

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BOLOGNA

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN SOCIOLOGIA SANITARIA

Direttore: Prof. A. Ardigò

I servizi sociali per gli adolescenti nell'area Sud-Est di Milano
Linee per la valutazione del "Progetto A" di S. Donato Milanese

Tesi di specializzazione

Presentata dal Dott.:
Mirco Franceschi

Relatore Chiar.mo Prof.
Leonardo Altieri

Anno accademico 1990/91

*A Filippo e Federico
la cui esistenza ha scandito
i ritmi di questa ricerca.*

*"And thus the native hue of resolution
Is sicklied o'er with the pale cast of thought;
And enterprises of great pith and moment,
With this regard, their currents turn a-wry,
And lose the name of action."*

W. Shakespeare, Hamlet

Indice

1. Premessa metodologica
 - 1.1. La ricerca valutativa
 - 1.2. La valutazione dei servizi psichiatrici
 - 1.3. Una prospettiva epidemiologica per la valutazione?
2. Introduzione
 - 2.1. L'approccio dei servizi sociosanitari alle problematiche adolescenziali
 - 2.2. Alcuni criteri di definizione dei modelli di servizi per adolescenti
3. La condizione giovanile in sei comuni dell'ULSS n° 57.
 - 3.1. La struttura economica
 - 3.2. Le strutture scolastiche e il luogo di studio.
 - 3.3. Il tempo libero
 - 3.4. Alcuni progetti in campo nazionale
 - 3.5. Il progetto giovani
4. La "normalità psichica" degli adolescenti nell'USSL n° 57
 - 4.1. Il metodo utilizzato
 - 4.2. Uno strumento per indagare il Sé
 - 4.3. L'analisi dei dati
 - 4.4. Le conclusioni della ricerca
 - 4.5. Il questionario
5. Una esperienza di consultazione.
 - 5.1. Il Progetto A di San Donato Milanese.
 - 5.2. Il Brent Consultation Centre
 - 5.3. L'idea del servizio da parte dei promotori
 - 5.4. La consultazione come prevenzione secondaria
 - 5.5. Gli aspetti organizzativi del progetto
 - 5.6. La promozione e l'immagine del servizio
 - 5.7. Una verifica del servizio
 - 5.7.1. Una riflessione sull'utenza
 - 5.7.2. Contesto e prospettive del servizio
6. Conclusioni
 - 6.1. Ipotesi per una ricerca valutativa
 - 6.1.1. Chi sono i soggetti della valutazione?
 - 6.1.2. Cosa valutare?
7. Bibliografia

1. Premessa metodologica

1.1. La ricerca valutativa

Nel tentativo di congiungere in via tendenziale teoria e pratica, un osservatorio sociologico dovrebbe dotarsi di strumenti operativi di natura sociologica.¹

Tra i principali strumenti si possono riconoscere: la ricerca azione,² la ricerca intervento,³ la ricerca progetto⁴ e la ricerca valutazione.⁵

In particolare la ricerca valutativa può essere vista come uno strumento operativo utile a verificare le conseguenze o i mutamenti indotti da uno stimolo, in un contesto sociale definito. Valutare significa quindi verificare le conseguenze di un processo messo in atto volutamente, usualmente per via di azione pubblica.

Lo scopo metodologico, isolare gli effetti di un intervento dato, presuppone una linea di partenza confrontabile con una di arrivo; e il confronto del contesto dato con un contesto consimile, senza intervento, per verificare la conseguenza del flusso non stimolato delle cose. La ricerca valutativa pone quindi una serie di problemi organizzativi, richiede delle opportunità sociali, impone delle convergenze di interessi e mediazioni tra operatori. Non si tratta perciò di una semplice trasposizione delle metodologie di ricerca sociale a un particolare settore di

¹ Vedasi C. Cipolla, *TEORIA DELLA METODOLOGIA SOCIOLOGICA*, Milano, Angeli, 1988.

² Essa è orientata alla definizione di luoghi da rendere trasparenti, della propria biografia personale e collettiva. Si basa su problemi o bisogni posti dal gruppo, con una elaborazione contestuale e orientata alla prassi, che fonde conoscenza e azione. In essa il fine produttivo ed emancipativo tende a prevalere su quello di conoscenza. Vedasi A. Melucci, *ALTRI CODICI*, Bologna, Il Mulino, 1984.

³ Dove l'attività conoscitivo-pratica è contemporaneamente volta a superare un problema organizzativo definito in termini spazio-temporali. Con questo tipo di ricerca si tende al coinvolgimento di tutte le parti interessate al processo di mutamento. La verifica è però circoscritta alla soluzione del caso e la generalizzabilità non è immediata. Vedasi F. Butera, *LA RICERCA-INTERVENTO: TEORIA E CASI*, Roma, Cedis, 1977. Si consideri, infra, la ricerca sulla "normalità psichica degli adolescenti".

⁴ Essa si situa in un processo di creazione organizzativa. Le congetture proposte vanno dal particolare al generale, fondendosi in una ipotesi di compatibilità organizzativa globale. Il risultato raggiunto, secondo una logica ingegneristica che può utilizzare le metodologie più difformi, è in se la spesa della conoscenza, che trova riscontro e si legittima proprio tramite questo prodotto. Vi è la tendenza a concepirlo in termini euristici nuovi. Vedasi H. Simon, *LE SCIENZE DELL'ARTIFICIALE*, Milano, Isedi, 1973. Si consideri, infra, la ricerca del CERES *Progetto giovani*, sulla condizione giovanile in sei comuni dell'USSL lombarda n° 57.

⁵ Orientata a cogliere i mutamenti indotti dall'attivazione di un certo servizio, o progetto.

studio, in quanto non vi è una netta separazione tra i processi politico-amministrativi e l'attività di ricerca valutativa vera e propria.⁶

Manca però una cultura della valutazione nei servizi socio-sanitari: spesso le considerazioni valutative sono carenti; la valutazione non viene valorizzata, sostenuta e considerata parte integrante dei compiti professionali. Si rischia di sprecare così l'occasione di apprendere dall'esperienza.

La valutazione non è infatti un *optional*.⁷ E' invece necessario un intreccio continuo tra programmazione e valutazione (alla valutazione del prodotto, dei risultati, va affiancata una valutazione di processo).

La ricerca valutativa riguarda quindi l'uso del metodo scientifico per condurre uno studio valutativo.⁸ Nella scienza sociale si procede attraverso una serie di passaggi, dove il disegno della ricerca prevede:

- la definizione di un quadro teorico di riferimento;
- la precisazione dell'argomento di indagine e degli scopi;
- la definizione delle ipotesi;
- la scelta e la costruzione degli strumenti di indagine;
- l'indagine sul campo (la rilevazione vera e propria);
- l'elaborazione dei dati;
- il riscontro del rapporto tra risultati e ipotesi.

La ricerca valutativa mostra delle differenze rispetto alle altre ricerche sociali soprattutto per quanto riguarda la definizione del quadro teorico. Il ricercatore deve infatti fare riferimento ad un intervento: deve tenere conto delle scelte di valore e del quadro teorico di chi ha preparato quel programma. Il ricercatore gode quindi di un'autonomia più ristretta che nella ricerca

⁶ Vedasi A Saporiti, *La ricerca valutativa: un'introduzione alla valutazione dei programmi socio-sanitari*, in P. Donati (a cura di), *MANUALE DI SOCIOLOGIA SANITARIA*, Roma, N.I.S., 1987.

⁷ L. Altieri, *La valutazione, percorso accessorio o percorso necessario?*, Intervento al Convegno Organizzazione e formazione: un metodo per valutare, Regione Lombardia, Maggio 1990. Vedasi anche L. Altieri, *La ricerca valutativa negli interventi sociali*, in P. Guidicini, *NUOVO MANUALE DELLA RICERCA SOCIOLOGICA*, Milano, Angeli, 1987.

⁸ Per metodo scientifico si intende qui il processo che prevede: la formulazione di ipotesi, che derivano da teorie ed esperienze precedenti, da scelte di valore e sono riferite ad obiettivi conoscitivi; una situazione controllata di intervento, sperimentale, o che si avvicina al modello sperimentale; una verifica delle ipotesi (o falsificazione) in cui si rapportano i risultati della ricerca alle ipotesi formulate. Poiché nelle scienze sociali spesso non è possibile l'esperimento di laboratorio, questo viene sostituito dalla ricerca sul campo.

sociale⁹ Molte ipotesi sono, o dovrebbero essere, già comprese e formulate nel programma. Il primo passo di una ricerca valutativa è proprio l'individuare le ipotesi che stanno alla base del programma da valutare.¹⁰

In generale, per la ricerca valutativa si possono riconoscere più fasi¹¹:

1. la fase delle scelte di valore: in cui si scelgono i valori di riferimento. A volte essi sono impliciti e presentano qualche ambiguità. Molti problemi gestionali sorgono proprio a questo livello;
2. la fase della definizione degli obiettivi: dovrebbero essere coerenti con i valori, esplicitati, non generici, espressi in forme misurabili o stimabili. E' possibile, in base a giudizi di esperti, formulare obiettivi specifici realizzabili per fasi. Questa fase è centrale strategicamente: senza obiettivi definiti non si può fare una valutazione del risultato. Inoltre gli operatori non possono darsi una chiara ed articolata definizione di compiti e ruoli, e possono subire delle frustrazioni. La stessa formazione degli operatori necessita di chiarezza e concretezza circa gli obiettivi, altrimenti finisce per perseguire obiettivi non dichiarati, come bisogni di securizzazione e di socializzazione dei problemi;
3. la fase dell'effettiva programmazione delle attività: vengono definite le risorse da impiegare, le metodologie di lavoro ed organizzative, ecc. Va controllata la coerenza di queste con gli obiettivi. Le risorse vanno prese in considerazione anche sotto l'aspetto qualitativo, oltre che quantitativo monetario, e ciò riguarda anche la risorsa tempo;
4. la fase di determinazione del metodo di analisi dei risultati: raramente i risultati sono di per sé evidenti. Se sono misurabili si rileveranno con tecniche quantitative, se non lo sono andranno stimati con tecniche qualitative. I metodi di rilevazione varieranno a seconda della natura, della complessità, dell'ampiezza dei risultati da identificare, del tipo di servizio, del tipo di utenza...
5. la fase della identificazione ed analisi dei risultati dell'intervento: si farà valutazione del prodotto, andando a riportare i risultati con gli obiettivi dichiarati a monte e ridefinendo gli obiettivi alla luce degli scarti evidenziati e riprendendo il processo, in modo simile a quanto avviene nei controlli di gestione.¹²

⁹ Dove i condizionamenti sono più legati alle risorse e ai tempi che il committente mette a disposizione, nonché l'ambito della ricerca; mentre resta al ricercatore una pressoché totale libertà nella formulazione delle ipotesi.

