oltre alla sostanza principale. La media del numero di sostanze è 1,5 con una deviazione standard di 0,92. Il 69% usa una sola sostanza, il 18,7% ne usa due e il 7,2% ne usa fino a tre. Considerata la netta prevalenza della cannabis in qualità di sostanza primaria e la crescita di sostanze quali l'eroina e la cocaina tra le sostanze secondarie è possibile riscontrare da un lato l'ampia diffusione e prevalenza della cannabis come sostanza di utilizzo in età adolescenziale che, per quanto comunemente identificata come "sostanza leggera", porta comunque a un accesso ai servizi per le dipendenze. Dall'altro parrebbe confermata la Gateway Theory (Kandel 1992; 2002) secondo la quale nei giovani il consumo di cannabis rappresenta una prima porta d'accesso al mondo delle droghe: infatti coloro che fanno uso di più di una sostanza hanno la cannabis come droga primaria. Considerato che il dato delle sostanze risulta mancante per oltre la maggior parte del dataset oggetto dello studio, per realizzare una lettura più complessiva della distribuzione delle sostanze tra i giovani che accedono al SerD è stata creata una nuova variabile di gruppo nella quale sono state accorpate le cinque variabili disponibili per la sostanza (sostanza primaria, e le quattro sostanze secondarie). La nuova variabile è stata denominata "sostanze d'uso" ed è stata utilizzata al fine di effettuare un'analisi complessiva delle sostanze più utilizzate e maggiormente presenti complessivamente. Come è possibile osservare per oltre la metà delle prese in carico vi è la

presenza della cannabis, seguita al secondo posto dall'eroina e dalla cocaina, con l'alcool che si colloca al quarto posto.

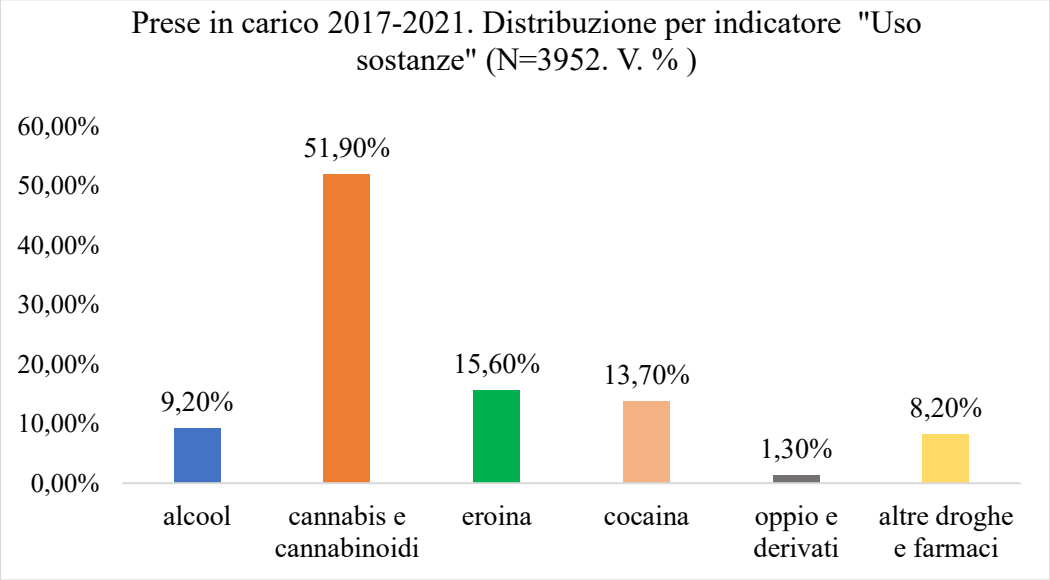


Grafico 6 Prese in carico 2017-2021. Distribuzione di frequenza della variabile gruppo "Uso sostanze" - unione di tutte le variabili sostanze (N=3952; valori percentuali)

La variabile "Sostanze d'uso" è stata utilizzata per realizzare delle analisi bivariate e osservare in modo più completo e articolato la distribuzione delle sostanze in relazione alla cittadinanza – italiana/straniera – al sesso, all'età, in termini di minorenni/maggiorenni e fasce di età. Rispetto alla cittadinanza italiana o straniera non emergono significative differenze (tab. 15): si rileva che tra i ragazzi-giovani di origine di straniera vi è una leggera prevalenza nell'uso di cocaina (5,4% in più) e alcol (3,9%) rispetto ai ragazzi con cittadinanza italiana. Invece, tra i giovani di origine italiana si rileva una leggera prevalenza nell'uso di "altre droghe e farmaci" (4,1%) rispetto a coloro con cittadinanza straniera.

Tabella 16 Tavola di contingenza variabile di gruppo "Uso Sostanze" per cittadinanza italiana/straniera.

Uso Sostanze*		Italiana	Straniera
alcool	%	13,40%	**17,30%**
cannabis e cannabinoidi	%	78,50%	76,00%
eroina	%	23,80%	21,70%
cocaina	%	19,90%	**25,30%**
oppio e derivati	%	1,90%	1,70%
altre droghe e farmaci	%	**13,00%**	8,90%

* Uso Sostanze = Variabile di gruppo

Maggiormente significative appaiono, nuovamente, essere le differenze nell'uso di sostanze tra le ragazze e i ragazzi. Infatti, come è possibile osservare dal grafico (7), le ragazze mostrano una

netta prevalenza nell'uso di eroina (45,1%), cocaina (29,4%) e altre droghe e farmaci (17,9%) mentre nei ragazzi è nettamente superiore l'uso di cannabis e cannabinoidi (84%).

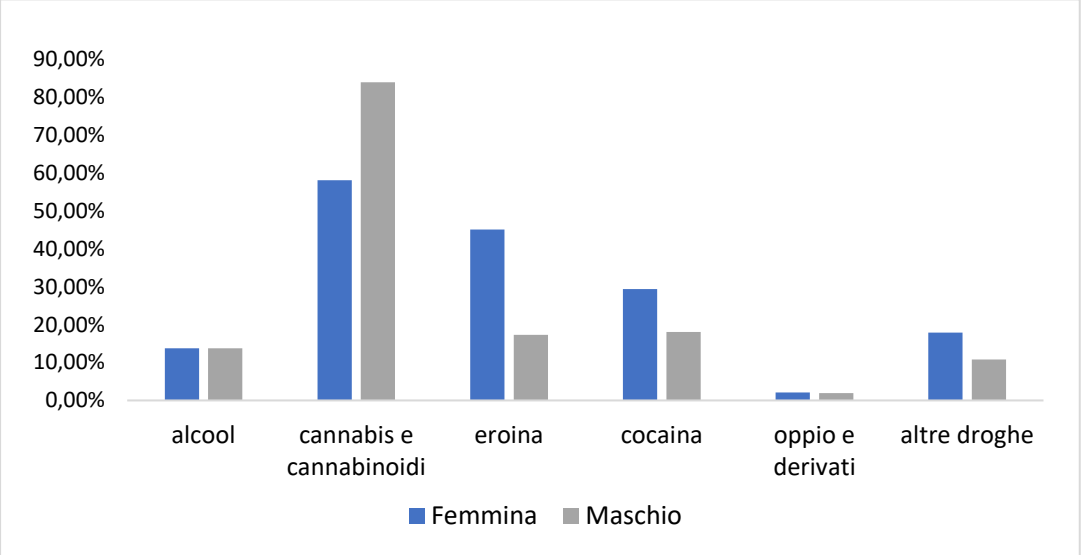


Grafico 7 Distribuzione tra maschi e femmine delle sostanze d'uso (sostanza primaria e secondarie raggruppate in variabile di gruppo.

Infine, osservando la distribuzione delle sostanze rispetto ai due gruppi di età, minorenni e maggiorenni (tab. 15), è possibile osservare come tra i minorenni la sostanza più diffusa e prevalente sia la cannabis e i cannabinoidi in generale, mentre nel gruppo dei maggiorenni prevalgono eroina e cocaina. Quest'analisi sembra confermare i dati precedenti di distribuzione dell'uso di sostanze: la cannabis appare infatti essere la prima e principale sostanza che i più giovani incontrano, approdando all'uso di sostanze comunemente definite "pesanti" nel divenire maggiorenni.

Tabella 17 Tavola di contingenza variabile di gruppo "Uso Sostanze" per suddivisione in gruppi minorenni/maggiorenni

*Uso Sostanze**	*minorenni*	*maggiorenni*
alcool	11,60%	15,80%
cannabis e cannabinoidi	**89,20%**	69,20%
eroina	15,20%	**30,10%**
cocaina	14,10%	**25,90%**
oppio e derivati	1,10%	2,60%
altre droghe e farmaci	8,90%	15,20%

*Uso sostanze, variabile di gruppo

Entrando maggiormente nel dettaglio e osservando come si distribuiscono le sostanze nelle tre fasce di età principali prese in considerazione – 10-14 / 15-19/ 20-24 – è possibile rilevare come l'uso di eroina e cocaina sia maggiormente presente per i ragazzi della fascia di età 20-24 anni, sebbene siano comunque presenti anche nella fascia di età 15-19 anni, in questa fascia spicca notevolmente la categoria della cannabis e cannabinoidi (tab. 16).

Tabella 18 Tavola di contingenza variabile di gruppo "Uso Sostanze" per suddivisione in fasce di età

*Uso Sostanze**		*dai 10 ai 14 anni*	*dai 15 ai 19 anni*	*dai 20 ai 24 anni*
Alcool	%	7,60%	12,70%	17,60%
Cannabis e cannabinoidi	%	**93,90%**	**84,10%**	62,40%
Eroina	%	13,60%	19,90%	**33,00%**
Cocaina	%	12,90%	17,30%	**29,50%**
Oppio e derivati	%	0,80%	1,50%	3,00%
Altre droghe e farmaci	%	2,30%	12,00%	15,10%

*Uso sostanze, variabile di gruppo

Incrociando l'Uso di sostanze complessivo con la scolarità non appaiono elementi di significativa differenziazione. Emergono invece delle differenze in relazione alla condizione professionale. Come osservabile (tab. 17) la cannabis e i cannabinoidi appaiono presenti in modo maggiormente rilevante tra gli studenti a differenza di eroina e cocaina che sono maggiormente presenti tra coloro che sono disoccupati.

Tabella 19 Tavola di contingenza variabile di gruppo "Uso Sostanze" per condizione professionale

		condizione professionale			
		studenti o inattivi	*disoccupato*	*occupato saltuariamente o stabilmente*	*Totale*
alcool	*V.A*	137	84	98	319
	%	12,4%	15,7%	15,6%	
cannabis e cannabinoidi	*V.A*	973	371	481	1825
	%	**87,9%**	69,3%	76,5%	
eroina	*V.A*	165	189	137	491
	%	14,9%	**35,3%**	21,8%	
cocaina	*V.A*	124	179	149	452
	%	11,2%	**33,5%**	23,7%	
oppio e derivati	*V.A*	13	22	9	44
	%	1,2%	**4,1%**	1,4%	
altre droghe e farmaci	*V.A*	95	116	77	288
	%	8,6%	21,7%	12,2%	
Totale	*V.A*	1107	535	629	2271

Le percentuali e i totali si basano sui rispondenti.
a. Gruppo

5.1.4 Le prese in carico dei SerD: considerazioni sulla durata dei percorsi e il numero delle prestazioni

Tra i dati disponibili per tutti i casi della matrice (6.082 prese in carico nel quinquennio 2017-2021) si ritrovano le informazioni afferenti alla data di inizio e fine del percorso/presa in carico da parte del SerD e il numero di prestazioni complessivamente effettuate.

Per meglio comprendere l'evolvere dei percorsi dei giovani presso il SerD un elemento importante attiene alla durata complessiva delle loro esperienze nel servizio[26]. Pertanto, sono state create tre nuove variabili a partire dalla data di inizio e fine percorso. Le tre nuove variabili esprimono la durate delle prese in carico in range di anni (fino a 1 anno; tra 1 e 3 anni; più di 3 anni). Prendendo in considerazione la variabile "durata presa in carico in giorni" emerge che i percorsi al SerD durano in media 342,81 giorni – poco meno di un anno solare– con una deviazione standard di 437,24. Per il 65% dei casi la durata della presa in carico è nel range di 1 anno; mentre nel 23% dei casi la durata del percorso con il SerD rientra nell'intervallo tra 1 e 3 anni.

Gli aspetti e le considerazioni più interessati connesse alla durata dei percorsi dei giovani che fanno uso di sostanze e che fanno accesso ai Servizi per le Dipendenze sono emersi dall'incrocio delle variabili "durata presa in carico" (giorni, anni, range) con le variabili: sesso; cittadinanza, età e le sostanze.

Per quanto concerne il sesso, osservando la durata della presa in carico (tab. 18) è possibile riscontrare come per le ragazze la media sia di 373,78 giorni – superiore alla media generale – mentre per i giovani di sesso maschile si assesta a 334,06 giorni. Grazie all'analisi del t-test è stato possibile confermare la significatività della durata maggiore per le ragazze rispetto ai ragazzi, probabilmente perché le ragazze, come riscontrato in precedenza, accedono maggiormente alle sostanze definite "pesanti", necessitando dunque di un percorso e un supporto più duraturo.

Tabella 20 T test durata della presa in carico (variabile dipendente) e sesso

	Genere	*N*	*Media*	*Deviazione std.*	*Errore std.*	*t*	*Sign.*	*p*
Durata presa in carico (gg)	*Femmina*	1360	373,78	457,234	12,398	2,953	,010	,002
	Maschio	4719	334,06	431,026	6,274			

Rispetto all'influenza della cittadinanza nella durata della presa in carico, l'analisi della varianza (tab. 19) ha messo in luce la presenza di una differenza statisticamente significativa (F= 8,290, p. <,001) che il test post hoc ha mostrato essere riferita a coloro di cittadinanza italiana, africana ed europea. Per le prese in carico afferenti a giovani con una cittadinanza italiana la durata

[26] Si evidenzia che, in assenza nel dataset di una variabile che consenta in modo chiaro e univoco di identificare le prese in carico concluse, le analisi e le riflessioni sulla durata dei percorsi sono parziali e stimate sulla base della data dell'ultima prestazione ricevuta,

complessiva della presa in carico risulta essere maggiore. Emerge, all'opposto, una significativa differenza nella durata dei percorsi per coloro con una cittadinanza africana che si trovano a realizzare percorsi molto più brevi rispetto a coloro con una cittadinanza italiana.

Tabella 21 Analisi della varianza. Variabile dipendente Durata presa in carico in giorni; fattore/v. indipendente cittadinanze.

Durata presa in carico in giorni

Cittadinanze	*V.A.*	*Media*	*Dev. std.*	*Errore std.*	*F*	*p*
Italiana	5027	**359,77**	450,594	6,355		
Europea	211	**242,07**	355,924	24,503		
Americana	214	310,73	388,618	26,565		
Africana	340	**241,60**	329,705	17,881	8,29	<,001
Asiatica	118	283,49	370,455	34,103		
ND	9	170,11	262,806	87,602		
Totale	5919	345,21	439,020	5,706		

Per quanto concerne l'influenza dell'età rispetto alla durata della presa in carico, è stata verificata l'influenza sia rispetto ai soggetti minorenni / maggiorenni che rispetto alle tre fasce di età. Per i minorenni la durata della presa in carico in media è di 419,89 giorni mentre per i maggiorenni 284,08. Il gruppo di minorenni, dunque, ha un'esperienza più lunga all'interno dei servizi per le dipendenze (tab. 20).

Tabella 22 Confronto tra le medie di durata della presa in carico in giorni tra i minorenni e i maggiorenni

		V.A.	*Media*	*Dev. std.*	*t*	*p.*
Durata presa in carico (gg)	*Minorenni*	2630	419,89	480,007	12,144	<.001
	Maggiorenni	3452	284,08	391,629		

Dall'analisi della varianza effettuata con variabile dipendente la durata della presa in carico in giorni e fattore "fasce di età" (10-14 / 15-19/ 20-24) è emersa la presenza di una significativa differenza tra i gruppi (F= 04,855; p. <,001); tramite il test post hoc è stato possibile riscontrare che la fascia di età di coloro che hanno tra i 20 e i 24 anni presenta una durata della presa in carico significativamente inferiore rispetto alle altre due. La durata del processo di recupero è maggiore in particolare per i giovani adolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni. Quindi, all'aumentare dell'età, la durata del percorso di cura diminuisce: esiste infatti una relazione inversamente proporzionale tra le due variabili.

Infine, è interessante osservare come si differenzia e varia la durata della presa in carico in relazione alla sostanza primaria di utilizzo da parte degli adolescenti. Anche in questo caso è possibile affermare che la durata della presa in carico è significativamente influenzata dalla sostanza primaria di utilizzo (F=18,618; sig. <,001). Come è possibile osservare dal confronto in tabella (22) l'eroina è la sostanza per la quale si verifica una presa in carico significativamente più duratura rispetto ad alcool, cannabis e cocaina.

Tabella 23 Confronto tra le medie, variabile dipendente durata presa in carico in giorni; variabile indipendente (fattore) sostanza primaria. Solo sostanze da cui emerge significatività

Durata presa in carico in GIORNI

Sostanza primaria	*N*	*Media*	*Dev. std.*	*Errore std.*	*F*	*p*
Alcool	97	243,84	320,594	32,551		
Cannabis e cannabinoidi	1739	342,83	428,386	10,273		
Eroina	540	**547,54**	556,732	23,958		
Cocaina	179	**410,78**	466,030	34,833	18,618	<,001
Oppio e derivati	14	307,07	301,837	80,669		
Altre droghe e farmaci	48	385,19	481,865	69,551		
Totale	2617	386,63	465,197	9,094		

Durata presa in carico in giorni

(I) Sostanza primaria	*(J) Sostanza primaria*	*Differenza della media (I-J)*	*Errore std.*	*Sig.*
Alcool	*Eroina*	-303,700*	50,458	<,001
Cannabis e cannabinoidi	*Eroina*	-204,710*	22,541	<,001
Eroina	*Alcool*	303,700*	50,458	<,001
	Cannabis e cannabinoidi	204,710*	22,541	<,001
	Cocaina	136,753*	39,463	0,008
Cocaina	*Eroina*	-136,753*	39,463	0,008

Nella cartella informatizzata i professionisti del SerD dovrebbero registrare tutte le prestazioni (sanitarie/mediche, infermieristiche, sociali/educative, psicologiche) che vengono realizzate con e per la persona. Si utilizza il condizionale anche a fronte dei confronti avvenuti in fase di rilevazione con alcuni direttori dei Dipartimenti per le Dipendenze e con alcuni operatori dai quali

è emersa la presenza di una diversità territoriale regionale e dei singoli professionisti nel registrare in modo più o meno puntuale tutte le prestazioni. In termini "contenutistici" non è possibile distinguere le prestazioni rispetto all'area/tipologia (sanitaria/infermieristica; sociale; psicologica) in quanto il dataset forniva unicamente la variabile "numero di prestazioni". Il dato consente comunque di formulare delle possibili letture grazie alle analisi in combinazione con le altre variabili.

In primo luogo, il numero di prestazioni registrato va da un minimino di 1 a un massimo di 3.089, la media delle prestazioni fornite per singola presa in carico si attesta a 71,30 con una deviazione standard di 166,5. Il numero di prestazioni è stato confermato essere variabile dipendente, infatti, il dato è influenzato dalle variabili: sostanza primaria, sesso, età e cittadinanza.

In termini di sostanza, come avvenuto per la durata della presa in carico, emerge nuovamente la significatività dell'eroina nell'influenzare, oltre alla durata, anche il numero di prestazioni ricevute (F= 75,646; p.<,001).

Per quanto concerne il fattore "sesso" questo risulta essere influente anche rispetto alla variabile numero di prestazioni (t= 5,632; p.<,001): le ragazze ricevono un numero maggiore di prestazioni rispetto agli adolescenti maschi (tab. 22).

Tabella 24 T test, variabile dipendente numero di prestazioni, fattore genere.

	sesso	*V.A.*	*Media*	*Deviazione std.*	*t*	*F*	*Sign.*
n° prest.	*Femmina*	1360	93,69	197,667	5,6325	60,747	<,001
	Maschio	4719	64,88	155,934			

Per quanto concerne l'età dei giovani adolescenti che fanno accesso al SerD e al numero di prestazioni ricevute emerge una significativa differenza tra il gruppo di adolescenti nella fascia di età 15-19 e quelli nella fascia 20-24 (F= 15,371; sign. <,001): i primi ricevono un numero maggiore di prestazioni. Questo dato è confermato anche dal confronto con i due gruppi minorenni/maggiorenni in cui emerge un maggior numero di prestazioni a favore dei primi (tab.23)

Tabella 25 T test, statistiche di gruppo. Variabile dipendente numero di prestazioni, fattore minorenni vs maggiorenni

		V.A.	*Media*	*Dev. std.*	*F*	*Sign.*	*t*
n° prest.	*minorenni*	2630	79,47	176,9	9,492	0,002	3,343
	maggiorenni	3452	65,07	157,976			

Infine, anche la cittadinanza (tab.24), classificata in termini di giovani italiani o con origine straniera, rappresenta un fattore influenzante il numero di prestazioni ricevute per i giovani

adolescenti in carico. Coloro che hanno un'origine straniera ricevono, infatti, meno prestazioni di coloro con cittadinanza italiana.

Tabella 26 Test T statistiche di gruppo. Variabile dipendente numero di prestazioni, fattore cittadinanza italiana vs straniera.

		V.A.	*Media*	*Dev. std.*	*F*	*Sign.*	*t*
n° prest	*Italiana*	5027	75,44	171,616	21,562	<,001	3,227
	Straniera	892	55,75	145,197			

5.1.5 Il modello di regressione

È stata effettuata un'analisi di regressione lineare multipla (tab.25) ponendo come variabile dipendente il "numero di prestazioni" registrate per ogni presa in carico e immettendo quali costanti – variabili indipendenti – le seguenti variabili: sesso, scolarità, convivenza, età; cittadinanza italiana/straniera e sostanza primaria. L'analisi ha confermato e messo in luce che le variabili sesso, età, sostanza primaria e poliuso, influenzano e sono significative nel determinare la variabile dipendente. Ciò sembrerebbe significare che le donne, coloro che sono nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni e coloro che fanno uso di eroina, cannabis o cocaina richiedono un percorso presso i servizi con un numero maggiore di prestazioni e interventi.

Tabella 27 Modello della regressione. Variabile dipendente n° di prestazioni; variabili indipendenti genere, fasce di età, sostanza primaria, numero di sostanze di utilizzo

Model	*B*	*Errore std*	*Beta*	*t*	*Sign.*
(Costanti)	84,683	22,453		3,772	<,001
Genere	-32,108	8,134	-,075	-3,948	<,001
Fasce di età	-32,263	6,276	-,098	-5,141	<,001
Sostanza primaria	36,835	4,278	,174	8,611	<,001
Numero di sostanze	24,817	3,810	,129	6,514	<,001

a. Variabile dipendente: n° di prestazioni
F 53,841 - Sign <.001

L'aumento del numero di prestazioni nella fascia di età 15-19, che presenta un consumo prevalente di cannabis potrebbe essere connesso a un elevato numero di controlli delle urine che nei servizi viene realizzato per mantenere costantemente sotto controllo la prosecuzione o l'abbandono del comportamento di assunzione e potrebbe essere connesso anche a percorsi di presa in carico nell'ambito della tutela dei minori o della giustizia penale che prevedono un lavoro integrato con altri servizi, richiedendo dunque maggiori incontri di equipe e monitoraggio. La realizzazione di una presa in carico integrata tra più servizi, insieme all'uso di sostanza

comunemente definite "più pesanti" – eroina, cocaina – per le ragazze di sesso femminile potrebbe altresì spiegare il loro ricevere maggiori prestazioni.

5.2 Tabelle di sintesi GEDI – altri dati sull'utenza adolescenziale SerD 2017-2021

Come anticipato nel quarto capitolo a carattere metodologico l'analisi delle cartelle informatizzate dei SerD attraverso l'estrapolazione dei dati dal software GEDI in dotazione a tutti i SerD ha consentito l'accesso a due macro-tipologie di dati: il dataset in formato matrice e delle tabelle di sintesi per indicatori selezionati che mostrano il dato in termini di soggetti totali con una cartella attiva e aperta nel periodo di interesse. Nelle tabelle di sintesi il dato è mostrato indicando oltre ai "soggetti totali assistiti" riferiti al periodo e alle caratteristiche richieste, a cui si aggiunge la specifica di "soggetti nuovi", dunque persone alla prima presa in carico, "soggetti già in carico", dunque persone la cui presa in carico da parte del servizio ha avuto inizio precedentemente al periodo indicato, e, infine, "soggetti rientrati" riferendosi a persone che hanno riavviato un percorso a seguito di una precedente esperienza, conclusa o interrotta. Sebbene non sia stato possibile analizzare tali dati insieme al dataset presentato in precedenza, realizzando delle analisi combinate, si ritiene comunque interessate osservare le distribuzioni delle variabili principali attinenti in particolar modo alle fonti di invio, alla presenza di terapia farmacologica a supporto del percorso di recovery, motivo di chiusura della cartella e conclusione del percorso.

5.2.1 Fonte di invio

Le fonti di invio (tab. 26) complessivamente disponibili e rilevate dal programma, nelle diverse sedi, riportavano 36 diciture diverse sono quindi state semplificate e unite ridotte[27] per giungere a 13 etichette. I dati disponibili fanno riferimento a una popolazione di 7.671 soggetti, di cui 5970 maschi. Sono presenti i dati sulle fonti di invio per un totale di 7634 situazioni in carico.

[27] Per un approfondimento in merito si rimanda alla Nota Metodologica allegata

Tabella 28 Fonti di invio quinquennio 2017-2021 suddivise per soggetti totali; nuove prese in carico; "rientrati": prese in carico che si erano interrotte e sono state riprese.

FONTI DI INVIO AGGREGATE	Soggetti Totali		Nuovi		Rientrati	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Spontaneo	1319	17,3%	1110	17,4%	84	17,6%
Familiari	1024	13,4%	782	12,3%	84	17,6%
Prefettura - Magistratura (artt. 121, 75, 90 e 94) - TM	1758	23,0%	1533	**24,1%**	90	18,9%
Invio da parte di un medico	238	3,1%	190	3,0%	17	**3,6%**
Pronto Soccorso, altri reparti ospedalieri, ospedale militare	700	9,2%	642	**10,1%**	25	5,3%
Consulenze - prestazioni occasionai - lavoratori	21	0,3%	10	0,2%	8	**1,7%**
UEPE - arresti domiciliari - carcere	402	5,3%	351	5,5%	15	3,2%
Forze dell'ordine	39	0,5%	28	0,4%	6	1,3%
SerD (+ trasferimento intra-extra regione + unità di strada)	629	8,2%	547	8,6%	30	6,3%
Altri servizi pubblici (ulss e non ulss)	784	10,3%	610	9,6%	70	**14,7%**
Servizio privato- sociale	173	2,3%	145	2,3%	11	2,3%
Altro (Altro, centro prima accoglienza, commissione patenti, altro utente)	539	7,1%	419	6,6%	36	7,6%
Non rilevato - sconosciuto	8	0,1%	5	0,1%	0	0,0%
Totale	**6372**	**100%**	**6372**	**100%**	**476**	**100%**

Osservando le distribuzioni delle differenti fonti di invio è possibile osservare che le prime tre fonti di invio di adolescenti e giovani adulti verso il SerD sono: invio da parte di organi del Ministero della Giustizia, ricomprendente Prefettura, Magistratura con riferimento in particolare a quanto previsto dagli articoli 121-75 - 90- 94, e Tribunale per i Minorenni. Al secondo posto vi è l'accesso spontaneo, seguito dall'invio da parte di familiari. Si tratta dati che alla lettura appaiono coerenti con le specificità della presa incarico di adolescenti e giovani adulti nei SerD (Rowe e Liddle, 2006; Relazione al Parlamento, 2020)

Tale distribuzione trova scarsa differenziazione se si guarda nello specifico ai nuovi utenti e ai soggetti rientrati, risulta pertanto stabile, sebbene con una lieve superiorità nei "soggetti nuovi" l'accesso su invio della Prefettura-Magistratura. L'invio al SerD dal pronto soccorso e da reparti ospedalieri risulta essere la quarta fonte di invio per ordine di frequenza. L'accesso al pronto soccorso e a reparti ospedalieri richiama la possibilità di eventi acuti di abuso di sostanze, aspetti che si riscontrano nelle esperienze adolescenziali e giovanili connessi ai contesti del divertimento. L'invio da parte di Servizi del Privato Sociale è anch'esso stabile tra nuovi e rientrati collocando al 2,3%. Si sottolinea invece come l'invio da parte di un medico e le consulenze - accesso

principalmente connesso ai controlli per i soggetti lavoratori - risultino frequenti principalmente per tra i “soggetti rientrati”.

Di seguito si riporta la tabella contenente tutte le fonti di invio non unificate.

Tabella 29 Fonti di invio tutte - quinquennio 2017-2021

FONTI DI INVIO - TUTTE	Soggetti Totali		Nuovi		Rientrati	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Altri reparti ospedalieri	643	8,4%	592	9,3%	22	4,6%
Altri servizi pubblici non ulss	303	4,0%	230	3,6%	29	6,1%
Altri servizi ulss	481	6,3%	380	6,0%	41	8,6%
Altro utente	451	5,9%	339	5,3%	31	6,5%
SerD	572	7,5%	501	7,9%	21	4,4%
Trasferimento temp. da altro serT (extra Regione)	11	0,1%	10	0,2%	1	0,2%
Trasferimento temp. da altro serT (intra Regione)	21	0,3%	20	0,3%	1	0,2%
Altro utente	2	0,0%	2	0,0%	0	0,0%
Arresti domiciliari	5	0,1%	4	0,1%	0	0,0%
Carcere	380	5,0%	330	5,2%	15	3,2%
Centro di prima accoglienza	47	0,6%	42	0,7%	4	0,8%
Commissione patenti	39	0,5%	36	0,6%	1	0,2%
Familiari	1.024	13,4%	782	12,3%	84	17,6%
Segnalazioni Prefettura art. 121	869	11,4%	785	12,3%	33	6,9%
Segnalazioni Prefettura art. 75	761	10,0%	655	10,3%	48	10,1%
Prefettura	32	0,4%	15	0,2%	5	1,1%
Magistratura	16	0,2%	16	0,3%	0	0,0%
Magistratura art. 90	47	0,6%	32	0,5%	3	0,6%
Magistratura art. 94 (ex art. 47 BIS)	27	0,4%	24	0,4%	1	0,2%
Medico di base	174	2,3%	136	2,1%	11	2,3%
Medico privato	64	0,8%	54	0,8%	6	1,3%
Non rilevato/ Sconosciuto	8	0,1%	5	0,1%	0	0,0%
Polizia/Carabinieri	39	0,5%	28	0,4%	6	1,3%
Pronto Soccorso	54	0,7%	47	0,7%	3	0,6%
Servizio privato-sociale	173	2,3%	145	2,3%	11	2,3%
Spontaneo - volontario	1.318	17,3%	1.110	17,4%	84	17,6%
Unità di strada	25	0,3%	16	0,3%	7	1,5%
Libertà	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Uepe	17	0,2%	17	0,3%	0	0,0%
Prestazioni occasionali	4	0,1%	4	0,1%	0	0,0%
Lavoratori	4	0,1%	3	0,0%	1	0,2%
Consulenze	13	0,2%	3	0,0%	7	1,5%
TM provvedimento penale	4	0,1%	4	0,1%	0	0,0%
TM programma terapeutico concordato con serd	2	0,0%	2	0,0%	0	0,0%
Ospedale militare	3	0,0%	3	0,0%	0	0,0%
Totale	***7634***	***100%***	***6.372***	***100%***	***476***	***100%***

5.2.2 Sostanze d'abuso

In considerazione della parzialità della presenza del dato relativo alle sostanze di utilizzo nel dataset in precedenza esaminato, si è operato all'estrapolazione delle tabelle di sintesi anche delle variabili specifiche e singole relative non solo alle sostanze di utilizzo ma anche ai comportamenti di uso e dunque alle modalità con cui le sostanze vengono assunte.

Come è possibile osservare (tab. 28) cannabis/cannabinoidi risultano essere la sostanza maggiormente diffusa seguita dall'eroina e dalla cocaina (separata dal crack risulta essere di poco inferiore all'eroina), al quarto posto si trova l'alcol. I dati, qui riferiti a tutte le prese in carico con prestazioni del periodo 2017-2021 – a differenza dei dati disponibili nella matrice – confermano in termini di diffusione e distribuzione, i dati visti in precedenza.

Tabella 30 Distribuzione di frequenza delle sostanze di abuso tra soggetti nuovi, già in carico, rientrati e totali, valori assoluti e valori % su soggetti totali. Elaborazione da tabelle di sintesi Gedi

	Prese in carico 2017-2021 soggetti nuovi, già in carico, rientrati e totali per fasce di età e sesso relativi alla variabile "sostanze di abuso tutte"				
	10-14	*15-19*	*20-24*	*F*	*M*
Nuovi	0%	23%	77%	25%	75%
Già in carico	0%	2%	98%	25%	73%
Rientrati	0%	1%	99%	27%	73%
Soggetti totali	0,2%	19,7%	80,1%	25%	75%

	Cannabinoidi	*Eroina*	*Cocaina e crack*	*Alcool*	*Ecstasy ed analoghi*	*Amfetamine e Metamfetamine*	*Ketamina*	*Allucinogeni/LSD /altri allucinongeni*	*Altre sostanze*	*N.D.*
Nuovi	2935	851	866	540	110	89	67	90	234	1824
Già in carico	357	113	100	39	18	16	7	18	30	165
Rientrati	174	63	61	31	14	3	3	10	11	26
Totali	3466	1027	1027	610	142	108	77	118	275	2015
%	39,1%	11,6%	11,6%	6,9%	1,6%	1,2%	0,9%	1,3%	3,1%	22,7%

5.2.3 Modalità di assunzione

Tra le informazioni che possono essere registrate all'interno della cartella informatizzata in dotazione ai SerD vi è la specifica rispetto alle modalità di assunzione della – o delle sostanze – di utilizzo. Il dato, anche in questo caso, è incompleto e parziale in quanto fa riferimento a 4.350 prese in carico di persone under 24 nel periodo 2017-2021 riportando un dato totale di 4348 modalità di assunzione. Nel grafico (8) sottostante, è possibile osservare la distribuzione di frequenza – espressa in valori percentuali – delle modalità di assunzione adottate. Coerentemente con quelle che sono le prime tre sostanze più diffuse in tutte le analisi condotte, cannabis/cannabinoidi, eroina e cocaina, le tre principali modalità di assunzione più rappresentate risultano essere per via "fumata", "endovenosa" e "sniffata".

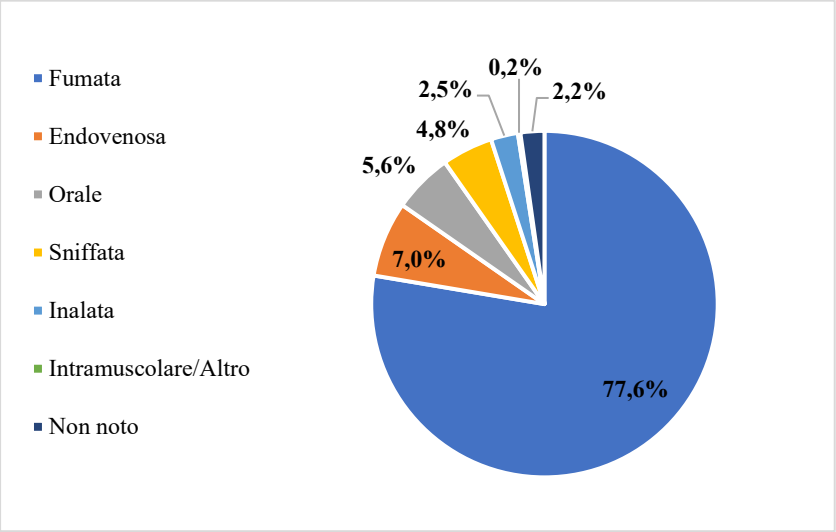


Grafico 8 Distribuzione di frequenza della modalità di assunzione della sostanza tra i soggetti totali. Elaborazione grafica su tabella di sintesi GEDI

Osservando se e come si differenzi il dato tra coloro che sono soggetti "nuovi" all'avvio del percorso con il servizio, coloro che sono già "in carico" da più di un anno e coloro che sono "rientrati" è possibile riscontrare (tab. 29) in primis che non vi sono differenze sostanziali nell'ordine di diffusione delle differenti modalità di assunzione delle sostanze tra coloro che hanno appena avviato un percorso con il SerD e coloro che hanno fatto accesso al servizio da più tempo o che sono "rientrati" a seguito di percorsi già avviati in precedenza. In secondo luogo è rilevabile una riduzione graduale delle modalità di assunzione: questo può voler significare, da un lato, una "eliminazione" dei comportamenti di assunzione, dall'altro una riduzione degli stessi, in particolar modo ove presente un poliuso.

Tabella 31 Elaborazione Tabella di sintesi GEDI. Distribuzione di frequenza in valori % delle modalità di assunzione delle sostanze tra soggetti "nuovi", "già in carico" e "rientrati"

	Modalità di assunzione delle sostanze							
	Fumata	*Endovenosa*	*Orale*	*Sniffata*	*Inalata*	*Intramuscolare /Altro*	*Non noto*	*Tot*
nuovi	66,8%	5,8%	4,9%	4,2%	2,1%	0,2%	1,8%	85,9%
già in carico	7,4%	0,8%	0,4%	0,4%	0,3%	0,0%	0,2%	9,5%
rientrati	3,5%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	4,6%
				100,0%				100%

5.2.4 Motivo di dimissioni

Un aspetto che si è ritenuto importante indagare concerne la conclusione dei percorsi di aiuto all'interno dei SerD. Il software GEDI a tal riguardo individua per ogni situazione in carico il "motivo di dimissioni" e dunque la motivazione indicata dall'operatore – tra le alternative fisse disponibili – a chiusura del percorso e della presa in carico. I dati rispetto al motivo di dimissioni si riferiscono a 6.176 prese in carico totali articolate per fasce di età e per sesso come nella tabella di seguito riportata (tab. 32).

Tabella 32 Prese in carico 2017-2021. Caratteristiche di sesso e fasce di età dei soggetti nuovi, già in carico, rientrati e totali richiamati per motivo di dimissioni.

	fasce di età			
	10-14	15-19	20-24	TOT
nuovi	0%	23%	77%	100%
già in carico	0%	2%	98%	100%
rientrati	0%	3%	97%	100%
soggetti totali assistiti	0%	20%	80%	100%

	sesso			
	F	M	ND	TOT
nuovi	20%	80%	0%	100%
già in carico	21%	79%	0%	100%
rientrati	15%	85%	0%	100%
soggetti totali assistiti	20%	80%	0%	100%

Dall'analisi dei motivi di dimissione per il quinquennio oggetto di studi (tab.33) è emerso che maggioranza delle situazioni, il 47%, il percorso degli adolescenti con il SerD si conclude per "fine del trattamento", mentre nel 27% dei casi si riscontra un abbandono, interruzione anticipata del percorso avviato.

Tabella 33 Distribuzione di frequenza del motivo di dimissioni (chiusura dei percorsi presso il SerD) tra i soggetti totali in carico nel periodo 2017-2021. Elaborazione su tabella di sintesi GEDI

	ND	*Fine /Monit.*	*Abbandono*	*Trasferimento*	*Decesso*	*Altri*	*Interruz. Anticip.* *(allontanamento, carcercazione)*	*Libertà*	*Amministrativa*	*Tot. V.A.*
Nuovi	7	2434	1402	566	566	809	35	15	13	5296
Già in carico	0	350	169	38	38	57	1	0	6	624
Rientrati	0	108	88	20	20	36	3	0	0	256
Soggetti tot.	7	2892	1659	624	624	902	39	15	19	6176
Tot %	0%	47%	27%	10%	10%	15%	1%	0%	0%	100%

Volendo osservare il dato più approfonditamente è possibile vedere come si differenziano le motivazioni di chiusura del progetto tra le tre tipologie di utenze che il sistema rileva: nuovi utenti, utenti già in carico, utenti rientrati. I soggetti rientrati rappresentano il 4 % delle prese in carico totali. I nuovi utenti sono la maggioranza, l'86%, con solo un 10% di utenti in carico già in carico. Emerge una percentuale costante tra le tre tipologie di utenti (nuovi, già in carico, rientrati) che oscilla tra lo 0,3 e lo 0,5 % di chiusure delle prese in carico per decesso. Considerando i dati relativi ai motivi di dimissioni dell'intero periodo preso in considerazione (tab. 34) – il quinquennio 2017-2021 - emerge che la principale motivazione di dimissioni è la fine del trattamento, dunque ad indicare un percorso che è giunto alla sua conclusione. Risulta significativo che la percentuale maggiore di fine trattamento si riscontri entro la tipologia di utenti "già in carico" anche a indicare - come da altri dati emersi - percorsi di una durata superiore all'anno. La seconda importante motivazione di chiusura delle prese in carico è data dalla decisione di abbandonare il percorso intrapreso. Osservando nello specifico l'abbandono emerge una distribuzione alquanto omogenea tra le tipologie di utenti in carico: infatti le percentuali si distribuiscono in modo similare tra nuovi utenti in carico, soggetti già in carico e soggetti rientrati, riscontrando comunque una maggiore presenza di abbandono nei soggetti rientrati. È poi presente, sebbene con percentuali molto contenute la voce "interruzione anticipata" con la specifica "allontanamento" "carcerazione" o "altro". Il dato è stato mantenuto come presente nelle estrapolazioni nonostante l'ipotesi di una possibile aggregazione alla motivazione dell'abbandono. Se da un lato l'interruzione anticipata possa sembrare non connessa alla volontà della persona, in particolare con la specifica "carcerazione", dall'altro la specifica "allontanamento" porta a presuppore una volontà di abbandono della persona. Tale elemento è riconducibile a una delle principali criticità della rilevazione effettuata frutto dell'assenza di modalità condivise, linee guida di registrazione del dato a livello regionale.

Tabella 34 Prese in carico 2017-2021, distribuzione del "motivo di dimissioni" tra soggetti nuovi, già in carico, rientrati e per soggetti totali.

	ND	*Fine tratt./ monitor.*	*Abbando no*	*Trasferime nto*	*Deces so*	*Altri*	*Interr. Anticip.*	*Liber tà*	*Amministrat iva*	*Tot*
nuovi	0,10 %	*__46,0%__	26,50%	10,70%	0,30%	15,30 %	0,70%	0,30 %	0,20%	100 %
già in carico	0,00 %	56,10%	27,10%	6,10%	**0,50%**	9,10 %	0,20%	0,00 %	1,00%	100 %
rientrati	0,00 %	42,20%	*__34,4%__	7,80%	0,40%	14,10 %	*__1,2%__	0,00 %	0,00%	100 %
soggetti totali	0,10 %	46,80%	26,90%	10,10%	0,30%	14,60 %	0,60%	0,20 %	0,30%	100 %

5.3 Discussione

Partendo dall'obiettivo che ha guidato la realizzazione della presente analisi secondaria delle cartelle sociali informatizzate dei giovani under24 dei SerD del Veneto è possibile, in primo luogo, confermare l'aumento della presenza dei giovani nel corso degli anni. Infatti, le prese in carico appaiono in crescita continua dal 2013, registrando una lieve contrazione nel 2020 compatibile con il periodo pandemico e il lockdown e registrata anche a livello internazionale (Relazione al Parlamento, 2022). In secondo luogo, rispetto alla distribuzione per età si conferma una presenza di ragazzi e ragazze molto giovani, con alcune prese in carico che hanno avvio già dai 13 anni. Rispetto a tale dato si osserva come le prese in carico di persone con età 13-14-15 sono andate crescendo dal 2013 al 2018 per poi stabilizzarsi dal 2019.

Rispetto alla distribuzione per sesso e per cittadinanza si rileva una coerenza con i dati rilevati a livello nazionale e dunque con una netta prevalenza di persone di sesso maschile e cittadinanza italiana. Entrando più nello specifico del sesso e della cittadinanza è possibile osservare come entro il gruppo di persone con cittadinanza straniera il rapporto maschi – femmine è ancora più marcato rispetto al gruppo con cittadinanza italiana con una più elevata presenza di ragazzi di sesso maschile. Il dato porta a chiedersi se le ragazze con origine straniera siano meno propense a comportamenti di uso e dipendenza o se per queste sia più complesso l'accesso ai servizi.

Osservando i dati relativi alla distribuzione delle sostanze tra le prese in carico dei SerD di giovani under 24 è emersa un'ampia diffusione e dominanza della cannabis che appare presente trasversalmente sia nel gruppo dei ragazzi che delle ragazze – sebbene con percentuali inferiori – ma anche tra il gruppo di coloro che hanno una cittadinanza italiana oppure straniera. Stupisce, invece, la minor rilevazione della presenza di abuso di alcolici che percentualmente si colloca dopo cannabis, eroina e cocaina. Tale dato porta a chiedersi se ci sia un effetto di sottostima dell'alcol, in qualità di sostanza legale, di ampia diffusione nella convivialità, o se effettivamente i giovani consumino con modalità meno prevalenti l'alcol.

I dati sulle sostanze paiono confermare alcuni elementi della letteratura di riferimento, sebbene con alcune cautele. In particolare, paiono confermare la Gateway Theory (Kandel 1992; 2002) secondo la quale nei giovani il consumo di cannabis rappresenta una prima porta d'accesso al

mondo delle droghe. Effettivamente l'insieme empirico analizzato mostra l'ampia diffusione della cannabis come droga primaria, ma spesso è anche l'unica droga di consumo. Infatti, nei casi in cui il dato sulla sostanza è disponibile, il 69% di questi presenta il consumo di una sola sostanza. Bisogna esercitare cautela in considerazione del fatto che il dato sulle sostanze è parzialmente presente nel dataset e sarebbero necessari ulteriori dati aggiornati per validare o rigettare effettivamente tale teoria.

Come si è osservato, emerge la rilevanza del sesso nell'influenzare alcuni aspetti significativi quali la durata del percorso, il numero di prestazioni, la tipologia di sostanze. Si tratta di un elemento che sembra essere in linea con la letteratura. Le ragazze in carico ai SerD consumano in prevalenza cocaina ed eroina e presentano dei percorsi significativamente più lunghi e con più prestazioni rispetto ai coetanei. In letteratura, infatti, viene evidenziato come il connubio tra sostanze e genere femminile sia caratterizzato da una maggiore problematicità nelle conseguenze sui consumi oltre che un background socio familiare complesso e richiede una specifica strutturazione di (Molteni, 2013).

Dal confronto sulle durate delle prese in carico tra le fasce di età è emerso che per coloro che sono nella fascia di età 20-24 anni la durata del percorso risulta essere significativamente più corta, e che all'aumentare dell'età, la durata del percorso di cura diminuisce. Questo dato fa supporre che nonostante si verifichi l'accesso ai servizi "precoce" in termini di età i percorsi risultano essere più lunghi e ci si chiede quindi se presentino elementi di maggiore complessità e difficoltà. Altro aspetto da considerare concerne l'eventuale "obbligo" di frequenza del servizio che può presumibilmente essere presente per i giovani minorenni – per motivazioni legate all'autorità giudiziaria o alla decisione in capo ai genitori – e che viene meno per coloro nella fascia di età superiore. Un altro possibile elemento attiene alla motivazione e alla volontà di intraprendere un percorso: potenzialmente i più giovani possono essere meno "ingaggiati" in un percorso di cambiamento e questo può portare a un dilatarsi del percorso; mentre coloro che sono più grandi potrebbero essere giunti a una maggiore convinzione che porta a percorsi meno duraturi. Un terzo elemento che potrebbe agire in tale panorama è legato al fattore umano e dunque agli operatori e al loro atteggiamento che potrebbe essere di maggiore cura, attenzione e protezione verso coloro che sono più giovani, aspetto riscontrato anche in altre ricerche (Selseng 2015, 2018). Non avendo elementi sulle motivazioni di chiusura dei percorsi e sulle caratteristiche di avvio degli stessi, nello specifico a fronte di accesso spontaneo o in una cornice di obbligo, non risulta possibile con i dati disponibili identificare una spiegazione al dato.

Un ulteriore elemento di riflessione è suggerito dai risultati circa l'influenza che parrebbe essere agita dalla cittadinanza, italiana o straniera. Da varie analisi si è osservata la presenza di una differenza statisticamente significativa tra il gruppo di coloro che hanno una cittadinanza italiana e il gruppo di quanti hanno una cittadinanza straniera. Questa differenza è osservabile sia nelle variabili sociodemografiche, che vedono coloro con una cittadinanza straniera possedere titoli di

studio inferiori rispetto ai coetanei autoctoni, avere condizioni di convivenza meno favorevoli considerata l'età, e dunque meno frequentemente in famiglia. Si osservano poi diversità nel percorso presso i SerD, infatti osservando il dato sulla durata delle prese in carico e il numero di prestazioni ricevute emerge come coloro che hanno una cittadinanza non italiana ricevano meno prestazioni e la durata della presa in carico sia inferiore. Il dato porta a chiedersi le motivazioni di ciò, che non paiono essere imputabili alla tipologia di sostanza di consumo in quanto non sono state rilevate differenze significative in tal senso. Alcune ipotesi potrebbero essere connesse da un lato a una minor fiducia nei servizi e dunque a possibili abbandoni, nonché alla presenza di eventuali *bias* negli operatori. È importante rilevare che coloro che risultano in carico nei SerD con cittadinanza straniera si collocano principalmente nella fascia di età 15-19, in connessione al dato sulla maggiore convivenza in strutture, si potrebbe supporre che si tratti di adolescenti inseriti in percorsi di protezione e tutela dei minori ma i dati disponibili non consentono una chiara lettura di tali aspetti che si ritiene possano e debbano essere maggiormente indagati.

Capitolo sesto
I risultati delle interviste agli assistenti sociali dei SerD.
La prospettiva e le rappresentazioni nel lavoro con gli adolescenti

Questo capitolo si concentra sui risultati della seconda ricerca condotta secondo l'approccio partecipativo con l'obiettivo di rilevare conoscere e approfondire esperienze, pratiche, prospettive degli assistenti sociali dei SerD rispetto alla relazione di aiuto con adolescenti che fanno uso di sostanze. I risultati presentati sono frutto dell'analisi tematica partecipata con i co-ricercatori, realizzata sulle trascrizioni delle interviste agli assistenti sociali.
I temi emersi e che saranno presentati sono stati organizzati in tre macro-contenitori tematici:

1. I Servizi per le dipendenze. Accesso, accoglienza e presa in carico degli adolescenti che fanno uso di sostanze
2. Assistenti Sociali e Adolescenti che fanno uso di sostanze: la relazione di aiuto nei SerD
3. Gli Assistenti Sociali nei SerD: ruolo, funzioni e specificità professionali

In conclusione del capitolo vengono commentati alcuni elementi emersi e tematiche rilevanti che sono state oggetto di confronto e discussione a parte del gruppo guida dei co-ricercatori.

6.1 I Servizi per le Dipendenze. Accesso, accoglienza e presa in carico di adolescenti/giovani adulti

Nell'affrontare le esperienze e prospettive degli assistenti sociali circa l'accesso e la presa in carico degli adolescenti entro il contesto dei servizi per le dipendenze, sono stati proposti degli stimoli di riflessione volti a esplorare e approfondire aspetti di contesto e organizzativi rispetto alle caratteristiche e alle eventuali scelte effettuate nei servizi in relazione alla presenza e al lavoro con gli adolescenti.

Un primo aspetto emerso in connessione alla presenza e all'accesso degli adolescenti nei SerD concerne una frequente opinione e una percezione degli intervistati circa l'inadeguatezza del SerD quale servizio appropriato per accogliere e prendere in carico adolescenti e giovani adulti che fanno uso di sostanze. Gli elementi che portano molti a sostenere ciò sono connessi alla storia di tali servizi e all'evoluzione che hanno avuto in passato di presa in carico di situazioni molto gravi dal punto di vista delle sostanze e anche delle implicazioni sanitarie connesse. A ciò si aggiunge

la specificità del SerD quale servizio specialistico poco vicino e non aperto alle realtà e risorse territoriali di vita dei ragazzi.

> *Il SerD è anacronistico, non serve a niente questo tipo di risposta, così parcellizzata, nel senso che l'adolescente è in una fase della vita che ha bisogno di un contorno, di una rete di intervento* (Int3-F-32)

> *Secondo me non siamo assolutamente noi come SerD, almeno questo, attrezzati per accogliere i giovani, siamo molto inadeguati. […] Si parla adesso dell'esigenza di dover uscire […] Con gli adolescenti devi trovare le giuste modalità. Non so se stanno funzionando i servizi: qui ci sono operatori di strada che proprio vanno nei posti di incontro, che sanno, provano a fare. Però ecco, forse vedo meglio quello che venire dentro a un SerD* (Int14-F-3)

> *Il SerD è poco attrattivo perché il SerD è pensato fondamentalmente per le persone che hanno un certo tipo di situazione di dipendenza grave, che spesso diventano anche persone poi lungo assistite. Quindi questa è l'impostazione che hanno i SerD, ed è difficile cambiarla completamente. Allora quello che io commentavo un giorno in équipe in cui se ne discuteva, dobbiamo anche fare molta attenzione perché prima di dire "vogliamo che i giovani vengano qua" dobbiamo trovare il modo per modificare alcune cose alla radice perché altrimenti un giovane che viene qua rischia, per un meccanismo che non è voluto dagli operatori ma che è legato alla storia del servizio, di entrare in un circuito che potrebbe essere paradossalmente persino più patologizzante* (Int21-F-15)

Conseguentemente alcuni degli intervistati propongono l'importanza di individuare dei contesti, degli spazi e dei servizi differenti, in particolare non strettamente ambulatoriali e sanitari, in cui la relazione e il percorso con il ragazzo possa anche andare oltre l'ora di colloquio, o in cui il focus sia più ampio e non unicamente sull'uso di sostanze.

> *Se l'organizzazione non fosse così strettamente ambulatoriale, più sul versante sanitario, ma ci fosse, come ho visto l'esperienza dove c'è un centro aperto tutta la settimana, c'è l'accesso libero, ogni sera c'è un programma … devi dare la possibilità che lui senta l'ambiente, un ambiente, non dico che gli metti il biliardino e le freccette per venire a fare ricreazione, però forse se lo tranquillizzi gli fai accettare tante cose.* (Int3-F-32)

> *È stato ipotizzato di prendere un ufficio esterno per fare i colloqui con i minori, cosa che non è andata in porto, però sarebbe stato molto utile proprio perché a volte sono gli spazi stessi a limitare il confronto con un ragazzino perché si sente inibito* (Int22-F-2)

> *È una cosa che si può costruire e come indicazione sicuramente dei posti che non siano il SerD ma che possano essere, secondo me, proprio un centro adolescenza: che tu abbia problemi psichiatrici, che tu abbia l'accesso alle sostanze, che tu abbia chiesto l'IVG* (Int16-F-3)

> *Noi come SerD ci stiamo interrogando adesso sul creare delle modalità di approccio dedicate, pensando anche eventualmente di non incontrarli al SerD ma di incontrarli in un altro ambiente. Perché vuol dire staccarsi dall'immaginario collettivo che è che al SerD vengono le brutte persone quindi proprio staccarsi anche fisicamente da qua* (Int18-F-13)

A tal riguardo, tra gli intervistati si sono riscontrate esperienze in cui l'equipe del SerD opera in termini di consulenza – o in cui gli intervistati auspicherebbero di lavorare in tal senso – cercando di spostare la presenza e l'accoglienza dei ragazzi in altri servizi. Chi ha avuto esperienze di lavoro nel SerD con gli adolescenti avendo la possibilità di incontrarli in contesti/spazi differenti ne sottolinea gli aspetti di positività, mentre altri sottolineano i tentativi di rendere il servizio più accogliente possibile

> *Io sono qua da tanti anni e c'è stato un periodo in cui io, la psicologa o il medico, su richiesta della neuropsichiatria, della collega del Comune, del reparto ospedaliero eccetera chiedevano di incontrare questi ragazzini fuori in uno spazio più neutro. Allora la psicologa magari li incontrava all'età evolutiva, il medico aveva un ambulatorio all'interno dell'ospedale, per non etichettarli per non spaventarli e perché non si confondessero un pochino all'interno del nostro*

servizio […] Se ci fosse il SerD più bello del mondo, dove entri e c'è la musica....Noi abbiamo cercato di renderlo il più accogliente possibile ma è sempre un servizio pubblico; siamo in un caseggiato credo che sia della nostra azienda dagli anni 50 60 puoi capire che di stratosferico non c'è nulla (Int11-F-31)

Mi verrebbe da dire piuttosto che farli venire al SerD, che anche creando una stanza ad hoc o un orario ad hoc resta sempre SerD. Non è che ecco sarebbe, per esempio, fare un'attività consulenziale con i poli adolescenti in modo che tu, adolescente, rimani all'interno del Polo adolescenti e il Polo adolescenti magari acquisisce da me alcune competenze che di per sé potrebbero non avere. Mentre alle volte prendiamo questi ragazzini e "vai alla NPI, al Polo adolescenti, al SerD, fa il giro delle sette chiese" è chiaro che si stufano, non vengono. (Int21-F-15)

Quello che continuiamo a dirci all'interno del servizio è che i giovani vanno incontrati con modalità diverse con le quali noi incontriamo gli adulti. E che in questo momento si sta parlando sempre di più di laboratori espressivi, di pensare di incontrare nei loro ambienti di vita. Incontrarli, stare anche nella vita normale" (Int10-F-29)

6.1.1 L'accesso degli adolescenti ai servizi per le dipendenze

Un'ampia area tematica emersa nel corso delle interviste attiene a vario titolo all'accesso degli adolescenti ai servizi per le dipendenze sia in termini di loro presenza, e del cambiamento che questa presenza ha vissuto negli anni, sia in termini di accorgimenti, procedure e modalità che nei differenti servizi sono state implementate rispetto all'accesso e l'accoglienza degli adolescenti. Emergono prospettive e riflessioni che per alcuni aspetti appaiono similari nel territorio regionale e per altri evidenziano importanti differenziazioni.

Un primo aspetto riguardo al tema dell'accesso concerne il richiamo degli intervistati alla percezione di un'evoluzione nel tempo della presa in carico degli adolescenti nel SerD, sia quantitativamente parlando, con un aumento della presenza di giovanissimi e giovani, sia qualitativamente parlando, dunque in termini di specificità e peculiarità delle situazioni problematiche che accompagnano questi ragazzi ai servizi. In generale, quindi, gli intervistati riportano di aver assistito ad un aumento della presenza degli adolescenti nei servizi, descritta come una novità nei SerD. Questo anche in connessione alla lunga esperienza di servizio degli intervistati che hanno vissuto periodi in cui il SerD era un servizio in cui difficilmente si realizzava l'accesso diretto di persone minorenni, per le quali si prediligevano modalità di consulenza e presa in carico attraverso l'invio e la collaborazione con altri servizi.

Nel 2018 stranamente abbiamo avuto un numero abbastanza importante di accessi di ragazzi giovani che erano già molto dentro quello che è il mondo delle sostanze, nel senso che non si limitavano a quella che oggi banalmente viene considerata la sostanza leggera quindi la cannabis, marijuana ma erano già molto vicini all'eroina in alcuni casi anche la cocaina. (Int2-F-7)

Quello che si è osservato da circa una decina d'anni a questa parte, è che i numeri sono sempre andati crescendo rispetto ai giovani che accedono al servizio (Int5-F-19)

È un boom sempre in crescita. Dal 2007 più o meno al servizio arrivano minorenni/ giovani.... Tanti che abbiamo seguito erano messe alla prova perché erano ragazzini che venivano già comunque con un provvedimento di tipo penale (Int7-F-22)

La realtà adesso è di situazioni di adolescenti che presentano vari fattori di disadattamento dove magari l'uso di alcol, di sostanze, di cannabis è associato anche a degli atti di ritiro scolastico, di autolesionismo. Io ho la percezione che però le situazioni di disagio in questo

ultimo periodo siano aumentate, e che quindi ci sia stato l'arrivo di più minori insomma. (Int9-M-13)

Come penso tutti i SerD, ci siamo accorti di queste due punte della forbice i giovani, per cui eravamo abbastanza disarmati, e i lungoassistiti. Se pensi all'arco, cioè alle due estremità, che sono comunque utenze inedite per il SerD nel senso che i ragazzini così giovani non ce li avevamo un tempo, ma non avevamo nemmeno i sessantenni! (Int12-F-32)

noto che adesso arrivano prevalentemente per abuso di cannabis e di alcol mentre quando sono arrivata qui i primi anni arrivavano … forse statisticamente un po' meno [giovani] … arrivavano già con dipendenza da eroina (Int21-F-15)

Non solo numericamente si è assistito alla presenza dei giovani, ma è anche cambiata la sostanza principale e le caratteristiche e l'età dei giovani che fanno uso di queste. Ad oggi le situazioni di quanti si recano ai SerD da minorenni o a ridosso della maggiore età sembrano essere caratterizzate in prevalenza dall'uso di sostanze così dette leggere, quali la cannabis, e dalla compresenza di altri aspetti di difficoltà

Quando abbiamo cominciato noi, dico noi ma in realtà le collega ancora prima, quindi vent'anni fa, l'utenza era soprattutto eroina, soprattutto tanti casi di disagio anche sociale di problematiche sociali, multiproblematiche. E negli anni invece c'è stata un'evoluzione, negli ultimi anni, adesso vediamo un'evoluzione anche rispetto l'uso di droga e c'è una diversità di droghe e quindi … abbiamo visto accessi anche di persone sempre più giovani, che utilizzano in primis la cannabis, le droghe sintetiche e quant'altro, che magari prima si vedevano in maniera minore ora invece cominciano a esserci anche questi. Quindi sì adesso cominciamo a vedere … da qualche anno … un'utenza numericamente più di giovane (*Int19-M-22*)

[Gli adolescenti] *li ho sempre visti [dal 2009] anche se quando sono arrivato tendenzialmente c'erano quelli che io chiamo "i minori tossicodipendenti standard": ragazzi che i genitori portavano perché facevano uso di sostanze e […] nella buona parte delle situazioni si arriva a un abbandono del comportamento di uso e un ritorno alla vita e agli interessi. Qui una volta abbiamo preso in carico un ragazzo di 13 anni e questa cosa mi lasciava un po'… (Int9-M-13)*

L'evoluzione e l'andamento delle presenze degli adolescenti e dei giovani nei servizi ha rappresentato, per molti intervistati e per i loro colleghi – sulla base di quanto riferito – stimolo di riflessione sul proprio operato, sulle modalità di lavoro e relazionali con tali giovani utenti.

Il tema degli adolescenti all'interno del SerD è sempre stato una cosa importante e che è tornato nel corso degli anni e ha portato a dire "serve creare degli ambienti protetti, sarebbe opportuno farli andare in un altro servizio, più di prevenzione" (Int9-M-13)

Ciclicamente ci interroghiamo su questi piccolini, su questi adolescenti, su queste creature che si distinguono sicuramente dal resto dalla tipologia dell'utenza che quotidianamente frequenta il nostro servizio (Int11-F-31)

Tali aspetti portano a riscontrare la presenza di due principali tipologie di ragazzi adolescenti – giovani che accedono ai Servizi per le Dipendenze, cui si aggiunge una possibile terza tipologia più residuale.

Rispetto alle descrizioni emerse nelle interviste dei ragazzi che arrivano ai servizi e dei motivi che portano all'accesso è possibile individuare tre principali tipologie di esperienze dei ragazzi con le sostanze e dunque in seguito con il SerD:

1. Invischiati nella sostanza;
2. Sperimentatori;

3. Occasionali (sia in termini di uso di sostanze, sia rispetto al contatto e all'accesso al servizio).

In premessa alla presentazione di tali tipologie, è importante evidenziare che il gruppo di ricerca ha riscontrato e riflettuto sulla tendenza culturale, diffusa non solo tra gli operatori ma nella società, nei ragazzi e nelle famiglie, a sottostimare e sotto-considerare l'alcol quale sostanza di uso e quale aspetto problematico, anche in particolare rispetto ai ragazzi di questa fascia di età.

Il primo gruppo – invischiati - è attinente ai ragazzi che presentano significativi problemi di dipendenza caratterizzati dall'uso di sostanze quali cocaina, eroina, amfetamine, che presentano altresì problematiche socio-familiari e legali, e, talvolta, famiglie con notevoli elementi di difficoltà, problematicità.

> *Abbiamo altri giovanissimi, abbiamo visto altri minori, che fanno il primo accesso al servizio dopo una lunga storia di presa in carico da parte della neuropsichiatria infantile, per esempio, o del consultorio o della tutela addirittura. In questi casi è tanto tanto difficile invece attivare dei programmi che siano efficaci. Il livello di drop out è altissimo, però in queste situazioni le cose sono già...le situazioni sono già tanto compromesse* (Int15-F-17).

> *Altro file, invece, il ragazzo che usa pesantemente eroina e cocaina. Sono un discorso diverso... lì allora si va proprio sulla valutazione rispetto alla dipendenza e sulla proposta di inserimento in comunità.* (Int6-A6PadovaF57-30)

> *Abbiamo quella tipologia di ragazzini che arrivano con la cannabis, ma abbiamo anche i ragazzini che presentano dei livelli di gravità sul piano proprio del loro funzionamento (Int10-F-29)*

Dall'altro lato vi sono principalmente i giovani che consumano cannabis e similari (e alcol anche se citato meno frequentemente), il cui accesso al SerD è legato da un lato a genitori preoccupati, piuttosto che all'invio da parte del servizio di neuropsichiatria infantile, ed eventuali aspetti legali.

> *I ragazzi possono avere delle sofferenze che vanno al di là dell'uso delle sostanze. Ecco, noi vediamo tanti ragazzi, tanti, che arrivano per consumo di cannabis ma dove siamo tutti consapevoli che il problema non è la cannabis. La cannabis è molto spesso un loro tentativo per gestire angosce, regolarizzare il sonno, e quindi, come dire, sta anche a noi a non enfatizzare troppo l'aspetto della cannabis* (Int10-F-29)

> *Devo dire che tante volte queste situazioni, che hanno implicazioni giudiziarie, ma di giovanissimi, vedo ultimamente non è che ci sia proprio un grosso problema di dipendenza da sostanze, anzi, però c'è il discorso della corsa ai soldi. Nel senso che c'è un desiderio di rivalsa sociale, economica, di potersi permettere determinate cose già da giovanissimi. Altre volte, la cosa più triste, è che le situazioni da noi arrivano già al limite, quando arrivano da sole, anche tra i giovani, arrivano già molto compromesse* (Int23-F-11).

> *Ti parlo nelle mie esperienze, ne ho solo avuto uno con una sostanza piuttosto pesante, gli altri sono più usate i cannabinoidi. Ecco, magari il problema è lo spaccio* (Int14-F-3)

Il terzo tipo, residuale, si riscontra nei ragazzi che si rivolgono al SerD nell'ambito dell'invio da parte della Prefettura ai sensi degli articoli 75 e 121 DPR 390/1990, che nelle poche interviste in cui si accenna ad essi facendo riferimento a ragazzi che si sono trovati in situazioni contingenti "più grandi loro", con piccoli incidenti di percorso.

Giovanissimi che abbiamo visto o sono venuti qua perché inviati dalla Prefettura, o perché hanno un procedimento penale in corso e hanno una messa alla prova oppure sono adolescenti che già hanno grosse difficoltà, come quelli che ho citato prima con le sostanze (Int15-F-17)

6.1.2 Modalità invio - arrivo al SerD e principali motivazioni

Nel proporre riflessioni e opinioni circa l'esperienza di lavoro con gli adolescenti nei SerD, nello specifico con quanti giungono ai servizi per le dipendenze da minorenni o a ridosso della maggiore età, anche con riguardo alle considerazioni precedenti circa l'aumento e la modificazione nel corso del tempo dell'accesso dei giovanissimi, gli assistenti sociali intervistati riportano quelle che sono le principali modalità di arrivo di tali ragazzi al servizio.

Fondamentalmente, nella percezione e nel racconto degli intervistati i giovani adolescenti, in particolar modo quelli minorenni, arrivano al SerD a seguito di invio da parte di altri servizi, in cui quelli principalmente citati sono la Neuropsichiatria Infantile (NPI) e l'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni (USSM) del Ministero della Giustizia. Meno citati sono i servizi sociali del Comune e i servizi di tutela minori.

Generalmente sono comunque inviati dalla NPI o dai servizi sociali del comune o dall'USSM. Appunto perché magari arrivano con già problematiche giudiziarie per cui ci vengono segnalati dal Ministero della Giustizia (Int1-F-3)

I ragazzi entrano in contatto solitamente attraverso i familiari o la segnalazione di altri servizi. Così entrano, i piccoli è difficile che vengano per conto loro. Vengono su segnalazione di altri servizi perché sono presi in carico da altri servizi o perché i genitori li trascinano o perché hanno problemi giudiziari. Queste sono le tre vie (Int3-F-32)

Sono i servizi sociali di tutela dei minori che ce li segnalano e ce li inviano; o perché vengono mandati dai servizi, dal tribunale (Int6-F-30)

Come si evince in quasi tutte le interviste, l'arrivo al SerD da parte dei ragazzi raramente è spontaneo, quando non avviene per la segnalazione da parte dei servizi avviene in virtù dell'accompagnamento da parte dei familiari, genitori in primis, che spesso sono i primi a prendere contatti con il SerD – o gli sportelli ove presenti – per individuare delle risposte.

Pochi arrivano qua da soli, perché allora sono quelli che già usano e la cosa gli è sfuggita di mano (Int6-F-30)

Non vengono praticamente mai spontaneamente quindi mai auto segnalati, non vengono mai ad auto segnalarsi ma vengono attraverso i genitori. Quindi viene prima il genitore senza il figlio a chiedere informazioni, di solito, perché magari la speranza di potersi gestire, poter gestire questa cosa in autonomia a casa (Int22-F-2)

Di solito la maggior parte delle persone viene qui perché mandata da qualcuno, che sia l'autorità giudiziaria, che sia il consiglio dell'avvocato in previsione, che sia la mamma preoccupata perché ha trovato.... Non ho ancora visto nessuno che venga qua spontaneamente devo dire la verità (Int14-F-3)

6.1.2 L'accoglienza degli adolescenti: riflessioni, accorgimenti, equipe

A fronte di un'utenza "inedita" nella storia dei SerD e in continuo aumento, un tema rilevante concerne le modalità operative, organizzative che nei differenti contesti territoriali dei servizi per le dipendenze sono state implementate, strutturate, o che sono oggetto di riflessione, rispetto all'accesso dei giovani e delle loro famiglie. Sono emerse differenti modalità e strutturazioni

dell'accoglienza con altrettanto diversificate motivazioni e riflessioni sottostanti. I due aspetti principali attengono alle modalità di accoglienza e agli operatori dedicati a ciò di cui in seguito si dà conto.

6.1.2.1 Modalità di accoglienza

Con riguardo alle modalità di accoglienza e presa in carico degli adolescenti al SerD in prima istanza emerge che non sempre queste sono frutto di riflessione e organizzazione ben definita all'interno del servizio, bensì sono esito di necessità e limitate disponibilità di risorse nel servizio. In altri casi invece le riflessioni e le modalità sono frutto di confronti, riflessione e condivisione all'interno delle equipe. Per quanto riguarda concretamente gli aspetti previsti si evince una varietà di situazioni nel territorio regionale: se da un lato ci sono i servizi che hanno dedicato e predisposto specifici servizi, operatori e progetti dedicati all'accoglienza e presa in carico degli adolescenti che fanno uso di sostanze che si rivolgono/sono inviati al SerD, dall'altro lato si trovano contesti in cui si è cercato di operare degli adattamenti, accorgimenti, in termini di orario di accesso e servizi in cui non vi è alcuna differenziazione né in termini di luoghi e orari di accesso né in termini di professionisti coinvolti e modalità di intervento.

Trasversalmente, alla base delle differenti pratiche attuate o ipotizzate vi è l'idea che le modalità di accoglienza dei ragazzi non possano essere le medesime utilizzate con e per gli adulti e che pertanto siano necessarie azioni differenti. Altro aspetto trasversale è il senso di "sperimentazione" rispetto alle differenti proposte, idee, soluzioni, alternative individuate, prevalentemente in termini organizzativi-operativi e non in termini di lavoro e intervento con i giovani.

> *È in fase embrionale questa cosa, la stiamo costruendo e cucendo adesso perché l'esperienza ci sta dicendo che non possiamo accogliere il ragazzino come accogliamo il trentenne. Non è corretto, non funziona (Int18-F-13)*

> *Periodicamente, ciclicamente, ci raduniamo e lo sentiamo come un problema. Però non è stato fatto poi... non è stato stilato un programma in questo senso perché non abbiamo spazi, il SerD è in uno spazio piccolo, è difficilissimo differenziarlo sia come orari di apertura – perché non siamo in tanti – sia come locali* (Int23-F-11)

> *ci siamo un po' anche arrangiati sul campo mi verrebbe da dire...Ecco perché poi modalità diverse sono state trovate ma a livello organizzativo, non tanto nell'approccio con il singolo. Se sono state pensate delle cose, sono state pensate più a livello organizzativo nel senso magari fasce orarie dedicate.* (Int7-F-22)

Se da un lato gli intervistati richiamano, rispetto all'accesso e alle sue modalità, il tema del contesto e degli spazi, dall'altro ciò che appare essere realizzato ampiamente, nelle realtà partecipanti alla ricerca, attiene alla diversificazione degli orari di accesso di questo target d'utenza. Molti servizi prevedono specifici momenti, fasce orarie, principalmente pomeridiane, da dedicare alle presenze dei giovani in servizio. In altre situazioni, sebbene l'orario diversificato sia ritenuto un aspetto importante e da realizzare anche sulla base delle riflessioni condivise in equipe, non sempre è un accorgimento che si riesce a garantire.

Se devo essere sincera, cerchiamo in tutti i modi di far sì che l'adolescente faccia un accesso al SerD in orari magari un po' scarichi quando non c'è necessariamente tutto l'afflusso delle persone più... toste. (Int1-F-3)

La fascia oraria dell'appuntamento è diversa da quella degli adulti. I ragazzi che sono minorenni o comunque abbastanza giovani non li mettiamo insieme agli altri. Proprio per fare in modo che vengano, si trovino in un contesto in sala d'attesa molto più tranquillo (Int4-F-28)

Dei ragazzi vanno a scuola quindi abbiamo pensato di garantire l'apertura in momenti un po' più protetti … quindi l'idea di dire creiamo dei momenti altri, dove il ragazzo possa arrivare senza vedere troppe cose. Quindi abbiamo un orario che è un po' diversificato. Quindi anche per venire a fare il monitoraggio urinario i ragazzi vengono in fascia protetta cioè quando non è aperta l'infermeria (Int9-M-13)

Cerchiamo di fare venire i ragazzi, i ragazzi più giovani, in orari in cui non c'è l'afflusso per il metadone, che è in orari specifici, in modo che non sia eccessivamente contiguità, ma poi alle volte, ce lo diciamo anche, è più una flippata nostra. (Int25-M-31)

Un altro tipo di accorgimenti nell'accesso dei giovani ai servizi attiene alla necessità della presenza e dell'accompagnamento da parte dei genitori dentro il servizio.

Se è minorenne, al monitoraggio tossicologico, non viene mai da solo. perché qua ci sono le persone che tendono comunque a coinvolgere, a spacciare... Quindi se son minori vengono sempre accompagnati o da un familiare, dal genitore o da un nonno, da chi comunque si prende l'impegno. (Int10-F-29)

Quello che chiarisco bene ai genitori - poi, tra l'altro, non tutti lo fanno - però noi vogliamo che i minorenni siano sempre accompagnati, anche solo per fare un esame di 5 minuti, la mia idea è che non vengano lasciati qui da soli perché potrebbero anche essere adescati da pazienti che spacciano, o comunque pazienti malintenzionati, non più freschi. (Int23-F-11)

In quasi tutti gli intervistati, a supporto di quanto sopra, vi è il grande timore che l'incontro con altre persone che frequentano il servizio possa essere un'esperienza critica, negativa, per i ragazzi, una possibile esposizione a elementi di aggravamento del loro uso di sostanze. Questo elemento sembra essere presente principalmente nelle opinioni di intervistati operanti in SerD "di città" quali Venezia, Padova, Verona.

6.1.2.2 Operatori per l'accoglienza

L'altro grande elemento concernente l'organizzazione degli accessi e dell'accoglienza nei SerD degli adolescenti/giovani adulti riguarda le differenti professionalità impiegate per l'accoglienza e i primi accessi e conoscenza del ragazzo. Vi sono esperienze e prospettive in cui è presente una riflessione circa l'operatore che si deve dedicare a tale specifica fase iniziale, con il coinvolgimento di professionisti diversi tra le differenti realtà. Molti SerD sono già organizzati per aree territoriali o per tipologia di utenza – in particolare alcol, gioco patologico, sostanze – ma solo pochi hanno realizzato una accoglienza e presa in carico specifica per i giovani.

Tante volte gli operatori liberi accolgono punto. L'idea è che il minore venga accolto nel più breve tempo possibile (Int23-F-11)

Qua al servizio, comunque, non ci sono operatori dedicati per quella fascia. Ecco e quindi indistintamente ci possiamo occupare sia del minore, del giovane, dell'adulto. Non abbiamo delle persone dedicate. (Int7-F-22)

Un'organizzazione più interna per cui c'è qualche operatore dedicato di più all'accoglienza dei ragazzi giovani rispetto a chi invece si occupa dell'alcol o delle persone che sono più mature come accoglienza iniziale (Int25-M-31)

Qui non c'è una differenza, non ci sono mini-equipe o equipe diverse, siamo un unico gruppo di lavoro e di conseguenza abbiamo in carico tutte le situazioni che vanno dal minorenne - quando parlo di minorenni intendo ragazzini di 13 anni - ad una paziente che ormai noi insomma definiamo giovane adulto cronico fino ai 60 anni (Int2-F-7)

Nei contesti in cui vi è l'assenza di un'organizzazione interna rispetto a operatori ed equipe dedicate ai giovani, qualche intervistato auspica tale possibilità come prospettiva futura da concretizzare e realizzare.

In questo momento non abbiamo un protocollo dedicato, ma abbiamo l'équipe che decide sostanzialmente quale tipo di presa in carico, quale tipo di intervento, chi e chi fa cosa. Questa è la realtà di Treviso, a Conegliano che è sempre il nostro Dipartimento credo che sia noto che loro invece hanno proprio un servizio un'equipe dedicata ai minori e giovani. Credo che dovremmo orientarci, sarà faticoso, ma credo che dovremmo arrivare a pensare a un'equipe dedicata a questo target, perché sono veramente tante le differenze (Int12-F-32)

[in futuro si potrebbe] decidere che ci siano dei riferimenti sempre quelli per gli adolescenti, quindi non suddividerci i casi in base alle disponibilità di tempo degli operatori, ma decidere che gli adolescenti vengono visti sempre dalle stesse persone che si formano rispetto alla presa in carico degli adolescenti e che quindi abbiano delle competenze specifiche. Se tutti facciamo tutto il rischio è quello di perdere le competenze e di fare come si riesce, invece hanno bisogno di una presa in carico un po'differenziata (Int22-F-2)

Nelle realtà in cui è presente maggiore organizzazione con delle scelte condivise e stabilite rispetto alle figure professionali da dedicare al primo contatto, accesso dei giovani, emergono modalità differenti: vi sono servizi che propendono per un'accoglienza e una successiva presa in carico, prevalentemente, quando non esclusivamente, a carattere psicologico. Altri, prevedono un'accoglienza iniziale a opera degli educatori professionali impiegati nei SerD. Sono poi residuali situazioni in cui l'accoglienza inziale è svolta congiuntamente dall'assistente sociale con il medico oppure l'educatore.

L'elemento discriminante sicuramente è questo: l'operatore che vede in prima battuta il ragazzo dell'equipe giovanile o è lo psicologo o è l'educatore (Int5-F-19)

Stiamo pensando a un approccio diverso a livello di accoglienza: quindi lo incontra in primis l'educatore. L'educatore parla con l'equipe dedicata ai giovanissimi che è una equipe formata dal medico e lo psicologo però che è dedicata a quello. Dopo che l'educatore ha in mente la situazione, ci troviamo come equipe dedicata e proviamo a proporre una risposta mirata o comunque ridargli una possibilità che è solo sua, quindi non standardizzata come SerD, ma dedicata proprio e gestita su misura (Int18-F-13)

Io faccio i colloqui di accoglienza a chi arriva e fa una richiesta. Trovo che l'assistente sociale abbia tutti gli strumenti per decodificare una richiesta, una domanda di aiuto, e ha tutti gli strumenti per accogliere e riportare in equipe, per creare il clima. Vedo che l'assistente sociale ha questa competenza di colloqui sia con utenti singoli, sia con i familiari, che altri (Int11-F-31)

Tra tutti gli intervistati, afferenti a buona parte dei SerD e delle Aulss presenti nel territorio regionale veneto, vi sono unicamente tre esperienze in cui vi è una specifica equipe e una specifica scelta di differenziazione e specializzazione per l'accoglienza e la presa in carico degli adolescenti che fanno uso di sostanze. Nel caso del SerD Di Conegliano è presente il SerD Giovani con una

struttura a sé stante per l'accesso e le prese in carico di ragazzi sotto i 24 anni. Gli altri due SerD sono quelli di Venezia e Castelfranco Veneto.