¹⁰ Secondo Altieri esiste quindi una ridotta autonomia di definizione delle ipotesi, anche se esiste la possibilità di discutere la validità delle stesse.

¹¹ L. Altieri, *La valutazione, percorso accessorio o percorso necessario?*, cit.

¹² Vedasi E.A. Suchman, *Evaluative research*, citato in M. Ravelli, *Problemi e orientamenti di ricerca valutativa*, in *STUDI DI SOCIOLOGIA*, 1981.

Nel tentativo di una sintesi dei diversi approcci, Bertin¹³ indica tre livelli di valutazione:

- la *process evaluation* (valutazione di processo): l'osservazione e la misurazione delle prestazioni per verificare i problemi che vengono incontrati concretamente;
- la *program evaluation* (valutazione di programma): la determinazione dell'impatto di un intervento, in date condizioni spazio-temporali, rivolto a una data popolazione;
- la *research evaluation* (valutazione di ricerca): da cui si vuole capire il grado di generalizzabilità di un intervento.

Egli indica inoltre cinque momenti di valutazione:

1. *front-end analysis*: è una valutazione di fattibilità; essa dovrebbe avvenire ancora prima dell'applicazione del programma, perché riguarda la possibilità e l'opportunità di applicarlo;
2. *evaluability assessment*: si tratta di stabilire la fattibilità degli approcci e dei metodi valutativi (e non del programma);
3. *formative evaluation*: si tratta di fornire informazioni utili per la gestione del programma, in merito alle risorse umane e alla loro formazione;
4. *impact evaluation*: riguarda la valutazione dei risultati in relazione alle decisioni sugli investimenti futuri;
5. *program monitoring*: cioè il controllo periodico delle corrispondenze fra gli interventi effettivamente attuati e il programma.

Lo sforzo di Bertin si indirizza nel costruire uno schema unificante delle diverse impostazioni che si hanno nel campo della valutazione, a partire dal livello di applicazione (*micro* o *macro*) e dalla rigidità dei metodi (*hard* o *soft*).

Livelli e metodi di valutazione:

	hard	Soft
micro	Single Case Evaluation Design	(Autovalutazione)
macro	Management by objectives Valutazione sul sistema	Self evaluation Indagine di opinione

Il livello *micro* riguarda il singolo utente o piccoli gruppi, quello *macro* riguarda invece grandi gruppi di popolazione utente.

¹³ G. Bertin, DECIDERE NEL PUBBLICO, Milano, Etas libri, 1989.

Per *hard* si intende un approccio con una notevole complessità e una elevata rigidità, per *soft* si intende un approccio molto flessibile e di scarsa formalizzazione.

Lo schema proposto sembra effettivamente sintetizzare il quadro di ciò che è stato elaborato in questo campo.¹⁴

Il metodo *SCED* (*Single Case Evaluation Design*) discende dal comportamentismo. Si basa sull'ipotesi che i mutamenti di comportamento del singolo sono indicatori di miglioramento o peggioramento, e il controllo del comportamento serve appunto a dedurre i mutamenti di stato dei soggetti. Le fasi operative vanno dalla definizione del problema, alla selezione di strategie di valutazione,¹⁵ alla definizione degli strumenti di osservazione e raccolta di informazioni,¹⁶ alla scelta del disegno di ricerca,¹⁷ fino all'analisi dei dati.

La *valutazione per obiettivi* è forse il metodo più consolidato, conosciuto e apprezzato anche in Italia.¹⁸ I programmi possono venire distinti in un inizio,¹⁹ un contatto,²⁰ e una realizzazione;²¹ la valutazione può essere effettuata in modo differenziato per ciascuna fase, considerandone lo sforzo²² impiegato, l'efficacia²³ e l'efficienza.²⁴ La valutazione per obiettivi permette di controllare il risultato e il processo, oltre alla generalizzabilità dell'intervento.

La *valutazione sul sistema* ipotizza che il programma produca effetti sia sul sottosistema interessato, che su quelli interagenti, e che questi effetti non siano isolabili.²⁵ L'approccio risulta

¹⁴ A parte l'approccio *soft* e *micro* che qui viene indicato come *Autovalutazione*. Lo si è inserito per ragioni di completezza logica. Si tratta di un livello lasciato però troppo spesso non tematizzato: ha a che vedere con l'attività del singolo operatore, con la sua autocoscienza; e inoltre con elementi non verbali, perciò considerati spesso prescientifici, anche se ormai esiste una rilevante letteratura fenomenologica che va recuperata. Vedasi in proposito A. Ardigo', *PER UNA SOCIOLOGIA OLTRE IL POST-MODERNO*, Roma-Bari, Laterza, 1988.

¹⁵ Va infatti definito quale sia il livello di cambiamento da definirsi significativo.

¹⁶ Come i colloqui col soggetto o i suoi familiari, l'osservazione diretta... Possono essere sviluppati strumenti tipo griglie o schede (*base line*), in cui i comportamenti vengono riportati in modo standardizzato.

¹⁷ Come disegni prima/dopo, o prima/dopo con interruzione... Vedasi G. Bertin, *Decidere nel pubblico*, cit.; vedasi inoltre M. Ravelli, *Problemi e orientamenti di ricerca valutativa*, cit.

¹⁸ L. Bernardi e T. Tripodi, *METODI DI VALUTAZIONE DI PROGRAMMI SOCIALI*, Padova, Fondazione Zancan, 1981.

¹⁹ Fase delle scelte di valore, decisione sugli obiettivi, definizione delle risorse.

²⁰ Fase di informazione, individuazione e selezione degli utenti.

²¹ Fase di attuazione vera e propria del programma.

²² L'insieme delle attività e delle risorse messe in campo.

²³ La capacità di realizzare, raggiungere, gli obiettivi di fase.

²⁴ Il rapporto ottimale tra sforzo ed efficacia.

²⁵ Come provengono da diversi sottosistemi anche le risorse.

meno ben definito del precedente, in quanto fa riferimento paradigmi piuttosto eterogenei, come la teoria generale dei sistemi,²⁶ l'approccio drammaturgico²⁷ e la teoria del processo politico.²⁸

Gli approcci *soft* si usano quando non risulta possibile usare quelli *hard*, o quando è necessario basarsi su metodi in cui ha grossa rilevanza la soggettività degli specialisti o degli utenti.

La *self evaluation* viene usata per considerare la qualità delle prestazioni e ha lo scopo di definire i comportamenti operativi in ambito professionale come corretti e ottimali. Questo metodo usa sia la *utilization review*,²⁹ che il *direct service audit*,³⁰ oltre alla *profile analysis*.³¹ Il suo limite risulta nella rilevanza della soggettività degli esperti; inoltre necessita di standard consolidati e condivisi dalla categoria. Il suo vantaggio è la possibilità del passaggio dall'autovalutazione di categoria a quella del singolo operatore.

Le *indagini di opinione* riguardano valutazioni sul prodotto e sul processo di un intervento, effettuate attraverso la rilevazione delle opinioni degli utenti stessi. Le indagini di opinione, ben note nell'impiego di ricerca sociale, hanno limiti notevoli in campo valutativo. Per esempio, una ricerca sull'opinione degli utenti dovrà tener conto del fatto che la percezione degli utenti è influenzata da una probabile scarsa competenza tecnica. La loro soddisfazione può non coincidere con l'efficacia del servizio.³² E' quindi importante tener conto del tipo di cultura degli utenti quando si raccolgono dati sull'immagine e sull'informazione che gli essi hanno del servizio.

26 Ad essa bisogna fare riferimento per individuare i sottosistemi, i loro confini e i cambiamenti che interessano.

27 Che cerca di ricostruire i comportamenti dei diversi soggetti che agiscono nei vari sottosistemi, e i loro obiettivi, siano essi utenti, operatori o amministratori.

28 Dove le relazioni tra i soggetti vengono prese in considerazione in relazione alle risorse utilizzate, agli scambi e alle contrattazioni, alle strategie messe in atto. Vedasi G. Bertin, DECIDERE NEL PUBBLICO, cit.

29 Un giudizio di esperti sulla idoneità di un certo servizio rispetto alle caratteristiche degli utenti.

30 Controlla se le prestazioni che risultano dagli atti, dalle cartelle cliniche, corrispondono agli standard professionali definiti; misurando la qualità della cura.

31 Mette in relazione i dati di sintesi con gli standard complessivi del servizio

32 Può esservi infatti un utente guarito, insoddisfatto per i modi di trattamento, per il tipo di rapporto con gli operatori. O viceversa un utente non guarito, ma soddisfatto...

1.2. La valutazione dei servizi psichiatrici

Per quanto riguarda la valutazione dei servizi operanti sulla psiche, secondo alcuni autori essa é analoga a quella di altri servizi, semmai più difficile.³³

Si possono infatti valutare i servizi psichiatrici in termini di risorse esistenti, del volume delle prestazioni, della conformità della qualità delle prestazioni a norme professionali e dei risultati. Mentre i primi tre criteri rimangono più in superficie, l'ultimo, la valutazione dei risultati, affronta il problema dell'utilità di quanto viene prodotto dal servizio.

Volendo considerare le risorse esistenti, le aree di interesse per una valutazione riguardano:

- l'uniformità della distribuzione territoriale in rapporto alla popolazione e in rapporto agli utenti specifici (per esempio gli adolescenti);
- una distribuzione corrispondente ai bisogni;
- la qualificazione del personale;
- la presenza di attrezzature, in base a standard di qualità della struttura;
- la conformità a standard di qualità (come per esempio la gradevolezza degli ambienti);
- il tipo di organizzazione (compiti svolti, modalità di lavoro, processo decisionale).

Considerando il volume e la natura delle prestazioni (valutazione amministrativa del servizio), i livelli di valutazione riguardano:

- il numero delle prestazioni, poste in rapporto al costo e al personale impiegato;
- il calcolo di indici di efficienza amministrativa (per esempio i tempi di attesa);
- il rispetto di obiettivi operativi relativi a gruppi particolari di utenti.

Se si considera la conformità del comportamento a norme professionali,³⁴ può essere ricercata un'applicazione sulla valutazione:

- dell'utilizzazione dei servizi;
- della competenza tecnica;
- dell'integrazione delle diverse strutture.