> *La premessa storica di cui volevo accennare è che il servizio nel 2003 ha fatto questa scelta, in accordo naturalmente con l'azienda Ulss, di individuare una sede che fosse proprio dedicata ai giovani. La caratteristica dell'équipe giovani è che l'accento sulla valutazione è per aspetti più di tipo psicosocioeducativi che di parte medica infermieristica. Noi abbiamo condiviso da tempo un protocollo di valutazione che vede comunque l'assistente sociale coinvolta in un secondo momento, cioè il primo colloquio di accoglienza viene fatto dall'educatore, che avvia poi la procedura di accoglienza con lo psicologo e il medico e fissa poi gli accessi in infermeria da parte del ragazzo. L'assistente sociale, viene coinvolta in secondo momento, quando si ravvisa che ci sono problematiche di ordine sociale, quindi, sia necessario un approfondimento dal punto di vista ecco di contesto sociale, familiare o anche dei bisogni in termini anche economici o abitativi, di necessità, insomma di sussistenza della quotidianità, oppure ci sono anche gli aspetti legali penali.* (Int5-F-19)

> *All'interno del nostro servizio c'è un protocollo specifico di presa in carico degli adolescenti e delle famiglie. Abbiamo un gruppo di lavoro che si dedica maggiormente a questa tipologia di popolazione. Noi ci troviamo quindi una volta al mese e mezzo all'interno del nostro servizio con l'obiettivo di coordinare tutti i progetti che in questo momento sono rivolti agli adolescenti. Tutti i colleghi in qualche modo sono coinvolti, però c'è uno spazio di pensiero dedicato. Il medico viene coinvolto solo se c'è l'indicazione della necessità di un trattamento farmacologico. Quindi a seconda del tipo di criticità del bisogno il medico viene coinvolto fin dall'inizio* (Int10-F-29)

> *Una parte del mio lavoro, sarà 7/8 anni, è nella nell'equipe che segue i giovani del SerD di Venezia, perché non tutti i SerD hanno questa divisione. I colleghi che mi hanno preceduto hanno fortemente voluto la creazione di un'equipe dedicata che si specializzasse e abbiamo scelto di aprire il servizio solo per adolescenti, solo per loro. E quindi non tutti fanno tutto, il servizio ha scelto di dire ci vogliono delle persone dedicate. Non ci si inventa a rapportarsi con questi* [utenti adolescenti]. *Per cui l'intento sarebbe questo: noi pensiamo che il SerD dovrebbe avere una giornata due, quello che è, dedicata sia a livello dall'infermiere al medico, all'assistente sociale all'educatore e in un orario di apertura che sia tutelata, che non sia così stigmatizzata. Per sezione giovani noi intendiamo i minorenni fino ai 25 anni. Cercando di dedicare uno spazio e un tempo in modo tale che, appunto l'utente accetti comunque di venire perché entra in un ambiente bello, dove non ci sono altri utenti che girano per uno spazio tutto per loro, dove non ci sono incontri che potrebbero metterli in crisi. Dedicato!* (Int3-F-32)

6.2 La "relazione di aiuto" tra assistenti sociali e adolescenti

Ampio spazio nel corso delle intervista è stato dedicato all'approfondimento della relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti. Gli intervistati hanno proposto ampie riflessioni attinenti alla rappresentazione degli adolescenti che incontrano nei SerD, la centralità della relazione e suggestioni e indicazioni su come poter facilitare la costruzione della stessa. A questi temi si aggiungono poi la centralità delle strategie e modalità di coinvolgimento e adesione dei ragazzi e i contenuti dei colloqui con essi. Entro tale area tematica sono inoltre ricomprese le prospettive e i significati di recovery e gli interventi e progetti realizzati con gli adolescenti che realizzano un percorso nei SerD.

6.2.1 La rappresentazione del lavoro nei SerD con gli adolescenti: tra criticità e punti di forza

Nel corso delle interviste emerge a più riprese la prospettiva che gli assistenti sociali partecipanti alla ricerca hanno e la rappresentazione che danno del lavoro nei servizi per le dipendenze con l'utenza del servizio in generale e nello specifico rispetto a coloro che sono nella fascia d'età adolescenziale-giovanile. In prima battuta quasi tutti i rispondenti riportano, in forme e gradi differenti, un timore e una preoccupazione quando si trovano a lavorare con gli adolescenti, percependo un senso di maggiore difficoltà e, in particolare, di non sentirsi sufficientemente preparati per lavorare con i giovani. Timori e preoccupazioni vengono ricondotte alla delicatezza e peculiarità di questa fase della vita.

> *Se devo pensare al lavoro con gli adolescenti penso a tutta questa complessità e tutto questo caos, che alle volte fa perdere la testa anche agli operatori (Int25-M-31)*
>
> *[…] ti senti a non saper cosa fare perché l'adolescente ti mette a dura prova. (Int17-F-2)*
>
> *Ho imparato che non si è poi così pronti a lavorare con gli adolescenti* (Int2-F-7).
>
> *È più facile rapportarsi con gli adulti!! [ride]. Ti dico la verità quando inizio dei colloqui, e anche magari i primi colloqui, con una persona adulta sono molto più rilassata di quando inizio con gli adolescenti, perché sento molto di più la responsabilità forse ma anche la difficoltà dell'entrare in relazione* (Int21-F-15).
>
> *Ti dirò che in realtà io ogni volta che vedo varcare quella soglia, un'adolescente, io mi sento proprio che cammino sulle uova proprio. Tanto, tanto sulle uova […] camminare sulle uova ti dà proprio l'idea che ti trasmettono questa sensazione tanto di fragilità e che gli interventi che fai diventano parte di una storia loro poi... sì, maneggiare con molta cura... la scritta maneggiare con cura. Questa è la cosa che io ho sempre la sensazione quando vedo un adolescente che mi sento proprio di dire "mamma mia adesso?!" Cioè, mi concentro... (*Int1-F-3).
>
> *Io personalmente preferisco sempre lavorare con quelli un po' più grandi, gli adolescenti, i giovani mi mettono un po' in difficoltà, forse perché ho i figli più o meno della stessa età, quindi, mi sento più a mio agio con i cronici [ride] con quelli un po' più grandi* (Int20-F-37)

Approfondendo tali riflessioni, tuttavia, emerge anche quanto queste esperienze lavorative con gli adolescenti nei SerD siano vissute come stimolanti, arricchenti anche in virtù della maggiore necessità percepita di mettersi in gioco nella relazione di aiuto e nel percorso di cambiamento. Un lavoro che richiede maggiore spazio di pensiero e riflessione, darsi e dare tempo rispetto a ritmi lavorativi più frenetici.

> *è molto più stimolante, anche rischioso […] ti obbligano a rivedere quelle che sono le tue abitudini, il tuo modo di lavorare.... insomma quelli che possono essere i tuoi interventi quindi io lo vedo come qualcosa di arricchente e di stimolante* (Int2-F-7).
>
> *Io trovo sempre molto stimolante [lavorare con gli adolescenti] e mi ritengo fortunata di incrociare questi ragazzi. Con gli adolescenti mi piace questa cosa qua che come dire … il finale si può ancora cambiare, non è già scritto e io investo molto con loro … mi piace lavorare con gli adolescenti … mi fanno anche tanto arrabbiare però mi piace (Int11-F-31).*

Un aspetto interessante rispetto il tema del cambiamento è la percezione e l'idea che il cambiamento non sia solo in capo all'adolescente e alla sua famiglia, ma che coinvolge anche l'assistente sociale che accompagna tali percorsi. Il senso di mettersi in gioco, il timore, la

preoccupazione e la conseguente spinta a una maggiore riflessività sul proprio operato portano gli assistenti sociali a interrogarsi e a proporre modalità e interventi differenti.

> *Ho imparato tantissimo da loro. Tutto ciò che ho fatto, l'ho fatto perché mi hanno dato loro l'input senza saperlo (Int4-F-28).*
>
> *Anche io ho dovuto un po' uscire dal mio schema mentale di dire no, la sostanza fa male, ma mi sono dovuta un po' ammorbidire rispetto a questo aspetto e dire è vero che fa male, però è un percorso che stiamo facendo, quindi non si può avere la pretesa che sia tutto, che vada tutto bene da subito. E anche un po' la tolleranza, la frustrazione di non riuscire ad agganciarlo in nessun modo, all'inizio è stata difficile* (Int22-F-2)
>
> *Un camaleonte, sia per la capacità, o meglio necessità, non sempre ci si riesce, di adattarsi ai cambiamenti e anche alle richieste, agli stati d'animo, o anche i sentimenti - ti viene in un colloquio che ha voglia di parlare, la volta dopo è depresso, la volta dopo è contento, non vede l'ora di dirti una novità importante per lui - quindi anche tu devi un attimo cambiare, camaleonte, cambiare un po' pelle, nel senso adattarsi alle variazioni che inevitabilmente ci possono essere, proprio perché l'adolescenza in sé, ma anche proprio gli anni di quella vita lì sono ovviamente pieni di cambiamenti. Quindi è importante adattarsi alle variazioni e contemporaneamente anche alle strategie da avere a volte.* (Int19-M-22).

Nel corso delle interviste per esemplificare il pensiero è stato chiesto agli assistenti sociali di rappresentare con immagini o metafore quello che per loro significava la relazione e il lavoro con gli adolescenti, sulla base di quanto avevano rappresentato. Due di queste immagini, di seguito riportate, sembrano essere una chiara sintesi di quanto complessivamente emerso rispetto l'accompagnare l'adolescente e la sua famiglia che si trovano a vivere l'esperienza di una presa in carico nei servizi per le dipendenze.

> *Hai presente a volte un po' quella giostrina dove i posti sono due? Dove i posti sono due, dove non sono uno davanti e uno dietro.... Mi piace l'immagine del dire sono al tuo fianco... anche se a volte uno deve prendere delle decisioni, perché non sempre c'è la collaborazione e l'accettazione. Quindi, se vuoi anche il vagone di un treno, ma dove tu non sei la locomotiva che porta avanti, non sei neanche quello che sta dietro e che tenta di spingerti, ma sei l'operatore quindi l'assistente sociale che sta a fianco del ragazzo e della famiglia per accompagnarli in un percorso. Un percorso loro che però comunque poi diventa anche un percorso in realtà nostro, perché tu orienti, accompagni, sostieni però sei comunque lì con loro. Poi è chiaro che la parte più importante la deve fare il ragazzo, la deve fare la famiglia* (Int9-M-13).
>
> *Mi viene in mente l'immagine di una danza, nel senso che in qualche modo io credo di essere una danzatrice, nel senso che si muove l'adolescente mi devo muovere anch'io. Il mio ruolo, non è fermo, granitico.....non è un approccio rigido, in questo senso, a imporre alcune cose. Ma a seconda di che cosa portano loro io mi adatto a cercare di trovare delle soluzioni o comunque cercare di avere una relazione che sia efficace e di aiuto, in base anche al loro andamento, alle volte molto altalenante. Quindi mi immagino una danza nel senso che alle difficoltà e a quello che loro portano io rispondo un po' cercando di portarli accompagnarli verso un progetto che sia diverso di salute e di aiuto* (Int15-F-17).

6.2.2 La rappresentazione degli adolescenti in carico ai SerD. Come sono descritti, percepiti e vissuti

Nel corso delle interviste sono emerse le rappresentazioni e le prospettive degli assistenti sociali rispetto a come vedono e come descrivono gli adolescenti-giovani adulti con i quali si trovano ad interfacciarsi nella propria pratica professionale. Nei racconti e nei discorsi degli assistenti sociali, così come negli esempi di situazioni concrete che vengono riportate si evince come nella grande maggioranza dei casi si faccia riferimento a ragazzi di sesso maschile, con presenza minoritaria

di situazioni di ragazze-adolescenti di genere femminile – in linea con l'effettiva distribuzione di frequenza dei due generi in tale specifico servizio.

Rispetto a come gli adolescenti si pongono, si comportano nei confronti dei servizi e degli operatori alcuni degli intervistati parlano di ragazzi che presentano atteggiamenti passivi, di chiusura, sfuggenti, oppure arrabbiati, sfidanti. Tali atteggiamenti e modalità vengono spesso ricondotti all'obbligo che i ragazzi hanno di recarsi al servizio. Appare poi rilevante che gli intervistati si soffermino a descrivere il cambiamento che poi vedono nel corso del tempo di tali atteggiamenti.

> *Alcuni sono come dire reattivi, una sfida verso l'adulto più che la figura dell'assistente sociale. Oppure rispetto al servizio, perché ovviamente ha una brutta nomina. Non si viene volentieri (Int4-F-28)*
>
> *È difficile farli parlare all'inizio sono in un atteggiamento di grande sfida. Cappellino calato quindi il minimo (Int6-F-30)*
>
> *Ci sono dei ragazzini che ho questo ricordo che stavano completamente muti… magari è vero sono difficili da prendere, magari la prima volta stanno seduti 5 minuti. Dopo si avvicinano di più, qualche volta riesci a parlarci un po' di più… (Int7-F-22)*
>
> *Spesso ti trovi di fronte, di fronte a questo muro, non tutti ma di alcuni ragazzi, e bisogna trovare un qualcosa su cui sfondare (Int19-M-22-)*
>
> *C'è chi, comunque, è una persona educata – a parte che non ho ancora trovato qualcuno di così particolarmente maleducato, oppositivo. Lo fanno perché lo devono fare quindi, secondo me, non vedono neanche la progettualità... è più un obbligo imposto da qualcuno di esterno non lo vedono come un percorso loro, secondo me, perché difficilmente pensano di avere un problema (Int14-F-3-)*

Un importante aspetto, che si riscontra in maniera trasversale nei racconti di quasi tutti gli intervistati, attiene il tema della sofferenza degli adolescenti che giungono al servizio, accompagnata da un grande senso di malessere, difficoltà di comprendere e gestire le proprie emozioni, con elementi di insicurezza personale. Tale sofferenza viene ricondotta a difficoltà relazionali con i genitori, poco presenti, abbandonici ma anche associata alla messa in atto di comportamenti autolesivi. Nelle prospettive degli assistenti sociali intervistati in questo quadro l'uso delle sostanze è un sedativo, non rappresenta il "vero" problema-bisogno del ragazzo, bensì ciò che emerge, la punta dell'iceberg di altri problemi relazionali.

> *Hanno un malessere, malessere esistenziale che si tramuta in conflitti familiari, in problemi scolastici, in isolamento, in atti auto lesivi. Da una buona parte di loro viene fuori che hanno già avuto dei trattamenti in neuropsichiatria per dislessia, ADHD. Purtroppo non trattati* (Int3-F-32)
>
> *sempre un po' una sofferenza non ben definita. E la necessità di sedare l'ansia. Questi ragazzi sono sempre molto malinconici, stanno male, non sanno bene che cosa, almeno all'inizio, poi un po' alla volta… […] c'è questo forte senso di abbandono per cui anche i gesti autolesivi sono frequenti, sono all'ordine del giorno* (Int2-F-7)
>
> *anche se non te lo dicono direttamente, ma ti comunicano che hanno una sofferenza … che stanno male... io credo che, in tante situazioni la sostanza sia il male minore* (Int7-F-22)
>
> *i ragazzi possono avere delle sofferenze che vanno al di là dell'uso di sostanze. Noi vediamo tanti ragazzi, sono diversi i ragazzi che arrivano per consumo di cannabis ma dove siamo tutti consapevoli che il problema non è la cannabis, la cannabis molto spesso è un loro tentativo per gestire angosce, regolarizzare il sonno… (Int10-F-29)*

Delle volte il disagio di questi ragazzi, mi dispiace che venga intercettato e trovi un'accoglienza in questo posto [riferendosi alle criticità del SerD ritenuto inadatto]. *Nel senso che dici, uno arriva al SerD e viene messa tutta una serie di interventi, eccetera. Ma voglio dire, non è l'utilizzo dello spinello..., però è servito questo perché si vedesse la sofferenza di questo ragazzo, la difficoltà* (Int6-F-30).

ti sto facendo un ritratto dell'adolescente tipo: che magari ha una serie di problemi, è all'interno di una famiglia multiproblematica, che è già seguita dal Comune; è seguito dal servizio di neuropsichiatria infantile, perché presenta già dei disturbi, oppure ha un ritiro sociale, oppure ci sono aspetti depressivi, o di ansia, o di isolamento; e assieme a questo magari c'è anche l'uso di cannabis o di droghe (Int19-M-22)

Il secondo elemento più ricorrente nelle descrizioni e nei riferiti rispetto ai giovani in carico ai servizi è la noia, l'assenza di progettualità, l'assenza di obiettivi e passioni, spesso associata a percorsi scolastici difficili, travagliati e interrotti.

diciamo che di solito quello che è un po' il nodo critico è il fatto che questi ragazzi qua, soprattutto quelli che usano cannabis - infatti anche da un punto di vista scientifico ci sono delle evidenze - spesso sono molto, usiamo questo termine, apatici: sono dei ragazzi che rispetto la prospettiva futura, o anche rispetto a quelli che sono gli interessi o anche quella che potrebbe essere una previsione, o un progetto della loro vita, sono molto orfani … (Int19-M-22)

una costante, insomma, che noto e non so se sia - sarebbe interessante approfondire – l'utilizzo di sostanze che li allontana da qualsiasi tipo di interesse altro, ma davvero spesso hanno pochissimi interessi se non nessuno, non fanno sport, non ascoltano musica, non leggono, non so andare al cinema con gli amici, andare al mare.... Il pomeriggio al parco a fumarsi le canne (Int21-F-15)

Chi ha la fortuna di avere un'attività sportiva che lo impegni, che occupi buona parte della settimana va anche bene, ma chi non ha un'attività sportiva, e ha una famiglia con genitori che lavorano dalla mattina alla sera, oppure che non hanno genitori perché qualcuno in carcere qualche altro non ha il papà non ha la mamma, famiglie separate, ricostituite eccetera. Ci sono tantissime realtà per cui hanno tante ore libere che dico sempre: quando ci si annoia la noia è una cattiva consigliera (Int11-F-31)

La noia e l'assenza di progetti e interessi sono altresì connessi alla presenza di difficoltà e problematiche a livello scolastico. Nello specifico il tema della scuola non emerge solo rispetto all'abbandono scolastico ma viene spesso riportata la presenza di difficoltà dell'apprendimento, diagnosticate e non, che portano a vivere con senso di fallimento e sofferenza tale esperienza.

comunque sono tutti ragazzi che hanno problemi di dislessia, di iperattività, non trattate, ADHD non diagnosticate e non trattate, con i quali questi ragazzini si sono barcamenati bene o male a livello scolastico, avendo comunque, creandosi delle insicurezze bestiali, presi magari in giro (Int3-F-32)

un sacco di ragazzini sono ragazzini che hanno avuto problemi di disturbo dell'attenzione, mai diagnosticato in tutto il loro percorso tribolato scolastico e che poi li testi quando arrivano da noi che è un pochino tardi effettivamente quindi tante ADHD che sono rimaste un pochino sottotraccia. Quindi quando ti raccontano questi percorsi difficilmente...dove hanno transitato in maniera difficile nelle scuole, hanno interrotto percorsi, hanno provato più volte (Int11-F-31)

L'insieme di tali aspetti di sofferenza, senso di abbandono, malessere, difficoltà e non riuscita scolastica porta di riflesso ad aumentare il senso di insicurezza e inadeguatezza dei ragazzi.

Tanti hanno questo atteggiamento di auto stigmatizzazione: tutto quello che io in qualche modo - non tutto però spesse volte - hanno questo atteggiamento "quello che io provo, quello che io faccio è sbagliato. Siccome io uso le sostanze" che poi si traduce in un atteggiamento "io sono sbagliato" fondamentalmente. E da ciò ne deriva che tutto il resto è sbagliato. (Int21-F-15)

una grossa fatica e dei pesanti fallimenti scolastici che a loro pesano molto … A nessuno piace andare male a scuola (Int6-F-30)

In tale quadro si aggiunge e si inserisce un'immagine di adulti di riferimento mancanti, poco presenti e l'assenza di regole. In alcune situazioni sono poi presenti ragazzi cui tale difficoltà con il rispetto delle regole porta anche a mettere in atto comportamenti violenti e antigiuridici.

Io quando mi trovo davanti degli adolescenti che usano, non vedo il problema della tossicodipendenza, io vedo un ragazzino con delle domande che magari neanche sa di avere dentro e con degli adulti intorno che non lo stanno aiutando a crescere, perché non gli sta facendo fare delle esperienze (Int8-F-33)

Penso che questi ragazzi vengano da nuclei dove c'è molta confusione, di ruoli, di regole, di ritmi (Int3-F-32)

la maggior parte di ragazzini non vanno a scuola; non hanno regole, nel senso che sono ragazzini che tornano magari anche molto tardi la sera, alcuni neanche si presentano...stanno via anche notti o giorni […] ti portano tutta una serie di sofferenze e di problematiche magari che hanno avuto in ambito scolastico, ma anche in ambito familiare …l'adolescente ti porta la solitudine. Nel senso che non hanno mai avuto il genitore che dava delle regole. Questa cosa l'ho notata spesso. Ecco che sono ragazzini che ti chiedono, te la chiedono poi la norma in qualche modo. E anche ti chiedono, secondo me, la parte affettiva, che scopri che magari non l'hanno avuta (Int7-F-22).

questi ragazzi spesso crescono da soli, a 12- 13 anni escono fuori da soli, nessuno sa dove sono o a che ora tornano. Fanno quel cavolo che vogliono. Questa è una forma di trascuratezza (Int21-F-15)

Nonostante gli aspetti di difficoltà e sofferenza che vengono riscontrati nei ragazzi e nonostante la complessità che ciò comporta nel lavoro quotidiano, nella relazione e nel progetto di aiuto, si evince una prospettiva di non colpevolizzazione dei ragazzi, attenta ai loro punti di forza e capacità, anche dove essi non se ne riconoscono. La valorizzazione di risorse e punti di forza è infatti un elemento tipicamente caratterizzante la professione di assistente sociale che nel corso delle interviste emerge e ritorna. Questo si ricollega all'idea e alla prospettiva di poter lavorare per favorire nei ragazzi una maggiore assunzione di responsabilità, non considerandoli come "bambini" ma persone in crescita con delle possibilità e potenzialità.

Quando penso agli adolescenti mi viene l'immagine di un melograno, nel senso che i melograni hanno una scorza molto dura fuori, però poi dentro sono morbidi e succosi e per poter aprire il melograno ci vuole un po' di fatica, nel senso che bisogna scavare, avere anche le unghie, la forza di dire tolgo questa scorza e anche capire da dove partire a sbucciare questi melograni non è sempre facile. Alcuni poi sono più acerbi di altri, quindi dentro non sempre sono succosi e facili da mangiare e da mandar giù. (Int22-F-2).

Avere questa ottica di comunità e ricordarci che siamo sempre cittadini, sono persone che possono avere altri tipi di risorse, che dobbiamo un po' spolverare tirar fuori. Certo che costa energia, certo che costa, costa tempo costa fatica, devi avere un'ottica di apertura. (Int16-F-3)

Cerco di proporre delle... dei compiti, degli obiettivi, ai ragazzi sui quali poi lavoriamo cercando in questo modo che ne so di rafforzare alcune abilità che loro non riconoscono e non sentono (Int2-F-7)

Poi li vedi che decollano con le proprie capacità insufficienti, sufficienti, eccellenti. (Int13-F-22)

6.2.3 La centralità della relazione

Nella prospettiva degli assistenti sociali è molto presente e chiara l'idea della forza della relazione di fiducia quale motore di un percorso di aiuto e cambiamento, aspetto centrale e caratterizzante le professioni sociali di aiuto. Riuscire a entrare in contatto in primis e riuscire a intessere con la persona/ragazzo tale relazione rappresenta lo strumento e l'elemento fondamentale da cui partire per l'aiuto e il percorso di cambiamento.

> *Riuscire a instaurare una relazione con questi ragazzi credo che questa sia la discriminante… che questi ragazzi si fidino dell'operatore che li sta seguendo* (Int5-F-19)

> *Nelle poche esperienze che ho avuto con minori con ragazzi e ragazze, è fondamentale se vuoi varcare qualche risultato con loro, è entrare in relazione, costruire un rapporto di fiducia perché se no rimani sempre solo quella che dà la prestazione* (Int16-F-3).

Un tema ricorrente nelle interviste e in generale nell'ambito dei servizi per le dipendenze, a maggior ragione dove la richiesta di aiuto non nasce spontaneamente dalla persona, concerne il "mantenere l'aggancio nel tempo", far sì che il percorso non venga interrotto in modo definitivo. Rispetto a questo gli assistenti sociali riportano con molta frequenza il timore di abbandono da parte dei ragazzi e l'importanza di mantenere aperta la relazione come elemento importante qualora la persona decida di tornare in futuro quando sarà pronta ad affrontare il suo percorso con il servizio.

> *Aprirsi e decontestualizzare soprattutto lo stigma della dipendenza è il primo passo per perché le persone si possano affidare, in un certo modo soprattutto i ragazzi soprattutto gli adolescenti.* (Int16-F-3)

> *Molto difficile l'aggancio con gli adolescenti... è molto difficile.... è difficile farli restare qua. Nel senso che è un servizio molto etichettante, molto.... molto connotato […] il mio lavoro è quello di costruire una relazione che sia un minimo di fiducia iniziale in maniera che sia agganciato* (Int15-F-17).

> *La prima cosa, il mio ex capo ce lo diceva "voi dovete tenere la relazione, se questa persona è pre-contemplativa voi dovete lavorare per mantenere la relazione". E questo ha molto a che fare con come tu ti metti in gioco come professionista ma anche come essere umano* (Int21-F-15)

> *È successo magari che avendo comunque lavorato bene, cioè bene io dico nel senso che c'è stata empatia, una buona alleanza terapeutica, allora magari alcuni ragazzi tornano a chiedere se, nello specifico, se potevo essere ancora io a prendermi cura di loro. Quindi questa cosa qua credo sia un segnale un po' che comunque il ragazzo si è trovato bene, che si è collaborato, e questo mi è capitato su diversi casi.* (Int19-M-22)

Anche quando i percorsi realizzati hanno avuto esiti positivi, è presente il timore di rischi futuri accompagnato dal sentire come elemento fondamentale il mantenere aperta la relazione per necessità che potrebbero presentarsi nel futuro e creare le condizioni affinché le persone si sentano di poter tornare:

> *Devono conoscerci come servizio e se hanno bisogno ci devono contattare non devono avere timore. Lo dico sempre anche ai ragazzi: "a me fa piacere che tu abbia portato a termine il tuo percorso di MAP" Dico sempre "spero di non rivederti qua, ma se tu avessi, al primo sentore che le cose non vanno, tu non devi perdere tempo, ci devi chiamare" lasciando sempre la porta aperta per evitare che si vergognino. Perché tanti magari fanno passare un po' di tempo, perché dicono mi vergognavo, non volevo venire* (Int11-F-31)

Un aspetto fondamentale, tipico delle relazioni di aiuto che gli assistenti sociali spesso si trovano a intraprendere, attiene il considerare nei primi contatti che il ragazzo/a nella maggior parte dei casi non arriva spontaneamente al servizio, portando con sé ciò che sente come bisogno e richiesta di aiuto. Pertanto molti intervistati sottolineano il carattere "imposto" in cui la relazione inizia a prendere forma come un elemento da tenere presente e un possibile primo ostacolo, talvolta anche scontando la difficoltà di eventuali precedenti esperienze negative con la figura dell'assistente sociale:

> *Penso a quelli della Prefettura non vengono spontaneamente, quelli inviati dall'Ussm che hanno commesso un reato non vengono spontaneamente, e tanti ragazzini trascinati qui dai genitori non vengono spontaneamente. Quindi devi partire da questo da questo dato di fatto che connota tanto la relazione per creare invece e cercare di fare un pochino un passo in avanti* (Int11-F-31)

> *"Io vengo qua per i miei perché mi rompono sempre le balle, vengo per farli stare zitti": cioè questo è il concetto. Raramente un ragazzino giovane arriva qua da solo. Arriva qua o perché viene tirato dai familiari o perché viene mandato dai servizi, dal tribunale.* (Int6-F-30)

> *L'adolescente che ha già avuto contatti con gli assistenti sociali […] l'assistente sociale del servizio minori, per cui rischiamo di essere una figura già bruciata.... Per cui far pensare che lui possa riacquisire invece fiducia in questa [figura] e non ci veda come il cattivo di turno o la cattiva di turno* (Int3-F-32)

Questo aspetto si collega, nella prospettiva di alcuni intervistati, al rischio che il ragazzo-adolescente veda l'assistente sociale come l'alleato del genitore o un rappresentante delle forze dell'ordine e della legalità, un'idea che rischia di limitare le possibilità di aprirsi alla relazione di aiuto e sulla quale è importante lavorare.

> *"È sempre comunque lì il rischio di farsi vedere come quello che fa la paternale: cioè nei ragazzi c'è sempre questo aspetto che emerge. Poi specialmente se lo vedi col genitore, che porta la sua, per cui vuole aiuto per far capire delle cose al figlio, poi rischi magari di prendere le parti del genitore piuttosto che. Per cui è lì la difficoltà di farsi vedere come qualcos'altro*" (Int23-F-11)

> *io credo che i ragazzi che vengono, qui certo hanno bisogno di sentire che la figura adulta è stabile. Alle volte non è un'esperienza che loro hanno neanche molto in famiglia o nella vita quotidiana, di figure genitoriali stabili - a volte sì a volte no - però sicuramente è un'esigenza che sentono. Però al tempo stesso tu non devi diventare una specie di surrogato dei genitori* (Int21-F-15)

> *"Io dico non siamo carabinieri, non facciamo la parte del carabiniere, siamo operatori della cura io dico sempre siete in un servizio di cura qui, non siamo in tribunale non siamo...quindi se siete in difficoltà ditelo, siete nel posto giusto, nella misura in cui lo dite possiamo anche ritarare* [riferito al percorso e agli interventi programmati]*"* (Int11-F-31)

> *Con i ragazzi proprio cerco di evitare che mi sentano come l'assistente sociale che lo prende adesso, lo porta via da casa, perché questo vogliono i genitori, e lo metto in comunità e chiudo la porta a chiave. Perché quando loro [gli adolescenti] arrivano qua hanno l'idea che noi siamo qua per accontentare i genitori e fare in modo che loro si allontanino da casa* (Int2-A6EsteF47).

> *A volte uno dei lavori anche con i ragazzini è dargli quello che è il contesto reale del nostro lavorare; a volte spendi tanto tempo e tante energie a dire che non lavori con i carabinieri, che non hai a che fare con le forze dell'ordine, che noi non abbiamo le spie che vadano a dire in giro che abbiamo visto....Ecco questo a volte è un lavoro che ci costa tanta tanta fatica perché invece loro arrivano con un'idea completamente falsata. Quindi è un lavoro di pulizia, tanto di pulizia* (Int18-F-13).

Per favorire chiarezza sin dai primi contatti e sgomberare il campo da timori e idee stereotipate rispetto alla figura dell'assistente sociale e dai pregiudizi verso i servizi per le dipendenze, alcuni intervistati riferiscono di proporre come prima cosa una presentazione di sé e del servizio.

> *Tanti purtroppo arrivano qua e hanno un'idea di quello che è il servizio che purtroppo è quello che rispecchia il nostro immaginario collettivo, ma che poi nella realtà noi, cioè io sento che a volte la fatica è proprio questa: di togliere tutte le etichette che ci danno come servizio: perché noi lavoriamo con gli eroinomani, perché voi lavorate con la feccia della società, voi lavorate con le brutte persone* (Int18-F-13)

> *A volte uno dei lavori anche con i ragazzini è dargli quello che è il contesto reale del nostro lavorare; a volte spendi tanto tempo e tante energie a dire che non lavori con i carabinieri, che non hai a che fare con le forze dell'ordine, che noi non abbiamo le spie che vadano a dire in giro che abbiamo visto....Ecco questo a volte è un lavoro che ci costa tanta tanta fatica perché invece loro arrivano con un'idea completamente falsata, che è quello che viene letto da fuori. "Ma come al SerD vai tu? Ma come, ma la curano le persone che non hanno più niente da perdere ormai? i disperati". Quindi è un lavoro di pulizia, tanto di pulizia* (Int18-F-13).

> *Ti dirò io la prima cosa che faccio è presentargli un po' questo posto. Colgo l'occasione per presentare questo servizio... Perché uno dice "Ma Cosa ci faccio io qua? con quei fattoni fuori?". Un ragazzo è difficile che possa trovare un'identificazione, se lo fa è da preoccuparsi. Quindi in genere io spiego questo servizio e anche spiego cosa lui può trovare... c'è ascolto, che cosa lui si aspetta, cosa si immaginava che mi dia lui una valutazione di quello che gli è successo* (Int6-F-30)

6.2.4 Come costruire la relazione: indicazioni e suggerimenti

Un tema rilevante nell'ambito della relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti/giovani adulti nei servizi per le dipendenze attiene alla costruzione della relazione di aiuto. Come emerso l'aggancio e la costruzione della relazione con gli adolescenti, nella prospettiva degli intervistati, non sono aspetti semplici e sovente ciò richiede maggiore impegno, riflessività, attenzione rispetto a come comunicare e instaurare una relazione in bilico tra accoglienza e supporto che rappresenti per l'adolescente uno stimolo di crescita e responsabilizzazione a fronte della fiducia verso un adulto che divenga punto di riferimento. Attraverso le parole degli intervistati si è cercato di mettere a punto suggerimenti e indicazioni per la costruzione di una buona relazione di presa in carico.

6.2.4.1 Atteggiamento non giudicante, Ascolto e Autenticità

Moltissimi degli intervistati, in coerenza con quelli che sono i principi etici e gli aspetti metodologici tipici della professione di assistente sociale, riferiscono di dare fondamentale importanza nella costruzione della relazione di aiuto e nel suo svilupparsi a far sentire il ragazzo accolto, non giudicato. Di particolare importanza è proprio l'accogliere il ragazzo senza già incanalare ed etichettare l'uso di sostanze con il problema della dipendenza, lasciando aperta la conoscenza e la lettura della situazione, avendo maggiore attenzione ad avere uno sguardo più ampio rispetto al problema di uso di sostanze.

> *Per me è importante che si sentano accolti e non giudicati. E li lascio parlare. Non tratto solo delle sostanze perché, insomma, ecco lì, secondo me, non è un buon inizio per una relazione. Ecco, quindi il mio obiettivo è quello di agganciarli e fare in modo di capire quali altri problemi ci sono sotto (Int4-F-28)*

Con l'adolescente sicuramente ci vuole sì ci vuole l'empatia, ci vuole la vicinanza, ci vuole l'informalità (Int3-F-32)

La prima cosa è non forzare, io per dirti i primi appuntamenti non faccio mai colloqui stralunghi. (Int19-M-22)

È difficile, anche perché già sono diffidenti, già hanno paura che vengono schedati da qualche parte. Quindi in questo servizio credo che l'accoglienza faccia la differenza e in che modo la fai può fare la differenza nell'agganciare o no la persona (Int24-F-25)

L'accoglienza all'interno del servizio e nella relazione, base per una relazione di fiducia, parte anche dal far sentire il ragazzo come una persona in primis, non etichettato sulla base del suo uso di sostanze, come già richiamato in precedenza, e dal non porsi in una logica top-down:

Far sì che loro che entrano in un servizio per le tossicodipendenze non si vivono come tossicodipendente, quello già marchiato, già definito, già diagnosticato (Int25-M-31)

Cerco di mettermi in posizione di ascolto […] soprattutto di costruire prima la relazione: secondo me tanto in questo servizio qua in generale si gioca sulla relazione e sulla fiducia quindi io diciamo che punto tanto a quella. Per fortuna non ho assolutamente, perché non fanno parte di me non perché abbia dei meriti, non ho assolutamente l'atteggiamento giudicante neanche quello che viene fuori anche se non vuoi (Int14-F-3)

cerco di non giudicare: nel senso se il ragazzo dice "a me piace fa sta roba qua" oppure "il mio desiderio è questo" oppure "la mia aspirazione" non cerco mai di distruggere quello che è, anche se capisco che spesso è una cosa irrealizzabile, oppure non è opportuno in quel momento, oppure le problematiche sono talmente alte che...però cerco comunque di farlo parlare, senza appunto distruggere.... Cercando però contemporaneamente, con gradualità, a fare comunque anche un esame di realtà. (Int19-M-22)

Congiuntamente al predisporsi in modo accogliente e con un atteggiamento non giudicante, anche mettersi in una posizione di ascolto rappresenta un elemento essenziale, tipico della professione di aiuto dell'assistente sociale, ed è ciò che consente di creare le basi e le premesse per una relazione di fiducia e per andare oltre il solo focalizzarsi specificamente sulla sostanza.

mi metto anche tanto in un posizione di ascolto, perché se loro, come dire, si sentono a loro agio ti parlano proprio.... ascolto a 360 gradi non solo sul problema specifico della sostanza o della pseudo dipendenza che ci può essere un ascolto proprio che va a 360 gradi (Int14-F-3)

Generalmente ascolto che cosa lui si aspetta, cosa si immaginava, ascolto che mi dia lui una valutazione di quello che gli è successo (Int6-F-30)

Quando vedo la persona a me non piace né guardare i fogli, né guardare i computer, né fare altro. Mi concentro sull'ascolto, l'ascolto attivo. Quindi non devo essere distratta da niente. Mi metto un po' nei panni di chi sto ascoltando, e ti assicuro che funziona, perché nella mia esperienza le persone si sentono molto accolte (Int24-F-25)

Una cosa che vedo è la cosa che più mi interessa non è tanto il fatto di avere il progetto in testa, il fatto di pensare al bisogno, l'analisi... Secondo me io parto sempre da sentiamo cosa deve dirmi, cosa ha da dirmi questa persona qua (Int18-F-13)

L'ascolto da solo non basta, infatti per quasi tutti gli intervistati è necessario avere reale interesse e curiosità verso il ragazzo, verso il suo mondo, verso ciò che racconta e porta nella relazione. A tal riguardo gli assistenti sociali riferiscono l'importanza di "entrare" nel mondo dei ragazzi, individuare elementi, spunti, temi, connessioni che permettano di entrare in sintonia, conoscere e comprendere il mondo dei ragazzi e da lì potersi agganciare per tutti gli aspetti successivi, più centrati rispetto alle problematiche che si sono create e che hanno portato, più o meno spontaneamente, all'accedere al servizio.

Cerco un po' di spostarmi su quelli che sono i suoi interessi, quindi, cosa piace fare ecc… Quello che faccio spesso all'inizio, la prima cosa è apprezzare qualcosa di loro. Iniziare con un complimento, che può essere "che bel berretto che hai, che bel maglione, che bel tatuaggio, che bel piercing, che bel dilatatore!". Tutte le volte che dico questo mi guardano e dicono "Beh mia mamma non è d'accordo!", come dire "ma sei scemo?". Quella cosa lì mi permette di entrare nel loro mondo. E dopo "Come mai te lo sei fatto? Che storia ha quel tatuaggio lì?". […] Questo mi permette di entrare più nella loro storia e poi da lì partono le altre domande, quelle che servono: cosa è successo, cosa c'entra la droga con te, eccetera eccetera. Però partendo da quello che loro espongono in quel momento lì e che vogliono far vedere insomma. Vestiti in un certo modo, è perché vuoi essere visto insomma. Dopo si ragiona… (Int25-M-31)

Quando accolgo un giovane ancora prima di fare le domande di rito come ti chiami? Cosa fai? Tipo ha i capelli rasta, dico ma che forte 'sta cosa? Ma spiegami come, come si fanno. Oppure non lo so, c'è un tatuaggio molto evidente parto del tatuaggio, ma dai, ma cosa vuol dire quello li? Anche no per, come dire, rilassarlo perché mi immagino che un adolescente che si trova un adulto davanti, magari in una situazione dove è stato beccato con la roba, quindi si sente costretto a venire qua ecco parto un po' dall'estetica diciamo soprattutto se sì, se è molto evidente insomma... penso sia anche un tipo di linguaggio non di provocazione. (Int8-F-33)

Dobbiamo essere bravi a cogliere quelle che sono le aperture che loro fanno o l'interesse su cui tu pensi bene se io gli parlo di quella cosa lì cominciamo da lì! Per dirti con una ragazza ho cominciato, avevamo un po' la passione di Tolkien, entrambi, del Signore degli Anelli, siamo stati mezz'ora a parlare del Signore degli Anelli senza intervenire minimamente su come va la scuola, come va il lavoro. Da lì, per esempio, ho capito che lei preferiva i personaggi malvagi rispetto a quelli buoni. Adesso sembra una stupidata, però partendo da lì poi è stato utile per lei ad aprirsi, a dire "sì, perché io ho questa visione della vita", oppure "io mi vedo così", oppure "la mia vita è stata caratterizzata da queste cose e quindi sono..." (Int19-M-22)

In base agli hobby, alle preferenze, a quello che vedo può piacere al ragazzino, cerco anche di informarmi. E mi son cercata un po'di robe su internet e la volta dopo sono arrivata preparata al colloquio. Ma sai che questa cosa... E ho visto che lui si è subito illuminato perché si è sentito capito, cioè sono entrata un po'del suo mondo (Int22-F-2)

Quest'interesse nei confronti dei ragazzi, la ricerca di entrare in contatto con loro attraverso l'interesse alla loro persona e al loro mondo, deve essere caratterizzato, secondo gli intervistati, da un atteggiamento autentico di reale interesse, accompagnato da un porsi in relazione con chiarezza e trasparenza. Sembra emergere un atteggiamento da esploratori da parte degli assistenti sociali intenti a entrare e conoscere il mondo di vita dei ragazzi, un mondo che non conoscono e che, per fase della vita e contesto in cui si trovano, può risultare più o meno vicino/distante dal mondo dell'operatore.

L'autenticità con cui ti poni nei confronti dei ragazzi. Loro lo sentono. (Int21-F-15)

Ragazzo credo non debba mai minimamente pensare che ci sia un pensiero nascosto o un tentativo, passami il termine, di fregarlo perché in quel momento se lui ha solo questa percezione rischi di perderlo. Anche rispetto a quando non so... devo scrivere delle relazioni alla magistratura loro sanno sempre i contenuti (Int2-F-7)

Cerco sempre di relazionarmi nel modo più sincero possibile (Int23-F-11)

Un aspetto ritenuto importante nella relazione con i ragazzi adolescenti è il valorizzarli, riconoscere e mettere in luce i loro punti di forza, anche restituendo loro aspetti positivi dell'incontrarsi, in particolar modo laddove i ragazzi tendono a non riconoscersi e vedersi aspetti positivi che invece sono presenti. Anche in questo caso emerge l'importanza e la centralità di focalizzarsi sulle risorse e gli aspetti positivi dei ragazzi dando anche valore al tempo e ai contenuti condivisi.

[Parlare della loro vita quotidiana, passioni, sport] costruisce, per me, nella mia idea e approccio, costruisce anche l'immagine che loro hanno di sé stessi. "Non sono un tossico perchè vado al SerD, sono un ragazzo che posso avere anche dei problemi con le sostanze, ma comunque sono un ragazzo, ho i miei desideri, che a volte funzionano e a volte no. Ho comunque i miei principi, che a volte funzionano e a volte no". Quindi in qualche modo è un restituire a loro anche qualcosa di bello (Int25-M-31).

Cerco di proporre dei compiti, degli obiettivi, ai ragazzi sui quali poi lavoriamo cercando in questo modo che ne so di rafforzare alcune abilità che loro non riconoscono e non sentono (Int2-F-7)

Un ragazzo era bravissimo a disegnare, era proprio bravo un giorno mi fa "ma è un po' spoglio il tuo studio" dico "sì hai ragione" e lui mi ha detto: "ma ti va se ti faccio qualche disegno?" e quindi la volta dopo è tornato e li ho appesi nell'ufficio... Per dirti, vedersi valorizzati. Insomma andare a vedere che hanno delle doti che a volte loro sottovalutano o che danno per scontato (Int11-F-31)

Quando posso restituire e dire "guarda oggi mi è piaciuto parlare con te, è stato proprio bello. Hai detto delle cose che mi hanno colpito e voglio pensarci. Mi piacerebbe riprenderle se ci sarà occasione".… quello che a me preme è restituire a loro che ne é valsa la pena di parlare con loro in quel momento lì, di qualsiasi cosa ci siamo detti, di lasciare il gusto che vale la pena e che vale la pena forse trovarci ancora (Int25-M-31)

Congiuntamente all'adottare modalità che favoriscano nel ragazzo il sentirsi accolto, ascoltato, non giudicato ed etichettato molti intervistati riportano di affidarsi al sapere generato dalla propria esperienza personale, umana, di vita, intesa da un lato come propri elementi di personalità o di età, e nella maggior parte dei casi riferita alla propria esperienza di genitorialità. Vi sono alcuni intervistati, tra i più giovani partecipanti, che riportano di sentirsi "facilitati" dalla propria giovane età e dallo stile relazionale che li avvicina alle modalità dei ragazzi e al "loro mondo".

mi aiuta molto il fatto di essere giovane, quindi un po' parlare lo stesso linguaggio, ho visto che funziona perché loro, secondo me, hanno proprio bisogno di sentirsi capiti, di sentire che le persone si mettono sul loro stesso piano, e dicono "sì, io capisco questo tuo mondo, capisco queste tue, questi tuoi desideri, capisco il tuo linguaggio". (Int22-F-2)

Ho scoperto di essere particolarmente portata per quella fascia di età per cui l'adolescenza e i giovani. Probabilmente perché mantengo dentro di me dei tratti adolescenziali probabilmente che entrano in contatto con loro (Int14-F-3)

Premettendo che il gruppo dei soggetti partecipanti alla ricerca è composto in prevalenza da assistenti sociali donne, moltissime intervistate, per l'appunto donne e madri, riferiscono di far riferimento alla propria esperienza genitoriale in connessione alla quale sentono di adottare degli atteggiamenti maggiormente affettivi e accoglienti, nonché le competenze frutto di una quotidiana esperienza di crescita, educazione e relazione di figli adolescenti.

Sfrutto quello che può essere la mia esperienza con due adolescenti in casa, insomma, non lo so, cerco di usare anche quello. A volte raccontandogli qualcosa di me... quello che si può dire, o del fatto che quando magari discutiamo dei genitori cerco di raccontare guarda che anch'io sono una mamma può succedere questo (Int2-F-7)

Un'altra cosa che utilizzo e loro non lo sanno, sono le mie figlie, nel senso che se mi vengono a raccontare qualcosa, io le introduco sempre, nel senso che "sì, anche mia figlia, ma sai..." e questa cosa vedo che aiuta perché li fa sentire più compresi, normali (Int14-F-3)

Quando ho di fronte ragazzi giovani […] mi sono resa conto che viene fuori la mia parte molto molto materna…(Int18-F-13).

Se per alcune questo ricorrere alla propria esperienza genitoriale è esplicitamente riconosciuto come elemento positivo, altre intervistate propongono tale aspetto in una modalità interrogativa.

> *Forse quando ho un adolescente davanti sono più mamma che operatore sociale psicosociale. Non lo so. È giusto è sbagliato? Non lo so (Int8-F-33)*

> *Io ho due figlie adolescenti, quindi come dire mi viene molto naturale questo momento qua. Anche se, come dire, so che però è una cosa che ti frega questa cosa dell'essere materni (Int18-F-13).*

In alcuni casi l'uso della propria esperienza personale, di vita, il racconto di sé è inteso dagli intervistati come elemento utile ad affievolire nel ragazzo-adolescente il suo sentirsi inadeguato, diverso; gli assistenti sociali, dunque, riportano di far ricorso alla propria esperienza di vita per legittimare, normalizzare eventuali emozioni e pensieri che i ragazzi tendono a valutarsi negativamente. Lo story telling, l'uso della narrazione fanno parte del bagaglio professionale degli assistenti sociali; si tratta di condividere in modo ragionato la propria esperienza come strumento per favorire la relazione, proporre e offrire scenari e prospettive di lettura differenti

> *Parlavo con questa ragazzina, 15 anni, arrivata per un problema di alcol e cannabis poi ha iniziato a usare anche l'eroina e la cocaina. L'altro giorno mi racconta di un lutto importante che ha avuto e di come nei mesi precedenti, durante la malattia, lei non sia riuscita andare più a trovare la nonna e che questa cosa in qualche modo le sia stata anche rinfacciata in famiglia. Si vedeva che lei su questa cosa si sentiva ancora in colpa, in grande difficoltà. A me è venuto spontaneo "ti racconto una cosa personale" e le ho raccontato una vicenda mia di quando avevo la stessa età. Lei mi ha guardata e mi ha detto "Io credo che lei sia la prima persona che mi ha capita davvero" e le chiedo "perché?" "Perché ha vissuto la stessa cosa". Anche quando a volte sì si dice che l'utilizzo della propria storia - chiaro io non è che vado a raccontare tutti i fatti miei alle persone o mi sfogo dei miei problemi - bisogna stare attenti, però il fatto di condividere delle parti mi rendo conto che li fa sentire più compresi e meno diversi. (Int21-F-15)*

6.2.4.2 Dare e darsi tempo, non forzare, "esserci"

Congiuntamente agli aspetti riportati in precedenza un tema ricorrente nel raccontare la relazione e il percorso di aiuto che si crea e sviluppa con gli adolescenti che fanno uso di sostanze in carico ai SerD attiene il tema del tempo. Diffusamente gli intervistati riferiscono l'importanza di dedicare al ragazzo il tempo necessario, di lasciare tempo per consentire al ragazzo di conoscere, valutare, sperimentare ed eventualmente ricalibrare i progetti ipotizzati, anche in linea con la fase della vita in cui si trovano e di alcune caratteristiche tipiche dell'adolescenza e giovinezza. Si tratta di aspetti ritenuti importanti in ogni fase del processo di aiuto e di presa in carico.

> *Dare il tempo anche i ragazzi, anche loro hanno il bisogno di pensare le cose, più che agirle come normalmente fanno (Int25-M-31)*

> *È una questione anche di... sì di saper cogliere i tempi giusti e riuscire a instaurare una relazione con questi ragazzi che credo che questa sia la discriminante. (Int5-F-19)*

Altresì questo si collega al "non forzare": consentire loro di aprirsi e entrare in relazione senza essere stringenti o dover adempiere al proprio mandato istituzionale con celerità.

> *Dilazionare un po' i colloqui nel tempo in modo che non si senta troppo la pressione addosso di doverci essere. E così siamo riusciti a costruire meglio la relazione: nel senso che con calma lui ha capito che si poteva fidare, e che eravamo persone che non volevamo solo dirgli guarda che fumare la canna fa male e non devi fumarla, ma che abbiamo anche capito il suo stato*

d'animo, il suo modo di essere, le sue motivazioni relative all'uso di cannabis. Le abbiamo accolte e abbiamo anche rispettato i suoi tempi (Int22-F-2)

Facendo tutta una serie di colloqui siamo riusciti forse a trovare una chiave di lettura che ha consentito poi a questo ragazzo, che nel mentre era arrivato a compiere i 16 anni d'età, a agganciarsi un po' di più a livello ambulatoriale, a riprendere poi il percorso comunitario e concluso il percorso comunitario a sganciarsi poi, dopo un annetto, anche dal servizio (Int9-M-13)

Avere il tempo, avere la pazienza di seguire e modulare secondo i tempi del ragazzo. Abbiamo dovuto imparare a fare delle cose insieme a loro per poter costruire una relazione. (Int12-F-32).

Penso che.... per i ragazzi c'è proprio la necessità di prendersi un tempo e non essere sempre presi dall'emergenza. Questa, secondo me, è un po' la fatica (Int5-F-19)

Ho capito, anche con l'aiuto di una collega, una psicologa, che con i giovani, con gli adolescenti bisogna aspettare, saper aspettare (Int17-F-2)

Delle volte, darsi e dare tempo significa anche sapere aspettare, come professionisti, che le situazioni evolvano e di conseguenza evolva la motivazione ad intraprendere con impegno un percorso verso uno stile di vita differente; in tali casi ritorna il tema della relazione e dell'importanza "di esserci" da parte degli operatori.

Quando un ragazzino, quando un ragazzo inizia a usare in maniera pesante tu non lo fermi sai? non lo fermi. Quello che ha detto la luna di miele è vero. Finché purtroppo non si sfacelano da qualche parte: o con la giustizia o con un incidente o con qualcosa di brutto. Oppure finché proprio non si stufano. Perché è vero, c'è un punto in cui girano. Però non c'è modo di fermarlo, ma ti dico l'unico è esserci, dicendo un giorno che magari c'è la possibilità di proporre qualcosa glielo lo proponi, ma se no non li fermi (Int6-F-30)

A volte la fretta, la prescrizione, insomma il provvedimento che arriva ti porterebbe ad agire invece che comunque di rischiare anche di prendersi il tempo. E mi sembra che con l'adolescente anche se rischi hai paura di perderlo, perché alle volte il tempo dici, ma il sistema, lo perdo, non viene più… (Int25-M-31)

Un reale interesse verso il ragazzo, l'attenzione verso quelli che sono i suoi tempi, i suoi interessi, il suo benessere si esprime in alcune interviste attraverso un reale "prendersi a cuore" i ragazzi ed esserci per loro, diventare un punto di riferimento, un adulto su cui poter contare nella propria esperienza di crescita

noi non ci facciamo sempre cercare dai nostri pazienti, li cerchiamo, questo loro lo capiscono. L'l'idea di dire ok, ci sono, ci sono per te, anche se per te il tuo valore in questo momento è sottozero, ci sono (Int13-F-22)

Mi ricordo questo sguardo che a un certo punto si è acceso perché quello che io gli ho detto non era quello che si aspettava, cioè, una predica "un sei sbagliato, adesso ti mettiamo da qualche parte". Per cui mi ricordo bene quel guizzo di vitalità che ha avuto che è stato poi il là per aiutarlo veramente a fare un percorso terapeutico che si è concluso in maniera molto positiva. (Int15-F-17).

Questa cosa io l'ho fatta per te, assolutamente per te, ma anche un po' per me. Perché non pensare che noi non abbiamo un cuore! Anche questa dimensione umana loro la capiscono, ma nella dimensione in cui tu veramente nella relazione sei coerente (Int13-F-22)

Entro tale relazione appare importante anche nelle situazioni di criticità, in cui si verificano delle ricadute, non colpevolizzare e continuare a lavorare nella funzione di sostegno

La non colpevolizzazione rispetto ad eventuali ricadute (Int6-F-30).

La ricaduta, purtroppo, nelle nostre situazioni è frequentissimo. Già il fatto di dire attenzione sei ricaduto spesso magari il ragazzo si è impegnato e lo vede come una sconfitta. Avere l'approccio giusto da dire "guarda, fa parte di un percorso di cura, non ti preoccupare, non è che sei stato bocciato. Noi siamo sempre qua, proviamo a ridefinire il programma, proviamo a capire cosa non è andato" (Int19-M-22)

Emerge quindi una sottolineatura da parte di più intervistati legata al tema del tempo, del saper attendere, e al ruolo che tale elemento può esercitare. Utilizzare il tempo ai fini di una positiva relazione con il ragazzo e di un positivo percorso da realizzare congiuntamente non rappresenta un elemento di facile e immediata gestione, rappresenta un rischio che è necessario correre. Si rileva un prezioso riconoscimento della necessità di spazi e tempi da dedicare alla conoscenza, all'osservazione e assessment della situazione rispettando i tempi anche del ragazzo. Il saper aspettare è un elemento che si trova, nella pratica e nell'esperienza del gruppo di co-ricercatori, a essere spesso esposto e sottoposto a pressioni dell'equipe e della famiglia in considerazione del senso di urgenza, della necessità di intervento celere e immediato che spesso si vive nelle situazioni di difficoltà dalle quali si vuole "fuoriuscire" prontamente, pertanto il gruppo di ricerca si è soffermato a evidenziare la necessità e l'importanza di condividere con il ragazzo, con la famiglia e con tutti i servizi coinvolti la necessità di scandire i tempi.

6.2.4.3 Setting: gli spazi della relazione di aiuto

Parlando delle esperienze lavorative di costruzione della relazione di aiuto con gli adolescenti e di percorsi realizzati con essi, molti aspetti emersi e presentati sin qui attengono alla costruzione di un contesto/ambiente che favorisca accoglienza, atteggiamento non giudicante, apertura e ascolto al ragazzo e alla relazione, tratti tipici del servizio sociale. Vi è, poi, una parte di intervistati che si concentra sull'ambiente fisico, proponendo riflessioni ed esperienze legate alla possibilità che tale ambiente fisico ha di incidere, positivamente o negativamente, sulla relazione e sul colloquio nel loro prendere forma. Per tali premesse alcuni intervistati propongono riflessioni ed esperienze effettuate in ambienti diversi da quello classicamente inteso di un ufficio in un servizio sociosanitario/ambulatoriale.

In primo luogo, si riscontrano riflessioni circa il creare un ambiente accogliente, non medicalizzato e giudicante modificando la propria disposizione nello spazio fisico:

L'approccio a volte forse con i ragazzi giovani, con gli adolescenti è più diretto e meno dietro la scrivania. Io cerco di non sedermi mai dietro la scrivania quando sono con un ragazzino. Magari non la prima volta, non nella prima parte del colloquio, chiedendo se posso sedermi lì, se posso avvicinarmi, posso cambiare posto, posso spostarmi. Bevendo un caffè o mangiando anche, perché spesso qualcuno arriva portando da mangiare la pizza piuttosto che le patatine, diventa contesto in cui potevamo permetterci di parlare in modo non giudicante, ma non giudicante nel senso che possiamo anche permetterci di mangiare e bere insieme, chiacchierando, entrando negli argomenti, stando. (Int25-M-31)

Creargli un ambiente accogliente, meno medicalizzato possibile (Int3-F-32)

Incontrare il paziente al Bar e fare un colloquio lì di coinvolgimento, di dire "va bene però tu devi seguire un programma" c'è quello dell'UEPE, poi ti arriva la condanna, se glielo dici qua [al SerD] ha un valore perché ce l'ha, ma se glielo dici fuori a domicilio, al bar portandoli da qui alla macchinetta del caffè che abbiamo nell'altra struttura qua nella palazzina accanto, loro ti vedono cambiata come professionista e loro cambiano… (Int13-F-22)

Altri riferiscono esperienze pratiche di uscita da quello che è inteso quale setting classico di un ufficio dell'assistente sociale, che si connette all'idea più generale di incontrare, conoscere, lavorare ed entrare in relazione con gli adolescenti in contesti meno connotati, meno etichettati rispetto al servizio. Questi setting aperti, differenti, sono nel pensiero di alcuni degli intervistati una peculiarità degli operatori sociali e un punto di forza per entrare nella storia di vita della persona. Coloro che non li hanno ancora potuti sperimentare, auspicano che divenga possibile nel prossimo futuro.

> *Ci dovrebbe essere tutto un contorno che va oltre l'oretta di ambulatorio. Dovrebbe essere tutto un lavoro di avvicinamento, di fare anche delle cose insieme fuori ....* (Int3-F-32)

> *Mi è capitato una segnalazione di una madre che era venuta preoccupata che il figlio usasse cannabis. Non voleva fargli sapere che veniva qua, perché lui si sarebbe arrabbiato. Abbiamo fatto la consulenza con la madre, l'ho aiutata a comprendere che era importante che esprimesse al proprio figlio la sua preoccupazione, perché il ragazzo aveva dei pregiudizi nei confronti del SerD. […] L'ho invitata a parlarne col figlio e il figlio ha detto "sì, sono disposto a fare un colloquio con l'assistente sociale, ma non in quel servizio, fuori da quel servizio" "Bene, ci vediamo al bar!" Tanto per dire, a volte esci anche fuori da quelli che sono.... come ti posso dire, il contesto in cui in qualche modo lavori* (Int24-F-25)

> *Con qualcuno d'estate andiamo a prenderci un gelato o in pasticceria a prendere una cioccolata quando è inverno. Prendiamo un caffè alla macchinetta, abbiamo un giardino esterno e io alcuni colloqui li ho fatti anche fuori all'aria aperta. Con qualcuno anche facendo delle passeggiate. Quindi il mio modo di pormi, non avendo un setting strutturato, io domando tu chiedi, permetto anche all'altra persona di condurmi un po' nella sua storia, nei suoi ambiti. (*Int25-M-31*)*

> *Con l'autorizzazione del direttore abbiamo deciso di andare a fare un colloquio in Villa San Giuseppe […] con un parco stupendo […]. Non si riusciva a agganciare questo ragazzo, perché veniva tirato per le orecchie, problema di alcol soprattutto, qualche canna, però alcol in maniera importante già con degli interventi anche dei carabinieri, una situazione delicata […]allora abbiamo fatto tutta una serie di interventi, al bar, siamo andati a parlare con il prete e poi una volta è venuto il capo scout. […] Credo che quell'azione, quella scelta, quella modalità, anche se vogliamo discutibile, sia stata quella che ha poi fatto sì che lui sì affidasse, piano piano si riuscisse a costruire un percorso. La disponibilità a uscire dal servizio ed andare in un territorio neutro, dove ti metti in gioco anche come persona, siamo qua, ci prendiamo l'acqua e menta, ci facciamo una chiacchierata, mi dici come vanno le cose. "Eh ma le urine non le voglio venire fare" "noi come possiamo fare?" insomma abbiamo fatto il nostro contratto sociale con l'acqua e menta e questa cosa mi è piaciuta un sacco (Int16-F-3)*

Molti assistenti sociali intervistati raccontano di aver dedicato particolare attenzione, nei propri contesti di lavoro, a proporre modalità, interventi, progetti ed esperienze specifiche rispetto all'utenza adolescenziale dei SerD all'esterno di tale contesto, riportando l'importanza di incontrare i ragazzi nei loro ambienti e di favorire esperienze di vita. Alcuni esempi sono rappresentati dai progetti di educativa domiciliare o di coaching domiciliare in cui il ragazzo ha la possibilità di sperimentarsi in relazioni di aiuto nel suo contesto/ambiente di vita. Tali progetti sono stati possibili sulla base di finanziamenti dedicati anche nello specifico all'area giovani prevista nel Piano Triennale Regionale per le Dipendenze. Trattandosi di finanziamenti a progetto temporanei purtroppo non ne viene assicurata la stabilizzazione, la messa a sistema degli interventi attuati.

> [I laboratori] *stiamo cercando di crearli fuori dal SerD, in situazioni non così stigmatizzabili immediatamente.* (Int12-F-32)

Facciamo dei progetti anche per i ragazzini in cui affianchiamo un coach, che è un educatore di solito che lo supporti nelle questioni in cui l'adolescente fa un pochino più fatica nella vita, quindi, è un progetto che seguiamo noi direttamente assistenti sociali, nel senso che facciamo da ponte tra i servizi che mettono in atto questo progetto, facciamo i colloqui, facciamo le verifiche con loro. È uno strumento utile perché ci permette di guardare anche un po' dall'esterno, quindi non solo direttamente il colloquio uno ad uno ma avere anche il feedback di un'altra persona che vede la persona in un altro contesto, al di fuori del servizio. (Int22-F-2)

6.2.4.4 Responsabilizzare e confrontarsi con le norme

Insieme all'accoglienza, all'attenzione e all'interesse verso il ragazzo, molti degli assistenti sociali intervistati evidenziano il ruolo di responsabilità aggiuntiva tipico delle situazioni di presa in carico di ragazzi con provvedimenti dell'autorità giudiziaria (misure penali, civili, amministrative a loro carico). Pur in presenza di specifici servizi legati alla parte giudiziaria – USSM e UEPE – gli assistenti sociali dei SerD si trovano coinvolti nei percorsi dei ragazzi in un modo più ampio rispetto al solo contesto giudiziario, proponendo esperienze e occasioni di riflessione circa gli stili di vita, il rapporto tra sostanze illegali e la norma. Ciò implica aiutare e accompagnare i ragazzi a sviluppare maggiore consapevolezza, responsabilità e comprensione degli elementi critici presenti nella propria situazione, volti anche a una comprensione del senso delle regole e delle norme. Dentro una relazione di fiducia e di aiuto questo ruolo esterno non porta al venir meno delle premesse viste in precedenza ma aumenta il percepirsi come adulto di riferimento, che accompagna l'adolescente nell'acquisizione di maggiore responsabilità e rispetto delle regole, senza tuttavia diventare un giudice o un controllore.

In alcune situazioni di minori dove c'è anche un aspetto normativo, veramente sento di giocare un ruolo, un codice paterno relativamente al principio di realtà. […] Per cui se è importante lavorare, trovare un lavoretto perché si devono pagare l'avvocato e così di fatto l'avvocato vale poco se poi lasciano perdere tutti gli altri elementi che sono per esempio di una messa alla prova. Quindi la fatica di riportarli veramente a una lettura, a un principio di realtà, a una lettura più di contesto e questa fatica. Aiutarli, a stare proprio in un principio di realtà e quindi di apprendere le conseguenze degli agiti. (Int12-F-32)

Cerchi di dargli delle domande che provino a farli riflettere, se ti danno poi quel minimo di disponibilità. Fai la spina irritativa, rispetto a un andazzo che, se qualcuno non glielo ritorna, magari, non metterebbero in discussione. Poi cerchi anche un po'di richiamarli a delle responsabilità precise che comunque hanno appunto verso sé stessi, verso altri (Int1-F-3)

*Nello stesso tempo [dell'accoglienza, dell'ascolto, empatia e vicinanza] però anche quello di dare importanza alle regole, al contorno, al contratto, quello che decidiamo. Perché penso che questi ragazzi vengono da nuclei dove c'è molta confusione, di ruoli, di regole, di ritmi, per cui io cerco di dare un aiuto sul ridare un ordine e dare importanza alla responsabilità che si prendono con gli adulti: io in quel momento divento un adulto, un adulto di riferimento su cui si può contare e che dice di lavorare sul fatto che possono acquisire fiducia e rispetto di questo adulto, mantenendo un'autorevolezza in modo tale che abbiano un metro di misura. L'accoglienza, ma anche, ma anche la regola (*Int3-F-32*)*

Ci sono anche dei momenti in cui dico adesso basta canzoni, basta cose così perché dobbiamo un po' quagliare, dobbiamo andare al dunque e quindi ci sono anche dei colloqui dove non sono tutti così romantici, tutti così belli. Ci sono colloqui dolorosi, ci sono colloqui dove dobbiamo anche ..... anche faticosi, dove.... quando li devo riprendere perché i controlli non sono ancora a posto, perché non rispettano le regole, perché saltano gli appuntamenti. A scuola non ci vanno con regolarità (Int11-F-31)

Come si evince, anche in presenza di elementi che connotano la relazione in un contesto involontario, legato alla presenza dell'autorità giudiziaria, e dunque di assenza di richiesta spontanea e presenza di interventi di controllo, è comunque possibile mantenere un equilibrio tra l'aiuto, il sostegno e il ruolo più osservativo-valutativo conferito dall'autorità giudiziaria grazie a una relazione trasparente e chiara.

> *Ho fatto una relazione da dare al giudice, lui [il ragazzo] mi ha ringraziata… io ovviamente ho scritto a giudice tutto, tutto quello che avevamo osservato. Come servizio avevo detto fosse il caso di prolungare per tre mesi, perché ovviamente bisogna mantenere uno spirito… Ecco lui mi ha ringraziato dicendomi "grazie per quello che lei ha scritto" perché da una parte io ho validato tutto il suo impegno dall'altra parte non ho potuto non dire le difficoltà e come lui si è mosso. Quello che aiuta è l'atteggiamento di ascolto. Se tu riesci ad avere delle buone relazioni tu puoi anche richiamarli, anche a dire, a scrivere magari delle cose che potrebbero non essere piacevoli, però che corrispondono dei dati di realtà (Int10-F-29)*

> *Se tu hai lavorato bene passo, passo prima, difficilmente non si riconoscono poi nella relazione. Non ho ricordo di qualcuno se non magari su sfumature… soprattutto quando l'esito dei controlli capita che qualche controllo non sia positivo e ti dicono "ma no ma io avevo detto che era positivo avevo detto che avevo usato così", "Si si, ma non cambia l'esito, certo puoi dire l'avevi già detto prima il problema è che non devi usare almeno fino a che sei in un programma alternativo". Però ti dico che non ho ricordi di qualcuno che non si sia riconosciuto al punto tale da dire andare in contrasto (Int11-F-31)*

Questo viene garantito anche grazie all'adozione di alcuni accorgimenti metodologici tipici del servizio sociale quali la condivisione dei contenuti, la chiarezza sui mandati in gioco nella relazione e sugli obblighi di relazionare all'esterno.

> *La trasparenza. Poi anche la relazione: tutto quello che esce da qua viene sempre letto gli interessati. Quindi come dire non facciamo mai di nascosto anche perché poi ti ritorno come un boomerang (Int10-F-29)*

> *Rassicurarli che comunque le cose che ci diciamo vengono rispettate sicuramente. E se anche sono piccoli sono giovani, le cose che poi si vanno a riferire all'esterno vanno comunque comunicate ma vanno condivise (Int6-F-30)*

> *Io dico sempre loro guarda, io non relaziono sulla tua testa, facciamo delle cose… Dedico sempre un colloquio prima dell'invio della relazione a leggere la relazione - che non è la scriviamo insieme, lo dico sempre ai ragazzi, dico non è che l'incontro di oggi è che tu mi dici "no guarda quella roba lì non la mettere" – è un momento di condivisione del percorso che hai fatto finora e di quello che noi abbiamo visto su di te ed è questo che noi relazioneremo al giudice. Perché poi in tribunale tanti giudici leggono e ci sono ragazzi che mi hanno detto all'inizio non avrei mai pensato che voi avreste scritto e quindi arrivano puntando il dito non dovevate scrivere questa cosa io non me lo aspettavo* (Int11-F-31).

6.2.4.5 Stili di comunicazione

Nel raccontare la propria esperienza e prospettiva rispetto al lavoro con gli adolescenti e giovani adulti nei SerD molti assistenti sociali hanno proposto il tema degli stili comunicativi attraverso cui si mettono in relazione con i giovani, in particolar modo, riferendosi, nella maggior parte, all'utilizzo di modalità comunicative informali. Altri, invece, spiegano di privilegiare comunque una modalità formale al fine di favorire una responsabilizzazione dei ragazzi, entro un contesto che, come visto, non sempre è solo di aiuto, sostegno e accompagnamento ma anche di controllo. È importante sottolineare come nell'utilizzo di registri di comunicazione più o meno formale non sembra emergere dalle interviste un ritenere un registro piuttosto che l'altro più utile o più

corretto, o più o meno professionale, bensì una valutazione circostanziata circa quale registro sia più opportuno utilizzare che ciascun professionista opera.

> *Il gergo diventa anche un po' più friendly, un po' più amichevole, pur stando sai nella relazione ecco di aiuto; io al ragazzo ovviamente do del tu, e a volte anche gli slang, è cercare di creare il contesto e il setting che li mette un po' a proprio agio. (Int9-M-13)*
>
> *Chiedo se posso dare del tu, dopo aver dato per 30 secondi del lei, e mi dicono che vanno meglio! Chiedo se posso usare dei termini in dialetto, se ci capiamo e se ovviamente è originario di qua, se non è originario di questo territorio il dialetto lo capiscono i ragazzini! Poi non è che parlo in dialetto ma qualche parola mi piace utilizzarla come mi viene, senza stare lì tanto a pensarci. (Int25-M-31)*
>
> *Se è molto giovane cerco di relazionare in maniera molto semplice gli do anche del tu per dire al ragazzo... (Int23-F-11)*

Dentro questi aspetti di vicinanza e informalità per la costruzione di ambienti più accoglienti c'è chi, comunque, evidenzia di non voler fare ricorso, o di non riuscire, a proporre un linguaggio che sia caratterizzato da "slang" più vicini ai giovani

> *Non scimmiottarli: cioè, a me non piace quando c'è l'operatore che usa lo slang dei ragazzi. A parte che alla mia età faccio anche ridere, però voglio dire ... capisco usare un linguaggio che non è linguaggio scientifico farmacologico, però non è neanche linguaggio da strada (Int6-F-30)*
>
> *Non mi sento tanto vicina magari, riuscire a parlare con un linguaggio loro…delle volte io mi sento inadeguata perché loro [i ragazzi] hanno un linguaggio che, secondo me, noi siamo, parlo di me ecco io mi sento un po' carente di come approcciarmi a loro. Quindi questa difficoltà [riferita al linguaggio] io la sento (Int7-F-22)*

Solo in un'esperienza un'intervistata riferisce di prediligere il dare del lei anche ai ragazzi sottolineando l'importanza di proporre un contesto istituzionale finalizzato a responsabilizzare il ragazzo, in cui il senso formale vuole rimarcare l'importanza di seguire regole, aspetto su cui, come emerso, molti ragazzi sono descritti in difficoltà.

> *Dare del lei anche se son piccoli, mi sembra utile e importante proprio come riconoscimento e restituzione della responsabilità. [I ragazzi] cercano di buttare in vacca tra virgolette... Io penso che sia importante invece non cogliere questo giochino, ma riportarli sempre su un piano di realtà, su un piano di serietà, di prendersi cura di sé stessi, dell'importanza di questo momento nella loro vita. Quindi cerco di farlo da adulta, non cercando di mettermi al loro livello per accattivarli, non so come dire. (Int20-F-37)*

Infine, come già visto in precedenza, non sempre è facile instaurare la relazione con il ragazzo. Inizialmente possono essere presenti elementi di timore e i ragazzi possono presentarsi più silenziosi, rispondendo per lo più a monosillabi. Pertanto, alcuni intervistati riferiscono la capacità di cambiare strategie e il loro provare modalità e strumenti comunicativi diversi, creativi, per favorire l'entrare in relazione con i giovani e l'articolarsi dei colloqui. C'è chi propone l'uso di testi di canzoni, di disegni o di brevi testi scritti da sé quali stimoli per la comunicazione, a chi propone modalità comunicative digitali più vicine alle nuove generazioni

> *Abbiamo fatto un circa due anni fa un percorso di scrittura autobiografica e l'obiettivo era proprio quello di poter approfondire delle tecniche di lavoro un po' diverse da quelle formali, anche con gli adolescenti, proprio per favorire con loro un approccio un po' diverso, che non sia il colloquio, che non sia sempre la parola, ma altri mezzi, altri strumenti, perché ci rendiamo sempre più conto che il colloquio non sempre permette a questi ragazzi di aprirsi, di raccontarsi (Int5-F-19)*

Se vedo che non è lo strumento giusto gli chiedo "ti piace scrivere, ti piace disegnare, ti piace far qualcosa, mi porti qualcosa e ci guardiamo insieme?". Se chiedi ragazzi ti rispondono, magari la prima volta dicono "ma che sbatti", però poi le cose fanno. A volte mi capita di chiedergli di scegliere una canzone di portarmi il testo e abbiamo lavorato insieme sul significato di quel testo lì (Int16-F-3)

[la mia collega] *utilizza qualche brano di canzoni, qualche spezzone di video, di film, lei mi ha sempre detto che rimane sempre soddisfatta da cosa ne esce nel senso che gli utenti che si aspettano un colloquio classico si trovano davanti a un'attività, un'occasione di riflessione che è diversa e che piace (Int15-F-17)*

Per chi gli piace scrivere faccio scrivere, perché a volte proprio son loro che mi chiedono. Mi ricordo un ragazzino che diceva "guarda, io quando vado via di qua mi vengono in mente un sacco di cose che non ti ho detto e poi quando sono qua me li dimentico". Allora dico [rispondo] "senti quando ti vengono in mente, scrivile. È come se le scrivesse per te, non è che le deve scrivere per me. Se poi hai voglia, la prossima volta o ti porti il foglio, li leggi, me lo lasci, come vuoi". Quindi ho visto che a chi piace scrivere [funziona, invece] tanti sono proprio in difficoltà, tanti solo l'idea di mettere per iscritto ..... (Int11-F-31)

Delle volte io ho fatto con loro un piccolo progettino che loro devono fare durante la settimana, per ricostruire con loro quali erano i momenti in cui, per esempio, utilizzavano la sostanza. Allora, per esempio, scandire la giornata per vedere quali erano i momenti critici e vedere poi insieme nel colloquio quali potevano essere le soluzioni, le strategie. Quindi magari proprio fare tutto un piccolo programma della giornata, con accanto a momenti di rischio le strategie, più un lavoro personale. Cioè su un cosa insomma molto concreta (Int6-F-30)

Con alcuni adolescenti è stato interessante applicare la scrittura autobiografica che è un altro approccio che aiuta molto, loro lo fanno molto volentieri scrivere. Dò delle sollecitazioni letterarie e faccio fare dei lavori con le parole e loro riescono di più a mettere anche l'aspetto emotivo, l'aspetto introspettivo. È proprio riuscire, magari anche da un testo molto breve, a estrapolare delle parole che li hanno colpiti e a costruire un loro testo, oppure anche dare semplicemente un incipit iniziale e una scrittura libera, solitamente riescono a narrarsi molto... Da lì mettiamo un po' a fuoco alcune tematiche. (Int12-F-32)

Abbiamo sentito la necessità di trovare dei modi per comunicare più allettanti, più veloci, più vicini a loro, però non è nell'ottica dell'azienda (Int2-A6EsteF47-)

Come si è visto è imprescindibile secondo gli intervistati partire da un atteggiamento di accoglienza e di ascolto, ponendosi in modo non giudicante rispetto l'uso di sostanze, avvicinandosi ai ragazzi con un reale interesse e curiosità nel conoscere loro in quanto persone e il loro mondo. Per quanto complesso sia, in un contesto che tende a premere "per risolvere il problema", gli intervistati riferiscono l'importanza di dare al ragazzo il tempo per ambientarsi, entrare in relazione, senza forzare. Questo va di pari passo con l'importanza di dare tempo anche a sé stessi, in quanto professionisti, per costruire la relazione, conoscere e valutare. Appare peculiare l'atteggiamento di cura e di presenza sottolineato dagli intervistati che si coniuga con un loro ruolo anche indirizzato alla responsabilizzazione, al favorire la crescita e il divenire adulti degli adolescenti. Nelle modalità con cui relazionarsi, molti intervistati riferiscono di prediligere modalità meno formali, utilizzando un registro comunicativo più vicino ai ragazzi, proponendo talvolta modalità creative che favoriscano la conoscenza, il racconto, il colloquio, mediante anche l'uso di canzoni, a storie e testi scritti, ai disegni nonché la percezione che il cambio generazionale necessiti di una riflessione più sostanziale sui classici strumenti di comunicazione.

6.2.5 Coinvolgimento e adesione

Nel raccontare e riportare la propria esperienza di lavoro e relazione nei SerD con gli adolescenti, gli intervistati fanno riferimento al tema del coinvolgimento dei ragazzi e della loro partecipazione alla costruzione e realizzazione del progetto secondo accezioni e concezioni differenziate.

Una prima premessa all'esposizione di questi risultati concerne il tema dell'età: spesso gli intervistati distinguono i giovani minorenni da coloro che hanno la maggiore età in considerazione della non piena capacità di agire a livello giuridico richiamando quindi alla formalità della responsabilità genitoriale. La seconda premessa attiene alla presenza o meno di provvedimenti dell'autorità giudiziaria nelle vicende di vita del giovane che rappresenta un elemento discriminante in particolar modo nell'ampiezza, si potrebbe dire, dei contenuti che possono essere oggetto di condivisione.

Con riferimento all'età dei ragazzi emerge una preminente considerazione dell'importanza del coinvolgimento a prescindere dalla minore età, e come si vedrà in seguito, anche laddove vi sono prescrizioni legate alla presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria, si cerca ove possibile di garantire una partecipazione dei ragazzi, così che i progetti siano maggiormente rispondenti alle loro caratteristiche.

> *Indipendentemente dall'età anagrafica del nostro paziente cerchiamo di condividere con lui quelli che sono gli interventi, quelle che sono diciamo le tappe e anche i tempi con i quali abbiamo in mente di fare una determinata cosa (Int2-F-7).*
>
> *Io dico sempre tu non è che devi, hai sempre la scelta. È vero che ti conviene andare in comunità, però non devi farlo perché ti conviene, perché tanto esplodi (Int13-F-22).*
>
> *Non abbiamo a che fare con il bambino; ha un'età tale che c'è bisogno della sua collaborazione* (Int3-F-32)

Vi sono residuali interviste in cui emerge un riferimento ai ragazzi quali persone non ancora del tutto mature che vanno accompagnate ad aderire alle proposte degli adulti.

> *Un po' come si fa con i bambini a volte: cioè, gli si dà l'idea di poter decidere anche se in realtà siamo noi un po' a indirizzarli rispetto a quello che pensiamo sia meglio per loro (Int22-F-2)*

Premessa la necessaria acquisizione del consenso informato da parte degli operatori per ciascuna persona che intraprende un percorso con il SerD, alcuni intervistati, pur riconoscendo l'importanza del coinvolgimento del ragazzo, ritengono preminente la responsabilità genitoriale e dunque sottolineano la rilevanza e la garanzia formale e legale data dalla firma del consenso informato da parte dei genitori. Nonostante questo aspetto legale e di coinvolgimento con i genitori, alcuni intervistati esplicitano l'importanza e il loro privilegiare la condivisione e costruzione del progetto insieme al ragazzo, cercando successivamente, ove la famiglia non sia d'accordo di sostenerla nell'approvare e condividere il progetto e le scelte che sono state assunte in collaborazione con il figlio.

> *Con i ragazzi, se sono anche poi minorenni c'è sempre il genitore, devi avere il consenso anche del genitore, però queste cose vengono esplicitate* (Int7-F-22).

La decisione sul percorso di eventuali decisioni che siamo chiamati a prendere le prendiamo noi con il ragazzo, con l'interessato, i genitori certo vengono ascoltati, ma poi eventualmente vengono accompagnati ad accettare anche una progettualità diversa, con tutto ciò che questo almeno in una prima fase comporta. Però per noi il paziente è il ragazzo, non sono i genitori (Int2-F-7)

In tal senso risulta importante quanto riferiscono altri intervistati circa l'attenzione a non creare una frattura nella relazione genitori-figli e nel sostenere e supportare il ragazzo anche nell'esprimere il suo punto di vista, la sua prospettiva ai genitori con i quali può trovarsi in difficoltà. In tal senso, gli assistenti sociali esercitano una funzione di advocacy per il ragazzo/a.

Cerchiamo di far di tutto perché non si creino situazioni [di contrasto con i genitori]; noi glielo diciamo "però sono comunque tuoi genitori, hanno un esercizio di potestà nei tuoi confronti. Quindi magari che ne so, ne parliamo insieme, di quella cosa, facciamo un incontro insieme così, comunque, tu senti quello che viene detto ai tuoi genitori, tu senti quello che i tuoi genitori chiedono, hai anche tu la facoltà di dire la tua, non sopra la tua testa" (Int1-F-3)

Secondo alcuni operatori la condivisione c'è e la si cerca, ma è importante anche tenere a mente che il ragazzo a volte non si sente realmente libero di poter scegliere, di poter dire la sua. In tal senso molti riportano come i ragazzi subiscano le scelte di altri, a volte questi altri sono i genitori, altre volte questo avviene quando nella relazione di aiuto e nel programma sono presenti provvedimenti dell'autorità giudiziaria (che sia penale, civile, amministrativo).