³³ P.L. Morosini, *Metodi di valutazione dei servizi psichiatrici*, in De Martis et alii, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982

³⁴ Anche se questo approccio risulta più difficile che in altri settori, esso potrebbe dare buoni risultati in quanto: spinge gli operatori a riflettere esplicitamente sui propri criteri di intervento; risulta relativamente facile, in alcuni campi, definire ciò che non va fatto; ostacola la riproposizione di atteggiamenti non corretti; permette di promuovere l'articolazione dei servizi e la loro integrazione. P.L. Morosini, *Metodi di valutazione dei servizi psichiatrici*, cit.

Considerando infine i risultati, va chiarito che per misurare l'efficacia è necessario definire gli obiettivi che il servizio si pone, in modo da quantificare se e in che misura essi sono stati raggiunti. Requisiti fondamentali sono il seguire nel tempo i pazienti, il disporre di termini di paragone, la riproducibilità e l'accuratezza dei criteri di valutazione adottati. I metodi di valutazione riguardano sperimentazioni randomizzate controllate, con disegno quasi sperimentale di ricerca e l'osservazione dei risultati ottenuti in rapporto a standard prefissati. I criteri di valutazione riguardano sia obiettivi finali³⁵ che intermedi.³⁶

Secondo altri autori, invece,³⁷ è necessario spostare l'attenzione sulla valutazione, anche al di là dell'esame dei costi e della efficienza, al di là della programmazione. Un aspetto del tentativo di superamento dei modelli economicistici³⁸ e dell'input-output, è l'idea che non sia sufficiente la valutazione del risultato o delle risorse, e che si debbano valutare le scelte e le procedure del

35 La prevenzione primaria; il grado di autonomia e stato di benessere soggettivo degli utenti e dei familiari.

36 La soddisfazione per il servizio ricevuto; la soddisfazione degli operatori; il cambiamento di atteggiamenti degli utenti e della popolazione; gli eventuali effetti nocivi del servizio.

37 C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, in M. Tansella (a cura di), *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, Torino, Boringhieri, 1985. Secondo Castelfranchi valutare significa esprimere un giudizio, non tanto su qualche proprietà o relazione, bensì sul rapporto delle cose con un dover essere, uno scopo o valore.

38 Vedasi G.A. Micheli, *La valutazione dei servizi tra razionalità economica e specificità psichiatrica*, in De Martis et alii, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982. L'analisi costi-benefici mutua il suo oggetto dall'economia neoclassica, incorporandone alcuni nodi problematici: il problema dell'aggregabilità delle funzioni del benessere individuale in una funzione del benessere sociale; la difficoltà a monetizzare il beneficio, che porta ad elaborare tecniche (cost-effectiveness, cost-utility), dietro alle quali permane l'analisi costi-benefici e il problema non risolto dell'efficacia.

servizio, cioè l'intervento cui si dovrebbe attribuire il risultato.³⁹ Anche perché i risultati sono spesso a lungo termine o di difficile accertamento.⁴⁰

Inoltre la valutazione del risultato non può avvenire con criteri basati solo sui sintomi,⁴¹ con un approccio alla valutazione dei servizi psichiatrici che li considera simili ad altri servizi. Infatti i problemi sono forse più simili a quelli affrontati nella valutazione delle istituzioni educative e rieducative,⁴² anche se difficilmente l'intervento sui disturbi mentali viene concettualizzato come educativo piuttosto che come medico.

Si possono infatti sollevare dei dubbi che il superamento del sintomo comportamentale sia segno del successo e sia utile al processo terapeutico; inoltre, le stesse categorie diagnostiche vengono sottoposte a forti critiche, come per esempio quelle sulla discordanza delle definizioni.⁴³

39 Secondo G.A. Micheli (*La valutazione dei servizi tra razionalità economica e specificità psichiatrica*, cit.) per analizzare le esperienze psichiatriche è necessario confrontarsi: con l'insufficienza delle categorie di analisi che ruotano attorno al modello weberiano di burocrazia, che va stretto alle categorie funzionali dei servizi psichiatrici; la rigidità dell'idea di una corrispondenza tra il tipo di servizio psichiatrico erogato e la sua strutturazione organizzativa interna (*one best way*); la necessità di esorcizzare i modelli psichiatrici tradizionali, che fa attribuire valenza positiva a tutti i servizi *alternativi*; la pericolosità della logica oggettivante che sottosta a molte procedure di analisi e valutazione, se non applicate ai servizi psichiatrici con la dovuta attenzione. Due modi vi sono quindi per affrontare l'esame di un servizio organizzato: passare al setaccio proprio la forma organizzativa; analizzare solo *input e output*, come estremi delle procedure di organizzazione, cioè il volume delle risorse utilizzate e la quantità e la qualità del servizio erogato. Vedasi R. Coursey et alii, *PROGRAM EVALUATION FOR MENTAL HEALTH*, New York, Grune & Stratton, 1977.

40 Secondo R. Misiti (*Criteri di approccio alla valutazione del trattamento psichiatrico*, in De Martis et alii, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982), le tecniche classiche di direzione d'impresa hanno la straordinaria capacità di elaborare progetti anche operando sul vuoto pneumatico di idee; mentre è necessaria una strategia di inversione dei rapporti di dipendenza tra progetto e vincoli, a condizione che il progetto modifichi le coordinate ambientali in cui è situato. Ne deriva l'identificazione di tre criteri: l'esigenza di un progetto che serva come continuo punto di verifica degli interventi e che permetta una autoriflessione continua; l'analisi della consonanza tra sistema psichiatrico e il suo ambiente; l'analisi dei punti di tensione, individuandone i meccanismi.

41 Non si può che rifiutare il tentativo di misurarne gli effetti di un intervento psichiatrico in termini di scomparsa di sintomi come manifestazione della malattia. Così R. Misiti, *Criteri di approccio alla valutazione del trattamento psichiatrico*, cit.

42 C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, cit. Istituzioni come gli asili nido, i centri per la delinquenza minorile o per l'alcolismo e la scuola stessa. Per l'analisi di una esperienza di valutazione si veda M.T. Iuvone, M.B. Perucci e S. Simoni, *FORMAZIONE E ORGANIZZAZIONE: UN METODO PER VALUTARE*, Milano, Angeli, 1990.

43 In parte superabili con strumenti tipo il DSM III o IV. M. Shepherd, *Epidemiologia psichiatrica e psichiatria epidemiologica*, in M. Tansella (a cura di), *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit., la valutazione del grado di salute pubblica o di morbilità per i disturbi mentali dovrebbe essere suffragata da un giudizio clinico basato su criteri espliciti e validi, data la

Esistono comunque delle tendenze a passare dai sintomi all'adattamento, verso un esame della qualità della vita. Questi approcci tendono a valutare un servizio guardando all'efficacia con una visione ampia e vicina agli obiettivi dell'interessato.⁴⁴

Inoltre la valutazione dei servizi non dovrebbe essere troppo separata dall'attività di servizio, quindi specialistica e tecnicistica; ciò anche allo scopo di evitare eventuali effetti negativi della valutazione,⁴⁵ magari tentando di valutare la valutazione, con una tendenza a sdrammatizzarla e a farne un processo continuo e formativo, integrato nell'ambito del servizio stesso.

In questo tentativo le metodologie qualitative spesso si dimostrano superiori nell'accrescere gli effetti della valutazione, perché più coinvolgenti e di risultati più comprensibili, anche per attività permanenti come l'individuazione degli obiettivi e il disegno del programma.⁴⁶ I metodi qualitativi inoltre, sono spesso più efficaci per valutare i tipi di fallimento dei programmi e i possibili cambiamenti da effettuare.

Il successo o il fallimento dei programmi possono essere valutati da punti di vista diversi, a seconda per esempio che gli standard con cui valutare il servizio siano quelli dell'utente o quelli dell'operatore. Non esiste infatti un metodo valutativo che sia libero dal riferimento ai valori. Gli stessi esperti utilizzano modelli spesso in conflitto tra loro circa le finalità e l'organizzazione dei servizi di salute mentale, che fanno riferimento a valori impliciti differenti.⁴⁷ Chiaramente se

difficoltà di accertare la presenza di disturbi psichici. Il contributo epidemiologico alla psichiatria clinica può investire anche la definizione dell'ambito di appartenenza della malattia, la valutazione del decorso, l'accertamento del rischio di morbilità, la valutazione dell'efficacia del trattamento, oltre alla costruzione concettuale della diagnosi.

44 G. J. Stahler e W.R. Tash, *INNOVATIVE APPROACHES TO MENTAL HEALTH EVALUATION*, New York, Academic Press, 1982.

45 C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, cit. Per aumentare l'utilità della valutazione, si consiglia di renderla continua piuttosto che occasionale, assicurandosi che i responsabili del servizio partecipino alla valutazione dello stesso, considerando sia la qualità che la quantità delle prestazioni; il tutto controllando gli assunti applicati alla valutazione e socializzando i risultati, in modo da assicurarsi che i risultati siano considerati validi da tutti gli interessati, o rilevando le ragioni del dissenso. Vedasi N. Sartorius, *Evaluation in Mental Health Programs*, in Helgason (ed.), *METHODOLOGY IN EVALUATION OF PSYCHIATRIC TREATMENT*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

46 C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, cit. Vedasi anche H. Schwartz e J. Jacobs, *SOCIOLOGIA QUALITATIVA*, Bologna, Il Mulino, 1987.

47 Consideriamo per esempio i governi, gli enti locali, i professionisti in campo di salute mentale, i destinatari dei servizi, i cittadini interessati dai ricoveri o dalle dimissioni, i sindacati, i gruppi di pressione e la popolazione in generale. Essi avrebbero probabilmente diverse gerarchie di priorità nell'ordinare scopi come la deistituzionalizzazione, l'assistenza ai pazienti deistituzionalizzati, l'erogazione di servizi efficienti, l'efficienza rispetto ai costi, l'equità, la sopravvivenza e la crescita delle organizzazioni...

il problema della valutazione diventa *politico* la soluzione non può essere solamente tecnica e va mantenuta la consapevolezza del conflitto.⁴⁸ Dando voce all'utenza, infine, i servizi di salute mentale incontrano problemi connessi al fatto che i pazienti non sono sempre in grado di esprimere o sostenere i propri bisogni; eppure un loro coinvolgimento nella valutazione può risultare comunque utile sul piano della funzionalità e sul piano di un intervento terapeutico-educativo.⁴⁹

1.3. Una prospettiva epidemiologica per la valutazione?

E' diffusa la concezione⁵⁰ secondo cui l'approccio epidemiologico permette agli psichiatri di valutare, modificare e affinare i propri strumenti di intervento.⁵¹

L'approccio epidemiologico può essere riferito alla valutazione secondo il modello: valutazione dell'esistente, pianificazione, rivalutazione, ripianificazione...⁵²

Nel dopo riforma⁵³ tutta l'assistenza psichiatrica italiana si è trovata in una situazione tale da imporre l'attenzione verso una ricerca epidemiologica valutativa dei servizi, in particolare territoriali.⁵⁴

48 Vedasi T.D. Hunter, *La ripresa di una prospettiva di analisi: il servizio sanitario come arena*, Traduzione italiana da SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS, vol. 3, 1981, Gentilmente concessa da E Minardi. Vedasi inoltre M. Crozier e E. Friedberg, *ATTORE SOCIALE E SISTEMA*, Milano, Etas libri, 1978.

49 C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, cit.

50 M. Tansella, *Approccio epidemiologico e psichiatria italiana del dopo riforma*, in L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, Torino, Boringhieri, 1985.

51 L'epidemiologia viene intesa come una scienza sia descrittiva che analitica e perciò caratterizzata da tre aspetti essenziali: la necessità di considerare la popolazione o i gruppi di rischio; la necessità di studiare le interazioni tra i fattori che determinano la malattia, invece che i singoli fattori isolatamente; la diffusione esponenziale delle malattie nella popolazione.

52 In questo contesto ci sono delle aspettative verso l'amministratore, oltre che verso il ricercatore. L'amministratore dovrebbe essere interessato, motivato e sufficientemente preparato, in grado di ottenere fondi, paziente ed eventualmente disposto a far continuare il suo successore, visto che i tempi delle ricerche valutative o le modificazioni dei programmi che esse suggeriscono spesso non coincidono coi tempi dei mandati che gli amministratori ricevono dai loro elettori.

53 La legge 180 del 1978.

54 T. Friers e K. Woff, *Il controllo dei servizi di salute mentale in una città inglese*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit., sostengono che l'espansione dei servizi territoriali non porta necessariamente a una diminuzione dei ricoveri ospedalieri, motivo per cui è necessario indirizzarsi verso la creazione di servizi alternativi. Tenendo chiusa la porta del manicomio è necessario organizzare una rete di servizi territoriali il più ricca possibile, assicurando

In questo contesto va posta notevole attenzione alla raccolta dei dati⁵⁵ e agli strumenti informativi utilizzati.⁵⁶ Anche se risulta problematico soffermarsi sui sistemi informativi sanitari rapportandoli in psichiatria: da un lato infatti alcuni modelli non consentono una sistematizzazione di tutto il loro potenziale; dall'altro c'è scarsa possibilità di omologare i sistemi informativi sanitari con quelli psichiatrici, per problemi di metodo nella delimitazione di concetti psichiatrici come prevenzione, rischio e malattia.⁵⁷ Perché un sistema informativo possa essere utilizzato per la programmazione dei servizi e la valutazione degli interventi, deve tener conto della specificità del servizio e dell'intervento stesso.

La fonti dei dati vanno individuate innanzitutto nella esperienza degli operatori impegnati nei servizi, verso i quali è necessaria una formazione specifica. Inoltre i dati vanno raccolti in modo tale da minimizzare l'interferenza o gli errori dell'osservatore, che non sono strettamente dipendenti dal fatto che si usino misure di tipo rigido (*hard*), o misure meno rigorose (*soft*) di uso più frequente in epidemiologia psichiatrica;⁵⁸ mentre si potrebbe riconoscere una scissione schizofrenica tra il dato epidemiologico e il dato clinico.⁵⁹

una forte integrazione fra gli interventi forniti tra i vari servizi e costruendo sul territorio anche le strutture residenziali e semiresidenziali per i pazienti che hanno bisogno di una assistenza intensiva di lunga durata e che sono più gravemente handicappati.

55 Vedasi G. Bertin, *DECIDERE NEL PUBBLICO*, cit.

56 Che a loro volta rimandano alla necessità dell'esistenza di un sistema informativo efficace dei servizi sanitari. Per una discussione vedasi M. La Rosa e P. Zurla (a cura di), *SISTEMA INFORMATIVO E UNITÀ SANITARIA LOCALE*, Milano, Angeli, 1982. Per un ambito locale, M. Franceschi, *Bozza di studio sul sistema informativo delle ULSS venete e sugli aspetti informativi di riferimento*, dattiloscritto per il Corso di perfezionamento in Sociologia Sanitaria, Bologna, 1985.

57 D. De Salvia, *Teoria e utilizzazione dei sistemi informativi per la valutazione dei servizi psichiatrici*, in, a cura di M. Tansella, *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit. La costruzione di una mappa di rischio non potrebbe trovare applicazione in campo psichiatrico, non solo per la vastità dei fattori che determinano la sofferenza psichica, ma anche per implicazioni di controllo psichiatrizzante la vita quotidiana. Così come non è coincidente il concetto di malattia in medicina e in psichiatria: la definizione del caso psichiatrico non trascina con sé una definizione in senso psicopatologico; il caso psichiatrico non ha nulla in comune col caso morboso di cui si occupano i sistemi informativi sanitari, dato che il criterio può non essere la presunta malattia, ma il contatto coi servizi psichiatrici.

58 Così A. Marinoni, *La raccolta e l'analisi dei dati in epidemiologia psichiatrica*, in, a cura di M. Tansella, *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit.

59 Ivi. Secondo alcuni, che ben conoscono l'ineffabilità del rapporto medico-paziente, l'epidemiologo dovrebbe raccogliere i dati di tipo amministrativo valutando l'efficienza delle procedure, mentre il dato clinico si sottrarrebbe ad un approccio epidemiologico. Secondo altri, che pongono al primo posto il rigore del metodo, il dato psichiatrico è sfuggente e non ha la possibilità di essere misurato secondo un consenso abbastanza diffuso: non sarebbe così consentita un'epidemiologia psichiatrica che possa mettere in discussione la teoria.

Uno degli strumenti indicati per la valutazione in campo psichiatrico è il registro dei casi⁶⁰ o registro psichiatrico.⁶¹ I registri psichiatrici cumulativi sono sistemi informativi sanitari, riferiti ad una determinata area geografica, che archiviano per lunghi periodi di tempo tutte le informazioni relative a tutti i contatti dei residenti con le istituzioni psichiatriche.⁶² I registri dei casi sono sorti dove gli psichiatri hanno imparato a redigere le diagnosi secondo criteri comuni e abbastanza precisi. La loro funzione riguarda quattro possibilità metodologiche: il confronto con altri registri e altre statistiche di popolazione; la ricerca longitudinale su coorti di persone che utilizzano i servizi; lo studio longitudinale a lungo termine delle linee di tendenza nell'utilizzazione dei servizi da parte di un'intera zona; l'estrazione di campioni rappresentativi di pazienti.

I registri nazionali permettono di studiare i fattori che influenzano il rischio di malattia e i rapporti tra i tassi di morbilità e variabili poco frequenti o con distribuzioni regionali eterogenee. I registri locali e regionali possono contribuire mediante la valutazione delle strutture di assistenza e gli studi epidemiologici dettagliati, come le coorti seguite longitudinalmente.

Va però sottolineato che, dove gran parte dell'assistenza psichiatrica è assicurata da liberi professionisti o da cliniche private, come in Italia, l'utilizzazione dei servizi psichiatrici da parte della popolazione viene rilevata in modo incompleto.

La protezione della segretezza è molto importante, poiché si memorizzano informazioni che si riferiscono ai singoli individui. Tanto è vero che in Germania i registri che ricevono dati medici riferiti a singoli casi sono diventati illegali.

⁶⁰ A. Dupont, *Il registro psichiatrico. Aspetti tecnici, aspetti deontologici e utilizzazioni per la ricerca e per la pianificazione dei servizi*, In, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit. Oltre alle statistiche ufficiali, e le banche dati, il registro psichiatrico costituisce uno strumento informativo attivabile per le informazioni di esercizio e di governo. Esso è un elenco nominativo di utenti che entrano in contatto con una o più agenzie psichiatriche: rispecchia i casi di una popolazione coi vantaggi di permettere il calcolo dei tassi, di evitare la duplicazione dell'utente, e permettere l'annotazione cumulativa dei contatti con l'utente. I suoi limiti riguardano la scarsa attendibilità se riferito a popolazioni con alta mobilità territoriale, l'impossibilità di controllare tutto il circuito psichiatrico e il suo possibile uso scorretto.

⁶¹ Per la messa a punto di detto registro occorre identificare i soggetti, i sistemi di codificazione per le diagnosi, i sistemi di identificazione per le istituzioni, le attività, la definizione di episodio di cura, la memorizzazione dei dati del registro. Il campo di studio più importante per la ricerca epidemiologica riguarda i campioni longitudinali di pazienti, tratti dal registro.

⁶² H. Häfner e W. an der Heiden, *Registri dei casi e schizofrenia*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.

Un grande limite dei registri dei casi è che registrano solo la morbilità trattata. Per la misurazione delle modificazioni della morbilità e la rilevazione dei bisogni non soddisfatti sono necessari anche studi sul campo o inchieste condotte al primo livello dell'assistenza medica, la medicina di base.⁶³ Il problema più importante è comunque quello della descrizione clinica e della classificazione del disturbo psichiatrico.

In questo contesto assumono rilevanza gli studi che si sono occupati delle relazioni intercorrenti tra il disagio sociale e l'insorgenza di disturbi affettivi minori: la maggior parte delle prove sui fattori ambientali precipitanti degli stati depressivi derivano infatti da studi sulla popolazione generale.⁶⁴

Le ricerche sui bisogni sono pertanto importanti, sia dentro il campo della professione psichiatrica, che per una valutazione della discrepanza tra domanda potenziale e domanda espressa, anche al fine di valutare i risultati di un intervento mirato sulla popolazione, a prescindere che l'approccio usato risponda più a un modello medico,⁶⁵ sociologico⁶⁶ o transculturale.⁶⁷ Prendendo inoltre atto dell'espansione che vivono la domanda e l'offerta di servizi psichiatrici, a partire da fenomeni come l'invecchiamento della popolazione e il processo di inurbamento, oltre alle modificazioni delle dinamiche di tolleranza verso i comportamenti "devianti".⁶⁸

⁶³ H. Häfner e W. an der Heiden, *Registri dei casi e schizofrenia*, cit.

⁶⁴ Vedasi P. Bebbington e J.K. Wing, *Epidemiologia dei disturbi psichiatrici della popolazione*, in, a cura di M. Tansella, *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit. Vedasi infra lo studio sulla "normalità in adolescenza".

⁶⁵ Ricerche centrate sullo studio e la standardizzazione delle diagnosi.