Loro sono adolescenti sanno che devono adattarsi, se sono in situazioni, comunque, di provvedimenti dell'autorità giudiziaria loro sanno che non possono fare diversamente (Int17-F-2)

L'obiettivo primario sarebbe quello che ci fosse il massimo grado di coinvolgimento. Però in realtà spesso lo subiscono. E la loro, come posso dire, la loro condivisione è una condivisione, forse a volte un po' forzata, forse un po' dovuta, nel senso che magari cercano in quell'occasione di accontentare il genitore piuttosto che, non dico accontentare l'operatore di riferimento (Int2-F-7)

Subiscono, cioè, fanno questa cosa perché la devono fare (Int14-F-3)

Dove c'è una situazione effettivamente grave, o comunque problematica, e dove non è possibile, lì il ragazzo deve essere, se si cerca sempre di accompagnarlo, di spiegare, di motivare il perché di determinati interventi, però lì forse lui, passivamente mi vien da dire, deve accettare quello che il servizio ha un po'deciso per lui... (Int19-M-22)

Nell'ambito delle dipendenze, forse più che in altri contesti, gli intervistati assistenti sociali fanno spesso riferimento all'importanza di un progetto, di interventi che siano condivisi e accettati dalla persona, riconoscendo che in assenza della condivisione e dell'adesione della persona il progetto sarà destinato a fallire. Si riconosce la fondamentale importanza che sia la persona ad accogliere e volere il progetto. Il coinvolgimento in tal senso implica quindi non solo ascoltare il loro punto di vista ma anche lavorare sulla motivazione della persona.

La proposta terapeutica viene sempre costruita insieme e in collaborazione con l'adolescente e la sua famiglia. Per quanto è possibile. In questi anni mi sono resa conto che se non hai la condivisione con la persona non vai tanto distante, cioè imporre un intervento verso cui il ragazzo non ha nessuna adesione, puoi lavorare sulla motivazione, puoi lavorare sul convincerlo, però bisogna che ci sia insomma un minimo di adesione altrimenti sicuramente fallirà (Int15-F-17)

dove è possibile il ragazzo si cerca di coinvolgerlo direttamente in quella che può essere, non dico la decisione finale, però dove il suo parere è importante cerchiamo di tenerne conto: un

po' perché così siamo sicuri di agganciarlo e di creare una migliore alleanza terapeutica, e poi abbiamo più percentuali di successo (Int19-M-22).

va costruito sempre con la persona, perché se lo costruisci e la persona è d'accordo allora, secondo me, funziona meglio. Non c'è nessun obbligo da parte loro di seguire, a meno che non hanno delle prescrizioni da parte di un giudice, ma non hanno nessun obbligo di seguire quelle che sono le nostre idee rispetto alla loro riabilitazione. Bisogna condividere questa cosa: tu ti siedi con lui e dici guarda il programma che si può fare, noi possiamo fare questo per te. Cosa sei disposto a fare? E quindi si negozia anche questo. (Int24-F-25)

Tra le modalità che vengono adottate dagli intervistati per la ricerca del coinvolgimento e della partecipazione: condivisione e mediazione, lasciando spazi e tempi al ragazzo di sperimentare, mettersi in gioco rispetto a quanto lui propone o ritiene continuando a monitorare l'andamento ed eventuali necessità di ritornare a proposte/progetti differenti.

[se il ragazzo non è d'accordo] là si discute. Propongo "tu cosa hai in testa?", sentiamo i genitori. A volte, sai, a volte devi un po' mediare... cioè a volte i giovani hanno le loro idee..... Allora anche qua sta a noi contrattare. Se sentiamo che lo si può fare, diciamo "ok facciamo a modo tuo", ecco qua il contratto, in accordo con i genitori; se dopo non funziona facciamo a modo nostro. È importante che tu come operatore sia chiaro nelle tue indicazioni su come sarebbe importante fare. Però se il ragazzo vuole fare a modo suo e i genitori dicono ok, allora lo scriviamo perché loro si prendono una responsabilità, ci diamo un tempo (Int10-F-29)

io lo chiarisco anche al ragazzo, cioè "se poi a un certo punto tu arrivi a fare delle cose che possono compromettere in maniera grave o irreparabile la tua salute è chiaro che noi dobbiamo intervenire per proteggerti". Ok ma glielo dico anche, glielo esplicito perché comunque non è che glielo calo sopra la testa voglio dire. Fintanto che è possibile insomma è sempre bene (Int21-F-15)

Inoltre quando il ragazzo rifiuta, non condivide o non accetta le proposte che gli operatori di riferimento mettono in campo emerge uno stile orientato ad aumentare la consapevolezza del ragazzo rispetto alla proposta, quindi a fornirgli maggiori elementi di conoscenza.

[in comunità] *se non ci vuole andare non ci vuole andare. Si cerca magari di convincerlo a fare almeno un primo colloquio, un colloquio di conoscenza, di valutazione. Dopo molte volte questa idea questo rifiuto si ammorbidisce nel momento in cui vedono di che cosa si tratta. Vedono che cos'è una comunità, chi ci sta dentro, cosa fanno. Perché moltissimi, il più delle volte è la paura di lasciare il conosciuto per lo sconosciuto.* (Int15-F-17)

Si cerca di spiegare bene cosa vuol dire fare un percorso, per quanto tempo riteniamo sia utile […] Bisogna condividere questa cosa: tu ti siedi con lui e dici guarda il programma che si può fare, noi possiamo fare questo per te […] deve essere condiviso il progetto: non glielo si può calare dall'alto. Glielo proponi.... va comunque stabilito con lui… Se lui non vuole fare una delle cose se ne discute. (Int24-F-25)

se noi lavoriamo con i ragazzi che hanno questa età, quindi meno di diciott'anni purtroppo non possiamo molto scegliere le comunità, sono quelle, non abbiamo un'ampia possibilità di scelta. Io glielo esplicito, lo dico "guarda, non ne abbiamo tante" dico i pro e i contro di quelle pochissime che abbiamo, io ne conosco 3. Cerco di capire con lui in quale di queste tre potrebbe stare meglio. Poi molto dipende dalle disponibilità delle comunità, a volte hanno i tempi di attesa di 6 mesi… Io credo che loro lo capiscono, io glielo dico "abbiamo tante comunità per adulti, ma mica ti metto in una comunità per adulti, anche se ti piacerebbe scegliere dove stare". "Le comunità sono queste, cerchiamo quella che si avvicina un po' più a te, ai tuoi bisogni, ai tuoi interessi, che ti possa accompagnare su questo e cerchiamo anche una che ci possa dare una risposta in tempi sufficientemente buoni". Il senso è proprio spiegare loro proprio il significato di quella comunità. (Int25-M-31)

Un'altra modalità che emerge, in particolar modo in presenza di interventi connessi all'autorità giudiziaria è quella della contrattazione

Gli spazi dove possiamo co-costruire con loro un pezzetto di programma si cerca di garantirli – quindi la scuola, piuttosto che un lavoro, piuttosto che qualche altro tipo di impegno, qualche corso di formazione a termine, qualcosa che li appassioni; l'attività sportiva se hanno voglia di fare qualcosa in particolare lasciamo che scelgano loro poi vediamo se gli orari sono compatibili. Quindi alcuni aspetti li possiamo contrattare altri aspetti, quelli formano il programma controlli, no. Quindi su quello che si può contrattare cerchiamo di andare incontro, chiaro che ci sono alcuni aspetti che poi a loro stanno stretti, perché non possiamo dire che vengano sempre contenti, che vengano sempre ai colloqui, ma lo metti in conto, ne parli "va bene oggi sei venuto e non avevi voglia" oppure quando deve contestare urine positive (Int11-F-31)

Gli si dice "Ma tu che cosa hai in mente? Cosa pensi di fare?" poi si arriva anche alla fase della contrattazione "allora tu vuoi fare questa cosa, però noi in cambio ti chiediamo anche quest'altra". (Int1-F-3)

Ci sono delle cose che devono essere rispettate. Quelle devono essere fatte. Tutto quello che viene in più dipende proprio da quello che loro [i ragazzi] mettono in gioco e sono disponibili a lavorarci (Int6-F-30)

Laddove però io sono convinto di una cosa e l'altra persona non è convinta mi fermo e cerchiamo di trovare un significato. Oppure se mi propone qualcosa [ride] ed è qualcosa che non mi va bene continuiamo a negoziare. Finché non abbiamo capito qual è il senso della cosa che stiamo facendo, non la facciamo (Int25-M-31)

In altre interviste il senso del coinvolgimento del ragazzo e della famiglia viene inteso in termini educativi, di sviluppo e crescita e dunque concretamente di assunzione di impegni e responsabilità reciproci, tra genitori e figli, ma anche nei confronti dei servizi. In tal senso gli intervistati sottolineano l'importanza e la valenza positiva che nella loro esperienza ha il proporre la firma del ragazzo sui progetti/programmi contenenti gli impegni che ciascuno si prende, aspetto peculiare del servizio sociale. Vi è una valorizzazione dell'impegno e della firma sul progetto, anche a prescindere dalla minore età.

Perché è importante il contratto? Perché come dire come anche le conseguenze, e qua è importante con i genitori, perché se loro fanno delle richieste ai genitori a volte noi siamo testimoni, però nel momento in cui loro fanno delle richieste e non le mantengono le conseguenze non sono più punizioni son dell'assunzione di responsabilità. Ecco qua il lavoro con i familiari, e questo vale anche per i familiari perché se vengono meno ai loro impegni anche loro pagano un po' lo scotto. Ecco perché è importante a volte mettere nero su bianco, perché anche i genitori comunque devono render conto ai propri figli degli impegni che si prendono. Devono essere tutti credibili sai, altrimenti diciamo tanto (Int10-F-29).

È una specie di patto che facciamo tra di noi; io faccio delle cose, te ne fai altre, se noi riusciamo a farle capiamo perché, possiamo sempre modificarle. Però vedo che si impegnano poi quando poi lo scrivi, le nostre firme, quando firmano una cosa loro gli danno importanza (Int16-F-3)

noi abbiamo sempre un programma terapeutico firmato: chi è il referente, la durata del programma e tutto quello che lui fa c'è scritto. È un documento interno. Non ha altro valore legale se non quello di renderlo consapevole, e soprattutto, nonostante la minore età, di sapere che è coinvolto in prima persona in compagnia dei genitori che hanno la tutela legale. (Int4-F-28)

Complessivamente, rispetto al tema del coinvolgimento emerge da parte degli intervistati una consapevolezza di non riuscire ad arrivare sempre a una piena e profonda accettazione della proposta da parte del ragazzo, e dunque a un progetto che rappresenta l'ottimale per tutti gli attori coinvolti. Rilevante appare però il coinvolgere il ragazzo, spiegare il contesto e le scelte, in particolare quando ci si trova a realizzare interventi più obbligati. In contesti privi del mandato di controllo emerge una maggiore possibilità di confronto, condivisione, negoziazione dei progetti

e del percorso da realizzare, anche giungendo a dare maggior valore a ciò che viene deciso firmando dei contratti/programmi/progetti di intervento. Ciò non implica una valenza negativa della funzione di controllo: talvolta l'essere inseriti in un contesto in cui è presente un decreto dell'autorità giudiziaria può rappresentare un elemento di mediazione, un'occasione per rallentare i tempi e concedersi spazi condivisi di riflessione, sostare nella situazione e poter riflettere su quella e sui passi successivi. Come emerso nelle interviste e alla lettura frutto dell'esperienza del gruppo guida di co-ricercatori, talvolta il decreto dell'autorità giudiziaria è un fattore auspicato per la sua valenza educativa e contenitiva. Infine, dalla lettura e analisi dei dati emerge come le diverse modalità di coinvolgimento e confronto possono essere messe in campo in momenti diversi del percorso di aiuto con la stessa persona.

6.2.6 Temi e contenuti dei colloqui di aiuto

Nel corso delle interviste è stato possibile approfondire i temi e le aree che caratterizzano i colloqui lungo la relazione e il percorso di aiuto che si realizza insieme. Tutti i temi affrontati sembrano essere finalizzati, nelle esperienze e prospettive degli assistenti sociali interpellati, in primis a favorire la creazione della relazione, e in secondo luogo a stimolare maggiore riflessività e consapevolezza nel ragazzo, dunque, in terzo luogo, a orientare il percorso di recovery verso stili di vita di maggior benessere socio-relazionale.

I contenuti riferiti appaiono toccare tutte le aree di vita dei ragazzi-giovani adulti: dalla scuola agli interessi, dal gruppo degli amici alle relazioni sentimentali, le relazioni familiari, e tutta l'area delle progettualità future, del lavoro e del diventare adulti. Entro queste aree e questi temi si inseriscono le sostanze affrontate come elemento di riflessione in connessione alle tematiche precedentemente dette, in relazione alla legalità, al significato che le sostanze assumono nella quotidianità e le conseguenze-ricadute che l'uso di sostanze sta avendo e può avere nella propria vita, oltre le sensazioni immediate di sollievo o piacere.

Rispetto alle sostanze, se da un lato c'è chi riferisce di non voler affrontare esplicitamente questo tema, almeno inizialmente, non ritenendolo adatto alla creazione della relazione con i ragazzi o non trovandolo necessario, c'è chi si concentra sul comprendere che relazione hanno i ragazzi con le sostanze, che significato danno loro all'uso di queste. Affrontare il tema delle sostanze è visto come un ponte, una connessione, uno stimolo alla conoscenza del ragazzo e di altri aspetti della sua vita.

> *Uno dei temi è "cosa c'entrano loro con la droga" ma questo è un tema che propongo io ed è quello, l'unico di cui loro non vorrebbero mai parlare* (Int25-M-31)

> *Non tratto solo delle sostanze perché lì, secondo me, non è un buon inizio per una relazione, almeno dove hai già delle informazioni; quindi, il mio obiettivo è quello di agganciarli* (Int4-F-28)

> *Con i ragazzi giovani così non è che vai a parlar tanto di sostanza, nel senso che non puoi fare il pistolotto sulle droghe fanno male, è più un fare con loro una valutazione sulla loro vita in generale, su cosa stanno costruendo, se hanno delle passioni. Ed è quando vai a riscontrare*

che magari c'è il piatto assoluto e che le loro giornate sono incentrate al ritrovarsi su quella panchina, a farsi gli Spinelli che sono quello che allora da lì incomincio un po' a problematizzare. Non tanto sull'uso delle sostanze in sé (Int6-F-30)

Per alcuni degli intervistati risulta, comunque, importante comprendere il senso dell'assunzione, dei contesti, dei motivi che hanno portato i ragazzi ad avvicinarsi alle sostanze, anche connessi ai piaceri che la sostanza porta per poter poi lavorare sull'eliminazione della stessa.

Entrano tanto i temi del "come mai non riesci a stare all'interno di regole, di rispetto delle altre persone che come te vanno a scuola che come te vanno al lavoro come mai stai così male da non riuscire ad affrontare un dolore che evidentemente tu hai se non utilizzando sostanze stupefacenti che alterano la tua sensazione che alterano la tua percezione della realtà? Come mai un utilizzo di sostanze così importante nel momento in cui ti trovi in alcuni momenti di scelta che fai fatica". I temi un pochino dell'identificazione di cos'è che non ha funzionato, come mai la scuola è saltata (Int11-F-31)

Come era avvenuto l'avvicinamento alla sostanza, e da lì partire con tutta una serie di informazioni, indicazioni, riflessioni con lui per arrivare a capire che cosa, come mai era entrata a far parte della sua vita? Come aveva cominciato? Perché usasse questa sostanza? Per quale scopo? Qual era l'effetto piacevole che lui aveva del continuare a usarla. C'è anche quella positiva da tirar fuori, perché se le usano probabilmente hanno un beneficio. E se continuano a usarle è perché il beneficio è memorizzato dal cervello, quindi cerco Di arrivare all'informazione facendomi raccontare la loro esperienza, cosa provano, come si sentono in che momento è arrivata, che periodo particolare c'era (Int24-F-25)

Si evince uno sguardo orientato alla vita intera, a 360° e allo stile di vita in cui la sostanza interviene come una delle variabili e non come elemento significativo in sé e per sé.

Io mi oriento se vuoi su altro, cioè "ma cosa vuoi per te?" "ma cosa pensi di realizzare un giorno? La legalità, vivere in maniera antisociale o vivere in maniera legale, senza problemi? Io cerco sempre con loro di orientarmi più su questo tipo di discorsi, sperando che poi si attivi un qualche ragionamento...io cerco di spiegare anche abbastanza apertamente queste cose e magari di farli ragionare su quello che può essere la legalità, non tanto sulla sostanza (Int23-F-11)

Proprio per quello che è lo stile che abbiamo nei i colloqui, i temi di cui si parla sono di tutto tondo. Quindi c'è quello che ti dice " domenica sono andato a pescare e mi è proprio piaciuto perché ci sono andato con il papà e con il papà avevo avuto sto periodo di rapporto" e allora gli dico "ma... bene allora vedi che facendo a meno di fare uso di sostanze riesci anche a riappropriarti di quegli spazi?" oppure "Facevo sport, avevo mollato lo sport perché non riuscivo ad avere una continuità ma mi farebbe piacere riprenderlo". Allora magari pensiamo assieme a quelle che possono essere le azioni... (Int9-M-13)

Un aspetto che emerge come rilevante è l'importanza della "concretezza" nell'affrontare temi, aspetti e difficoltà quotidiane, connessi alle aree di vita dei ragazzi e in generale delle persone.

Noi assistenti sociali siamo anche molto concreti. quindi la scuola, il lavoro, c'è proprio quello che dovrebbe essere diciamo l'universo del ragazzo a quell'età lì, del minore. Quindi l'andare a scuola, il perché vai o Perché non vai, oppure perché ti fa schifo quella scuola, ti piacerebbe fare delle altre cose. Quello che può essere un tuo interesse, sia dal punto di vista della socializzazione, per cercare magari di individuare dei progetti o delle attività che lo possano almeno far socializzare con gli altri ragazzi (Int19-M-22)

Aprire ambiti su delle cose che sai che i ragazzi a quell'età è vitale per loro. Temi su questioni molto concrete, a volte molto molto concrete per loro (Int11-F-31)

Il focus che avevamo ecco non era quello strettamente legato solo all'uso di sostanze ma quelle che erano le difficoltà del periodo e del momento. Quindi "ho litigato con la mamma", "non ho voluto andare a scuola"; "ieri mi è successo questo con un mio amico"; "c'è una cosa che mi ha turbato". Quindi tutta una serie di cose legate agli aspetti di vita quotidiana di un adolescente (Int9-M-13)

Entro tali aree di vita del ragazzo gli intervistati ripropongono il tema degli interessi e delle passioni dei ragazzi come elementi che vengono affrontati nei colloqui: sport, tempo libero, hobby, a volte presenti, altre volte da stimolare, entrano a far parte del percorso che poi si cerca di costruire e realizzare allontanandosi dal mondo delle sostanze.

> *Il tema può essere quello dello sport, quello della relazione con i genitori, quello della sessualità, quello delle relazioni affettive. Possono essere poi quello delle relazioni amicali; a volte anche il conflitto con un altro operatore dei servizi* (Int9-M-13)

> *L' altra cosa è quali sono gli interessi che loro hanno, cioè "cos'è che ti interessa, al di là del motivo per cui se qua, cos'è che ti piace". Allora la maggior parte che vedo sono di genere maschile; quindi, essendo io uomo e più probabile che andiamo su certi argomenti, che possono andare dallo sport ad alcune canzoni, che poi non è mica detto che io capisca la loro e loro la mia!! [ride]. Oppure là dove giocano a calcio, comincio a chiedere dove giochi, con chi giochi, quando giochi, qual è il tuo ruolo; sei bravo a fare quel ruolo lì…(Int25-M-31)*

> *Una cosa che sento che è una costante e che mi focalizzo un po'di più sugli aspetti delle loro passioni. Sul fatto di cosa gli interessa, cosa li appassiona... Questo è il tema che forse è una linea, che ha un filo conduttore con loro: è partire da cosa gli piace fare a loro, da cosa gli interessa, se hanno appunto delle cose che gli interessano in particolare, a cosa dedicano del tempo. Forse parto da lì, o comunque il tema importante è quello lì (Int18-F-13)*

Non di minor importanza agli interessi e alle passioni, si ritrova l'argomento delle relazioni, in particolar modo quelle con i genitori, spesso difficoltose, e quelle con il gruppo degli amici, il gruppo dei pari, vissuto come una famiglia e alle volte elemento di problematicità nella prospettiva degli assistenti sociali.

> *Quando la relazione si instaura spesso il tema è sulle relazioni, cioè il rapporto con i loro genitori o il loro rapporto con l'altro sesso (Int25-M-31)*

> *Le tematiche principali sono sicuramente: i pari, gli amici sono forse la tematica più importante per loro, e mi verrebbe da dire anche prima della famiglia per come te la portano. Loro ti descrivono gli amici come se fossero la loro famiglia. I genitori sono il secondo tema (Int21-F-15)*

> *Le famiglie sono diventate oramai molto ampie, di tutti i tipi. Ecco per cui credo che sia anche importante capire come vive il ragazzo questa famiglia, quanta attenzione c'è, come si sente di appartenere, il senso di appartenenza alla sua famiglia. Che gruppo di amici ha? Che senso di appartenenza al gruppo di amici? Chi frequenta? Cioè, son tante cose, però a me vengono proprio da quello che loro mi portano poi l'approfondimento, mi attacco a qualcosa che capisco forse mi deve tornare utile come informazione per poi sviluppare qualche riflessione con lui. (Int24-F-25)*

> *I nodi critici sono quelli che riguardano le relazioni e le emozioni […] cioè, spesso sono ragazzi che tendono a essere isolati, ad avere poca rete amicale, relazioni affettive zero, poco o nulla; e non a caso queste sono le situazioni che di solito ci vengono segnalate anche dalla neuropsichiatria infantile (Int19-M-22)*

Oltre ai temi proposti dagli assistenti sociali sono poi presenti i temi che sono i ragazzi stessi a portare: solitamente connessi alle difficoltà con i genitori e con la scuola e al loro futuro

> *È come se volessero portarsi in quelle che sono le loro paure, spesso nel rapporto con i familiari, con i propri genitori; le amicizie, dove si sentono traditi; o il rapporto con la sessualità, le loro esperienze, dove vanno.* (Int25-M-31)

> *Come occupano il loro tempo: questo è un altro tema che io affronto ma che anche loro portano in qualche modo, perché loro ce l'hanno in mente che il loro progetto di vita deve essere preso in mano, però molto spesso non lo sanno fare* (Int15-F-17)

È come se la droga passasse in sottofondo, che non fa parte, cioè non è quello di cui vorrebbero parlare, insomma anche se sono qua vogliono parlare di qualcos'altro. Anche se sembra che sappiano tutto, in realtà non sanno nulla (Int25-M-31)

I contenuti proposti e trattati sembrano orientati a due macro-obiettivi: da un lato la creazione, il rinforzo della relazione di fiducia e aiuto, dall'altro quali stimoli di riflessione e crescita per l'adolescente, puntando a una maggiore conoscenza di sé, del proprio stile di vita, del contesto in cui sono inseriti i loro comportamenti, delle proprie risorse e progettualità e dunque delle possibilità di cambiamento. Complessivamente i contenuti affrontati con i ragazzi vanno oltre l'area delle sostanze e dei contesti e occasioni di utilizzo, per concentrarsi maggiormente sulle aree di vita dei ragazzi, sulle relazioni familiari e amicali, sui loro interessi e passioni, a volte cercando di scoprirne dove assenti. Si tratta di contenuti rilevanti nel percorso con i ragazzi che sostengono la costruzione del futuro dell'adolescente attraverso esperienze e passioni, opportunità che consentano di allontanarsi dal mondo delle sostanze, come approfondito anche nell'area relativa agli interventi e ai progetti di recovery con gli adolescenti che fanno uso di sostanze[28].

6.2.7 Quali strumenti per il lavoro nei SerD con gli adolescenti?

Molti degli intervistati fanno riferimento a una varietà di strumenti che intervengono nel loro operato e nella relazione di aiuto e fiducia che si instaura con gli adolescenti al SerD. Alcuni di questi strumenti sono i più classici: la relazione e il colloquio, distinto a seconda delle differenti fasi in cui ci si può trovare a operare. Altri strumenti sono invece più creativi e rappresentano un supporto alla realizzazione dei colloqui – in parte già rappresentati rispetto agli stili di comunicazione con gli adolescenti nel SerD. La funzione dei diversi strumenti può essere differente a seconda del momento in cui ci si trova della relazione e del percorso. Alcuni strumenti possono essere più adatti a una fase di conoscenza e altri al pensare o monitorare l'andamento degli interventi progettati. Rispetto agli strumenti cui gli assistenti sociali partecipanti alla ricerca fanno principalmente ed esplicitamente riferimento rispetto al lavoro con gli adolescenti emergono quattro gruppi: il primo composto da coloro che riferiscono di far ricorso unicamente gli strumenti tradizionali di servizio sociale; il secondo gruppo composto da coloro che richiamano l'utilizzo anche di altri strumenti rispetto a solo quelli tradizionali; il terzo gruppo è composto da coloro che aggiungono il riferimento all'approccio motivazionale.

6.2.7.1. strumenti tradizionali.

Un primo gruppo di intervistati è individuato in coloro che riferiscono di utilizzare unicamente gli strumenti "classici" di servizio sociale, intendendo con ciò la relazione di aiuto, il colloquio, la documentazione scritta e, sebbene residuale e con tutte le "accortezze" e specifiche, la visita domiciliare.

[28] Cfr paragrafo 2.8

Non ho strumenti particolari; gli strumenti sono quelli classici. Cerco di stare dentro una relazione (Int25-M-31)

La visita domiciliare quindi entrare nella loro casa, nella loro famiglia e poter incontrare i loro genitori … cerco sempre di creare con loro una relazione di fiducia (Int2-F-7)

Degli strumenti che io utilizzo c'è il contratto sociale: quindi scriviamo insieme gli obiettivi che ci diamo, anche nel mese, nel mese e mezzo. Ho il file, lo aggiorniamo, lo stampo, lo firmo insieme con la ragazza, la famiglia; gli do la copia se lo tengono lì in camera. Serve anche a me per tenere il filo delle cose e poi per responsabilizzarli. Perché un conto è dirsi le robe così, un conto è scriverle. Mi trovo bene […] La visita domiciliare, anche se qua non è molto in voga, però io la utilizzo e per me è uno strumento importante per capire il contesto e cercando in sottofondo il collegamento con il lavoro di comunità. […]Poi per altri versanti le visite domiciliari le utilizziamo perché ce le chiedono i colleghi dei Comuni […]. Di solito nelle situazioni un po' più complesse, dove i ragazzi sono in carico anche ai servizi sociali del Comune, c'è già la collega del Comune che è andata a casa, che ha fatto dei passaggi, e allora magari per non sovrapporsi e per avere un'identificazione diversa, questo strumento non viene utilizzato. (Int16-F-3)

6.2.7.2. Strumenti "non-tradizionali".

Il secondo gruppo è individuato in coloro che riferiscono di utilizzare con gli adolescenti anche strumenti diversi da quelli tradizionali, sperimentandone di differenti, con finalità indirizzate sia alla conoscenza e al favorire la relazione, che alla pianificazione degli interventi individuando risorse ed elementi di supporto.

Io penso che sia bello sperimentare varie cose. Non penso ci sia lo strumento migliore, penso che ci sia lo strumento che per quella situazione può essere adatto, per la comunicazione, per la conoscenza, per l'attivazione di processi. Ho fatto fare delle mappe di rete. Una volta abbiamo usato anche delle fotografie. Una volta con la collega dell'USSM abbiamo fatto una Family Group Conference. Quello di fatto è stato uno strumento che ha attivato un intervento, perché di fatto questa famiglia si è parlata e ha fatto degli accordi.... Pure quando tu, per esempio, fai una mappa di rete con un ragazzo, è uno strumento che ti permette di conoscere il suo contesto, però per lui diventa un momento in cui conosce se stesso e quello diventa un intervento che vai a fare (Int6-F-30)

Ci sono periodi in cui utilizzo quello schemino dove dico "fammi vedere chi sono le persone a te vicine" e uso quello schema, quella rete con i cerchi per dire "dimmi, suddividimi i parenti, i fratelli, l'amico, con chi sei più vicino, con chi sei più lontano" in modo che anche loro mettano nero su bianco la loro realtà, la tipologia di rapporti. "Dimmi con chi le cose vanno bene, lo segniamo con un bel colore, dimmi con chi non va, lo tratteggiamo in qualche maniera, dimmi proprio con chi non c'è rapporto quindi mettiamo una croce su". Solamente per mettere in evidenza perché a volte chiedo "ma chi ci può aiutare in questo... in questa fase" "questo potrebbe essere una risorsa per noi, questo è meglio che lasciamo perdere..." Ecco in questo senso qua, per strutturare un progetto (Int11-F-31)

Non lo uso perché credo sia lo strumento migliore, ma perché serve a me perché, se no mi perdo… io la chiamo "la linea della vita" nel senso che proprio con la persona davanti io tiro una linea retta e dico: "lei è nato il? Mi dica gli aspetti più...che per lei sono rimasti più importanti o se magari c'è qualcosa di più particolare che ha a che fare con il fatto che oggi siamo qua" Ma questo permette a me, poi quando mi guardo la linea di capire la vita della persona e di non dimenticarmi alcune cose (Int18-F-13)

Ho fatto anche un lavoro personale ma anche lavorativo sotto l'aspetto della mindfulness, un approccio mi aiuta anche molto. Molto incentrato su tutto il lavoro centrato sulla persona; tutto l'aspetto rogersiano… (Int10-F-29)

6.2.7.3. Il colloquio motivazionale

Vi è un terzo gruppetto di intervistati che richiama anche la conoscenza e la formazione realizzata in merito al colloquio motivazionale e alla teoria degli stadi del cambiamento sulla base del quale questo strumento si basa, citandolo come elemento di riferimento per la propria pratica professionale nell'ambito delle dipendenze.

> *Abbiamo fatto anche tanto formazione sul colloquio motivazionale e quindi diciamo che il riferimento è un po' a quello, agli stadi del cambiamento e il colloquio motivazionale.... (Int20-F-37)*

> *Il colloquio motivazionale – ho fatto una formazione anni fa – e mi ha aperto tantissimo cercare di capire dov'è la persona rispetto una sua disponibilità di cambiamento, e anche i familiari (Int10-F-29)*

> *Noi di qualche anno fa abbiamo fatto proprio una formazione come servizio, sul colloquio motivazionale… per esempio spesso in équipe ci capita di dire "no no ma quel ragazzo lì è in pre-contemplazione" che detto così .... però chi ha fatto il colloquio motivazionale sa che è una fase in cui, in questo momento qua, non c'è la disponibilità a mettersi in gioco, a darsi da fare. Oppure il dire "quel ragazzo ha una frattura interiore molto alta", fratture interiore e quindi un certo grado di problematicità. Oppure è in questa fase...quindi l'avere riconosciuto un linguaggio comune e anche una metodologia di intervento, credo che questo ci abbia aiutato molto e ci aiuti tuttora perché è più comprensibile per tutti.... è una, sì un approccio e una tecnica che è stata condivisa da tutti e tutt'ora valida, attiva (Int19-M-22)*

> *Il colloquio motivazionale, quando c'è da farlo. Nel senso che in qualche modo si sente che la persona ha bisogno di fare le varie tappe "a che punto siamo?" "dove siamo? Pre-contemplazione, contemplazione oppure possiamo anche capire fare un bilancio?". Ma ti dico mi viene spontaneo nel momento in cui comprendo come la persona è arrivata qua, quali sono le intenzioni che ha, e quali intenzioni non ha, perché magari è tra virgolette costretto e lì utilizzo molto il colloquio per motivarla quindi colloquio motivazionale nel momento in cui mi accorgo che la motivazione non c'è; quindi, il lavoro tutto sulla motivazione affinché comprenda che questo servizio può essere d'aiuto (Int24-F-25)*

Nonostante venga riportata la conoscenza del colloquio motivazionale e la formazione in merito, c'è chi esplicita le fatiche e le difficoltà nell'applicarlo e utilizzarlo realmente nella quotidianità lavorativa, tanto con gli adolescenti quanto con le persone che si recano al servizio in generale, sottolineando un elemento di valutazione nella scelta e utilizzo di tale tecnica di colloquio. Probabilmente anche in considerazione di tali difficoltà, vi è chi è esplicita la consapevolezza di non fare realmente ricorso alle indicazioni concrete di conduzione dei colloqui secondo l'approccio motivazionale, avendo, più che altro, in mente le indicazioni come punto di riferimento e orientamento nella relazione e nell'intervento

> *Così come il colloquio, l'approccio motivazionale, mi vien da dire per alcune tipologie di utenti magari è un po' difficile da applicare. C'è il rischio magari che sia controproducente per alcune tipologie di nostri utenti (Int19-M-22)*

> *Il colloquio motivazionale chiunque lavori nelle dipendenze te lo sa dire teoricamente a memoria. Poi applicarlo è difficile. Nel senso che tu puoi anche averlo studiato, magari ti sei fatto la formazione due giorni, come hanno fatto tutti, però, dovresti fare dei training e probabilmente .... diciamo che io non sono una di quelle che ti dice che pratica il colloquio motivazionale. Non posso dire di condurre i colloqui in base a quello che ti indica il colloquio motivazionale. Perché è molto complesso e non credo di essere in grado. Sicuramente ho in mente dei principi che mi orientano nello svolgimento del colloquio (Int21-F-15)*

6.2.8 Prospettive e significati di recovery

Nel corso delle interviste sono state proposte dagli assistenti sociali intervistati esperienze, azioni, progetti, prospettive legate al lavoro e al percorso che si realizza con gli adolescenti nei SerD. Un primo aspetto interessante emerge da un'assenza: i termini "riabilitazione", "reinserimento sociale", "recovery" sono utilizzati espressamente solo da 5 intervistati senza esplicitare cosa con ciò venga inteso, e in contesti in cui non si fa espressamente riferimento alle azioni e interventi di sostegno implementate per e con gli adolescenti, bensì alle persone in generale che vivono un percorso con il SerD. Solo un'intervistata, di questi cinque, nel parlare di riabilitazione esplicita cosa ciò rappresenti nella sua prospettiva. Pur senza utilizzare tali termini specifici dall'analisi delle interviste emergono interessanti riflessioni, esperienze e narrazioni degli interventi circa i percorsi, gli interventi, le azioni e le esperienze proposte e attuate con i ragazzi rispetto la loro più ampia esperienza con il SerD.

> *Noi nel momento in cui parliamo con una persona cominciamo a ragionare, gli chiediamo oppure andiamo ad approfondirlo: con chi vivi, che tipo di significatività hanno queste figure di riferimento, cioè familiari amici, che influenza hanno nella tua vita; da chi ti senti sostenuto; da chi non lo sei; chi può rappresentare un ostacolo, chi invece ti può aiutare nel percorso che stai facendo; dove vivi cioè la casa che hai è dignitosa, riesci a pagarti le bollette perché come amo ripetere ogni tanto è difficile che ti impegni in una psicoterapia se vivi in macchina, perché le tue priorità in quel momento sono altre. E non si tratta solo del "ti devo trovare la casa, il lavoro" come una volta, è come dire la ricostruzione, quando parliamo, lo dobbiamo dire in inglese perché se no non suona figo, quando parliamo di recovery, una volta parlavamo di riabilitazione, si parla di questo cioè la riabilitazione [si interrompe così nel discorso] (Int21-F-15)*

Alla lettura del gruppo di ricerca l'assenza di tali termini può trovare fondamento e spiegazione nella specificità della fase della vita degli adolescenti e del lavoro e della relazione di aiuto che si costruisce con i giovani nei SerD, nonché nella specificità delle esperienze di uso di sostanze in adolescenza per le quali può non sembrare opportuno parlare di "reinserimento sociale". Dal racconto e dalle rappresentazioni degli intervistati non sembra, infatti, che i giovani abbiano situazioni ed esperienze che hanno prodotto fragilità e difficoltà sociali tali da aver portato a fratture relazionali, a esclusione sociale e isolamento.

> *Roberto: Se io penso a un sedicenne, diciassettenne, diciottenne, io non penso al "reinserimento sociale", ma non mi viene nemmeno concettualmente, forse perché sono all'inizio di un percorso, sono già inseriti, non bisogna inserirli da qualche parte. Per questo forse molti non citano termini come reinserimento sociale, riabilitazione. Non sono termini che io userei per questa fascia di età. Non so gli altri del gruppo cosa ne pensano.*
>
> *Cecilia: è vero! Inizialmente non ci avevo pensato ma è vero.*
>
> *Roberto: forse sono altri i termini che si possono usare. Riabilitazione, reinserimento sono più adatti a persone che hanno una storia più lunga, più esperienze di fragilità, di difficoltà, di rotture relazionali. Per i giovani sento più una promozione che una riabilitazione e questo lo si legge nelle interviste: guardare alle risorse, promuovere opportunità, rinforzo di risorse, attivazione di relazioni. Mi viene più sensibilizzazione, accompagnamento, affiancamento, aprire prospettive.*

Come emerso, e di seguito rappresentato, il percorso e la relazione di aiuto con i giovani che fanno uso di sostanze appare poter essere meglio rappresentato con termini quali accompagnamento, affiancamento, rinforzo e attivazione di risorse e opportunità, apertura a nuove prospettive.

Entrando maggiormente nel merito delle riflessioni proposte rispetto ai percorsi e alle esperienze dei ragazzi nei SerD secondo alcuni intervistati ciò che consente l'avvio effettivo di un percorso e di una motivazione da parte dei ragazzi a impegnarsi in un progetto di recovery è un evento esterno che ha "un impatto" significativo sul ragazzo, che può essere un'esperienza di vita, un evento significativo ritenuto tale personalmente, quanto il trovarsi in contesti giudiziari. Al contrario, vi è chi evidenzia che elementi quali il contesto giudiziario o le difficoltà di salute, maggiormente rilevanti nel motivare persone adulte, non sempre rappresentano uno stimolo o un fattore di rinforzo della motivazione per gli adolescenti.

> *Su certe situazioni che magari vedi che sono imprendibili, quando arriva qualche evento al di fuori, il penale in primis, un cambiamento lo porta (Int7-F-22)*
>
> *Con l'esperienza che ho adesso, guardando a oggi ho capito che a volte devono succedere delle cose gravi, o comunque particolari, per fare i conti con la realtà (Int18-F-13)*
>
> *Un ragazzo di 15 anni, 16 anni è in una prospettiva diversa, quando hai 15 anni per te la vita è infinita, non finirà mai. E quindi "perché devo preoccuparmi di cambiare comportamenti? tanto non è un problema" . Sono i pensieri tipici di tutti gli adolescenti, anche se la parola adolescenza adesso è considerata automaticamente un problema, quando non lo è, è una fase della vita (Int17-F-2)*

Il percorso di recovery, pertanto, come emerso e richiamato più volte nel corso delle interviste, può prendere avvio da una motivazione spontanea, da una spinta del ragazzo, da qualche sollecitazione delle persone significative, oppure può trovare avvio in un contesto giuridico, maggiormente vincolato. In tutti questi casi, alcuni intervistati sottolineano la possibilità che si viene a concretizzare di realizzare un cambiamento, di avviare un percorso come un'opportunità, e in questo viene sottolineato nuovamente il ruolo e l'importanza delle relazioni, sia della relazione con gli operatori, ma in particolar modo delle relazioni che le persone hanno nel proprio contesto di vita, con altri significativi.

> *Il cambiamento - se vuoi parliamo di cambiamento perché anche lì poi ci sarebbe da discutere ma insomma - lavorare sulla dipendenza, la differenza la fanno gli incontri che fanno al di fuori da qua, in altri contesti che non è sicuramente l'incontro con me, piuttosto che con il medico, ma gli incontri fatti al di fuori, nei loro contesti reali di vita, quello fa la differenza. […] Io ho questa idea: chi ha la possibilità di incontrare un personaggio che ti voglia bene, perché è l'amore, questa è la parola chiave, facciamo fatica a dirla questa parola, però è quella la parola chiave, cioè sentirsi amato da qualcuno ti fa cambiare il pensiero. (Int17-F-2)*

A prescindere da come prende avvio un percorso di recovery e dai differenti interventi realizzati, emerge una prospettiva di esperienza nel SerD come definizione, ridefinizione, messa in pensiero e in atto di un progetto di vita. In tal senso emerge una visione della dipendenza come stile di vita la cui riabilitazione, nello sguardo e prospettiva sociale di alcuni degli assistenti sociali intervistati, si realizza puntando alla valorizzazione delle risorse dei ragazzi, lavorando quindi sui loro punti di forza, partendo dalle loro aspirazioni, aiutandoli anche a trovare l'utilità del percorso che si andrà a fare o si sta facendo, soprattutto quando non si lavora a partire da una domanda spontanea ma in presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

> *Noi lavoriamo soprattutto sulle risorse, andiamo ad indagare quelle che sono le risorse del ragazzino e della famiglia e a potenziarle, se possiamo, quindi mettiamo in atto un po' tutti*

quegli strumenti che abbiamo a disposizione per far sì che questo non sia solo un percorso di, diciamo, disintossicazione dalle sostanze ma che sia un vero percorso riabilitativo su tutti i fronti cioè proprio anche in termini di capire: quali sono le mie difficoltà di ragazzino diciassettenne; e di capire come invece posso sfruttare in modo positivo le risorse che ho e anche come posso affrontare le difficoltà che il periodo dell'adolescenza mi mette di fronte, accantonando l'uso di sostanze ma con degli strumenti che magari noi aiutiamo a fornire (Int22-F-2)

Tra coloro che vengono inviati e chi arriva magari al servizio da solo c'è una differenza: nel senso che sono meno motivati, bisogna fare un lavoro di motivazione…Si può lavorare motivandoli a non prendere il percorso del SerD come qualcosa che qualcuno dice, ma di prenderlo come qualcosa che può essere utile a loro per un futuro. Tentiamo di far continuare il percorso alla conclusione della messa alla prova per capire se veramente ha funzionato l'aver fatto un percorso "un po' costretti" [riferendosi al contesto della messa alla prova] *(Int24-F-25)*

Mi rendo conto che non puoi più fermarti a dirgli che la sostanza è illegale, che la sostanza ha questi effetti... cioè, provi a dare un significato diverso ai suoi comportamenti cercando insomma di fargli notare, no non di fargli notare, portandolo a promuovere, a sperimentarsi in situazioni diverse. (Int2-F-7)

Un aspetto che emerge abbastanza trasversalmente tra gli assistenti sociali intervistati attiene il considerare e il partire da aspetti concreti, di vita quotidiana quale elemento centrale delle pratiche di recovery, riabilitazione sociale e dunque degli interventi da mettere in atto. Emerge spesso, infatti, un richiamo, con diverse accezioni, al "far fare" "far sperimentare" "far vivere" "far apprendere": ciò implica, per gli intervistati che ne parlano, il partire da elementi quali l'ottenimento della patente di guida, l'iscrizione a uno sport, il prendere il treno o la corriera, l'ottenere dei certificati, attestati di formazione, fare esperienze che non sono state vissute in precedenza.

Cerco di proporre dei compiti, degli obiettivi, ai ragazzi sui quali poi lavoriamo cercando in questo modo di rafforzare alcune abilità che loro non riconoscono e non sentono. Perché sento che con i ragazzi c'è più una necessità quasi del fare, di toccare con mano quello che sono in grado, o meno, di sostenere di fare insomma. Sì con loro mi viene più facile diciamo proprio lavorare sui piccoli compiti (Int2-F-7)

Di solito si parte da una cosa molto pratica, che serve almeno in quel momento da stimolo: la patente di solito è un buono stimolo (Int16-F-3)

Puntiamo al concreto, puntiamo a imparare un mestiere e poi vediamo. La cosa, secondo me, vincente è che con certi ragazzini non dobbiamo puntare solo ed esclusivamente allo studio... dobbiamo valorizzare le loro abilità. Quindi io sono convinta che con gli adolescenti bisogna far fare delle esperienze (Int8-F-33)

A qualcuno propongo qualche stage lavorativo molto mirato nei posti dove so che a loro piacerebbe: a una ragazza piaceva un sacco comporre fiori, fare composizioni floreali, l'abbiamo inserita in un vivaio ed è rinata (Int11-F-31)

Noi abbiamo ragazzi che non hanno mai fatto nella loro vita quelle cose che di solito se non fai con la famiglia, fai a scuola. E abbiamo dei progetti carini: montagna terapia, cose così (Int24-F-25)

Nel raccontare le esperienze di fronteggiamento dell'uso di sostanze e delle problematiche derivate che gli adolescenti nei servizi per le dipendenze vivono e realizzano, tali elementi di concretezza e vita quotidiana vengono inseriti in una visione del progetto di cambiamento fondata sull'importanza di vivere esperienze significative. In tal senso in alcuni contesti tra quelli di

afferenza dei partecipanti alla ricerca sono state implementate attività laboratoriali, esperienze extra-ambulatoriali e di socializzazione pensate per i giovani adolescenti. Questa tipologia di interventi e progetti pensati all'interno dei percorsi dei ragazzi appare già presente e concreta nelle esperienze delle assistenti sociali afferenti all'AUlss 2 Marca Trevigiana, mentre è ancora a un livello di proposta e prospettiva in altri territori.

> *L'altro tentativo che stiamo facendo e di poter pensare a delle esperienze laboratoriali. Sempre partendo dall'idea che con questi ragazzi l'aspetto laboratoriale può essere più, più ricco, più generoso […]. Stiamo dedicando attenzione a proporre delle esperienze. Chiamali laboratori, progetto arrampicata, l'atelier di arteterapia, però stanno dentro a un'idea riabilitativa che è quella di partire da delle esperienze. Soprattutto con questi ragazzi. (Int12-F-32)*

> *Quello che continuiamo a dirci all'interno del servizio è che per i giovani servono modalità diverse; in questo momento si sta parlando sempre di più a laboratori espressivi, per stare anche nella vita normale; ed ecco perché i laboratori si tengono all'esterno del servizio. È stato realizzato, per tre mesi di mercoledì pomeriggio, un percorso espressivo. Quindi i giovani adolescenti, in questo momento, sono impegnati in questi laboratori, quindi al di fuori del SerD. (Int10-F-29)*

> *Abbiamo fatto in passato dei corsi di breakdance... Quindi abbiamo provato un po' a sperimentarsi anche su questi ambiti, provare a proporre loro degli spazi più informali. Ecco, secondo me questo è ... questa sarebbe ... la strada da proporre a questi ragazzi [...] Abbiamo cercato di trovare delle iniziative che potessero interessare i ragazzi per poterli agganciare affinché venissero al pomeriggio in servizio per frequentare appunto questi corsi. Però sono state comunque esperienze a termine e a cui poi non è stata data una continuità. Per questioni anche di risorse (Int5-F-19)*

> *Ci stiamo un po' pensando a dei laboratori, delle occasioni, dei progetti dove i ragazzi possono esporsi, ovviamente rispettando anche il livello di esposizione. Però, secondo me servirebbero degli approcci più gruppali, di esperienza, ma anche più creativi, espressivi (Int19-M-22)*

> *Lavorare sul tempo libero dei ragazzi sarebbe un ambito fondamentale dal mio punto di vista […] La sfida è quella di provare a vedere se un po' alla volta, attraverso delle esperienze, minimamente riparative, attraverso alcune esperienze positive, attraverso le cose belle, io punto molto su quello. Si spera che prima o poi riescano a sbocciare. (Int21-F-15)*

Appare dagli stralci di questi intervistati una prospettiva di relazione, di intervento e messa in atto di azioni concrete, basate sulla quotidianità e sulle esperienze di vita; questa prospettiva, nel vissuto di tre intervistate trova realizzazione anche in attività di effettivo accompagnamento nel territorio, nei servizi per l'attivazione della ricerca del lavoro, o nel riprendere contatti con realtà e persone nel proprio ambiente di vita. Appare centrale evidenziare come in queste esperienze, dal racconto che le intervistate riportano, il fare assieme, l'accompagnamento non fosse per mancanza di fiducia nei confronti del ragazzo, nel credere che la persona non avrebbe rispettato l'impegno, bensì si sia caratterizzato proprio come un'azione scelta dall'assistente sociale in quanto sensata e importante nella, e per la, relazione di aiuto costruita con quell'adolescente e per favorire, sostenere il percorso di recovery.

> *Prendiamo un appuntamento in un'agenzia interinale in cui io vengo con te, se vuoi, e portiamo il tuo curriculum e vediamo cosa ti dicono loro. La prima volta mi ha tirato pacco [...] Allora poi gli ho detto "va bene, lasciamo perdere l'agenzia, porta il curriculum a me e lo vediamo insieme" "Ah ma poi tu me lo cambi, tu me lo modifichi, io invece le cose che ho scritto voglio che rimangano". Gli ho detto "no, io non ti modifico niente. Semplicemente se c'è da aggiungere qualcosa che magari ti può aiutare, lo facciamo". La volta successiva me l'ha portato e ha visto anche che nel leggere insieme il curriculum, gli ho riconosciuto il fatto di averlo fatto bene, di essersi informato rispetto alle informazioni che andavano messe, si è*

sentito gratificato di questa cosa, cioè, ha capito che io non volevo fare l'inquisitore, dire fammi vedere, te lo modifico e te lo rifaccio io. Quindi mi ha detto "guarda, sono contento, adesso dimmi tu se c'è da aggiungere qualcosa e poi dai, la prossima settimana se vuoi prendi un appuntamento all'agenzia" e la settimana dopo è venuto. Quindi sono piccoli passaggi. (Int22-F-2)

Lui faceva gli scout, poi li aveva abbondati, insieme abbiamo ripreso i contatti con gli scout. Siamo andati a parlare con il prete, parroco che è stato un mezzo importante della sua adozione, perché era stato adottato e quindi era una figura riconosciuta e d'aiuto. Abbiamo fatto insieme tutta una serie di interventi (Int16-F-3)

È soltanto facendo delle cose insieme, degli accompagnamenti, degli affiancamenti che riesci a costruire una relazione significativa (Int12-F-32)

Nell'entrare nella parte più operativa dei percorsi di aiuto che vengono realizzati, torna in maniera largamente diffuso l'aspetto del tempo libero e degli interessi come possibili attività concrete che possono essere attivate e messe in atto. Se, come visto inizialmente, tale tema è uno degli elementi cui gli assistenti sociali intervistati riferiscono di far riferimento per favorire la costruzione della relazione di aiuto, nella fase di costruzione e realizzazione degli interventi torna in qualità di possibile aree concreta di intervento in termini di espansione degli interessi del ragazzo, di sperimentazione in contesti e attività nuove che possano andare ad aumentare la sua autorealizzazione, l'immagine di sé stesso, dando avvio a un percorso di riabilitazione sociale, recovery che parta proprio dallo stile di vita e dalla quotidianità.

"Entro il 31 dicembre vado ad informarmi per la patente. Quindi scarico dov'è la via? Vado, vado da solo, prendo coraggio, appuntamento al telefono", dopo dieci giorni, "hai fatto questa cosa?" "non l'ho ancora fatta" "Perché non l'hai ancora fatta, hai paura?". Quindi queste cose qua. […] "Vai a vederti quali sono i corsi che ci sono, ne scegli uno, figo, che ti piace, fai la prova di tutti, tennis, nuoto, pallavolo, parkour, quello che vuoi, intanto la prova gratuita la fai, metti un bollino ogni volta che fai e qualcosa che ti piace la troveremo (Int16-F-3)

Quando hai qualche ragazzo per cui stimoli la ricerca di un interesse nel territorio di un'attività sportiva, di un'attività volontariato, di un'associazione ecc., mi è capitato a volte di promuovere degli incontri dove dico "guarda là c'è l'associazione del rugby dove magari potresti un po' giocare potresti dare una mano ti va?" E allora gli dico "guarda, se vuoi andiamo insieme oppure dico la prossima volta che ci vediamo faccio venire il referente dell'associazione, così ti parla un po' e magari vi mettete d'accordo per andarla a vedere" (Int9-M-13).

Per quanto concerne gli obiettivi del percorso da realizzare insieme al ragazzo emerge in molte interviste il partire da obiettivi che siano concreti, utili, desiderati dai ragazzi così come definire gli obiettivi congiuntamente, senza necessariamente puntare sin da subito sull'astinenza e l'eliminazione totale della, o delle, sostanze, partendo da come e cosa la persona stessa pensa di poter fare in quel momento per il suo percorso.

L'obiettivo non è quello di raggiungere subito l'astinenza dalla cannabis, perché, se io sono un adolescente che ho scoperto che la cannabis mi aiuta, intanto cerchiamo di capire in che modo la cannabis ti sta aiutando. Quindi anche qua cercare sempre di capire, ed anche qua importante come i genitori, il significato che può avere quel consumo nella vita. Perché il consumo è sempre un sintomo e quindi iniziamo a dare un nome al sintomo. (Int10-F-29)

Accogliere la persona e di insieme con lei raccogliere proprio la sua domanda, la sua richiesta. E insieme con lei andare a vedere quali sono le possibilità di uscita. Nel senso di ascoltare bene il suo problema; capire cosa pensa lei di fare per uscirne (Int6-F-30)

Spesso il ragazzo dice "sono solo, non so cosa fare, non ho contatti, mi sfondo di canne dalla mattina alla sera, vorrei fare qualcosa" oppure tu arrivi a farglielo capire e allora assieme poi

le colleghi con lui, e in questo senso lui entra direttamente nel progetto perché dice "io ho questo interesse e tu mi aiuti in questo" e assieme cerchiamo di capire come fare (Int19-M-22)

Concordare i progetti, lasciare che le persone siano libere di esprimersi, di portare avanti i loro obiettivi, cioè tu devi essere in qualche modo un facilitatore per loro, non gli devi dare tutti gli obiettivi (Int21-F-15)

Io ho cambiato il mio modo, il mio approccio […] di solito io tendo un po' a redarguire le persone dire "guarda che qua gli esami non vanno bene dobbiamo rispondere a una richiesta" quindi fare anche presente che, se gli esami sono positivi siamo anche noi poi che dobbiamo rispondere di questa cosa. Invece con lui mi sono sentita anche molto serena nel dire vanno bene anche questi esami positivi perché è un percorso che stiamo facendo quindi sei all'inizio, l'obiettivo è quello di arrivare alla fine ad avere questi esami tutti negativi, però se succede che ogni tanto c'è una ricaduta, ci lavoriamo e capiamo perché. anche io ho dovuto un po' uscire dal mio schema mentale di dire no, la sostanza fa male, ma mi sono dovuta ammorbidire […] è un percorso che stiamo facendo (Int22-F-2)

Definire gli obiettivi insieme può anche voler dire aspettare ed esserci quando per il ragazzo è il momento giusto così come ridefinire gli obiettivi man mano nel tempo, tenendo presenti le evoluzioni, cambiamenti, possibili difficoltà e ostacoli. Questo significa anche non far necessariamente prevalere la propria prospettiva, mantenersi in una posizione di riflessione sul proprio operato e tenersi aperti al confronto con il ragazzo. In questo è fondamentale, per alcuni degli intervistati, ai fini del percorso "essere presenti" e che i ragazzi sentano di potersi fidare.

L'offerta di un'occasione di cambiamento può essere anche colta se è il momento giusto, se il ragazzo è effettivamente una sofferenza sua che va, che sente, che va presa in mano da qualcuno, insomma, se si fida (Int15-F-17)

[...]C'era un ragazzo doveva fare, era partito in quarta con il volontariato, non ce la faceva a far tutte quelle ore. Io all'inizio gli avevo detto guarda che mi sembra che siano troppe ore, conviene partire con poche ore poi magari aumentiamo. No, lui ha voluto partire, e allora ho detto partiamo se non ce la fai .... dopo due settimane [mi dice*] "avevi ragione non ce la faccio". Ma dico sempre anche ai ragazzi che così è la vita: si parte, ci poniamo l'obiettivo poi magari pensavamo di raggiungerlo in due mesi invece ci vogliono tre mesi, non succede niente, allarghiamo. L'importante è tenere sempre, come dire, l'obiettivo finale (Int11-F-31)*

Tante volte nelle nostre storie qua serve tanto tempo perché la persona arriva e sta usando sostanze, poi magari per un po' non usa più. Dopo però ricade. Allora magari dici "Beh, proviamo un percorso in comunità". Dopo entra in comunità, dopo una settimana va fuori. Dopo però ritorna e ti dice "Ho sbagliato, voglio rientrare". È tutto un lavoro che sembra quello del gambero: vai avanti, poi vai tre passi indietro e tre passi avanti (Int6-F-30)

La condivisione degli obiettivi e il confronto implicano, per alcuni intervistati, il continuare a monitorare l'evoluzione del processo, delle azioni messe in atto, sostenendo il ragazzo e rinforzando gli aspetti positivi al fine di superare eventuali difficoltà. Una di queste difficoltà che viene citata da alcuni è legata al mantenere costante l'impegno nel tempo: spesso si tratta di percorsi di lunga durata che i ragazzi faticano a mantenere nel tempo. In altri casi invece vi è chi sottolinea l'aspetto del tempo riferendosi alla prospettiva dei professionisti che sentono di avere una breve finestra temporale in cui lavorare con il ragazzo.

Quello che delle volte è un po' faticoso è mantenere il tempo, nel senso che delle volte sono processi molto lunghi che durano anche un anno. Per un ragazzo un anno è tanto, quindi bisogna modulare questo tempo perché altrimenti ci si stanca tutti, anche no? Quindi la motivazione viene un po' meno su questo. (Int6-F-30)

Sono programmi, loro partono ma poi un anno di messa alla prova per un ragazzino di 18, 17, 16 anni è una vita. Perché io dico sempre è lungo il periodo di regole, di controlli, di colloqui

quindi dobbiamo continuamente tenere alta l'attenzione perché dopo un po' si stancano. Ma molti lo fanno, anche gli adulti si stancano, quindi, il nostro compito è sempre quello un pochino anche un tema dei colloqui "Quanto manca? Mamma mia ma ancora tutto questo tempo ma lo possiamo accorciare?" "No, non possiamo..." Ecco però loro hanno fretta, loro devono fare, devono andare, devono chiudere questa cosa.... ma un po' come fanno tutti i ragazzi al mondo (Int11-F-31)

Il tema è quello dell'adolescente che ha 16 anni e mezzo che ti arriva al servizio che ha 16 anni e mezzo, che mette in atto tutta una serie di comportamenti devianti, fughe da casa, uso... tutta una serie di cose, tu dici fai la segnalazione magari un po' così al tribunale, ti arriva il decreto che ha 17 anni e qualche mese, sai che la finestra temporale, che la cornice, che ti dà modo di lavorare è molto breve, ma che se si inserisce in un contesto dove magari la problematicità, queste dinamiche queste cose ormai si erano consolidate già da qualche anno, il margine di intervento ormai è breve però ci provi (Int9-M-13)

Infine, dalle parole di alcuni intervistati emerge una prospettiva di recovery e di percorso di riabilitazione sociale che non guarda solo al singolo individuo, alla singola persona bensì a una rete più ampia, un contesto più ampio di altri significativi, in cui in primis si trova la famiglia. Si tratta di uno sguardo per l'appunto sociale tipico del servizio sociale. Viene quindi da alcuni esplicitata l'importanza di non focalizzarsi unicamente sul ragazzo che usa sostanze, ma di lavorare entro un panorama più ampio con il coinvolgimento di figure significative.

Se tu vai ad abilitare parte di questo pezzo e l'altra parte te la perdi, non lo recepisce, non la influenzi nel cambiamento ecc. Anche a seguire l'altra parte che si sta riabilitando. Che cosa mai puoi fare a lungo termine? Nulla! […] Si ritiene di dover lavorare con la famiglia perché comunque quando quel soggetto ha fatto il suo percorso, o magari ha delle ricadute. Questo soggetto arriva modificato dal suo percorso della comunità e se dall'altra parte non c'è stata un'agevolazione di consapevolezza […] come fai a sostenerla a lunga gittata? Tre secondi dopo questa persona va a fare quello che faceva prima dicendoti pure visto che non è servito a nulla (Int13-F-22)

L'obiettivo è quello di favorire un accompagnamento sia del ragazzo, ma anche comunque della famiglia; perché poi con il ragazzo possiamo fare il lavoro che vogliamo, ma se nella famiglia non si modificano alcuni aspetti e alcune dinamiche è come se non facessimo niente (Int9-M-13)

Io di prassi cerco sempre di coinvolgere la famiglia, ma in generale gli altri significativi! È chiaro che degli adolescenti sono tendenzialmente i genitori perché non è che mi portano qui tutto il gruppo di amici. Però voglio dire non ho mai chiuso le porte, anche se mi dicevano "vengo con mio cugino di terzo grado, piuttosto che con il mio migliore amico". Io credo che più riesci a coinvolgere la rete di riferimento di una persona e più questo rappresenta un supporto, a qualunque età. (Int21-F-15)

Cerco di motivarli a far collaborare la famiglia. Perché credo che parecchie cose debbano passare dalla famiglia, perché la famiglia è un esempio per gli adolescenti e se non sono informati su tante cose o su certi comportamenti a volte parli col ragazzo, però la famiglia rimane quella che è senza modificare nulla. Quindi dove mi è possibile e dove me lo consentono io coinvolgo sempre i familiari (Int24-F-25)

6.2.9 Interventi e progetti

Sia a partire dal racconto di un episodio significativo vissuto nella relazione con un adolescente, sia nel corso dell'intervista, gli intervistati hanno riportato a vario titolo degli spunti circa gli interventi che vengono messi in atto nel lavoro e nel percorso al SerD con gli adolescenti, oltreché esperienze progettuali attuate, in corso di attuazione o in programmazione, basate su specifiche linee di finanziamento. Se nella maggior parte dei contesti in cui operano gli interventi ritornano percorsi ambulatoriali – con colloqui individuali con i ragazzi e/o con i familiari e l'attivazione

di percorsi di inserimento lavorativo o scolastico – e percorsi residenziali in comunità terapeutiche, in alcuni dei contesti dei partecipanti viene riportata l'implementazione di esperienze laboratoriali e progetti di comunità per un lavoro con gli adolescenti in contesti informali e territoriali. Se i programmi proposti – che prevedano o meno l'inserimento residenziale – in alcuni casi appaiono più standard, in altri emerge più esplicitamente una personalizzazione del percorso proposto, entro i medesimi interventi o con proposte differenti.

> [Nei percorsi ambulatoriali] *Si lavora molto con il SIL e con i progetti provinciali, per esempio di ricollocazione lavorativa, però non c'è, nei giovanissimi intendo, una adesione molto forte a questi.... C'è più una voglia di andare altrove, di cambiare proprio territorio molte volte, soprattutto se si realizza un inserimento in comunità. (Int15-F-17)*
>
> *Il lavoro sostanzialmente con lui è stato quello di colloqui diretti che venivano ovviamente fatti proprio con lui; spesso e volentieri ecco anche tante telefonate (Int9-M-13)*
>
> *Un programma ambulatoriale che noi proponiamo nella messa alla prova comprende delle cose che non sono sindacabili: due controlli a settimana non sono sindacabili, a vista, partecipare ai colloqui di verifica, partecipare ai colloqui psicologici di sostegno, noi quasi sempre manteniamo lo psicologo per tutta la misura; il fatto che ci sia un medico che non incontra sempre ma è un'opportunità. Poi chiediamo scuola, lavoro, volontariato e qui alcuni aspetti li possiamo contrattare (Int11-F-31)*
>
> [Programma ambulatoriale per ragazzi con messa alla prova] *Colloqui di monitoraggio, verifica delle urine, perché il programma prevede anche un monitoraggio se devono dimostrare di non usare. Metti che sono stati trovati in possesso di sostanze o hanno fatto qualche altro reato ma si presume che siano comunque persone che utilizzano sostanze e lì si fa un percorso che prevede la visita medica, il monitoraggio urine settimanale, come minimo, e poi i colloqui di verifica. (Int24-F-25)*
>
> *Il programma in genere è semplicemente aderire alle proposte del SerD, quindi sono la visita medica, le visite mediche e gli esami tossicologici, i colloqui e la partecipazione alle varie attività, tipo il gruppo. (Int17-F-2)*
>
> *Dopo il primo aggancio, che vuol dire un colloquio, due colloqui, tre colloqui, ma dopo che l'educatore ha in mente la situazione, ci troviamo come equipe dedicata e proviamo a proporre a questa persona sia dei colloqui psicologici, informativi, che possono essere di tipo medico, che possono essere di tipo normativo, per quello che mi riguarda, e dare come dire poi una risposta mirata o comunque ridargli una possibilità che è solo sua, quindi non standardizzata come SerD, ma dedicata proprio e gestita su misura (Int18-F-13)*

2.9.1 Percorsi residenziali in comunità terapeutiche

Nel corso delle interviste raccontando delle esperienze vissute con adolescenti nei SerD ritorna in modo prevalente, tra i diversi interventi e progetti realizzati, il richiamo alle esperienze residenziali in comunità terapeutiche, e in maniera residuale comunità educative – principalmente con riferimento ai ragazzi che hanno in atto un percorso legato al contesto della giustizia.

Tra gli intervistati emerge la presenza di prospettive differenti rispetto i possibili benefici o meno di tali esperienze comunitarie per i ragazzi. Se da un lato alcuni ritengono che la comunità terapeutica sia la primaria e prevalente forma di intervento con elevati benefici di riabilitazione per i ragazzi, altri pur evidenziando i limiti dei percorsi ambulatoriali e dei soli colloqui nei servizi – come a più riprese emerso dalle analisi e da prospettive già presentate nel presente lavoro – sottolineano l'importanza anche di lavorare con il ragazzo e per il ragazzo nel suo ambiente di vita e con le persone per lui importanti. Ciò richiama il vedere l'esperienza della comunità come

qualcosa di altro, diverso e lontano dalla vita e dai contesti dei ragazzi che potrebbe fallire non appena il ragazzo rientra nel suo contesto di vita. Emerge, inoltre, il rischio, percepito o supposto da alcuni intervistati, che i ragazzi incontrino in comunità persone con situazioni più gravi rispetto alla dipendenza da cui possano trarne esperienze negative o peggiorative della loro situazione.

> *Qualche volta anche l'equipe stessa mi mette in discussione, perché io partirei con l'idea di spedirli un po' tutti in comunità. Sarà perché vedo delle famiglie veramente .... quando arrivano da adolescenti così giovani ci sono delle famiglie che sono già tanto ma tanto in difficoltà. Io in questo momento non ho un adolescente che riesce a aderire al programma ambulatoriale. O tutti finiscono in comunità o diventano quel poco maggiorenni, magari perché arrivano lì a bordo e via. E la maggiore età lì sgancia ancora di più. Perché a quel punto nessuno può dirgli cosa devono fare. […] Poi pensi "cavolo qua mi frenano sempre tutti mi dicono non puoi* [metterli tutti in comunità]. *Perché poi gli inserimenti nelle comunità potrebbero viceversa anche metterli a contatto con persone più in difficoltà, più pregiudicate dal punto di vista dell'uso (Int1-F-3).*
>
> *Nella maggior parte dei casi sinceramente vedo sempre che l'unica è che questi ragazzi si facciano un'esperienza fuori dalla famiglia, fare un'esperienza di emancipazione. La comunità, almeno lì, volente o nolente, si sperimentano su piccole cose quotidiane per riacquisire delle capacità (Int3-F-32)*
>
> *Se sto pensando a un ragazzo che fuma le canne, prima di inserire in una comunità terapeutica, dove vengono trattate persone che hanno una dipendenza da eroina, ci penso. Perché poi loro hanno questa tendenza a fare gruppo e a apprendere gli uni dagli altri, di solito sempre le cose più trasgressive quelle più pericolose. (Int21-F-15)*

L'esperienza residenziale in comunità viene vista tanto quanto intervento principale del percorso del ragazzo, tanto quanto un'esperienza che può, ad un certo punto, inserirsi nel progetto di recovery più ampio, anche dopo un lungo periodo di programma ambulatoriale, o come opzione da prendere in considerazione quando altri interventi non stanno funzionando.

> *Se si arriva al punto che la situazione è così grave che bisogna ricorrere non più a un trattamento ambulatoriale, ma di staccare la persona dal suo territorio allora c'è tutta la questione delle comunità (Int3-F-32)*
>
> *Può anche succedere che si arrivi nell'arco di un anno di interventi, magari a convincere il ragazzino che non ne voleva sapere di entrare in comunità, a entrare in comunità (Int23-F-11)*

L'inserimento in comunità terapeutica può partire da una proposta dell'equipe, da una richiesta della famiglia o dell'adolescente stesso. Quando la proposta non arriva dal ragazzo vengono riferiti episodi di rifiuto e di fuga dalla comunità, anche reiterati, ma che a volte portano il ragazzo a chiedere lui stesso un ulteriore inserimento, che viene in questi casi descritto come quello positivo.

> *Di ragazzini che vanno in comunità terapeutica per tossicodipendenti - sai che in Regione Veneto ce n'è solo una - se vogliono entrare entrano molto motivati. Sono loro che ti dicono basta, sono stanco, voglio farla finita. Voglio affrontare questa questione solo. (Int6-F-30)*
>
> *Lui* [un ragazzo di cui ha raccontato] *è arrivato al punto di dire "vado sei mesi in comunità" ed è andato in comunità. […] I genitori li manderebbero [in comunità] ben bene e si tolgono la responsabilità perché non sanno cosa fare (Int3-F-32)*
>
> *Ho avuto situazioni in cui una ragazzina ha abbandonato la comunità, allora abbiamo affiancato con un progetto sul territorio in collaborazione con il terzo settore. E quindi lei ha trovato il lavoro, è uscita dal contesto familiare, ha trovato casa in condivisione, ecc. Un bel giorno a me e all'educatrice del progetto ci dice "Ma io voglio andare in comunità", Perché lei nella sua autonomia aveva sperimentato, si è sempre mantenuta astinente e ha sperimentato*

che c'erano ancora delle cose incompiute. Quindi è tornata in comunità, nella stessa comunità dove aveva interrotto il programma ed è ancora lì (Int13-F-22)

Noi gli abbiamo subito proposto un ingresso in comunità. Quindi l'intervento attivato è stato questo e che inizialmente non è stato accettato con motivazione piena, con grande convinzione, e quindi questo ragazzo è entrato e uscito due tre volte prima di riuscire a fermarsi, a orientarsi meglio, a fare delle riflessioni diverse che non fossero "voglio tornare alla vita di prima". Ha fatto un ottimo percorso (Int15-F-17)

Adesso con una ragazzina che stiamo cercando di inserire comunità, noi stiamo lavorando molto in beneficità, per cui cercando di fare in modo che sia lei a decidere di fare questa cosa. In realtà anche la comunità giovanile di Conegliano, che poi è l'unica in Veneto che accoglie minorenni, lavora un po' in quest'ottica qui, nel senso che fanno dei colloqui in cui cercano di capire se il ragazzo (Int21-F-15)

2.9.2 Esperienze di gruppo

Pensare, proporre e realizzare esperienze gruppali specifiche per i giovani adolescenti in contatto con i SerD non appare essere un elemento centrale e presente nelle prospettive esplicitate dagli intervistati, sebbene alcuni di loro riportano sporadiche esperienze di interventi di gruppo, per le persone e le loro famiglie, a carattere terapeutico (psicologico) oppure informativo e di auto-mutuo-aiuto.

Abbiamo tentato dei gruppi monotematici, a tema. Allora tenuti magari appunto una volta da me, una volta dall'assistente sanitaria, una volta dell'educatore. rivolti all'adolescente... abbiamo fatto una volta ai genitori... qua siamo due mezzi in croce (Int3-F-32)

In passato abbiamo anche proposto dei gruppi per questi ragazzi adolescenti utilizzatori di cannabis, che però poi non sono stati più riproposti. Perché c'era ancora questione legata in termini di risorsa da mettere in campo (Int5-F-19)

Talvolta abbiamo organizzato dei gruppi educativi, socio educativi per i genitori a cicli, quando abbiamo magari il gruppetto di adolescenti riusciamo a costituire anche il gruppo dei genitori e loro [i genitori] partecipano al gruppo molto volentieri e poi utilizzano anche le cose che emergono nel gruppo, le modalità di gestire le situazioni, perché poi le condividono.. […] il gruppo veniva tenuto da una psicologa e da me, oppure da una psicologa e dall'educatrice. (Int20-F-37)

Per quanto concerne realtà di gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti nel territorio, quali i CAT – Club di Alcologia Territoriale – e gli AA/NA – Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi – molti intervistati non vi fanno riferimento e chi li nomina lo fa per riportare rare esperienze di invio degli adolescenti in tali contesti, sottolineandone l'inadeguatezza per persone di giovane età. Per come si compongono e caratterizzano i CAT e gli AA/NA, con una significativa presenza di persone adulte, questi gruppi non appaiono essere ritenuti una risorsa da attivare per i giovani. In particolar modo, viene sottolineato che gli adolescenti non presentano unicamente l'abuso di alcol ma anche di altre sostanze; inoltre viene evidenziata la differente fase della vita che rende difficile – secondo gli intervistati che ne parlano – il confronto entro il gruppo. Per tali ragioni alcuni riportano che sarebbero necessari gruppi specifici per la partecipazione dei ragazzi.

Non ho mai sentito di un progetto per un adolescente che preveda di farlo andare in un Club. Io penso che possa essere utile, ma non è nella logica di questo servizio (Int24-F-25)

Noi, per esempio, abbiamo i gruppi di auto mutuo aiuto per gli alcolisti ma l'età media delle persone che vanno al gruppo sono i 40 45 50 anni come faccio a inserirci un ragazzino perché poi questi ragazzi non hanno sempre solo il problema con la sostanza ce l'hanno anche con

l'alcol, quindi, c'è un poliabuso. Come faccio quindi a inserirlo in un gruppo così adulto, e come faccio ad inserirli in gruppi, in gruppi dove si parla unicamente di alcol, quando in realtà questa utenza, come dicevo, fa uso di più sostanze (Int2-F-7)

[riferendosi a un ragazzo preso in carico dall'ambulatorio per l'alcologia] *l'abbiamo poi appoggiato al nostro gruppo, perché in alcologia abbiamo il day hospital che è un gruppo, e una volta a settimana si tiene la multifamiliare che erano gli incontri tra i familiari e gli alcolisti della mattina. Lui non ce la siamo sentita di farlo venire al mattino perché il target era molto molto più anziano, però durante la serata una volta al mese veniva a fare questi incontri con i familiari perché ovviamente c'erano anche i figli degli alcolisti che più o meno però avevano la sua età e quindi l'abbiamo sensibilizzato attraverso questi incontri a capire cosa significasse avere un problema con l'alcol, un problema conclamato. Quindi è stata una cosa importante, anche da un punto di vista proprio educativo, ma anche di approccio (Int18-F-13)*

2.9.3 Progetti per gli adolescenti su specifici finanziamenti per le dipendenze

Quanto emerso rispetto alle prospettive di esperienze riabilitative, di recovery basate sul vivere nuove esperienze, relazionarsi in contesti informali, e lavorare su interessi e passioni dei ragazzi trova coerenza in alcune specifiche progettualità realizzate a partire da finanziamenti regionali dedicati. Infatti, come emerso e riportato in altre parti del presente lavoro, nella prospettiva degli intervistati è necessario pensare a modalità nuove, creative e differenti e un linguaggio e modalità comunicative e relazionali nuove nel lavoro con gli adolescenti nei servizi per le dipendenze. Questo si connette anche alla necessità che appare emergere da alcuni stralci, di attivare esperienza di co-progettazione in cui coinvolgere i ragazzi nell'ideazione e strutturazione dei progetti. Di seguito si riportano dunque alcuni interessanti esperienze e progetti attuati nei vari territori di afferenza degli intervistati. Ciò che accomuna i diversi progetti è l'intento di far vivere esperienze sportive, nella natura e/o con animali, creative, artistiche per ampliare risorse, potenzialità, interessi dei ragazzi e il poterlo fare in contesti flessibili, informali. In un'esperienza ciò era finalizzato a un lavoro sulle emozioni e sull'espressione della propria emotività; in un altro contesto sono state previste delle forme di "riconoscimento" per i ragazzi e l'impegno da loro dimostrato.

All'interno del nostro Dipartimento nell'ambito del Piano triennale delle dipendenze abbiamo attivato dei progetti tra cui sull'area dei giovani adulti. Grazie alla collaborazione con una comunità qui vicina che è la comunità San Francesco di Monselice abbiamo attivato dei progetti esperienziali destinati a questa fascia di età dove i ragazzi si sperimentano nel contatto con gli animali, nelle arrampicate, nello yoga, insomma in attività che possono essere più interessanti e diverse dal vengo al SerD e faccio il colloquio con il singolo operatore. Cerco di gestire la situazione insieme ad altri ragazzi che condividono le stesse difficoltà e le stesse caratteristiche, mettendoli in una situazione diversa da un punto di vista del contesto, del fatto che non è da solo. (Int2-F-7)

Lavoriamo sicuramente a stretto contatto con gli operatori di comunità che poi a livello territoriale organizzano iniziative di vari laboratori. Adesso c'è ad esempio il progetto Giovani di Conegliano che partirà con un progetto di dj musicale, al quale noi poi inviamo dei ragazzi.... Quindi si cerca di lavorare in stretta sinergia con gli operatori che lavorano proprio a livello territoriale su iniziative di questo tipo (Int10-F-29)

Grazie al Piano triennale per le dipendenze, con la DGR 911, abbiamo anche cercato di fare un progetto per i minori e gli adolescenti, creando diciamo dei contenitori un po' elastici che accolgano un po' così anche il ragazzo nella sua dimensione. Ad esempio, nel corso dell'estate erano stati organizzati dei laboratori, laboratori di canoa, di arrampicata. Quindi contesti non tanto connotati dove forse anche il ragazzo poteva trovare uno stimolo, una passione, una

relazione anche con altre persone. Perché poi non è che entrava in contatto solo con altre persone che avevano un disturbo da uso (Int9-M-13)

Un progetto anche qua del dipartimento, dove se loro comunque riescono a stare astinenti hanno degli incentivi: hanno dei Buoni Amazon o comunque possono partecipare. Questi sono aspetti belli che riusciamo anche a valorizzare, perché loro si impegnano, però fanno tanta fatica (Int10-F-29)

Nei SerD di Feltre e di Belluno sono stati attivati delle attività educative musicali, dei laboratori di arte e di musica molto interessanti, dove l'adesione è sicuramente stata positiva da parte di alcuni utenti giovani, che si sono sperimentati in un'attività dove hanno potuto esprimere una propria emotività. Quindi uno spazio protetto in cui però poter dire delle cose in forma artistica, se vogliamo. È stata un'occasione molto bella, secondo me, e a cui però i nostri non hanno aderito, ma è una difficoltà proprio di spostamento fisico tra una valle e l'altra purtroppo. (Int15-F-17)

Il nostro Dipartimento ha presentato un progetto assai scarno, dal mio punto di vista, si poteva fare molto meglio, però per lo meno una cosa buona è stata proposta sostanzialmente di estendere la semi residenzialità e/o delle attività diurna ai minorenni. Attività diurna si intendono attività sportive oppure mi sembra che ci fosse qualche corso per suonare qualche strumento. Che poi pare tutto bello quando lo scriviamo, ma forse piace a noi, perché mettiamo il corso di pilates che farei io! Oppure anche cose tipo l'arrampicata su roccia, che dici che bello a un quindicenne dovrebbe piacere tantissimo, invece al quindicenne non gliene importa niente, perché il massimo è l'arrampicata su panchina e quindi arrivato lì si ferma! (Int21-F-15)

In alcune esperienze, grazie a fondi regionali per le dipendenze, sono stati implementati degli interventi di educativa domiciliare con l'intento di favorire la relazione di aiuto e la realizzazione di attività ed esperienze positive con il ragazzo nel suo contesto di vita, per affiancarlo nella quotidianità, sostenendolo nell'acquisizione di competenze concrete. Tali esperienze e progettualità da un lato sembrano voler favorire esperienze positive all'esterno di servizi connotati, dall'altro mirano ad accompagnare e sostenere il ragazzo in situazioni di vita quotidiana in contesti lontani, o che allontanino, dalle sostanze.

Questo progetto vede l'educatore andare a domicilio. In casa, secondo noi, nelle fatiche e nelle difficoltà che stiamo riscontrando, c'è però una forza progettuale importante perché sempre più avremo bisogno di mettere in campo dei progetti con caratteristiche di questo tipo che vadano verso i bisogni del ragazzo in contesti informali. Sono contenta di aver fatto parte di questo progetto perché per la prima volta ha permesso di mettere in campo un punto di osservazione un po' diverso, anche a favore di questi ragazzi. E questo, secondo me, è un po' la strada da perseguire, andare incontro ai loro bisogni e alle loro richieste nei loro ambiti, quelli che sono anche più per loro funzionali nel mostrare, nell'instaurare una relazione di fiducia anche maggiore (Int5-F-19)

Abbiamo un'esperienza di co-progettazione sostenuta dal Piano triennale sulle dipendenze di educativa di prossimità. Quindi abbiamo anche questa esperienza di affiancamento educativo sul territorio che è andata a integrarsi, laddove era possibile, con un un'altra progettazione di arrampicata sportiva (Int12-F-32)

Fare progetti anche per i ragazzini in cui affianchiamo un coach, che è un educatore di solito che lo supporti nelle questioni su cui l'adolescente fa un pochino più fatica nella vita. Quindi è un progetto che seguiamo direttamente noi assistenti sociali, nel senso che facciamo da ponte tra i servizi che mettono in atto questo progetto, facciamo i colloqui, facciamo le verifiche con loro. È uno strumento utile perché ci permette di guardare anche il caso un po' dall'esterno, quindi non solo direttamente il colloquio uno ad uno ma avere anche il feedback di un'altra persona che vede la persona in un altro contesto, al di fuori del servizio. (Int22-F-2)

In due contesti, le intervistate riferiscono anche di progetti in collaborazione con le comunità del territorio o altre realtà di terzo settore per l'attivazione di centri diurni e occupazionali per i ragazzi.