⁶⁶ Studi che riconoscono l'importanza dei fattori sociali sulla malattia mentale. Vedasi B.A. Hollingstead e C.F. REDLICH, *SOCIAL CLASS AND MENTAL ILLNESS*, New York, Wiley, 1958. La distinzione tra modelli risponde però ad esigenze di comodità descrittiva: manca spesso una tematizzazione sociologica del concetto di malattia. Vedasi in proposito A. Ardigò, *DISPENSE PER IL CORSO DI SOCIOLOGIA SANITARIA*, Bologna, Scuola di specializzazione in Sociologia Sanitaria, 1991.

⁶⁷ La malattia mentale viene considerata in relazione all'organizzazione sociale, nel senso della varianza rispetto a culture e ad epoche diverse. Per una discussione vedasi G. Todi, *Orientamento nel campo degli studi epidemiologici in psichiatria*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, cit.

⁶⁸ Vedasi E. Torre, A. Marinoni e G.B. France, *L'analisi dell'utenza e delle prestazioni per la valutazione dei servizi di assistenza psichiatrica*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, cit.

2. Introduzione

2.1. L'approccio dei servizi sociosanitari alle problematiche adolescenziali

Secondo Fabbrini e Melucci,¹ l'adolescenza non è una malattia da curare, ma un tempo segnato dall'incertezza, che per compiere la sua dinamica ha bisogno di spazi che la contengano, di punti di riferimento e di aiuti da parte del mondo adulto.

In questo periodo della vita il mondo familiare perde infatti il suo primato. L'adolescente ricerca nuovi modelli e nuovi ideali; afferma l'opposizione all'autorità e alle gerarchie, investe risorse nel gruppo dei pari, dove trova rispecchiata la sua condizione.

Oggi viene però a mancare quella rete di protezione che la società tradizionale era in grado di tessere attorno all'adolescente.² I riti di passaggio e d'iniziazione sancivano la presenza della collettività che affermava un ordine con cui ognuno si poteva confrontare e riconoscere, trovando così il proprio posto.

La nostra società ha perso questi riti e questa capacità di dare significato e sicurezza a ciò che accade nell'adolescenza. La metropoli rappresenta inoltre un luogo particolarmente difficile, sia per la mancanza di punti di riferimento, sia perché le sue più peculiari caratteristiche rispecchiano ed esasperano gli aspetti di anomia, caos, dispersione e conflittualità che l'adolescente vive faticosamente al suo interno. Nel contesto urbano il transito fisiologico dall'infanzia alla vita adulta, tende a perdere il suo carattere di normalità per configurarsi come momento potenzialmente patologico. La cultura della metropoli richiede capacità di controllare le condizioni e gli orientamenti della propria azione, senza fornire strumenti adeguati perché questo avvenga.

La libertà degli adolescenti contemporanei ha due facce: da un lato crescono le possibilità di autodeterminazione, dall'altro il venir meno del contenimento svolto in passato dalle agenzie educative primarie lascia l'individuo esposto a messaggi ambivalenti e spesso contraddittori: i

¹ A. Melucci e A. Fabbrini, *I luoghi dell'ascolto*, in I LUOGHI DELL'ASCOLTO, MILANO, Guerini, 1991.

² Che gli permetteva di attraversare i cambiamenti fisici, mentali, emotivi, relazionali, sopportando la tensione, il disordine e il disorientamento correlati a questa fase.

processi di cambiamento fisico e psichico si collocano in un contesto povero di criteri di identificazione e di riconoscimento, che non siano quelli delle mode e della cultura di massa.

L'attenzione verso il mondo adolescenziale si è manifestata finora attraverso la risposta medica e/o assistenziale³ indirizzata alle forme più evidenti di disagio psichico e di comportamento deviante (tra cui la tossicodipendenza); oppure attraverso l'offerta di occasioni di aggregazione per il tempo libero e l'orientamento scolastico e professionale.

Nella forbice tra interventi diretti alla patologia o alla devianza e interventi sull'esperienza sociale dell'adolescente, stenta a crescere nel nostro paese una sensibilità verso quelle difficoltà che non configurano una esplicita patologia individuale (anche se a volte determinano una situazione latente di instabilità e fragilità che può evolvere anche verso disturbi più gravi).

In via generale esistono attualmente tre forme prevalenti di intervento, che spesso si intrecciano tra loro: quello della psicoterapia o del sostegno psicologico prolungato (all'adolescente o talvolta all'intero nucleo familiare); quello del trattamento medico-curativo; quello volto a offrire esperienze di socializzazione e di inserimento sociale.

Il tratto che accomuna questi servizi è il fatto di rivolgersi ad adolescenti che sono già oggetto di forti stigmatizzazioni sociali.⁴ L'intervento assume quindi una valenza di recupero e di riadattamento sociale.

Negli ultimi due decenni si è fatta inoltre spazio una rappresentazione dell'adolescenza come età di desideri e aspettative, riguardanti soprattutto la sfera dei bisogni *post-materiali*. Da questa immagine dipendono interventi che privilegiano il campo culturale e del tempo libero concentrandosi sull'offerta di occasioni di aggregazione e sull'appoggio fornito a progetti di auto-produzione culturale ed espressiva. Queste proposte si sono però giustapposte agli interventi socio-sanitari tradizionali, senza stimolare una strategia di rinnovamento che tenesse conto della complessità della condizione psicologica, sociale e culturale degli adolescenti.

Il panorama attuale è così caratterizzato dal dualismo. Scisso tra il suo ruolo di deviante e quello di consumatore di cultura, l'adolescente resta privo di cittadinanza nel sistema di

³ A. Fabbrini e A. Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi. Esperienze e modelli di ascolto*, in I LUOGHI DELL'ASCOLTO, Milano, Guerini, 1991.

⁴ Perché in possesso di una carriera precedente come utenti di servizi sociali e terapeutici; perché espulsi dal sistema scolastico e mai integrati nel mondo del lavoro; perché coinvolti nei circuiti del trattamento giudiziario e penale...

welfare, e non ha un luogo istituzionale a cui rivolgersi a partire semplicemente dai problemi della sua età.⁵

In una prospettiva di prevenzione primaria,⁶ Fabbrini e Melucci ritengono importante la sperimentazione e la diffusione di spazi che offrano all'adolescente la possibilità di un incontro con l'adulto al di fuori degli ambiti istituzionali più consolidati.⁷

Si tratta di servizi caratterizzati da:

- a) finalità preventiva;⁸
- b) funzione di consultazione;⁹
- c) natura personale dell'aiuto;¹⁰
- d) destinazione specifica.¹¹

Vene dunque sottolineata la rilevanza di quell'area di frontiera caratterizzata da situazioni di vulnerabilità, di difficoltà, dal prevalere di funzioni adattive precarie.

Il disagio adolescenziale viene così riferito alle difficoltà interne ed esterne che possono bloccare o rendere fragile lo sviluppo dell'identità personale (piuttosto che alla mancanza di risorse). Si tratta di una nozione di disagio che lo sottrae alla categoria della devianza o del disadattamento e lo colloca all'interno della quotidianità.¹²

In questa prospettiva il rapporto degli adolescenti coi servizi si presenta come un problema critico. Le ricerche mostrano infatti bassi livelli di utilizzo dei servizi socio-sanitari e assistenziali, mentre si segnalano difficoltà di accesso e alti tassi di defezione. L'uso dei servizi avviene secondo modalità particolari di contatto, che corrispondono a disposizioni degli

⁵ Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi*. cit.

⁶ Rivolta alla totalità della popolazione, indipendentemente dai livelli di *rischio* o di *patologia*. Ivi.

⁷ Come per esempio il sistema scolastico, che per inciso è oramai un'istituzione cardine, che filtra, nel bene e nel male, i percorsi adolescenziali, fornendo delle patenti di *adeguatezza*, o rifiutandole.

⁸ Offrono cioè risposte e strumenti che hanno lo scopo di preservare o migliorare il benessere o lo stato di salute dell'adolescente, e non sono invece orientati in modo prioritario verso obiettivi terapeutici o assistenziali.

⁹ Forniscono uno spazio di ascolto che permette all'adolescente di manifestare il disagio e riconoscere la propria capacità di far fronte alle difficoltà.

¹⁰ Viene offerto un ambito di riflessione e di elaborazione su di sé, centrato sulla propria identità personale.

¹¹ Sono servizi orientati in modo esclusivo o prioritario verso gli adolescenti e che predispongono pertanto tutte quelle condizioni (ambientali, logistiche, comunicative) che possono facilitare l'accesso dei ragazzi.

¹² E che rimanda alla definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

adolescenti verso il mondo adulto e la realtà istituzionale. Questi atteggiamenti dei ragazzi mal si adattano ai modelli di accesso e di utilizzo costruiti in riferimento ad altre fasce di età.

Considerando il livello di informazione disponibile ai ragazzi c'è da dire che l'unico servizio su cui è stata condotta qualche rilevazione è il consultorio familiare. Un'indagine condotta nel 1983 sui consultori pubblici milanesi¹³ rilevava che la mancata o distorta informazione sul consultorio costituiva uno dei fattori che determinavano il basso livello di utilizzo di questo servizio tra gli adolescenti. Un'indagine svolta negli anni 1984/85 a Bologna,¹⁴ mostra che più di un terzo degli adolescenti sa genericamente cos'è un consultorio, ma la proporzione scende sensibilmente quando si tratta di definire ciò che può fare. Il consultorio non viene dunque percepito come luogo in cui è possibile trovare risposta a domande o bisogni specifici dell'età; si può supporre che un atteggiamento simile si verifichi anche verso altri servizi.

Tassi d'uso di alcuni servizi socio-sanitari da parte degli adolescenti lombardi (dati percentuali)¹⁵

SERVIZIO	6-13 A.	14-18 A.	19-24 A.	Pop. Tot.
Servizio medico scolastico	49.0	20.6		40,3
Servizi estivi, vacanze	10.6	3.3		5,7
Centri ricreativi e culturali	34.3	18.8	11.1	10,3
Centri sportivi	19.9	25.2	21.4	10,7
Biblioteche	15.4	19.5	16.0	7,7
Medico di base	42.9	28.8	26.7	40,4
Consultorio familiare		0.2	2.0	1,8
Psichiatra	0.4	0.9	0.4	0,8

Negli ultimi anni sembra emergere una maggiore attenzione verso i problemi dell'adolescenza, anche se le iniziative si configurano spesso come un'estensione di servizi preesistenti. Si sono sviluppati interventi nel campo dell'informazione e dell'orientamento, oppure iniziative di educazione in campo contraccettivo e sessuale tramite l'apertura di *spazi giovani* nei consultori familiari. Il contributo di questi servizi consiste nell'offrire all'adolescente risorse conoscitive e relazionali che consentono una chiarificazione dei problemi e migliorano le sue capacità di trovare soluzioni.

Esiste però un versante del disagio adolescenziale che non riguarda la mancanza di risorse di conoscenza; riguarda invece le sfide che la situazione esistenziale pone all'identità dei ragazzi.

¹³ A. Corradini, *Perché un consultorio per adolescenti*, Bollettino Uicemp, 1985, citato in Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi*, cit.

¹⁴ C. Berti Ceroni et alii, *LA PRIMA VOLTA*, Milano, Angeli, 1987.

¹⁵ Da A. Ciorli e A. Tosi, *L'USO DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI IN LOMBARDIA*, IRER, Milano 1986.

Solo di recente si sono sviluppate iniziative pilota che svolgono una funzione di consultazione rivolte in modo specifico a questa fascia d'età.

Si tratta di servizi di tipo preventivo, che non intervengono su adolescenti con disturbi mentali gravi e conclamati. L' intervento terapeutico compiuto in questa fase può infatti assumere un carattere preventivo, se concepito come un intervento volto a incidere positivamente su un processo di sviluppo il cui eventuale blocco potrebbe provocare disturbi e stati di disagio più gravi. Preventivo è dunque un intervento finalizzato a facilitare l'ascolto ed eventualmente la soluzione di problemi e difficoltà che riguardano tutti gli adolescenti, e che per alcuni possono assumere dimensioni critiche.

Per *consultazione psicologica* nella letteratura si intende in generale un tipo di trattamento che ha caratteristiche diverse dalla psicoterapia.¹⁶ In generale si ritiene che la consultazione psicologica (individuale o di gruppo) possa servire a una valutazione (*assessment*) dei problemi e delle difficoltà dell'adolescente, a una loro chiarificazione che metta il soggetto in grado di elaborarli autonomamente dopo il momento acuto della crisi. Questo incontro con l'adolescente non corrisponde quindi a una elargizione di consigli né ad una diagnosi clinica (anche se entrambi questi aspetti possono derivare da esso). Alcuni autori¹⁷ considerano specifico della consultazione il fatto di adottare un approccio non direttivo e non interpretativo, e un rapporto con l'adolescente di tipo cooperativo, che consenta a quest'ultimo di sentirsi ascoltato e compreso. La relazione caratteristica della consultazione deve dunque incoraggiare l'adolescente a partecipare attivamente al processo di definizione e valutazione del problema.¹⁸ Infine, la consultazione viene definita come un trattamento breve; una condizione che, delimitando i confini della relazione, rende più chiaro e praticabile l'obiettivo di fornire una chiarificazione dei problemi dell'adolescente. Le definizioni di questa brevità sono tuttavia alquanto variabili e rinviano ai diversi modelli teorici e clinici sottostanti. La funzione di consultazione rivolta ad adolescenti sembra comunque definita da queste caratteristiche generali: un orientamento preventivo; l'obiettivo di fornire all'adolescente un ascolto e una chiarificazione dei suoi problemi; una metodologia attiva; una durata limitata e definita chiaramente sin dall'inizio.

¹⁶ Gli aspetti di originalità che vengono più spesso indicati riguardano gli obiettivi, il tipo di relazione terapeutica, la strutturazione temporale del rapporto.

¹⁷ Per esempio J.C. Coleman, *LA NATURA DELL'ADOLESCENZA*, Bologna, Il Mulino, 1980. Vedasi anche J.C. Coleman, *WORKING WITH TROUBLED ADOLESCENTS*, London, Academic Press, 1987.

¹⁸ M. Laufer, *Preventive Intervention in Adolescence*, in *THE PSYCOANALYTIC STUDY OF THE CHILD*, 1975; citato in Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi*, cit..

2.2. Alcuni criteri di definizione dei modelli di servizi per adolescenti¹⁹

L'articolazione di forme organizzative, contenuti e metodi che caratterizza le esperienze avanzate nel nostro Paese non mostra una grande omogeneità. Due dimensioni sembrano però emergere al di là degli orientamenti teorici e clinici che caratterizzano le diverse esperienze.

Nella comune aspirazione a svolgere una funzione preventiva, i servizi per adolescenti definiscono la loro collocazione rispetto agli altri servizi, in particolare ai servizi territoriali, e scelgono diversi percorsi di accesso per i loro utenti. Lungo queste due dimensioni possono essere collocati i casi concreti.

Rispetto alla prima dimensione emergono varie soluzioni. La scelta più esplicita è quella di differenziarsi, costituendosi come un servizio *nuovo*, completamente autonomo dagli altri, collocato anche fisicamente in un luogo separato (i casi più vicini a questo polo sono il Progetto A,²⁰ il Centro Psicologico Clinico-Educativo,²¹ alcuni consultori privati o pubblici che non si caratterizzano in senso medico: Grapevine,²² Mercredi Porte Ouverte,²³ i centri giovanili di Varsavia e di Cracovia²⁴).

¹⁹ Vedasi Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi*. cit.

²⁰ Per una descrizione del servizio vedasi infra. Il lettore avrà modo di rendersi conto che la classificazione può essere opinata: essa viene riportata per il suo valore ermeneutico.

²¹ Il Centro psicologico clinico-educativo, di Milano, era stato costituito nel 1968 come Centro psico-pedagogico salesiano. Nel 1981 ha esteso le attività di osservazione, diagnosi e terapia per bambini e adolescenti in difficoltà. La consultazione viene svolta in collaborazione con alcune scuole e comprende la somministrazione di test di livello, consulenze sul disadattamento scolastico, l'orientamento scolastico e professionale. La consultazione viene attuata con adolescenti segnalati come casi *difficili*; si attribuisce grande importanza al coinvolgimento dei genitori, assumendo che le difficoltà dell'adolescente abbiano a che fare con una famiglia *disfunzionale*. La fase di consultazione prevede: la raccolta dei dati anamnestici; quattro incontri di osservazione dell'adolescente, con la somministrazione di test; un colloquio di sintesi finale con i genitori e l'adolescente; se richiesto, un incontro con gli insegnanti.

²² Grapevine è un'esperienza londinese lanciata nei primi anni '70 che si rivolge esplicitamente al disagio adolescenziale delle fasce sociali con comportamenti a rischio e di massima esclusione dai servizi istituzionali. L'obiettivo è di educazione sanitaria, e non comprende assistenza medica e contraccezione diretta, e consiste nel costruire una rete operatori che agisca in luoghi come pub, caffè, discoteche, strada (in due quartieri noti per la presenza del disagio). Nella sede è allestito un centro di consultazione a cui si accede per appuntamento e in cui vengono organizzati gruppi di incontro per adolescenti.

²³ Mercoledì è il giorno in cui i centri del Movimento francese per la pianificazione familiare sono aperti solo per gli adolescenti fino ai 20 anni. Si tratta di uno spazio in cui essi possono ottenere informazioni su sessualità e contraccezione, affrontando con altri giovani una riflessione comune

Una delle strategie adottate per affermare la propria differenza consiste nel qualificare il Servizio in base a specifiche competenze professionali che vengono affermate come nuove e non sono presenti come tali in altri servizi. Rispetto ai quali il servizio si propone come una risorsa specialistica, che può essere eventualmente utilizzata per consulenze specifiche; non vengono stabiliti però altri legami di tipo funzionale e non viene accettato l'invio di casi.

La scelta opposta è invece quella di collocarsi *in rete* con altri servizi, assicurandosi che la specificità delle competenze garantisca un chiaro riconoscimento della rispettiva identità (i casi più prossimi a questa linea sono il CIRPA,²⁵ il RISEA,²⁶ il servizio di consultazione all'interno

sui problemi della sfera sessuale-affettiva. Il servizio infatti organizza gruppi di confronto tra coetanei a cui partecipano adolescenti convenuti liberamente al centro; scoprendo la comunanza di problemi essi possono rafforzare la propria identità. La conduzione del gruppo è affidata a un volontario del Movimento.

24 Sui Centri per la gioventù di Varsavia e Cracovia si scaricano due tendenze contrastanti: la tradizione cattolica in materia sessuale; la presenza dello Stato in campo di educazione sessuale. Il progetto sperimentale sulla pianificazione familiare non gode però di finanziamenti statali, ma si sostiene con le quote degli utenti. Il servizio ha un ruolo di informazione e consulenza, più che medico-contraccettivo, e si indirizza sia sulla contraccezione e sulla maternità che su un aiuto psicologico ed etico. La collocazione in edifici che ospitano attività ricreative di giovani consente di confondere gli utenti dei servizi, garantendo un perfetto anonimato. A differenza di altri consultori, l'utenza è prevalentemente maschile.

25 Il CIRPA (Consulenza, Intervento e Ricerca sui Problemi dell'Adolescenza, di Cologno Monzese) è un insieme di attività terapeutiche che fa parte di un intervento più ampio di prevenzione del disagio giovanile (il progetto DETA). Quest'ultimo si presenta come un laboratorio dove si sperimentano soluzioni nuove al disagio; un intervento interdisciplinare che integra competenze e finalità diverse; le iniziative vanno dal coinvolgimento dell'associazionismo, alla realizzazione di attività espressive per ragazzi *devianti*, all'animazione socio-culturale, alla consulenza psicologica. Il CIRPA si sviluppa in due direzioni: servizio di consultazione per adolescenti in difficoltà; sostegno e consulenza per insegnanti e genitori. Come intervento preventivo, che non si sovrappone alle competenze di altri servizi, il CIRPA trasferisce a questi i casi che rivelano una situazione patologica grave, trattenendo quelli che segnalano una crisi evolutiva. Vengono privilegiate le fasce 11-12 anni e 16-17 anni per le quali il trattamento risulta più efficace. L'accesso avviene tramite l'invio di operatori, insegnanti, genitori. L'accesso diretto non è escluso, ma neanche favorito. La selezione dei casi avviene prima del colloquio con l'adolescente; ai genitori viene prospettato un colloquio di chiarificazione. All'interno della rete dei servizi DETA, la consultazione rappresenta una risorsa tecnica specialistica che viene utilizzata quando le agenzie *naturali* falliscono o si dichiarano inadeguate.