> *Abbiamo un centro diurno occupazionale che ha uno spazio in cui è stato realizzato per tre mesi di mercoledì pomeriggio un percorso espressivo (Int10-F-29)*
>
> *Abbiamo cercato con le comunità terapeutiche del territorio di fare degli interventi, di avere la possibilità di attivare degli interventi comunque dedicati a questa fascia di età. Per esempio con la struttura di Exodus che è una comunità terapeutica che c'è qua a Verona, principalmente loro hanno un centro diurno per questo target di età quindi minori e giovani mi pare fino ai 24 anni. Quindi con degli interventi specifici individualizzati. Abbiamo la possibilità di mandarli li a frequentare il centro diurno, fanno anche un lavoro con le famiglie se c'è bisogno. Attivano anche dei gruppi con i ragazzi. Ecco quindi poi abbiamo cercato anche di pensare a delle attività ad hoc. (Int7-F-22)*

Complessivamente rispetto al tema del recovery emerge una prospettiva di intervento che guarda alle aree di vita quotidiana, alla socialità e agli interessi dei ragazzi al fine di ampliare le possibilità di esperienze stimolanti, appassionanti che rappresentino per i ragazzi una valida alternativa al consumo di sostanze. A tal riguardo viene evidenziata una stimolazione dei ragazzi in aspetti quali il volontariato, la formazione-studio, attività sportive o musicali o di altri interessi. In tale direzione vanno alcune sporadiche esperienze di progetti laboratoriali, esperienziali, di socializzazione quali esperienze di breakdance, arrampicata, laboratori di arte e musica. L'avvio di tali percorsi spesso è connesso a finanziamenti o collaborazioni estemporanee che non consentono continuità così come non sempre consentono la possibilità di una progettazione condivisa a calibrata sulle motivazioni e sulla volontà dell'adolescente. Centrale appare anche il coinvolgendo della rete e degli altri significativi dei ragazzi sostenendo tali relazioni attraverso occasioni e stimoli di riflessione, e definendo in modo condiviso e congiunto obiettivi che possano essere di interesse per l'adolescente e che non puntino necessariamente e sin da subito alla totale eliminazione della sostanza. Meno presenti e meno prese in considerazioni proposte di gruppi di aiuto-mutuo-aiuto, mentre in alcuni vi è una riflessione circa possibilità di esperienze di educativa domiciliare.

6.2.10 La relazione tra assistenti sociali e famiglie nel SerD

Un tema rilevante che si è inteso indagare attiene all'area delle famiglie e al percorso che si propone, o meno, loro. In primo luogo, emergono alcune scelte organizzative legate alla differenziazione degli operatori di riferimento che intraprendono una relazione di aiuto e supporto con le famiglie piuttosto che con il ragazzo adolescente; in secondo luogo viene approfondito come le famiglie dell'adolescente che fa uso di sostanze e che si rivolgono ai servizi sono percepite e descritte dagli intervistati, che relazione gli assistenti sociali riportano di instaurare con esse e con quali finalità, che percorso viene o meno previsto, proposto, intrapreso. Infine, emergono motivazioni e riflessioni circa la loro partecipazione e il loro coinvolgimento attivo nelle scelte e nei percorsi che vengono implementati per gli adolescenti.

6.2.10.1 Differenziazione presa in carico famiglia e ragazzo

In numerose interviste emerge come sia prevalente la scelta di differenziazione e separazione della presa in carico dell'adolescente/giovane adulto e della sua famiglia. L'idea che ricorre nelle parole ed esperienze degli intervistati è quella di un timore di eccessiva commistione e di riduzione degli spazi di efficacia nella relazione con una parte e con l'altra se gli stessi professionisti che vedono il ragazzo vedono anche la famiglia. Inoltre, se da un lato si vuole consentire spazi specifici per ciascuna delle due parti, dall'altro si rischia di procedere su binari paralleli che non si incontrano ma che nella realtà della vita sono strettamente intrecciati. Le scelte che vengono implementate circa gli operatori di riferimento sono diversificate e, sulla base di quanto riferito nelle interviste, sono guidate da più elementi e più fattori: dalla tipologia di sostanza utilizzata, alla preponderanza di problemi sanitari piuttosto che socio-educativi, alle disponibilità degli operatori. Concretamente, vi sono realtà in cui i genitori sono seguiti dallo psicologo del SerD e i figli da medici, educatori e assistenti sociali, e realtà in cui è esattamente all'opposto, dunque, in cui l'assistente sociale interviene maggiormente nella relazione e presa in carico della famiglia. In altri contesti l'assistente sociale appare sempre e comunque necessariamente coinvolto, anche in considerazione della presenza di temi, aspetti, problematiche a principale rilevanza sociale.

> *Se io vedo il ragazzo non vedo i genitori perché come linea di servizio abbiamo che chi segue il ragazzo non segue anche i genitori, ma differenziamo.* (Int18-F-13)
>
> *Noi di solito ci dividiamo: un operatore vede genitori, e un altro operatore vede il ragazzo, in modo da fare due percorsi diversi* (Int22-F-2)
>
> *Cerchiamo di vedere i familiari, con programmi paralleli di supporto, attraverso la psicologa però. (*Int15-F-17)
>
> *Noi la famiglia la incontriamo. Io la incontro in un primo momento col ragazzo, poi a seconda delle situazioni, se seguo il ragazzo, la famiglia no, la vede qualche altro operatore. Viceversa, se il ragazzo va ai colloqui con l'educatore, allora io vedo la famiglia* (Int6-F-30)
>
> *In questo momento con i giovani […] c'è la presa in carico in carico sempre della famiglia che può essere o dell'educatore o dell'assistente sociale; dove c'è indicazione anche dal medico* (Int10-F-29)

Qualcuno riporta di essere contrario a questa netta separazione sottolineando l'importanza di lavorare congiuntamente; altri pur optando per una differenziazione degli operatori di riferimento per genitori e ragazzo, evidenziano maggiormente un'idea di percorso condiviso, dando spazi a ciascuna parte ma continuando a tenere una visione integra e d'insieme, anche in considerazione della giovanissima età dei ragazzi.

> *Secondo me, non è così sbagliato vedere il paziente e vedere anche i suoi familiari insieme. […] per non spezzettare tutto, io faccio, come dire, un po' la sintesi* (Int8-F-33)
>
> *Io ho questa modalità di vedere anche i familiari che non è una procedura che spesso viene accettata ma cerco di farmi spazio... sempre ritengo che la ragazzina, il padre, che ne so il fratello, anche maggiorenne, di quel nucleo familiare, secondo me va anche reso consapevole[...] (*Int13-F-22)
>
> *Ci sono dei momenti di verifica in cui facciamo il colloquio insieme, famiglia e ragazzo, alle volte con la psicologa ci dividiamo, uno vede il ragazzo, magari lei vede i genitori, fa un lavoro più sui genitori. Più è piccolo [il ragazzo] più uno spazio anche per i genitori viene dato ovviamente, è figlio loro, non è che ce lo possono lasciare qua, però dedichiamo questo spazio*

al ragazzo, questo è uno spazio suo, anche se ha 15 anni, un momento tutto suo glielo diamo (Int25-M-31)

Se il ragazzo è un po' in conflittualità con la famiglia, noi facciamo dei colloqui con il ragazzo assieme con la famiglia, però poi è chiaro che dobbiamo anche separare. Quindi a volte vengono fatti dei colloqui individuali anche con la famiglia, e là dove si vede che magari è più importante preservare la relazione con il ragazzo, individuiamo un altro operatore che vede la famiglia, in modo tale che il ragazzo sente che c'è una neutralità dell'operatore che segue lui. In altre situazioni invece dove il problema non è quello proprio di una conflittualità esplosiva si riesce a fare queste cose assieme quindi a volte vedi ragazzo da solo, a volte lo vedi quella famiglia, a volte se la famiglia ha dei problemi, o comunque rileva delle preoccupazioni, perché poi spesso e volentieri il problema dei familiari è quello che anche quando ragazzo comincia a smettere di fare uso, resta comunque un livello di ansia un pochino elevatoe quindi anche loro devono essere un po' così accompagnati ad un percorso. (Int9-M-13)

In altre realtà dei servizi per le dipendenze gli intervistati riconoscono una quasi totale assenza di presa in carico delle famiglie, residuali e separate dal percorso che sta realizzando il figlio. Emerge come le famiglie non appaiono essere sufficientemente supportate e tale aspetto viene riferito come effettivamente critico.

Noi non abbiamo una presa in carico strutturata a favore dei familiari. Quindi diamo priorità alla presa in carico della giovane adolescente. Se questo ragazzo poi interrompe, non vuole più venire, ma quando maggiorenne, naturalmente, perché finché minorenne poi c'è una questione anche di responsabilità che va restituita ai genitori, vengono un po'abbandonati anche i genitori. Quindi questo invece sempre di più ci fa pensare che è importante, a volte molto più importante il lavoro con i familiari rispetto al ragazzo. (Int5-F-19)

C'è stato un questionario di gradimento ed è venuto fuori che c'è "poco spazio per le famiglie" e questa cosa mi è piaciuta tanto perché mi ha dato lo spunto per riparlare della questione con la responsabile. (Int8-F-33).

6.2.10.2 Come le famiglie sono descritte

Nel raccontare esperienze di lavoro con gli adolescenti nei SerD, e nel proporre la propria prospettiva e opinione, molti intervistati si sono soffermati a riportare la loro esperienza e percezione rispetto a come loro vedono le famiglie dei ragazzi che giungono al Servizio per uso di sostanze, e come le famiglie sembrano porsi rispetto alla situazione che le ha portate al SerD.

Un primo elemento che emerge attiene alle riflessioni circa la complessità dell'esperienza e del ruolo genitoriale nella società odierna in cui le famiglie sono sottoposte a pressioni, giudizio e colpevolizzazione, intendendo con ciò le famiglie in generale, non solo quelle famiglie che incontrano al Servizio. Viene quindi riportata l'idea di una diffusa difficoltà dell'essere genitori "oggi", con inevitabili paure e fallimenti.

Le famiglie sono talmente complesse e sempre più complesse (Int7-F-22)

Molto spesso in questi ultimi anni, secondo me, queste famiglie sono veramente dei sandwich, cioè, sono schiacciate a destra e a manca, quindi, c'è una sensazione di essere continuamente giudicati, perché sono giudicati a scuola, sono giudicati nei convegni. Tutti i problemi passano per la famiglia, quindi, arrivano già abbastanza sfiniti e preoccupati. I genitori sono disorientati perché lì fuori è estremamente complesso e non sempre loro hanno tutte le competenze per affrontare quello che il figlio deve affrontare (Int12-F-32)

Siamo in un'epoca in cui veramente i genitori non sanno fare i genitori, ma anche i più normali, i più bravi ecco: pieni di paure, piene di incertezze. Tutte le famiglie non sanno come

comportarsi: ma non solo quelle che vengono al SerD, parlo anche delle altre famiglie con cui mi capita di parlare, sono tutti disorientati (Int8-F-33)

Le famiglie che giungono al Servizio sono descritte come preoccupate, impaurite, affaticate dalle difficoltà e impreparate circa il mondo delle sostanze, che non conoscono, e gli effetti che queste possono avere sul figlio, che talvolta non riconoscono più come il proprio bambino.

Sono genitori tante volte inesperti, che non conoscono il mondo delle sostanze e che facilmente si fanno convincere dai figli anche se trovano un sacco di segnali del fatto che i figli utilizzano sostanze (Int11-F-31)

[le famiglie] arrivano perché sono preoccupate dalle sostanze: arrivano e chiedono "dimmi cosa può causare a mio figlio questa sostanza" (Int22-F-2)

La famiglia ha sempre un vissuto molto di sofferenza rispetto al problema di tossicodipendenza del figlio. Di sofferenza e di stanchezza: nel senso che arrivano qua molte volte che sono tanto in difficoltà, tanto stremati, proprio dal vivere quotidiano con una persona di cui non ti fidi più, non sai se torna a casa la sera, se ti ha rubato in casa, se ha fatto casini in giro. Per cui arrivano genitori sempre molto in difficoltà. (Int15-F-17)

Le famiglie si trovano in difficoltà, secondo alcuni degli intervistati, per i cambiamenti improvvisi che il figlio ha manifestato e si trovano impreparate a gestire gli aspetti educativi. Le difficoltà negli aspetti educativi sono riportate dagli intervistati sia come un elemento legato all'esperienza adolescenziale e di crescita del ragazzo, sia una difficoltà educativa che sorge in seguito alla scoperta dell'uso di sostanze e ai tentativi di fronteggiamento della situazione messi in atto dai genitori.

Vedo delle famiglie.... quando arrivano da adolescenti così giovani ci sono delle famiglie che sono già tanto ma tanto in difficoltà. Cioè, ci sono genitori che ti dicono io basta (Int1-F-3)

La tematica che loro portano è sempre un ragazzino estremamente sensibile, buono, dolce e che però generalmente il passaggio dalla scuola media alla scuola superiore diventa un altro.... E loro non riescono più ad essere per questo ragazzo un riferimento, ad essere dei genitori che magari danno una linea educativa concorde, emergono fratture nella comunicazione, e fratture nella loro convivenza (Int6-F-30)

Gli aspetti di difficoltà in termini educativi, che vengono maggiormente esplicitati, attengono al tema delle regole e dei limiti da dare e far rispettare al figlio, nonché difficoltà dei genitori ad avere una linea educativa comune.

La difficoltà che io sento maggiore delle famiglie è la mancanza di… adesso uso il termine controllo, ma non è neanche il termine giusto, c'è la difficoltà di tenere questi figli (Int7-F-22)

Nel conoscere i genitori emerge che c'è proprio questa difficoltà, mi viene da dire, più educativa, perché c'è la mamma che dice "no non puoi uscire oppure devi rientrare entro le dieci" e il papà che dice "no ma sì ma che puoi rientrano anche all'una". È chiaro che quando ci sono stili che sono così differenti, il ragazzo un po' ci va a nozze perché sostanzialmente fa quello che vuole (Int9-M-13)

C'è molto il problema del limite, dell'avere coraggio di dare un limite, di riconoscere che questi ragazzi fanno il loro mestiere: ci tentano e loro [genitori] devono provarci per lo meno a dare un limite senza paura di perderli. Dico riconoscendo un tema antico: l'adolescente il limite lo cerca, se non glielo danno loro [genitori] sono guai (Int12-F-32)

Le famiglie ti portano soprattutto l'incapacità di gestire i ragazzi, l'incapacità di dare delle regole, dire dei no, la paura di dire dei no (Int20-F-37)

Le difficoltà che i genitori si trovano ad affrontare, insieme a tentativi messi in atto per affrontare in famiglia la situazione, portano, nella prospettiva di alcuni degli intervistati a una "stanchezza"

e ad atteggiamenti di delega al servizio e agli operatori, in un contesto di non collaborazione e non partecipazione al percorso. Tale atteggiamento viene letto dagli intervistati come un non sentirsi parte attiva nella situazione da fronteggiare, vedendo come elemento problematico il solo figlio, chiamandosi fuori da un progetto, percorso, che coinvolga anche loro in qualità di genitori.

> *Dei genitori che ti arrivano disperati che non sanno gestire. E sono proprio con quell'atteggiamento di delega. Della serie "glielo do faccia lei qualcosa, me lo aggiusti perché non era così e adesso lo rivoglio come prima" quasi (Int6-F-30)*
>
> *Nella testa di questi genitori c'è l'idea che è il figlio che ha un problema. Ma da dove sia nato, che coinvolgimento, responsabilità, ruolo hanno avuto negli anni precedenti, non è un argomento che gli interessa e non è un argomento sul quale sono facilmente disposti a lavorare (Int2-F-7)*
>
> *L'aspettativa dell'adolescente è che siano i genitori a cambiare…I genitori non cambiano, perché loro portano il paziente [il ragazzo], è lui il problema (Int3-F-32)*
>
> *Spesso l'atteggiamento è "Siamo qua, adesso lo curate". Ad esempio, questo ragazzo è arrivato qua con i due genitori che avevano già deciso che lui era la parte sbagliata della famiglia, la pecora nera e ce l'hanno portato con un atteggiamento della serie "ve lo portiamo qua, ce lo curate e poi noi ce lo veniamo a riprendere" (Int15-F-17)*

Alcuni intervistati si soffermano ad esplicitare le competenze e le risorse che le famiglie possono portare, riconoscendo e valorizzando l'impegno e il sostegno che possono fornire e i tentativi che essi hanno fatto, imputando "fallimenti" a condizioni non mature e non all'incapacità di questi genitori.

> *I familiari ti dicono "abbiamo fatto, abbiamo provato di tutto e non funziona". Invece bisogna vedere un attimo, cosa ha funzionato, da cosa magari non ha funzionato, perché magari non erano mature le condizioni. (Int10-F-29)*
>
> *[*I genitori*] si sentono proprio molto incapaci, molto incapaci perché dicono "abbiamo fallito". Invece sono molto bravi (Int11-F-31)*

Da parte di alcuni degli intervistati emerge anche il riconoscere la difficoltà delle famiglie di giungere a una richiesta di aiuto, valorizzando la scelta e lo sforzo di rivolgersi al servizio, di chiedere aiuto.

> *Tutta la fatica che hanno fatto i genitori a varcare la soglia di un servizio dipendenze che in tante persone connota un tuo fallimento come genitore è un po' come se ti dicessero io ho fatto una fatica ad entrare qui dentro perché è come se come genitore io dicessi non ce l'ho fatta (Int11-F-31)*
>
> *Con le famiglie ritorna sempre la fatica, la delusione, perché riconoscere di dover affrontare un problema legato alle sostanze è sempre grande ... già solo entrare nel nostro ambulatorio […] il tema è ma "siamo molto preoccupati per nostro figlio o figlia" […] Quando arrivano da noi intanto vanno sempre valorizzati: perché venire da noi vuol dire riconoscere di essere in difficoltà e di chiedere aiuto (Int10-F-29)*

Appare rilevante sottolineare, infine, che nella prospettiva degli intervistati le famiglie che si trovano ad entrare in contatto con il SerD sono spesso descritte come "famiglie normali", a sottolineare come l'uso di sostanze possa presentarsi nelle più diversificate situazioni ed esperienze familiari, anche oltre l'immaginario tipico di senso comune delle famiglie con molti aspetti di difficoltà, carenze, o altre loro dirette esperienze con le sostanze.

I genitori spaziano dal preoccupato, al disperato, al menefreghismo, ad essere loro stessi consumatori, o alcolisti o comunque.... Quindi c'è una rosa di tipologie di genitori (Int17-F-2)

Per la maggior parte sono dei genitori come dire mediamente sani, per utilizzare questo termine (Int21-F-15)

6.2.10.3 I contenuti affrontati con le famiglie di adolescenti che fanno uso di sostanze

Nel raccontare la propria prospettiva e le esperienze, più o meno articolate e in profondità a seconda dei differenti contesti in cui gli intervistati operano, di lavoro e relazione con le famiglie degli adolescenti che fanno uso di sostanze, molti intervistati fanno riferimento ai contenuti affrontati nei colloqui con le famiglie. Nella maggior parte, le aree tematiche che vengono affrontate e riportate concernono l'approfondimento delle difficoltà presenti e percepite, gli elementi di storicità familiare, legati in particolar modo al percorso di crescita del ragazzo, ai momenti "critici" e a quando i genitori hanno "scoperto" l'uso di sostanze. A questi si aggiungono il tema delle regole, date o non date dai genitori, e l'adesione e rispetto di tali regole da parte del ragazzo, nonché temi connessi all'approfondire l'andamento del percorso e il "qui e ora" delle esperienze e situazioni che si presentano al ragazzo e alla famiglia.

Se penso ai genitori una cosa che mi torna è che a me piace capire sono le dinamiche a casa quando incontro i familiari. Che regole hanno dato, che ragazzino o che ragazzina sono stati quando erano più piccolini. Più un lavoro per capire che storia hanno avuto come famiglia: quindi se è stato un figlio voluto, se è stato un figlio invece che è arrivato; che bambino era, che bambina era. Poi appunto le dinamiche, perché, come mai siamo arrivati alla consulenza al SerD. Quindi mi focalizzo di più sulle dinamiche ma come parla suo figlio, ma come reagisce suo figlio, ecco un po' quegli aspetti lì, ma mangiate assieme... Ma quanto tempo passate assieme ... quelle cose lì che hanno tanto a che fare però con la storia della famiglia. […] invece dei familiari - e con noi succede - magari che sono genitori da soli o genitori in conflitto con l'altro coniuge, calibri anche come indagare o come e capire cosa sta succedendo (Int18-F-13)

Noi raccogliamo la storia pregressa, da quando viene concepito ai giorni nostri (Int3-F-32)

Se ho tempo, perché l'idea sarebbe sempre di fare le cose per bene poi non sempre riusciamo, però io cerco di farmi dire proprio anche la loro storia, la storia come coppia, come genitori e poi dell'infanzia del figlio. Perché vedo che comunque son delle cose che poi tornano utili sia da riferire allo psicologo, la psicologa che seguirà il ragazzino all'equipe, sia utili anche per capire che tante volte purtroppo se ci sono delle problematiche, anche lievi, ma di tipo neuropsichiatrico, in realtà gli esordi erano molto presto e magari non sono stati visti, oppure se sono stati visti non è stata data importanza. […] cerco di farmi dire da loro, laddove possibile, la loro storia, la loro esperienza. E tante volte vengono fuori delle cose "eh sì, ma con lui è sempre stato difficile rispetto al fratello..." (Int23-F-11)

Con la famiglia si fanno dei percorsi su quello che emerge da loro "non sta alle regole, ci risponde sempre male, è sempre arrabbiato" e allora questi temi vengono sviscerati: "ma quando non sta alle regole cosa succede?" E lì si va a fondo, cioè se non succede niente quando non sta alle regole.... "è sempre aggressivo, non ci parla mai" "Ok, ma voi cercate di parlarci, tenete sempre un canale, una possibilità aperta?" (Int8-F-33)

Si sta molto sul qui e ora, su come, come avviene la giornata alla settimana. Se lui sta alle regole o non sta alle regole, sul rispetto dei compiti o meno (Int3-F-32)

Dunque, appare emergere, un affrontare insieme alle famiglie due macroaree: da un lato la loro storia famigliare, la narrazione della loro esperienza genitoriale e familiare, i significati e le prospettive che i genitori assumono e riportano circa l'uso di sostanze e le diverse problematiche che il figlio sta affrontando; dall'altro i temi connessi alla gestione e

organizzazione, o riorganizzazione, pratica del contesto familiare in funzione di differenti e nuove regole a supporto del percorso del ragazzo.

6.2.10.4 Il lavoro con le famiglie

Il tema più rilevante entro l'area tematica dei percorsi con le famiglie attiene alla relazione che l'assistente sociale, e gli altri professionisti del SerD, intessono con i familiari, nello specifico i genitori dell'adolescente che fa uso di sostanze.

Emerge trasversalmente un pensiero degli intervistati circa l'importanza della presenza e conoscenza della famiglia, in via prioritaria per quelle situazioni in cui l'adolescente è minorenne e vi è la necessità iniziale che gli esercenti la responsabilità genitoriale forniscano formalmente il consenso al trattamento. Oltre tale primo aspetto formale, è largamente diffusa l'idea dell'importanza e della necessità di incontro e conoscenza della coppia genitoriale, della famiglia, soprattutto in considerazione della giovane età del ragazzo che si trova ancora in una fase di crescita in cui i genitori esercitano un ruolo importante. Alcuni sottolineano inoltre la propria richiesta di presenza e partecipazione di entrambe le figure genitoriali

> *Se parliamo di ragazze adolescenti che magari sono minorenni è chiaro che in un primo momento noi incontriamo i genitori anche solo per quegli aspetti formali che ci sono dei quali non possiamo esimerci che normalmente è il consenso sia per ovviamente i dati ma anche per eventuali trattamenti (Int2-F-7)*
>
> *Se è il primo contatto in assoluto allora il primo colloquio lo faccio con i genitori, chi c'è, la mamma, il papà… parliamo un po' del contesto. E dopo parto con lui [il ragazzo] […] Più è piccolo [il ragazzo] più uno spazio anche per i genitori viene dato ovviamente insomma, è figlio loro non è che è figlio nostro, non è che ce lo possono lasciare qua…(Int25-M-31)*
>
> *Per i colloqui noi chiediamo ai familiari e ai genitori che una parte dei colloqui verranno fatti da soli, per cui loro danno l'autorizzazione al consenso (Int4-F-28)*
>
> *Vediamo anche i familiari perché [gli adolescenti] vengono accompagnati… solitamente ci sono i familiari (Int7-F-22)*
>
> *È molto importante coinvolgere sempre i papà: noi abbiamo sempre come mandato, soprattutto per i giovani, dove possibile, colloqui familiari papà e mamma. Tante volte vengono le mamme e dicono "eh ma mio marito …." No. (Int10-F-29)*

Molti intervistati esplicitano l'importanza di un percorso che preveda la presenza e il coinvolgimento della famiglia nel lavoro più ampio e complessivo per il benessere del ragazzo e dunque dell'importanza di lavorare con le famiglie per una buona riuscita dell'intera esperienza di recovery

> *Secondo me va coinvolta la famiglia e poi l'adolescente... All'adolescente vengono anche offerti degli spazi, diciamo particolari privati, ma l'importante è che, se sono minorenni, siano accompagnati. Ma la famiglia va coinvolta, su questo non ho dubbi, qualsiasi famiglia, va coinvolta (Int8-F-33)*
>
> *Si ritiene di dover lavorare con la famiglia perché comunque quando quel soggetto ha fatto il suo percorso, [...] arriva modificato dal suo percorso della comunità e se dall'altra parte non c'è stata un'agevolazione di consapevolezza [...] come fai a sostenere la lunga gittata un percorso di riabilitazione? Tre secondi dopo va bere di nuovo, va a fare quello che faceva prima dicendoti pure visto che non è servito a nulla …(Int13-F-22)*

[…] coinvolgerli nel progetto nel senso che se tu va in una direzione e loro [genitori] vanno in un'altra, il rischio è veramente di creare un danno invece di fare un bene. Quindi, per esempio, se tu ipotizzi un inserimento in comunità è bene che loro siano d'accordo, perché va bene che si può fare tutto tramite tribunale, però così è veramente una catastrofe. Si cerca di lavorare perché si vada in sintonia. […] per la famiglia, come dicevo prima, se i progetti hanno una qualche possibilità di non risultare completamente fallimentari – cosa che nell'ambito delle dipendenze accade con una certa frequenza – ma se hanno una possibilità è se tutti vanno nella stessa direzione. Se io sto remando da una parte e tu stai remando dall'altra parte non ci muoviamo e caliamo giù a picco tutti (Int21-F-15)

Viene ampiamente riconosciuta l'importanza che la famiglia stessa si impegni in un percorso proprio, ritenendo che il percorso di cambiamento non debba coinvolgere solo l'adolescente ma tutto il suo contesto familiare

La famiglia deve fare la sua parte, perché il ragazzo torna poi in famiglia, dopo il percorso che ha fatto qua. Non è che noi lo seguiamo tutta la vita. Per cui è interessante proprio allearsi, ma anche far comprendere alla famiglia quali sono le possibili modalità da usare, quali sono i possibili comportamenti o le strategie per poter far sì che il ragazzo maturi in un certo modo. Cioè serve che maturi… (Int24-F-25)

se il ragazzino sta facendo dei cambiamenti bisogna anche che chi vive con lui questi cambiamenti, si capisca che posto hanno, se...come dire … la pecora nera che si sta trasformando destabilizza tutto l'ambiente familiare oppure no... (Int16-F-3)

La famiglia è vista come un partner importante, come fonte di informazioni e potenzialmente fonte di risorse e di supporto per l'adolescente nel percorso da affrontare. Molti degli intervistati riconoscono dunque che sia necessario un impegno di tutta la famiglia, non solo del ragazzo, in un percorso, in quanto tutti coinvolti nella problematica di uso di sostanze dell'adolescente, oltre che un'alleanza della famiglia rispetto alle scelte e al percorso del figlio. Si sottolinea dunque come l'assenza di un percorso parallelo dei familiari possa aumentare il "drop out" dei ragazzi stessi.

È importante coinvolgere i familiari, ma perché i familiari hanno uno sguardo altro rispetto a noi. Noi sappiamo quanto sia importante aiutare e educare ma più che altro più che educare, dare loro delle informazioni, anche sul concetto di che cosa vuol dire far uso di sostanze.... e su quali possono essere gli interventi, sia sul piano comunque della comunicazione ma anche del comportamento, più appropriate. (Int10-F-29)

Si tratta di renderli una risorsa laddove comunque sono una risorsa... E di renderli partecipi del trattamento perché loro comunque hanno un, come dire, una forza, un'opportunità o comunque uno sguardo … quindi dove possiamo la famiglia è sempre coinvolta. (Int10-F-29)

L'obiettivo è quello di favorire un accompagnamento sia del ragazzo sia comunque anche della famiglia; perché […] se nella famiglia non si modificano alcuni aspetti e alcune dinamiche è come se non facessimo niente! Cioè, nel senso che magari il ragazzo ci mette anche tutta la buona volontà, ma poi si trova una famiglia che resta immutata, e immodificata quindi credo che sia importante, sempre in queste situazioni di minori, che ci sia un lavoro con il ragazzo ma anche un lavoro con la famiglia (Int9-M-13)

Noi chiediamo molto un'alleanza con i familiari con i genitori non è che la chiediamo però è ovvio che, se noi diciamo una cosa, e i familiari danno un altro tipo di messaggi, non si convincerà mai il ragazzo.... (Int15-F-17)

A noi è molto utile avere la famiglia alleata nel senso che la famiglia ci dà un riscontro di quello che noi non potremmo vedere "cosa fa a casa". A volte la famiglia, comunque, collude con il ragazzo perché non comprende bene l'importanza magari di avere un certo comportamento. Ci capita spesso che abbiamo famiglie dove c'è uso di alcol. Che è sottovalutato comunque. Bisogna poi lavorare anche con la famiglia e dire "guardate che se lui non usa più alcool anche voi dovreste in qualche modo non portarlo a tavola, non usarlo

proprio, per dare l'esempio, perché se lui non lo deve usare voi dovete fare una scelta per aiutarlo". E ci serve intanto perché il programma potrebbe funzionare meglio (Int24-F-25)

[i ragazzi] droppano dopo un periodo di prima valutazione soprattutto se i familiari non aderiscono anche loro con un parallelo progetto di valutazione e sostegno (Int5-F-19)

Presumibilmente anche in virtù di tale prospettiva, c'è chi riporta di lavorare con le famiglie lungo tutto l'arco temporale che la conoscenza e il percorso del ragazzo può prevedere: dunque prima – per iniziali consulenze – durante e dopo l'accesso del ragazzo al servizio. Dunque, vi sono alcuni che continuano a sostenere le famiglie anche negli eventuali momenti di interruzione del percorso da parte del figlio, mentre in altri servizi la possibilità di un percorso con le famiglie non è garantita.

Di solito con i genitori io faccio un lavoro un po' per fargli comprendere alcune cose, perché sono spaesati di fronte a quello che sta succedendo. Quindi spesso non conoscono le sostanze, non le hanno mai sperimentate in vita loro, non sanno neanche… veramente fornire informazioni perché le persone hanno bisogno di capire cosa sta succedendo nella loro famiglia, alle persone a cui vogliono bene, se no aumenta il panico (Int21-F-15)

Noi diamo degli spazi dove però come regola ci siamo messi che i familiari si vedono quando c'è il ragazzo che sta facendo il percorso la presa in carico (Int16-F-3)

Quando il paziente non viene più nel servizio tipo abbandona la comunità, io mi vedo ancora i genitori ovviamente sono loro ad accedere in una maniera spontanea e volontaria. E questo, secondo me, poi vedendo anche un po' la coerenza di quello che i genitori vengono al SerD anche se non sono loro che consumano e non sono loro che usano a volte funziona come traino per far ritornare il paziente in servizio (Int13-F-22)

Infatti, alcuni intervistati riportano di un coinvolgimento e un confronto con la famiglia solo in determinate occasioni, quali la conoscenza iniziale e gli aggiornamenti sul percorso, o quando vi è la valutazione che qualcosa non stia andando bene e sia necessaria una ri-condivisione della situazione.

È l'impostazione che è stata data all'interno dell'Equipe, questa modalità di presa in carico del familiare e nel caso in cui ci sono degli aspetti di criticità, magari viene riscontrata urina positiva alla sostanza. Allora, se minorenne, in particolare, viene convocato, vengono convocati i familiari oppure se il percorso con gli obiettivi che sono stati proposti vengono disattesi. Viene coinvolto il famigliare per una rivalutazione della situazione. […] Se magari il ragazzo disattende gli appuntamenti con gli operatori di riferimento oppure viene messo in campo questo progetto di educativa domiciliare e il ragazzo non si fa trovare dall'educatore. Allora è necessario rifare un po' il punto della situazione con la famiglia (Int5-F-19)

Quando un giovane arriva, con la famiglia ci prendiamo sempre qualche mese, dicendo che ci prendiamo uno o due mesi per la valutazione. Poi c'è sempre un momento di restituzione quindi mettiamo insieme giovani e famiglia, diamo degli elementi di restituzione e definiamo il progetto (Int10-F-29).

Pur in presenza di numerosi assistenti sociali intervistati che riportano l'importanza del coinvolgimento delle famiglie, non mancano riferiti alla difficoltà, al rifiuto, alla non motivazione da parte delle famiglie di prendere parte al processo, e dunque delle difficoltà connesse al lavorare con i genitori dei ragazzi

Facciamo dei colloqui con la famiglia e sempre anche qui con grande difficoltà. Nel senso che dobbiamo veramente, non dico insistere, ma insomma riproporre questa cosa un sacco di volte, perché nella testa di questi genitori è il figlio che ha un problema; i genitori faticano a mettersi in discussione (Int2-F-7)

La difficoltà è far capire a questi genitori che il processo di cambiamento coinvolge anche loro: nel senso che riuscire ad arrivare a renderli consapevoli che molte volte questa situazione si è creata a causa di dinamiche familiari disfunzionali per x motivi, è un lavoro che non sempre ha successo. Nel senso che molte volte questi familiari non sono in grado di fare questa riflessione, non sono in grado di capire o comunque di lavorare su questo (Int15-F-17)

Rispetto alla relazione che si costruisce con le famiglie alcuni intervistati riferiscono di un importante rapporto in cui l'assistente sociale diviene un punto di riferimento, una presenza che non fa sentire le famiglie sole. Molti intervistati richiamano il proprio ruolo di aiuto e sostegno alla famiglia, accompagnamento lungo l'esperienza e il percorso del figlio, offrendo degli spazi di riconoscimento delle difficoltà che la famiglia sta portando, con un atteggiamento non giudicante.

Per le famiglie di questa fascia di età di ragazzi siamo un punto di riferimento. C'è questa idea che abbiamo le mani in pasta un po' dappertutto e quindi riusciamo anche ad aiutare su altri fronti. Non so, una sorta di punto di rete, ci viene riconosciuto di essere un po' il catalizzatore di vari servizi, altri, dei quali magari avrebbero bisogno o che conosciamo (Int20-F-37)

Il lavoro che fai è anche questo: di non lasciarle sole. Che poi è quello che cerchiamo anche noi nella vita, di non sentirci soli; quindi, come dire anche loro fanno tanta fatica, come la facciamo noi […] (Int10-F-29)

Io lavoro proprio sullo stemperare l'ansia del momento, la preoccupazione di quello che sta succedendo […] e sul fatto che questo è un servizio di aiuto, che non giudica, ma che si prova insieme ad andare avanti; che il percorso non sarà semplice, non sarà breve, però ci siamo per ogni evenienza, ci siamo (Int12-F-32)

Con loro [le famiglie] è tutto un lavoro di ascolto: il non giudizio […] è un lavoro anche di consapevolezza. Con loro facciamo un lavoro di consapevolezza, sono molto bravi. L'altra cosa che io ho imparato un pochino a fare con genitori che vengono e li vedi proprio molto molto delusi stanchi, è quello di non colpevolezza, lo dico sempre: "non si tratta di dare la colpa a nessuno, non è colpa di nessuno. Io in tanti anni che lavoro devo ancora – lo dico sempre ai miei genitori – devo, ho ancora, non ho mai incontrato un genitore che apposta abbia voluto far del male a suo figlio. Non l'ho mai incontrato!" (Int11-F-31)

Talvolta, alcuni intervistati riferiscono che il loro ruolo tra famiglie e ragazzi è quello di un sostegno e di una mediazione volti a consentire la distensione dei conflitti e a ricucire la relazione

io credo che mi spetti un po' di giocare un ruolo di mediazione rispetto alla famiglia, cioè provo con questi ragazzi a rendere più leggibile e intellegibile la dimensione genitoriale, la preoccupazione dei loro genitori e a rendergliela, tradurgliela un po'; ad aprire loro altre prospettive di lettura rispetto ai loro genitori, a rendergliele più comprensibili. C'è anche il fatto di aiutarli a non usare troppo il controllo, per esempio, io dico spesso che il controllo lo facciamo noi, che è un lavoro sporco che lo fa il SerD, il monitoraggio ... così che loro abbiano cura della relazione perché comunque quello è l'arma che hanno insomma, recuperare questa relazione e li rinforzo un po' ((Int12-F-32)

Dove c'è molta tensione cerco di creare uno spazio per i ragazzi indipendentemente dai genitori ma concordandolo prima con loro. Verbalizzano molto con i genitori questa cosa. "Allora mi pare che siate in un momento di grossa conflittualità. Mi sembra che voi stiate molto male e che qualsiasi cosa voi diciate, un vostro figlio o vostra figlia non la accoglie la travisa. Cosa ne dite se dico due tre colloqui solo a vostro figlio e poi facciamo un incontro tutti insieme e restituisco anche a voi e restituiamo insieme quello che è emerso" (Int11-F-31)

Nel lavoro che si fa con le famiglie ciò che emerge dalle prospettive di molti intervistati è il riconoscere la loro competenza, restituendo responsabilità alle famiglie, non fornendo soluzioni e risposte pronte ma provando a lavorare a delle riflessioni condivise, all'identificazione e messa

in atto di strumenti e strategie. In questo appare utile partire da azioni, tentativi, esperienze già messe in atto dai genitori, valorizzando il loro impegno e tentativo.

> *Mi chiedono sempre "secondo te devo fare così o così?" La mia risposta non è mai in risposta… oppure ti dico io ho fatto così, ma tu devi trovare il tuo modo di agire. Non ci sono delle regole per tutti, o una prescrizione. Quindi io rimando sempre alla responsabilità. Certo che poi alcune indicazioni la do, ma poi dico "devi sentirtele tue queste indicazioni" (Int8-F-33)*

> *[…] cercando di individuare comunque insieme delle strategie per cui questi genitori e questi figli ritrovino un modo di comunicare, non ci sia una rottura. Promuovere una comunicazione che sia una comunicazione rispettosa e affettuosa. Tante volte si fa fatica a dirsi che ci si vuole bene, ma anche a divertirsi: il fatto di promuovere, pensare di fare delle belle esperienze…. cioè abbiamo a che fare con ragazzini ancora piccoli… i genitori possono ancora fare qualcosa di piacevole e bello con i propri figli…(Int6-F-30)*

> *A volte i familiari dicono "ma le ho provate tutte ma non funziona niente" e quindi come dire l'obiettivo è sempre quello di ricostruire quello che loro hanno cercato di mettere in campo, di validarlo sempre perché è importante riconoscere che i familiari cercano di fare del loro meglio, anche se a volte rischiano di fare tanta fatica con scarsi risultati. È importante restituire loro la competenza: perché poi i genitori devono essere loro. Noi facciamo gli operatori condividiamo, proviamo. Condividi e sperimentiamo qualche tecnica, poi vediamo questo va bene, questo no, non è che hai un cliché che va bene per tutti! (Int10-F-29)*

> *Le loro richieste sono sempre sui divieti: "cosa devo vietare e cosa non devo vietare?" […] È veramente molto difficile ma negli anni ho capito che bisogna tenersi su una via di mezzo: ascoltar e far sì, cercare che siano loro che prendono le decisioni che ritengono più opportune. Perché nel momento in cui tu diventi quello che consiglia, che indica è un dare una responsabilità all'esterno. Invece devi fare in modo che ci arrivino da soli, prendano loro le loro decisioni e rinforzare, supportare (Int23-F-11)*

> *È interessante far comprendere alla famiglia quali sono le possibili modalità da usare, quali sono i possibili comportamenti o le strategie per poter far sì che il ragazzo maturi (Int24-F-25)*

Rispetto agli interventi che vengono proposti alle famiglie emergono panorami diversificati: dall'invio al consultorio familiare, al fine di poter lavorare sulla coppia e sulla genitorialità, in un contesto distante da quello connotato dalla dipendenza – senza tuttavia, necessariamente, smettere di sostenere le famiglie lungo il percorso del figlio – oppure con la proposta di percorsi di sostegno psicologico entro il servizio piuttosto che socio-educativo – in cui concentrarsi per l'appunto sugli aspetti educativi della genitorialità – sino alla proposta di partecipazione a esperienze di gruppo per i familiari di persone che fanno uso di sostanze, dentro e fuori dal servizio.

Complessivamente, rispetto all'area tematica attinente alla relazione al lavoro con le famiglie degli adolescenti emerge una prospettiva e una volontà di coinvolgere le famiglie, i genitori in particolare, affinché possano anche esse intraprendere un percorso di cambiamento parallelo a quello del figlio. Vi è inoltre il riconoscimento della necessità di sostegno e supporto alle famiglie che spesso si trovano spaesate, impreparate e impaurite rispetto all'uso di sostanze messo in atto dal figlio. Ampiamente gli intervistati riconoscono le competenze e le risorse che le famiglie possono mettere in campo nel fronteggiare la situazione, partendo proprio dalle "soluzioni", strategie, azioni che esse hanno implementato e provano a implementare prima o durante l'accesso al SerD. Per favorire la relazione con le famiglie molti riportano l'importanza di un atteggiamento di ascolto e sostegno, un atteggiamento non giudicante, riconoscendo le fatiche da

loro affrontare anche nell'arrivare a "mettersi in gioco" chiedendo aiuto. Non mancano, tuttavia, difficoltà nel trovare la partecipazione delle famiglie a un percorso dal momento che tendono ad affidare la gestione della situazione e l'uso di sostanze del figlio ai professionisti dei servizi.

6.2.11 La proposta di una classificazione delle pratiche relazionali con adolescenti e famiglie nei SerD

Al termine di questa macroarea tematica attinente alla relazione e al percorso di aiuto che si instaura e intraprende all'interno dei Servizi per le dipendenze tra assistenti sociali e adolescenti, appare interessante rilevare come, sulla base delle tematiche riscontrate e riportate sia possibile proporre una classificazione di tipologie di relazioni di aiuto che nei differenti contesti vengono riferite e riportate dagli intervistati. Come emerso infatti vi sono realtà in cui gli assistenti sociali intervistati, per scelta loro o per scelta dell'ente di appartenenza, non hanno una relazione diretta, assidua e lungo tutto il percorso dell'adolescente nel SerD oppure, viceversa, instaurano una relazione di fiducia e di aiuto continuativa lungo tutta l'esperienza di sostegno e accompagnamento del ragazzo. Ancora in altri casi vi sono realtà che si collocano in maniera intermedia tra questi due poli, caratterizzate da incontri e colloqui per la realizzazione di specifici interventi e in specifici momenti-fasi del percorso (ad esempio per la progettazione e realizzazione dell'inserimento in comunità). Di pari passo è riscontrabile un medesimo continuum rispetto al lavoro e alla relazione con la famiglia del ragazzo, che specularmente va da un polo di quasi assenza della relazione all'altro di continuativa relazione e percorso a un lavoro continuativo di accompagnamento e sostegno della famiglia.

Per semplificare l'analisi si è deciso di adottare un criterio binario:

- relazione con adolescente: "si= 1", "no=2", dove per "no" non si intende l'assenza totale di relazione e conoscenza del ragazzo (aspetto che non si verifica per nessun rispondente), bensì una conoscenza secondaria, individuata in specifici momenti del percorso;
- relazione con la famiglia: "si=1" , "no=2", dove per "no" non si intende l'assenza totale di relazione con la famiglia, ma una relazione parziale, secondaria, relegata in specifici momenti e fasi del percorso

Di seguito è possibile osservare la rappresentazione grafica dello schema (fig. 4) con una citazione esemplificativa per ciascuna combinazione.

		RELAZIONE CON ADOLESCENTE: SI (1)	RELAZIONE CON ADOLESCENTE: NO (2) / relazione secondaria
RELAZIONE CON FAMIGLIA	SI (1)	*Mi occupo dalla culla alla tomba […] Io di prassi cerco sempre di coinvolgere la famiglia, ma gli altri significativi! È chiaro che degli adolescenti sono tendenzialmente i genitori! (Int21-F-15)*	*Io seguo per di più i genitori, e i ragazzi sì, ma se si tratta appunto di inserimento in comunità e di… appunto se ci sono i servizi, la tutela minori, se c'è il Tribunale dei minorenni, per cui un lavoro di rete di rete familiare e di rete con e dirette con i servizi (Int3-F-32)*
	NO (2) / relazione secondaria	*da noi* [la famiglia] *non è tanto coinvolta nel senso che, quando si tratta di minori assolutamente al primo appuntamento vengono coinvolti anche i genitori. Dopodiché però li si vede sempre da soli, il genitore rimane fuori, se ha bisogno di parlare naturalmente è autorizzato a entrare ma non siamo noi che li coinvolgiamo (Int14-F-3)*	*Con gli adolescenti io ho non è che ho appuntamenti a parte, è raro che io abbia appuntamenti a parte, perché poi il grosso del lavoro lo fa la psicologa. (Int1-F-3)*

Figura 4 Griglia classificazione pratiche relazionali con adolescenti e famiglie nei SerD. Rappresentazione grafica

Si specifica che, come emerso, nei servizi sono state operate scelte differenti rispetto ai professionisti delle equipe multidisciplinari che realizzano prevalentemente l'intervento con il ragazzo o con la sua famiglia o con entrambe le parti indistintamente e che, nonostante la proposta di questa classificazione, molte situazioni appaiono fluide e dinamiche con cambiamenti a seconda delle circostanze e delle esigenze del servizio, come evidenziato in numerose interviste.

Per l'individuazione dei gruppi di rispondenti sulla base di questi due continuum, il corpus dati è stato sottoposto a una seconda analisi basata sulla lettura per ciascun intervistato dei segmenti afferenti ai seguenti codici e sotto-codici 1. Relazione Assistente Sociale e Adolescente – a. assenza relazione diretta dichiarata; b. reciprocità; c. percorso di recovery; d. coinvolgimento adolescente; e. stili relazionali – modalità di approccio – 2. Relazione Assistente Sociale e Famiglie – a. presa in carico delle famiglie b. scelte e motivazioni di coinvolgimento delle famiglie – 3. Specificità assistenti sociali lavoro nei SerD con gli adolescenti – sanitario vs sociale – SerD e Adolescenti – Coinvolgimento degli assistenti sociali nelle prese in carico. Rileggendo per ciascun intervistato gli stralci attinenti a questi codici è stato attribuito il codice binario per entrambi i criteri, e sono così stati individuati 4 gruppi dati dalle combinazioni 1-2

1. Relazione diretta e preponderante lungo tutta l'esperienza dell'adolescente al SerD sia con il ragazzo che con la sua famiglia /genitori (combinazione 1-1): questa modalità si verifica per 2 intervistati

   Mi occupo dalla culla alla tomba […] Io di prassi cerco sempre di coinvolgere la famiglia, ma gli altri significativi! È chiaro che degli adolescenti sono tendenzialmente i genitori! (Int21-F-15)

   Un discorso più di assistenti sociali o di educatore potrebbe essere di supporto, o di consulenza ai familiari. Quindi ho assistito ultimamente, c'è proprio un po' quest'idea di dire lavoriamo in maniera un po' staccata. (Int19-M-22)

2. Relazione diretta e preponderante lungo tutta l'esperienza dell'adolescente al SerD con il ragazzo, ma parziale o limitata con la sua famiglia (combinazione 1-2): situazione che si verifica per 11 intervistati

   Io li seguo dall'inizio fino alla fine, non sto mai ai margini. Quindi in genere li seguiamo con lo psicologo. Insomma. Lo vede lei, Lo vedo anch'io, quindi, e lavoriamo insieme ma con degli strumenti diversi. E le verifiche familiari le facciamo insieme. Ma non ne esco mai. Nel senso che io sono all'interno dall'inizio sino alla fine (Int4-F-28)

   Io intervengo praticamente in ogni situazione, l'équipe in qualche modo valuta quali sono i bisogni di quella persona, di quel paziente. E io mi occupo di inserimenti nelle comunità terapeutiche, per cui se per un ragazzo il medico o lo psicologo, l'équipe ritiene opportuno un percorso residenziale, sono io che prendo contatti con le comunità. Quindi l'organizzazione degli incontri, della valutazione, mantenere poi il monitoraggio una volta che è entrato, mantenere i contatti, così da fare in modo che questo percorso, che ha un inizio una fine, ha degli obiettivi che siano coerenti. Quindi c'è tutta questa parte dell'aspetto proprio sociale, della vita reale di questa persona, di questo paziente che ha bisogno di percorso, il cosiddetto monitoraggio. Questo è un po' il ruolo (Int17-F-2)

   Se io vedo il ragazzo non vedo i genitori perché come linea di servizio solitamente abbiamo che chi segue il ragazzo non segue anche i genitori ma differenziamo. (Int18-F-13)

   *da noi [*la famiglia*] non è tanto coinvolta nel senso che, quando si tratta di minori assolutamente al primo appuntamento vengono coinvolti anche i genitori. Dopodiché però li si vede sempre da soli, il genitore rimane fuori, se ha bisogno di parlare naturalmente è autorizzato a entrare ma non siamo noi che li coinvolgiamo (Int14-F-3)*

3. Relazione secondaria o parziale con il giovane adolescente, in cui l'assistente sociale subentra nel percorso in momenti successivi e specifici, prevalente la relazione e il percorso con la famiglia (combinazione 2-1) = 8 intervistati

   io non lavoro direttamente con adolescenti (Int23-F-11)

   Nell'ultimo anno in realtà i ragazzi sotto i ventun anni vengono sì visti anche da noi assistenti sociali ma in seconda battuta […] solo perché subentra l'USSM, perché subentra la denuncia, perché ha litigato con i genitori e vuole andare via di casa e non sa dove andare, è sempre una modalità spot, di intervento a urgenza, che a tutte e tre noi [le assistenti sociali] non va bene (Int16-F-3)

   Io seguo per di più i genitori, e i ragazzi sì, ma se si tratta appunto di inserimento in comunità e di… appunto se ci sono i servizi, la tutela minori, se c'è il Tribunale dei minorenni, per cui un lavoro di rete di rete familiare e di rete con e dirette con i servizi. Poi ecco il lavoro individuale sulla motivazione al cambiamento, applichiamo le tecniche del colloquio motivazionale per andare a aiutare la persona a decidere di cambiare, di migliorare (Int3-F-32)

   Non creo un rapporto esclusivo con l'adolescente, perché ritengo che se non c'è una base dove la famiglia cambia alcuni comportamenti, non può pretendere che lo faccia il proprio figlio. Però se son minori, intanto, di loro la famiglia la devono portare (Int24-F-25)

4. Relazione secondaria o parziale sia con adolescente che con la sua famiglia (2-2) = 5 intervistati

Adesso faccio solo i primi colloqui con gli adolescenti, poi seguo solo quelli che hanno un reato […] il colloquio con le famiglie no. Perché abbiamo questi ragazzini che arrivano da lontano e quindi la famiglia di solito è seguita dai servizi invianti… o dai servizi invianti, o dall'USSM o soprattutto da consultori. In passato, sicuramente le famiglie in parallelo erano viste soprattutto dallo psicologo (Int20-F-37)

se ci sono problematiche di tipo legale io mi occupo di quelle…. Hai l'esigenza, per esempio, di avere una relazione col servizio sociale del Comune, che sono già magari anche ragazzini che sono già in affidamento ovvero hanno già anche questo tipo di provvedimenti… o comunque devi segnalare tu la situazione (Int7-F-22)

Noi non abbiamo una presa in carico strutturata a favore dei familiari. (Int5-F-19)

Con gli adolescenti io ho non è che ho appuntamenti a parte, è raro che io abbia appuntamenti a parte, perché poi il grosso del lavoro lo fa la psicologa. (Int1-F-3)

I due gruppi più rappresentati sono quelli centrali e specularmente opposti in cui prevale la relazione o con il ragazzo o con la sua famiglia. Si tratta di un aspetto in linea con i risultati precedentemente presentati dai quali emergono riflessioni e valutazioni delle equipe dei servizi che hanno portato a delle scelte di differenziazione dei percorsi e degli operatori di riferimento per la persona-ragazzo che usa sostanze e per la famiglia-genitori. Si evidenzia inoltre che, nonostante quanto emerso nella specifica area attinente alle prospettive e riflessioni degli intervistati circa l'importanza del coinvolgimento della famiglia e del lavoro assieme ad esse, emerge una tendenza molto diffusa tra gli intervistati, e nelle esperienze dei SerD di afferenza, a un lavoro "sul caso", un lavoro individuale con gli adolescenti in cui la presenza della famiglia appare prevalentemente accessoria, connessa a specifici momenti del percorso, quali le fasi iniziali di conoscenza e le fasi di condivisione/restituzione della valutazione e della progettazione degli interventi. Infatti, rispetto all'asse famiglia per 15 intervistati su 25 emerge una relazione dell'assistente sociale con la famiglia, ma anche del servizio in generale, accessoria, non prevalente e preponderante. All'opposto, sempre a conferma di un lavoro più individuale con gli adolescenti, osservando l'asse della relazione che gli assistenti sociali intervistati instaurano con loro, 13 su 25 hanno una relazione con gli adolescenti che giungono al SerD per uso di sostanze "prevalente", con una conoscenza e un percorso che si costruisce sin dall'inizio e prosegue nel tempo; per 12 intervistati su 25 invece la relazione con l'adolescente subentra in un secondo momento e per motivi prevalentemente connessi alla necessità di un lavoro integrato con altri servizi, al predisporre e organizzare gli inserimenti in comunità terapeutica o seguire i percorsi condivisi con l'USSM o l'UEPE.

6.3 Ruolo e specificità professionali degli Assistenti Sociali nei SerD

Un'area della traccia di intervista ha mirato indagare le specificità, le peculiarità del ruolo professionale degli assistenti sociali all'interno di un servizio sociosanitario, quale è il servizio per le dipendenze, indagando nella prospettiva degli assistenti sociali intervistati ciò che identifica e caratterizza la propria figura professionale in similitudine o differenza alle altre presenti, con

uno specifico riguardo al lavoro con gli adolescenti. Dall'analisi delle interviste sono emerse alcune aree di specificità attinenti a quello che può essere identificato come lo sguardo tipico del professionista Assistente Sociale, lo sguardo con cui gli intervistati si accingono a conoscere i ragazzi a osservare le loro situazioni e a pensare possibili progettualità di cambiamento e aiuto. Se da un lato sono già stati presentati alcuni aspetti specifici legati alla costruzione della relazione di aiuto, principalmente afferenti all'area degli atteggiamenti professionali, in quest'area emergono alcuni elementi di metodo che guidano l'operato degli intervistati. A ciò si aggiungono funzioni e procedure specificamente ed esplicitamente attribuite agli assistenti sociali intervistati nei loro contesti di lavoro.

6.3.1 Sguardo globale: persona-nel-suo-ambiente

Due elementi molto presenti nelle interviste attengono al considerare la persona nella sua globalità, non focalizzandosi su un elemento considerato "problematico", su un singolo aspetto della persona – come più tipico di uno sguardo medico, clinico – bensì considerandola nel suo complesso; e, strettamente connesso, l'avere uno sguardo che va oltre la persona, che guarda al suo contesto di vita, alle sue relazioni fondamentali, tra cui quelle con la famiglia, e all'ambiente sociale, culturale, istituzionale nel suo complesso. Tale prospettiva si configura come una lettura sistemica o ecologica degli eventi, delle situazioni che le persone si trovano ad affrontare, fronteggiare, considerando dunque oltre alla persona in sé, gli ambienti – con le risorse e i limiti che propongono – in cui essa si trova inserita. Tale sguardo più aperto porta alcuni assistenti sociali intervistati e vedersi come figure centrali, di raccordo e unione rispetto a quelle professioni che tendono invece ad avere uno sguardo particolaristico e più legato al sintomo.

> *Io non posso pensare che l'intervento del medico sia scisso da quello dell'assistente sociale o del collega psicologo. Quindi io mi sento veramente una figura di raccordo tra quelli che sono i colleghi all'interno quindi dell'équipe (Int2-F-7)*
>
> *La specificità dell'assistente sociale è quella di avere in mente il sistema: il sistema per cui l'adolescente è inserito nel suo contesto familiare, nel sistema scolastico, nel sistema amicale. Avere in mente il sistema e le sue relazioni, avere sempre il faro su questo per non patologizzare (Int3-F-32)*
>
> *Noi [assistenti sociali] abbiamo in mente la persona e i bisogni della persona e le risorse che ha la persona. Io credo che non ce l'ha in mente nessun altro. Vedo che i miei colleghi all'interno dell'équipe non hanno in mente la globalità della persona che è una cosa che, secondo me, abbiamo in mente noi (Int7-F-22)*
>
> *È inutile considerare la persona solo per il problema che porta, e non per quella che è la sua unicità fatta di tutto quello che sono gli hobby, le passioni, gli sport, tutto quello che è la sua quotidianità (Int9-M-13)*
>
> *Non c'è all'interno di un servizio qualsiasi una tipologia di relazione solo di un aspetto professionale. Perché l'umano è tanti aspetti, non riesco a fare questa suddivisione, è impossibile (Int13-F-22)*

Uno degli elementi caratterizzanti, riportato da alcuni degli intervistati, attiene ad avere uno sguardo che non è solo individuale, solo rivolto alla persona che fa uso di sostanze, ma guardare al suo contesto, al suo ambiente, in primis con un'attenzione e un'inclusione della famiglia, anche

se non sempre si riesce, è facile, realizzare ciò. Nel proporre tale proprio sguardo e lettura, molti fanno riferimento in modo più o meno esplicito alla teoria sistemica e al modello sistemico-relazionale.

> *Ci stiamo rendendo conto che ci siamo dimenticati delle famiglie lavorando solo con il singolo. Ma il singolo vive in un ambiente, vive in un sistema. (Int8-F-33)*
>
> *[L'assistente sociale è caratterizzata dall'essere] il professionista che guarda anche fuori, che cerca, cura la rete, che cerca di costruirla se non c'è. Capire il contesto più allargato, oltre alla parte clinica… un professionista che guarda e che si collega verso l'esterno. Esterno inteso come esterno del servizio, con la comunità ma anche con l'esterno delle relazioni di quel ragazzo che sono parte fondamentale della sua vita (Int16-F-3)*
>
> [l'assistente sociale è] *quella che sa che è importante la famiglia, la rete, il contesto, cosa fa tutto il giorno questo ragazzo, va a scuola, lavora, va d'accordo con i genitori, non va d'accordo. Cioè tutto quello che riguarda la sua vita reale (Int17-F-2)*
>
> *una competenza propria dell'assistente sociale è che tu vedi il singolo ma lo metti sempre all'interno di un contesto sociale, all'interno di una cornice normativa all'interno di un quadro un pochino più ampio che ti permetta di agire su più fronti: sulla comunità, sulla famiglia, sulla legislazione. Io ho un'ottica sistemica non posso dire di non averla, perché la tipologia di utenza mi impone di averlo non potrei mai lavorare con il singolo, scevro dal suo territorio di origine, dal suo riferimento sociale dimenticandomi che c'è una famiglia. (Int11-F-31)*
>
> *La teoria sistemico relazionale ce l'ho come riferimento e sarebbe bene non perderla di vista, perché poi il SerD è un servizio fortemente medicalizzato e clinicizzato per cui… noi supportiamo la famiglia però c'è sempre il rischio di concentrarti solo su chi ha il problema e non su tutto il resto. Questo in particolare con i giovani, nel lavoro con i giovanissimi in cui mi viene più in mente questo approccio (Int23-F-11)*

In questo guardare e stare nel territorio emergono due principali accezioni: una intesa in termini di caratteristiche del territorio e della comunità in cui si vive, di ambienti frequentati, contesti di vita, la seconda – strettamente connessa alla prima – è intesa in termini risorse e opportunità che tale territorio/ambiente può offrire alla persona, al ragazzo cercando di favorire e consentire a quel ragazzo l'accesso a tali risorse, opportunità.

> *Il servizio sociale, proprio per questo compito che ha, che ce l'ha dentro il DNA di integrare il sociale il sociale, di lavorare in rete, di mettere dentro la rete. E quindi è questo che può far da volano perché queste persone siano il più possibile incluse, nel loro territorio nella società, nei servizi; non restino ai margini, perché tante volte sono visti con pregiudizi e quindi già esclusi a priori (Int6-F-30)*
>
> *Avere tutte le relazioni con il territorio, avere anche un'idea delle risorse che il territorio offre (Int1-F-3)*
>
> *Fai sempre riferimento a che tipo di risorse hai nel territorio […] Io credo che l'assistente sociale è quella che ha una conoscenza del territorio, dei servizi, degli enti locali, delle strutture del privato sociale; ha una conoscenza tale che, a seconda delle necessità, è quella che è in grado di attivare subito la risorsa che ci serve per quella specifica situazione (Int11-F-31)*
>
> *Io credo che l'assistente sociale è quella che ha una conoscenza del territorio, dei servizi, degli enti locali, delle strutture del privato sociale; ha una conoscenza tale che, a seconda delle necessità, è quella che è in grado di attivare subito la risorsa che ci serve per quella specifica situazione. L'assistente sociale è quella che sa mettere insieme e che sa tenere le fila di quella situazione, soprattutto quando c'è la necessità di far lavorare più persone insieme, che siano interne ma che siano anche esterne al servizio, per il raggiungimento di un obiettivo (Int11-F-31)*

6.3.2 Aiuto-sostegno e tutela-controllo

Tra quelle che sono le peculiarità dell'aiuto a carattere sociale entro le esperienze dei ragazzi nei servizi per le dipendenze, gli intervistati sottolineano la propria specificità di sostegno, accompagnamento, supporto, lungo esperienze di vita, progetti, con uno sguardo ad aspetti concreti di vita quotidiana. Un aiuto e un accompagnamento in cui la persona acquisisce autonomia, sempre maggiore potere e controllo rispetto al corso della propria vita. All'aiuto in tal senso si aggiunge – come tipico per il servizio sociale – anche una funzione di controllo e responsabilità peculiare in capo al servizio per certi aspetti e al professionista assistente sociale per altri.

> *Io credo molto comunque che la persona è padrona della sua vita: quello che noi possiamo fare è accompagnarla […]le persone si convincono molto più da quello che loro vedono, più che da quello che dico io o chi altro. Quindi anche loro devono raccogliere elementi per poter dire "sì, conviene così". Quindi a volte non serve che lo diciamo noi, devono proprio verificare loro, e qui li accompagniamo a verificare (Int10-F-29)*

> *Abbiamo dovuto imparare a fare delle cose insieme a loro* [adolescenti] *per poter costruire una relazione. È soltanto facendo delle cose insieme, degli accompagnamenti, degli affiancamenti che riesci a costruire una relazione significativa (Int12-F-32)*

> *Io ho imparato in trent'anni, quando i colleghi sono dei bravi colleghi, a ridimensionare molto gli obiettivi, e a valorizzare sempre molto quello che le persone fanno, sia il paziente, che anche la famiglia, perché hanno bisogno anche di dire "questa è la strada, andiamo avanti, facciamo strada insieme".* (Int10-F-29*).*

> *Il lavoro è proprio questo: quindi essere comunque a fianco di queste persone e accompagnarle in possibili percorsi di cambiamento. Che possono esserci e soprattutto laddove è possibile proporre dei progetti percorribili. (Int6-F-30)*

> *Dobbiamo lavorare sui dati di realtà e lavorare sul quotidiano […] Il bello dell'essere l'assistente sociale del SerD è che c'è sia un aspetto concreto di aiuto, però sempre attraverso l'interiore di una persona (Int3-F-32)*

L'elemento del controllo risulta presente in particolar modo, ma non solo, per quelle situazioni che vedono coinvolta l'autorità giudiziaria – in termini di tutela minori o di giustizia penale minorile – e che richiedono agli assistenti sociali di bilanciare e trovare un equilibrio tra l'aiuto e il sostegno e gli elementi di controllo, supervisione, monitoraggio. Tale aspetto rappresenta un elemento di complessità e caratteristico tipico del servizio sociale. Nella visione di alcuni intervistati, il controllo esercitato dal SerD può essere alle volte un elemento altrettanto di aiuto, in particolare per favorire la relazione tra il ragazzo e la famiglia, consentendo ai genitori in particolare, di stare maggiormente sul sostegno.

> [ai genitori che diventano troppo eccessivi nel controllo del figlio durante il percorso con il SerD] *io dico spesso che il controllo lo facciamo noi, che è un lavoro sporco che fa il SerD… il monitoraggio; così che loro* [i genitori] *abbiano cura della relazione, per recuperare questa relazione (Int12-F-32)*

> *Due controlli a settimana non sono sindacabili, a vista; quindi, per tutto il periodo della messa a prova (Int11-F-31)*

In un senso un po' diverso di controllo, un'intervistata ben esplicita l'accezione di aiuto insita nel controllo raccontando di un'esperienza con un ragazzo rispetto a cosa la figura dell'assistente sociale ha rappresentato. Da queste parole sembra emergere chiaramente la duplice presenza di

aiuto, sostegno e accompagnamento, da un lato, e controllo, inteso come esserci nel caso in cui le cose vadano male e ci sia bisogno, dall'altro. Non, quindi, un controllo finalizzato a punire e riferire agli organi giudiziari bensì a esercitare maggiormente le azioni di aiuto e sostegno quando necessarie.

> *c'è stato un ragazzo che io ho conosciuto da minore, lui era molto bravo a disegnare, mi ha fatto un disegno, è una figura che cammina fuori dalla strada. cammina un po' in verticale.... Quando gli ho chiesto "Ma cosa significa? Scusami?" E lui mi fa "è perché tu sei quella che ci riporta in strada. Quindi mentre io cammino così, vengo da te perché mi rimetti sulla strada" (Int20-F-37)*

6.3.3 Le competenze e le funzioni degli assistenti sociali nei SerD

Nel corso delle interviste realizzate e analizzate emerge dalle parole degli intervistati un mondo variegato e una rappresentazione di ruolo diversificata – in alcuni casi molto specifica e ristretta a definite procedure e aspetti del percorso di aiuto, in altri più generale e ampia – con alcuni racconti, in particolar modo di quanti hanno lunghi anni di esperienza nei SerD, di una creazione su misura del proprio ruolo, di un lavoro per identificare, delimitare e far riconoscere il proprio ruolo sociale entro un contesto socio-sanitario in cui spesso la parte clinica tende ad essere sovra rappresentata. A questo si aggiungono i racconti di esperienze in cui "il sociale" non viene considerato se non in seconda battuta, nel caso in cui intervengano elementi quali l'inserimento in comunità, l'arrivo di un provvedimento giudiziario, il lavoro interservizi, così come di professionisti considerati come dei "*jolly*". Entro tali poli di quello che potrebbe essere visto come un continuum, vi è chi evidenzia la presenza della professione nei SerD fin dalla loro nascita, costituzione e primaria organizzazione.

> *Quando ho iniziato a prendere servizio al SERT ho iniziato a costruire l'area del servizio sociale. Ecco, quindi è lì che io sono riuscita a fare quello che dovrebbe, secondo me, fare un'assistente sociale, ma portandomi dietro l'esperienza del servizio precedente, perché poi ho anche lavorato al Csm, ho lavorato anche presso il Comune, quindi, mi portavo dietro l'esperienza di un territorio, quindi questo mi ha aiutato tantissimo. In tutti i SerD qui del Veneto abbiamo gli assistenti sociali che hanno ambiti di competenza diversa rispetto forse a quello che ho io, quindi… Questa è una cosa abbastanza nota (Int4-F-28).*

> *Nel SerD il lavoro lo impari facendolo. E non c'è, come dire, un manuale della brava assistente sociale che lavora nel SerD. Ecco io non so in altri servizi, ma magari per altri servizi è più chiaro cosa vuol dire lavorare in una neuropsichiatria, in un consultorio familiare, in un comune, nel SerD sinceramente non te ne parlano neanche all'università (Int8-F-33)*

> *Il SerD è nato con un assistente sociale e quindi questo servizio è sempre stato non dico forte, però riconosciuto il ruolo dell'assistente sociale. Per cui non abbiamo difficoltà di riconoscimento (Int10-F-29)*

> *In realtà io mi ritrovo a fare di tutto e di più, con tutta l'utenza; quindi, i numeri sono bassi però il ruolo spazia molto dal portare il paziente cronico a fare la visita per l'invalidità, al ragazzino… (Int15-F-17)*

> *In realtà noi assistenti sociali, almeno quello che vedo io qua, noi siamo un po' dei factotum […] in realtà spesso noi assistenti sociali siamo quelli che coordiniamo, oppure magari che organizziamo i vari incontri, […] Noi siamo, come figura, molto duttili, come ti dicevo prima, quasi un po' dei jolly, dei factotum; quindi, diciamo che ci intrufolano qua e là (Int19-M-22)*

Entro tali esperienze si ritrovano comunque aree di specifica funzione attribuita alla figura professionale degli Assistenti Sociali e riconosciuta dall'equipe. Le aree emerse e ricorrenti nelle interviste sono: l'area dell'assessment sociale; l'area lavoro *di/in* rete; l'area inserimenti in comunità terapeutiche; l'area "giustizia" connessa alle situazioni nelle quali sono presenti provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; e infine l'area "tutela minori", di seguito affrontate e dettagliate.

6.3.3.1 Assessment sociale

Uno degli aspetti emersi dalle interviste concernente le specificità degli assistenti sociali attiene all'area dell'assessment sociale delle situazioni di vita dei ragazzi e delle loro famiglie. Nonostante le diversità emerse nei servizi coinvolti circa l'accoglienza e la raccolta delle prime informazioni, molti intervistati sottolineano le aree su cui concentrano la conoscenza e la valutazione del ragazzo e della famiglia, talvolta con il supporto dato dall'utilizzo di strumenti standardizzati, talvolta a traccia libera. Le aree attinenti all'assessment riferite concernono le relazioni sociali, la famiglia, l'area abitativa-economica-lavorativa, o scolastica, l'area penale-legale, il tempo libero.

> *Noi abbiamo sempre avuto, però non è specifico per l'adolescente, uno strumento diciamo così di valutazione sociale. Questo nostro strumento di valutazione sociale ti permetteva proprio di valutare tutta una serie di aree: l'area della famiglia, delle relazioni familiari, l'area abitativa, il penale, il tempo libero, tutta una serie … poi essendo informatizzato ti restituiva quelle che erano le aree più carenti quindi dove dovevi andare ad intervenire. Ecco va beh adesso non ce l'abbiamo più informatizzato, però ce l'abbiamo in mente nel senso che tuttora, se non il primo colloquio solitamente, noi la seguiamo se vuoi quella griglia di punti, ce l'abbiamo in mente. Anche perché sono tutte varie aree sociali, delle relazioni. Noi, secondo me, abbiamo una cosa un po' ambigua con questi strumenti, nel senso che ci piacciono anche tanto, li riteniamo anche utili, ma poi non li usiamo (Int7-F-22).*

> *Questo strumento si chiama SSAS. Adesso non chiedermi per cosa sta...perché è una sigla in inglese. Comunque, è una sorta di insieme di schede, sono otto/nove schede, sociali proprio, che aiutano l'operatore a raccogliere le diverse informazioni sociali, quindi dal nucleo famigliare di origine della persona, alla rete amicale, sociale, alla situazione abitativa; la situazione lavorativa, la situazione legale, gli interessi della persona, gli hobby che ha; varie esperienze comunitarie che ha fatto o meno, diversi percorsi di cura. Quindi è uno strumento proprio specifico che è stato elaborato dai miei predecessori che però noi abbiamo utilizzato gli anni scorsi tante volte adesso lo utilizziamo meno da un punto di vista diciamo pratico così di raccolta di dati (Int19-M-22)*

> *Abbiamo un protocollo dell'accoglienza che è fatto di alcune schede. La prima scheda riguarda i dati anagrafici, la scuola, dove abita eccetera ma riguarda anche "a quale età hai cominciato a usare cosa" e da lì si può partire poi a fare tutta una serie di riflessioni. Un'altra scheda riguarda la famiglia, la composizione della famiglia di origine. Una volta usavamo anche l'ASI, però non lo usiamo più, è uno strumento che va a toccare varie aree quella sociale, quella medica, psichiatrica psicologica, e anche quella legale. Va a toccare varie aree e che ti danno l'idea della situazione che la persona vive. E questo è lo strumento che usiamo (Int24-F-25)*

> *Non utilizzo degli strumenti, oltre a scarabocchiare su un pezzetto di carta, mettere delle parole da fissare che poi possiamo riprendere. Non uso niente di particolare. Sull'adulto ho degli strumenti di valutazione sociale che sono degli schemi che utilizzo di più ma tendo a non utilizzarli con i ragazzi giovani, perché mi sembrerebbe di metterli dentro uno schema e allora tradirei la premessa che io faccio con loro (Int25-M-31)*

6.3.3.2 Lavoro di/in rete

Una delle aree di funzioni e specificità che gli assistenti sociali intervistati, trasversalmente, citano, si riconoscono e si vedono riconosciute dagli altri professionisti dell'equipe è da loro indicata come "lavoro di rete". Questo lavoro di rete viene declinato nel lavorare in rete, in raccordo, in collaborazione con altri servizi, con uno sguardo ampio al territorio e alle figure e realtà di aiuto, formali e informali. Questo implica, per gli intervistati, il riconoscersi la competenza di creare reti e lavorare congiuntamente e sinergicamente verso obiettivi condivi, operando per "mantenere insieme i pezzi". Se nella maggior parte delle interviste viene riportato il riconoscimento da parte degli altri professionisti di tale aspetto, c'è anche chi riporta difficoltà di riconoscimento della professionalità e della competenza che tale lavoro richiede da parte di professionisti di area medica-clinica.

> *Siamo anche quelli che fanno il lavoro di rete e questo ce lo riconoscono. E forse è la cosa che io mi sento che mi caratterizza di più. Che è proprio quello di tenere insieme i pezzi (Int1-F-3)*
>
> *Il servizio sociale, proprio per questo compito che ha, che ce l'ha un po' dentro il DNA di integrare il sociale il sociale, di lavorare in rete, di mettere dentro la rete (Int6-F-30)*
>
> *L'aspetto [che ci caratterizza è] mettere in rete, il lavoro con gli altri servizi quando si individua un progetto a favore di questo ragazzo. Anche rispetto al ponte con il territorio, il comune, le eventuali aree informali, la parrocchia – anche se le parrocchie ultimamente poco, più un tempo erano un elemento di riferimento – appunto, l'operatore di comunità ... proprio a livello di rete dei servizi, sia formali che informali (Int5-F-19)*
>
> *La prima cosa che mi viene in mente sugli adolescenti è il lavoro di rete… direi quello perché… l'adolescente io credo.... Sì, certo c'è l'uso delle sostanze se no non sarebbero qua...però se non si lavora in rete, e il lavoro di rete lo sappiamo fare solo noi, perché gli altri è inutile gli altri professionisti non hanno minimamente idea di cosa sia. E invece io lo ritengo fondamentale. Nelle situazioni che ho seguito di adolescenti, ci occupiamo in primis di mantenere la rete con i servizi.. Quindi contatti col servizio sociale dei comuni, dell'ente locale in primis ma poi spesso ci sono i servizi di neuropsichiatria (Int7-F-22)*
>
> *L'idea della rete per me è fondamentale nel senso sia la rete tra servizi, sia la rete della persona. Quindi l'idea con cui parto, l'ottica con cui parto, è sempre quella di cercare di collocare la persona all'interno di una rete e di attivare il più possibile risorse, risorse esterne (Int20-F-37)*
>
> *Il rapporto con la rete nel senso che comunque gli altri, per quanto anche altri se ne occupino, però la visuale – non voglio che sia un vanto e anzi è un problema a volte [ride] – però, secondo me, siamo noi che abbiamo in mente, più di tutti gli altri, sia come funzionano i servizi, come funziona l'attivazione, chi e cosa poter coinvolgere. È la nostra specifica nel senso che io ho già in mente, vedo una persona e penso come posso aiutarla, come posso confrontarmi per far sì che viva un po meglio. Tutti gli altri, gli altri non assistenti sociali, non la vedono come una priorità. Priorità è la salute, la medicina, la salute e basta. (Int23-F-11)*

Approfondendo il senso che viene attribuito a quanto gli intervistati chiamano "lavoro di rete" si ritrova tanto il lavoro *di* rete quanto il lavoro *in* rete: emerge, da un lato, l'idea di un lavoro che implica l'attivazione e la promozione di sinergie tra risorse formali e informali, della rete dei servizi ma anche della rete familiare, sociale della persona, ampliando, grazie alla presenza di più soggetti, le possibilità e prospettive di azione e intervento, attivando, ove possibile, risorse che possano continuare a essere di sostegno e supporto anche quando i servizi non saranno più presenti. Dall'altro lato vi è l'idea di un lavoro in equipe, in condivisione e integrazione con altri professionisti ciascuno per le azioni e le specificità di competenza.

Un lavoro di rete familiare e di rete con i servizi. Noi dobbiamo assicurare questo e allo stesso tempo sapere, riuscire a lavorare con tutti i servizi, perché da soli noi non ce la facciamo, per cui avere in testa l'attivazione di, la conoscenza del territorio e l'attivazione delle risorse. E la collaborazione. […]Perché forse sto ancora tessendo tutto un lavoro di sostegno, coi genitori, e i servizi, e forse torna. Questo fa l'assistente sociale: tesse tutto un lavoro prima e dopo, durante, e non si ferma nel rapporto diretto con l'adolescente, perché è venuto qui unìora dalle quattro alle cinque…(Int3-F-32)

È anche un modello, quello della rete, che io ho portato all'interno del servizio quando sono arrivato, perché sono arrivato che l'assistente sociale era già andata in pensione da un bel pezzo. È stato un lavoro di cercare di costruire relazioni, buone collaborazioni, buone prassi, alleanze diciamo all'interno del territorio e quindi proprio sulla dimensione della rete quindi noi come servizio (Int9-M-13)

Puoi fare il progetto più bello che vuoi ma se poi non lo ancori al suo territorio e non lo ancori a quelle che sono le risorse che ci possono essere all'interno del suo ambiente di vita, finita la misura è finito, non sta più in piedi nulla perché l'USMM si sgancia perché terminata la misura non ha più titolarità e abbiamo già perso partner. Il Comune continuerà a seguire, magari con qualche sostegno, ma più di tanto. Ma se non hai lavorato prima per dare anche dei punti di riferimento a questi ragazzi e si fa fatica. Quindi io lavoro veramente cercando di implementare il più possibile una rete che poi debba rimanere a sostegno e a supporto di queste situazioni (Int11-F-31)

Il nostro approccio non è mai individuale, è sempre familiare nel nostro modo di lavorare… attivare o cercare di collaborare con un servizio, magari il territorio, i colleghi del territorio, i servizi del territorio, il Comune. Con i giovani è sempre importante la rete di presa in carico insieme ai servizi che probabilmente già se ne sono occupati fino prima (Int15-F-17)

Un aspetto che emerge con riferimento al lavoro tra più servizi è connesso allo sguardo globale di cui sopra si è detto. L'avere uno sguardo globale alla persona e alle situazioni, problematiche in cui può trovarsi, vedere la persona come "integra" è un aspetto che per alcuni intervistati è connesso alle situazioni in cui ci si trova a lavorare congiuntamente con altri servizi specialistici e rappresenta una specificità dell'assistente sociale. Se da un lato c'è chi percepisce e riporta i limiti del sistema di servizi, e in generale delle politiche, che tendono a semplificare e frammentare, specializzando sempre più e rendendo complesso per le persone un percorso integrato nei servizi, dall'altro vi è chi riferisce di essere portatore di una maggiore integrità e di ritrovare questa visione globale in altri servizi e professionisti, favorendo una positiva integrazione e consentendo di non spezzettare l'esperienza complessiva.

Io credo che il problema di oggigiorno, stante la complessità delle problematiche sociali in senso ampio, porta a servizi che sono diciamo suddivisi per aree – noi siamo il servizio dipendenze, poi c'è l'area della neuropsichiatria infantile, poi c'è per dirti l'area disabilità – però tu hai davanti a te una persona che non è frammentata, ma che può portare più problematiche, può portare un problema di dipendenza, può portare un problema diciamo di età evolutiva, di sviluppo, di apprendimento e di quant'altro, e magari può per queste problematiche anche essere certificato e quindi portare anche un problema di disabilità. Ma i servizi che se ne occupano sono tre però la persona è una. Quindi, secondo me, a volte il problema è che si dovrebbe riuscire a stare un po' di più nell'integrazione delle competenze di questi tre servizi nella gestione tra virgolette del caso. E la tendenza potrebbe essere quella di dire "va be' ma questo è un tossicodipendente deve essere visto al SerD" e quindi segmentare anche un po' quello che è l'intervento che poi si va a fare (Int9-M-13)

Sta cambiando anche la collaborazione e probabilmente anche i nostri colleghi di altri servizi come lo IAF, come lo stesso CSM, si sentono più competenti rispetto agli adolescenti e quindi ci permettono di tenere un'idea integra nella presa in carico quando deve essere congiunta perché c'è un decreto, perché c'è qualcosa. Io sento che si fa meno fatica perché riusciamo tutti ad avere a mantenere integra l'identità del minore che quindi può avere avuto un comportamento da affidamento ai servizi sociali del territorio e anche un uso di sostanze ma

non occorre che prevalga l'uno sull'altro ma si può lavorare insieme. Ecco credo che sia passata l'idea che se si parla di adolescenza si parla anche di una contiguità con l'uso delle sostanze, con una difficoltà a scuola, con un percorso con una conflittualità familiare. Insomma mi sembra che queste idee si riesca a tenerle insieme e questo credo sia un'evoluzione assolutamente positiva di questi ultimi anni (Int12-F-32)

6.3.3.3 Inserimenti in comunità terapeutiche

Nel corso delle interviste sono emerse delle peculiarità e differenziazioni di ruolo e di specifiche competenze che gli assistenti sociali partecipanti riportano di avere, o non avere, nei propri contesti lavorativi di appartenenza. Nonostante ciò, un elemento che appare specificamente connesso alla competenza e professionalità dell'assistente sociale nei SerD, anche per quel che concerne l'esperienza degli adolescenti, attiene all'area delle progettualità residenziali e dunque degli inserimenti nelle comunità terapeutiche e della progettazione dell'esperienza in tali contesti.