26 Il RISEA (Ricerche e Servizi per l'Adolescente, di Ravenna) si propone come un luogo di immediata consultazione, come centro di ricerche e promozione culturale, come sede di formazione per chi opera con adolescenti. Il Centro fa capo al servizio psichiatrico dell'USL ed è sostenuto finanziariamente dal Comune, riferendosi all'ipotesi che solo l'istituzione pubblica possa garantire un'integrazione dei servizi in grado di rispondere ad una domanda articolata e indivisibile come quella giovanile. Il RISEA si presenta come la risposta che gli stessi servizi territoriali mettono in atto: la rete preesistente di servizi mantiene la sua specificità e il Centro non ha una propria pianta organica. La sua specificità consiste: nel fornire un servizio di primo livello di consultazione breve per adolescenti; nello sviluppare un'azione culturale di sensibilizzazione e di riflessione sulle problematiche adolescenziali. Il modello riproduce quello del Dipartimento Adolescenti della

di The Door,²⁷ gli spazi adolescenti nei consultori familiari, l'Associazione Adolescenti Zona 3²⁸).

La rete viene considerata come la prima salvaguardia della specificità del servizio e l'invio di casi non solo è accettato, ma diventa una condizione fondamentale del buon funzionamento dell'iniziativa. Ciò richiede un elevato grado di consenso intorno al nuovo servizio da parte del sistema circostante e il coinvolgimento degli operatori degli altri servizi nella sua realizzazione.

Mentre quindi nel primo caso il servizio si trova investito da una molteplicità di richieste a cui deve far fronte da solo, un servizio collegato in rete può smistare i casi e operare una selezione di quelli che intende trattare. Non è casuale che i centri del primo tipo svolgano spesso trattamenti sia di breve durata che prolungati, passando dalla consultazione alla psicoterapia, alla terapia familiare. D'altra parte essi hanno però il vantaggio di una maggiore libertà di iniziativa e di sperimentazione.

Tavistock Clinic di Londra e si rivolge agli adolescenti e ai giovani tra i 12 e i 28 anni. L'accesso può essere sia spontaneo o a invio di medici di base e di operatori, ma è sempre l'utente che si presenta, solo, durante l'orario di apertura.

²⁷ The Door, A Centre of Alternatives, di New York, è un vero sistema integrato di servizi per i giovani. L'idea è che solo un approccio complessivo può essere efficace con soggetti che vivono il disagio della metropoli. Il progetto copre tutta la gamma di servizi in campo sociale, medico, psicologico, culturale e ricreativo che possono interessare un giovane. Questa esperienza parte dalla diffusione delle droghe e della devianza tra i giovani, per offrire una risposta alle fasce giovanili investite dal degrado e dalla marginalità urbana e che non hanno facile accesso ad altri servizi. L'iniziativa si caratterizza per: il radicamento nella comunità locale e la scarsa istituzionalizzazione; lo spazio e le attività mirati solo ai giovani; la molteplicità delle occasioni di accesso; la gratuità dei servizi; la discrezione e la riservatezza; la forte visibilità dell'iniziativa. La concentrazione dei servizi in un unico spazio, più che ad ragioni organizzative, corrisponde a un tentativo di promuovere uno sviluppo armonico e integrato delle risorse e delle potenzialità della persona. Lo spazio è strutturato in modo da facilitare l'accesso, senza prefigurare dei filtri o barriere architettoniche. I programmi più importanti riguardano la salute, la formazione, le arti creative e lo sport, la salute mentale e i problemi legali. Nell'area degli interventi psicologici vi sono: un programma intensivo che prevede anche una psicoterapia individuale, talvolta familiare, una terapia di gruppo parallela e il graduale inserimento in altre attività del Centro; una terapia breve orientata alla crescita, che non raggiunge i 18 mesi, per coloro che hanno difficoltà di tipo evolutivo, ma che mantengono un'autonomia di funzionamento.

²⁸ L'Associazione è un'organizzazione privata senza scopo di lucro fondata nel 1979 da un gruppo di professionisti ed industriali per promuovere iniziative e occasioni di socializzazione per i giovani residenti nella zona di Porta Venezia, di Milano. Le attività consolidate riguardano: un centro di aggregazione che propone corsi di vario tipo; un centro di terapia dell'adolescenza; un progetto di orientamento e sostegno scolastico e lavorativo per giovani in difficoltà; due comunità per giovani che attraversano crisi gravi; corsi di orientamento professionale per studenti. L'accesso al Centro di terapia avviene spesso tramite invio dei servizi pubblici o delle famiglie. La procedura di presa in carico è complessa e prevede filtri anche di tipo organizzativo. Viene adottata sia la terapia individuale ad indirizzo psicodinamico, che la terapia familiare ad indirizzo sistemico, cercando di utilizzare congiuntamente questi percorsi.

Le esperienze sembrano muoversi in due direzioni principali anche per quanto riguarda l'accesso dei ragazzi. La prima consiste nel collocarsi come un servizio di primo livello, rispetto al quale la popolazione adolescenziale può avere un accesso diretto (Progetto A, RISEA, consultori). In questo caso il servizio si preoccupa di produrre un'immagine qualificata e attraente e ne cura la diffusione tra la popolazione adolescenziale.

La seconda soluzione invece si definisce come un'opportunità di secondo livello, che demanda ad altri il compito di creare il contatto con gli adolescenti o di segnalarli (CIRPA, Centro Psicologico Clinico-educativo, la consultazione prevista in The Door, i servizi di psicoterapia pubblici). L'accesso avviene tramite un sistema di invii, che include e riconosce l'autonomia e l'iniziativa dell'adolescente. Non vi è la tendenza a creare una nuova utenza, ma il proporsi piuttosto una migliore qualificazione e un'articolazione dei servizi esistenti.

COLLOCAZIONE:²⁹

RISPETTO ALL'UTENZA	RISPETTO AGLI ALTRI SERVIZI	
	servizio esclusivo	servizio integrato
primo livello: accesso libero ed esclusivo	A servizio aperto all'innovazione e sperimentazione (Progetto A, consultori non medici)	B nuovo servizio ad alta specificità (RISEA, spazio adolescenti nei consultori)
secondo livello: accesso indiretto (tramite invii)	D servizio qualificato per casi non risolti da altri (Centro psic. Clinico Educativo CPS, Ass. Adolescenti Zona 3)	C risorsa all'interno di un progetto complessivo (CRPA, The Door)

La tabella illustra queste dimensioni. Le esperienze comprese nel riquadro A (servizio esclusivo di primo livello) puntano sull'esclusività delle loro prestazioni, su una chiara caratterizzazione professionale, su un'orientamento sperimentale e innovativo. L'autonomia di cui dispongono permette soluzioni flessibili e aperte alle esigenze variabili dell'utenza. Anche le esperienze del riquadro B (servizio integrato di primo livello) rivolgono il servizio a nuovi utenti, ma definiscono nettamente i confini e la sfera della loro competenza. Il servizio si colloca in una rete più ampia: in questo modo la maggiore selettività non si traduce nell'abbandono dei casi rifiutati, che possono essere indirizzati ad altri servizi. Per le esperienze del riquadro C (servizio integrato di secondo livello) la funzione di consultazione costituisce una risorsa da utilizzare all'interno di un progetto più ampio di recupero del disagio. La riuscita dell'intervento dipende dall'intera rete di alleanze con gli altri servizi e dalla capacità di risposta di questa rete stessa. Infine il riquadro D (servizio esclusivo di secondo livello) comprende spazi di consultazione separati da altri servizi e accessibili soltanto sulla base di un invio. In questa

²⁹ Vedasi Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi*. cit.

categoria ricadono più frequentemente i servizi pubblici territoriali. La funzione di consultazione costituisce qui una sorta di scelta vincolata, un approdo necessario per risolvere un problema che non ha trovato fino a quel momento soluzione attraverso altri servizi.

Delineando una certa strategia di accesso e di accoglienza inoltre, i servizi facilitano il contatto con categorie specifiche di adolescenti e si rivolgono a particolari forme di disagio.

La tabella riassume i diversi orientamenti.³⁰

MODALITÀ DI CONTATTO CON L'ADOLESCENTE	AMBITO DEL PRIMO COLLOQUIO	
	separato dalla consultazione	in continuità con la consultazione
contatto diretto	A accesso libero e selezione dei casi (RISEA)	B accesso libero e assunzione immediata del caso (Progetto A, consultori)
contatto indiretto (invio di genitore, insegnante, medico, o di un altro servizio)	D selezione dei casi e accesso dello adolescente autonomo dall'inviante (CIRPA, Ass. Adolesc. Zona 3)	C assunzione del caso in funzione della richiesta dell'inviante (Centro Psicol. Clin. Educ., CPS)

I servizi che prevedono l'accesso diretto da parte degli adolescenti individuano come area del proprio intervento quella del disagio evolutivo, o almeno la zona posta ai confini tra normalità e patologia. Favorendo un avvicinamento spontaneo dei ragazzi il servizio assume la loro capacità di elaborare le difficoltà e di chiedere di aiuto; riconosce così l'autonomia dalla famiglia. La fascia d'età privilegiata è quella tra i 16 e i 20 anni. Per incentivare l'affluenza spontanea non esiste un sistema rigido di appuntamenti, ma si consente l'accesso immediato in una determinata fascia oraria. Soluzioni diverse vengono invece praticate nel passaggio dal primo colloquio alla presa in carico vera e propria: mentre alcuni servizi privilegiano la relazione immediata e la rapidità della risposta (quadrante B), altri rendono più graduale la transizione, a costo però di una maggiore strutturazione del percorso (quadrante A).

I centri che accettano l'invio da altri adulti (famiglia, altri servizi) si rivolgono ad aree più segnate da situazioni di rischio sociale. Ricadono in questa area i servizi più vicini alla psicoterapia tradizionale. Questi servizi si rivolgono più facilmente a preadolescenti, compresi nella fascia 12-15 anni. Le iniziative che assumono immediatamente la inchiesta di aiuto dell'inviante (quadrante C), offrono una consultazione di tipo diagnostico/valutativo, finalizzata a chiarire la natura delle difficoltà del giovane ed eventualmente a sondare la possibilità di un trattamento psicoterapeutico prolungato.

30 Ivi.

Altri servizi (quadrante D) utilizzano il primo colloquio e le procedure di presa in carico per salvaguardare uno spazio di autonomia della relazione con il ragazzo. Questa soluzione, se da un lato riconosce all'adolescente un ruolo più attivo e ne fa il soggetto della consultazione, comporta anche una selezione più netta dei casi da trattare.