Ci sono peculiarità altre: la gestione sicuramente delle richieste per l'inserimento in comunità terapeutica è affar nostro perché il rapporto e la conoscenza delle strutture terapeutiche ce l'abbiamo noi, siamo noi che conosciamo le strutture, manteniamo e alimentiamo la relazione con gli operatori del privato sociale, conosciamo la tipologia delle strutture, conosciamo il costo delle strutture. Tutto quello che poi va a costruire un intervento di inserimento in comunità terapeutica è di nostra competenza [riferendosi agli assistenti sociali del SerD] *(Int11-F-31).*

Se c'è o meno l'opportunità di fare collocamenti in comunità anche tutto quello aspetto della gestione delle strutture, centri diurni oppure comunità residenziali, è una cosa che facciamo noi (Int7-F-22)

L'inserimento in comunità terapeutica fa parte della nostra specificità: nel nostro SerD lo facciamo solo noi come assistenti sociali (Int14-F-3)

Il ruolo dell'assistente sociale è un po' quello di tenere le fila con le comunità terapeutiche (Int20-F-37)

Il post decisione dell'equipe spetta all'assistente sociale … quindi siamo noi che individuiamo la struttura e poi dobbiamo dare un rimando al ragazzo e ai genitori, illustrando la comunità (Int19-M-22)

A causa di scelte organizzative, già viste in precedenza, nell'esperienza di alcuni degli intervistati il loro coinvolgimento nel percorso degli adolescenti avviene esclusivamente nel momento in cui si prospetta un inserimento in comunità, così come quando si aprono dei procedimenti con l'autorità giudiziaria. In queste situazioni il ruolo loro attribuito riguarda la mera attuazione di procedure standard al fine di fornire le prestazioni. Diversamente, in altri servizi gli intervistati riportano il loro coinvolgimento sin dall'inizio nella conoscenza del ragazzo e della situazione. Entro tale prospettiva viene esplicitata la necessità di conoscere le comunità del territorio, la loro organizzazione e funzionamento, i servizi offerti, le proposte di intervento e le modalità di lavoro degli operatori, nell'ottica di pensare ad un percorso personalizzato, cercando di assicurare un ambiente il più adeguato possibile al ragazzo. Alcuni intervistati sottolineano la grande diversità data dal conoscere una comunità direttamente, essendoci stati, avendo già collaborato con essa, piuttosto che entrare in contatto solamente a distanza, tramite carte di servizi e brochure.

Il senso è spiegare loro proprio il significato di quella comunità, io ho scoperto che se la comunità la conosco riesco a raccontarla meglio. Se la comunità non la conosco e mi baso su un dépliant faccio fatica, cioè non sono convinto neanche io su un dépliant. Per cui alle volte

non è semplice; però rispetto agli adulti dove abbiamo un panorama di strutture ampie e possiamo scegliere, possiamo permetterci di scegliere, con i ragazzi, minori di 18 anni, siamo vincolati (Int25-M-31)

*Qui a ****, siamo le esperte tra virgolette delle comunità terapeutiche. Nel senso che abbiamo sempre seguito noi gli inserimenti. Quindi in tanti anni mi sono fatta un'idea di come sono le comunità, dei progetti, ma al di là del programma che c'è sulla carta anche di come funzionano davvero. Quindi anche cercare di fare l'associazione tra la persona e la comunità (Int21-F-15)*

Con specifico riferimento alle comunità terapeutiche disponibili l'assistente sociale del SerD di Conegliano racconta la nascita dell'unica comunità della Regione Veneto accreditata specificamente per i giovani nella fascia di età 14-24 anni. Altri intervistati richiamano la preziosità di questa specifica realtà per i giovani ma sottolineano anche le difficoltà connesse all'assenza di altre comunità con un'offerta dedicata. Questo, nell'esperienza di alcuni, talvolta rende difficili gli inserimenti e lunghe le attese. Sono comunque presenti altre comunità che si rendono disponibili ad accogliere i giovani dentro e fuori regione.

La storia di questo servizio ha portato poi alla costituzione e all'avvio di questa comunità terapeutica per i giovanissimi che per noi, anche fisicamente, il Servizio Giovani di Paré è attiguo alla comunità giovanile. Quindi si è costituita una comunità [Comunità Giovanile di Conegliano] proprio rivolta al target giovani e che in questo momento è l'unica comunità che accoglie ragazzi minori e si è specializzata proprio nel target 14 21 anni. (Int5-F-19)

All'interno della Regione Veneto c'è un'unica comunità terapeutica accreditata per tossicodipendenti che è la comunità giovanile di Conegliano. Peraltro, rispetto al ricorso a questa comunità, è una comunità che è accreditata e a cui possiamo tra virgolette ricorrere direttamente quindi laddove c'è anche la disponibilità da parte della famiglia del ragazzo a intraprendere il percorso (Int9-M-13)

Abbiamo fatto un progetto "Chance" per chiedere alle comunità terapeutiche del nostro territorio, di accogliere anche minori adolescenti, perché l'unica comunità specialistica per i minori è quella di Conegliano. (Int3-F-32)

Lo sguardo al contesto e la conoscenza delle risorse rappresenta una specificità del servizio sociale, in tale contesto la mappatura e conoscenza delle comunità appare una funzione specifica degli assistenti sociali dei SerD. A ciò si aggiunge, in una fase successiva all'individuazione della comunità e alla realizzazione dell'inserimento, il monitoraggio e il continuo contatto con gli operatori della comunità e il ragazzo per verificare l'andamento del percorso e del progetto, all'occorrenza rimodulandolo, modificandolo o prevedendo anche il cambiamento della comunità stessa. Tutto ciò implica anche il continuare a lavorare durante l'inserimento per costruire un percorso di rientro nell'ambiente di vita una volta conclusa l'esperienza. Si evidenzia che il tema della chiusura del percorso e del rientro, aspetto altrettanto importante e centrale negli interventi sociali, viene proposto esplicitamente solo da un'intervistata.

Io mi seguo sempre le persone che sono inserite in comunità, vado a trovarle, non dico spesso perché ci vuole un po' di tempo per spostarsi però... E ci tengo a essere io che vado da loro, per esempio, gli operatori spesse volte mi dicono questa cosa: che per loro è una cosa molto emozionante quando gli dicono il tuo SerD viene a trovarti. E poi c'è la costruzione del reinserimento: nel senso che non è che io ti inserisco in comunità, mandami una cartolina quando hai finito ... Ma si costruisce insieme tutto quello che è il dopo, è una parte fondamentale (Int21-F-15)

Noi facciamo dei colloqui in meet con le comunità, anche perché non sempre ce li possono portare qua. Laddove poi si decide di inserirli capita anche che periodicamente facciamo un breve Meet con l'educatore [della comunità] *per vedere come sta andando e dopo due parole con la persona. (Int23-F-11)*

[…] l'organizzazione degli incontri, della valutazione, mantenere poi il monitoraggio una volta che è entrato, mantenere i contatti, in modo da fare in modo che questo percorso, che ha un inizio e una fine, ha degli obiettivi che siano coerenti (Int17-F-2)

6.3.3.4 Area giustizia - Collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, percorsi di giustizia riparativa e di messa alla prova

Un'altra area di funzioni specificamente attribuite agli assistenti sociali riportata dalla maggioranza degli intervistati attiene all'intervenire ed essere presenti nelle situazioni che presentano delle implicazioni giudiziarie e in generale aspetti legali – siano questi legati ad illeciti amministrativi come nel caso degli invii dalla Prefettura ai sensi egli articoli 75 e 121 del DPR 309/90, o reati penali in cui l'adolescente possa trovarsi a svolgere un percorso di messa alla prova. A tal riguardo ci sono alcuni che riferiscono di essere coinvolti nelle progettualità e nei percorsi degli adolescenti al SerD solo quando vi è, o quando sopraggiunge, l'elemento giudiziario.

[…] se ci sono problemi giudiziari, il contatto con i legali, con gli avvocati, con l'USSM – che è l'ufficio di servizio sociale minorenni della giustizia. Questo fa l'assistente sociale (Int3-F-32)

Mi occupo anche di seguire le misure alternative adulti e minori. Quindi, i rapporti col territorio. Avvocati e tribunale, Insomma, tutta quella parte li l'ho sempre fatta io, anche perché sono sempre stata figura unica [nel mio SerD]. Io li seguo i ragazzi, che sia un programma alternativo o che sia anche una segnalazione della Prefettura. Perché io seguo tantissimi ragazzi, anche minorenni, segnalati dalla Prefettura, che sarebbe l'articolo 75 insomma (Int4-F-28).

Io non seguo tutte le situazioni: seguo particolarmente quelle legali quando ci sono degli aspetti legali, gli affidi, le MAP [messa alla prova]*, la Prefettura eccetera (Int8-F-33)*

Quando l'USSM ci contatta io sono coinvolta in prima battuta (Int10-F-29)

Mi occupo delle segnalazioni Prefettura articolo 121 e articolo 75 DPR 309/90. Lì me ne occupo solo io quindi intercetto buona parte di anche ragazzini che più o meno gravitano intorno ai 18 19 anni. E mi occupo di ragazzini in programma di messa alla prova che sono inseriti all'interno di una comunità, quindi, con una pena da scontare e quindi mi occupo di loro e delle loro famiglie. (Int11-F-31)

La specificità di funzione e di ruolo dell'assistente sociale in tali situazioni viene declinata, in particolar modo, a partire dal necessario lavoro di raccordo tra più professionisti, esterni al SerD, e tra più servizi coinvolti

tutta quella competenza legata al mondo delle leggi, alla legislazione... al rapporto con i tribunali, al rapporto con gli avvocati, alla gestione di tutta la documentazione di tipo legale, che è nostra, è nostra perché hai i contatti con i colleghi del carcere, alla gestione dei detenuti. È competenza dell'assistente sociale all'interno di un servizio dipendenze. Ma lo vedo proprio anche quando arriva qualche richiesta di un avvocato è come se scottasse nelle mani degli altri: "no no, dalla all'assistente sociale". È chiaro in tutti gli operatori (Int11-F-31)

Nello specifico un'intervistata, raccontando di un episodio con un ragazzo al SerD, ha spiegato gli aspetti procedurali connessi alle sanzioni amministrative di cui all'articolo 75 del DPR

309/1990. Alcuni intervistati entrano nel concreto a esplicitare cosa gli è richiesto e si riconoscono nel proprio ruolo professionale quando le funzioni di sostegno, aiuto e controllo rientrano nell'ambito di procedimenti aperti con la giustizia. C'è chi entra nello specifico di aspetti "procedurali" sottolineando come tali funzioni più specifiche richiedano anche dei passaggi e degli aspetti più burocratici-amministrativi

> *Io illustro sempre una parte della normativa faccio presente le forze dell'ordine quali competenze hanno la sanzione amministrativa che viene comminata dalla Prefettura fai un po' tutta quella parte diciamo di educativa mi viene anche da un punto di vista anche legale (Int11-F-31)*

> *lavoro rispetto alla pena, i contatti con i colleghi, quello che era il progetto di messa alla prova per ognuno, che ognuno ce l'ha diverso ecco una cosa che teniamo noi i contatti (Int7-F-22)*

> *Io seguo la questione legata alle misure alternative, allora: faccio il colloquio con la persona che deve fare la richiesta, ti confronti in equipe, discuti insieme di quello che deve essere il programma terapeutico, lo proponi alla persona, predisponi il modulo di consenso informato, perché la persona deve accettare; lo traduci poi tra virgolette in una relazione più ampia che devi inviare all'avvocato o al carcere per la presentazione dell'istanza. Cioè, quindi insomma c'è tutta anche una parte tra virgolette amministrativa dove tu devi mettere dentro anche i contenuti un po' di colloquio, la storia e tutto quanto (Int9-M-13)*

Le funzioni che rientrano in tale area portano a questioni strettamente connesse al lavorare con persone che non si rivolgono spontaneamente al servizio per una richiesta di aiuto che nasce da loro ma per circostanze differenti

> *Altro discorso, invece è che, quando c'è una situazione legale, già compromessa, nel senso che il ragazzo ha già fatto dei reati, vai a nozze, nel senso lui vede in te, o comunque negli altri operatori, un servizio che lo può aiutare, anche semplicemente dal punto di vista strumentale, però trova l'ancora e allora lì lui tra virgolette accetta quello che quello che gli proponi […]. È chiaro che in questa situazione il ragazzo non è che abbia molte chance o, meglio, si poi lui può decidere di non aderire, però sa che se non aderisce il rischio è che poi ci sono delle conseguenze legali molto importanti (Int19-M-22)*

> *È difficile, quando c'è la giustizia di mezzo, o anche se è il genitore a trascinarlo qua: c'è comunque una motivazione esterna, di qualcun altro, che ti costringe a fare qualcosa e a maggior ragione quando c'è la giustizia di mezzo sono costretti da qualcun altro sia il ragazzino che i genitori, che se non avessero avuto quella situazione non si sarebbero neanche trovati di fronte a me. Per cui lì è veramente un po' difficile, nel senso che tante volte non è che hanno voglia di ascoltare... delle modalità diverse, di comunicare tra di loro, di approcciarsi alla vita, alle regole (Int22-F-2)*

Una specifica che viene proposta da alcuni intervistati attiene alla professionalità dell'assistente sociale e alla prospettiva che tale figura porta rispetto al versante normativo. Viene sottolineato come l'assistente sociale abbia una conoscenza della normativa che ha delle implicazioni dirette rispetto al proprio lavoro specifico – si pensi per l'appunto a quanto previsto dal DPR 309/90 – ma questo non implica l'essere un esperto giuridico, una figura ibrida a un avvocato o a un giudice, ma un professionista che, nell'ambito di percorsi di recovery e reinserimento sociale in cui si siano presenti illeciti o reati, accompagna la persona in una riflessione sul senso della norma in una prospettiva di aiuto e di vivere sociale. A ciò si aggiunge una responsabilità professionale –presente nel codice deontologico – legata al contribuire, tramite la propria capacità critica di lettura e riflessione, al miglioramento di politiche e di procedure, in un'ottica migliorativa verso le persone che si rivolgono ai servizi

Una delle cose ricorrenti che si dicono è "l'assistente sociale, è l'esperto di articolo 94". Non è che è un esperto dell'articolo 94 perché sa la legge, ma perché comprende anche il senso della norma, e ovviamente sempre in collaborazione – perché io mi sto riferendo al SerD ma è chiaro che tutte queste cose non è che le fa il SerD dentro al servizio e basta – ma si lavora in una direzione che è di riabilitazione di reinserimento sociale. Anche all'interno di una misura alternativa. Per esempio, tu lavori alla rieducazione, alla legalità: non solo devi scontare la misura ma si cerca di lavorare perché tu ti possa riappropriare dei valori del vivere civile ...La legalità ha a che fare non solo col fatto che io non passo con il rosso ma che io comprendo il senso della norma. La acquisisco come un valore interno (Int21-F-15)

In quel periodo ci stavamo interrogando sul fatto di dire "ma la normativa è adeguata?" Ci pareva che ci fossero delle lacune che potessero essere un pochino modificate. Avevamo anche steso delle indicazioni per poter modificare... cosa che poi è stata fatta. Dunque ci siamo interfacciati con la Prefettura abbiamo detto: "visto che li incontrate prima voi – perché di solito chi viene trovato in possesso, quindi articolo 75 – prima va in Prefettura poi viene da noi. Quindi con le colleghe della Prefettura abbiamo detto "Se magari voi presentate in un certo modo il nostro servizio è più facile che vengano". Proprio a partire da queste situazioni abbiamo creato anche qualche altro protocollo operativo proprio con le colleghe, parlo soprattutto per me della Prefettura di Verona e abbiamo messo in piedi anche negli anni dei protocolli operativi che ci permettessero un pochino di agganciare il più possibile in maniera il più precoce possibile questi ragazzi (Int11-F-31)

6.3.3.5 Tutela minori

In alcune interviste, principalmente a partire dal racconto di una specifica esperienza vissuta nella relazione con un adolescente al SerD o nell'affrontare le specificità del lavoro del servizio sociale nell'ambito delle dipendenze nella relazione con gli adolescenti, vengono richiamati temi e prospettive connesse anche alla tutela dei minori, al lavoro interservizi con gli specifici servizi di tutela minori e spesso alla presenza – o necessità di segnalazione – del Tribunale per i Minorenni. Le specifiche funzioni e azioni di tutela, che vengono a presentarsi lavorando con gli adolescenti, si inseriscono spesso in un quadro presentato dagli intervistati che include tanto la presenza di difficoltà nell'esercizio della responsabilità genitoriale e nell'assolvimento dei compiti genitoriali, con elementi di rischio di pregiudizio o di pregiudizio, quanto anche la presenza di agiti, azioni e comportamenti pericolosi, illeciti e preoccupanti messi in atto dal giovane adolescente che richiedono una segnalazione o che già hanno portato all'attivazione di procedimento presso il Tribunale per i Minorenni. Questo porta necessariamente a un lavoro in stretta connessione e sinergia con gli specifici servizi di tutela minori e dell'USSM.

Se l'adolescente ha anche dei comportamenti devianti, irregolari, sicuramente la tutela minore, se già esiste, se non lo conoscono comunichiamo ai genitori che è bene che vadano dal servizio sociale a raccontare gli episodi di violenza, aggressività, non torna a casa di notte, essendo un ragazzo minore va anche segnalato ai colleghi della tutela minori (Int25-M-31).

Il servizio di tutela spesso lo coinvolgiamo se vediamo che c'è la necessità di fare interventi che per esempio vanno nella direzione dell''inserimento in comunità, oppure se vediamo che c'è una situazione familiare altrettanto complessa. Si cerca di fare, non dico segnalazione, però di accompagnare le persone a questi servizi (Int7-F-22).

Laddove ci troviamo con un ragazzo che comunque è oppositivo in tutto, lavori con la tutela per fare una segnalazione, perché è chiaro che gli serve che ci sia qualcuno che decida ecco un po' più dall'alto (Int9-M-13)

Se c'è un minore che è a rischio, e i familiari non vengono, certo che io devo segnalare con o senza il consenso. Siamo pubblici ufficiali anche noi; quindi, laddove possiamo insomma lo facciamo sempre con un consenso (Int10-F-29)

Può essere necessario fare la segnalazione alla tutela minori del Comune; può essere necessario addirittura fare ricorso al tribunale; alcuni arrivano appunto nell'ambito penale quindi come Tribunale per i minorenni, con l'USSM. alle volte si suggerisce ai genitori, anche più di qualche volta, io suggerisco di farsi seguire anche per il sostegno alla genitorialità con il consultorio familiare (Int21-F-15)

Lavorare in senso ampio per la tutela dei minori con dei percorsi attivi al SerD richiama l'elemento del "controllo" che in più contesti è emerso nel corso delle interviste e che tipicamente caratterizza il servizio sociale nella sua essenza duplice di aiuto-sostegno e controllo[29].

6.4 Discussione dei risultati e riflessioni del gruppo guida

L'analisi tematica effettuata ha rilevato tre macro-aree legate ai servizi per le dipendenze e alla presenza in questi di adolescenti con problemi di uso di sostanze/dipendenza:

1. l'accesso: chi sono gli adolescenti nella percezione degli operatori;
2. Il ruolo dell'assistente sociale tra necessità di integrazione e mancato riconoscimento istituzionale
3. La relazione con gli adolescenti e la paura di non essere all'altezza

Di seguito si propone una sintesi degli elementi emersi dall'analisi dei risultati congiuntamente ad alcune delle principali riflessioni e letture dei dati frutto del lavoro di analisi condivisa e confronto tra la ricercatrice e il gruppo guida di co-ricercatori nonché in relazione alla letteratura scientifica di riferimento. Il gruppo di co-ricercatori ha preso attivamente parte all'analisi dei risultati a partire dalla lettura di tutte le trascrizioni, individuazione delle categorie/codici di analisi tematica e alla scrittura e condivisione del report. Tutti gli incontri sono stati audio registrati al fine di poter riprendere le riflessioni e i commenti frutto del confronto condiviso.

Innanzitutto, sono state messe in luce esperienze, prospettive e riflessioni degli intervistati riferite all'accesso, e al mutamento avvenuto negli anni, da parte degli adolescenti, approfondendo le modalità prevalenti percepite di invio al SerD e le principali motivazioni. Sono state poi approfondite le pratiche, gli accorgimenti e le riflessioni critiche rispetto all'accoglienza degli adolescenti, gli operatori a ciò dedicati, con un focus sia sul lavoro di équipe in vista della relazione, tanto con gli adolescenti quanto con i loro familiari, sia sul lavoro interservizi e la collaborazione ai fini di un percorso di aiuto integrato. Sempre entro tale area tematica sono emerse riflessioni circa il contesto dei servizi per le dipendenze e la loro adeguatezza nell'accogliere esperienze e vissuti dei giovani.

6.4.1 L'accesso: chi sono gli adolescenti nella percezione degli assistenti sociali

Dalla prospettiva di tutti gli intervistati, molti dei quali con una lunga esperienza nei SerD, è possibile riscontrare alcuni mutamenti avvenuti nell'accesso ai servizi per le dipendenze da parte

[29] Paragrafo 6.2.5. Coinvolgimento e adesione degli adolescenti (p. 223); paragrafo 6.3.2 Aiuto-sostegno e tutela-controllo (p. 262)

di ragazzi di giovane età: si è passati dal ritenere poco opportuno l'accesso diretto dei minorenni al SerD, ad un diffuso aumento della loro presenza e della realizzazione di percorsi di aiuto con essi. Parallelamente gli intervistati hanno assistito a un mutamento nella diffusione delle sostanze di utilizzo, specificamente rispetto ai giovani – in linea con le ultime rilevazioni nazionali (Relazione al Parlamento, 2021; 2022; 2023) tendenzialmente riferiscono che la maggior parte degli adolescenti incontrati al SerD presenta un significativo uso di cannabis, pur non mancando situazioni di utilizzo di altre sostanze quali eroina e cocaina, a fronte di periodi precedenti in cui l'accesso era in prevalenza per queste ultime sostanze.

Un dato interessante è legato all'abuso di alcol, che appare quasi assente nella narrazione degli intervistati: tale sostanza, infatti, è molto diffusa tra i giovani e i giovanissimi, secondo i dati nazionali. tuttavia questa sottorappresentazione appare leggibile alla luce dell'accettazione sociale dell'uso di alcol in contesti conviviali, soprattutto all'interno del contesto culturale territoriale.

Trasversalmente, nella percezione e nel riferito degli intervistati assistenti sociali, l'accesso ai SerD sembra avvenire molto raramente in modalità "spontanea", risultato, al contrario, frutto dell'invio da parte di altri servizi. Quelli principalmente citati sono la Neuropsichiatria Infantile (NPI) e l'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni (USSM) del Ministero della Giustizia. Meno citati sono i servizi sociali del Comune e i servizi di tutela minori. L'ampia presenza di *involuntary clients* (Trotter 2015; Trotter et al., 2020; Scarcelli 2022) tra i giovani in carico ai SerD pone delle implicazioni non indifferenti per la costruzione della relazione di aiuto tra professionisti – assistenti sociali in primis – e ragazzi, come riscontrato anche in letteratura (*ibidem*): trovarsi a creare una relazione in un contesto in cui la richiesta di aiuto non è spontanea e diretta comporta, infatti, attenzioni metodologiche e relazionali specifiche, approfondite in seguito.

Dalle interviste è stato possibile individuare tre principali tipologie di giovani che accedono ai SerD che, tanto per la ricerca scientifica, quanto per la pratica professionale nei Servizi, richiederebbero l'approfondimento in ulteriori ricerche al fine di individuare le eventuali specificità di percorso e aiuto. Il primo gruppo è individuato nei giovani che abbiamo denominato "*invischiati*", ovvero coloro che presentano significativi problemi di dipendenza, altre problematiche socio-familiari e legali. Il secondo gruppo è costituito dai cosiddetti "*sperimentatori*": giovani che consumano prevalentemente cannabinoidi (e alcol anche se citato meno), il cui accesso al SerD è legato sia a genitori preoccupati che all'invio da parte del servizio di neuropsichiatria infantile, o per aspetti penali con il coinvolgimento dell'USSM. Più residuale è il terzo gruppo definito degli "*occasionali*" ovvero i ragazzi che si rivolgono al SerD nell'ambito dell'invio da parte della Prefettura ai sensi degli articoli 75 e 121 DPR 390/1990 e che nelle poche interviste in cui si accenna ad essi vengono definiti ragazzi che si sono trovati in situazioni "più

grandi di loro", con piccoli incidenti di percorso, contingenti e prime esperienze di uso di sostanze.

Sono emerse significative riflessioni attinenti all'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze e al contesto dei SerD, l'adeguatezza di tale contesto ad accogliere e accompagnare ragazzi che fanno uso di sostanze in un percorso di cambiamento, nonché le accortezze, gli accorgimenti implementati nei differenti territori per l'accoglienza dei giovani. Il gruppo degli intervistati si divide tra coloro che ritengono che il SerD sia necessariamente il servizio in cui sostenere questi ragazzi, e coloro che invece ragionano sulla costruzione di servizi specifici per gli adolescenti, che possano accogliere le problematicità e i diversi bisogni connessi a questa fase della vita, non solo in relazione alle sostanze. Nonostante ciò, è ampiamente diffuso il pensiero, l'esigenza, ma anche l'opportunità, di ripensare al SerD in termini di ambiente maggiormente accogliente, meno ambulatoriale e sanitario, oltreché meno "etichettante" (Lamartora 2021; Zamagni et al., 2022; Antonini et al., 2023). Allo stato attuale, nonostante sia stata rilevata la presenza di questa "nuova" tipologia di utilizzatori di sostanze, i SerD coinvolti nella ricerca, nella maggioranza dei casi non hanno previsto specifiche modalità di accoglienza oppure si sono dedicati a predisporre giornate o fasce orarie dedicate all'accesso dei giovani e delle loro famiglie. Quest'ultima opzione viene motivata dalla necessità di momenti in cui il Servizio sia più tranquillo, con un afflusso minore di persone, in cui ci siano meno possibilità di contatto con persone con storie di vita molto pesanti, al fine di potersi dedicare serenamente ai colloqui con i giovani e le loro famiglie. A seguito dell'accesso appare altresì differenziata l'organizzazione dell'accoglienza in termini di operatori dedicati alla conoscenza iniziale del giovane e della sua famiglia. Vi sono sia servizi nei quali il professionista deputato all'accoglienza è individuato in maniera casuale tra medico, assistente sociale, educatore, infermiere, sulla base di quale professionista ha la disponibilità più ravvicinata nel tempo per l'appuntamento; altri in cui sono operate specifiche scelte in tal senso. In questi casi la scelta ricade sull'assistente sociale o sull'educatore, quali figure con competenze connesse alla conoscenza degli aspetti socio-familiari e presentazione del servizio, ad accoglienze congiunte tra assistente sociale e medico.

6.4.2 Il ruolo dell'assistente sociale: tra necessità di integrazione e mancato riconoscimento istituzionale

Dalla lettura dei risultati operata dal gruppo guida è emersa una riflessione che si intreccia tra le tre aree tematiche riscontrate: SerD e aspetti organizzativi, relazione di aiuto e prospettiva sociale di intervento nel lavoro con i ragazzi, ruolo e funzioni degli assistenti sociali nei SerD. Nonostante il mandato istituzionale, la normativa e la letteratura scientifica di settore riconoscano e sottolineino la fondamentale importanza della dimensione esistenziale e sociale nel processo di recovery nell'ambito delle dipendenze, l'impostazione dei SerD, perlomeno per quelli ove operano gli intervistati, tende ad avere una prioritaria ottica curativa, affidata ai professionisti di area clinico-medica, focalizzata sul voler "aggiustare" e/o "correggere" ciò che non va. Il ruolo e

la specificità del servizio sociale faticano ad emergere anche nelle singole prospettive degli intervistati, che spesso utilizzano termini di carattere medico-sanitario. Dal confronto nel gruppo guida si è riflettuto su quanto tale difficoltà possa essere influenzata da due principali aspetti: l'organizzazione e il contesto organizzativo in sé caratterizzato dalla "forza" e dal potere della cultura medica che tende a prevalere su altre visioni, e una "timidezza" professionale degli assistenti sociali. Tutti elementi che possono portare a contesti in cui l'ambito sociale e le competenze professionale degli assistenti sociali viene relegata, considerata secondaria (Palumbo e Dondi, 2012; Maturo, 2007).

La ricerca ha preso avvio dal riscontro di una sensazione di "non adeguatezza", "non necessaria", "non opportuna" presenza degli assistenti sociali nella relazione con gli adolescenti, anche a fronte di SerD in cui gli adolescenti entrano in relazione quasi esclusiva con professionisti di area psicologica. Si tratta di un aspetto riscontrato in differenti interviste, ciononostante è emerso altresì che gli assistenti sociali dispongono delle competenze metodologiche e relazionali per garantire l'accoglienza e la relazione con gli adolescenti nei SerD, seguirne e accompagnarne i percorsi di recovery, anche entro esperienze articolate e complesse che prevedono il coinvolgimento dei servizi di tutela minori e dell'Autorità Giudiziaria.

> *Cecilia: è la sindrome di Calimero. Non è che nelle altre professioni ci sia una formazione, una specializzazione specifica sull'adolescente. Mentre noi siamo lì a cercare il corso, il master sull'adolescenza.*
> *Erica: è bella questa cosa della sindrome di Calimero. È vero. È anche una questione di contesto e organizzazione, come diceva Roberto. I colleghi assistenti sociali che lavorano in tutela minori non necessariamente hanno fatto un master, corsi specifici. Ma è scontato che, come professionista sociale, hai le competenze per quelle che sono le tue aree di competenza. Invece in contesti differenti, come i SerD, nei contesti sanitari, incide tanto la cultura medica.*
> *Cecilia: il SerD si occupa certamente della cura medica per alcuni aspetti, dove c'è un consumo di eroina è necessario che ci sia un approccio medico, ma dopo quello ci sono tutta una serie di aspetti sociali, di dignità, di benessere di vita, di cui il SerD si occupa, e noi in particolare.*
>
> *Erica: è la differenza tra la cura e il prendersi cura che caratterizza da un lato i medici dall'altro noi assistenti sociali. Ed è un aspetto che è emerso tanto nelle interviste.*
> *Erica: mi viene da dire che ci sono anche delle criticità che emergono. Quando riusciamo a lavorare con i ragazzi, lavoriamo con il "setting della fantasia", ci mettiamo tanto di professionale, ci siamo nella relazione, ma dalle interviste viene tanto fuori che noi [assistenti sociali] non ci siamo poco nelle equipe, con la famiglia, con il ragazzo. Ci sono gli psicologi, altre figure. I contesti istituzionali non favoriscono la costruzione del setting di fantasia. Sottolineo invece che quando ci mettiamo in gioco, al di là della paura, emerge che abbiamo gli strumenti professionali.*
> *Cecilia: c'è questa ottica curativa dei servizi, non solo dei SerD, che prevale, nonostante si sappia che con le dipendenze non funziona – forse funziona per la frattura del femore – c'è sempre di più quest'ottica per come concepiamo la sanità ed è per questo forse che molti colleghi intervistati sottolineano la difficoltà di ricavarsi lo spazio. Ci sono ragazzi che hanno storie molto drammatiche, alcuni riescono a lavorarci, anche se è difficile. Ma in ogni caso, non è detto che se tu stai lavorando su alcuni aspetti della tua interiorità, non puoi contemporaneamente lavorare sul qui e ora, sulla costruzione del tuo futuro, di altri aspetti concreti della tua vita. Su come approcciare gli adolescenti è vero che emerge che è difficile come se ci dovesse essere un codice per interpretarli, ma non esiste quel codice. Tutta l'attenzione che è emersa dalle interviste a quello che circonda il ragazzo è un elemento professionale importante.*
> *Roberto: io direi oltre a ricavarsi lo spazio, riconoscersi uno spazio. Uno spazio che è il mondo fuori fatto di servizi, di ambienti, di mondo di vita. Non è facile, a volte è più comodo stare*

seduti dietro la scrivania e avere l'alibi di un'organizzazione che ti trattiene. Ma quello che emerge dalle interviste, secondo me, è la visione di uno spazio, che bisogna ricavarselo ma anche riconoscerselo, è uno spazio di tutti, ma forse di più questi ragazzi che questo spazio possono ancora viverselo, con potenzialità altre, e che non è quello del "reinserimento sociale" dobbiamo tenerlo in testa e un po' unito, questa visione globale, fatta di dove le persone vivono, ma anche di altri servizi, ed è un altro spazio, perché è uno spazio esterno al SerD.

Il gruppo guida ha riflettuto sulle difficoltà per gli operatori di area sociale di operare in contesti socio-sanitari, in cui vi è maggiore difficoltà al riconoscimento della professione: riconoscimento che appare difficile tanto all'esterno quanto all'interno.

Erica: dall'analisi che abbiamo fatto emerge il rischio che entro tali contesti si diventi "battitori liberi": cioè provare a portare avanti una modalità e un approccio professionale quando l'organizzazione e il pensiero comune vanno da un'altra parte. Si rischia che uno va da una parte e uno da tutt'altra parte, sembra Davide e Golia… il rischio è che l'intervento inizi e finisca solo con l'operatore con le sue forze… il rischio è quello che l'intervento diventi isolato. È un rischio che emerge… la sollecitazione, la riflessione che mi viene è: ok che si sottolinea l'importanza della persona, della relazione, della cura…però siamo inseriti in uno zoccolo duro culturale che è limitante. Ma possiamo con le osservazioni di questa ricerca dare voce a quello che viene fatto e si dia valorizzazione?
Cecilia: a me fa arrabbiare quando sento colleghi e colleghe dire "non ci riconoscono" ma il riconoscimento non deve venire solo da fuori, prima di tutto bisogna fare lo sforzo, agirlo nel quotidiano. Poi il riconoscimento viene anche di conseguenza. Sappiamo che la nostra professione è poco conosciuta, ma forse facciamo poco per farla conoscere di più
Roberto: è il gioco della timidezza, o di Calimero che si diceva prima.

A fronte di un senso di non pieno riconoscimento della professione, sia dall'esterno che dall'interno, in un contesto ad alta integrazione socio-sanitaria quale è il SerD, evidenziare specificità professionali, ruolo e funzioni degli assistenti sociali appare essere per il gruppo di ricerca un passo importante per favorire il ricavarsi di spazi di azione, relazione e intervento nei percorsi con gli adolescenti al SerD. Spazi che appaiono necessari e positivi tanto in termini di processo e risultati per i ragazzi che fruiscono dei SerD, tanto per il riconoscimento e la specificità della professione. Tale spazio "sociale", appare essere particolarmente importanti ai fini del percorso di recovery, apprezzati dai ragazzi, come sarà possibile approfondire in seguito, e timidamente implementati dagli assistenti sociali intervistati.

Con riferimento alle specificità di ruolo e funzione professionale degli assistenti sociali che nei SerD, è stata ampiamente messa in risalto, dagli intervistati, una prospettiva caratterizzata da uno "sguardo globale" che si interfaccia con le situazioni di vita, il malessere, le difficoltà entro un'ottica multifocale, considerando la persona inserita nel suo ambiente non identificandola come mera portatrice di un problema, bensì guardando alle risorse e ai punti di forza.

È stato dato, inoltre, ampio spazio da parte degli intervistati al tema del lavoro *di/in* rete. Alla luce delle varie e articolate accezioni e definizioni che si danno alla locuzione "lavoro di rete", si evidenzia come nel corso delle interviste gli assistenti sociali hanno diffusamente parlato del proprio ruolo in termini di garanti del lavoro di rete, case manager della rete, facilitatori del lavoro di rete. Nella maggior parte dei casi questo è inteso in termini di lavoro integrato tra servizi. Mentre in poche esperienze è inteso come un lavorare insieme alla persona e alla sua rete sociale

di riferimento con una finalità congiunta di recovery (Folgheraiter, 1998, 2007a). Anche rispetto al lavoro condiviso tra gli operatori, il ragazzo e la sua famiglia vi è una tendenza a separare e dividere piuttosto che a unire e condividere insieme a tutti i diretti interessati un percorso unitario. L'unione tra il percorso del ragazzo, l'eventuale percorso della famiglia, e il percorso che il ragazzo vive con eventuali altri servizi o con gli altri professionisti del SerD, infatti, avviene in prevalenza secondo modalità indirette e mediate tra i professionisti delle equipe. Come è stato possibile osservare appare più diffuso e realizzabile il lavoro con gli adolescenti, nonostante timori e preoccupazioni, complessità e criticità, piuttosto che il lavoro con le famiglie che appare essere meno concretizzabile nell'economia dei SerD e nelle difficoltà di accesso ad altri servizi più dedicati alla famiglia. Quindi, seppur vengano proposte prospettive teoriche che si riferiscono allo sguardo globale, sistemico, familiare, orientate alle dimensioni sociali e relazionali delle persone, emerge nella pratica effettiva la prevalenza di un lavoro individuale con il ragazzo (Munro e Allen, 2011).

> *Cecilia: questa separazione è più da psicologo, psicoterapeuta. Io capisco che lo psicoterapeuta non possa fare psicoterapia sia al ragazzo che alla sua famiglia, ma questa è un'impostazione di carattere clinico. Noi come assistenti sociali facciamo un altro tipo di lavoro, ma anche qui il rischio è che ci omologhiamo. Io quando sono arrivata al SerD non avevo problematizzato questa cosa, poi alcuni colleghi me l'hanno fatto notare e ho dovuto difendere questa posizione. Ad esempio nella tutela minori questo problema non si pone: loro vedono il ragazzo, vedono la famiglia, non ci sono queste separazioni, ma in un contesto sanitario è più difficile.*

Sempre in connessione al lavoro in rete un aspetto peculiare che si riscontra anche in letteratura (Ness et al., 2014) attiene la fondamentale importanza che i social workers operino come "ponti" tra i diversi servizi, rendendo meno frammentati possibili i percorsi e le esperienze. Si rileva dunque la significativa potenzialità del proporre modalità relazionali e operative orientate allo sviluppo della rete di supporto delle persone e della rete dei servizi che spesso - anche a causa di una timidezza professionale – faticano nel trasformarsi da "teoria a pratica", da prospettiva di pensiero ad azione.

Inoltre, è stata messa in evidenzia la tensione tra il ruolo di aiuto-sostegno e quello tutela-controllo che pone la questione degli *involuntary clients* e mette in risalto delle questioni relazionali a sostegno del processo di recovery. Il tema dell'interconnessione tra aiuto e controllo rappresenta un aspetto peculiare nella pratica di servizio sociale a fronte di situazioni in cui l'assistente sociale sente una tensione e ricerca un equilibrio tra le funzioni attribuitegli (Folgheraiter, 1998; 2016). Se da un lato aiuto e controllo/tutela sono intrinsecamente nelle esperienze di servizio sociale, dall'altro, tali dimensioni si rilevano in particolar modo quando gli assistenti sociali si trovano ad operare con funzioni di tutela minori e connesse all'area della giustizia – in senso ampio – e dunque nel lavoro con persone minorenni e con persone sottoposte a misure penali alternative (ad esempio nell'ambito della messa alla prova) nelle quali l'assistente sociale è concretamente ed esplicitamente chiamato a ricordare prescrizioni, regole previste dalla cornice di controllo, così come le conseguenze di eventuali trasgressioni. Ciò che è emerso chiaramente dalle interviste è

la continua attenzione a non esercitare il potere e il controllo in termini autoritari, inquisitori bensì a puntare ad un continuo coinvolgimento, condivisione e confronto con i giovani che fanno un percorso al SerD. È emersa una valenza educativa e positiva del controllo come stimolo di recovery, di crescita, responsabilizzazione e in cui continuare una relazione di trasparenza e chiarezza con i ragazzi (Folgheraiter, 2016; Duke et al., 2021). Tutela e controllo rappresentano infatti funzioni e forme di aiuto: come emerso, spesso nelle esperienze, le forme di contenimento frutto di provvedimenti dell'autorità giudiziaria rappresentano dei "confini" e delle occasioni di consapevolezza e crescita a fronte di comportamenti che rappresentano un alto rischio per i ragazzi. Come evidenziano i co-ricercatori alla lettura dei risultati, costruire una relazione di fiducia entro una dimensione che vede l'aiuto insieme al controllo rappresenta certamente una difficoltà maggiore a fronte delle già evidenziate difficoltà di instaurare la relazione con gli adolescenti. Tale difficoltà diviene maggiore nelle esperienze dei SerD in cui il coinvolgimento dell'assistente sociale non è previsto sin dai primi accessi al servizio ma avviene secondariamente quando subentra la cornice giudiziaria. Ancora, dalle interviste emerge chiaramente quanto la dimensione del controllo in tale contesto sia legata in modo prevalente a un lavoro di costruzione, relazione, responsabilità. Non implica atteggiamenti giudicanti o repressivi rispetto ai comportamenti legati all'uso della sostanza, ma porta a favorire la prosecuzione dei percorsi degli adolescenti nei servizi per le dipendenze, il confronto su aspetti mediabili e quelli invece non oggetto di mediazione favorendo la costruzione di una relazione professionale guidata da trasparenza e chiarezza di confini, ruoli e mandati. Offrire e proporre chiarezza, trasparenza e condivisione di scelte entro la cornice data. Questo nelle esperienze degli intervistati è osservabile nella scelta delle attività di recovery, socializzazione preferite dai ragazzi o nella condivisione delle scelte rispetto alla comunità più adatta al ragazzo. Il gruppo guida ha dunque evidenziato la difficoltà maggiore che si crea nei SerD in cui il coinvolgimento dell'assistente sociale nel percorso dei ragazzi con il servizio avviene secondariamente, proprio solo a seguito del sopraggiungere di un decreto dell'Autorità Giudiziaria.

> *Cecilia: ad esempio, se bisogna inserire un minore in comunità, e devi perché c'è un decreto, puoi comunque condividere un pezzo con lui, il tipo di comunità, l'area territoriale. Perché prenderlo e metterlo a San Patrignano – ad esempio – così diretto, non è più controllo e rispondere a un mandato, ma esercitare violenza.*
> *Erica: condivido. E questo è importante per costruire una relazione di fiducia. C'è da dire, però, che costruire una relazione di aiuto dove c'è una dimensione di controllo esplicita, non è cosa da poco. Se sei all'interno di un percorso con i ragazzi di recovery, dove però ci sono contorni e cornici giuridiche dettate da altri, in cui non siamo noi a decidere le prescrizioni ma ci troviamo a doverle mettere in pratica. Riuscire a creare la dimensione di fiducia, in quell'età, a fronte di una dimensione di controllo non è affatto una cosa scontata. Questo è un rischio e un problema che si ha soprattutto dove, come emerso, come assistenti sociali veniamo coinvolti nel percorso dei ragazzi al SerD solo quando arriva il decreto.*
> *Cecilia: questo è un aspetto su cui io ho dibattuto tanto. Perché viene coinvolta l'assistente sociale, e questo anche nella mia esperienza, solo quando "succede qualcosa", quando sorgono problemi e allora chiamano l'assistente sociale. Sembra come "combini il guaio e arriva il lupo cattivo" [l'AS]. Ma questo per noi implica il quadruplo della fatica per entrare in relazione con la persona.*

6.4.3 La relazione con gli adolescenti e la paura di non essere all'altezza

In riferimento alla relazione di aiuto che gli assistenti sociali costruiscono con i giovani molti intervistati riportano una sensazione di preoccupazione legata al non sentirsi sufficientemente preparati per relazionarsi e lavorare con gli adolescenti, aspetto largamente diffuso nella letteratura scientifica internazionale e che, anche nel contesto della presente ricerca, viene a intrecciarsi con aspetti connessi alla percezione di gap nella formazione professionale (Kearney et al., 2000; McCarthy e Galvani 2010; Galvani e Forrester, 2011). Nonostante questa sensazione iniziale, molti riportano come nella realtà quotidiana, la relazione con i giovani e il lavoro con essi porti a esperienze stimolanti, arricchenti in cui è possibile mettersi maggiormente in gioco come professionisti.

> *Mi viene in mente l'immagine di una danza, nel senso che in qualche modo io credo di essere una danzatrice: si muove l'adolescente mi devo muovere anch'io. Il mio ruolo non è fermo, granitico, non è rigido a imporre alcune cose. Ma a seconda di che cosa portano loro io mi adatto a cercare di trovare delle soluzioni o comunque cercare di avere una relazione che sia efficace e di aiuto, in base al loro andamento, alle volte altalenante. Quindi mi immagino una danza nel senso che alle difficoltà e a quello che loro portano io rispondo un po' cercando di accompagnarli verso un progetto che sia diverso, di salute e di aiuto. (Int15-F-17)*

Per quanto riguarda i ragazzi con i quali entrano in relazione, gli intervistati propongono differenti elementi riferendosi ai temi della "sofferenza" e del "malessere" che li accompagna, cui si collega la noia, l'assenza di progettualità future e di interessi, con senso di insicurezza e inadeguatezza ed esperienze fallimentari nel contesto scolastico. Tutti questi elementi hanno portato gli intervistati a ritenere maggiormente complesso, anche rispetto al passato, il lavoro con gli adolescenti, tale da richiedere percorsi più ampi, articolati e integrando differenti servizi; una complessità che nonostante tutto è vissuta dagli intervistati e affrontata con un maggiore mettersi in gioco (Topor, 2021)

> *Se devo pensare al lavoro con gli adolescenti penso a tutta questa complessità e tutto questo caos, che alle volte fa perdere la testa anche agli operatori (Int25-M-31)*

> *Ogni volta che vedo un'adolescente varcare quella soglia io mi sento che cammino sulle uova. A volte dici quella mezza parola che ti incasina, altre volte becchi quella mezza parola che invece può avere un altro significato (Int1-F-3*

> *Quando penso agli adolescenti mi viene in mente l'immagine di un melograno, nel senso che i melograni hanno una scorza molto dura fuori, però poi dentro sono morbidi e succosi e per poter aprire il melograno ci vuole un po' di fatica. (Int22-F-2)*

Si ritiene importante infine evidenziare che, nonostante gli elementi di criticità utilizzati per descrivere i giovani, non sono mancati riferimenti agli adolescenti che fanno uso di sostanze e accedono ai SerD come ricchi di risorse da valorizzare e stimolare, pronti a "decollare" (Cruce et al., 2012; Sælør et al., 2015). Lavorare con i ragazzi porta a respirare un clima di fiducia verso il futuro, verso il cambiamento: si riconosce l'inizio di una storia che potrebbe avere "un lieto fine". La speranza emerge come elemento energetico che porta a investire nella relazione e nel percorso.

Mi è venuta in mente una mongolfiera: perché in qualche modo mi piacerebbe che questi ragazzi riuscissero a mollare le zavorre, i sacchi di sabbia che sono accanto al cesto, per andare su (Int18-F-13)

L'immagine che ho in mente quando penso a queste situazioni è quella di un'aquila che prende il volo... Vorrei potesse essere così. (Int2-F-7)

Entrando nel cuore dell'oggetto della ricerca, per quel che concerne gli aspetti della relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti nel SerD e come costruirla, favorirla sono emersi elementi relazionali tipicamente caratterizzanti il Servizio Sociale e il Lavoro Sociale più ampiamente inteso (Folgheraiter, 1998; 2007; Paylor et al., 2012; Galvani, 2017). In via preponderante si trova: accoglienza e atteggiamento non giudicante (Denhov e Topor, 2012; Heskell et al., 2016), congiuntamente all'importanza dell'ascolto e del mostrarsi con autenticità e interesse alla persona (Chaim e Shenfeld, 2014; Topor et al., 2021;); "dare e darsi tempo", "non forzare", "esserci"; la costruzione del setting e degli spazi della relazione di aiuto; responsabilizzare e confrontarsi con le norme; stili di comunicazione.

Nonostante possibili, soprattutto inizialmente, atteggiamenti di chiusura dei ragazzi, imputabili anche all'accesso non volontario al Servizio, accoglierli con un atteggiamento di autentico interesse nei loro confronti e non giudicante, cercando di esplorare e conoscere il loro mondo e la loro prospettiva appare essere una modalità proficua di creazione della relazione (Galvani, 2012; McMullin, 2018; Topor et al., 2021). Dialogo e relazione appaiono essere stimolati, in alcune esperienze, da modalità comunicative e strumenti più informali e creativi: avvalendosi di testi di canzoni, storie, testi scritti, disegni. In molte esperienze degli intervistati, l'uso di sostanze non rappresenta il tema da cui partire, così come smettere tale uso non viene indicato come obiettivo primario e a breve termine (Toumborou et al., 2007; Maynard, Picroft e Spiers, 2021). Si ritiene interessante la dimensione tempo emersa sia in relazione al "tempo dei ragazzi" che al "tempo dei professionisti". Un tempo che, nonostante le spinte ad accelerare, intervenire, fornire soluzioni immediate, va fatto rallentare, potendosi dedicare alla conoscenza e alla riflessione, per far ambientare e orientare i ragazzi. Tale aspetto porta con sé, alla luce della lettura e dell'esperienza dei co-ricercatori, una notevole difficoltà anche per i rischi percepiti e presenti connessi alla minore età e all'uso di sostanze: elementi che spesso portano a sentire un senso di urgenza e celerità di intervento, centrato sul fare, connesso a un senso di maggiore responsabilità, che rischia di far perdere gli spazi di creazione di una relazione di fiducia, pensiero, riflessione e condivisione (Selseng, 2015; Selseng e Ulvik 2018).

Le prospettive degli intervistati rispetto al coinvolgimento e la partecipazione degli adolescenti sono certamente declinabili entro il profilo dell'*operational engagement* richiamato da Smith e colleghi (2012) e dunque attinenti alla relazione e alle interazioni tra professionisti e ragazzi. Sono emersi stili e approcci differenti, di coinvolgimento e adesione degli adolescenti secondo modalità più o meno formali e con strategie diversificate che partono dalla necessaria constatazione, proposta dagli intervistati, di non poter far nulla in assenza della partecipazione e volontà del

ragazzo. Tale aspetto viene declinato secondo modalità che possono essere messe lungo un continuum che va da proposte formali a modalità più sostanziali di partecipazione e coinvolgimento. Nonostante non sempre le risposte vadano nella direzione di un significato pieno e profondo di partecipazione e verso azioni professionali approfonditamente orientate in tal senso, uscendo completamente da una logica top-down per entrare in una dinamica relazionale paritaria (Beresford, 1994; Warren, 2007; Folgheraiter 2007: 2011), i risultati appaiono essere coerenti con il framework teorico del *Relational Social Work* il quale presenta tra gli assunti fondanti il riconoscimento dell'impossibilità di un aiuto fornito unilateralmente dall'operatore sociale: per il percorso di recovery, cambiamento e aiuto è necessaria e fondamentale una piena e attiva partecipazione della persona interessata (Folgheraiter, 1998; 2007;2011).

Altra tematica è connessa alle prospettive, ai significati e alle differenti esperienze e percorsi di recovery, di aiuto e cambiamento stimolati e avviati dai servizi, approfonditi attraverso interventi e progetti implementati nei contesti di afferenza degli assistenti sociali intervistati. Dai risultati emersi e dal commento condiviso dal gruppo di ricerca si sottolinea la peculiarità dell'esperienza di "riabilitazione" degli adolescenti nei SerD. Si rileva una prospettiva sociale-esistenziale ed esperienziale, focalizzata sull'autorealizzazione dell'adolescente in contesti, attività ed esperienze orientate a uno stile di vita differente rispetto a quello caratterizzato dall'uso di sostanze, volto al benessere e all'individuazione di spazi di soddisfazione e realizzazione di sé (Buchanan, 2004; Gagne et al., 2007; Pasqualotto et al., 2013; 2016). A partire da ciò vengono riportati progetti e contesti in cui si investe sulla formazione, sullo sport, sulle attività del tempo libero, sulla valorizzazione e implementazione delle risorse e delle capacità che i ragazzi hanno e che faticano a riconoscersi. Appare centrale quindi l'attivazione di azioni orientate ai contesti di vita, alle aree di socialità e relazionalità connotate dalla condivisione di esperienze, passioni, interessi volti alla costruzione del futuro dei ragazzi. A questo si ricollega l'idea di SerD – presente in alcune rare realtà tra quelle intercettate dalla ricerca – in cui si superi il contesto primariamente sanitario e ambulatoriale e ci si apra a proposte più a carattere socio-educativo, orientate al mondo esterno.

Da ultimo, con riferimento all'area delle famiglie, dei genitori più nello specifico, e del loro coinvolgimento e partecipazione al percorso di recovery emerge una prevalente focalizzazione e centratura dei percorsi in termini individuali sui ragazzi e meno secondo un approccio familiare o di rete. A fronte di una normativa dei SerD che prevede il coinvolgimento delle famiglie e l'adozione un approccio sociale nel quale si propende a un lavoro integrato, di rete, familiare, così come da numerose indicazioni da parte di autorità internazionali (OMS; NIDA, 2013) e provenienti dalla letteratura di Social Work (Munro e Allen, 2011; Galvani, 2012; 2017; Cassidy e Poon, 2019; Folgheraiter, 1998; 2004) i risultati mostrano la tendenza prevalente nei SerD oggetto dello studio a separare e diversificare percorsi e operatori di riferimento del ragazzo e quelli della famiglia, nonché significative difficoltà di collaborazione e partecipazione delle famiglie che paiono essere riconducibili sia alle scelte organizzative dei servizi e alla carenza di

personale, sia alle riferite indisponibilità di mettersi in gioco da parte delle famiglie. I risultati rispetto questo tema portano a evidenziare dunque una propensione, anche da parte dei professionisti del sociale, a un lavoro di tipo individuale e meno familiare come criticamente rilevato nella revisione di Cassidy e Poon (2019). Non mancano, tuttavia, prospettive di alcuni intervistati che riferiscono di essere contrari a una netta separazione dei percorsi e delle prese in carico, e che sottolinea l'importanza, in qualità di assistenti sociali, di lavorare congiuntamente con il ragazzo e la sua famiglia (Munro e Allen, 2011), nonché il loro impegno in tal senso.

Capitolo settimo
I risultati delle interviste ai giovani ex service users
Storie, prospettive, esperienze

Questo capitolo presenta i risultati emersi dall'analisi tematica realizzata sulle trascrizioni dei racconti di 7 giovani adulti che durante l'adolescenza hanno vissuto un percorso e un'esperienza con il SerD connessa alla propria dipendenza da sostanze. L'obiettivo che ha guidato tale rilevazione consisteva nell'esplorare e raccogliere esperienze e vissuti, prospettive e punti di vista, indicazioni di giovani adulti ex service users, che in adolescenza hanno vissuto e realizzato un'esperienza di recovery presso i SerD e sperimentato la relazione di aiuto con l'assistente sociale. I temi emersi, sebbene intrecciati e articolati tra loro, sono stati organizzati in sei contenitori tematici: a. la storia della dipendenza, dall'inizio di uso di sostanze al "punto di svolta"; b. il SerD nella prospettiva dei ragazzi; c. il percorso di aiuto con il SerD – a sua volta articolato in percorso ambulatoriale e comunitario; d. la relazione di aiuto con l'assistente sociale e altri operatori significativi; recovery e cambiamenti e infine, f. indicazioni e suggerimenti per i SerD e gli operatori frutto delle esperienze dei giovani. In conclusione del capitolo vengono commentati alcuni punti salienti e tematiche rilevanti alla luce della letteratura scientifica di riferimento.

7.1 La storia della dipendenza: dall'inizio di uso di sostanze al "punto di svolta"

A partire dallo stimolo iniziale di richiesta di racconto della propria storia ed esperienza con l'uso di sostanze e il conseguente percorso nei SerD tutti gli intervistati hanno proposto un racconto della propria biografia circoscritta a tale tema. I racconti hanno preso avvio con la ricostruzione delle prime esperienze di consumo per poi proseguire con la quotidianità di vita una volta insediata la dipendenza, giungendo in seguito a raccontare e ricostruire i problemi e le conseguenze negative generate dai propri comportamenti di assunzione. Tutti gli intervistati identificano, in seguito, un evento, un episodio, un momento della propria vita vissuto come "punto di svolta", occasione di riflessività sul proprio stile di vita che ha rappresentato l'input per impegnarsi in un reale percorso di cambiamento.

7.1.1 Le prime esperienze di uso di sostanze

Tutti gli intervistati hanno raccontato del loro primo approccio alle sostanze – incluse sigarette e alcol – avvenuto in giovanissima età, per tutti loro i primi consumi sono avvenuti tra i 13 e i 14 anni.

Io ho avuto un approccio con le sostanze stupefacenti già da un'età che ero molto piccola, insomma, perché ovviamente la mia prima esperienza è stata con i cannabinoidi all'età di 13 anni. (A-F-13-eroina)

quando ho cominciato ad avere 12/13 anni che si comincia ad andare alle prime sagre di paese e le prime esperienze, non con la droga ma con l'alcol, sono cominciati i grappini. Lì cominciavamo ad avere i primi annebbiamenti diciamo della realtà: il fascino dello sballo, uscire la sera con gli amici, lo sballo. Nella compagnia di amici si creava una sorta di agonismo: cioè, chi si sballa di più, per risaltare, per avere una storia più interessante da raccontare, era una sorta di gara (M-M-13-eroina-cocaina)

io ho iniziato con l'uso di sostanze molto giovane, ho iniziato a 13/14 anni con i cannabinoidi e subito a 16 anni ero già con l'eroina e la cocaina (S-M-13eroinacocaina)

avevo 13 anni quando ho iniziato, sigarette e psicofarmaci. Mia madre prendeva l'en alla sera e io un giorno ho preso sto en, 60 gocce la prima volta, sono collassata a letto (M-F-13-psicofarmacieroina)

La mia storia con le sostanze è iniziata con l'erba che avevo circa 14 anni mi sembra, l'ha ho iniziato proprio, ma prima avevo iniziato a bere e anche a fumare, preferivo bere, che poi ho iniziato a drogarmi proprio con l'erba tutti i giorni è stato con i miei 15 anni in su. Poi ho introdotto anche altro (S-F-14-cannabis)

Allora io ero partito che ero alle medie, quindi ero piccolissimo: la prima cannetta che ho fumato avevo 13 anni ho fatto qualche tiretto e da lì ho cominciato a fumare all'età di 13 14 fumavo, a 14 fumavo da solo anche (A-M-4-ketamina)

*L'alcol comunque, anche da bambino, lo bevevamo e anche le sigarette le fumavamo [*in Brasile, prima dell'adozione*] in seconda media ho iniziato a fumare le canne; però io non sapevo cos'erano ancora le canne, la marijuana, non sapevo, non sapevo niente, non sapevo cos'era la droga, manco sapevo che esistesse (L-M-13- cannabis-cocaina)*

Alcuni riportano proprio l'episodio di primo consumo, ricordando come questo è avvenuto, tra contesti familiari e contesti amicali.

Ho questo mio cugino che ha più o meno la mia età, che già lui usciva con una compagnia di ragazzi più grandi. Noi siamo cresciuti insieme abbiamo sempre fatto tutto insieme e lui mi racconta che comincia a uscire con questi ragazzi, che loro fumano queste canne e a me è venuta la curiosità. Gli ho chiesto di farmela provare, me l'ha fatta provare, ma all'epoca non fumavo nemmeno ancora sigarette, neanche gli alcolici, cioè proprio sono andata diretta purtroppo diretta lì [cannabis] (A-F-13-eroina)

un episodio che credo sia stato proprio l'inizio, che ho iniziato a bere è stato il giorno del mio compleanno, avrò avuto sì e no 14/13 anni e mio papà era in ritardo e siccome lui era in ritardo noi dovevamo fare le cose di fretta. Io in quel momento non mi ricordo cosa stavo facendo comunque qualcosa per scuola con il computer e lui me l'ha staccato di prepotenza e io gli ho fatto notare "sì, ma è inutile che tu vieni a dire a me che io tratto male le cose, se poi tu fai così con il computer, e a rovinarlo ancora di più". E lì non ci ha più visto, mi ha letteralmente preso per il collo, mi ha alzato in piedi, cioè io non toccavo più terra e da lì mi ha saccagnato di pugni... però io come posso far finta di niente a una roba genere… (S-F-14-cannabis)

ero con un ragazzo che era in terza media e niente ci siamo conosciuti perché andavamo sempre dietro a sta casetta nel campo perché la scuola è praticamente un mega villone in mezzo a dei campi e ogni volta tutti andavano lì a fumare le sigarette. Un giorno si stavano facendo una canna e io ho sentito questo odore che era molto, come dire, speziato, molto forte. Allora l'ho presa e mi fa "cosa vuoi, cosa vuoi?" e io gli ho detto "Cioè cos'è quella … una sigaretta?" "No, è una canna" … "ma cos'è una canna?" e mi fa "Eh marijuana vieni qua fai un tiro" e dopo lì ho fatto un tiro, dopo due, dopo tre, dopo quattro e dopo ho iniziato a ridere. Da lì ho iniziato a fumare (L-M-13- cannabis-cocaina)

Pur nella peculiarità e unicità di ciascuna storia delle persone intervistate, nei racconti circa la propria esperienza di avvicinamento, contatto e inizio di uso di sostanze stupefacenti è stato possibile riscontrare elementi di similarità. In quasi tutte le storie rilevate il consumo ha preso

avvio in compagnia di altri, del "gruppo dei pari", mentre in un solo caso, caratterizzato in particolar modo dal consumo di psicofarmaci e da un profondo malessere esistenziale sin dall'infanzia emerge un primo avvicinamento in solitaria. Anche in questo unico caso, però, il consumo prende subito dopo piede all'interno di compagnie amicali. La presenza e il ruolo esercitato dal gruppo dei pari con il quale vengono realizzate le prime esperienze di consumo di sostanze appare particolarmente rilevante e si caratterizza spesso per essere un gruppo dei pari composto da ragazzi di età più grande e che già fanno uso di sostanze, un gruppo dunque che rappresenta il contest di iniziazione dei più piccoli.

> *Avevo questa compagnia di amici più grandi che fumano già e quindi…io ero il ragazzino, mi facevano fare ed ero anche io stesso che chiedevo comunque… non è che mi obbligassero a fumare, ero io. Ho fatto qualche tiretto e da lì ho cominciato a fumare… a 14 fumavo da solo anche (A-M-14-ketamina-cocaina)*

> *Uscivo con una compagnia di ragazzi più grandi, sono una ragazza molto alta e anche come maturità sembravo tanto più grande quindi con i miei coetanei non riuscivo a stare, mi annoiavano parecchio (A-F-13-eroina)*

> *Avevo iniziato in compagnia, andavamo in giro per il centro. Tendenzialmente coetanei ma anche con gente tanto più grande di me, tanto intendo che loro avevano anche 40 anni (S-F-14-cannabis)*

Il gruppo degli amici è descritto anche come l'ambiente in cui dai primi timidi tentativi e consumi si "alza il tiro" e in cui si passa dalle prime sperimentazioni a un uso quotidiano e continuativo. Feste, uscite e ricerca del divertimento rappresentano uno dei principali contesti di primi consumi di sostanze, sperimentando anche droghe differenti.

> *Frequentando persone più vecchie di me, per stare al passo con loro, dovevo avere anche una risorsa finanziaria per poter permettermi di uscire, per permettermi quella vita…. […] L'alcol c'è sempre stato, è sempre stato presente perché è stato presente. Solo che magari c'era quel sabato sera che si esagerava con l'alcol, si era con la compagnia giusta allora magari si prendeva anche un grammo facciamo quattro righe per continuare la serata diversamente. (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *Usavamo in giro per le feste (S-F-14-cannabis)*

> *Alle mie prime feste techno K, cose un po' spinte, dove comunque c'è l'uso, il 90% delle persone usano droga lì (A-M-14-ketamina-cocaina)*

> *Droghe sintetiche […] facevo uso anche di altre droghe, andavo a ballare facevo un po' di festa (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Sai, il fine settimana, così, il sabato sera, sei tutti in compagnia, giri una canna, fai 2 o 3 tipi, comunque ancora una cosa presa come gioco (A-F-13-eroina)*

7.1.2 Dal consumo alla dipendenza

A partire dalle prime esperienze di consumo di sostanze emerge la presenza di comportamenti di assunzione orientati al policonsumo, infatti, tutti gli intervistati riportano esperienze di sperimentazione e uso di più di una sostanza, talvolta relegate a specifici contesti o funzioni, talvolta in modo più generalizzato. Ciononostante, essi identificano e nominano la "propria" sostanza di dipendenza.

Sapevo che quella [l'eroina] era la mia sostanza, perché tendenzialmente un tossico ha la sua sostanza prediletta e ho capito che era quella (M-F-14-psicofarmaci-eroina).

Nell'estate della terza media, con le sagre ho cominciato con l'alcol, i primi grappini […] non so per quale motivo un giorno ho deciso di fumare la prima sigaretta […] sempre quell'estate tra la terza media e la prima superiore ho provato i primi tiri di spinello. [in prima superiore] avevo già provato anche le prime pastiglie […] (M-M-13-eroina-cocaina)

Alla prima festa che ho fatto, avevo 14 anni, ho preso una pastiglia… ho fatto anche qualche riga di speed, una droga tipo la ketamina che ti dà dentro, ti tiene attivo. Ho provato l'MD, MDMA, la cocaina…la cocaina l'ho assaggiata a 16 e mezzo, 17, prima mi ha sempre fatto paura. Poi l'ho usata fino a vent'anni. Bevevo qualche, qualche drink però non è che avevo la passione dell'alcol, avevo la passione delle canne… (A-M-14-ketamina-cocaina)

Oltre a eroina e cocaina io facevo uso anche di altre droghe, andavo a ballare, facevo un po' di festa… tutte e droghe sintetiche: ketamina, MD, LSD. (S-M-13eroinacocaina)

Sigarette e gli psicofarmaci […] poi ho fumato la prima volta una canna ed è stato uno svarione […] poi prendevamo un sacco di roba, ossicodone […] ogni tanto si prendeva qualche pasticca di MD. Magari prima erano psicofarmaci blandi, poi diventa ossicodone, morfina, poi siamo passati alla cocaina – a me però faceva cagare e poi volevamo prendere LSD ma abbiamo preso l'eroina…. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

Ho introdotto tutto, tutto a parte l'eroina. Letteralmente tutto a parte l'eroina (S-F-14-cannabis)

Un aspetto interessante che emerge e che si presenta in modo differente nelle esperienze rilevate attiene alla propria reazione a seguito dei primi consumi. Se qualcuno sottolinea come inizialmente non provava alcun tipo di piacere e "l'insegnamento" da parte degli amici rispetto al come consumare e al cosa sentire, altri evidenziano un piacere immediato difficilmente paragonabile ad altre esperienze avute.

Quando ho iniziato a fumare le sigarette non ero capace a fumare: non è che fumavo, invece di respirare il fumo lo deglutivo, ho fatto una settimana di mal di stomaco. Dopo una settimana che fumavo in maniera sbagliata questo mio amico mi ha insegnato e da lì sono stato bene a fumare […]. [le prime volte che ha fumato eroina] A dire la verità subito non mi piaceva, perché tra il vomito… non era un effetto piacevole, cioè, era piacevole però avevo anche il vomito, quindi non so (M-M-13-eroina-cocaina).

Io mi ricordo benissimo la prima volta che ho preso l'eroina che io ho pensato, è stato il mio primo pensiero quando è salita la botta, ho detto "questa è la sensazione più bella che io abbia mai provato" (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

Inizialmente tali comportamenti di assunzione non sono ritenuti pericolosi, problematici, definibili dipendenza, anche a fronte dello "stereotipo del tossico", poi si riconosce di essere cambiati.

per me…nel senso dicevo, ma che differenza c'è fra me e una persona magari che va al bar e si ubriaca e si diverte con gli amici? Nessuna, dicevo "uso solo un'altra cosa" quindi io ero convinta di questo e sono andata avanti per un sacco di tempo. Io dicevo il drogato è colui che fa solo quello, è emarginato dalla società. Io invece ero perfettamente inserita nella società, cioè io ho capito dopo che era un problema (A-F-13-eroina)

ormai la mia vita era una bugia, ormai quando tu fai quella vita lì sei pieno di bugie, sei pieno di falsità, cerchi sempre di non dire la verità […] la vita personale tua è tutta una bugia, ma anche nella tua vita del lavoro, quel lavoretto lì che fai è una bugia. Dopo inizi a mentire a tutti e dopo, anche quando sei insieme agli altri, non racconti mai la verità, non dici mai chi sei veramente. (L-M-13- cannabis-cocaina)

Dalla prima esperienza di uso di sostanze, dalle sperimentazioni, al "degenerare" della situazione: gli intervistati propongono nel loro racconto episodi e momenti nei quali riportano di essere passati da un consumo ritenuto non problematico, alla dipendenza.

> *Poi la situazione è degenerata perché comunque verso i 15 anni ho cominciato a usare anche sostanze più pesanti come la cocaina e poi a 16 anni ho conosciuto la mia più grande rovina, che è stata l'eroina, solo che all'epoca era un consumo più che altro del fine settimana; quindi, il problema non era ancora così grande […] poi sono arrivata all'uso di cocaina e eroina per via endovenosa. E lì è stato proprio, come si può dire, la fine, insomma lì le cose sono peggiorate sempre di più (A-F-13-eroina)*

> *un anno, due anni a fumare solo canne e io mi sono trovato dai 14 subito ai 16 a provarla in vena e dai 16 ai 18 sono passati proprio velocissimi. Non mi sono proprio reso conto del tempo che era passato della mia dipendenza. […] Ero sempre in strada e la testa mi portava solo a drogarmi. […] si inizia a sentire l'astinenza, tutti i giorni sempre la solita storia, da là ho iniziato anche un po' a delinquere a fare dei furti. (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *La mattina mi svegliavo già con il pensiero, non veder l'ora di sballarsi la sera in compagnia… dopo è diventata una cosa quasi solitaria, il grammo me lo facevo da solo…(M-M-13-eroina-cocaina-cocaina).*

> *Da quando ho provato l'eroina, nell'arco di una settimana o due ero arrivata a farmi cinque dosi al giorno e la cosa era abbastanza preoccupante (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

Questo passaggio dal consumo alla dipendenza si evince dal fatto che tutto inizia a ruotare unicamente attorno alla sostanza, con pensieri e azioni dedicate al cercare modalità e strategie per reperirla. Da un lato molti intervistati riferiscono di aver avuto sempre accesso alle sostanze per i soldi/paghette settimanali forniti dai genitori, dall'altro riportano strategie e modalità per poter avere sempre sostanza a disposizione. In un caso l'intervistato ha iniziato a fare dei lavoretti in concomitanza con la prima superiore. In due situazioni gli intervistati hanno effettivamente avviato un'attività di spaccio per la volontà di non utilizzare i soldi dei genitori.

> *I miei mi hanno sempre dato i soldi, poi quando hanno scoperto che mi facevo le canne non mi hanno dato più neanche un euro, però io rubavo a manetta, tantissimo. Rubavo a casa, da mia madre, da mio padre, mia nonna e negavo sempre. Dovevo arrangiarmi in qualche modo. Però non me ne fregava niente, perché io dovevo soddisfare il mio bisogno lì, in quell'attimo. Quindi lì potevano darmi anche dieci euro, l'importante era che mi davano dei soldi (M-F-14psicofarmacieroina)*

> *Ho cominciato a lavorare, a incassare i primi soldi e lì io davo molti soldi in casa di quelli che prendevo, quelli che mi tenevo li spendevo tutti lì [nelle droghe] e non mi bastavano; quindi, cercavo sempre un modo per tenermene di più…cercavo di arrotondare così, magari acquistando un po' di più di fumo e dopo magari lo rivedevo e così la mia parte mi saltava fuori gratis. Con l'eroina usavo i miei soldi perché non sono mai stato in grado, ho provato a venderla ma non sono mai stato in grado … perché quando ce l'avevo diventavo ingordo (M-M-13-eroina-cocaina).*

> *Ho iniziato a delinquere, a fare dei furti. Infine ti porta a quello perché io si lavoravo, facevo dei lavori in nero, ma come mi arrivavano i soldi io li spendevo tutti subito lì (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Avevo iniziato anche a darla via la marijuana e agli amici più grandi di me gliela vendendo. Mi andava bene perché mia mamma non è che viene da una famiglia benestante e io non volevo chiedere a mia mamma i soldi (A-M-14ketamina)*

> *Il primo mese non mi faceva pagare a un certo punto fa "guarda, devi iniziare a pagare, io non te ne do più a gratis" allora gli ho dato dieci euro dopo gli ho dato venti euro, però il punto è che quei soldi venivano dalla tasca dei miei genitori, non venivano dalla tasca mia,*

[…] allora lì ho iniziato a venderla, piano piano ho iniziato a spacciare a scuola […] dopo mi son stufato di spacciare per lui perché mi dava solo grammi e non mi dava soldi e a me vedere tutti quei soldi in mano dopo un po' ha iniziato a farmi gola. Sono diventato abbastanza ricco, perché per la mia età avere tutti quei soldi lì. Comunque alle superiori ho iniziato a beccare gente più grossa, a beccare gente, comunque ragazzi più grandi che volevano di più… Erba, fumo… altra roba no, ho sempre questa mia concezione, non ho mai spacciato cocaina (L-M-13- cannabis-cocaina)

Per molti degli intervistati il passaggio a un consumo quotidiano e alla dipendenza dalle sostanze risulta essere connesso e intrecciato con l'interruzione e l'abbandono del percorso scolastico, anche a seguito di problematiche a scuola ed espulsioni a seguito dei comportamenti da loro messi in atto.

in prima superiore mi sono trovato ad essere tipo il figo si può dire della mia classe perché ero l'unico che faceva ste cose, quindi le facevo anche un po' per farmi vedere dagli altri …a scuola ho cominciato andare male perché non avevo in mente di studiare, avevo in mente solo il mio egocentrismo, finché mi hanno espulso, in prima superiore. Il giorno dopo l'espulsione mia mamma mi aveva già trovato un lavoro. Mi hanno espulso perché a scuola avevo un comportamento scorretto. Prendevo note tutti i giorni, non facevo praticamente niente di attività scolastica. Cioè, io andavo a scuola, facevo il cazzone e poi tornavo a casa e i miei pomeriggi erano andare a svagarmi (M-M-13-eroina-cocaina)

ho provato a fare le superiori, ma non le ho finite, ho mollato che mancavano tre mesi a finire il terzo anno (S-M-13-eroina-cocaina)

Andare a scuola era un inferno, non tanto per la scuola in sé, ma più che altro perché stando così male…poi i miei voti avevano iniziato ad arrivare a malapena al sei, che non era normale perché io sono sempre andata bene a scuola. E però tutto si rifletteva. Non mangiavo più...poi ho abbandonato la scuola, non sono più andata... ho fatto un anno di turistico, mi hanno bocciato subito. L'anno dopo mi sono impegnata un po' di più, ma facendo quella vita lì era impossibile studiare perché arrivavo a casa e dormivo perché ero strafatta. Però facevo manca, saltavo e facevo i cavoli miei. […] lì sono durata una settimana che mi hanno espulso dalla scuola con tanto di lettera, non volevano più saperne di me perché avevo tirato un pugno fuori dalla scuola, perché mia madre non voleva portarmi le medicine e io ero sclerata. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

A un mese dagli esami di terza superiore mi hanno espulso dalla scuola perché il prof di religione mi aveva detto che non andavo in gita, siccome mi hanno sempre fatto saltare le gite, perché non si fidavano di me, avevo risposto male al prof. L'ho un po' minacciato. Poi anche la tutor mi ha beccato a dormire, avevo varie robe sul registro e mi ha fatto la nota sul registro quindi mi hanno espulso (A-M-14-ketamina-cocaina)

Quando vai in una giornata fumarti 2, 3 cannoni torni a casa che sei distrutto e non hai più voglia di fare i compiti, non hai più voglia di fare e infatti ho visto la media che ha iniziato ad andare giù; infatti, in terza media stavo rischiando di essere bocciato perché quando tornavo a casa non studiavo più, non facevo, perché ho iniziato ad andar fuori a spacciare… alle superiori lì è stato un male perché comunque facevo solo che casini. […] Ho lasciato la scuola in terza superiore, mi sembra…in seconda superiore. Ho iniziato a lavorare a fare il cameriere… (L-M.13-cannabis)

Alcuni intervistati raccontano altresì di frequenti episodi di "fughe", uscite e allontanamenti da casa, sebbene ancora minorenni, o all'opposto esperienze in cui i genitori "cacciano" fuori di casa i figli.

mia mamma mi diceva "se esci dalla porta quando ritorni la porta è chiusa" e io dicevo "va beh vado" prendevo, andavo e tornavo. Suonavo, mi diceva "No stai fuori", allora andavo a dormire al parchetto, andavo a dormire dai miei amici, ma avevo 14 anni, 15, avevo la moto (A-M-14-ketamina-cocaina)

*perché a 14 anni ho iniziato a uscire fuori di casa, stavo fuori una settimana e poi con tutti i soldi che mi ritrovavo [*spacciava*], perché veramente c'avevo un po' di soldi…e con tutti i soldi che mi ritrovavo, comunque non era un problema per me mangiare, dormire, io andavo al ristorante, andavo, andavo comunque in hotel e mangiavo e bevevo […] e io non volevo problemi allora scappavo, andavo in giro, ma un po' mi piaceva questa caccia al topo, capito? perché dicevo "cazzo, qua mi stanno ricercando tutti". Allora cosa succedeva che spezzavo la SIM, il giorno dopo cambiavo, la usavo quella lì per due giorni, dopo spezzavo e dopo usavo un'altra mi sembrava un film ecco, allora a me piaceva sta cosa. […] i miei mi hanno denunciato tipo 7 volte, cioè nel senso denuncia di scomparsa…ma fuori di testa gli dicevo "ma cosa fai a fare denuncia di scomparsa? Se sai che io sono qua fuori", perché comunque io gli mandavo qualche messaggio a volte (L-M-13- cannabis-cocaina)*

Stavo iniziando a fare gran casini…scappavo, mi cercavano i carabinieri per giorni, non sapevano dove ero, stavo a casa di gente. Sparivo. I miei mi denunciavano, facevano cose. E alla fine avevo sempre i carabinieri a casa. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

tornai a casa un pomeriggio che ero in condizioni abbastanza pietose, mia mamma se ne accorse, non ci capisce più niente, chiamò i carabinieri e mi sbatte fuori di casa anche perché lo poteva fare, io ero appena maggiorenne. Da quell'episodio lì, io sono stata via di casa una settimana. Insomma, ho fatto una vita un po' sregolata (A-F-13-eroina)

7.1.3 Significati dell'uso di sostanze e "cause" della dipendenza

Tra i significati attribuiti al proprio avvicinamento alle sostanze e le motivazioni riportate rispetto alla propria dipendenza ne emergono di peculiari ma si rilevano comunque elementi di vicinanza e somiglianza tra le diverse storie. Un primo attiene lo sperimentare il consumo nonostante un iniziale senso di paura, timore, verso il mondo delle sostanze.

Mi facevano ancora un po' paura le sostanze e non avevo un uso quotidiano [di cannabis] (A-F-13-eroina)

*Avendo visto l'esperienza di mio zio [*con dipendenza*] avevo un po' paura […] io mai nella vita avrei messo un ago in vena, mai, perché ho la fobia dell'ago in vena, e questa è l'unica cosa che mi ha fermato da farmi in vena (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

Mi ricordo bene che prima del primo impatto io ero terrorizzato dalle droghe perché avendo un fratello più grande io avevo delle fobie che lui fumasse, quindi, era un po' terrorizzato e gli facevo il terzo grado a lui...Poi quando bevevo le prime grappine e non fumano ancora le sigarette perché ero contrarissimo e mi ricordo che c'era la paura. Dopo, non so per quale motivo, un giorno ho deciso di provare a fumare la prima sigaretta (M-M-13-eroina-cocaina)

Nonostante alcuni timori e perplessità rispetto alle sostanze i ragazzi intervistati riportato la presenza di una certa attrazione, di una curiosità verso il mondo delle droghe.

Comincia a venirmi questa curiosità per le sostanze e tutta quella cosa lì in terza media, tra l'altro portai la mia tesina dove parlavo proprio delle dipendenze e da lì per questa curiosità verso quel mondo lì, cominciai con i cannabinoidi (A-F13-eroina)

All'inizio pensavo fosse solo per curiosità (S-M-13-eroina-cocaina)

*Ero affascinato da questo però allo stesso tempo avevo paura, non conoscendola [*l'eroina*] (M-M-13-eroina-cocaina)*

Compatibilmente con il consumo all'interno delle compagnie amicali emerge la ricerca e il desiderio di sentirsi parte del gruppo, sentirsi accettati e stringere amicizie, anche a fronte di un senso di insicurezza personale. A questo si aggiunge il desiderio di apparire, di avere una specifica identità, di sentirsi più grandi.

Uscivo appunto con queste ragazze più grandi, io volevo in qualche modo farmi anche accettare. Nel senso vedevo loro tutte carine e che erano accettate, che insomma io ero un po', all'epoca ero ancora un po' una sfigatella, diciamo è brutto dire così, però era la verità e quindi anche per farmi accettare, volevo fare quello che facevano anche loro, fondamentalmente (A-F-13-eroina)

Sai cos'è? Che mi piaceva a me il fatto perché non ho mai provato la sensazione di avere amici perché io purtroppo ho perso dei fratelli quando sono venuto qua in Italia, non ho più avuto amici qua in Italia fino a quel giorno lì (L-M-13- cannabis-cocaina)

Era tutto per apparire, io dovevo farmi vedere così, però era il sentirmi adulto […] faceva figo, per me era come un vanto. Più la gente mi vedeva fatto, secondo il mio pensiero, più mi vedevano affascinante (M-M-13-eroina-cocaina)

Con l'erba a livello fisico per me era proprio un distacco mentale, il mio era più "se dico una cagata così almeno tuti quanti ridono" (S-F-14-cannabis)

Ho sempre avuto un carattere un po' insicuro e sempre fatto un po' di fatica anche a espormi con le altre persone. In realtà invece, vedevo che, quando usavo le sostanze, ero molto più sicura di me, riuscivo a stare di più all'interno di un gruppo e soprattutto, dato che ho anche una corporatura un po' in carne, vedendo che con quelle sostanze perdevo anche peso, anche se facevo sport e tutto vedevo davanti a me più motivi per continuare piuttosto che, insomma, che lasciar perdere (A-F-13-eroina)

Alcuni intervistati propongono delle riflessioni più approfondite circa le motivazioni, le cause che a loro avviso hanno portato alla loro dipendenza. Tra queste, due delle tre intervistate di sesso femminile riportano l'aver vissuto esperienze traumatiche, maltrattamenti e difficoltà relazionali durante la propria infanzia e in famiglia.

Io ho solo la mamma, sono cresciuta solo con lei e ho sempre avuto dei gran problemi di comunicazione. Durante il periodo dell'infanzia non ho mai cercato mio papà, però attraverso dei comportamenti miei sbagliati si notava che io avevo questa esigenza, di conoscere le mie radici. Quando avevo sei anni, mia mamma per darmi un papà, per darmi una famiglia normale, si sposò col suo ex marito. Lei cercando di fare qualcosa di positivo crea una situazione totalmente dannosa sia per me che per lei, perché era la persona sbagliata, c'era una situazione un po' complicata per tutti, c'era un ambiente che non era sereno, spesso si litigava, si urlava. Io prendevo un sacco di botte, quindi col fatto che ero anche molto piccola questa situazione a me ha segnato molto e mi ha creato anche tutti i problemi di rabbia che poi io ho avuto il senso di insicurezza, di inadeguatezza... (A-F-13-eroina).

Mia mamma e mio papà erano un continuo alzarmi le mani o alzare la voce, ma spesso e volentieri più alzare le mani, specialmente mio papà che aveva anche più forza di me insomma. E si parla di cose che effettivamente erano un po' una cagata, nel senso che a parer mio, alzare le mani per una cosa che tu non trovi, che è una cagata a parere mio e massacrarmi di botte… questo io non lo riesco a tollerare […] (S-F-14-cannabis)

In altre storie di vita emerge la presenza di una sofferenza, di un senso di malessere esistenziale. Per alcuni è una sofferenza che li accompagna sin dalla tenera età in connessione a eventi specifici. Due intervistati, un ragazzo e una ragazza, riconducono alla propria infanzia "difficile" il loro avvicinamento alle sostanze, riportando un senso di malessere, sofferenza, di star male. In un caso l'intervistato ha vissuto un'adozione internazionale all'età i 8/9 anni – da lui definita "troppo tardi" – nell'altro caso la persona ha vissuto il lutto della madre in tenerissima età e riporta pensieri di autolesionismo e suicidari sin dall'infanzia. In un'esperienza la sofferenza dell'intervistato era evidente, osservata dai familiari che hanno avviato anche un percorso con un neuropsichiatra infantile, nell'esperienza dell'intervistato con una storia di adozione, invece, lo stesso cercava di non mostrare la sua sofferenza alla famiglia adottiva.

In famiglia comunque c'è sempre stata una situazione pesante. La droga era il mio tappo per le sofferenze. Questo grazie al primo e al secondo percorso ho iniziato a capirlo e a metabolizzare bene, ad accettarle. Perché per me è stato difficile accettare la situazione che avevo a casa [famiglia numerosa, assunzione di responsabilità verso fratelli più piccoli, padre spesso assente che si comporta da amico e racconta tradimenti alla madre] *(S-M-13-eroina)*

Me ne sono accorto riguardando la mia storia, piano piano, in comunità, quando sono stato in comunità riguardato tutta la mia storia tante volte e mi son detto "ma io non stavo bene a quel tempo". (L-M-13- cannabis-cocaina)

Il motivo per cui ho iniziato con le sostanze è stato perché io ho avuto una storia familiare travagliata, nel senso che ho perso la mamma quando ero piccola, avevo due anni e mezzo. Nel momento in cui è venuta a mancare mia madre, sono andata a vivere con mia nonna, la mamma di mia mamma, e mio zio…arrivavo da loro il fine settimana ed era tutto rose e fiori mentre stavo a casa di mio papà volevo morire, praticamente da quando ero piccola ho iniziato ad avere tutte ste questioni un po' brutte. Per cui mi facevo del male già a tre anni, mi hanno portato dallo psicologo infantile, perché non riconoscevo i miei veri genitori e non capivo i ruoli, non capivo niente. Per cui questa cosa me la sono portata avanti per tanto tempo, ho praticamente passato tutta la vita in depressione. E poi sono arrivata... va be mi tagliavo, facevo, brigavo, tutte cose negative. Io mi svegliavo la mattina sperando di morire, di attraversare la strada e di venire buttata giù da una macchina, andavo a letto sperando di morire. Questa era la mia esistenza, la mia giornata tipo. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

7.1.4 Vivere nella dipendenza

Nei racconti proposti dagli intervistati emerge ad un certo punto delle loro esperienze il peggiorare della situazione da un consumo che si ritiene gestibile, relegato in alcuni specifici momenti e contesti, la dipendenza prende il sopravvento, cambia la propria routine quotidiana, il proprio mondo. C'è chi sottolinea che prima aveva vari interessi, frequentava persone diverse fino a che rimane solo la sostanza e le persone che girano attorno a questa, in una sorta di autoisolamento.

è stato tutto un deperimento di tutto: scuola, calcio anche le persone che mi stavano attorno, avevo cominciato a cerchiarmi solo di persone che facevano determinate cose, ma proprio perché io alla fine cercavo solo queste persone. Mi sono allontanato dalla gente sana si può dire. E quando arrivi ad allontanarti dalla gente sana, se non sei in grado di farti reinserire, resti con .... e quando resti con le persone sbagliate vai avanti a sbagliare (M-M-13-eroina-cocaina)

In un arco brevissimo di tempo ho venduto tutto l'oro che avevo e che trovato, ho venduto di tutto per riuscire a prendermi sta eroina del cavolo […] rubavo, spacciavo, mi drogavo, facevo di tutto. Non avevo niente da perdere (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

Verso i diciott'anni avevo cominciato a frequentare questo ragazzo che lui aveva problemi molto forti sia con l'eroina sia con tutte le sue stanze, era già stato in comunità. Io da lì comincio ad avere un uso quotidiano, tra l'altro comincio anche a frequentare l'ambiente delle feste illegali, quella roba lì e da un uso di qualche fine settimana comincia a diventare una presenza quotidiana nella mia vita finché comincio ad avere degli atteggiamenti sempre più aggressivi […] Poi ho cominciato non più solo a usarla ma anche a venderla (A-F-13-eroina)

In connessione alla ricerca incondizionata di reperire e consumare sostanze, e alle attività di spaccio molti intervistati riferiscono il sopraggiungere di problemi a carattere penale vivendo l'esperienza di arresti, processi e in alcuni casi di vita in carcere.

*Nel 2019 sono entrato quindi in un percorso…Avevo vent'anni. Non mi erano ancora arrivati processi o cose da fare. Ero stato arrestato, mi avevano portato in carcere, ero solo in attesa dei processi. […] I carabinieri mi conoscono bene, venivamo fermati per una perquisizione e mi dicevano sempre "S. guarda che prima o poi ti arrestiamo, ti mettiamo le manette e ti portiamo in carcere" […] [*dopo i primi due percorsi in CT, di cui il secondo terminato

positivamente, per reati compiuti anni prima*] mi chiama l'assistente sociale dicendomi che i carabinieri mi stavano cercando per un arresto urgente, sono andato in panico. Un reato di sei anni prima, era arrivato e io non sapevo nulla, il mio avvocato non sapeva nulla, è stato fatto il processo con un avvocato che non mi ricordavo di aver nominato. Mi sono trovato a dovermi consegnare ai carabinieri. Cioè, io iniziato i percorsi per evitare il carcere e sono stato in carcere dieci giorni. Adesso sono in affidamento in prova. (S-M-13-eroina-cocaina)*

*Dai 17 ho fatto uso spesso [cocaina], dopo a 18 e mezzo è successa una grandissima cosa che ringrazierò a vita. Mi hanno arrestato. Ero a ***** con una mia amica, hanno fatto delle retate in giro per ***** sono arrivati io avevo la marijuana e addirittura era talmente buona che pensavano avessi le piante, sai vivendo in campagna…Praticamente da lì è successo che i carabinieri sono andati a casa di mia mamma, hanno trovato marijuana, cocaina, funghi allucinogeni, e una sostanza che usavo per tagliare la cocaina, cose di farmacia. La cosa bella, per fortuna, è che avevo poco quantitativo di tutto, avevo 30 grammi.... e da lì mi hanno arrestato proprio, però mi ha detto "Siccome è il tuo primo reato, hai 18 anni, non vai in carcere perché è stato il tuo primo reato" perché, se no rischiavo dai 6 ai 20 anni. Il giorno dopo, tribunale, direttissima (A-M-14-ketamina-cocaina)*

Pur nel circolo della dipendenza e di una vita che inizia a ruotare unicamente attorno alla sostanza, alla ricerca dello sballo, al procurarsi la sostanza, alcuni intervistati riportano alcune riflessioni orientate a chiedersi se ciò che facevano fosse sbagliato, se fosse un problema e se, forse, era il caso di smettere. Alcuni riportano anche di tentativi in autonomia, sebbene non pienamente convinti e motivati, di gestire, ridurre o smettere il consumo.

mi ricordo che finché sei in serata non c'è problema… dopo ti ritrovi da solo in camera e ritorni sempre con la testa nella realtà e dici "domani mattina mi devo svegliare, ma chi me l'ha fatto fare di fare così? Non potevo fermarmi prima?". Allora cominciava a passare pensiero "chi me lo fa fare" ma dopo non riesci più a uscire da questo circolo qua... e io pensavo "chi è che me l'ha fatto fare che io domani so già che devo alzarmi, domani mattina sto male". Era così, poi la mattina mi svegliavo e stavo male e il primo pensiero era "basta stasera non esco" passate due o tre ore il pensiero già cominciava a cambiare, cominciava a ritornare "dai stasera si esce,...." […] dentro di me, per quanto ti piace, hai sempre una parte che ti dice "non è la cosa giusta quella che sto facendo" per quanto è bello, sai che non è la cosa giusta (M-M-13-eroina-cocaina)

*Ho avuto anche il periodo che volevo smettere ma la mia forza di volontà era troppo poca rispetto a quello che volevo effettivamente; quindi, io magari incominciavo e poi si tornava indietro, cioè poi facevo le stesse c***te, tornavo punto a capo (S-F-14-cannabis)*

Ho provato da solo una volta sola, non sono mai riuscito a smettere, ogni giorno che smettevo per tre quattro giorni, cinque dopo facevo il tiretto, e poi cominciavo a fumare. Già dopo due giorni che ho fatto il tiretto magari mi fanno fumare dieci euro, ma mi duravano più di una volta. Però ricominciavo (A-M-14-ketamina-cocaina)

In tutti racconti degli intervistati emerge la presenza di eventi, episodi, momenti che vengono identificati come punti di rottura, punti di svolta. Si tratta di esperienze o momenti a seguito dei quali gli intervistati riferiscono di aver dato avvio al loro percorso di cambiamento, di aver iniziato ad accettare l'idea di avere un problema e l'idea di chiedere e ricevere aiuto. In alcune biografie tale punto di svolta è plurimo, connesso ai differenti percorsi intrapresi. Dai racconti emerge come esperienze particolarmente negative, forti, quali la morte di un coetaneo, l'arresto e un processo, sono state rilette in termini positivi, come occasioni per dire "basta" e cambiare rotta.

Io ho capito che era un problema. Quando mi hanno arrestato. Io pensavo che era il giorno più brutto della mia vita, in realtà è stato il più bello perché senza quel fatto lì, penso che sarei morta, senza esagerare. Avviene questo arresto e in tribunale mi danno la scelta se scegliere un percorso terapeutico, […] fare tutto un programma di riabilitazione, però, che sarebbe

durato più tempo a livello di sconto della pena, o se scegliere un percorso di tipo carcerario o agli arresti domiciliari, però senza nessun tipo di tutela, di ascolto, abbandonata a me stessa, però la pena mi sarebbe ridotta della metà. Io per fortuna, una cosa che mi ha sempre accompagnato quel briciolo di lucidità m'ha fatto dire aspetta un attimo…io, comunque, anche se non riuscivo a smettere, ero in una condizione psicologica, cioè proprio disastrosa, io ero proprio stufa, quindi, presi la palla al balzo per dire "io che ho un problema è palese" quindi mi sono fatta aiutare. Ho scelto di andare nella comunità di San Patrignano. Mi sono rivolta a un altro SerD. (A-F-13-eroina)

Ho visto un tipo morirmi davanti: nel momento in cui ho visto un ragazzo morire lì davanti e al tempo aveva la mia età e io avevo 19 anni. Questo per me è stato un momento cruciale […] a una certa quando ho realizzato cosa effettivamente era successo – perché mi ci è voluto comunque qualche ora – quando effettivamente ho realizzato cosa era successo, ho detto "Cazzo poteva capitare a me" e io a casa ho una bambina di un anno che mi aspetta. Qui c'è proprio stato il distacco mio. È successo, era praticamente fine agosto quando era successo sta roba qua e io sono andata da mia nonna da parte di mia mamma e verso fine settembre mi sono avviata verso ***** *[*l'inizio del percorso*] (S-F-14-cannabis)*

È successa una grandissima cosa che ringrazierò a vita: mi hanno arrestato […] è stato un bene perché da lì ho smesso completamente di spacciare. Ho preso spavento, anche perché, se non mi avessero arrestato io avrei avuto talmente la testa da stupido che volevo fare le robe sempre più in grande e prima o poi mi avrebbero beccato seriamente(A-M-14-ketamina-cocaina).

*Io stavo prendendo una bruttissima piega mentre lui [*il migliore amico*] era in grado di dire "la gestisco". Nel momento in cui lui mi diceva così, lui che è un tossico per eccellenza, io ho capito che la questione era grave perché, se riusciva a farlo lui e non io, c'era un problema. Sapevo che sarei morta di eroina, sicura al 100%, mi andava anche bene in realtà, almeno morivo. Avrei anche continuato però capivo che la cosa era grave: stavo affondando e neanche lui era con me [il migliore amico] (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

In alcune situazioni il vero momento di svolta rispetto all'intraprendere con motivazione e impegno il percorso di uscita dalla dipendenza non coincide con il primo accesso al SerD e nemmeno con il primo percorso realizzato, bensì interviene a seguito di percorsi già avviati e di un consumo e una dipendenza che avevano proseguito nonostante il lavoro con il SerD.

*[*riferito a quando ha deciso di riprendere per la terza volta con il SerD*] ho preso un grammo di cocaina, l'ho tirato in due righe, poi ho bevuto, poi ho consumato l'altro grammo. Prima di andare a letto ho pensato "meglio che fumo uno spinello così mi calmo". Comincia a prendermi una tachicardia forte, che non ho mai provato, e mi sono accorto che c'era qualcosa che non andava: secondo me stavo facendo un infarto […] la mia compagna si era spaventata, mi ha raccontato che facevo venti, trenta secondi in apnea totale, a bocca aperta, avevo il cuore che lo vedeva battere, a bocca aperta, a tratti non respiravo più. Quella mattina lei e mia mamma mi hanno detto "adesso richiami l'assistente sociale e vai a parlare con lui e sistemare tutto". Lì io non ho detto niente, l'ho chiamato, sapevo che era arrivato il momento perché comunque vedevo che era una roba che non riuscivo a sostenere, non riuscivo a fare a meno. Praticamente mi davo la zappa nei piedi (M-M-13eroina).*

*[*riferito al primo percorso*] ero stato arrestato, mi avevano portato in carcere in attesa dei processi. Ho iniziato questo percorso perché avevo paura. Mi ha convinto questa situazione perché io ero una persona in strada. O mi portavano in carcere o vale la pena entrare in comunità. [*riferito al secondo percorso con il SerD*] quando ho visto che la situazione…. Di nuovo avevo finito i soldi, avevo fatto il debito in banca. La mia testa stava per partire di nuovo e mi sono detto "fermati, chiedi una mano". Sono andato al SerD e ho detto "io mi vergogno tantissimo ma ho bisogno di una mano, sono ricaduto". (S-M-13eroinacocaina)*

7.1.5 Le famiglie

I genitori emergono dai racconti come presenza principalmente nella fase di consumo di sostanze, da quando non sapevano a quando scoprono il consumo, e nell'azione significativa di accompagnare i figli al SerD per intraprendere un percorso, senza essere più nominati in seguito.

> *non avendo mai avuto persone, o lei personalmente, un'esperienza relativa a questo mondo, lei [*mamma*] non riusciva a capire qual era la questione. Magari a volte mi vedeva alterata, mi vedeva che avevo dei comportamenti un po' più aggressivi, a volte ero più euforica, vedeva questi cambiamenti e lei non riusciva a capire e ogni volta che mi chiedeva e da parte mia c'era o il nulla totale o comunque anche davo delle risposte molto brusche perché volevo proteggere quello che era il mio mondo […]*

> *I miei genitori si sono accorti quasi fin da subito che c'era qualcosa che non andava. Però non so se era per ignoranza, in realtà dopo ho scoperto che non era per ignoranza perché in famiglia ho avuto dei casi [che facevano uso] e mio padre tra l'altro sa bene che lui è cresciuto con delle compagnie, anche lui so che ha provato, ha provato però e basta. Quindi sicuramente magari lui l'aveva capito da subito, però non ha saputo come affrontare la cosa, ha voluto temporeggiare per vedere se era una roba sporadica o magari un momento di passaggio o non gliene fregava un cazzo, non lo so… Mia madre invece martellava di più, però lei che è un po' più stolta la prendevo in giro, nel senso che le dicevo ho fumato una canna anche quando avevo 15/16 anni ero giovane. Però i miei genitori son giovani, hanno una mentalità giovane e per loro la canna se era fumata così in compagnia, non la vedevano proprio…In realtà io quando tornavo a casa a cena la sera e avevo gli occhi tappato di eroina, quando mia mamma mi diceva "ma che occhi che hai" e io le dicevo "eh ho fatto due tiri" o non sempre le dicevo che avevo fatto due tiri, magari qualche volta le dicevo "ho saldato" non è che volevo sempre la figura del tossico. (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *i miei avevano sempre avuto il sospetto che fumassi, ma non glielo avevo mai dato con certezza. Gliel'ho detto io, tipo ai miei 17 anni e gliel'ho proprio confermato. Gliel'ho proprio detto. E non dico che l'hanno presa benissimo, ma non l'hanno presa neanche malissimo. Cioè, mio papà, tipo lui era completamente a sfavore su sta roba qua, però mi ha detto "preferisco che fumi piuttosto che bevi perché ti ho visto", lui mi ha visto arrivare a casa tante volte, sia quando bevevo nel periodo in cui bevevo, sia nel periodo in cui fumavo e nel peggiore dei casi che potevo dire ai miei era "No, guarda, sono stanca, sono stanca, mi metto qua con voi e guardo, guardo qualcosa", però era quello la differenza. Mentre quando tornavo a casa che ero ubriaca, cioè proprio non mi reggevo in piedi, cioè mi capitava anche scene dove io ero per terra e loro magari hanno cercato di portare a letto […] loro [mia nonna e mia zia] l'hanno presa molto male loro l'hanno vissuta molto molto molto molto male. Anche perché sono tanto cristiani e sono cristiani praticanti e quindi l'hanno vissuta molto male, molto molto male (S-F-14-cannabis)*

> *Io sono stata male, cioè ero in astinenza a letto con la febbre, è arrivata mia madre lei quando era giovane aveva una migliore amica che si faceva di eroina, per cui riconosceva molto bene il tipo di colorito ruggine, per cui mi ha detto "Perché stai? Così è successo?" Io negavo, negavo, negavo… poi gli ho detto "Mi faccio di eroina" e lei ha detto "Lo so. Si vede da come stai, io l'avevo già capito". (M-F-13-psicofarmacieroina)*

7.2 Il SerD nella prospettiva dei ragazzi

Dai racconti di vita dei ragazzi rispetto alle loro prime esperienze di uso di sostanza e al primo contatto, accesso, ai servizi per le dipendenze è possibile riscontrare come in media ci sia uno scarto di due anni tra le prime sperimentazioni e l'accesso ai servizi. In un caso vi è meno di un anno, e nell'esperienza di una persona vi è una differenza di quattro anni.

Gli intervistati ricostruiscono, in particolar modo, la prima volta che hanno fatto accesso a un servizio per le dipendenze – in un caso a un centro ascolto adolescenti connesso al SerD e ad altri servizi sociosanitari del territorio – evidenziando come il loro primo contatto con il servizio non fosse frutto di alcuna loro intenzione di smettere l'uso, così come non fosse accompagnato da una problematizzazione del proprio comportamento. L'accesso al servizio giunge infatti in seguito alla preoccupazione di adulti significativi: genitori e professori.

> *[*dopo che è stata via di casa una settimana*] lei [*madre*] è venuta a cercarmi e abbiamo messo in tavola tutte le carte perché cioè, "ma tu hai 18 anni, sei strana, non riesco a capirti adesso tu mi devi dire cosa sta succedendo lì?" Eh, viene fuori tutta la problematica, mia mamma si spaventa e come aiuto ci siamo rivolte al SerD di *******, provincia di ******. […] io lì non ci dovevo stare, quindi la prendevo come una costrizione, non come un momento positivo, magari da cui prendere anche qualcosa. (A-F-13-eroina)*
>
> *mia mamma…c'era questa cosa che non era più un senso di aggressione nei miei confronti che non voleva.... era una sorta di disperazione, avevo visto che lei me lo diceva come per dire "se hai bisogno di aiuto..." "non sono qua solo per sgridarti". E lei mi aveva proposto se vuoi andiamo al SerD, se vuoi andiamo in comunità. Se non riesci a smettere. Cioè, aveva cominciato a farmi un discorso del tipo "se tu non riesci fare a meno non sto qua a bastonarti, ti aiuto a smettere". E io lì per lì ho preso la cosa in considerazione (M-M-13-eroina-cocaina)*
>
> *All'inizio i miei avevano notato che c'era qualcosa che non andava, quindi all'inizio sono andato con i miei genitori a iscrivermi [al SerD] e anche mia sorella era già maggiorenne, quindi tra virgolette, mi accompagnava anche lei (S-M-13-eroina-cocaina)*
>
> *Io avevo già iniziato a 14 anni a fumarmi le canne e a 14 anni sono stata beccata a scuola e il preside voleva, ci teneva proprio tanto che andassi al Sert, io per farlo contento sono andata a parlare con loro. Quindi in realtà, più o meno sapevo a cosa andavo incontro… io con i miei 14 anni, io gli ho proprio detto "Questa è la mia prima e ultima volta che mi vedrete da qui in poi non mi vedrete mai più". […] molto serenamente non ho voluto, ma sapevo a cosa andavo incontro. Ho detto "No, non mi interessa, non voglio avere nulla a che fare. Ma perché avete scelto voi per me? Scegliete voi. Io però in tutto ciò non vengo più" (S-F-14-cannabis)*
>
> *ero un deficiente da piccolo, gli dicevo "prof devo andare in bagno a farmi una pera" gli dicevo robe del genere. Dà lì la prof aveva una comunità, era la Presidente della comunità però io non lo sapevo, ha chiamato mia mamma dicendo "Andrea ha delle dipendenze" voleva capire a che punto sono con le droghe, qua là su e giù. E praticamente voleva che andavo in questa associazione di Verona. Mia mamma fa "Guarda, io portarlo in comunità farlo venire lì giorno e notte no, piuttosto un Serd più vicino a casa lo porto lì" e allora le "Ok signora lo porti al Serd". […] Mia mamma voleva mandarmi là però voleva mandarmi e vedere sto Serd, vedere effettivamente a che punto ero [rispetto all'uso]. E praticamente sono andato al SerD (A-M-14-ketamina-cocaina)*
>
> *Ho iniziato al SerD quando avevo 16 anni, perché i miei si erano accorti a 16 anni che… si che ho iniziato a fare cose losche (L-M-13- cannabis-cocaina)*

Nella prospettiva di due intervistati è presente una sorta di "fascino" che si assume dato dal frequentare il SerD, potersi mettere in mostra all'interno delle proprie compagnie in cui si fa uso di sostanze.

> *Io [*andare al SerD*] la vivevo come…da un certo punto di vista aveva il suo fascino per me, capito? perché a me son sempre piaciute le cose, come si può dire era una cosa diversa, cioè era anche un modo per sentirmi diversa. Non lo so, di sentirmi anche più vissuta, purtroppo nel cervello, nel senso, non mi sentivo una ragazza normale, sentivo che avevo qualcosa di diverso rispetto agli altri che, anche se era negativo, però per me era una cosa positiva (A-F-13-eroina)*

Era affascinante questa cosa, guarda racconto che vado al SerD per curarmi mi danno le pastiglie, mi danno questo, mi danno quello, loro pensano di sapere tutto di me in realtà non sanno niente perché io mi sono drogato e loro non se ne sono accorti (M-M-13-eroina-cocaina)

Alcuni degli intervistati riportano come nella loro prospettiva il SerD e chi vi lavora non rappresentavano un contesto di aiuto ma di intralcio e di controllo, sebbene tale controllo non fosse vissuto in modo restrittivo. Gli intervistati riferiscono infatti di aver sempre continuato a fare uso, nonostante la loro frequenza al servizio.

non lo vedevo come un aiuto intenso perché, secondo me, appunto la situazione che mi trovavo non mi veniva proprio da pensare all'aiuto che poteva darmi il SerD (S-M-13-eroina-cocaina)

mi sembrava una caserma di carabinieri. Era una cosa un po'... non sembrava un ambiente che potesse essermi d'aiuto sinceramente…. (M-M-13-eroina-cocaina)

Il SerD è tipo le volanti della polizia, dei carabinieri che girano mentre ti stai facendo le canne e ti dici "Ma che cazzo volete?". Il SerD era visto stra male. Cioè, della serie che c'è qualcuno che effettivamente ti rompe i coglioni per quello che stai facendo, per cui tu non puoi farti i cazzi tuoi in pace perché c'è qualcuno che ti rompe le palle. Anche se alla fine, cioè, venire qua e fare le urine e averle sempre sporche e non farle, alla fine non cambia un cazzo. Cioè, oggettivamente io non ho mai avuto un'urina pulita da quando son qua, a parte queste ultime. Per cui era sempre un rompimento di coglioni (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

Tuttavia gli intervistati mettono in luce anche come la loro prospettiva verso il SerD sia cambiata nel corso del tempo, sia nel passare da percorsi "imposti" a percorsi voluti e cercati, sia grazie al percorso realizzato.

Sono là per aiutarti, se vuoi andarci trovi aiuto, se non vuoi andarci decidi tu, quindi loro ti lasciano libero arbitrio. Sai che se parti e vai dentro e lasci loro il modo di lavorare come hanno fatto con me, con il sistema giusto magari puoi trovare qualche risultato (M-M-13-eroina-cocaina)

*In comunità ho visto tutti i servizi di tutte le mie compagne. Nessuno aveva un SerD come il mio. Tutti gli operatori dicevano "La M***** è fortunata". Infatti io a volte mi sentivo quasi male a parlare del mio SerD perché mi dispiaceva che loro non avessero un SerD come il mio, perché veramente è un SerD pazzesco. Non ne trovi di SerD così, la gente se ne sbatte, se ne sbatte di brutto, invece il mio no (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

7.3 Il percorso con il SerD

Il cambiamento è un bel problema. Cosa fai quando ti togli l'unica ragione che hai al momento? Ti trovi spiazzato (Manuel, co-ricercatore, secondo incontro)

Quando usi la sostanza sei una lumaca con il guscio, quando togli la droga sei una lumaca senza il cazzo di guscio, se tu praticamente. Lì non hai più niente, praticamente niente. Devi crearti un nuovo guscio (Filippo, co-ricercatore secondo incontro)

7.3.1 La motivazione a intraprendere un percorso

Gli intervistati evidenziano e riconoscono il ruolo giocato dalla propria volontà, motivazione, impegno per realizzare un percorso di recovery, di cambiamento significativo del proprio stile di vita. Motivazione e impegno, per tutti i partecipanti alla ricerca, non hanno coinciso con la prima esperienza con il SerD, il primo percorso frutto di un accompagnamento e una volontà degli adulti significativi, bensì di momenti secondari, che seguono anche di alcuni anni l'avvio

dell'esperienza di contatto con il servizio. In presenza di rare motivazioni personali, queste appaiono poco incisive, e risultano essere connesse ad aspetti concreti e materiali che offrono uno stimolo orientato al cambiamento flebile, che si esaurisce in breve tempo.

> *Dal momento che ho deciso di fare questo percorso come si doveva, ho fatto tutte le tappe che dovevo fare. La differenza sostanziale, proprio quella più importante è come mi sono posta io rispetto ai servizi. E questa è la prima cosa perché, se non sei consapevole, anche non hai un'età per farlo, secondo me, sono cose importanti però la differenza la fa la persona, in che predisposizione è (A-F-13-eroina)*

> *Andavo perché cercavo di fare quasi contenta di più lei [*mamma*] che me a quel tempo per dire la verità. La prima volta che sono andato al SerD sono andato con l'idea un pochino di smettere ma era ancora una piccola parte perché, comunque, avevo 17 anni in realtà.... sì volevo smettere perché vedevo che non riuscivo a fare niente di buono, d'altra parte, avevo ancora 17 anni e avevo ancora quell'euforia, quella voglia di fare festa […] La seconda volta che sono tornato, invece, lì ero convinto di far contento me in realtà era sempre un far contenti gli altri perché, se fosse stato per me, e se non avessi avuto quella situazione finanziaria, io non sarei mai tornato, sarei sempre andato avanti in quella linea lì [*della dipendenza*]… ho fulminato due anni di lavoro [*risparmi*] si può dire non poco. E lì quando ho fulminato tutto e visto che era tragica la situazione: non è che volevo smettere ma ho visto che non avevo più niente e non riuscivo a stare al passo. Allora l'unica soluzione era o smetto o vado a rubare o faccio qualcosa cosa, non posso stare qua così preso per aria. (M-M-13-eroina-cocaina).*

> *O ti ci metti tu di tuo che vuoi entrare e vuoi fare un percorso, se no non serve assolutamente a niente, per cui è andata come è andata [*il fallimento del primo percorso*]. Secondo me la questione è che, se non parte da te, è difficile, molto difficile. (M-F-13-psicofarmacieroina)*

> *Dopo sono entrato in comunità, perché comunque non è stato ***** [AS del SerD] a farmi decidere, a farmi capire... Lui è stato come la strada, l'asfalto, ma dopo sono stato io a decidere di rivedermi … (L-M-13- cannabis-cocaina)*

> *Io quel periodo là io l'avevo vissuta tanto come "l'avete scelto voi, non l'ho scelto io". È per questo che in realtà ho continuato a usare perché era una scelta del preside, una scelta dei miei genitori, non era una scelta mia. Quando io potrò scegliere, allora sceglierò io (S-F-14-cannabis)*

Il sopraggiungere, il rinforzarsi della motivazione rappresenta l'elemento che consente di passare da quello che è riscontrabile come mero accesso al servizio, a un impegno verso un percorso di cambiamento.

> *poi ho deciso di iniziare realmente il percorso, è stato molto faticoso… io ero proprio stufa; quindi, presi la palla al balzo per dire, "io che ho un problema è palese", avevo 27 anni, quindi mi sono fatta aiutare. [*quarto e ultimo percorso*] (A-F-13-eroina)*

> *sono tornato di nuovo per la terza volta al SerD: questa volta sono tornato di mia spontanea volontà, per me. […] Quando sono andato dentro di mia spontanea volontà [*la terza volta*] ecco che li allora in primis che ho voluto smettere…mi son detto "con questi problemi qua sei tu e tu e basta". Cioè, per quanto hai attorno la gente che ti può aiutare è la tua testa che deve dire, deve capire i segnali e gli aiuti degli altri e utilizzarli. Lì ho fatto il percorso per come doveva essere fatto (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *[*la seconda volta*] Ci ho messo tutto me stesso, ho dato tutta la fiducia di che potevo dare agli operatori e ai ragazzi che erano in percorso con me. (S-M-13-eroinacocaaina)*

7.3.1.1 Abbandoni, interruzioni, ricadute e riprese.

Nel racconto di vita connesso alle esperienze con le sostanze e di conseguenza con i servizi per le dipendenze realizzato dagli intervistati emerge da parte di tutti la presenza di un percorso a più

fasi, a più riprese caratterizzato da inizi, abbandoni, interruzioni e ricadute. Talvolta, pur nella continuità di frequenza del SerD, pur in assenza di un abbandono reale del percorso, è comunque riscontrabile la presenza di fasi diverse. Si tratta principalmente, nelle parole degli intervistati di fasi caratterizzate a livello macro di assenza e presenza di motivazione al cambiamento, di una non problematizzazione del proprio stile di vita che pertanto porta a continuare i propri comportamenti di assunzione. Questi appaiono accompagnati da strategie per "fregare" il SerD e i controlli – delle urine in primis – circa la presunta astinenza. L'aggravarsi delle condizioni di vita, il sopraggiungere di eventi e problemi significativi, il convincersi da sé di avere un problema, di volersi fare aiutare, di fidarsi e chiedere aiuto rappresentano la svolta per l'intraprendere effettivamente e con impegno un percorso. Entro questa frammentarietà e multi-sfaccettatura dei percorsi, che appaiono composti da più pezzi come in un puzzle, anche le ricadute rappresentano un elemento presente in molte storie.

> *All'epoca ero anche piccola, la vedevo come una rottura di scatole, la vedevo come una cosa inutile. Io fondamentalmente poi cercavo altro, mi volevo divertire, volevo star tranquilla, non volevo rotture di scatole, quindi, era una cosa che mi pesava un po' anche fare [*andare al SerD*], cioè finché a un certo punto proprio mi ricordo che per fare in modo di non andarci più, io raccontavo sempre che andava tutto bene, che stavo meglio in realtà non era così perché stavo peggiorando sempre di più [*fallimento primo percorso centro di ascolto adolescenti*] (A-F-13-eroina)*

Delle volte, pur in presenza di un percorso intrapreso con volontà di cambiamento, magari anche concluso positivamente, si verificano delle ricadute; tornare a frequentare determinati ambienti e amicizie porta a maggiore rischio e tentazione sino a tornare a consumare sostanze, talvolta anche con modalità più frequenti e pericolose di prima. Le ricadute sono state, per gli intervistati, occasione per tornare nuovamente al SerD e chiedere aiuto.

> *Ritorno al SerD [*terzo percorso*], mi rifaccio seguire ancora dalla stessa psicologa seguo una cura, comunque ancora anche sonniferi perché ero messa veramente male e lì è stata la prima volta che mi sono messa io per prima in gioco per riuscire ad avere una riabilitazione, ci ho messo un po' di tempo per arrivare al mio obiettivo perché ci ho messo ben tre anni, però poi da lì sono riuscita, insomma, a scalare il metadone, le medicine tutto quanto. […] Poi da un momento all'altro mi è venuto questo bisogno di evasione proprio totale, quindi ho ricominciato, sono tornata a ballare, magari facevo le serate con gli amici, conosco il mio primo e vero grande amore dove quando ci siamo conosciuti lui usava, io facevo qualcosa finché poi non sono tornata anche peggio di prima (A-F-13-eroina)*

> *Due settimane dopo che ho tolto la pastiglia [*della terapia del SerD*] mi son trovato di nuovo davanti alla roba e ho detto dai due tiri li faccio. Ero convinto con la mia testa faccio due tiri e basta. In realtà quella sera lì si ho fatto due tiri e basta. Dopo per una settimana/ due non ho più fatto niente. Dopo mi è riproposta l'occasione e lì sono partito più forte di prima. […] in tre mesi ho fulminato tutto, due anni di lavoro [*risparmi*]. E lì quando ho fulminato tutto e visto che era tragica la situazione: non è che volevo smettere ma ho visto che non avevo più niente e non riuscivo a stare al passo. Allora l'unica soluzione era o smetto o vado a rubare o faccio qualcosa cosa, non posso stare qua così preso per aria. Allora sono tornato da mia mamma e ho detto "mamma guarda che ho ricominciato è meglio se mi riporto al SerD"... Cioè io andavo ancora al SerD ma non con la frequenza di prima (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *Sono tornato a casa [*dalla comunità dove non ha concluso il percorso*], però vabbè, all'inizio stavo bene perché io lavoravo tutto il giorno, vedevano che comunque ero sempre in forma, andavo a fare sport, non uscivo con gente malata. Però dopo 8 mesi ho iniziato a star male, perché ho iniziato a perdere di vista il mio obiettivo che era quello di diventare un*

imprenditore. Ho iniziato a dire in testa che volevo fare il barman, che volevo fare altre cose, ma invece era una cazzata, solo che io vabbè non me ne sono accorto e dopo ho iniziato a fumarmi le canne. Perché ho iniziato a fumarmi le canne? perché ho conosciuto al lavoro uno che si faceva anche lui le canne. (L.-M-13-cannabis)

7.3.2 Il percorso ambulatoriale

Tutti gli intervistati hanno vissuto un'esperienza con il SerD che si caratterizza per l'accesso ambulatoriale al servizio, con un percorso che prevedeva colloqui con l'assistente sociale, il medico, lo psicologo, in alcuni casi anche l'educatore, e controlli delle urine; in aggiunta alcuni – quattro su sette – per un periodo più o meno ampio hanno realizzato anche una terapia farmacologica, a fronte dell'utilizzo di sostanze quali eroina e cocaina con significativi sintomi di astinenza, come dagli stessi descritto. In aggiunta, sempre quattro intervistati su sette, hanno vissuto anche una o più esperienze in comunità terapeutica; di questi, due hanno fatto un'esperienza a San Patrignano, gli altri due sono stati in una comunità del Nord Italia e una del Sud Italia.

Gli inizi del percorso con il SerD non coincidono con l'effettiva astinenza dall'assunzione di sostanze: molti intervistati riportano di aver continuato l'utilizzo, nonostante i controlli delle urine effettuati dal SerD.

ammetto che io in quel periodo lì ho dei ricordi un po' sfocati, anche perché appena ho iniziato a frequentare il SerD ho cominciato anche assumere dello xanax, ho cominciato anche una cura farmacologica che comunque dovevo mantenere senza l'uso di alcol e di sostanze. Io purtroppo, magari ho diminuito un po', ma ho sempre continuato ad assumerle. magari trovavano le urine sporche, sì, ne parlavi, ma in maniera molto blanda, cioè mi ricordo una volta che avevo avuto le urine sporche per alcol, ma avevano tirato su una storia allucinante. Io all'epoca anche dicevo "ma che palle". (A-F-13-eroina)

Perché a 17 anni sono andato al SerD ma non è che ho smesso... non so se è giusto o è sbagliato che al SerD ti controllano, anche durante la fase delle analisi controllano che le urine che vengano fatte davvero da te… è un po' umiliante… (M-M-13-eroina-cocaina)

al SerD facevo le urine ma contavo i giorni... C'è sempre un modo per scappare, per nascondere. (S-M-13-eroina-cocaina)

*Alla fine, cioè, venire qua e fare le urine e averle sempre sporche e non farle, alla fine non cambia un cazzo. Cioè, oggettivamente io non ho mai avuto un'urina pulita da quando sono qua, a parte poi le ultime. Per cui era sempre un rompimento di coglioni. volte G**** [*il medico*] mi chiamava, mi mostrava gli esami delle urine e mi diceva "Hai preso il metadone?" quindi c'era anche uno che diceva "cosa stai facendo, stai andando un po' così...". Però, secondo me per dare una mano, per dare una mano, per cercare di agganciare un po' e magari nel tempo riuscire a lavorare un po' … per far sì che magari si inizia a pensare di dire "Ok entro in comunità", e magari va anche bene, capito, perché loro ci provano alla fine (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

Molti degli intervistati riportano come nei primissimi percorsi realizzati all'interno dei servizi – frutto della volontà di altri – essi mantenevano atteggiamenti di chiusura e di diffidenza verso il servizio e verso gli operatori che incontravano. Talvolta la strategia adottata era quella di fingere che stesse andando tutto bene, altre volte semplicemente veniva mantenuta una distanza.

io ero una ragazzina che parlava di sé, però magari anche a volte per difesa tendevo a sviare i discorsi, magari non raccontare proprio tutta la verità, sia perché avevo paura, comunque,

del giudizio che quando sei più piccolo non riesci a credere veramente che da parte di un adulto possa esserci, come si può dire, un atteggiamento disinteressato [non giudicante, senza secondi fini]. Magari pensi che poi lo vadano a dire al genitore; quindi, si crea tutto un po' questa situazione, quindi io sì, collaboravo però fino a un certo punto, tenevo sempre un po' quel velo di mistero per auto tutelarmi insomma. […] io sono entrata totalmente in chiusura, totalmente diffidente, quasi col pensiero che io lì non ci dovevo stare, quindi la prendevo come una costrizione, non come un momento positivo, magari da cui prendere anche qualcosa. Dopo all'incirca un anno mi è scattato qualcosa (A-F-13-eroina)

Lei [AS] provava ad entrare e io non la lasciavo mai entrare del tutto (S-M-13-eroina-cocaina)

*Io ero un po' arrogante, dicevo "cosa vogliono da me questi" [*operatori*] (A-M-14-ketamina-cocaina)*

Facevo sì dei colloqui con assistenti sociali, psicologi... però al tempo li facevo sempre con una sorta di sfida, che volevo fargliela anche a loro sotto il naso... i primi periodi che sono andato ho cercato anche di burlarmi anche dell'assistente sociale. Io sono andato là che, come ho detto, per me era un circo, quindi sì oggi ho fatto colloqui, sono a posto, vado fuori, compro la roba, chi se ne frega (M-M-13-eroina-cocaina)

Entro tali atteggiamenti emerge come i ragazzi tendessero a continuare a fare uso di sostanze e a mantenere lo stile di vita per cui sono arrivati al servizio. Emerge ricorrente l'idea, la volontà, la prospettiva di "fregare" gli operatori, trovare modalità e strategie per continuare, in realtà, a fare quanto si vuole.

All'inizio andavo là, così tranquillo non ero, facevo ancora il furbo... all'inizio era tutta una presa per il culo, perché io dicevo una cosa, ne facevo un'altra perché comunque all'inizio era così e poi comunque continuavo a spacciare, cioè, continuavo a spacciare, continuava a uscire di notte. (L-M-13- cannabis-cocaina)

Era affascinante questa cosa, guarda racconto che vado al SerD per curarmi mi danno le pastiglie, mi danno questo, mi danno quello, loro pensano di sapere tutto di me in realtà non sanno niente perché io mi sono drogato e loro non se ne sono accorti…ho fatto parecchie volte questa cosa e quando ho scoperto che con gli acidi e l'LSD in genere non li trovano nelle urine o non la cercano, non lo so, mangiavo acidi anche prima di andare al SerD, quindi sono andato al SerD sotto effetto di acidi a parlare con la gente che mi sembrava proprio di essere in un altro mondo. Quando uscivo c'era una sorta di soddisfazione: "cioè, gliel'ho fatta, cioè ho mangiato un acido e sono andato al SerD, cioè questi qua chi sono? Quanto stupidi sono? Io vengo qui a curarmi e li frego così" (M-M-13-eroina-cocaina)

Bugie, urine... Tutti i movimenti da tossico, secondo me, in generale, il volere tutto subito e se richiedo la terapia la voglio subito. (S-M-13-eroina-cocaina)

*Praticamente sono andato al SerD e diciamo che io sono sempre stato abbastanza bravo tra virgolette anche nel girarla come volevo, purtroppo... praticamente io dicevo che fumavo e basta e non gliel'ho mai detto che ho fatto uso di altro...tipo nel periodo che facevo le analisi il martedì e giovedì non facevo più niente, dopo ho praticamente detto "ho una settimana sì e una settimana no, e la settimana che non sono al SerD uso che tanto non si vede".... Ero già comunque furbetto quindi sapevo quanto durava questa, quell'altra e al tempo la ketamina non veniva fuori nelle analisi, quindi, qualche volta tipo il martedì andavo al SerD il sabato facevo uso di ketamina... e ho fatto un periodo così ...però nelle analisi non veniva mai fuori che usavo la ketamina, si vedeva solo la marijuana e quindi quella ho continuato a usarla, mi piaceva troppo... Qualche volta magari sono arrivato un po' a pelo [*per le analisi*] ma magari bevevo tantissima acqua, latte [...] ero tanto tremendo...gliela rigiravo tanto... (A-M-14-ketamina-cocaina)*

7.3.2.1 Il coinvolgimento nelle scelte

Un elemento che emerge dai racconti dei ragazzi circa l'esperienza con i servizi attiene al loro coinvolgimento nelle scelte del percorso e delle esperienze di recovery da realizzare. Pur a fronte

di percorsi che, come visto, hanno inizialmente preso avvio da una volontà di terzi – genitori in primis – e pure a fronte di una motivazione che è stata, inizialmente, altalenante e non pienamente formata, emergono occasioni di confronto e coinvolgimento nelle scelte. Gli intervistati raccontano di essersi confrontati con il SerD rispetto alle decisioni da prendere, pure laddove la scelta non era totalmente libera e a loro carico, a fronte di percorsi che coinvolgevano l'autorità giudiziaria o a fronte della loro minore età essi riferiscono di essere sempre stati interpellati e ascoltati. In aggiunta, emerge come la loro opposizione abbia rappresentato comunque, tramite le strategie da loro messe in atto, una scelta di fare ciò che loro ritenevano: continuare a usare sostanze quando non pronti al cambiamento, interrompere tali comportamenti in seguito al maturare della loro motivazione.

> *A 16 anni mi sono impuntata io di non voler andare più [*primo percorso con centro adolescenti*] e mia mamma si è un po' arresa a questa cosa, quindi ho interrotto. […] [*dopo, riferito al primo e secondo percorso con il SerD*] Io non sono stata costretta, perché è stata una decisione che abbiamo preso insieme visto che era una problematica più grossa di quando ero adolescente, perché magari all'inizio si era pensato di andare da uno psicologo privato, però la mia problematica era relativa alla mia persona; quindi, io ero abbastanza fiduciosa di andare lì, non ero spaventata, ero quasi sollevata. (A-F-13-eroina)*

> *[*Nel primo percorso con il SerD*] Ero minorenne; quindi, in realtà la decisione al 100% non posso dire di averla mai avuta... però in realtà se fossi stato maggiorenne l'avrei avuta io al 100% la decisione. Nel senso il modo di gestire la cosa […] [*nel secondo percorso con il SerD*] Secondo me io avevo il 100% delle facoltà di decisione, loro hanno proposto un programma e per me andava bene; quindi, io non ho mai dovuto né ribattere né niente. L'unica cosa che, quando ho visto che per me era più utile l'assistente sociale [*terzo percorso*] ho avuto modo di decidere "vado solo dall'assistente sociale" e mi hanno lasciato seguire il mio programma, poi ovviamente le analisi le facevo sempre. Anche per la comunità l'AS mi ha detto "tu sei libero di decidere. Se decidi di star qua si prende una strada, se vuoi un'altra, se decidi di stare qua c'è questa strada". A me sembrava quella più giusta, di vivere la mia vita normale, come dovrebbe essere stata, al mio posto, si può dire senza vincoli, l'unico vincolo era che dovevo farmelo io nella mia testa, che dovevo vivere senza sostanze (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *Quando non ero d'accordo di entrare in comunità e i miei volevano assolutamente che entrassi, gli operatori comunque sia a una certa hanno detto "non è il suo momento". Però vedevo che comunque speravano che entrassi subito quanto prima. Non ero deciso io, da parte degli operatori che volevano salvarmi fin da subito c'era di sicuro […] [*riferito a quando ha deciso di rientrare in comunità la seconda volta*] il SerD mi ha chiesto "Vuoi tornare alla comunità ****** vuoi tornare là?"E io ho detto sì. (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Ho contrattato con ***** [il medico del SerD] e alla fine ce l'ho fatta a non andare più [*al gruppo del narcotici anonimi, nel periodo di monitoraggio post comunità*] (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

> *mi hanno mandata in sta comunità, però non è che mi avessero preparato più di tanto. Questa è la teoria di mia madre che se mi avessero preparato un po' di più forse sarei durata di più. Sono durata due mesi, con una pausa di due settimane perché scappavo anche lì, tornavo a casa con i miei soliti giri… sì dovevano forse parlarne di più per prepararmi di più, non so. […] [*durante il secondo percorso in comunità, andato a buon fine*] sono venuti quando ho compiuto 18 anni mi hanno detto "vuoi continuare a stare qui o vuoi andare via?" e io ho deciso di continuare. (M-F-13-psicofarmacieroina)*

7.3.2.2 Le terapie farmacologiche e la relazione con il medico

Quattro intervistati su sette nel corso del loro percorso ambulatoriale con il SerD hanno realizzato, una terapia farmacologica a sostegno dell'astinenza dalle sostanze, si tratta degli intervistati che

presentavano un consumo di eroina e cocaina e che hanno anche descritto i difficili sintomi sia dell'astinenza in sé, sia dello scalare della terapia sino a toglierla. Nello specifico, si evidenzia che di questi quattro intervistati tre hanno tolto completamente qualsiasi terapia farmacologica a sostegno del loro percorso di recovery – sia terapie specifiche per le sostanze, sia quelle a supporto per ridurre stati di ansia e agitazione – mentre un'intervistata continua una terapia farmacologica di supporto per gli aspetti emotivi.

> *16 anni ho iniziato a frequentare il SerD per le urine questo o quell'altro ma il metadone è a 17/18 anni che ho iniziato a prenderlo. Ho avuto dottori che mi seguivano, mi chiedevano se avevo bisogno di terapia. Io ero contro la terapia… (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *ho iniziato il percorso col SerD con ******. È un tossicologo e medico. Per cui lui da subito praticamente mi ha prescritto sto seropax per l'ansia, che io non conoscevo ma sapevo che era un'inchiappettata, perché conoscevo un pochettino il mondo degli psicofarmaci poi adesso ho una cultura, potrei fare la farmacista. E quindi io per tutto il tempo in cui sono stata al SerD ho sempre sfruttato loro per avere determinati farmaci. […] Io praticamente venivo qua pretendendo di farmi la terapia io, perché ho sempre preso medicine da quando ho messo piede qua per l'umore, per l'ansia, per dormire... E quindi venivo qui ed era come se io mi mettessi al suo posto perché io appunto volevo questo, questo e questo (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

> *All'inizio, comunque prendere dei farmaci per me è stata si può dire una cosa positiva, perché mi sentivo un po' più tranquilla, io avevo anche tutte queste problematiche relative all'ansia che mi sono scaturite usando le sostanze eccitanti, nel senso, poi magari sicuramente una base ce l'avevo già... (A-F-13-eroina)*

> *Mi avevano dato una terapia da fare per non usare le sostanze. E mi avevano messo a disposizione tre tipi di terapie: una terapia a base di metadone che praticamente sostituiva l'eroina. Però tu l'effetto in corpo ce l'avevi. C'era il subutex che era un altro robo del genere, e poi c'era l'antaxone […] abbiamo deciso questa terapia con questo antaxone che praticamente prendendo questa pastiglia ti si bloccano i recettori e se tu se fai uso non arrivi a sentire l'effetto e però rischi di star male, quindi è un controsenso, non senti l'effetto, stai solo male e sembrava la cura esatta (M-M-13-eroina-cocaina)*

In particolar modo due intervistati, che hanno avuto molte difficoltà e sofferenza nel ridurre, sino a eliminare, la terapia con il metadone, riportano quanto sia critico assumere tale tipo di terapia, la difficoltà di far fronte alla riduzione della stessa e i dolori connessi in termini di sofferenza fisica.

> *Ho scalato la terapia del metadone che per me è stato un passo veramente grande. Sono stato un mese, mi ricordo ancora, il mese di dicembre sono stato malissimo. E per coprire con l'astinenza mi mettevano altri farmaci. È stata difficile anche dopo, perché passata l'astinenza dovevi scalare anche gli altri farmaci. Mi ero un po' ripreso, iniziavo a sentire le emozioni. Perché il metadone me le faceva sentire, ma non fino in fondo, avevo sempre questo tappo sulle emozioni e infine è stato tipo un risveglio […] (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *io mi ricordo benissimo al SerD di ******* quando stavo scalando il metadone io ci ho messo tre anni perché se per esempio vedevo in quel momento non avevo voglia di far la fatica di scalare dicevo al dottore "non ce la faccio e bisogna aumentare il metadone", facevo un colloquio di un quarto d'ora e ok. Nell'altro SerD, quando era il momento di aggiungere, togliere o modificare le terapie prima di procedere si faceva il colloquio, si insisteva. Oppure se io dicevo che volevo aumentare, prima di aumentare dovevo dimostrare che c'era veramente il bisogno, nel senso che io magari ce l'avevo messa tutta e non riuscivo. Invece al primo SerD non c'era una spinta un po' più forte nel.... come si può dire…erano più accondiscendenti "meglio che te ne stai buono, sì, sì, prendi la terapia, basta che te ne stai buono". E questo mi dispiace dirlo, però io una cosa che nei due servizi…questa è una cosa che ho notato (A-F-13-eroina)*

Altri intervistati riportano delle criticità rispetto alle terapie intese come rischio per persone che fanno uso di sostanze, pericolose "per i drogati", anche in virtù di usi impropri e inadeguati delle stesse.

> *Vedendo anche la mia situazione, vai al SerD, ti dà la terapia, il pensiero va a pensare solo alla terapia, e poi? ho visto tanti ragazzi che vengono al SerD a farsi dare la terapia e ho sempre visto che non ci sono mai stati problemi su questo, secondo me non va molto bene. Perché, se uno si fa il metadone, se lo fa in vena, magari il SerD te lo alza, ti dà il doppio. C'è sempre il rischio per me. In questa esperienza qua vedendone tanti... vedevo tanti ragazzi andavano a prenderlo per farselo e non la vedevo una cosa tanto sana... (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Io mai, mai ho preso la terapia come loro me la prescrivono. Io mi facevo le scorte e poi me le calavo tutte insieme, per cui non serviva a molto (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

> *Non dovrebbero dare metadone, il metadone e pericoloso per i drogati (L.-M-13-cannabis)*

Tutti gli intervistati, non solo coloro che hanno realizzato una terapia farmacologica, riportano di aver avuto esperienza di confronto con il medico del servizio, anche per quel che concerne le analisi delle urine. La relazione con tale figura non viene descritta in termini significativi da parte degli intervistati, non si evince una dimensione relazionale importante, ad eccezione dell'intervistata che presentava una dipendenza da psicofarmaci e che ha raccontato di essere stata seguita al SerD prevalentemente dal medico, unica figura che era di interesse per lei in quel periodo.

> *Il dottore era molto schematico. il Dottore diceva "tu fai uso di eroina, usi un grammo al giorno, bene tu hai bisogno di questo, questo e questo" basta finiva lì. Poteva esserci la paternale e la paternale del tipo "quella roba lì ti fa male qua e qua" e basta… un dottore che è fiscale, ti dà la cura, ti scala la cura e quando ti scala la cura che arrivi a zero è finita. Si lui ti scala la cura ma magari la testa è ancora ... con il dottore lo vedevi col camice, che ti dava le terapie, c'era questo distacco "io sono il dottore e tu sei il paziente" (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *Con il medico si parlava, cioè sì, "come stai?" Però si parlava della terapia dello scalaggio o dell'ipotetico aumento, si guardavano le urine come erano andate o magari mi chiedeva se dormivo. Sì insomma si faceva un'analisi, ma dal punto di vista proprio medico (A-F-13-eroina)*

> *Ho visto un dottore o una dottoressa all'inizio, ho fatto un po' di riunioni con lei e dopo lei e fa "te dovresti andare dall'AS sei giusto per lui" e dopo ho continuato con il ****** [*AS*] (L-M-13-cannabis)*

> *principalmente io vedevo ***** [*medico del SerD*] perché alla fine gli altri non è che mi dicessero più di tanto […] Un giorno lui si è rotto i coglioni di me e ha detto "adesso tu vai via, la terapia te la fai al CSM perché io mi sono rotto le scatole". A me andava bene sta cosa perché non lo sopportavo più, anche se effettivamente ci tenevo a lui, perché lui ci teneva un sacco a me. Diciamo che in tutto il tempo in cui mi sono drogata ho avuto a che fare con il medico, perché c'era bisogno di quello. Mentre adesso non lo vedo mai… (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

7.3.2.3 I colloqui e la relazione con lo psicologo

Dal racconto dell'esperienza e del percorso realizzato con il servizio per le dipendenze solo alcuni degli intervistati propongono la propria esperienza e le proprie riflessioni circa la figura dello psicologo e dell'eventuale percorso di sostegno realizzato entro il proprio progetto più ampio di cambiamento. Chi ha avuto esperienza di psicologi differenti propone delle riflessioni in termini

di confronto, mettendo in evidenza un approccio relazionale differente. C'è chi ha ritenuto tale figura particolarmente significativa e chi invece, tutt'oggi, la vede come enigmatica, non individuando il ruolo che ha avuto nel loro percorso.

> *Con la prima psicologa si partiva, magari si si parlava tanto del mio umore perché avevo degli sbalzi di umore allucinanti. Si parlava delle mie paure, dell'ansia…mi trovavo meglio perché lei aveva un'esperienza di un sacco di tempo, aveva un approccio moderno con il paziente e quindi con lei non riuscivo mica a fargliela, cioè nel senso, io a un certo punto ho interrotto con lei. Mi è successo lo stesso meccanismo di quando andavo al centro per l'ascolto, io non avevo più voglia di andare, quindi, gli dicevo che andava tutto bene, però vedevo che lei non ci credeva, cioè non gliela facevo e quindi ho voluto interrompere. Invece, con l'altra psicologa, una brava persona, solo che lei aveva un atteggiamento un po' antico con me, nel senso proprio le domande da questionario, senza un minimo, di personificazione della cosa. Quindi ci andavo perché ci dovevo andare. Però è un percorso psicologico che non mi ha lasciato quasi niente… (A-F-13-eroina)*

> *Vedevo la psicologa che mi faceva il colloquio ogni mese, adesso non ricordo il nome, è andata in pensione (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *La psicologa magari cercava di scavare un po' di più, però era una roba che.....Parlare con un psicologo per quello che mi ricordo non mi ha mai tratto beneficio a me, magari ha tratto beneficio per il percorso del SerD, nel senso magari serviva più a loro lo psicologo che a me. Cioè, penso magari per completare tutto il lavoro… si ecco lo psicologo nel mio percorso non sono mai uscito dalla porta dello psicologo che ho pensato "Sì, ho... sento qualcosa di diverso" ne sono sempre uscito come prima, solo che avevo raccontato qualcosa a qualcuno che era una sorta di palo…anche lo psicologo, nel mio caso è stato molto schematico, un classico confessionale che il giudizio non lo si traeva insieme ma se lo teneva solo lui quindi non ho mai capito in realtà lo psicologo di me cosa pensasse (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *[*Durante la comunità*] ho conosciuto la mia nuova psicologa del SerD, che anche lì poi è cambiata nel giro di poco, e quindi non c'è stato rapporto effettivamente […] Però io non ho, al di fuori del mio primo psicologo non ho neanche in mente non ti saprei dire se è maschio o femmina gli altri psicologi che avevo avuto di conseguenza non me lo ricordo neanche più. (S-F-14-cannabis)*

7.3.2.4 Sostegno e coinvolgimento delle persone significative nel percorso

Nel racconto dei percorsi di recovery realizzati emerge molto una prospettiva individuale, raramente nei racconti dei ragazzi intervistati si fa riferimento a persone significative presenti e di supporto nel corso della loro esperienza con i servizi. Genitori, familiari, amici vengono nominati principalmente nel raccontare della propria storia di consumo e dipendenza, molto meno nel raccontare della presenza, del coinvolgimento e del supporto ricevuto da persone significative lungo l'esperienza di cambiamento. Dove queste figure vengono nominate emerge, però, un riconoscere il sostegno ricevuto, anche solo in termini di presenza.

> *Io dico la mia famiglia mi ha aiutato, perché mi ha aiutato, ma l'80% l'ho fatto di mio. Ecco però quel 20% serviva…. Perché, se hai il 100% da fare da solo ovvio che è più complicata la cosa. Così come conosco anche gente, ragazzi che avevano attorno genitori, famiglie che mettevano il 100% per aiutarlo e in realtà hanno fatto un buco nell'acqua…. Anche la mia fidanzata mi ha aiutato a smettere con l'eroina (M-M-13-eroina-cocaina)*

> *[mia nonna e mia zia] sono state le uniche due, della parte della famiglia di mia mamma, che effettivamente si sono preoccupate, nel senso che poi sono le uniche che si sono rese disponibili a effettivamente uscirne fuori, a darmi una mano nell'uscirne fuori. Loro ci sono, ci hanno provato anche loro, mi sono sempre state a fianco. (S-F-14-cannabis)*

Ho fatto dei colloqui anche con l'AS e mia mamma, ma perché avevo anche dei problemi in famiglia, i miei erano separati, litigavo tanto con mio papà, (...) ne parlavo con l'AS e insieme abbiamo chiamato anche mio papà per parlare con lui, per capire (A-M-14-ketamina-cocaina)

Alcuni degli intervistati mettono in luce come ai genitori sia stato proposto un percorso per loro, in parallelo a quello dei figli, percorso che in alcuni casi è stato accolto. Un'altra intervistata invece mette in luce la necessità di maggiore attenzione e accompagnamento dei genitori degli adolescenti con problemi di dipendenza

[I miei genitori*] hanno fatto tre anni di sacrifici, tre anni di lavoro, tre anni di percorso pure loro, perché tutte le settimane vengono qua, tutte le settimane no, una volta al mese vengono qua, parlano con ******[*educatore*], parlano con ****** [*assistente sociale*], fanno tutto quello che devono fare, vanno ai gruppi dei narcotici anonimi dei genitori – con i genitori della gente che si fa ancora eccetera – e loro sono quelli messi meglio perché alla fine io ne sono uscita (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

*Venivano a trovarmi [*nonna e zia*] perché le cose le attività che facevano loro, cioè proprio loro come comunità che davano la possibilità anche di partecipare come famiglia, la mia famiglia non partecipava. E la mia famiglia... mio papà, mia mamma non ci sono e mia nonna comunque ha l'età che ha. Mia nonna e mia zia loro invece avevano i problemi loro, quindi, loro non hanno mai partecipato proprio per questo motivo, cioè, sono subentrati troppi problemi (S-F-14-cannabis)*

Bisognerebbe coinvolgere le famiglie in qualche modo e per esempio magari anche in maniera indiretta, nel senso, cioè, viene seguito il ragazzo però magari ascoltare anche il genitore, perché comunque io penso che se c'è un problema di relazione non è colpa neanche tutta del ragazzo e neanche tutta del genitore. Vuol dire che c'è qualcosa che non va, quindi magari creare anche uno spazio per i genitori; creare una rete fra servizio, paziente e famiglia (A-F-13-eroina)

7.3.3 Il percorso e le esperienze in comunità

In alcune delle esperienze degli intervistati, dopo un periodo più o meno lungo, vi è ad un certo punto la scelta di un percorso residenziale in comunità terapeutica. Cinque intervistati su sette hanno realizzato esperienze in comunità, in due storie si sono realizzati due differenti percorsi comunitari, a seguito del fallimento del primo inserimento. In quattro esperienze su cinque l'ultimo percorso residenziale vissuto si è concluso positivamente, con un reinserimento post comunitario andato a buon fine, senza la ripresa di comportamenti di uso di sostanze. Per uno degli intervistati il periodo in comunità ha rappresentato una tappa, a seguito della quale ha ripreso una frequenza cadenzata presso il SerD in cui aveva iniziato il percorso precedente. Tra gli intervistati una sta completando il periodo di monitoraggio con il SerD a seguito dell'esperienza in comunità e del rientro nel territorio d'origine.

7.3.3.1 Entrare in comunità: la scelta e le ragioni per andarci o meno

Per tutti e cinque gli intervistati l'inserimento in comunità è stato scelto, voluto e concordato da loro stessi – in un caso si tratta del secondo inserimento, in quanto il primo progetto residenziale è avvenuto in modo concordato con i genitori all'insaputa dell'intervistata.

Ho scelto io di andare nella comunità di San Patrignano. Sapevo che avevo bisogno di entrare in una comunità, ma non ero per niente entusiasta, avevo un senso di sconfitta, di depressione, cioè nel senso una cosa allucinante, però mi sono fidata. (A-F-13-eroina)

*[*quando l'AS mi ha parlato della comunità*] io gli faccio "ma sei fuori?" però dopo sono tornata a casa dopo un po' di giorni ho riflettuto perché ho visto comunque che coi miei andava ancora male, sempre a litigare, mi sono stufato, poi mi aveva lasciato la ragazza, il lavoro mi avevano licenziato perché andavo sempre fatto. Niente ho detto guarda "secondo me è meglio se vado in comunità, farò due annetti così e dopo quando ritorno vado avanti con la mia vita" … Gli ho detto all'AS "io voglio stare in una comunità dove non posso uscire". Cioè, nel senso, non c'ha senso che io esco il sabato, mi faccio, devo stare in una comunità dove non posso uscire, dove posso maturare bene (L-M-13- cannabis-cocaina)*

*Non mi erano ancora arrivati processi o cose da fare. Ero stato arrestato, mi avevano portato in carcere, ero solo in attesa dei processi. E quindi ho iniziato questo percorso perché comunque avevo un po' di paura, avevo iniziato anche a bucarmi nell'ultimo periodo e non pensavo assolutamente di arrivare a quel punto a vent'anni [*primo inserimento in CT, dopo 4 anni di SerD*, poi fallito e in seguito ripreso] (S-M-13-eroina-cocaina)*

*Sono venuta qui [*al SerD*], ho parlato con ******* [*medico*] e gli ho detto "Io voglio andare in comunità" … e lui lì mi ha detto "Ti ho trovato una comunità". Praticamente volevano mandarmi a San Patrignano, ma il tempo di attesa era di otto mesi, per cui io gli ho detto "Non esiste, o tu mi mandi adesso in comunità o io non ci entro più". Per cui loro hanno dovuto cercare, fare, sbattersi e alla fine hanno trovato una comunità a *******, ma non avevano mai mandato nessuno in questa comunità qua. Poi c'era il Covid quindi non siamo neanche andati a vederla, abbiamo fatto tutto via telefono. Però io dei colloqui che ho fatto con loro non me ne fregava un cazzo, non me ne frega niente, io devo entrare. Poteva anche essere una catapecchia, io dovevo levarmi dalla mia città, levarmi dalla gente che mi faceva male. Per cui gli ho detto "Guarda o me la trovi adesso, o non me la trovi più". Quindi niente poi sono entrata in comunità. Sono stata lì tre anni (M-F-13-psicofarmacieroina)*

Chi non è entrato in comunità esprime così il proprio punto di vista circa la decisione presa di realizzare un percorso nel proprio ambiente di vita, sebbene sia l'ambiente nel quale il consumo di sostanze ha preso inizio e si è consolidato

Rispetto al non andare in comunità avevamo fatto delle valutazioni. Queste valutazioni le avevamo fatte sia con la direttrice del Sert sia di più con l'assistente sociale. C'era l'opzione della comunità...questa era la mia idea.... L'idea di chiudermi in un centro e staccarmi dal mondo reale per stare lontano da cose e sapere che prima o dopo dovrò uscire da questa palla di vetro a me non ha mai emozionato come idea. Cioè era affascinante l'idea di andare in comunità perché la vedevo come una sorta di villaggio turistico.. Non sapendo, parlo da ignorante…chiudermi dentro questa palla di vetro e dopo prima o poi dover uscire e quando esco come sono? Riesco a uscire? Il passo devo affrontarlo comunque e allora tanto vale che sto qua. La mia idea era: mi chiudono praticamente in un edificio dove non ci sono sostanze, non ci sono persone che te le possono proporre ... sei chiuso lì. Nel momento in cui esco posso trovare in qualsiasi momento la persona che mi può proporre qualcosa, io dentro non ho sviluppato la mia forza di volontà di dire di no di testa mia perché non ho mai avuto occasioni dentro lì. […] io ho detto voglio imparare a cavarmela, a essere io con la mia testa a dire sì o no. Poi in realtà restando qua questo percorso è durato sette anni, magari in comunità un anno avrebbe funzionato! […] A me sembrava la scelta più giusta, di vivere la mia vita normale, come dovrebbe essere stata, al mio posto, si può dire senza vincoli, l'unico vincolo era che dovevo farmelo io nella mia testa, che dovevo vivere senza sostanze (M-M-13-eroina-cocaina)

7.3.3.2 La vita e le attività in comunità

Inizialmente il percorso in comunità, pur a fronte di una decisione presa da sé, ritenuta necessaria, utile, non è vissuto positivamente e facilmente, il contesto comunitario pone gli intervistati di fronte a nuove sfide e difficoltà e richiede loro del tempo per ambientarsi.

Ti rendi conto che sei in un posto dove non puoi far niente, non sei libero, devi sempre stare accanto a uno, devi stare là accanto a un altro, devi stare lì a parlare, parlare, parlare, non puoi mettere zitto perché sennò dicono che sei in botta, capito? E allora dopo ti dà fastidio

*quello, ti dà fastidio quell'altro, lo mandi a ******* e sono sempre stato problematico, anche lì in comunità. (L-M-13- cannabis-cocaina)*

È stato molto lento il mio percorso perché io sono entrata totalmente in chiusura, totalmente diffidente, quasi col pensiero che io lì non ci dovevo stare, quindi la prendevo come una costrizione, non come un momento positivo, magari da cui prendere anche qualcosa. Dopo all'incirca un anno mi è scattato qualcosa. Magari durante le ore di lavoro le varie cose pratiche che si dovevano fare ero bravissima, cioè nel senso io, la mattina lavoravo, facevo tutti i servizi che c'erano da fare e non rompevo mai le scatole. Il mio problema è quando si andava in fondo per cercare di capire come la pensavo, cosa sentivo, mi veniva proprio questa rabbia, diventavo arrogante. Non volevo dare risposte e loro sono arrivate lì e "guarda che se tu sei qui non è per lavorare, cioè o fare i servizi della comunità, quelli sono degli strumenti per la persona, però tu sei venuta qua per lavorare su te stessa, se tu non vuoi collaborare, cioè, è proprio sprecato il tempo che stai qui, quindi o cambi il tuo atteggiamento sennò per noi, cioè per noi te ne puoi anche andare, ma non l'hanno detto per cacciarmi via proprio per farmi capire che non andava bene quell'atteggiamento lì".(A-F-13-eroina)

Io sono entrata lì in depressione totale. Per cui ho fatto una scommessa diciamo per cui ho detto "io non voglio stare qua", perché poi non basta dire "voglio entrare", poi devo dire sì tutti i giorni, e io facevo molta fatica a fare sta cosa qua per cui ho detto "io non ho un cazzo da perdere, io voglio ammazzarmi, per cui se trovo qualcosa di decente qui dentro ci resto se non trovo niente io porto a fine quello che voglio fare e chi s'è visto s'è visto". È stato un inferno, un inferno, perché io ogni settimana facevo uno sclero potente, ribaltavo i letti, mettevo le mani addosso agli operatori, facevo di tutto. E la cosa che mi dava più fastidio era quando poi finivo lo sclero che mi lasciava una settimana di depressione, poi stavo bene relativamente un giorno e poi ricominciava il loop. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

Dopo sono entrato in comunità […] e io stavo male, sempre male, sempre male…Sono stato San Patrignano, sono entrato in comunità prima a Botticella perché è una sede a parte a Botticella dove fai una settimana dipende, di solito è una, può essere anche 15 giorni, due settimane per vedere se sei pronto ad entrare a San Patrignano, perché là ti mettono alla prova, ti dicono "stai zitto, no, pulisci, non puoi usare quello, non puoi usare quell'altro, non devi mangiare così, guarda che devi parlare dai, dimmi cosa c'hai? racconta, parla con gli altri, parla con gli altri" mamma mia, tutta una rottura di coglioni… In comunità è stata dura, ecco, è stata dura, perché io non facevo mai quello che dicevano (L-M-13- cannabis-cocaina)

Tuttavia, con il tempo gli intervistati riportano un cambiamento nel loro atteggiamento, nel loro modo di porsi e di vivere il contesto comunitario, con l'arrivo dei benefici del percorso e dell'impegno profuso.

*piano piano, conoscendo tutti e ascoltando le storie degli altri, anche ascoltando le storie della gente che comunque imprenditori che venivano lì a San Patrignano a raccontare la loro vita, a raccontare che ce la possiamo fare, che non è mai perduto. [*Ad un certo punto*] ho iniziato a fare tutt'altro, ecco ho iniziato a fare le cose fatte bene, andavo a scuola dopo al secondo anno ho iniziato scuola, ho iniziato calcio, andavo a lavorare al ristorante pizzeria lì. E dopo piano piano ho avuto le mie responsabilità, ho avuto la mia stanza, ho capito, però il bello era che io avevo sempre il mio obiettivo "quando esco fuori divento un imprenditore. Quindi dopo piano piano, ho fatto tre anni dentro la comunità, e dopo lì ho preso il diploma, dopo ho fatto amicizie (L-M-13- cannabis-cocaina)*

*Sono rientrato [*la seconda volta in comunità, la stessa da cui in precedenza era stato espulso*] e mi sono detto "Ho attraversato qualcosa, riproviamo a ricominciare tutto da capo e riprendiamo in mano". È stato ancora più difficile riprenderlo in mano, ma è stato difficile da una parte riprenderlo in mano, ma più facile perché ero entrato con un'altra condizione di percorso. Mi sono detto "Adeso il percorso di prima è andato male, adesso riproviamo". Ci ho messo tutto me stesso, ho dato tutta la fiducia di che potevo dare agli operatori e ai ragazzi che erano in percorso con me (S-M-13-eroina-cocaina)*

Le attività realizzate nel percorso in comunità descritte dagli intervistati appaiono essere molto variegate e diversificate, accomunate da due macro-aspetti. Attività ricreative, di socializzazione legate al tempo libero, alle passioni alla *loisir*, da un lato.

> *facevamo di tutto…le vere e proprie uscite che poi avevamo il cosiddetto gruppo avventura. Noi siamo andati su in montagna abbiamo fatto la ferrata, abbiamo fatto la canoa, siamo andati dentro in grotta, abbiamo fatto la ferrata dentro in grotta, abbiamo fatto la ferrata sul lago di Garda, abbiamo fatto l'arrampicata, abbiamo fatto tante robe, tantissime, un sacco di attività molto belle. Ma poi io nel mio caso specifico per la persona che ero io, a me avevano messo a fare attività anche durante l'estate anche con un'altra comunità. Cioè, io proprio ci avevo proprio dei giorni prestabiliti che prendevo e andavo in questa comunità e con loro facevo un altro tipo di attività, poteva essere ciclismo quindi andavamo in giro in bici per tutto il mare (S-F-13-cannabis)*

> *facevamo zumba, andavamo in spiaggia, facevamo qualsiasi roba…(M-F-13-psicofarmacieroina)*

E attività di riflessione, condivisione, sostegno, rielaborazione del proprio vissuto – individualmente e in gruppo.

> *1 ora a settimana col nostro terapeuta, poi comunque durante la settimana avevi tipo lunedì che avevi quasi 2 ore di gruppo di psicoterapia con la direttrice, e quindi là era più un livello di gruppo nel senso che poi poteva uscire anche la ragazza che se ne usciva fuori dicendo "Ragazze, io devo ammettere, ho tanta voglia di drogarmi ultimamente" (S-F-14-cannabis)*

> *La cosa importante è che facevamo due assemblee al giorno quindi 1 ora al mattino e 1 ora pomeriggio a parlare. Io a ***** facevo due ore di assemblea a settimana, di cui una era della casa per cui parlare delle cose che si rompono, dimmi l'utilità, e un'altra in cui parlavamo noi ragazzi divisi in due gruppi quindi io parlavo una volta ogni due settimane. Nel momento in cui devo parlare non c'ho manco voglia di farlo capito? […] mentre qua, in questa comunità in queste assemblee praticamente la cosa più importante, secondo me, è la questione dei giudizi ovvero se succede una cosa se ne parla, se c'è una cosa veramente se ne parla, tutti danno un giudizio tutti alzano la mano dicono "Perché hai fatto quella cosa lì? Perché ti sei comportato così? Cioè, capisci che stai esagerando". Per cui tu hai perennemente gente che ti vuole un bene dell'anima e che ti dice che stai sbagliando. O anche dalle piccole cose, chiedere per andare in bagno, chiedere per bere un bicchiere d'acqua, devi chiedere per qualsiasi cosa. Perché? Perché devi sempre stare in rapporto con qualcun altro. Perché se stai da solo non combini niente, è solo nel rapporto con qualcun altro che allora riesci a fare le cose (M-F-13-psicofarmacieroina)*

> *Il lavoro di gruppo, secondo me, è fondamentale, anche perché adesso mi ci trovo proprio dentro, mi piace fare gruppi, dare consigli e rispecchiarmi sugli altri e il mio, mi trovo proprio a casa. (S-M-13-eroina-cocaina)*

A queste si aggiungono le attività della vita quotidiana legate alla gestione degli ambienti di vita e al rispetto delle regole.

> *In comunità comunque hai dei ritmi, hai degli orari che devi rispettare, delle attività e delle cose che devi fare (S-F-13-cannabis)*

> *Allora, facevamo due ore di lavori la mattina e due ore di lavoro il pomeriggio, tipo lavanderia, stireria, cucina, tutto […] essendo io una persona instabile a livelli estremi, avere una routine così, orari così, cioè tu ti svegli alle otto, alle nove e mezza fumi la sigaretta alle dieci c'è l'assemblea è bellissimo, perché tu sai sempre quello che farai, per cui non ti viene l'ansia di sapere. Avere una routine così a me m'ha salvata. (M-F-13-psicofarmacieroina)*

Per due intervistati su cinque, l'esperienza in comunità si è interrotta prima del completamento effettivo del percorso e del raggiungimento di tutti gli obiettivi. Se in un caso questa interruzione ha rappresentato un momento di passaggio per poi iniziare un nuovo percorso comunitario nella

stessa realtà, nell'esperienza dell'altro intervistato la brusca interruzione del percorso ha rappresentato la chiusura dell'esperienza comunitaria.

> *dopo sono andato via male [*dalla comunità*]. Tre anni e mezzo tutto bene così, dopo un giorno ho iniziato a far cazzate, tipo a fumare di nascosto, perché non puoi fumare sigarette, non puoi fumare niente lì, no? A un certo punto ho iniziato a far cazzate, nel senso iniziato a entrare dentro a una segreteria a prendere 2 o 3 euro per darli a quello per prendere il pacchetto per fumare. Un giorno mi hanno scoperto e mi hanno detto "guarda, ti facciamo prendere il diploma, ma la patente scordatela". Dopo lì sono uscito e i miei erano un po' così, un po' delusi ecco. Però io ero ancora forte, ero ancora forte, nel senso ero ancora con i miei obiettivi. Ho iniziato a lavorare, ho conosciuto la mia ragazza... Però dopo 8 mesi ho iniziato a star male, perché ho iniziato a perdere di vista il mio obiettivo non me ne sono accorto e dopo ho riniziato a fumarmi le canne e ho ripreso ad andare al SerD con il ******** [*AS*] (L.-M-13-cannabis)*

> *Dopo un anno e due mesi è successo che entrato un ragazzo in comunità dal carcere, c'è stato un dibattito tra me e lui, ci sono stati degli spintoni e ci siamo messi addosso, non chissà che cosa, ma tant'è che il giorno dopo la comunità ha deciso di mandarmi fuori dopo un anno e due mesi. […] le mie le avevo combinate. Quando mi hanno mandato fuori io non sapevo dove andare. Non avevo soldi, non avevo niente… Però mi sentivo convinto, cioè, mi sono detto "Mi buttano fuori, me ne torno dalle mie parti, lavoro"… alla fine sono durato due mesi.. tutte le droghe sintetiche, ketamina, MD, LSD. Ho avuto questa ricaduta. Passati cinque mesi sono ricaduto di nuovo nella cocaina e nell'eroina. […] poi ho detto "Fermati, chiedi una mano", sono tornato al SerD e mi hanno chiesto "Vuoi tornare alla comunità **** [*quella dove era stato espulso*] e io ho detto sì, comunque la sentivo ancora come famiglia, anche se ero arrabbiato perché mi ripetevo "cavolo mi hanno buttato fuori" ma invece avevano ragione loro, non era il mio momento probabilmente. Dovevo sbatterci la testa i nuovo (S-M-13-eroina-cocaina).*

7.3.3.3 Il reinserimento dopo la comunità

Dove il percorso in comunità è proseguito positivamente, si realizza la fase conclusiva caratterizzata e finalizzata al reinserimento: gli intervistati raccontano le diverse attività ed esperienze realizzate quali esperienze di volontariato, ricerca del lavoro, frequenza di contesti scolastici, ricerca di posti in cui vivere.

> *Hai il tuo percorso residenziale, dopo inizi pian piano a staccarti, cioè a fare volontariato con i migranti, con questa associazione dove sono andato io, e inizi un po' ad uscire dalla comunità, a vedere come è all'esterno, pian piano, da persona nuova. E devo dire che mi ha scatenato tante di quelle emozioni a me il volontariato che veramente è stata una cosa forte. E poi c'è la fase di ricerca lavoro e reinserimento lavorativo (S-M-13-eroinacocaina) e c'è il gruppo reinserimento, un gruppo a parte, la sera dopo lavoro il giovedì quindi non si parla del quotidiano in comunità, si parla "a lavoro è successo questa cosa, mi si è accesa la lampadina". Si parla molto di cose più esterne e hai la possibilità di avere un confronto con persone che hanno fatto un percorso con te, persone che sanno la tua storia di vita e quindi ti conoscono (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Mi sono reinserita però il reinserimento l'ho fatto con l'aiuto dello chef del mio ristorante e la responsabile, quindi, sono stata comunque guidata da loro [*comunità*] per uscire. Insomma, non sono…ma ho preferito anch'io così non andare allo sbando, poi è una zona che non conosco…andare così alla cieca (A-F-13-eroina)*

C'è chi evidenzia le difficoltà della fase di reinserimento, a fronte delle maggiori probabilità di trovarsi a contatto delle sostanze

> *Il problema è dopo, quando tu arrivi al momento in cui effettivamente lavori su te stesso, quindi poi non dico che arrivi all'inserimento che sei bello fresco, perché anche all'inserimento, comunque, mi è capitato di vedere gente che prendeva e abbandonava dopo due tre anni di*

percorso…passi da un estremo all'altro e tanta gente proprio arrivati al reinserimento mollano, neanche mollano ma cedono. Sì, cedono perché è più forte di loro ti ripeto sei più a contatto con la roba quindi è là, secondo me è là che la gente dovrebbe lavorare di più. […] io mi trovavo in difficoltà ad andare a scuola. Perché? Perché avevo i compagni che si drogavano davanti a me e per me era difficile, non gliel'ho mai negato, nel senso che per me risultava più facile che avendo fatto una scuola di cucina mi era più facile dire di no a un bicchiere ok (S-F-14-cannabis)

magari andavo a ballare qua, non nei posti dove andavo di solito, andavo con i miei colleghi, comunque, persone nuove che non usano che sono persone completamente diverse da quelle che frequentavo prima… dopo anche l'operatore mi dice "È ora che un attimo ti calmi, perché magari ogni weekend andare a ballare sei a rischio". Mi hanno fatto notare questo. (S-M-13-eroina-cocaina)

Al termine del reinserimento c'è chi ha deciso di rimanere a vivere nel territorio della comunità che nella quale ha svolto il percorso, non ritornando nel proprio ambiente di vita precedente dalla propria famiglia. Altri invece sono tornati nel proprio territorio. Le motivazioni e le prospettive appaiono molto interessanti.

*per loro [*della comunità*] non c'era bisogno [*del SerD di monitoraggio post comunità*]. Allora sono stata io a insistere, e per carità da un lato ringrazio il fatto che ho insistito perché essere catapultati di nuovo in una realtà che tu hai già vissuto, ma sei una persona diversa e non sai come gestirla non sai come gestirti il tutto tra i sentimenti, i pensieri, le persone intorno a te. Quando ritorni dalla comunità devi imparare di nuovo a camminare o comunque a ricreare un contesto che è intorno a me sicuro e stabile, per me e mia figlia, e con delle persone che effettivamente sono stabili e costruttive. Essere sballottata un po' così, quella è, secondo me, soltanto una pecca, perché è stato tanto dall'oggi al domani e ho avuto poco tempo io nel fare il trasloco perché è stata una decisione presa all'ultimo. Sta roba a me ha pesato perché io l'ho sentita …secondo me il fatto che io quando sono tornata qua avevo ripreso a bere e avevo ripreso a bere tutti i giorni, che può essere anche due tre bicchieri, però ho ripreso a bere tutti i giorni. Secondo me ha avuto un suo impatto, che poi ho sentito il campanello d'allarme mi sono fermata è un altro discorso. Prima sono vissuta male... (S-F-13-cannabis)*

*Adesso, dopo anche le varie verifiche che ho fatto, […] ho deciso di non tornare più a vivere a *******, attualmente appunto, vivo sopra le colline, in un paesino tranquillo. Ho il mio lavoro, mi frequento con un ragazzo conosciuto lì a San Patrignano…e nonostante comunque tutte le difficoltà del caso, perché comunque approcciarsi ad una società da lucido e in un mondo che va super veloce che cambia sempre, comunque anche dover magari inserirsi nella società a trovare una casa, per il momento sto bene … Ho scelto un contesto piccolo anche per tutelarmi insomma, qui è proprio un paesino, non c'è niente, secondo me, si può dire come step iniziale andava bene, magari piuttosto di vivere proprio in città, andiamo un po' per gradi. (A-F-13-eroina)*

Ho trovato lavoro… ho finito il percorso con inserimento lavorativo. Quindi un anno e otto mesi di percorso. Ho trovato un appartamento con dei coinquilini, non della comunità, e sono rimasto qui vicino a vivere… ogni 15 giorni rientravo in comunità per fare un colloquio, con lo psicoterapeuta. Era stata una mia decisione, ma anche una proposta della comunità, all'inizio l'avevo proposto, poi siccome lo fanno spesso con le persone che finiscono il percorso, uno stacco non decisivo dalla comunità ma più graduale. (S-M-13-eroina-cocaina)

Il percorso in comunità è valutato dagli intervistati nel complesso positivo, pur a fronte di difficoltà, ricadute, tempi lunghi. Tutti i ragazzi che hanno completato il percorso in comunità positivamente riferiscono di aver mantenuto vivi i contatti con la comunità e con persone e operatori conosciuti in quel contesto, anche con occasioni di ritrovo, c'è chi parla di una seconda famiglia.

La comunità mi ha aiutato molto e io sono riconoscente di questa cosa…Come se avessi trovato una seconda famiglia […] io la chiamo casa perché è come se fosse casa mia, perché ho

passato tanto tempo qui dentro, tante emozioni, tante cose, tanti lavori fatti su di me e quindi io la chiamo casa. […] E c'è questo gruppo "Gruppo solidi" che è un gruppo di persone che hanno finito il percorso da una vita. Tanti hanno finito il percorso da 30 anni. Ci troviamo non tante volte l'anno, però facciamo delle uscite in montagna, ci troviamo a fare un gruppo insieme, non siamo solo quelli che hanno finito il percorso o sono ancora in percorso, ci sono anche familiari. Quindi mogli, figli, figlie. E quello anche lo vedo come un ricaricarsi le batterie. Ci si trova tre quattro volte all'anno (S-M-13-eroina-cocaina)

Io con loro sono tutt'ora in contatto perché, anzi, col fatto che ho lavorato per più di un anno nel ristorante della comunità e all'interno del ristorante, ci vanno i ragazzi a fine percorso, quindi che a un certo punto si reinseriscono. Anche ieri sera siamo usciti tutti insieme, siamo andati a mangiare una pizza, cioè nel senso quelle cose sane che magari prima non facevi (A-F-13-eroina)

Per cui adesso stare così per me è assurdo, nel senso che i tre anni di comunità sono stati i tre anni più belli della mia vita assolutamente. Se sono così lo devo a loro, veramente mi hanno salvato (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

io mi sono fatta cinque anni e da lì è, a parere mio, pesante. Perché già dopo il terzo anno…Arrivi al terzo anno che dici "Basta, basta, voglio, voglio, voglio tranquillità, voglio stare tranquilla. Non è possibile che se io vado su in camera deve arrivare la mia vicina, la mia coinquilina con altra gente, oppure arriva gente che corre il corridoio", insomma è stancante dopo un po'. Però è servito, è servito perché riconosco il lavoro che ho fatto. Riconosco comunque tutto il lavoro che ho fatto io da sola e anche io, con l'aiuto di tanta altra gente che può essere dall'operatore, il mio terapeuta, dalla direttrice, anche le mie compagne (S-F-13-cannabis)

7.4 La relazione con l'Assistente Sociale del SerD

> *Penso che il mio assistente sociale mi abbia dato… penso un padre, che in quel periodo mi mancava, mi ha dato quello che non c'era in quel momento, una casa, tutti i miei problemi. Io da quando avevo 15 anni ad adesso che parlo con lui [*il mio AS*] ci parlo in conversazione quasi come tra due amici, poi come da padre a figlio. Anche lui mi ha preso come figlio, non solo io come padre. Cioè, non è un rapporto come assistente sociale utente è un rapporto più naturale, non etichettato dal SerD, secondo me è quello di cui ha bisogno una persona, soprattutto giovane. Ha bisogno di un amico, di qualcosa familiare che non ha. L'AS dovrebbe dare alla persona qualcosa che non ha, che gli ha fatto avere certi problemi (Filippo, co-ricercatore, secondo incontro)*

Tutti gli intervistati nel corso della loro esperienza connessa all'uso di sostanze e di accesso ai servizi per le dipendenze, a prescindere dal percorso vissuto – ambulatoriale o comunitario – si sono interfacciati con l'assistente sociale del SerD. Pertanto hanno tutti in mente la presenza di tale figura all'interno dei servizi per le dipendenze, sebbene con consapevolezze differenti circa il suo ruolo. In alcuni casi la conoscenza e la relazione con l'assistente sociale è stata maggiormente presente, significativa, protratta nel lungo periodo e per l'intero percorso e viene descritta come elemento importante del percorso di fuoriuscita dalla dipendenza. In altri casi gli intervistati hanno fatto esperienza della relazione con l'assistente sociale secondo modalità più di sfondo, in modo parziale, indiretto e, dunque, circoscritto. A partire a tale premessa è possibile, comunque, rilevare e riscontrare degli elementi di comunanza tra gli intervistati circa la loro prospettiva sulla figura dell'assistente sociale e sulla relazione instaurata con essa, nonché approfondire gli aspetti relazionali e gli atteggiamenti che per gli intervistati sono stati positivi e significativi a fronte di altri ritenuti meno "di aiuto".

7.4.1 Relazione significativa vs assente

In alcuni casi l'assistente sociale non è una figura significativa, della quale ci ricorda o con la quale si è instaurata una relazione profonda, in un'esperienza emerge la "scomparsa" dell'assistente sociale durante il percorso comunitario, in un'altra esperienza la figura dell'assistente sociale è stata riscoperta nella fase finale, quella di monitoraggio con il SerD a seguito del rientro dalla comunità.

> *L'assistente sociale che mi seguiva nel primo SerD [*l'intervistata ha vissuto tre percorsi in due SerD differenti*] non me la ricordo neanche per farti capire, più che altro con lei avevo un rapporto che mi chiedeva un po' un resoconto del periodo… invece con l'assistente sociale del secondo SerD avevo un rapporto quotidiano […] era diventata non dico un familiare però una figura molto presente nella mia vita… da ******* [*AS*] ho ricevuto delle grandi cazziate ma è stata anche una delle persone che mi ha incoraggiata di più…. ****** che è stata la mia assistente sociale, ma anche ******, che è stata la mia educatrice, in loro ho trovato delle persone con le quali come approccio, anche se magari all'inizio un po' duro, sono riuscita ad aprirmi e sono riuscita a farmi aiutare, con loro ho creato un bellissimo rapporto (A-F-13-eroina)*

> *Ho realizzato che ******* era il mio assistente sociale quando è venuto in comunità a ****** per darmi il decreto che dovevo firmare [*prosieguo amministrativo*] Io prima non lo calcolavo di striscio perché essendo una tossica di merda non mi interessavano assistenti sociali, cose varie. Io volevo lo psichiatra per i farmaci […] adesso faccio più riferimento ad ******* [*educatore*] e ***** [*AS*], perché ****** è il mio educatore quindi parliamo di volontariato, io mi confronto con lui sulle cose da fare, ******[*AS*] uguale […] dalla fine della comunità ho iniziato ad averci più a che fare con loro due (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*
> *All'inizio ho avuto subito una bella impressione […] io poi non l'ho più vista finché non è passato uno o due anni dopo e quindi non è che c'è stato un rapporto effettivamente in cinque anni […] mi capitava di più di vedere gli assistenti sociali delle mie compagne della comunità, che li conoscevo io, e loro erano di Firenze, io invece ero si può dire dietro casa. Conoscevo di più loro perché loro erano là [*in comunità*] ogni tre/sei mesi. Per carità dipenderà anche dalla gravità... Io so che lei si basava sulle relazioni che riceveva dalla comunità, però allo stesso tempo non è la stessa cosa che è un confronto tuo, un giudizio tuo, perché io mi posso basare sul sentito dire però è meglio se crei una relazione… (S-F-14-cannabis).*

In alcune esperienze, in particolar modo quelle con un significativo e duraturo percorso ambulatoriale, la relazione con l'assistente sociale è stata particolarmente significativa e gli intervistati sembrano quasi identificare e fondere SerD e assistente sociale, mettendo in evidenza un percorso e una conoscenza duratura, con l'assistente sociale che diviene una figura di riferimento.

> *Ho conosciuto il ****** [*AS del SerD*] a 16 anni, perché i miei quella sera lì hanno iniziato a farsi 2 pensierini e quindi ho iniziato a conoscerlo… cioè non so se era a 16 anni, mi sembra di sì, però comunque ho conosciuto ***** [*AS del SerD*] […] con lui stavo bene, gli raccontavo tutto (L-M-13- cannabis-cocaina)*

> *Dopo un anno/sei mesi al SerD avevano detto che è non ero a rischio droghe, in realtà ero a rischio però io ero bravo, gliela rigiravo tanto.... Praticamente cosa è successo? Che io l'ho presa male e ho detto "io voglio continuare ad andare" perché mi sentivo quasi abbandonato, ho detto "cavoli li ho fregati però allo stesso tempo adesso mi frego io". Allora ho detto "Mamma voglio continuare ad andare al SerD" e io mi ero affezionato tanto all'AS e lui a me, con lui mi trovavo benissimo e allora ho continuato. (A-M-14-ketamina-cocaina)*

> *L'assistente sociale è la cosa che io ho usato di più del SerD: quando sono tornato di mia spontanea volontà sono tornato solo dall'assistente sociale… lui [AS] mi aveva proposto "vuoi fare altre cure? come vuoi smettere? Andiamo di là parliamo con la dottoressa? Vuoi prendere, vuoi andare in una comunità, vuoi provare qualcosa?" Mi ha messo davanti le opzioni, e io ho*

detto provo senza, intanto se possiamo solo vederci noi. Con l'assistente sociale era come di famiglia, come un parlare con un amico... un amico con la testa sulle spalle... perché gli amici che avevamo noi non erano così.... (M-M-13-eroina-cocaina)

Da parte di alcuni intervistati che hanno fatto un percorso in comunità e che non avevano avuto una relazione significativa con l'assistente sociale emerge una visione mutata nel tempo a fronte del percorso svolto e di una consapevolezza sopraggiunta che li porta a differenziare l'esperienza con l'assistente sociale a fronte di un prima e un dopo la comunità.

Uno non ci dà peso all'assistente sociale. Per noi ragazzi è un intralcio, è una persona in più che ti deve rompere le palle. Questo ragionando con la mentalità di una persona fuori. Io ora che ho fatto un percorso non posso dire questa cosa qua perché ci ho avuto a che fare da pulita. Quando uno non è pulito una roba c'ha in testa: la droga, tutto il resto non serve, è solo un rompimento (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

All'inizio l'assistente sociale non la vedevo come la vedevo adesso, io non volevo vedere l'aiuto. Adesso la vedo come una figura che ha dato veramente una mano (S-M-13-eroina-cocaina).

7.4.2 Dialogo e confronto con l'assistente sociale

I colloqui e i momenti dedicati all'incontro e alla relazione con l'assistente sociale sono descritti in vario modo dagli intervistati. In via prevalente gli intervistati riferiscono di colloqui orientati a "far ragionare", "riflettere", occasioni in cui approfondire la propria quotidianità, le proprie passioni.

Con l'assistente sociale non è che diceva "non devi fare così" ma ha sempre cercato di affrontare il discorso con il ragionamento. Cioè, voleva farti ragionare, farti arrivare con la tua testa… con il dottore non c'era nessun cambiamento: tu mi ordini ogni giorno una pastiglia, finché non la prendo.... e svanito l'effetto della pastiglia io devo prenderne un'altra. Invece l'effetto di un dialogo può essere a lungo termine perché puoi ricordartelo anche a distanza di vent'anni quell'effetto li. I medicinali sono utili per sopravvivere al momento, ma non sono fondamentali (M-M-13-eroina-cocaina)

Mi faceva ragionare sulle cagate che facevo, perché io ne facevo di cavolate e diciamo che analizzavamo dei punti insieme […] litigato con la morosa, con mia mamma, lo chiamavo per tantissime robe e anche se non mi diceva chissà cosa, comunque mi faceva piacere chiamarlo […] oppure lo chiamavo disperato dicendo "non ce la faccio più" e lui mi ha sempre detto "vieni qua domani che ne parliamo" e mi faceva ragionare (A-M-14-ketamina-cocaina)

Con me mi ricordo che l'assistente sociale scavava tanto nelle mie passioni, tipo che a me piaceva disegnare al tempo e mi incitava, mi spronava a disegnare che era una mia passione. Anche i motori erano una mia passione e lui cercava di spronarmi nelle passioni sane che può avere una persona […] abbiamo parlato tanto di famiglia, ha voluto conoscere la mia fidanzata (M-M-13-eroina-cocaina)

Molti intervistati riferiscono che con l'assistente sociale durante il percorso nel SerD parlavano di vari e differenti aspetti non sempre e non molto centrati sulla sostanza e sulla dipendenza in sé. Le relazioni con questa figura paiono essere costruite a partire da aspetti semplici e quotidiani a confronti su aspetti specifici della vita, come la famiglia e le relazioni affettive. Emerge come il non focalizzarsi unicamente sui problemi e sulle sostanze venga letto in maniera positiva da alcuni degli intervistati.

I dialoghi infatti erano non sull'uso delle droghe come poteva essere con un dottore, erano su fatti di vita quotidiana, cioè, si cercava di parlare ma anche solo tipo del parrucchiere. Però con questa leggerezza che c'era nel parlare delle cose, adesso non è che mi ricordo proprio i discorsi, però sono venuti con una leggerezza che magari è stata quella che ha fatto più effetto di altri discorsi […] Una buona cosa che ho trovato nell'assistente sociale è che era una persona che parlava con me come se io non avessi problemi. Cioè, sì i problemi c'erano, si discuteva di quelli ma non faceva di questo l'argomento degli incontri. (M-M-13-eroina-cocaina)

*Parlavamo sempre, della mia ragazza, della mia famiglia, del calcio, di tutto. Piano piano ho detto "mi son rotto le palle" [*di spacciare e della vita precedente] *... parlavamo della mia giornata, della mia settimana… ho iniziato a rivedermi, perché lui mi faceva sempre rivedere. (L-M-13- cannabis-cocaina)*

*L'AS mi chiedeva se stavo bene, cosa facevo durante la settimana, parlavamo del più e del meno, di tutto, le ragazze, cosa facevo con la morosa nuova… gli altri [*operatori*] due tre domandine e fuori… (A-M-14-ketamina-cocaina)*

Si parlava anche, comunque, di questioni dell'avvocato, magari della comunità, di tempistiche, era un discorso generale, oltre a come stavo io, come stava la mamma (A-F-13-eroina)

Io con l'assistente sociale parlavo anche tanto della mia ex, … le indicazioni, i consigli me li davano ero io che non li utilizzavo… Gli strumenti c'erano (S-M-13-eroina-cocaina)

7.4.3 Atteggiamenti e aspetti relazionali: elementi facilitanti e ostacolanti

> *Esce dal personaggio. L'AS deve uscire dal personaggio dell'AS, questo deve fare! Infatti lui [*il mio AS*] si mette di fianco a me, non si mette dietro la scrivania: è un messaggio che dai "non mi sento più forte di te, ti sono più vicino (Filippo, 2 incontro)*

A fronte delle esperienze realizzate e delle relazioni intercorse con diversi professionisti lungo il proprio percorso con il SerD – e in comunità – gli intervistati, riferendosi in modo prevalente alla figura degli assistenti sociali, ma anche considerando e richiamando altre figure professionali, mettono in evidenzia alcuni aspetti di carattere relazionale, atteggiamenti che hanno favorito sia la creazione della relazione, sia, ad un certo punto, hanno rappresentato uno degli stimoli della motivazione a intraprendere un percorso e a impegnarsi in questo. A questi si aggiungono elementi vissuti negativamente, ritenuti di ostacolo per la costruzione di una relazione di cui possano fidarsi e per un percorso positivo.

Gli elementi di criticità riscontrati e riportati dai ragazzi attengono in modo chiaro e prevalente alla presenza di un atteggiamento distante, rigido, o di una loro percezione di essere oggetto di giudizio negativo da parte di alcuni professionisti. Dove la relazione con l'assistente sociale non è stata particolarmente significativa – a fronte di un percorso quasi esclusivamente comunitario – vi è chi evidenzia che avrebbe preferito maggiore presenza e confronto diretto.

*tutti a parte ****** [*AS*] erano giudicanti, che proprio mi trattavano come dire "Ecco qua un altro tossico che è arrivato". Perché io da piccolo usavo i dilatatori, giganti, septum, ero dilatato, sembravo un tossico. Quindi posso anche capire…Mi guardavano un po' male, cioè "Ecco qua un altro di buono". Quindi mi veniva anche un po' dentro, poi io sono molto orgoglioso quindi facevo un po', non dico l'arrogante, rispondevo il giusto da rispondere…io li odiavo, andavo solo da ****** [*AS*], però gli altri già all'inizio non mi stavano simpatici, proprio non gli dicevo niente, con l'AS mi aprivo. (A-M-14-ketamina-cocaina)*

*[C*i vorrebbe*] un po' più di morbidezza da parte dei dottori: perché il SerD è un servizio di reinserimento: ti aiuta a curarti dalla tossicodipendenza e a reinserirti. Se trovo una persona che non mi aiuta a inserirmi in primis perché mi guarda e mi giudica… (M-M-13-eroina-cocaina)*

*Io so che lei [*AS*] si basava sulle relazioni che riceveva dalla comunità, però allo stesso tempo non è la stessa cosa che è un confronto tuo, un giudizio tuo, perché io mi posso basare sul sentito dire però è meglio se crei una relazione… io l'ho sempre vissuta così (S-F-14-cannabis)*

L'ascolto, il sentirsi ascoltati insieme alla percezione di una volontà incondizionata di aiuto appaiono essere elementi colti e percepiti dagli intervistati nella loro esperienza ed evocati come importanti. Molti intervistati nel raccontare della relazione e dell'esperienza con l'assistente sociale ricordano e riportano modalità, discorsi, atteggiamenti volti a spronare, sostenere, rinforzare, incoraggiare il loro percorso in primis ma anche le loro passioni e interessi, la costruzione della loro identità ancora in crescita.

*Per fortuna c'è gente come ****** [*AS*], lui è un grande, è stato un grande perché mi ha aiutato tantissimo! Mi ha fatto capire che io ce la posso fare. Mi piace suonare adesso […] grazie a lui (L-M-13- cannabis-cocaina)*

L'assistente sociale mi ha sempre fatto capire, mi ha sempre fatto vedere le mie potenzialità, se c'erano, se non c'erano, comunque magari svilupparle dove dovevo svilupparle…. Mi ricordo tanto il sorriso e la pacca che mi dava e mi diceva "sei forte", me la ricordo tanto perché quasi ogni incontro prima di uscire mi incoraggiava così. Lui quasi sempre dopo l'uscita c'era questo incoraggiamento, non sono mai uscito dalla sua porta, come è capitato con una dottoressa o con la psicologa, senza salutare. Questo incoraggiamento qua sul momento magari non gli dai peso, nel momento sono parole. Dopo se ci pensi tutte queste cose le vedo adesso che è passato del tempo, e le vedo con un occhio più maturo. Ma questa cosa l'ho vista solo con lui, da altri parti ho trovato sempre solo muri (M-M-13-eroina-cocaina)

Una cosa fondamentale, l'ascolto: cioè io al secondo SerD mi sono sentita ascoltata molto di più, ho ricevuto anche più cazziatoni, più prediche, perché comunque con me dal primo giorno sono sempre state belle dure, ma dure e per spronarmi, cioè un tipo di durezza per il mio bene e allo stesso tempo però se avevo bisogno c'era una disponibilità totale, cioè ho quasi un rapporto che hai con un genitore o con un familiare e quindi questo per me è stato fondamentale per creare anche una fiducia e non una chiusura speciale (A-F-13-eroina)

*[*L'AS*] aveva lo sguardo del tipo "Sì, ce la puoi fare, lo so che ce la puoi fare, ce la fai anche senza di me". Questa cosa mi mandava in confusione, è un bene perché aiuti la persona a spingersi, a provare, ma allo stesso tempo tu sai a cosa la persona sta andando incontro, lei no… (S-F-14-cannabis)*

C'erano dei confronti anche accesi con l'assistente sociale in certi momenti. Se non avesse voluto aiutarmi, magari queste situazioni non si sarebbero create perché avrebbe potuto pensare "cosa me ne interessa a me di te? fai quello che vuoi". Invece c'erano questi scontri anche ma erano scontri come tra due amici, che dopo terminavano sempre con … si arrivava sempre ad avere la riflessione comune (M-M-13-eroina-cocaina)

Riconoscere l'altro come persona, prendersi a cuore, mettersi in gioco in prima persona, "tenerci" appaiono essere elementi che gli intervistati hanno vissuto e percepito da parte di alcuni operatori, in prevalenza dagli assistenti sociali ma anche da altre figure professionali. Laddove, infatti, questi elementi mancavano sono stati evidenziati come criticità.

Ci teneva a me, parlo ovviamente del mio assistente sociale, come ci teneva a tutti quei ragazzi che ho conosciuto e che hanno frequentato lo stesso SerD. […] era come andare a trovare un amico, non lo vedevo come un'autorità dentro al SerD, come il dottore con il camice […] era una sorta di amico, quando entravo nel suo ufficio si alzava sempre dalla sedia per salutarmi,

ci si abbracciava delle volte, mi dava delle pacche sulla spalla, cavolate che sono fatte quasi a un amico più che da un ente (M-M-13-eroina-cocaina)

*Lui [*AS*] non mi prendeva come un numero ma proprio come persona, infatti, mi sono trovato benissimo con lui (A-M-13-ketamina)*

*Si vedeva che era preoccupata della mia situazione [*AS*], mi parlava da madre e io la sentivo (S-M-13-eroina-cocaina)*

Si è sempre posta in maniera non solo educata e cordiale, ma anche lo vedevi che era interessata… vedevi che era interessata a me […] e la cosa più importante è stare dietro alle persone, essere presenti. (S-F-14-cannabis)

*Mi sono sempre stati dietro tantissimo, tantissimo, tantissimo, [*gli operatori del SerD*] perché vedevano che mi stavo rovinando e gli dispiaceva un sacco questa cosa perché ero piccola. […] Il tempo vuol dire tanto: la costanza, il fatto di far venire il ragazzo più volte nel tempo, stare a seguirlo, far vedere che il SerD c'è, anche se magari tu non ne vuoi sapere, far vedere che comunque c'è qualcuno che ci tiene definitivamente, perché io lo vedevo tantissimo che loro ci tenevano (M-F-13-psicofarmacieroina)*

[L'AS] *È stato una persona molto, come dire, molto gentile, una persona che si è avvicinata a come con il solo fatto di chiedermi "come stai, come va?" ogni volta, anche il fatto di raccontare di sé, di raccontare della sua storia, di raccontare di lui. […] non gliene fregava del tempo… sai cosa faceva all'inizio? Io gli dicevo "andiamo a berci un caffè?" e andavamo a berci un caffè, andavamo fuori, andavamo a farci una passeggiata mentre parlavamo, perché così ti avvicini alla persona. Nel senso passeggiare solamente, andiamo a berci un caffè, andiamo a berci un cappuccino e il ragazzo sta meglio, perché si sente più tranquillo, più libero, più rilassato. Nel senso che non vado lì controvoglia, però quando sono lì, sto lì buttato sulla sedia e non parla; invece, se lo spingi a fare qualcosa, a passeggiare, a stare all'aria aperta a parlare intanto anche il ragazzo, piano piano può parlare, […] e il ****** [*AS*] ha fatto questo per un po' (L-M-13- cannabis-cocaina)*

Riguardando il proprio percorso a posteriori, con un nuovo sguardo diverso, molti intervistati hanno messo in luce nei loro racconti alcuni elementi che più di altri ritengono significativi, utili per l'aiuto a cambiare stile di vita. Questi attengono all'instaurare una relazione in modo autentico, portando chiarezza, mettendosi in gioco umanamente, con un interesse verso l'altro.

Parlare, mettersi in gioco, affrontare le cose in maniera chiara e trasparente. A me ha dato una grande mano (S-M-13-eroina-cocaina)

deve essere la bravura proprio dell'assistente sociale in base alla persona, di non usare lo stesso metodo o magari di provare vari approcci in modo che questa persona si apra. Non seguire per forza nel senso una teoria o una cosa teorica, ma mettersi un po' più a rischio a livello umano, nel senso metterci un po' del proprio. Però è difficile, lo so! (A-F-13-eroina)

*Con ******* [*AS*] era sempre a parlare di vari discorsi e lo vedi, lo senti che parla con il cuore […] secondo me dovrebbero esserci più persone così che aiutano, che cercano di capirli i tossici […] perché parlando scopri delle amicizie e dopo questa amicizia anche ti aiuta, ti aiuta a star bene (L-M-13- cannabis-cocaina)*

7.4.4 La rappresentazione della relazione con l'assistente sociale e del percorso con il SerD

Agli intervistati è stato chiesto, a conclusione dell'intervista e del loro racconto biografico, di provare a rappresentare la loro esperienza con il SerD e la relazione con l'assistente sociale in modalità sintetica, riassuntiva, con una metafora, un'immagine o una parola. Le rappresentazioni emerse portano a evidenziare la positività dei percorsi, pur a fronte delle criticità vissute e riscontrate, e gli elementi che essi hanno sentito come importanti. C'è chi ha parlato di relazioni ma anche di estraneità; chi ha utilizzato il termine famiglia o altre immagini che a questa

afferiscono. In tutte le differenti immagini o parole utilizzate, emerge un riconoscere un percorso condiviso, frutto non solo dell'impegno, della motivazione, della volontà che più volte gli intervistati hanno raccontato di aver messo, ma anche del necessario e fondamentale supporto, sostegno avuto nel tempo.

> ******* [AS] *è stato fondamentale. Per quei momenti, che magari avevo dei momenti di crisi…è stato un secondo padre… Perché mi dava sempre consigli. Mio papà, per carità anche lui è uno che dà dei consigli, però mio papà è più impulsivo, non ragiona sempre con la testa, è tanto nervoso. Invece del mio AS mi fido, se mi succede una cosa e lo chiamo lui risponde (A-M-14-ketamina-cocaina)*

> *[*Riferito all'intero percorso realizzato*] di tutto questo mi porto la relazione… perché alla fine se non fosse stato per la relazione non avrei fatto tutto quello che ho fatto. Più che altro perché so che qualsiasi roba, qualsiasi cosa, è sempre stata fatta per il mio bene, mai per il mio male. Per cui mi fido ciecamente. (M-F-13-psicofarmacieroina)*

> *[*il primo SerD*] non c'è stata relazione proprio. Cioè, mi verrebbe da dirti proprio due estranei. È come se fossimo proprio due estranei. Sì, sì, so come ti chiami. Ho una vaga idea di chi sei per sentito dire ma. Buongiorno buonasera. Nell'altro invece proprio un ciao proprio con enfasi, ti do il cuore in mano proprio… (S-F-14-cannabis)*

> *Forse la chiave è proprio a cercare di avvicinare. Avvicinare, penso forse sia la parola. Chi ha dei problemi con le sostanze vuole allontanare tutto, allontani te stesso, allontani la famiglia forse è proprio il compito dell'assistente sociale che lui deve riportare questa persona, cercare di avvicinarlo a quello che è il mondo. Quindi penso che sia avvicinare perché deve riportare quella persona nella società e non solo… Avvicinarlo e insegnargli quella che è la fiducia verso il mondo, verso sé stessi. Quindi penso che sia un compito difficile. Sì, riportare la persona all'umanità. Per quello dico usare anche un metodo che non sia robotizzato, che sia personale, perché io penso che sono guarita attraverso proprio l'umanità, cioè quando una persona mostra il proprio lato umano, non c'è cosa più bella, insomma. (A-F-13-eroina)*

> *La voglia, direi voglia, la voglia….il volere, voler fare, volere partecipare, volere parlare, voler rivivere, capito, voler diventare qualcuno, volere cantare, volere far sport….ti fa venir voglia, quando io sono andato dal ***** [AS] ha iniziato a farmi venire comunque voglia di parlare, comunque ho voglia di uscire, cioè mi ha fatto aver voglia di cambiare, perché ho deciso io alla fine di andare in comunità e lui mi ha fatto venir voglia di andare in comunità. Eh, quello devi mettere voglia nella gente secondo me, anche però se dopo ho capito, sta tutto in te, però, secondo me, a me ha fatto venir voglia di fare, voglia di diventare. Questa cosa per me è stata importante. Le è ancora oggi, secondo me, è importante, voglio non "devo, devo, devo", deve venirmi voglia. (L-M-13- cannabis-cocaina)*

> *Mi verrebbe subito da dire che sono come "di famiglia" perché io magari non ho avuto una famiglia modello, non mi sono sentito sempre nel posto giusto insomma…Già che l'assistente sociale ha pensato a me per questa intervista mi ha fatto piacere perché lei sa che a me piace dare la mia opinione, il mio contributo. E come mi ha chiamato che mi ha detto "C'è questa intervista e io ho pensato a te". Ho pensato che, cavolo, vuol dire che anche per loro i passaggi li ho fatti, la soddisfazione ce l'hanno anche loro adesso che hanno detto "Guarda *********, i suoi passi li sta facendo, li sta portando avanti con le sue difficoltà, con le mazzate che arrivano dopo anni". E penso che sia una bella cosa riconoscere, dare un contributo e poi vedere una persona giovane che ce la può fare, che ce la sta mettendo tutta. Anche loro avranno poi soddisfazione, e un po' d'affetto lo sento. Che comunque è da un bel pezzo che ci conosciamo, hanno visto i miei cambiamenti e riconosco le mie difficoltà, i miei punti di forza. L'ultimo colloquio che ho fatto lì erano più contenti loro di me. (S-M-13-eroina-cocaina)*

7.5 Cambiamenti e recovery

> *Nei momenti in cui la usi è il momento più bello: mille volte un orgasmo diventa, quindi figurati. Pensi devo e fai la cagata. Quando poi riesci a tirartene fuori e maturi e dopo ti ricapita davanti – perché poi ti ricapita davanti, ti ricapita, a me ancora adesso capita davanti – la guardi in un modo,*

> *io la guardo veramente in un modo… non vedo più l'istante in cui la uso, ma vedo tutti i problemi che verranno dopo, e non ne vale la pena. (Filippo, secondo incontro)*

Un area tematica interessante emersa dalla storia di vita degli intervistati e dal riflettere e raccontare il loro percorso attiene ai vari cambiamenti che hanno realizzato e riscontrato in sé durante e a conclusione del loro percorso. Chi ha fatto un'esperienza in comunità parla più esplicitamente di reinserimento sociale come fase finale del percorso e come simbolo di positiva riuscita e conclusione di quanto vissuto. In altri frangenti vi sono riferimenti meno diretti ma tutti volti a evidenziare la persona che si era e la persona che si è diventata, così come quella che si vuole diventare, evidenziando obiettivi raggiunti e nuovi obiettivi da raggiungere. Emerge una significativa consapevolezza dell'impegno profuso e dei cambiamenti emersi nella propria persona e nel proprio stile di vita.

Un primo tema emerso è connesso ad un aspetto chiave dei percorsi di recovery nell'ambito delle dipendenze cioè l'astinenza totale da tutte le sostanze. A tal riguardo le esperienze e le prospettive degli intervistati appaiono diversificate. Vi è chi riporta con la conclusione positiva del proprio percorso di aver interrotto l'uso di ogni sostanza, legale, illegale, dunque alcol e sigarette comprese. D'altro canto vi è chi riferisce che saltuariamente continua ad avere un uso di cannabis o alcol, ovvero sostanze identificate come non oggetto della loro dipendenza. Vi è infine chi sottolinea che a suo avviso il focus non è il comportamento di assunzione ma gli obiettivi che ci si dà nella vita.

> *Io ho smesso con tutto, anche con i farmaci per l'ansia…Adesso non sto più prendendo niente da un sacco di tempo, al massimo quando proprio mi viene l'ansia o faccio una tisana o prendo qualcosa a base naturale di erbe, però è più come si può dire un aiuto poi il resto cerco di farlo da sola (A-F-13-eroina)*
>
> *[*aveva smesso con l'eroina in precedenza*] Io ho tirato via l'alcol e ho tirato via tutto quello che poteva essere nocivo. Dopo due settimane che non bevo più ero talmente… mi sono sentito sicuro di me che ho smesso di fumare sigarette. E da lì ho smesso con tutto in sostanza (M-M-13-eroina-cocaina)*
>
> *Bevo... Da quando sono stata dimessa ho ripreso a bere […] adesso bevo saltuariamente, poi dipende, tipo adesso con questo caldo mi è capitato la settimana scorsa di bere coi colleghi, ieri che sono andata a salutare i colleghi che stavano bevendo, io per il caldo non avevo voglia mi sono bevuta una spremuta. Non ti nego che, se fosse legale, io riprenderei a fumare, ma perché effettivamente non ti può far tanti danni (S-F-14-cannabis).*
>
> *Le canne invece ho continuato a fumarle un po' perché mi facevano stare bene. Fatalità l'anno scorso hanno scoperto di avere l'ADHD… lì ho capito perché mi piaceva tanto la marijuana: perché avendo l'ADHD rilassava, mi faceva sentire più tranquillo, parlavo più scandito (A-M-13-ketamina)*
>
> *Non è fumarsi una canna che fa male, non è quello, è il comportamento per affrontare una vita, per davvero una vita, per avere qualcosa, tu devi avere qualcosa, devi volere qualcosa. Devi volere la patente, devi volere la macchina, devi volere la casa, devi volere una famiglia se vuoi una famiglia. Però devi essere consapevole di quello che fai perché, dopo tu dovrai decidere, dovrai decidere se rimane il ragazzino o essere un uomo (L-M-13- cannabis-cocaina)*

I giovani adulti intervistati raccontando dei loro percorsi di recovery tendono spesso a parlare di sé in termini temporali identificando un sé prima e un sé dopo il percorso realizzato evidenziando

quanto questo sia stato significativo e i cambiamenti avvenuti, messi in atto, vissuti e realizzati. Il percorso di riabilitazione e recovery pare prendere lentamente avvio lungo alti e bassi espressi nel corso della relazione instaurata con il servizio e delle attività, degli interventi avviati. L'obiettivo macro dei percorsi sembra essere espresso da questi giovani adulti come una ricerca di sé, un lavoro su sé stessi che porta a trovarsi, a definirsi, anche in considerazione della giovane età in cui hanno iniziato a fare uso di sostanze che li ha portati a ridurre, tutto intorno alla sostanze, le infinite potenzialità. A fronte di un percorso e di un cambiamento che viene espresso principalmente e prevalentemente dagli intervistati in termini individuali, e molto meno in termini familiari, sociali, di rete, allargato alle proprie relazioni e contesti di vita, ciò che viene evidenziato ampiamente sono i cambiamenti vissuti nella propria persona, nella propria identità, personalità e nel senso di sé. Molti intervistati hanno sottolineato, dunque, come il percorso sia stato fondamentale per conoscersi meglio e superare le proprie difficoltà. Ritorna spesso il sentirsi e vedersi come una persona nuova, rinata.

All'epoca avevo un gran desiderio di riempire sempre con qualcosa che non avevo. Per il momento sto bene, sono serena, però se mi dovesse servire un aiuto adesso, magari, non ho più paura di chiederlo perché, dopo che sei stato male una vita non ci vuoi più tornare così. Però, appunto, sono scelte queste. Io voglio stare bene adesso. sicuramente sono riuscita a conoscermi, nel bene o nel male e vedendo sia le cose belle, che le cose brutte. Sono riuscita a capire le mie potenzialità e quindi anche a trovare la mia strada (A-F-13-eroina)

È cambiato che ho avuto molto autostima nei miei confronti perché ho preso tanta consapevolezza delle mie capacità. Sono diventato un po' più egoista rispetto a prima, nel senso che prima ero egoista in un senso, adesso sono egoista in un altro, nel senso che adesso prima penso al mio benessere e poi penso a quello degli altri, ovviamente non togliendo del benessere agli altri. Però ecco ... Cerco di salvaguardare la mia testa, perché so che se la mia testa è buona per me è buona anche per gli altri. Non mi interessa più il giudizio degli altri, invece prima mi interessava, volevo che fosse negativo, ma mi interessava proprio questo invece adesso non mi interessa niente, né che sia positivo né che sia negativo. Io vivo per me stesso. Prima invece avevo bisogno del giudizio degli altri e non era un giudizio buono perché non cercavo di apparire come il ragazzo modello, cercavo di apparire così e volevo un giudizio, adesso il giudizio non lo cerco (M-M-13-eroina-cocaina)

Avevo questo atteggiamento un po' così perché comunque non mi ero creato una persona, come ti ripetevo prima mi ritenevo molto una persona bloccata a 16 anni […] Poi ho riconosciuto anche le mie difficoltà. Io qua dentro mi sono costruito tra virgolette. Cioè, io mi sento una persona nuova, rinata. E mi sento soprattutto una persona che non segue l'onda. Io sono così, una persona responsabile, una persona che cerca di essere il più coerente possibile, perché comunque nessuno penso che sia coerente al 100%. E quindi questa persona mi piace. Delle volte cerco di vederla anche da fuori e dico "Cavolo, volevo diventare questo e questo sono diventato". Secondo me volere è potere. Se vuoi diventare una bella persona, se vuoi diventare una persona che ritieni bella e non la persona che eri prima, una persona piatta, senza sentimenti, senza emozioni, senza responsabilità. Davo tutto per scontato. Invece poi la comunità mi ha aiutato molto e io sono riconoscente di questa cosa. Io adesso mi sento una persona nuova. (S-M-13-eroina-cocaina)

Adesso sono fermamente convinta che ci sia qualcosa di bello per me. E questa roba è pazzesca perché fino a qualche anno fa volevo ammazzarmi (M-F-14-psicofarmaci-eroina).

Se tu lavori effettivamente su te stesso i risultati li vedi. Cioè, io ne vado completamente fiera di come sono uscita io, per come ero io… sono cambiata nella gestione delle emozioni. Nel senso che ho i miei campanelli d'allarme sento quando io sto per arrivare al limite, quindi, in realtà il lavoro che ho fatto è sicuramente di conoscermi, di riconoscere me e riconoscere i miei campanelli d'allarme. […] Anche la costanza: non pensavo di avere costanza io, anzi avendo visto un po' i miei non pensavo proprio, e ti parlo proprio anche a livello di percorso,

nel senso che credo che sia come la scuola, anche il percorso stesso per me è stata la dimostrazione non solo a me ma anche ai miei, che, se io voglio posso iniziare e concludere qualcosa. E concluderla fatta bene, con soddisfazioni per me e per la gente intorno a me. E questo credo che mi abbia riempito parecchio (S-F-14-cannabis)

Ho apprezzato conoscermi e sapermi godere anche senza fare uso perché sono già fuori di mio!!! (A-M-13-ketamina)

Io sono una persona che c'ho una mia disciplina adesso, ma perché mi ha aiutato a San Patrignano (L.-M-13-cannabis)

Torna spesso in alcuni intervistati, in prevalenza coloro che hanno fatto un percorso in comunità, l'importanza attribuita al lavorare su sé stessi, sul comprendere le proprie emozioni e motivazioni alla base della propria sofferenza e come elemento su cui poi lavorare rispetto alla sostanza e alla dipendenza, vista come "punta dell'iceberg". In tal senso alcuni richiamano l'importanza di esperienze di volontariato realizzate nel corso del proprio percorso come occasione significativa di riflessione e opportunità importante nel proprio recovery.

Prima di arrivare proprio a lavorare sulla dipendenza era un lavoro tanto su me stessa, nel senso cerchiamo di capire da dove parte la rabbia, da dove parte il tutto cerchiamo la fonte di tutto che poi andiamo ad analizzare tutto il resto (S-F-14-cannabis)

*Ho fatto volontariato. Lo ritengo molto molto importante sia nel primo percorso che nel secondo. Faccio volontariato con i ciechi ipovedenti a *****. E ho conosciuto questa bella persona che abita qui a ****, ipovedente, ha quasi 60 anni e abbiamo costruito veramente una bella amicizia. Cioè, lui mi ha aiutato perché comunque anche nel periodo dello scalaggio della terapia io facevo il volontariato, anche se stavo male e riuscivo a dare un contributo all'associazione…Veramente ringrazio il volontariato che per me è stato fondamentale (S-M-13-eroina-cocaina)*

Nella mia comunità loro lavorano pochissimo sulla questione della droga. Per loro la droga non c'entra niente, perché loro sanno che prima della droga c'è stato un altro motivo, un'altra sofferenza. La droga è solo la punta dell'iceberg. E questa roba è bellissima, perché alla fine è vero. […] Per cui, nel momento in cui tu riesci a individuare il motivo e a capire il perché, automaticamente capisci il perché non lo devi fare. Perché una volta che hai risolto il motivo per cui è iniziato teoricamente non ci sono più motivi per farlo. […] ho finito un volontariato con dei ragazzi che hanno delle disabilità. Il mese scorso ho fatto un altro volontariato al DF, alla scuola dove mi hanno espulso, facevo tipo aiutavo i prof con i bambini. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)

7.5.1 Una valutazione complessiva sul proprio percorso: guardarsi con occhi nuovi

Complessivamente dai racconti proposti dagli intervistati con riferimento all'esperienza con il SerD, al rapporto con gli operatori, nonostante la presenza di alcuni elementi di criticità sperimentati e riferiti, emerge una valutazione positiva del percorso di recovery e dell'intera esperienza realizzata.

È stata un'esperienza che per me è stata mentalmente buona, perché sento di avere aperto nella testa tante cose… magari un'altra persona non può aver aperto delle visioni delle cose …Ovviamente se uno non fa uso non può sapere cosa ho provato… ho avuto esperienze che per quanto negative possono essere comunque considerate positive...Adesso che ho figli magari riesco a trasmettere queste cose positive ai miei figli. Io mi sono trovato bene, a me è servito il mio percorso per come l'ho vissuto io (M-M-13-eroina-cocaina)

Il mio percorso è stato spaziale!! Tosto però bello. (M-F-13-psicofarmacieroina)

Io non mi ritengo una persona guarita, una persona splendida. Io semplicemente adesso sono una persona con le mie difficoltà, conosco le difficoltà […] ho imparato ad aspettare, di non affrontare subito magari la situazione che potrebbe capitare […] adesso ci vado molto con i piedi di piombo […] ti insegnano a non dare per scontato nulla e, secondo me, è importante perché se penso di iniziare a dare per scontato qualsiasi cosa io mi ritengo già una persona che ricade proprio sulla sostanza di nuovo. Non dai mai niente per scontato. Questo ci può aiutare (S-M-13-eroina-cocaina)

*È servito, è servito perché riconosco il lavoro che ho fatto. Riconosco comunque tutto il lavoro che ho fatto io da sola e anche io con l'aiuto di tanta altra gente che può essere dall'operatore, il mio terapeuta, dalla direttrice, anche le mie compagne [*della comunità*]. È stata è stata una bellissima esperienza […] però è stato tanto intenso. (S-F-14-cannabis)*

Molti evidenziano i risultati, gli obiettivi e i cambiamenti raggiunti, che vanno ben oltre il solo aspetto dell'astinenza dal consumo di sostanze: dal lavoro, alla ripresa della scuola e della propria formazione, alla famiglia.

*Ho il mio lavoro, mi frequento con un ragazzo conosciuto lì [*in comunità*] ma il grande cambiamento l'ho avuto nella parte familiare, comunque intanto riuscire a perdonare comunque la propria famiglia perché come ho fatto i miei sbagli, loro hanno fatto i loro però, grazie a questi servizi è stato possibile aprire una finestra di dialogo…Adesso con la mia famiglia ho un rapporto che è meraviglioso (A-F-13-eroina)*

Avevo i miei obiettivi e quelli ho raggiunto. Quindi trovare un lavoro sicuro, pagare i miei debiti fiscali. Insomma ci sono stati tanti passaggi che mi hanno dato responsabilità. Prendevo il mio stipendio e iniziavo a pagarmi l'avvocato, i debiti in banca. Pian piano ho iniziato a mettere un po' di ordine e sistemare, anche questo per me è stato un passo veramente enorme […] dovrò andare in cerca della casa adesso, ho l'esame della patente di guida. Sono tanti obiettivi che sto ancora raggiungendo. Iniziando a leggere e iniziando ad avere una mentalità diversa, mi era anche venuto in mente di finire gli studi, finire l'ultimo anno o gli ultimi due anni, qualcosa del genere. Ce l'ho in testa perché anche a lavoro, ti danno possibilità di crescita (S-M-13-eroina-cocaina)

Io adesso inizio la scuola perché essendomi drogata come un drago, ho perso un sacco di anni di scuola, ho fatto due anni da privatista in comunità che ho cambiato indirizzo, e ora riprendo (M-F-13-psicofarmacieroina)

7.6 Indicazioni e suggerimenti per SerD e operatori

Gli intervistati nel proporre il proprio racconto di vita circa l'esperienza con i SerD hanno proposto – in alcuni casi spontaneamente in altri a seguito di stimolo – alcune riflessioni e indicazioni circa possibili accorgimenti che potrebbero essere implementati nei servizi e da parte dei professionisti che vi lavorano, anche con la volontà di aiutare altri. Volontà di aiutare gli altri che è stata espressa da tutti gli intervistati come motivazione che li ha portati ad accettare l'intervista. Come ben evidenziato da due intervistati non esistono risposte, modalità, soluzioni giuste, adatte sempre e comunque per tutti e questa rappresenta la premessa fondamentale che essi hanno fatto nel proporre le proprie riflessioni e considerazioni.

*Io non so io qual è il metodo giusto o sbagliato, […]. Per la mia persona con tanti anni di tossicodipendenza, con un carattere molto forte è servito una risposta forte dall'altra parte. […] Io faccio fatica ad avere un parere su questo [*cosa può essere più di aiuto, prevenzione*] perché magari ame non facevano nessun effetto, non mi creavano nessuna curiosità ma magari per altre persone sono efficaci. (A-F-13-eroina)*

Alcuni intervistati mettono in luce il ruolo fondamentale della motivazione, riconoscendo che sebbene i servizi possano mettere a disposizione strumenti, interventi, personale, fino a che non parte dalla persona stessa la volontà di cambiare, è difficile intraprendere realmente un percorso positivo.

> *Io la cosa che dico sempre che comunque una persona può avere tutti gli strumenti del mondo, però se non vuole lei, se non vuole scegliere chi essere, …quindi, secondo me, una cosa che magari è importante far capire alla persona la strada giusta che deve prendere e il perché. Perché finché una persona non prende coscienza di questo fa come me che mi sono trascinata per anni e dicendo alle persone quello che si volevano sentir dire, raccontandosi una marea di stronzate, però non si arriva da nessuna parte. Per me è importante questa cosa qua (A-F-13-eroina)*

> *Bisogna toccare il fondo, purtroppo, perché oggi non si ferma più nessuno. Cioè, uno non andrebbe mai in comunità per delle canne, psicofarmaci, perché sta diventando normale, capito, per cui uno non si pone neanche il problema che possa esserci un problema perché più diventa normale più uno si adagia. (M-F-14-psicofarmaci-eroina)*

Tra gli elementi che alcuni intervistati suggeriscono per favorire i percorsi di recovery di altri giovani ragazzi che fanno uso di sostanze, come è stato per loro, si trova la collaborazione di persone "esperte per esperienza" e la costituzione di gruppi di confronto.

Potersi confrontare con qualcuno che ha vissuto qualcosa di simile alla propria esperienza viene ritenuto importante, utile, di supporto anche nell'ottica di favorire un "mettersi in gioco" della persona all'inizio del suo percorso

> *Vedendo la mia situazione, vai al SerD ti dà la terapia, e poi il pensiero va alla terapia, ma poi? Avere un confronto con una persona che ha finito un percorso, avere un confronto con quella persona, secondo me, dà più consapevolezza del problema. Perché tanti possono dire "Tu non hai mai provato la sostanza, non sai come mi sento". Ma a me non puoi dirmi una cosa del genere, a me racconti la magia e ti vedo, se me la racconti te lo dico. Secondo me potrebbe essere utile a qualcosa, perché comunque so bene che, vedendo anche l'entrata in comunità, abbiamo circa un 30% secondo me è basso di fine percorsi, gente che veramente si mette in gioco (S-M-13-eroina-cocaina)*

> *Far parlare anche i ragazzi con i detenuti o creare delle occasioni che vedano la vita del carcere perché poi finisci lì o lì o all'ospedale o al cimitero, parlare proprio in maniera cruda di questo, ma non da farlo sembrare un compitino di scuola. Quindi magari creare delle collaborazioni non so come, tra il SerD e persone dele comunità che hanno finito il percorso e i professionisti, insieme così che magari aiutano a capire il ragazzo. (A-F-13-eroina)*

In particolar modo, l'aver vissuto percorsi in comunità, frequentemente caratterizzati dalla condivisione, dal confronto, dal supporto all'interno del gruppo, porta alcuni intervistati a suggerire tale modalità anche per i ragazzi che fanno un percorso con il SerD a prescindere dall'esperienza della comunità.

> *Forse ci dovrebbero essere dei gruppi. Cioè, mi viene da immaginare dei gruppi di persone che hanno finito un percorso con persone che frequentano il SerD, cioè, nel senso, che sono ancora dentro il mondo della tossicodipendenza. Quindi dando l'esempio, facendo vedere che è possibile cambiare. A me piacerebbe tanto fare una cosa del genere. Se il mio serd mi chiedesse "S. vieni e facciamo un gruppo?". Anche invitare persone che hanno finito il percorso, che stanno bene da un po' di anni o che hanno appena finito il percorso per raccontare la propria esperienza credo che dia più motivazione ai ragazzi (S-M-13-eroina-cocaina)*

Come evidenzia qualcuno, il confronto con persone che hanno già vissuto un percorso o con gli operatori del SerD stesso dovrebbe essere orientato a far realmente comprendere i lati negativi, le conseguenze, le difficoltà che si hanno dentro una vita che ruota attorno alle sostanze, anche riducendo il "fascino" che tale mondo esercita.

> *Più che parlare delle sostanze, parlare proprio di quello che ti porta a viverti dentro, una cosa personale… smantellare quel fascino che si crea addosso perché magari vedi una persona che ha fatto la strada e invece che sviluppare paura ti sviluppa un'attrazione (A-F-13-eroina)*

Altre indicazioni e suggerimenti fornite vanno più nella direzione di proporre esperienze concrete, di socializzazione, ampliamento di passioni e interessi, attività laboratoriali e contesti di vita, socialità "sani", "normali", lontano dalla quotidianità con le sostanze.

> *Per esempio al SerD ****** c'è una comunità diurna, me l'avevano proposta. Però, per esempio, tu alle cinque del pomeriggio sei in giro e il tuo tempo libero non è organizzato, se magari le comunità diurne organizzassero anche non so, vai a mangiare una pizza la sera cioè, oltre all'attività terapeutica di insegnare alle persone a fare anche la parte sociale, a fare delle cose diverse, cioè oltre alla parte terapeutica o magari lavorare durante il giorno ma creare anche una rete sana di persone. Attraverso che ne so, lo sport, la cultura, il cibo. Appunto andare a fare volontariato, la cura del verde, lavorare con gli animali, però, che non passi solo come un momento di lavoro, che magari uno può anche appassionarsi, si crea delle passioni delle cose diverse. (A-F-13-eroina)*

> *Un'altra cosa bella che potrebbero fare è una cosa tipo un corso. Un corso di chitarra, un corso di musica, un corso di qualcosa. Andare tipo fare domande ai ragazzi se vorrebbero fare qualcosa, un corso di qualcosa, perché in America le fanno ste cose qua, in America fanno proprio ste cose qua, ma gratis, cioè non fanno pagare i ragazzi, capito? "ti piacerebbe fare qualcosa? Usare il computer, usare la chitarra, fare pianoforte?" e poi magari tramite la musica trovano una via di uscita. Tramite la musica, tramite qualche lavoretto che gli piace fare, ma non dico solo musica, ma anche arte, dipingere, cioè perché a tanti ragazzi tossici piace fare soprattutto quelle cose lì. Secondo me l'arte, musica dopo…Non lo so se lo fanno qua al SerD perché io non vedo che lo fanno… (L.-M-13-cannabis).*

Molti intervistati suggeriscono riflessioni e aspetti connessi alla dimensione umana e relazionale degli operatori rispetto ai ragazzi con i quali si interfacciano, orientati a favorire l'instaurarsi di una relazione positiva e potenzialmente benefica per i singoli percorsi di fuoriuscita dalla dipendenza. Tra questi ritorna l'importanza di esserci, dimostrare di essere realmente interessati e preoccupati e trattare con umanità e rispetto.

> *Io sono un paziente e sono qui per farmi aiutare, però magari a volte è importante che non ti senti proprio solo il paziente, che crei una cosa un po' più personale, cioè comunque mantenendo una distanza, perché comunque non è che stiamo uscendo a bere una cosa, siamo fra amici però quando senti che sei una persona e non un paziente magari le cose possono andare meglio, per quello dico cambiare la dimensione anche magari usare dei metodi più moderni […] usare anche un metodo che non sia robotizzato, che sia personale… quando una persona mostra il proprio lato umano, non c'è cosa più bella. (A-F-13-eroina)*

> *Per me la cosa più importante è essere più presenti. Provarci sempre, continuare a provarci sempre anche quando l'altra persona non ne vuole sapere. Fa piacere vedere che c'è dell'interesse nel vedere come sta andando il tuo percorso. Che comunque ti interessa, che comunque non ti sei dimenticato di me (S-F-14-cannabis)*

> *Bisognerebbe che ci fossero più persone che fanno il loro lavoro col cuore come il ****** [*AS*] (L-M-13- cannabis-cocaina)*

7.7 **Discussione dei risultati**

A fronte dei sette racconti di vita circa l'esperienza con le sostanze e con i servizi per le dipendenze è possibile proporre alcuni elementi di riflessione.

Osservando in principio le storie di avvicinamento alle sostanze e all'instaurarsi della dipendenza e riprendendo lo schema dei fattori di rischio proposto da Canning e colleghi (2004) emerge la presenza sia di fattori di rischio ambientali sia connessi alle biografie personali. Appare centrale come l'esperienza di iniziazione e stabilizzazione del consumo di sostanze avvenga all'interno del gruppo dei pari: un gruppo composto da giovani adolescenti di qualche anno più grandi e già esperti nel consumo di sostanze. Rispetto al contesto scolastico e all'esperienza in termini di performance e riuscita appare emergere tanto un fattore di rischio quanto una conseguenza negativa dell'uso di sostanze in adolescenza (Rowe e Liddle, 2006; Ahmed, Saud et al, 2020; Schulenberg et al., 2005). In termini di fattore di rischio, sebbene con i limitati dati a disposizione, appare esserci nelle esperienze di alcuni degli intervistati un'esposizione rischiosa al consumo, e allo spaccio, proprio entro determinati contesti scolastici, e amicizie. D'altro canto il fallimento e l'abbandono del progetto scuola appaiono essere presenti nelle esperienze di sei intervistati su sette, mettendo in evidenzia come il consumo di sostanze in adolescenza e la dipendenza portano tra le prime conseguenze negative proprio l'interruzione degli studi. Dalle storie degli intervistati si rileva il ruolo ambivalente riscontrato nella letteratura rispetto alla disponibilità economica in capo ai giovani per l'acquisto di sostanze. Se in alcune ricerche è stato evidenziato come un basso status socioeconomico possa rappresentare un fattore protettivo a causa dell'indisponibilità di risorse per l'acquisto di sostanze (Pavarin, 2012), in altre, il vivere sotto la soglia di povertà è rappresentato come fattore di rischio (Lee e Clancy, 2020). Pur non avendo a disposizione elementi standard sullo status economico delle famiglie degli intervistati, dai racconti è emerso che tutti gli intervistati si sono avvicinati al consumo di sostanze e l'hanno mantenuto con strategie diversificate. Da chi lavorava e aveva qualche entrata economica a disposizione a chi ha iniziato ben presto a spacciare per procurarsi le sostanze. Da ultimo osservando le motivazioni che i giovani intervistati hanno riportato rispetto al proprio consumo e alla dipendenza, se da un lato si riscontra la presenza di curiosità e di sentirsi grandi (Testoni et al., 2001), con funzioni anche identitarie di appartenenza al gruppo, piacere, divertimento (Dionigi e Pavarin, 2010) emerse da alcuni intervistati, dall'altro si riscontra anche la volontà di contrastare emozioni negative, con finalità rivolte all'autocura (ibidem) in prevalenza nelle esperienze delle intervistate di sesso femminile con storie familiari di sofferenza e maltrattamento.

Rileggendo le esperienze e le modalità di primo accesso ai servizi emerge chiaramente come tutti gli intervistati siano identificabili quali *involuntary clients* (Trotter 2023; Trotter et al., 2020; Scarcelli 2022): tutti loro, infatti, hanno conosciuto il servizio per le dipendenze a fronte di un invio o di un accompagnamento da parte di altri soggetti adulti significativi, dai genitori ai professori. A fronte di percorsi compositi, multipli, a più riprese, inoltre, anche i momenti

identificati successivamente di avvio dei percorsi paiono essere sempre frutto di un accompagnamento ai servizi da parte di terzi, dai genitori all'autorità giudiziaria. Solo in un caso il secondo percorso ha preso avvio dalla volontà dell'intervistata, che aveva già avviato in autonomia un periodo di astinenza. In tale esperienza la presenza di una figlia minore è apparsa centrale. Pressioni di persone adulte significative o presenza di procedimenti e questioni legali appaiono comunque importanti nel garantire una presenza e una frequenza del servizio, pure laddove non convinta e non motivata da parte dei ragazzi ma fondamentale punto di aggancio nel momento in cui matura la volontà di cambiamento (NIDA, 2014; Chaim e Shenfeld, 2014) sino ad influire nel processo di rinforzo di una motivazione piena. Infatti, la presenza, o il timore, di contesti coercitivi, che includono provvedimenti dell'autorità giudiziaria ha rappresentato per quasi tutti gli intervistati un punto di svolta, come emerso in altri contesti di ricerca (Duke et al., 2021; Trotter, 2020; NIDA, 2014).

Le difficoltà di ingaggio degli adolescenti, atteggiamenti iniziali di diffidenza e non interessamento al percorso e al cambiamento proposto entro i servizi per le dipendenze emersi in letteratura (Chung et al., 2015; Chaim e Shenfeld, 2014; White 2012) paiono essere riscontrati anche nelle esperienze dei giovani della presente ricerca che frequentemente mettono in evidenzia simili atteggiamenti nei primi periodi di accesso al servizio, accompagnati dalla messa in atto di strategie volte al mantenere in essere l'assunzione di sostanze pure a fronte dei controlli operati dai servizi. Proprio con riferimento all'astinenza, nel lavoro con gli adolescenti che fanno uso di sostanze, in letteratura viene evidenziato come non sia necessario né auspicabile porsi come primo e principale obiettivo l'astinenza totale dal consumo di sostanze, rischiando altrimenti di favorire un abbandono precoce da parte dei ragazzi (McCambridge e Strang, 2004; Feldstein Ewing et al., 2013; Chung et al., 2015; Silvers et al., 2019). Nelle esperienze e nelle storie degli intervistati ascoltati emerge come pure a fronte di una frequenza continuativa negli anni dei Servizi per le Dipendenze, e la realizzazione costante di controlli delle urine, l'astinenza sia sopraggiunta solo verso la conclusione dell'esperienza con il SerD, non all'inizio. L'abbandono dell'uso di sostanze interviene infatti secondariamente nelle storie rilevate, solitamente quando sopraggiunge la scelta reale e motivata di intraprendere un percorso di cambiamento. Gli intervistati, parlando del proprio *recovery*, mettono maggiormente in rilevanza il senso e i cambiamenti significativi intercorsi nella loro vita. L'astinenza appare comunque, quando raggiunto, un aspetto importante secondo gli intervistati a fronte del pericolo per loro sempre presente di ricadute. Tuttavia evidenziano come il loro credere in loro stessi, il loro essere persone nuove, l'aver imparato a gestire emozioni, riconoscere i pericoli, il chiedere aiuto, frutto della relazione con operatori significativi e delle esperienze vissute, siano elementi importanti per continuare nella direzione intrapresa con la conclusione dei loro percorsi.

Un aspetto interessante appare essere la volontà emersa da parte di alcuni degli intervistati di continuare a essere supportati anche al termine del proprio percorso. Come rilevato anche da vari

autori (Dennis et al., 2014; NIDA, 2014; Gonzales-Castaneda & Kaminer, 2016) che sostengono la centralità della strutturazione di servizi che possano fornire un supporto e un'assistenza continua anche dopo il termine di progetti di recovery in termini di "*aftercare*". Dalle interviste ai giovani adulti emerge, in tal senso, una non piena e definitiva chiusura dei percorsi e dei rapporti con i servizi a conclusione del percorso. Nelle loro parole si riscontra sia la presenza di un lungo periodo di monitoraggio a seguito dei risultati positivi di recovery raggiunti e una sorta di mantenimento della porta aperta verso i servizi, cui chiedere aiuto nel caso del sopraggiungere di criticità.

In tal senso si rileva ed appare come centrale l'aspetto di aiuto sperimentato nei servizi. Proprio la relazione di aiuto e gli atteggiamenti relazionali vissuti e percepiti dai giovani intervistati come facilitanti rappresentano un dato molto interessante che si pone certamente in linea con la letteratura di riferimento (Howe, 1993; Partone e O'Byrne, 2005; Leonetti, 2012; Denhov e Topor, 2012). Dai risultati delle interviste è emerso come nella prospettiva dei giovani ex service users in adolescenza rispetto al rapporto con i servizi, alla loro fuoriuscita dalla dipendenza, un aspetto cruciale sia rappresentato dalla presenza, dall'esserci, interessarsi, prendersi a cuore, senza secondi fini, mostrato dagli operatori sociali. Questo interessarsi disinteressato, esserci, preoccuparsi per il loro benessere appare essere un elemento che, a posteriori, è riconosciuto e apprezzato. A prescindere da quale sia il professionista che manifesta questo interessamento, il sentirsi preso a cuore, non giudicato, etichettato per i propri comportamenti è descritto come un aspetto prezioso e significativo delle proprie esperienze di recovery. Nella diversità delle esperienze e dei percorsi vissuti dagli intervistati – alcuni unicamente ambulatoriali, altri sia ambulatoriali che residenziali – è possibile riscontrare come tendenzialmente tale atteggiamento di accoglienza, di non giudizio, e di interessamento umano, provenga da "operatori sociali": in alcuni casi dagli assistenti sociali, in altri dagli educatori delle comunità. Si tratta di due figure ritenute più frequentemente significative rispetto alla propria esperienza. Tali elementi richiamano la "*care*" tipica e caratterizzante il lavoro sociale e gli operatori sociali come sottolineato anche dalla prospettiva relazionale (Folgheraiter, 1998; 2004; 2011).

Ancora, molto interessante appare essere il percorso di recovery emerso dai racconti degli intervistati. In primo luogo emerge un recovery inteso tanto in termini di esito – sei intervistati su sette hanno totalmente smesso l'assunzione di sostanze – quanto in termini di processo, facendo dunque riferimento ai cambiamenti intercorsi nella propria vita, in termini di benessere individuale e sociale (Anthony, 1993; Gagne et al., 2007; Harie e Skinner, 2014; Folgheraiter 2011). Dagli obiettivi raggiunti, dalle descrizioni di sé che gli intervistati hanno proposto nel loro racconto rispetto a come erano prima e come sono ora, dopo il percorso di recovery emergono traiettorie in linea con la definizione di recovery nelle dipendenze proposta da White e Kurtz (2006) «un processo attraverso il quale gravi problemi di alcol e altre droghe sono risolti in tandem con lo sviluppo della salute fisica, emotiva, ontologica (spiritualità, significato della vita),

relazionale e occupazionale» (p. 23). Durante il processo di recupero dalla dipendenza, la percezione di sé e la descrizione di sé subiscono cambiamenti significativi. Inizialmente, gli intervistati mostrano una percezione di sé negativa, tuttavia, man mano che si impegnano in un percorso di cambiamento vi è un aumento degli investimenti nel percorso di recovery e lo sviluppo della motivazione. Il coinvolgimento nelle attività proposte dai servizi porta ad una trasformazione nella percezione di sé iniziando a lavorare su sé stessi e sulla propria storia. Questi cambiamenti riflettono un'evoluzione positive nell'immagine di sé e contribuiscono al processo di recupero complessivo. La trasformazione complessiva della percezione di sé è evidenziata dal maggiore impegno nel processo di recupero e nel cambiare la propria vita in meglio. Molti degli obiettivi raggiunti dagli intervistati attengono all'area dell'identità, della stima di sé, della gestione delle emozioni, del riprendere/raggiungere obiettivi scolastici, dell'inserimento lavorativo, nonché della fluidificazione di relazioni che in precedenza, per alcuni degli intervistati, erano descritte come difficili. Altro elemento significativo in connessione al recovery è emerso in relazione alle attività e agli interventi da implementare per il recovery: attività laboratoriali, esperienze di socialità, attività sportive, contesti sociali e relazionali lontani dalle sostanze sono elementi sottolineati da molti degli intervistati come auspicati per i percorsi nei servizi per le dipendenze dei giovani adolescenti (Simmons et al., 2008; Lindstrom et al., 2015; Lamartora 2021; Antonini et al., 2023). Da ultimo, il percorso e l'esperienza dei giovani ascoltati circa l'approccio alle sostanze, lo sviluppo della dipendenza e in seguito il percorso di recovery vissuto sembrano andare nella direzione di agency e lettura della dipendenza in termini sociali e relazionali riscontrata nel lavoro di Folgheraiter (2004). I racconti dei giovani intervistati mostrano la presenza dell'intenzionalità nella fase iniziale di sperimentazione delle sostanze e "ingresso" nella dipendenza. Tutti i ragazzi, benché giovanissimi e inseriti in gruppi che hanno favorito la sperimentazione delle sostanze, hanno messo in luce la propria scelta. Nella fase della dipendenza, quando i ragazzi raccontano la quotidianità di uso, consumo, le strategie di reperimento delle sostanze, ma anche pensieri circa la possibilità di smettere, emerge sempre la presenza di tracce di volontà e agency, sino all'arrivo dell'*insight*, che porta, nel processo di recovery, al rimettersi in moto dell'agire riflessivo caratterizzato da finalità differenti dal consumo di sostanze.

Infine, in linea con la prospettiva relazionale di lavoro sociale (Folgheraiter, 2007; 2011; Raineri 2011) appaiono essere le indicazioni fornite dagli intervistati alla luce delle loro esperienze nei servizi. Gli intervistati in virtù della loro esperienza sottolineano l'importanza e la centralità data dalla condivisione, dal racconto e dal confronto tra le esperienze, tra persone che le hanno vissute e le stanno vivendo. Richiamando quindi la centralità del coinvolgimento di "esperti per esperienza" all'interno dei servizi e dunque della valorizzazione del sapere esperienziale di chi ha vissuto un percorso di recovery e può rappresentare un sostegno integrativo al sostegno e all'aiuto

professionale. Molti degli intervistati stessi si sono in tal senso proposti in prima persona per realizzare azioni di supporto entro i contesti di aiuto nei quali hanno vissuto il loro percorso.

Conclusioni

Al termine del progetto di ricerca implementato e presentato si ritiene importante mettere in risalto alcune riflessioni conclusive ritornando alle domande di ricerca e agli obiettivi che hanno guidato il lavoro empirico.

La prima ricerca ha preso avvio con l'intenzione di quantificare e descrivere l'utenza adolescenziale-giovane adulta (under 24) con una presa in carico nei SerD della Regione Veneto. A fronte della percezione di alcuni assistenti sociali operanti nei SerD ci si è chiesti quanti giovani fossero presenti nei SerD, come si caratterizzassero le loro prese in carico e se ci fosse una diffusione trasversale nel territorio regionale del fenomeno. Grazie all'analisi secondaria condotta sui dati delle cartelle sociali informatizzate di tutti i SerD della Regione Veneto afferenti al quinquennio 2017-2021 è stato possibile osservare una presenza in crescita negli ultimi cinque anni e distribuita equamente nelle differenti A.Ulss in proporzione alla popolazione di afferenze delle stesse. I dati hanno confermato la percezione vissuta dagli assistenti sociali di un continuo aumento delle prese in carico di giovani under 24, in particolar per quel che concerne i ragazzi dai 13 ai 15 anni – nonché i dati a livello nazionale. Emergono alcune tendenze circa le sostanze di consumo e dipendenza: l'ampia diffusione della cannabis come droga primaria e la minor rilevazione dell'abuso di alcolici, aspetto che, all'esito dei risultati raggiunti a conclusione del presente lavoro di indagine, pare possa essere sottostimato/sotto problematizzato e pertanto richieda un necessario approfondimento in ulteriori esperienze di ricerca. Il policonsumo e la polidipendenza sono accertati solo in parte; tuttavia, nelle cartelle sociali in cui sono presenti più sostanze, la sostanza primaria è la cannabis, elemento che pare essere a sostegno della Gateway Theory secondo cui il consumo di cannabis rappresenta una prima porta d'accesso al mondo delle droghe (Kandel 1992; 2002; Vanyukov et al., 2012). Si è riscontrato, inoltre, il ruolo agito dalla variabile genere nell'influenzare aspetti quali la durata del percorso e la tipologia di sostanze. Le ragazze consumano in prevalenza cocaina ed eroina, presentando percorsi di più lunghi e con un numero maggiore di prestazioni rispetto ai coetanei. Similmente, come emerso anche dalle interviste con gli assistenti sociali, i percorsi dei ragazzi più giovani appaiono essere più complessi rispetto a quelli dei ragazzi meno giovani: presentano infatti lunghe prese in carico e un numero significativamente maggiore di prestazioni. I dati mostrano un'influenza significativa del fattore genere e del fattore età che potrebbe essere approfondita con ulteriori indagini empiriche. Da ultimo, anche la cittadinanza risulta influenzare il percorso presso i SerD: coloro che hanno una

cittadinanza non italiana ricevono meno prestazioni e la durata della presa in carico è inferiore. I dati disponibili non consentono di motivare con certezza tale risultato che potrebbe indicare tanto percorsi "più virtuosi" quanto percorsi più complessi e la presenza di elementi culturali condizionanti l'accesso e il lavoro con persone con background culturali differenti. Si ritiene dunque che ulteriori ricerche potrebbero andare nella direzione di approfondire le esperienze nei servizi per le dipendenze dei giovani con cittadinanza straniera.

La seconda ricerca, di approccio partecipativo e orientata a rilevare esperienze e opinioni degli assistenti sociali dei SerD e di giovani con esperienze in adolescenza in tali servizi, ha voluto indagare e approfondire le prospettive dei due poli della relazione di aiuto osservata al fine di poter ottenere un quadro più completo dell'oggetto di studio.

> *Il rapporto con ragazzi adolescenti ti lascia sempre quella speranza di dire ci può essere un lieto fine. Ecco io ho sempre questa sensazione quando lavoro con loro di dire che mi ritengo proprio privilegiata, pur nella sofferenza che ti portano perché ripeto quelli che arrivano qui da noi non sono ragazzi che stanno bene, ma hanno una potenzialità di poter scrivere un bel finale (Int11-F-31)*

Un aspetto iniziale cui la ricerca ha cercato di dare risposta è se fosse presente una relazione di aiuto specifica all'interno di un contesto come quello dei SerD ad alta rilevanza sanitaria, tra assistenti sociali e adolescenti e con quali peculiarità. La percezione che ha guidato l'avvio della ricerca, infatti, era connessa ad alcune realtà in cui gli assistenti sociali nei SerD svolgono unicamente un lavoro di tipo amministrativo, un "aiuto chiuso" con l'erogazione di prestazioni sociali (Folgheraiter, 2007b; Raineri, 2013) senza entrare in una dinamica relazionale diretta con l'adolescente. Questo ha portato a chiedersi quali caratteristiche potesse avere la relazione di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti, ove tale relazione fosse messa in atto. Dalle esperienze rilevate è emerso in modo chiaro come all'interno dei SerD gli assistenti sociali abbiano una relazione con gli adolescenti, sebbene con profondità e in fasi del percorso differenti. Infatti, in alcune realtà tale relazione è risultata come "secondaria", "indiretta" e "parziale" legata a specifiche prestazioni e contesti: una relazione che si instaura solo in riferimento alla presenza di una rete di servizi coinvolti e/o del sopraggiungere di un intervento dell'Autorità Giudiziaria. In altre esperienze, invece, la conoscenza e la relazione prende avvio sin dai primi momenti di accesso al SerD e li accompagna in tutto il percorso di recovery. Nelle modalità con cui gli assistenti sociali si relazionano con gli adolescenti, si riscontrano approcci e prospettive differenti: vi è chi mostra una maggiore consapevolezza e sicurezza nell'avvicinarsi a questa età della vita, anche avvalendosi di creatività e "uscendo" dagli stretti confini di ruolo – aspetti coerenti con la letteratura analizzata (Topor, 2021; Denhov e Topor, 2012). Gli intervistati dichiarano a volte "di non sapere" e "di non conoscere" le sfaccettature del mondo che circonda gli adolescenti: questo permette di non porsi in una relazione segnata da una superiorità nell'identificare soluzioni precostituite alle situazioni dei ragazzi, bensì di mettersi in una posizione di ascolto ed in esplorazione, riconoscendo che il percorso può essere deciso e costruito congiuntamente. Questo

aspetto è peculiare nel lavoro sociale ed è valorizzante la persona, il suo sapere esperienziale e la sua capacità di azione e dunque autonomia e autodeterminazione (Folgheraiter, 1998; 2011; CNOAS, 2020). Anche dalle metafore utilizzate dagli intervistati nel descrivere il proprio agire professionale in relazione agli adolescenti nei SerD emerge il riconoscimento di una relazione di reciprocità, in cui l'aiuto non è un qualcosa che viene dato in senso unidirezionale dal professionista, bensì un qualcosa di reciproco e bidirezionale, in cui aprirsi ad un continuo apprendimento (Folgheraiter, 2011) per stare al passo con i tempi e con i cambiamenti della vita, riconoscendo che è proprio al mondo della vita che l'assistente sociale focalizza ed allarga l'osservazione.

> *Gli adolescenti ti obbligano a rivedere quelle che sono le tue abitudini, il tuo modo di lavorare (Int2-F-7)*
>
> *Ho imparato tantissimo da loro: tutto ciò che ho fatto, l'ho fatto perché mi hanno dato loro l'input senza saperlo (Int4-F-28)*
>
> *Mi viene in mente un cannocchiale. Nel senso che spesso e volentieri ci focalizziamo su un aspetto di vita del ragazzo. Magari questa cosa la vediamo anche in modo approfondito però ci manca tutto il contorno. Avremmo bisogno di un grandangolo! (Int5-F-19)*

Emergono in modo trasversale alcuni elementi e indicazioni di carattere metodologico tipicamente qualificanti il servizio sociale e la professione di assistente sociale.

Si rileva una certa ambivalenza tra quanto gli assistenti sociali intervistati, da un lato, propongono come modello di riferimento e quanto nella pratica, dall'altro, faticano ad applicare per cause imputabili sia al contesto socio-sanitario, sia a una fatica nel rappresentarsi al servizio con le proprie specifiche competenze e prospettive. Dunque, con riferimenti più o meno espliciti ad una lettura fondata su approcci sistemici ed ecologici, quasi tutti gli intervistati hanno riportato l'importanza per ogni fase del processo di aiuto – costruzione della relazione, assesment della situazione, progettazione e intervento – di mantenere uno sguardo e una prospettiva che non guardi al singolo individuo slegato dal proprio contesto di vitta e nemmeno ai singoli aspetti problematici, "ai sintomi" - come altri professionisti di carattere clinico – bensì utilizzando una visione sociale, sistemica, ecologica intesa come un considerare la persona-in-ambiente, inserita in contesti sociali, istituzionali, culturali che hanno un'influenza su quella che è la sua situazione e su quelle che possono essere le risorse per affrontarla. Questo approccio appare però difficile da concretizzare all'interno di contesti organizzativi a carattere socio-sanitario in cui tende ad essere prevalente una cultura di carattere medico. Per l'assistente sociale è, infatti, importante avere un focus sulle criticità, sugli elementi di rischio, ma anche sulle risorse e opportunità della persona primariamente coinvolta, della famiglia, dell'ambiente e del contesto circostante. La conoscenza del territorio, della rete dei servizi, la relazione con il ragazzo e le famiglie deve essere canalizzata a favorire la persona in recovery nell'accesso a servizi e risorse e nel realizzare forme di aiuto orientate al sostegno, all'accompagnamento nel fronteggiamento di situazioni di vita quotidiana, acquisendo maggiore sicurezza e autonomia. L'aiuto e il sostegno si trovano, tuttavia, a confrontarsi anche con elementi di controllo: un controllo che implica una responsabilità in

termini di protezione nei confronti dei ragazzi che hanno in essere un percorso, e in secondo luogo in termini di controllo più formale ove vi sono provvedimenti giudiziari che implicano il rispetto di specifiche prescrizioni.

Un'area che ha presentato elementi contraddittori è legata alle "famiglie". Gli assistenti sociali riconoscono l'importanza di coinvolgere la famiglia, i genitori nello specifico, nei percorsi e nell'esperienza presso il SerD dell'adolescente, allo stesso tempo, però, il lavoro con la famiglia avviene solo in forma residuale. Se da un lato gli intervistati riportano la ritrosia e l'indisponibilità dei genitori a essere parte attiva del percorso del figlio, dall'altro ci si chiede se ci siano altri elementi che ostacolano il loro pieno coinvolgimento. Questa criticità viene in parte attribuita alla carenza di personale, alla mancanza di tempo e alla "segmentazione" delle relazioni tra operatori del servizio-famiglia-ragazzo. Elemento che va ad integrarsi con le difficoltà circa l'invio a servizi dedicati alle famiglie e ai genitori, e nello specifico rispetto all'esperienza con i Consultori familiari. Infatti, da un lato gli intervistati riconoscono la finalità e il mandato dei Consultori che però nel contesto attuale in Veneto si trovano a lavorare prevalentemente in presenza di situazioni in cui vi è un mandato o decreto dell'Autorità Giudiziaria.
Il ruolo significativo esercitato dalla famiglia, sia rispetto all'uso di sostanze, sia in relazione al percorso di recovery, viene evidenziato anche dalle esperienze dei giovani adulti che in adolescenza hanno avuto un percorso nei SerD. Spesso i genitori rappresentano il primo ingranaggio per l'avvio di un processo di aiuto che, seppur poi si prospetterà lungo e frastagliato e necessiterà di una loro presa di consapevolezza del bisogno di aiuto, appare necessario intraprendere. La loro partecipazione attiva, un lavoro condiviso tra servizi famiglie e adolescente appare purtroppo ad oggi carente, al punto che alcuni intervistati hanno fornito l'indicazione della necessità di un "maggiore coinvolgimento delle famiglie". Tale tema porta ad aprire un percorso di ricerca rilevante ad ampliamento del quadro sinora ricostruito: rilevare prospettive, opinioni ed esperienze di genitori di adolescenti che accedono ai servizi per le dipendenze.

Contesto e ambiente sono risultati essere elementi interessanti e peculiari il lavoro sociale nei SerD e con gli adolescenti. Infatti, un aspetto che si vuole mettere in risalto è attinente "all'ambiente relazionale": lo spazio che si predispone e definisce per la costruzione della relazione con i ragazzi – il "setting" – risulta fondamentale, nonché caratterizzante il servizio sociale nel suo DNA. Proporre ambienti differenti, talvolta più o meno istituzionali, con modalità di relazione più o meno formali, non appare essere qualcosa di casuale o improvvisato bensì il frutto di una riflessione e valutazione ragionata. Sia che si ritenga in alcuni momenti di proporre ambienti più informali, in particolar modo quale modalità per garantire un punto di accesso relazionale con il ragazzo, sia quando ci si trovi a dover proporre un clima più serio e formale, anche in connessione ad aspetti di responsabilità e controllo, ci si trova di fronte a scelte e valutazioni professionali in connessione allo specifico momento della relazione di aiuto. Appare comunque evidente la complessità e il rischio di sperimentarsi in contesti più ampi e differenti

dal classico ufficio dell'assistente sociale, che rappresenta un ambiente formale che garantisce un ruolo e un potere: "uscire dall'ufficio" implica un rischio che ci si assume per provare a entrare e so-stare nella relazione con la persona, ed è un qualcosa che non può – e non è nelle esperienze emerse – essere improvvisato, richiedendo un significativo mettersi in gioco dell'assistente sociale. D'altro canto, l'adolescente può accettare o meno questa modalità di relazione: infatti se da un lato i ragazzi sanno stare nell'informale, dall'altro devono acconsentire che il professionista entri in relazione con loro con queste modalità.

> *Erica: Anche il lavoro di rete non si fa solo con il telefono: nel senso che poi, difficilmente gli hub e le reti si creano solo stando al telefono, nel momento in cui esci dall'ufficio, vai fuori, le cose, i contatti, le relazioni cambiano, e anche i ragazzi apprezzano che tu faccia questo.*
> *Erica: I ragazzi sono più sensibili rispetto all'esterno*
> *Roberto: i ragazzi sanno stare più sull'informale*
> *Erica: è un punto di accesso, è un punto di accesso per noi; è saper cogliere e valorizzare un punto di accesso nella relazione con i ragazzi, perché intanto ti devono far entrare loro perché, se non vogliono, non vogliono. Se non crei i presupposti per questo tipo di relazione, ti danno buca, non ci sono al bar con l'acqua e menta. Dall'altro parte ti crei e riconosci lo spazio relazionale, ci entri in punta di piedi e lo riesci a utilizzare nel percorso che hai di fronte, se le cose vanno bene, se no ci hai provato.*
> *Cecilia: anche perché, quando sei nel tuo ufficio hai degli elementi di contesto che ti aiutano rispetto al tuo ruolo, mentre quando sei fuori te lo devi giocare in una maniera diversa, non è frutto di improvvisazione. Le volte in cui mi è successo ho dovuto pensare molto di più a quello che facevo e che dicevo. È molto più complesso.*
> *Erica: maneggiare con cura! Anche perché devi essere disposto a metterti in gioco molto di più. E non è un cambio aria: ma è un percorso pensato, fatto di step, in cui tu ci metti il professionale ma anche il personale, ci devi mettere il tuo, non puoi fingere con i ragazzi!*

Pensando all'ambiente relazionale che si crea e vive con l'adolescente all'interno del gruppo di co-ricercatori Roberto ha proposto una riflessione e una locuzione con cui si riferisce allo specifico ambiente relazionale che si costruisce con l'adolescente utilizzando la dicitura "*setting della fantasia*":

> *Qual è il setting nostro di assistenti sociali? In uno dei nostri incontri io mi sono segnato "setting della fantasia" un setting generativo, costruito insieme alla persona, dai confini sconfinati. Entriamo in un mondo, ampio, complesso, co costruito, perturbante. Entriamo in un mondo e non lo conosci finché non lo vivi. E poi chiaro che le famiglie non conoscano questo mondo perché fino a che non ti tocca vicino non ci entri. (Roberto)*

Chiaramente, dentro le istituzioni e i servizi formali non risulta facile operare in tal senso e non vi è un favorire questo ambiente relazionale di vita, sia per la forte medicalizzazione dei percorsi e del contesto, sia per le modalità organizzative intrinseche all'istituzione, nonostante l'esperienza di uso di sostanze e il recovery parta e arrivi dal contesto sociale, delle relazioni e degli stili di vita delle persone. Tutto ciò implica e coinvolge lo sguardo del servizio sociale che è uno sguardo alla persona nella sua globalità, inserita nel suo mondo di vita, nel suo ambiente. Questo sguardo porta a relazionarsi con gli adolescenti, a guardare ad essi e alle loro esperienze non focalizzando un unico aspetto problematico, non prendendo l'individuo in sé, isolato da tutto il resto, ma lavorando entro prospettive più ampie. Infatti, sia dai temi affrontati nei colloqui con i ragazzi, sia dalle prospettive di recovery emerse dalle interviste si evince chiaramente tale prospettiva che

porta ad andare oltre il consumo e la sostanza in sé, per favorire un'esperienza di vita orientata alla costruzione di contesti relazionali, socializzanti, stimolanti il benessere e la realizzazione dei ragazzi.

> *Ho usato molto spesso l'immagine del surfista: aiutare loro a essere dei surfisti, che forse vale un po' per tutti noi. Un'altra immagine è quella di stare tutti insieme su un filo perché è un gioco sempre molto di equilibri delicati. (Int12-F-32)*

In riferimento al tema del recovery, in cui rientra l'aspetto dell'astinenza, tanto dagli assistenti sociali quanto dai giovani adulti è emerso come nel concreto dei percorsi non venga perseguita una tolleranza zero (Tombourou et al., 2007), ad eccezione delle situazioni in cui vi è un procedimento dell'Autorità Giudiziaria. Infatti, gli assistenti sociali hanno messo esplicitamente in luce come l'astinenza e l'eliminazione dei comportamenti di assunzione non rappresenti il primo e nemmeno il principale obiettivo nel lavoro con gli adolescenti. I giovani, infatti, hanno raccontato come pur a fronte di una presa in carico avviata con i servizi abbiano continuato a fare uso di sostanze per periodi più o meno lunghi, fino a quello che è stato definito come punto di svolta e sino all'intraprendere con motivazione il percorso di fuoriuscita dalla dipendenza. Sempre in tema di recovery, i ragazzi hanno inoltre sottolineato una prospettiva critica – espressa in altri contesti dai service users (Heskell et al., 2016) – rispetto all'utilizzo di farmaci, terapie sostitutive, in particolar modo nei confronti del metadone.

Infine, è stata più volte sottolineata, sia dalla prospettiva degli assistenti sociali che dei giovani adulti, la centralità, l'importanza della relazione di aiuto, degli atteggiamenti relazionali e umani nel corso dell'intera esperienza. Dalla prospettiva dei ragazzi spicca la necessità di sentirsi importanti, riconosciuti, accettati, come persone e non solo come "tossici"; di avere attenzioni, essere (s)oggetti di *care*, vedere operatori che si impegnano e si interessano del loro benessere, alla loro vita, al loro percorso. Questo elemento, dall'insieme delle vicende umane ascoltate ed analizzate appare giocare un ruolo che si articola nelle diverse fasi del processo di recovery, innanzitutto come premessa fondamentale allo stimolo della motivazione dei giovani. Lavorare per la costruzione di un relazione di fiducia, anche quando manca la motivazione a intraprendere un percorso appare fondamentale affinché i ragazzi possano poi cercare o accettare un aiuto nel momento in cui hanno maturato la consapevolezza di averne bisogno, quando decidono di intraprendere realmente un percorso. Aver sperimentato la presenza di operatori sociali interessati, motivati incondizionatamente a sostenerli in un percorso di vita alternativo al mondo delle dipendenze e dei problemi connessi, consente ai giovani di fidarsi e mettersi in gioco più serenamente a fronte delle proposte di interventi possibili. La relazione, dunque, se inizialmente è importante quale ancora di salvataggio cui aggrapparsi quando si sente che si sta per affogare, appare anche essere il salvagente che accompagna quando si passa all'azione, quando si inizia a nuotare per raggiungere una riva. Tale prospettiva incontra in modo coerente la prospettiva degli assistenti sociali che più volte hanno evidenziato il ruolo della relazione di aiuto come strumento effettivo di lavoro, sin dalla fase di negazione della necessità di aiuto da parte dei ragazzi, fino

alla richiesta di aiuto effettiva. Appare rilevante sia da parte degli assistenti sociali che operano nei SerD, sia da parte dei giovani che hanno vissuto un percorso, trasmettere il messaggio di un aiuto incondizionato e un atteggiamento di presenza e sostegno.

Il presente lavoro di ricerca ha inteso contribuire allo sguardo e alla prospettiva di Social Work, tanto in termini teorici quanto pratici-operativi, rispetto alle esperienze di vita, di fronteggiamento e recovery delle persone che fanno uso di sostanze e alle pratiche professionali di chi accompagna tali percorsi entro i SerD. Con lo sguardo del Social Work, a livello teorico, è possibile andare oltre definizioni e concettualizzazioni di ordine bio-medico e psicologico, guardando alle esperienze di vita della persona, osservando i tentativi di fuoriuscita dalla dipendenza, di ricerca di uno stato di benessere, la capacità di azione e di fronteggiamento. A livello operativo è possibile osservare come per assistenti sociali e per i giovani coinvolti nella ricerca l'elemento di fondamentale importanza attenga all'esserci, alla presenza, stare a fianco, accompagnare percorsi di vita.

> *Forse la chiave è proprio nel cercare di avvicinare. Chi ha dei problemi con le sostanze tende a voler allontanare tutto, allontani te stesso, allontani la famiglia. Forse è proprio il compito dell'assistente sociale che lui deve riportare questa persona, cercare di avvicinarlo a quello che è il mondo. Quindi penso che sia avvicinare perché deve riportare quella persona nella società e insegnargli quella che è la fiducia verso il mondo, verso sé stessi. Riportare la persona all'umanità. Per quello dico usare anche un metodo che non sia robotizzato, che sia personale, perché io penso che sono guarita attraverso proprio l'umanità, cioè quando una persona mostra il proprio lato umano, non c'è cosa più bella, insomma. (A-F-13-eroina)*

> *Hai presente quella giostrina dove i posti sono due e dove non sono uno davanti e uno dietro? Mi piace l'immagine del dire sono al tuo fianco. Nel senso che, anche se a volte uno deve prendere delle decisioni, perché non sempre c'è la collaborazione e l'accettazione, se vuoi anche l'immagine del vagone di un treno, dove tu non sei la locomotiva che porta avanti, non sei neanche anche quello che sta dietro e che tenta di spingerti. Ma sei l'assistente sociale che sta a fianco del ragazzo, della famiglia per accompagnarli in un percorso. Un percorso il loro che poi diventa anche un percorso nostro, perché tu un po' orienti, accompagni, sostieni però sei comunque lì con loro. Poi è chiaro che la parte più importante la deve fare il ragazzo, la deve fare la famiglia. (Int9-M-13)*

Bibliografia

Abma, T, Nierse, C. J., & Widdershoven, G. A. M. (2009). *Patients as Partners in Responsive Research: Methodological Notions for Collaborations in Mixed Research Teams*. 401–415

Ahmadi, J., & Ghanizadeh, A. (2000). Motivations for use of opiates among addicts seeking treatment in Shirax. *Psychological Reports*(87), 158-164.

Alcoholics Anonymous (AA). (1952). *Twelve Steps and Twelve Traditions.* New York: Author.

Aldridge, J. (2014). Working with vulnerable groups in social research: Dilemmas by default and design. *Qualitative Research: QR*, 14(1), 112-130. doi: 10.1177/1468794112455041.

Aldridge, J. (2015). *Participatory research.* Bristol Policy Press.

Aldridge, J. (2016). *Participatory research. Working with vulnerable groups in research and practice*. Bristol: Policy Press.

Aldridge, J. (2017). Advancing participatory research. *Relational Social Work, 1*(2), 26-35. doi:10.14605/RSW121702

Aldridge, J. (2019). "With Us and About Us": Participatory Methods in Research with "Vulnerable" or Marginalized Groups. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 1919-1934). Springer NAture Singapore.

Aldridge, J., Measham, F., & Williams, L. (2011). *Illegal Leisure Revisited. Changin patterns of alcohol and drug use in adolescents and young adults.* Londra e New York: Routledge.

Amaturo, E. (2012). *Metodologia della ricerca sociale*. Torino: Utet.

Amendt, G. (2003). *No drugs, no future. Le droghe nell'era dell'ansia sociale.* Milano: Feltrinelli.

American Psychiatric Association. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR).* Americana Psychiatric Association Publishing.

Andersen, D. (2007). Stofmisbrugeres behandlingsansvar. Personlige målsætninger i en institutional kontekst [Drug users' responsibility over treatment. Personal goals in an institutional context]. Delrapport. Socialforskningsinstituttet & Sociologisk institution. Det samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter. København.

Andrews, J. A., & Duncan, S. C. (1997). Examing the reciprocal relation between academic motivation and substance use: Effects of family relationships, sel-esteem and general deviance. *Journal of Behaviorla Medicine*, 523-549. doi:https://doi.org/10.1023/A:1025514423975

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal, 16*(4), 11-.

Antonini, T., Bertani, A., Coppin, P., Micheli, D., Negri, A., Sassella, F., Scaramuzzino, M.F. (2023). L 'Intervento Integrato Con i Giovani: La Collaborazione Tra Centro Giovani Ponti Ed Équipe Diagnosi e Trattamento Precoce Del SerD. no. 61: 20–24. https://doi.org/10.3280/mis61-2023oa15675.

APA. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th ed.).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anzillotti, S., Faro, G., Morè, C. (2018). 'Lo Specchio Velato'. La Ricerca Del Ser.D. di Orbassano sul fenomeno della complessità socio-sanitaria adolescenziale." *Italian*

Quarterly Journal of Addiction, 49, 51–55. https://journals.francoangeli.it/index.php/mission-oa/article/view/5321.

Austin, A. M., Macgowan, M. J., and Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice,* 67-83.

Baer, J., & Peterson, P. (2002). Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults. In W. Miller, & S. Rollnick, *Motivational interviewing: reparing people for chage* (2nd ed., pp. 320-332). New York: Guildford Press.

Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni.* Trento: Centro Studi Erickson.

Bauman, Z. (1999). *La società dell'incertezza.* Bologna: Il Mulino.

Bauman, Z. (2002). *Modernità liquida.* Roma-Bari: Laterza.

Bauman, Z. (2008). *Consumo dunque sono.* Roma-Bari: Laterza.

Barbor, T., Caulking, J.P., Griffith, E. (2010). Drug policy and the public good, UK, Oxoford University Press.

Beck, U. (1994). *Modernizzazione riflessiva. Politica, tradizione ed estetica nell'ordine sociale della modernità.* Trieste: Asterios.

Beck, U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità* (italiana ed.). Carocci Editore.

Becker, H. (1987). *Outsiders: studi sulla sociologia della devianza* (ed. originale 1967 ed.). Torino: Ega.

Beresford P. (1994), Changing the culture: involving service users in social work education, paper 32.4, London, *Central Council for Education and Training in Social Work.*

Bergold J. &Thomas S. (2012) Participatory research methods: A methodological approach in motion, *Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1), art. 30.

Bergotti, T., Borca, G., Rabaglietti, E., & Ciairano, S. (2011). Fattori associati all'interruzione del consumo di sostanze psicoattive in adolescenza: uno studio sui valori, l'uso del tempo libero, i modelli e gli atteggiamenti dei genitori. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 427-448.

Bertolazzi, A. (2007). Una prospettiva internaizonale sulle droghe: modelli superati, questioni emergenti. *Salute e Società, VI*(supplemento 1), 41-81.

Bertolazzi, A. (2008). Cannabis e policonsumo: una presenza trasversale all'uso subculturale e normalizzato. In C. Cipolla (Ed.), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali* (pp. 151-181). Milano: FrancoAngeli.

Bertolazzi, A. (2008). *Sociologia della droga. Un'introduzione.* Milano: FrancoAngeli.

Bertolazzi, A. (2010). L'uso di droghe tra senso soggettivo e risposta sistemica. *Studi di Sociologia*(2), 127-138.

Bertolazzi, A. (2010). L'uso di droghe tra senso soggettivo e risposta sistemca. *Studi di Sociologia, 2*, 127-138.

Bichi, R. (2007), *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale,* Roma, Carocci.

Bichi, R. (2011). Storie di inclusione sociale a Torino: una strategia di ricerca*, in Marrone A., R. M. (ed.), Impoverimento e povertà. Percorsi di vita e servizi a Roma e Torino,* Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, 137-145

Biolcati Rinaldi, F., & Vezzoni, C. (2012). *L'analisi secondaria nella ricerca sociale : come rispondere a nuove domande con dati già raccolti.* Il Mulino, Bologna.

Bonino, S., Cattellino, E., Ciairiano, S. (2003). *Adolescenti e rischio*. Firenze: Giunti.

Bourke, L. (2009). Reflections on doing participatory research in health: Participation, method and power. *International Journal of Social Research Methodology*, 12(5), 457–474. https://doi.org/10.1080/13645570802373676

Boys, A., Farrell, M., Taylor, C., Marsden, J., Goodman, R., Brugha, T., . . . Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry., 182*, 509-517. doi:10.1192/bjp.182.6.509

Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2001). Understangin reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health education research*(16), 457-469.

Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., & Strang, J. (2000). Drug use functions predict cocaine-related problems in young people. *Drug and Alcohol Review*(19), 181-190.

Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., Fountain, J., Stillwell, G., & Strang, J. (1999). Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. *Addiction*(94), 1043-1050.

Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., & Strang, J. (1999). What influences young people use of drugs? A qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy*(6), 373-389.

Bremer, P., Burnett, J., Nunney, F., Ravat, M., & Mistral, W. (2011). *Young people, alcohol and influences.* York: JRF. Retrieved from https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/young-people-alcohol-full.pdf

Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368–384. doi: 10.1037/0003-066X.37.4.368

Bremner, P., Burnett, J., Nunney, F., Ravat, M.and Mistral,W. (2011) *Young people, alcohol and influences.*York: JRF.

Bryman, A. (2012). *Social research methods. 4th edition*. Oxford: Oxford University Press

Bryman, A. (2012). Secondary analysis and official statistics. In *Social research methods 4th edition*. Oxford University Press, New York, pp. 311–328.

Bukstein, O. G. (2005), Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 44(6), 609-621.

Burkhart, G., Olszewski, D., Martel, C., Nilson, M., & Wallon, A. (2008). *Drug use amongst vulnerable young people.* Eurobarometer.

Calamai, G. (2018). *Uso e Abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Canning, U., Millward, L., Raj, T., & Warm, D. (2004). *Drugs use prevention among young people: a review of reviews.* London: Healht Development Agency. Retrieved from https://www.drugsandalcohol.ie/14032/1/Canning_Health_Development_Agency_Review_of_Reviews_2004.pdf

Capuani, M., Cenedese, C., Becagli, A. (2007). 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. Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo (TV) – settembre 2011

Cardano, M. (2011). La ricerca qualitativa. Il Mulino, Bologna.

Casey, B. J., & Jones, R. M. (2010). Neurobiology of adolescent brain and behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 1189-1285.

Cassidy, A., & Poon, A. W. C. (2019). A scoping review of family-based interventions in drug and alcohol services: Implications for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 19(4), 345-367.

Cattelino, E., & Bonino, S. (2000). l fumo di sigarette in adolescenza: implicazioni per la promozione della salute. *Psicologia della Salute, 1*, 33.49.

Chaim, G., & Shenfeld, J. (2014). Working with Youth and Their Families. In M. Harie, & W. Skinner, *Fundamentals of addiction: A practical guide for counsellors* (pp. 549-580). Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Chassin, L., Hussong, A., & Beltran, I. (2009). *Adolescent drug use. Handbook of adolescent psychology.* 3rd ed. John Wiley & Sons Inc.

Chung, T., Sealy, L., Abraham, M., Rugolovsky, C., Schall, J., & Maisto, S. A. (2015). Personal network characteristics of youth in substance use treatment: Motivation for and perceived difficulty of positive network change. *Substance Abuse, 36*(3), 380-388.

Cipolla , C. (Ed.). (2008). *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali.* Milano: FrancoAngeli.

Cipolla, C. (2007). Il consumo di sostanze psicoattive oggi. *Salute e Società, VI*(Suppl. al n.2), 11-47.

Cipolla, C., & Bertolazzi , A. (2009). Introduzione alla vision sulla tossicodipendenza. In C. Corposanto, & R. Lovaste (Eds.), *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope : pazienti e professionisti a confronto.* (pp. 9-24). Milano: FrancoAngeli.

Cipolla, C., & Martoni, M. (2009). *Droghe nella notte: una ricerca empirica sulla costa romagnola.* Milano: FrancoAngeli.

Cipolla, C., & Mori, L. (Eds.). (2009). *Le culture e i luoghi delle droghe.* Milano: FrancoAngeli.

Cirillo, S., Berrini, R., & Cambiasso, G. (1996). *La famiglia del tossicodipendente.* Milano: Raffaello Cortina.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca* (2017 ed.). Raffaello Cortina Editore.

CNOAS. (2020). *Codice Deontologico dell'Assistente Sociale.* Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio Nazionale. Retrieved from https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf

Cohen, P. (1999). Shifting the Main Purposes of Drug Control: from Suppression to Regulation of Use. Reduction of Risks as the New Focus for Drug Policy. *International Journal of Drug Policy*(10), 223-234.

Collins, S., and J. Keene. (2000). *Alcohol, social work and community care*. Birmingham: Venture Press.

Compton, B. R., Galaway, B. (1994). *Social work processes (5th ed.)*. Pacific Growe, CA: Brooks/Cole

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders.* Baltimore: Johns Hopskins U.P.

Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In Emcdda, *Harm Reduction evidence, impact and challenges* (pp. 37-56). Lisbon.

Corbetta P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Le tecniche quantitative*, Bologna, Il Mulino.

Corbetta P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Le tecniche qualitative*, Bologna, Il Mulino.

Corbetta P. (2014), M*etodologia e tecniche della ricerca sociale,* Bologna, Il Mulino.

Corleone, F. (2010). Droghe: diritti e castighi. In F. Corleone, & A. Margara, *Lotta alla droga: i danni collaterali. L'impatto sul carcere e sulla giustizia della legge contro gli stupefacenti in Toscana* (pp. 13-29). Firenze: Edizioni Polistampa.

Cornwall A. & Jewkes R. (1995), What is participatory research?, in «Social science & medicine», 41(12), 1667-1676.

Correale, A., Cangiotti, F., & Zoppi, A. (2013). *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze.* Milano: FrancoAngeli.

Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction, 102*(12), 1960-1970.

Cox, W., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology*(97), 168-180.

Crespi, F. (1999). *Teoria dell'agire sociale.* Bologna: Il Mulino.

Crome, I. B., & Williams, R. (2020). *Substance Misuse and Young People. Critical Issue.* New York: Routledge.

Cruce, G., Ojehagen, A., & Nordstrom, M. (2012). Recovery-promoting care as experienced by persons with severe mental illness and substance misuse. *International Journal of Mental Health Addiction, 10*(5), 660-669.

Davidson, L., & White, W. (2007). The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 34*(2), 109-120.

Deakin, H., & Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers. Qualitative Research, 14(5), 603–616. https://doi.org/10.1177/1468794113488126

De Leon, G. (2012). Le sfide per il futuro al metodo della comunità. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 183-192). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

De Weert-Van Oene, G., Schippers, G. M., De Jong, C., & Schrijvers, G. J. (2001). Retention in substance dependence treatment: The relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 253-261.

Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 417-424.

Dennet, D. (1993). *L'atteggiamento intenzionale.* (T. M. Originale: The intentional stance. cambridge, Trans.) Bologna: Il Mulino.

Dennet, D. C. (1990). *The intentional stance* (trad it. L'atteggiaemtno intenzionale, Bologna, Il Mulino, 1993 ed.). Cambridge: MAss.

DiClemente, C., & Prochaska, J. (1985). Proess and stages of changes: Coping and competenze in smokin behavior change. In S. Shiffman, & T. Wills (Eds.), *Coping and substance abuse* (pp. 319-342). New York: Academic Presso.

Dionigi, A. (2008). Il sistema dei servizi sociali. In A., Dionigi, *Proposta pedagogica nell'intervento sulle dipendenze: lavorare con persone che consumano, abusano, dipendono*, (pp. 1-32) Bologna : CLUEB

Dionigi, A., & Pavarin, R. (2010). *Sballo. Nuove tipologie di consumo di droga nei giovani.* Trento: Edizioni Erickson.

Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2010). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2020). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Retrieved from https://www.politicheantidroga.gov.it/media/2984/relazione-annuale-al-parlamento-2020-dati-2019.pdf

Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2022). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Retrieved from https://politicheantidroga.gov.it/media/3402/relazione-al-parlamento-2022.pdf

Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2023). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Retrieved from https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf

Donati, P. (1998). *Lezioni di sociologia.* Padova: Cedam.

Dondi, M. (2012). Le Comunità Terapeutiche fra memoria e futuro. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella scoeità delle dipendenze* (pp. 335-358). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Douglas, M. (1991). *Risk acceptability according to the social science* (Ed. it. Come percepiamo il pericolo: antropologia del rischio ed.). Milano: Feltrinelli.

Duke, K., Gleeson, H., Dabrowska, K., Herold, M., & Rolando, S. (2020). The engagement of young people in drug interventions in coercive contexts: findings from a cross-national European study. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 28*(1), 26-35.

Dunne, T., Bishop, L., Avery, S., & Darcy, S. (2017). A review of effective youth engagement strategies for mental health and substance use interventions. *The Journal of Adolescent Health, 60*(5), 487-512.

Durkheim, E. (1987). *La division del trabajo social.* Ediciones Akal.

Ehrenberg A. (1991), Le culte de la performance, Calmann-Lévy, Paris.

Ehrenberg A. (a cura di) (1998), Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières, Editions Esprit, Paris.

EMCDDA. (2005). *Illicit drug use in the Eu: legislative approach, Thematic paper.* Lisbon.

EMCDDA. (2023). *European Drug Report 2023: Trend and Developments.* doi:10.2810/161905

ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Luxembourgh: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.

ESPAD Italia. (2022). *Rapporto di Ricerca sui comportamenti a rischio tra la popolazione studentesca attraverso lo studio ESPAD Italia 2021.* (S. Biagioni, S. Sacco, & S. Molinaro, Eds.) Pisa: CNR - Centro Nazionale delle Ricerche. Retrieved from https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2023/10/Report_ESPAD2021_finale.pdf

Faulkner, A. (2004). *The ethics of survivor research. Joseph Rowntree Foundation.* Bristol: The Policy Press.

Fazio, C., Leonardelli, S., Lucarini, E., & Trevisan, N. (2019). *Dipendenze da sostanze. Un mondo senza sogni.* L'Asino d'oro.

Fazzi, L., & Scaglia, A. (2001). *Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia.* Milano: FrancoAngeli.

Feldstein Ewing, S. W., Gaume, J., & Apodaca, T. R. (2016). Ambivalence: prerequisite for success in motivational interviewing with adolescents? *Addiction, 111*, 1900-1907.

Ferrini, E., & Rontini, L. (2011). Fra vecchie e nuove dipendenze: definizioni teoriche e ambiti della ricerca. In V. Albertini , & F. Gori (Eds.), *Le nuove dipendenze. Analisi e pratiche di intervento* (pp. 21-64). Firenze: Cesvot.

Flores, P. (2004). Addiction as an attachment disorder: implications for group theraypy. *International Journal of Group Psychotherapu, 51*(1), 630-681.

Flores, P. (2006). Conflict and repair in addiction treatment: An attachment disorder perspective. *Jorunal of Groups in Addiction & Recovery, 1*(1), 5-26.

Folgheraiter, F. (1998). *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete.* Milano: FrancoAngeli.

Folgheraiter, F. (2004). *Tossicodipendenti riflessivi. La teoria relazionale del recovery narrata dai protagonisti.* Trento: Erickson.

Folgheraiter, F. (2007a). *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare.* Trento: Erickson.

Folgheraiter, F. (2007b). Gli spazi degli assistenti sociali. Sfide e prospettive. *Lavoro Sociale, 7*(1), 7-20.

Folgheraiter, F. (2011). *Fondamenti di metodologia relazionale. La logica sociale dell'aiuto. Nuova edizione.* Trento: Centro Studi Erickson.

Folgheraiter, F. (2012). *The mystery of social work: A critical analysis of the global definition and new suggestions according to the relational theory.* Trento: Edizioni Erickson.

Folgheraiter, F. (2016). Tra aiuto e controllo. Il metodo relazionale. In M. Raineri, & A. Pasini (Eds.), *Scritti Scelti. Teoria e metodologia di Social Work* (pp. 409-420). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Folgheraiter, F., & Raineri, M. L. (2017). The principles and key ideas of Relational Social Work. *Relational Social Work*, *1*(1), 12-18

Folgheraiter, F. (2018a). *Il manifesto del metodo Relational Social Work.* Trento: Erickson.

Folgheraiter, F. (2018b). La ricerca scientifica di Social Work. Quale oggettività per lo studio della soggettività profonda? *Studi di Sociologia*, 1-16. doi:10.26350/000309_000030

Forrester, D., & Harwin, J. (2006). Parental substance misuse and child care social work: findings from the first stage of a study of 100 families. *Child & Family Social Work*, 11(4), pp. 325-335

Fragkiadaki, E., Triliva, S., Natsopoulou, O., & Tzanakis, E. (2020). From social workers to socio-therapists: the transformative journey of substance abuse therapists. *Jorunal of*

Social Work Practice in the Addictions, 20(2), 89-104. doi:10.1080/1533256X.2020.1691408

Fuller, E. (2011). *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2010. Summary.* London: National Centre for Social Research.

Gagne, C., White, W., & Anthony, W. A. (2007). Recovery: A Common Vision for the Fields of Mental Health and Addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 32-37. doi:10.2975/31.1.2007.32.37

Galimberti, U. (2008). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani.* Feltrinelli Editore.

Gallina, M. (2013). *Dalla debolezza alla dipendenza. Comportamenti a rischio e uso di sostanze tra adolescenti e non solo.* Roma: Carocci Editore.

Gallina, M. (2019). *L'illusione in una sostanza. Storie di vita e rappresentazioni di dipendenza.* Milano: FrancoAngeli.

Gallup Organization. (2011). *Youth attitudes on drugs. Analytical report.* European Commission. Retrieved from https://europa.eu/eurobarometer/screen/home

Galvan, A., Hare, T., Voss, H., & et al. (2007). Risk-taking and the adolescent brain: Who is at risk? *Developmental Science, 10*, 8-14.

Galvani, S., & Forrester, D. (2009). Social work and substance use: teaching the basics. Higher Education Academy, *Social Policy and Social Work* (SWAP).

Galvani, S. (2012). *Supporting people with alcohol and drug problems. Making a difference.* Bristol: The Policy Press.

Gatti, R. (2020). Il sistema di intervento sulle dipendenze tra passato, presente e futuro. In L. Pasqualotto, Carozza P., & M. Cibin, *ICF, saloute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery* (pp. 45-69). Roma: Carocci Faber.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behavior. *Journal of Personality*, 1177-1201. doi:https://doi.org/10.1111/1467-6494.00131

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age.* Standford: Standford University Press.

Girardi, P., & Di Giannantonio, M. (2016). *Psicopatologia delle dipendenze.* Pisa: Pacini Editore.

Giusti, E., & Maglioni, M. (2016). *Terapia delle dipendenze.* Roma: Sovera Multimediaa.

Goldman, M., Brown, S., & Christiansen, B. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. In *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 181-226). New York: Guildford Press.

Gonzales-Castaneda, R., Kaminer, Y. (2016). *Youth recovery from substance use disorders and co-occurring disorders: Implications of developmental perspectives on practice, assessment, definitions, and measurement* (Commissioned paper ed.). The National Academies of Sciences (US). https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_173832.pdf

Goode, E. (2001). *Deviant behaviour.* New Jersey: Prentice-Hall.

Gossop, M. (1982). *Living with Drugs.* Aldershot: Wildwood House.

Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment,* New York University Press.

Grosso, L. (2003). I giovani, il rischio, la strada. In R. Veneto, *Incroci pericolosi.* Ussl 17.

Grosso, L. (2003). Peer Support e dipendenza da eorina. *Animazione Sociale*, 17-26.

Grosso, L. (2003). Prefazione. In J. Matysiac, *Come non cascarci.* Torino: Ega Editore.

Grosso, L. (2011). Il disagio che crea la dipendenza da droghe e da alcol fra i minorenni. *MinoriGiustizia*, 109-130.

Grosso, L. (2012). Consumo minorile di sostanze psicoattive e counselling familiare. In R. Pavarin, & F. Emiliani (Eds.), *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli d'intervento* (pp. 119-143). Bologna: CLEUB.

Grosso, L., & Rascazzo, F. (2014). *Atlante delle dipendenze.* Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele.

Guelfi, P. G., Quercia, V., & Scamperle, A. (2018). Il Colloquio Motivazionale. In F. Lugoboni, L. Zamboni, F. Lugoboni, & L. Zamboni (Eds.), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze* (pp. 741-751). Verona: CLAD-Onlus.

Gulefi, G. (2012). Comunità Terapeutica; nuove sfide per il rinnovamento nella continuità. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 133-148). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 754–762.

Guy P., Harrison L., (2003), *Evidence-based social work with people who have substance problems*. In Making links across specialisms, Dorset, Russell House Publishing

Haase, T., & Pratschke, J. (2010). *Risk and protection factors for substance use among young people. A comparative study of early school-leavers and school-attending students.* Dublin: National Advisory Committee on Drugs.

Hanna, P. (2012). Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: A research note. *Qualitative Research*, *12*(2), 239–242. https://doi.org/10.1177/1468794111426607

Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of community & applied social psychology*, 12(4), 271-285.

Hawkins, D. (2006). Science, social work, prevention: Findings and intersections. *Social Work Research*, 30(3):137–152.

Hayatbakhsh, M. R., Njman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Williams, G. M., & Alati, R. (2006). Changes in maternal marital status are associated with young adults' cannabis use: Evidence froma 21-year follow-up of a birth cohort. *International Journal of Epidemiology, 35*, 673-679.

Healy K (2014) Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice. Palgrave: Macmillan.

Heather, N. (2017). On defining addiction. In N. Heather, & G. Segal, *Addiction & Choice. Rethinking the relationship* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.

Heather, N., & Segal, G. (Eds.). (2017). *Addiction & Choice. Rethinking the relationship.* Oxford: Oxford University Press.

Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research and Theory, 25*(5), 349-360.

Hepworth, D.H., & Larson, J.A. (1993). *Direct social work practice* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Herie, M., & Skinner, W. (2014). *Fundamentals of addiction: A practical guide for counsellors.* Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2005). Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol, 1*, 91-111.

Hipolito, M., Carpenter-Song, E., & Whitley, R. (2011). Meaning of recovery from the perspective of people with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis, 7*(3), 141-149.

Honneth A. (2002), *Lotta per il riconoscimento. Proposte per un'etica del conflitto*, Milano, Il Saggiatore.

Howe, D. (1993). On Being a Client: Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy, London, Sage.

Hudolin, V., & Jauk, S. (1991). *Manuale di alcologia*. Erickson.

International Harm Reduction Association. (2010). *The Global State of Harm Reduction 2010. Key issues for boradening the response.* (C. Cook, Ed.) London: International Harm Reduction Association.

Jackson, C., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systrmatic review. *Addiction, 107*(4), 733-747.

Jenkins, E., Selmon, A., & Haines-Saah, R. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substances: Insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm inimisation strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(53)

Jensen, C., Cushing, C., Aylward, B., Craig, J., Sorell, D., & Steele, R. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *J Conult Clin Psychol, 79*, 433-440.

Jonas, S.,Bebbington,P.,McManus, S.,Meltzer,H.,Jenkins,R.,Kuipers,E., Cooper, C.,King, M.and Brugha,T. (2011) 'Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey', *Psychological Medicine*, 41 (4), 709–19

Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of studies on alcohol,* 53(5), 447-457.

Kandel, D. (2002). *Stages and Pathways of Drug Involvement. Examing the Gateway Hypothesis.* New York: Cambridge University Press.

Kearney P., Levin, E. and Rosen, G. (2000) *Working with Families: Alcohol, Drug and Mental Health Problems*, London, National Institute of Social Work.

Kelly, B. C. (2005). Conceptions of risk in the lives of clus drug using youth. *Substance Use and Misuse, 40*, 1443-1459.

Kelly, J., Humprheys, K., & Yeterian, J. (2014). Mutual Help Groups. In M. Herie, & W. Skinner, *Fundamentals of addiction: A practical guide for counselors* (pp. 321-348). Canada: Centre for Addiction and Mental Healt.

Khantzian, E. (1985). The injured self, addiction, and our call to medicine: understanding and managing adddicted physicians. *JAMA, 254*(2), 249-252.

Kipping, R. R., Campbell, R. M., MacArthur, G. J., Gunnel, D. J., & Hickman, M. (2012). Multiple risk behaviour in adolescence. *Journal of Public HEalth, 34*(suppl.2), i1-i2.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* New York: International University Press.

Kooyman, M. (2012). La filosofia dell'auto-aiuto della Comunità Terapeutica. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 149-164). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Krishnaswamy, A. (2004). Participatory Research: Strategies and Tools. *Newsletter of the National Network of Forest Practitioners, 22*, 17-22.

Kourgiantakis T., Ashcroft R., Mohamud F., Fearing G., & Sanders J (2021) *Family-Focused Practices in Addictions: A Scoping Review*, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1),18-53.

Kourgiantakis, T., Hussain, A., Ashcroft, R., Logan, J., McNeil, S., & Williams, C. C. (2020). Recovery-oriented social work practice in mental health and addictions: A scoping review protocol. *BMJ Open*, *10*(8). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037777

Lamartora, V., (2021). "Z Houses. Nuovi Servizi Dedicati Ai Giovani Nel Dipartimento Dipendenze Della ASL Napoli2Nord." *Mission*, 55, 19–25. https://doi.org/10.3280/mis55-2020oa12159.

Lancaster, K., Duke, K., & Ritter, A. (2015). Producing the "problem of drugs": A cross national-comparison of "recovery" discourse in two Australian and British reports. *International Journal of Drug Policy*, *26*(7), 617–625. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.006

Lancini, M. (2023). *Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta.* Raffaello Cortina Editore.

Lee, C., Neighsbors, C., & Woods, A. (2007). Marijuana motives: Yound adult's reason for using marijuana. *Addictive behaviors*(32), 1384-1394.

Lee, K., & Clancy, B. (2020). Impact of Poverty on Adolescent Drug Use: Moderation Effects of Family Support and Self-Esteem. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 272-291. doi:10.1080/1533256X.2020.1838860

Leonetti, R. (2021). "I Percorsi Di Cura per Gli Adolescenti Nell'organizzazione Dei Servizi Della Azienda Sanitaria Locale n. 10 Di Firenze." *Minorigiustizia*, 1, 437–45. https://doi.org/10.3280/mg2012-001039.

Lesieur, H. (1984). *The Chase: Career of the compulsive Gambler.* Cambridge : Schenman.

Lesieur, H. (1984). The compulsive gambler's spiral of options an involvement. *Psichiatry, 42*, 79-87.

Lesieur, H., & Custer, R. (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the American Academy of Political and Social Scienze, 474*(1), 146-156.

Levine, H. (2002). The secret of world-wide drug prohibition. The verities and uses of drug prohibition. *The Independent Review, VII*(2 Fall), 165-180.

Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(5), pp. 795-805.

Lipari, R., & Jean-Francois, B. (2013). Treds in perception of risk and availability of substance use among full-time college students. The CBHSQ report. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 1-12.

Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health, 25*(3), 267-277. doi:https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427

Lo Iacono, V., Symonds, P., & Brown, D. H. K. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online*, 21(2), 103–117. https://doi.org/10.5153/sro.3952

Lombi, L. (2011). Il contributo della sociologia nell'area del consumo di sostanze psicoattive: scenario attuale e prospettive future. In C. Cipolla, & V. Agnoletti (Eds.), *La spendibilità della sociologia fra teoria e ricerca* (pp. 189-204). Milano: FrancoAngeli.

Lombi, L. (2012a). I nuovi scenari del consumo di sostanze psicoattive: una lettura sociologica. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 87-100). Trento: Erickson.

Lombi, L. (2012b). *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero.* Milano: FrancoAngeli.

Lushey, C. J., & Munro, E. R. (2015). Participatory peer research methodology: An effective method for obtaining young people's perspectives on transitions from care to adulthood? *Qualitative Social Work: Research and Practice*, *14*(4), 522–537. gttps://doi.org/10.1177/1473325014559282

Macaulay, A. C. (2017). Participatory research: What is the history? Has the purpose changed? *Family Practice*, 34(3), 256–258. https://doi.org/10.1093/fampra/cmw117

Maiter, S., Joseph, A., Shan, N., & Saeid, A. (2012). Doing participatory qualitative research: development of a shared critical consciusness with racial minority research advisory group members. *Qualitative Research, 13*(2), 198-213.

Malagoli Togliatti, M. (2004). "Comportamenti a rischio e rapporti familiari." Nizzoli U., Colli C. *Giovani che rischiano la vita*

Maynard, A., Pycroft, A., & Spiers, J, (2021) "They say 'yes, I'm doing it… .and I'm fine' ": the lived experience of supporting teenagers who misuse drugs, *Journal of Social Work Practice*, 35:2, 143-157, DOI: 10.1080/02650533.2019.1697868

Maturo, A. (2007). *Sociologia della malattia. Un'introduzione.* Milano: FrancoAngeli.

Maturo, A. (2008). L'habituation come categoria della in "dipendenza da cannabis". In C. Cipolla (Ed.), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali.* Milano: FrancoAngeli.

Maturo, A., & Conrad, P. (2009). La medicalizzazione della vita. *Numero monografico di Salute e Società, Vii*(2).

McCambridge J., Day M., Thomas B. A., Strang J. Fidelity to motivational interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addict Behav* 2011; 36:749–54

McDougall, J. (2003). L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. In L. Rinaldi, *Stati caotici della mente.* Milano: Cortina.

McMullin, C. (2018). Building Relationships with Young People: A Model for Practice. *Relational Social Work, 2*(2), 50-60. doi:10.14605/RSW221805

Meier, P. S., Donmal, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug an Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64.

Merton, R. (1959). *Teoria e struttura sociale*. Bologna: Il Mulino.

Michalakoukos, I., Kostagiolas, P. A., Alexias, G., & Niakas, D. (2011). Job satisfaction in substance abuse treatment organisations: empirical evidence from KETHEA in Greece. International Journal of Behaviorla and Healthcare Research, 2(3), 247-264. doi:10.1504/IJBHR.2011.041047

Miller, N. S., & Flaherty, J. A. (2000). Effectiveness of coerced addictiont ratment (alternative conseguences): A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 18(1), 9-16.

Miller, W., & Moyers, T. (2014). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110, 401-413.

Mirick, R. G., & Wladkowski, S. P. (2019). Skype in qualitative interviews: Participant and researcher perspectives. *The Qualitative Report*, 24(12), 3061–3072

Molteni, L. (2009). Stupefacenti combinazioni. Giovani e policonsumo di droghe. In C. Cipolla, & M. Martoni (Eds.), *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola* (pp. 278-296). Milano: FrancoAngeli.

Mori, L. (2007). Estasi della mediazione: il consumo di MDMA e la trasformazione dei suoi setting d'assunzione. *Salute e società*: VI, supplemento 1, 2007, 1000-1031.

Mori, L. (2009). Dopo l'ultima matrioska. Sottoculture giovanili, consumo di sostanze psicoattive, pratiche sociali. In C. Cipolla, & L. Mori (Eds.), *Le culture e i luoghi delle droghe* (pp. 19-50). Milano: FrancoAngeli.

Morin E. (2001). *L'identità umana*. Cortina, Milano

Morrall, A., McCaffrey, D., & Paddock, S. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, 97(12), 1493-1504.

Morrongiello, B. A., & Dawber, T. (2004). Identifying Factors that Relate to Children's Risk-Taking Decisions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 36(4), 255.

Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149.

Mucchielli R. (1996), Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto, Trento, Edizioni Erickson.

Munro, A., & Allan, J. (2011). Can family-focussed interventions improve problematic substance use in aboriginal communities? A role for social work. *Australian Social Work*, 64(2), pp. 169–182.

Nabitz, U., Jansen, P., van der Voet, S., & van den Brink, W. (2009). Psycholosocial work conditions and work stress in an innovating addiction treatment center. Consequences for the EFQM excellence model. *Total Quality MAnagement & Business Excellence, 20*(3), 267-281. doi:10.1080/14783360902719410

Najavits, L. M., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use and Misuse, 35*, 2161-2190.

Narayan, D. (1996). *Toward participatory research* . Washington, DC: World Bank.

Nash, A. J., Hennessy, E. A., Collier, C., & Kelly, J. F. (2019). Young people's perceptions of the 12-steps' role in supporting their recovery (or not), *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 28(5), 388-402.

National Institute on Drug Abuse, NIDA (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide, https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/podat-guide-adolescents-508.pdf

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis, 7*, 107-117.

Newcomb, M., & Bentler, P. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*(44), 110-113.

Nigris, D. (2018). in Pattaro, C., & Nigris, D. (2018). L*e sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*. FrancoAngeli.

Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E., & Duckert, F. (2018). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*, 17(1), 24–40. https://doi.org/10.1177/1473325016654559

Oates, J. (2015). Use of Skype in interviews: The impact of the medium in study of mental health nurses. *Nurse researcher,* 22(4).

Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., & Abbott, R. D. (2008). Positive functioning and alcohol-use disorders from adolescence to young adulthood. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69, 100–111

OMS. (2002). *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute.* Trento: Erickson.

OMS. (2005). *Status paper on prisons, drughs and harm reduction.* Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107641/E85877.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment.* Discussion paper, Vienna.

OMS. (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11).* World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

Padykula, N., & Conklin , P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 351-360.

Palareti, L., Emiliani, F., & Passini, S. (2012). Prevenzione all'uso di sostanze in adolescenza: un dibattito aperto su un tema problematico. In *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli d'intervento* (pp. 61-88). Bologna: CLUEB.

Palm, K. (2007). Dipendenze: il contributo teorico dell'RFT. In D. Woods, & J. Kanter (Eds.), *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale* (pp. 296-325). Milano: Ed, Italiana FrancoAngeli.

Palumbo, M., & Dondi, M. (2012). Introduzione. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani, *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 19-32). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Panciroli, C. (2019). *La ricerca partecipativa nello studio della povertà.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Panebianco D., (2015) Per non ricadere nella droga: una esplorazione sul ruolo di fattori individuali, relazionali e sociali. *Studi di Sociologia*, 1, 65-86.

Panebianco D., (2019), *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Soveria Mannelli, Rubettino

Paris, A. (2015). *Prospettive cliniche nella dipendenza e tossicodipendenza.* Portofranco.

Parker , H., & Aldridge, J. (1998). *Illegal Leisure. The Normalization of Adolecent Recreational Drug Use.* Londra: Routledge.

Parker, H. (2005). Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction, Research and Theory, 13*(3), 205-215.

Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The Normalization of in "Sensible" Recreational Drug Use. *Sociology, 36*(4), 941-964.

Parsons, T. (1951). *The Social System.* Gelncoe: Ill The Free Press.

Parton N. e O'Byrne P. (2005), *Costruire soluzioni sociali: Costruzionismo e nuove pratiche di lavoro sociale*, Trento, Erickson.

Pasqualotto, L. (2016). *ICF-Dipenenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Pasqualotto, L., Carozza, P., & Cibin, M. (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione alla recovery.* Roma: Carocci editore.

Passini, S. (2016). Droghe, dipendenze, eccessi. In G. Speltini (Ed.), *L'età giovanile: disagio e risorse psicosociali.*

Pavarin, R. (2012a). Fattori di rischio, fattori di protezione e motivi d'uso. In R. Pavarin, & F. Emiliani (Eds.), *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli d'intervento* (pp. 27-49). Bologna: CLEUB.

Pavarin, R. (2012b). Il principio dle piacere tra devianza e normalizzazione. In R. Pavarin, & F. Emiliani (Eds.), *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli di intervento* (pp. 11-22). Bologna: CLUEB.

Pavarin, R., & Emiliani, F. (Eds.). (2012). *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli d'intervento.* Bologna: CLUEB.

Paylor, I., Measham, F., & Wilson, A. (2012). *Social Work And Drug Use.* UK: McGraw-Hill Education.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction.* Toronto: Lexington Books.

Peroni, D., & Clerici, M. (2012). Doppia Diagnosi e Comunità Terapeutiche. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 193-204). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Piano d'azione Unione Europea Contro la droga. (n.d.). Retrieved from https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2019/04/Piano-dazione-dellUE-in-matreria-di-lotta-contro-la-droga-2017-2020.pdf

Piccone Stella, S. (1999). *Droghe e Tossicodipendenza.* Bologna: Il Mulino.

Pickard, H., & Ahmed, S. H. (2017). How do you know you have a drug problem? The role of knowledge of negative consequences in explaining drug choiche in humans and rats. In Heather, N., & Segal, G. (2017). *Addiction & Choice. Rethinking the relationship*. Oxford University Press.

Pietropolli Charmet, G. (2008). *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente*. Roma-Bari: Laterza.

Piretti, G., & Grossi, E. (2015). Dalla drug addiction al benessere dell'individuo quale fenomeno socio-ambientale. *Sociologia urbana e rurale*, 106, 89-100.

Pope, H. G., & Yurgelun-Todd, D. (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *Jama*, 275(7), 521-527.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy.* Malabar: FL Krieger.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Begavior Modification, 28*, 188-213.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psuchologist*, 1102-1114.

Pullman, M. D., Johnson, T., & Beaver, K. (2013). Defining Engagement in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Am J Community Psychol, 52*, 347-358.

Pycroft, A. (2010). *Understanding & Working with Substance Misusers.* London: SAGE.

Quercia, V. (2014). *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Quercia V. (2015). Voce: Servizio Sociale e dipendenze. In *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Campanini A., (a cura di) (2015), Carocci editore, 602-606.

Raimo, S. (2012). LA tossicodipendenza: uexcursus nella complessità. In M. Palumbo, M. Dondi , & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 49-59). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Raineri, M.L.,(2011). Il valore delle conoscenze esperienziali, In Donati, P., Folgheraiter, F., Raineri, M.L. (2011), L*a tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali,* (pp. 87-101). Trento, Erickson.

Raineri, M. L., & Corradini, F. (2022). *Linee guida e procedure di servizio sociale: manuale ragionato per lo studio e la consultazione.* Trento: Erickson.

Raineri, M. L., & Folgheraiter, F. (2023). L'etica della ricerca nel Lavoro Sociale: il valore del discernimento. *Studi di Sociologia, LXI*(2), 141-159.

Ramon S, Healy B, Renouf N. (2007). Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*. 53(2), pp. 108-122. doi:10.1177/0020764006075018

Randolph, K. A. (2004) The Dynamic Nature of Risk Factors for Substance Use Among Adolescents, J*ournal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13(4), 33-47, DOI: 10.1300/J029v13n04_03

Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipenenze*. Bologna: Il Mulino.

Regione del Veneto. (2019). Piano socio-sanitario regionale della Regione del Veneto 2019-2023. Legge Regionale n. 48/2018. Retrieved from https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199

Regione del Veneto. (2020). Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022. DGR n. 911 del 09 luglio 2020. Retrieved from https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=423966

Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction, Research and Theory*, 21(4), 265-270.

Rhodes, R., & Johnson, A. (1996). Social Work and substance-abuse treatment: A challenge for the profession. Families in Society: *The Journal of Contemporary Human Services*, 77(3), 182-185.

Ricci, R., & Ferrannini, L. (2012). Disturbi da uso di sostanze e altri disturbi psichiatrici: nuove implicazioni terapeutiche. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 205-224). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social work*, 10 (2), 27-32.

Rise, J., Aaro, L. E., Halkjeslsvik, T., & Kovac, V. B. (2014). The distribution and role of causal beliefs, inferences of responsibility, and moral emotions on willingness to help addicts among Norwegian adults. *Addiction Research & Theory*, 22(2), 117-125. doi:10.3109/16066359.2013.785532

Rooney, R. (ed.). (2009). *Strategies for Work with Involuntary Clients*, 2nd edn, Columbia University Press, New York.

Room R. (2005), *Social policy and psychoactive substances, Report to the Foresight Brain Science, Addiction and Drugs Projec*t, Foresight Directorate, Office of Science and Technology, London

Rossiter A. (2011). L'etica di Lévinas e il Lavoro sociale. *Lavoro Sociale*, vol. 11, n. 2, 163-178

Rowe, . e Liddle, a (2006). Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances

Rowe, C. L., & Liddle, H. A. (Eds.). (2006). Adolescent Substance Abuse: Research and Clinical Advances. Cambridge: Cambridge University Press.

Russell, C., Davies, J. B., & Hunter, S. C. (2011). Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatmenet, 40*(2), 150-164. doi:10.1016/j.jsat.2010.09.006

Saleebey, D. (2006). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, 4th eds, Boston, MA: Pearson/Allyn & Bacon

Sandrini, N. (2010). L'uso di sostanze psicoattive in adolescenza: significati e problemi. In E. Ripamonti, *La trasgressione in adolescenza tra crescita e disagio* (pp. 39-50). Roma: Tipolitografia Istituto Salesiano Pio XI.

Santerini, M. (2010). Le sfide educative con gli adolescenti contemporanei. In E. Ripamonti, *La trasgressione in adolescenza tra crescita e disagio* (pp. 13-20). Roma: Tipolitografia Istituto Salesiano Pio XI.

Sanza, M., Agostini, L., & Marusca, S. (2012). Teorie e modelli organizzativi della prevenzione e dei servizi di cura. In R. Pavarin, & F. Emiliani (Eds.), *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modell d'intervento* (pp. 97-111). Bologna: CLUEB.

Scarcelli, D. (2022). *Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale: una prospettiva anti-oppressiva.* Milano: Maltemi.

Schaler, J. A. (1991). Drugs and free will. *Society, 28*, 42-49.

Schulenberg, J.E., Merlin, A.C., Johnston, L.D., et al. Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: The big picture based on national panel data. Journal of Drug Issues 35 (2005): 255–80

Selseng, L. B. (2015). "Focus on the young ones": Discourses on substance abuse and age. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *32*(3), 277–293. https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0026

Selseng, L. B., & Ulvik, O. S. (2018). Talking about change – Positioning and interpretative repertoires in stories about substance abuse and change. *Qualitative Social Work*, *17*(2), 216–235. https://doi.org/10.1177/1473325016660187

Serpelloni, G., Frighetto, R., & Dalla Chiara, R. (2011). *Reinserimento sociale e lavorativo delle persone dipendenti. Manuale teorico pratico.* Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Cosniglio dei Ministri.

Serpelloni, G., Gomma, M., Candio, D., Raimondo, C., & Faccio, M. (2012). Ruolo della famiglia e uso di sostanze nei figli adolescenti: fattori di protezione e di rischio. *Italian Journal on Addiction, 2*(1), 19-27.

Sharland, E. (2006). Young people, risk taking and risk making: Some thoughts for social work. *British Journal of Social Work*, *36*(2), 247–265. https://doi.org/10.1093/bjsw/bch254

Siennick, S. E., Widdowson, A. O., Woessner, M. K., Feinberg, M. E., & Spoth, R. L. (2017). Risk Factors for Substance Misuse and Adolescents' Symptoms of Depression. *Journal of Adolescent Health,* 60(1), 50–56. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.010

Skinner, W., Kourgiantakis, T., & O'Grady, C. (2014). Family Pathways to Care, Treatment and Recovery. In M. Herie, & W. Skinner, *Fundamentals of addiction: A practical guide for counselors* (pp. 293-320). Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Silvers, J. A., Squeglia, L. M., Rømer Thomsen, K., Hudson, K. A., & Feldstein Ewing, S. W. (2019). Hunting for What Works: Adolescents in Addiction Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *43*(4), 578–592. https://doi.org/10.1111/acer.13984

Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22,27–77.

Smith, M., Gallagher, M., Wosu, H., Stewart, J., Cree, V., Hunter, S., . . . Wilkinson, H. (2012). Engaging with involuntary srvice users in social work: Findings from a knowledge exchange project. *British Journal of Social Work, 42*(8), 1460-1477.

Smorti, M., Benvenuti, P., & Pazzagli, A. (2010). Fattori di rischio e protezione nel consumo di alcolici e di sostanze negli adolescenti. *Psicologia clinica dello sviluppo, XIV*(1), 55-78.

Somerville, L. H., & Casey, B. J. (2010). Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Current Opinion in Neurobiology, 20*, 236-241.

Stark, M. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Reviwew, 12*, 93-116.

Startari, S. (2012). Ricerca e manifestazione dell'identità negli adolescenti tra riflessività e rischio ricercato. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 101-118). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Steinberg, D. M. (2014). *A mutual-aid model for social work with groups*. Routledge.

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors, 37*, 747-775.

Sussman, S. (2010). A review of Alcoholics Anonymous/Narcotics Anonymous programs for teens. *Evaluation & the health professions*, *33*(1), 26-55, DOI 10.1177/0163278709356186

Strategia Europea contro la droga 2021-2025. (n.d.). Retrieved from https://www.consilium.europa.eu/media/54081/qc0521073itn_002.pdf

Sutherland, E. H., & Cressey, D. R. (1974). *Criminology.* Philadelphia: Lippincott.

Talbot, S. and Crabbe,T. (2008). *Binge drinking:Young people's attitudes and behaviour.* London: Positive Futures/Crime Concern

Testoni, I. (2001). Tossicofilia tra ciclo di vita e costruzione dell'identità sociale. In A., Salvini, I., Testoni, A., Zamperini *Droghe. Tossicofilie e dipendenza* (pp. 32-53). UTET

Titus, J. C., & Dennis, M. L. (2006). Cannabis Youth Treatment intervention: preliminary findings and implications. In C. L. Rowe, & H. A. Liddle (Eds.), *Adolescents Substance Abuse* (pp. 104-126). Cambridge University Press.

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey. Social aspects of recovery, *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. https://doi.org/10.1177 /0020764010345062.

Topor, A., & Denhov, A. (2012). Recovery and time – inside the black box of working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 3*, 239-254.

Topor, A., Skogens, L., & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 76-87.

Topor, A., von Greiff, N., & Skogens, L. (2021). Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*, 374-385.

Torrigiani, C. (2012). Valutare il trattamento delle dipendenze: tra processi e risultati. In M. Palumbo, M. Dondi, & C. Torrigiani (Eds.), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 301-334). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbours, C., Marlett, G., Strurg, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance misuse. *Lancet, 369*, 1391-1401.

Trotter, C. (2023). *Working with involuntary clients (4th ed.).* New York: Routledge.

Trotter, C., Rooney, R., & Rooney, G. D. (2020). Strategies for Work with Involuntary Clients. *Australian Social Work, 73*(3), 263-266.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, crminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 381-390. doi:https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381

UNODC. (2022). *Worl Drug Report 2022.* Vienna: United Nations publication. Retrieved from https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html

UNODC. (2023). *World Drug Report 2023.* Vienna: United Nations publication. Retrieved from: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

Vaillant, C., Milosfky, E., Richards, R., & Vaillant, G. (1987). A social casework contribution to understanding alcoholism. *Health and Social Work*, 12, 169-176

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandevelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal.* doi:10.1155/2013/427817

Vanyukov, M., Tarter, R., & Kirillova, G. (2012). Common liability to addiction and 'gateway hypothesis': Theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and Alcohol Dependence, 123*(supp. 1), 3-17.

Warren J. (2007), *Service User and Carer participation in Social Work*, London, Sage.

Weick, A. (1983). Issues in overturning a mdecial model of social work practice. *Social Work*, 28, 467-6471

Welte, J., & Barnes, G. (1985). Alcohol: The gateway to other drug use among secondary-school students. *Journal of Youth and Adolescence, 14*, 487-498.

White , W. L. (2012). Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 1868-2011.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229-241.

White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care, 3*(1-2), 21-61.

Winnicott, D. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo.* Roma: Armando.

Zamagni, E., Rotatori, G., Lucarella, E., Malpassi, M., Pirani, F., Vignoli, T. (2022). L'adolescenza tra nuove dipendenze e nuove sfide. L'impatto e l'esito di servizi innovativi per gli adolescenti al SerDP di Rimini, *Sestante*, 11, 54-58.

Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking and risk taking. *Emotions in personality and psychopathology*, 161-197.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal.* Hillsdale New York: L. Erlbaum Associates.

Zuckerman, M. (1983). La ricerca di forti sensazioni. *Psicologia contemporanea, 59*, 26-33.

Zyvolensky, M., Vujanovic, A., Bernstein, A., Bonn-Miller, M., Marshall, E., & Leyro, T. (2007). Marijuana use motives: a confimatory test and evaluation among young adulti Marijuana users. *Addictive behaviors*, 3122-3130.

Appendici

APPENDICE A

Protocollo per i dati da estrapolare per analisi descrittiva utenza adolescenziale ser.d veneti

Note introduttive e pratiche

I dati sono da estrapolare per singoli Ser.D e non per dipartimento *(in alcuni casi se si utilizza l'intero Dipartimento emergono dati mancanti che in realtà con la ricerca per singolo Ser.D escono).* Dunque ripetere tutte le estrapolazioni indicate per ogni sede con l'accortezza di verificare su Gedi perché alle volte anche cambiando UOC alcuni dati li raggruppa.

Per estrapolare i dati una volta cliccato su "genera report" bisogna prima visualizzare nella "schermata a video" e poi scaricare il file Excel prodotto.

Quando si inseriscono le "dimensioni" bisogna dare i comandi uno per volta. Dunque, prima si clicca su dimensioni e ad esempio si inserisce la dimensione "fasce di età Istat" (tutte o solo quelle di interesse a seconda dell'estrapolazione che si sta facendo) si dà la conferma, poi si clicca di nuovo su dimensioni e si inserisce la dimensione sesso o la dimensione sostanza a seconda del dato che si deve scaricare.

Nei dati estrapolati è importante che ci sia riferimento al SerD di presa in carico (eventualmente se il dato non esce dentro il file excel, realizzare il salvataggio dei file indicando il dato principale e il SerD cui si riferisce (es nominazione file: adolescenti serD Rovigo X fonte di invio-2017_2021).

Dati di riferimento per impostazioni generali:

- ETA': selezionare "**Fasce età Istat**": 10-14 + 15-19 + 20-24
- Prese in carico con prestazioni
- **Periodo 01.01.2017 – 31.12.2021**
- **Secondo periodo di riferimento 01.01.2021 – 31.12.2021**

1a estrapolazione

NB: trattandosi di un bel po' di dati, in questa estrapolazione ci vuole un po' di tempo perché carichi!

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: fasce istat tutte

➔ Genera report

Selezionare su soggetti totali assistiti colonna totale quando si apre la finestra selezionare "schermata video" e dopo che verrà aperto il dettaglio cliccare su estrapola excel.

Con questa estrapolazione si ha il dettaglio di tutta l'utenza serd nel periodo.

Il file estrapolato va ripulito dalle colonne contenti dati sensibili-identificativi (colonna nominativo, codice sanitario, codice fiscale, decesso, case manager, indirizzo).

2a estrapolazione – dataset adolescenti-giovani in carico nel dettaglio

- Presa in carico con prestazioni

- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: fasce istat deselezionarle tute e selezionare insieme 10-14 + 15-19 + 20-24

➔ Genera report

Selezionare su soggetti totali assistiti colonna totale "visualizza a schermata video" e dopo estrapola excel

= Con questa estrapolazione si ha il dettaglio di tutta l'utenza adolescente serd nel periodo. Ripulire il file da dati sensibili: nominativo, codice fiscale e sanitario, data decesso, causa decesso, note decesso, indirizzo residenza e indirizzo domicilio (lasciando solo comune), email.

Così con questa estrapolazione otteniamo i dati: **Data di nascita:** GG/MM/AAAA; **Sesso:** F – M; data presa in carico; **Cittadinanza (nazionalità) 4°. Regione/Provincia/Comune di residenza; Scolarità; Stato civile; Condizione occupazionale/professionale; data prima prestazione; data ultima prestazione; n di prestazioni totali; Condizioni abitative "utente": Dove vive** e **Con chi vive**:

Dopo aver ottenuto il file excel con il dettaglio casi x variabili incollare nell'altro foglio anche la tabellina riassuntiva che genera a prima vista il sistema

3a estrapolazione (comprende 2 estrapolazioni)

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: **fasce istat** deselezionarle tute e selezionare insieme **10-14 + 15-19 + 20-24** conferma poi inserire **sesso** (selezionare solo m e f) conferma poi inserire **fonte di invio**.

➔ Genera report estrapolare file

Successivamente **modificare unicamente la data di inizio con 01/01/2021** e ri-estrapolare il file con i dati solo 2021 (io generalmente li salvo come due tabelle di uno stesso file indicando i due periodi distinti come titolo tabella)

4a estrapolazione (In questa estrapolazione si fanno in totale 6 estrapolazioni riferite a 3 dimensioni nei 2 periodi indicati) Salvare le tabelle varie con indicazione della dimensione e del periodo in un unico file ad esempio "adolescenti per sostanze – SerD di…."

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: **fasce istat** deselezionarle tute e selezionare insieme **10-14 + 15-19 + 20-24** conferma poi inserire **sesso** (selezionare solo m e f); **sostanze d'abuso tutte.**

➔ Genera report estrapolare file

Successivamente modificare unicamente la data di inizio con 01/01/2021 e ri-estrapolare il file con i dati solo 2021 (io generalmente li salvo come due tabelle di uno stesso file indicando i due periodi distinti come titolo tabella)

Poi cliccare sulla x per eliminare solo la dimensione sostanze d'abuso tutte, cliccare su dimensioni e mettere **sostanza/farmaco d'abuso primario** e fare come sopra (intero periodo prima, solo 2021 dopo)

Infine, cambiare la dimensione sostanza farmaco d'abuso primario e mettere **sostanza secondaria. E procedere come prima**

NB: in questa estrapolazione multipla fare sempre attenzione a dimensione e data

5a estrapolazione (comprende 2 estrapolazioni)

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: **fasce istat** deselezionarle tute e selezionare insieme **10-14 + 15-19 + 20-24** conferma poi inserire **sesso** (selezionare solo m e f) conferma poi inserire **trattamento stupefacente**.

➔ Genera report estrapolare file

Successivamente **modificare unicamente la data di inizio con 01/01/2021 e ri-estrapolare** il file con i dati solo 2021 (io generalmente li salvo come due tabelle di uno stesso file indicando i due periodi distinti come titolo tabella)

6a estrapolazione (comprende 2 estrapolazioni)

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: **fasce istat** deselezionarle tute e selezionare insieme **10-14 + 15-19 + 20-24** conferma poi inserire **sesso** (selezionare solo m e f) conferma poi inserire **via di assunzione**.

➔ Genera report estrapolare file

Successivamente **modificare unicamente la data di inizio con 01/01/2021 e ri-estrapolare il file** con i dati solo 2021 (io generalmente li salvo come due tabelle di uno stesso file indicando i due periodi distinti come titolo tabella)

7a estrapolazione (4 estrapolazioni 2 dimensioni per 2 periodi)

- Presa in carico con prestazioni
- Periodo 01/01/2017 al 31/12/2021
- Unità organizzative: tutte
- Dimensioni: **fasce istat** deselezionarle tute e selezionare insieme **10-14 + 15-19 + 20-24** conferma poi inserire **sesso** (selezionare solo m e f) conferma poi inserire **motivo di dimissioni**.

➔ Genera report estrapolare file

Successivamente **modificare unicamente la data di inizio con 01/01/2021 e ri-estrapolare il file** con i dati solo 2021 (io generalmente li salvo come due tabelle di uno stesso file indicando i due periodi distinti come titolo tabella)

Poi cambiare completamente come segue per altre 2 estrapolazioni:

- Al posto di "presa in carico con prestazioni" selezionare motivo di dimissioni
- Periodo di riferimento: fare 2 estrapolazioni, la prima con periodo 01/01/2017 fino a 31/12/2021; la seconda riferita al solo anno 2021, quindi 01/01/2021 – 31/12/2021

- Dimensioni: fasce età istat (deselezionare tutte e selezionare solo 10-14 + 15-19 + 20-24) poi inserire anche sesso (eventualmente lasciare selezionati solo M e F).

APPENDICE B

Call for participations assistenti sociali

A

Assistenti Sociali

SerD della Regione del Veneto

Carissime e carissimi Assistenti Sociali dei SerD della Regione Veneto

In seguito alla comunicazione trasmessa in data 24 dicembre (protocollo regionale 600511) ad oggetto "Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Disegno di ricerca: "Assistenti sociali e adoescenti con problemi di abuso di sostanze: la relazione di aiuto nei Ser.D. in Veneto". Richiesta di Supporto", sono a precisarvi quanto segue.

Sono la dottoressa Sonia Scalvini, assistente sociale iscritta all'Ordine del Veneto e attualmente dottoranda in "Social Work and Personal Social Services" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Il progetto di ricerca che vorrei realizzare lungo il percorso di dottorato è orientato allo studio e alla descrizione della **relazione e del processo di aiuto tra assistenti sociali e adolescenti assuntori di sostanze "in carico" ai SerD** della Regione del Veneto.

L'intenzione è di realizzare una ricerca secondo l'approccio della "*Participatory Research*" che si basa sulla costituzione di un gruppo di ricerca composto da ricercatori "accademici" e persone esperte del tema oggetto di ricerca, operatori e/o utenti dei servizi. In particolare, il desiderio è quello di dare avvio a una ricerca sviluppata e realizzata con la collaborazione di un gruppo di co-ricercatori assistenti sociali operanti nei SerD (con la prospettiva di poter coinvolgere anche giovani adulti che durante l'adolescenza hanno avuto un percorso con i SerD).

La ricerca si inserisce inoltre in una collaborazione con la Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto, UO Dipendenze, Terzo Settore, Marginalità e Inclusione Sociale e con i Dipartimenti per le Dipendenze per realizzare un'analisi descrittiva dell'utenza adolescenziale dei SerD veneti.

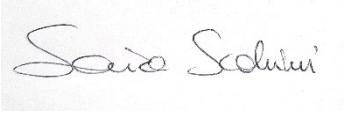
In questa fase sono, dunque, alla ricerca di Assistenti Sociali dei SerD del Veneto interessati e disponibili al tema e al percorso di ricerca.

Si chiede cortesemente la vostra collaborazione, per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattarmi al 3287552268 oppure scrivere un'e-mail a sonia.scalvini@unicatt.it

In attesa di cortese riscontro, Vi ringrazio per la Vostra attenzione

Un cordiale saluto

Dott.ssa Sonia Scalvini



APPENDICE C

Traccia intervista assistenti sociali

Grazie di aver accettato di partecipare a questa ricerca sul lavoro degli assistenti sociali nei SerD in riferimento alla relazione di aiuto con gli adolescenti. In particolare, l'obiettivo di questa ricerca è quello di far emergere e narrare esperienze e pratiche professionali individuando i saperi professionali ed esperienziali che caratterizzano il servizio sociale. Vorremmo meglio comprendere e raccontare le specificità professionali ed esperienza che intervengono nella costruzione di ambienti di aiuto, la storia delle persone e il percorso di aiuto, nella specificità dell'utenza adolescenziale – giovane adulta con problemi di uso di sostanze.

1. **Dati socio-anagrafici ed esperienza professionale:**
   a. **Quando sei nata/o?**
   b. **Qual è il suo titolo di studio?**
      - Laurea triennale
      - Laurea Magistrale
      - Laurea Quadriennale (vecchio ordinamento)
   c. **Da quanto tempo lavora come Assistente Sociale?**
   d. **Da quanto tempo lavora al SerD?**
   e. **Attualmente sta lavorando nell'ambito delle prese in carico degli adolescenti o ci ha lavorato in passato, sempre c/o il SerD?**
      [*quando + direttamente con gli adolescenti, e/o con i genitori-familiari*]

AREA ESPERIENZIALE - EXPERTISE

2. **Vorremmo iniziare l'intervista chiedendole di raccontarci di un episodio che ha vissuto e che ritiene particolarmente significativo, con un adolescente con cui è stato in relazione nel SerD**.
   Esplicitando le motivazioni per le quali è un evento significativo

   Sotto-domande - stimoli
   - *Che tipo di contatto c'è stato con l'ambiente del ragazzo/a? Quanto il suo ambiente è stato coinvolto-partecipe nel percorso?*
   - *Sei entrato in contatto con alcune figure di riferimento? Genitori – persone adulte importanti per l'adolescente? (allenatore, insegnante…)*
   - *Quali interventi erano stati attivati?*
   - *Che altri servizi, professionisti, erano coinvolti?*
   - *Come mai hai/avete agito in questo modo?*
   - *Secondo la tua valutazione professionale, cosa avresti potuto/voluto fare diversamente?*
   - *Quali sono stati gli impedimenti / difficoltà che hai riscontrato?*
     (individuali, professionali, organizzativi / fattori contestuali e fattori individuali]

3. **Cosa pensa di aver appreso, imparato da quell'esperienza?**
   [In positivo e/o in negativo
   Ti ha portato a modificare il tuo modo di operare/relazionarti con gli adolescenti?]

4. **Cercando ora di spostarci un po' dalla singola storia che ci ha raccontato, e pensando agli adolescenti con cui ha lavorato, le chiediamo, cosa fa e come si relazioni con un adolescente rispetto a un adulto?**

[*cose concrete che fai di diverso rispetto ad un adulto, come mai fai diversamente, cosa consideri/cosa ti spinge ad agire così?]*

5. **Nel colloquio e nella relazione con un adolescente con problemi di uso di sostanze, quali sono i temi che emergono?** *[Cosa lui racconta, di cosa vuole parlare, quali temi porta /* Come si caratterizzano i colloqui? / utilizzo di storie, metafore, esperienze, canzoni]
6. **Nel colloquio e nella relazione con la famiglia dell'adolescente quali sono i temi e gli aspetti che emergono?**
7. **All'interno delle equipe quali temi vengono riportati e trattati?**

AREA TEORICO-METODOLOGICA

8. **Ripensando a quello che ha studiato, letto, affrontato nella formazione continua, ci sono dei riferimenti teorici e metodologici cui attinge e che la sostengono/guidano nel processo di aiuto con gli adolescenti al SerD?**
   [Possibile riformulazione: Quali caratteristiche specifiche del servizio sociale e della disciplina di servizio sociale sono un riferimento guida nella relazione con gli adolescenti con problemi di dipendenza?]

9. **Ci sono degli strumenti in particolare che utilizza nel lavoro con gli adolescenti?**
   Come mai utilizzi questi strumenti? Che apporto ti danno? Cosa te li fa ritenere utili? Hai fatto una formazione specifica su questo/i strumento/i?
   [*Colloquio motivazionale; test autosomministrati; ecomappa, genogramma, altri strumenti*]

10. **A suo avviso, nella relazione di aiuto che costruisce con l'adolescente e nel processo di aiuto che si realizza che grado di coinvolgimento/partecipazione ha l'adolescente rispetto alle scelte-progettualità che lo riguardano?**
    Stimolo/suggestione:
    a. L'adolescente esprime il suo punto di vista rispetto al suo percorso, rispetto agli interventi?
    b. Quanto conta il suo parere rispetto a possibili progettualità?
    c. Se la proposta dell'équipe non è in linea con la volontà del ragazzo come procedete?
    d. Prima di coinvolgere altri servizi ne parli con il ragazzo e/o la sua famiglia?

10bis Invece, che coinvolgimento c'è della famiglia nel percorso di aiuto? Con quali modalità e quali obiettivi?

11. **Quali altri servizi sono coinvolti nel lavoro con gli adolescenti del SerD? Quando e per quali motivi valuta di coinvolgere altri servizi?**
    Stimoli
    - *Qual è la tua percezione rispetto a come gli altri servizi si relazionano all'adolescente con dipendenza e al ruolo dell'AS nel SerD?*
    - *solitudine nelle dipendenze con adolescenti rispetto a prese in carico integrate in tutela minori*
    - *Varietà e ampiezza servizi coinvolti*

12. **Quale ritiene essere la sua specificità, in qualità di Assistente Sociale dentro al servizio del SerD?**
    Cosa ti rappresenta (*cosa fai e perché***) rispetto agli altri professionisti?**

[*Alcuni aspetti da sondare: tipologia degli interventi; attenzione al contesto-ambiente, famiglia; quale setting dell'AS*]

AREA CONTESTO LAVORATIVO

Vorremmo ora porti alcune domande sul tuo lavoro in connessione all'ambiente-contesto lavorativo.

13. Come si è organizzato il suo servizio- ente rispetto all'utenza degli adolescenti con problemi di uso di sostanze?

C'è stata una riflessione condivisa sulla presenza di adolescenti?
Quali professionisti entrato in contatto con gli adolescenti?
Sono previsti Sportelli specifici, orari specifici, luoghi diversi o indifferenziato? Vincoli; opportunità;
Sei d'accordo con le scelte del tuo ente?

14. Il suo servizio ha dei protocolli specifici (interni e/o interservizi) legati all'utenza adolescenziale? Se si cosa prevedono?

Se no, andrebbero a suo avviso previsti? Cosa pensa sia necessario che preveda un protocollo in quest'ambito? Che soggetti dovrebbe includere?

AREA FINALE - CONCLUSIONE

15. C'è qualcosa che ritiene rilevante e che vorrebbe aggiungere rispetto alla sua esperienza di assistente sociale del SerD nel lavoro con gli adolescenti?

16. In chiusura di quest'intervista, in poche parole, vorremmo chiederle una metafora o un'immagine che per lei rappresenta il suo lavoro di assistente sociale del SerD nella relazione con gli adolescenti.

APPENDICE D

Traccia intervista giovani adulti ex utenti SerD

Grazie per aver accettato di partecipare a questa ricerca che vuole esplorare e raccontare le storie e le esperienze di giovani adulti (over 21 anni) che in adolescenza hanno avuto esperienza di un percorso con il serD per uso di sostanze. Si vorrebbe approfondire ciò che ha significato per i ragazzi il contesto del serD, il percorso, e in particolare il ruolo e la relazione con l'assistente sociale, individuando suggerimenti operativi per professionisti e servizi.

CONSEGNA DI PARTENZA

1. **Ti chiediamo se vuoi raccontarci della tua vita facendo riferimento alla tua esperienza di uso di sostanze, cosa facevi e come vivevi prima del tuo accesso ai servizi per le dipendenze?**
   - storia di vita antecedente all'accesso ai servizi (che cosa facevi prima, con chi vivevi, perché/quando hai iniziato a usare le sostanze, in che modo, quali sostanze, con chi, se e come è cambiata la tua vita con l'uso della sostanza)
   - uso delle sostanze: *Come e con cosa è iniziato; contesti di assunzione; significati assunzione (all'epoca e oggi)*

   1.1 Quando le persone a te care si sono accorte, come hanno reagito, come sono cambiate le relazioni? (famiglia, amici, altri) (stimolo a cambiare?)

   1.2 **Quando l'uso di sostanze è diventato un "problema" che ti ha portato ad accedere ai servizi?**
   - Che tipo di "problema" c'è stato? *[giudiziale penale (USSM / UEPE); giudiziale amministrativa (Prefettura); tutela minori (Servizi sociali; TM); relazioni familiari-amicali-significative; area scolastica (abbandono, insuccessi, sentimenti positivi o negativi nel contesto scolastico, gruppo classe, relazioni insegnanti); Area lavorativa (positiva o negativa, licenziamenti, controlli per sostanze)*
   "toccare da fondo"; perdere tutto; esperienze forti che stimolano

<u>Contatto con il servizio dipendenze</u>

2. **Come sei arrivato a entrare in contatto con i servizi per le dipendenze? Quale è stata la motivazione che ti ha portata ad accedere ai servizi? [**obbligo da parte delle Autorità, spontaneo, spontaneo ma spinto da qualcuno di significativo]

   2.1 Che idea ti sei fatto quando hai saputo che dovevi / quando hai pensato di andare al SerD?
   In seguito, quest'idea è cambiata? *[Cosa conoscevi del Ser.D? / Alla fine del tuo percorso qual era la tua idea sul Ser.D? /]*
   Rapporto e visione degli altri utenti del Ser.D
   Stigma? Emarginazione-isolamento? Etichettamento?

<u>Contatto con professionisti dentro al serd</u>

3. **Che tipo di relazione hai instaurato con gli operatori del servizio?**
   Come ti sei sentito/trovato nella relazione con i diversi operatori del SerD)? /
   Come i diversi operatori si relazionavano con te? [*differenze tra i vari professionisti*?]

4. **Se ripensi al tuo percorso, c'è un professionista tra quelli che ha incontrato che ha "fatto la differenza" Per quali motivi?** [*Che cosa ha fatto la differenza*?]

5. **[*se non citata in precedenza*] Hai avuto modo di incontrare l'assistente sociale? Se sì, che relazione hai instaurato con l'assistente sociale?**
   [*Conoscevi la figura dell'assistente sociale? / Che idea avevi all'inizio e qual era la tua idea invece alla fine di tutto il percorso?*
   - Cos'ha rappresentato per te l'assistente sociale del Ser.D?
   - È stata di aiuto questa figura nella tua esperienza?
   - Che tipo di aiuto pensi ti abbia dato?

6. **Ti ricordi come erano caratterizzati i colloqui con l'Assistente sociale? Di cosa parlavate, che cosa facevate, con che modalità? Come si poneva nei tuoi confronti?**

ESPERIENZA DEL PERCORSO NEL SERVIZIO DIPENDENZE

7. **Riesci a ricostruire il percorso e le esperienze che hai realizzato con il SerD?**
   (che tipo di progetto è stato elaborato? Quali interventi sono stati realizzati? Quali erano i professionisti coinvolti? Per quanto tempo sei stato in carico al servizio?)

   - **Cosa pensavi e cosa pensi oggi del percorso che hai realizzato?**
     - C'è qualcosa che avresti cambiato / fatto in modo diverso?

   - **Senti di essere stato protagonista del tuo percorso? Come, in che senso? Perché si/perché no** (delle scelte e dei progetti, senti di essere stato coinvolto nelle scelte?)

   - **Se non eri d'accordo con le cose che ti proponevano cosa facevi?**

   - **Sono state coinvolte nel percorso delle persone significative per te? (famiglia/partner, altro)**
     Si/no, tu che cosa avresti voluto? Ne hai compreso il motivo?

   - **Nella tua esperienza di vita, prima o durante l'esperienza con il SerD sei entrato in contatto con altri servizi? Ti ricordi quali, per quali motivi? Era una tua scelta/necessità o c'erano degli obblighi?** *[Comunità / Servizi sociali comuni / Tutela / Consultorio / Spazio giovani /consultorio giovani; NPI / CSM]*
     - Sei stato informato prima del coinvolgimento di questi servizi?

8. **Pensando al percorso che hai fatto, vedi che ci sono stati dei cambiamenti in te, nella tua vita? In che cosa, quali?** [in cosa pensi quest'esperienza ti abbia aiutato, in che aspetti pensi quest'esperienza abbia avuto un impatto su di te?]

Conclusione

9. **Vorremmo chiederti se vuoi dare delle indicazioni rispetto al Servizio per le dipendenze, rispetto ai professionisti che ci lavorano, agli interventi che propongono, cosa suggeriresti? Che cambiamenti proporresti?**

10. **C'è qualcosa che vorresti aggiungere rispetto alla tua esperienza e prospettiva?**

11. **Per finire ti chiediamo se vuoi definire con una frase, una parola, un'immagine, cosa ha significato per te il percorso che hai fatto al SerD e/o la relazione con l'assistente sociale**

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Anno di nascita:

Nazionalità:

Titolo di studio:

Lavoro – professione:

Quanti anni avevi quando hai iniziato ad andare al SerD?

Per quanto tempo sei andato al serd?

Quanto è durato circa il tuo percorso/esperienza? (anni + eventuale in corso)