Il primo colloquio va considerato importante anche per i servizi tradizionali, che confinano l'ascolto alle fasi preliminari dell'intervento: l'ascolto viene da essi concepito come un modo per *agganciare* l'adolescente.³¹

I servizi aggregativi e l'offerta informativa e orientativa, però, oltre a costituire occasioni valide per contattare il mondo degli adolescenti, fungono da canali di trasmissione dei bisogni e di domande suscitati da situazioni di disagio. Nella misura in cui questa funzione viene esplicitata nello spazio della consulenza informativa e del dialogo informale, può divenire per l'adolescente l'occasione per trovare ascolto e comprensione; il disagio trova nelle pieghe della relazione con gli operatori un canale di espressione e costringe chi vuole tenerne conto a rielaborare il modello del servizio.

Spesso questi servizi retroagiscono invece con meccanismi di *riduzione della domanda*,³² come l'oggettivazione delle difficoltà in questioni tecniche, indicando per queste possibili soluzioni operative.

Una strategia alternativa, che apre uno spazio di integrazione tra i servizi socio-culturali e i servizi sanitari di consultazione, consiste nell'ampliare l'ascolto ed esplicitare i bisogni del giovane. In questo caso l'accoglienza costituisce il momento cruciale e richiede che l'immagine del servizio non sia troppo specialistica.

Impostazione del primo colloquio.

	Colloquio individuale con un operatore	Accesso libero e informale
Problemi di tipo operativo	Servizio di ascolto ed eventuale rinvio a secondo colloquio	Spazio aperto per l'autoconsultazione
Problemi di tipo affettivo (amicizia, amore, gruppo)	Colloquio immediato e approfondito con l'operatore	Presenza costante di un operatore in uno spazio libero (per esempio la strada)

³¹ Vedasi C. Ranci, *Servizi preventivi e disagio giovanile: Informazione, orientamento, aggregazione*, in, a cura di A. Melucci e A. Fabbrini, I LUOGHI DELL'ASCOLTO, cit.

³² Ivi.

Senza approfondire la discussione, si può accennare al fatto che un semplice *sportello* configura una comunicazione troppo unidirezionale e asimmetrica; l'ascolto è facilitato se l'operatore è coetaneo dell'utente; il clima organizzativo che maggiormente favorisce l'ascolto è l'informalità; infine il ruolo dell'operatore è efficace se fondato su una presenza costante, che sappia disfarsi del proprio ruolo specialistico adottando il codice della frequentazione fine a se stessa.³³

I servizi tradizionali possono dunque avere una duplice utilità: aiutare l'adolescente a migliorare le sue capacità di scelta strategica; e offrire un sostegno ai suoi sforzi di individuazione, che riguardano appunto l'identità dell'adolescente. Facilitando il riconoscimento del sé e confermando l'adolescente nelle sue aspettative e proiezioni fantastiche, consentendone una verifica di fattibilità.

³³ Vedasi C. Ranci, *Servizi preventivi e disagio giovanile: Informazione, orientamento, aggregazione*, cit.

3. La condizione giovanile in sei comuni dell'ULSS n° 57.

Nell'ambito del progetto giovani promosso da cinque Comuni del territorio dell'ULSS 57 (Mediglia, Pantigliate, Peschiera Borromeo, San Donato Milanese e San Giuliano Milanese) è stata svolta, dalla società CERES di Milano una ricerca sulla condizione giovanile a livello locale.¹ La ricerca, durata oltre un anno,² a partire da una disamina delle ricerche svolte in Italia sulla condizione giovanile e degli interventi amministrativi intrapresi dagli enti locali, effettua un'indagine campione sui giovani locali dai 15 ai 25 anni di età. L'indagine ha avuto due momenti: un questionario da autocompilare somministrato a un campione di 908 giovani; una fase di colloqui di gruppo, per individuare le motivazioni e le aspettative su aspetti particolari del rapporto dei giovani con le amministrazioni locali (87 intervistati).

L'indagine sul campo tratta temi generali relativi a:

- la famiglia (condizioni, cultura e abitudini, rapporti);
- lo studio (carriera scolastica, indirizzi prescelti, aspettative, difficoltà, bisogni, dispersione scolastica);
- il lavoro (attività, esperienze, condizioni e aspettative);
- il tempo libero (l'uso del tempo, l'associazionismo, le attività nel territorio);
- il gruppo dei pari (rapporti amicali, ruolo del gruppo nei processi di identificazione e nelle scelte sull'uso del tempo libero e nel rapporto col territorio);
- la giornata tipo (vita di relazione e mobilità quotidiana);
- le opinioni (su politica, droga, istruzione, lavoro, problemi sociali);
- il rapporto con le amministrazioni comunali (opinioni sulle iniziative dei comuni, sull'immagine delle amministrazioni, giudizi sulla realtà territoriale locale).

I giovani (15-25 anni) presenti sul territorio (1988):

	giovani		Popolazione		giovani/popolazione
Mediglia	1.347	7,1%	7.312	7,2%	18,4%
Pantigliate	750	3,9%	4.412	4,3%	17,0%
Paullo	1.555	8,1%	8.878	6,8%	17,5%
Peschiera	2.478	13,0%	16.365	16,1%	15,1%
San Donato	6.810	35,6%	32.226	31,6%	21,1%
San Giuliano	6.187	32,3%	32.288	31,8%	19,2%
Totale	19.127	100%	202.232	100%	18,8%

¹ La CERES Coop. s.r.l., in particolare le persone di A. Voltolini e M. Malinverno.

² Il rapporto di ricerca è stato presentato nel febbraio 1989.

Il peso dei giovani sull'intero territorio dei sei comuni è rilevante, soprattutto se comparato alla realtà milanese (14%) e lombarda (16,9%).

Il peso demografico dei sei comuni all'interno dell'USSL 57 è inoltre andato progressivamente aumentando, dal 58,1% del '51, al 68,3% del '61, al 75% del '71, al 78,6% del '81. Questo è destinato ancora a crescere a causa dei flussi migratori dalla città di Milano ai sobborghi.

La provenienza dei giovani è prevalentemente milanese (provincia di Milano); circa l'11% proviene da fuori provincia. Si può quindi presupporre un senso di appartenenza abbastanza forte.³

Il 90% degli intervistati (il 77% delle ragazze con oltre 20 anni) vive nella propria famiglia di origine (mediamente di quattro persone). Del restante 10%, il 6% ha costituito una propria unità familiare, il 4% vive con parenti o amici.

La condizione socio-culturale del campione risulta in complesso espressione di una situazione con scolarità e occupazioni prevalentemente di livello medio-inferiore. Il livello di scolarizzazione dei genitori vede un 48% di scuola elementare, un 29% di media inferiore e istituto professionale, un 23% di scuola superiore e università. Il livello occupazionale è correlato al livello di scolarità. Il padre è occupato nel 75% dei casi, la madre nel 33%; le casalinghe sono il 56%. Prevalgono le occupazioni dipendenti (operaio e impiegato) sia per il padre che la madre occupati: rispettivamente 70% e 80% dei casi.

Considerando le famiglie secondo le differenti fasce di età, il campione rivela un tendenziale innalzamento del livello socio-culturale: tra le famiglie più giovani aumenta la percentuale di genitori con diploma di scuola superiore, aumenta la quota di madri lavoratrici, e tra i padri aumentano i lavoratori indipendenti.

Status socio-culturale:

	alto	medio alto	medio basso	basso
San Donato	32,6	14,0	24,2	29,2
Peschiera	22,6	14,2	16,0	47,2
Pantigliate	13,7	9,8	13,7	62,8
Mediglia	14,9	3,0	14,9	67,2
Paullo	6,6	12,1	20,9	60,4
San Giuliano	5,2	12,1	16,2	66,5
TOTALE	19,1	12,3	19,1	49,5

³ Anche se si deve considerare che soprattutto in certe zone (per esempio San Giuliano) molti giovani nati in zona sono la prima generazione di discendenti della ancora recente ondata migratoria del *miracolo economico*.

L'indice combinatorio di status (costruito con titolo di studio e occupazione di entrambi i genitori) offre una rappresentazione della stratificazione sociale delle famiglie intervistate.

I giovani intervistati sono prevalentemente studenti (43,3%), e, in misura minore, lavoratori (35,4% a tempo pieno; il 10% studia e lavora); non studiano e non lavorano l'11,3%.

Queste attività non sono ripartite omogeneamente nella stratificazione sociale: i figli di genitori di status elevato sono prevalentemente studenti; quelli che appartengono a famiglie di status meno elevati svolgono maggiormente attività lavorative.

Condizione dei giovani in base allo status familiare.

Status	occupati	studenti
Alto	13,5%	78,1%
medio alto	33,6%	58,2%
medio basso	34,5%	50,1%
Basso	51,6%	28,7%

3.1. La struttura economica

Il tessuto produttivo dell'area è prevalentemente industriale.

Il 57% degli addetti è infatti impiegato nell'industria (dato superiore al 39,5% della media nazionale e alla media del Nord Italia, 45,7%).

La piccola e la media industria sono particolarmente diffuse nel territorio. La realtà produttiva dei comuni di S. Donato costituisce un'eccezione di rilievo, perché caratterizzata dalla presenza di un importante polo terziario industriale e tecnologico (SNAM-ENI).

I giovani del territorio dei sei comuni hanno svolto per il 56% attività di lavoro nel corso dell'anno solare (il 26,8% di questi con carattere temporaneo e occasionale); tra questi vi sono due fasce fondamentali: chi ha un contratto con tutela (73,1%) e chi ha un rapporto senza tutela, non regolarizzato o saltuario (26,9%).

Contratti

a tempo indeterminato	54,3%
di formazione lavoro	10,6%
a termine	8,2%

I principali ostacoli indicati dagli intervistati per l'acquisizione di un posto di lavoro riguardano la mancanza di esperienza.

Problemi

mancanza di esperienza	36%
mancanza di informazioni	16%
mancanza di raccomandazioni	14%
servizio di leva	12%
titolo di studio inadeguato	11%
l'essere donna	6%
Altro	6%
Nessuno	27%
n.r.	7%

Le aspettative riguardo al lavoro variano molto tra il totale del campione e l'insieme degli intervistati che lavorano in modo stabile. Da un lato chi sta ancora seguendo un percorso formativo ha infatti delle *chances* (vere o presunte) di ottenere lavori qualificati; dall'altro il mondo del lavoro ha comportato delle delusioni per molti intervistati, con l'intervento di un processo di ridimensionamento delle proprie aspettative e un approccio strumentale verso il mondo professionale.

In generale gli intervistati che lavorano stabilmente ritengono che il lavoro sia utile e interessante, ma non più importante di altri aspetti della vita (47%); o che il lavoro permetta di mantenersi, ma essi cercano di realizzarsi in altre attività (28%). Solo una minoranza (11%) pone il lavoro al primo posto, affermando l'essere esso la cosa più importante e che dà le maggiori soddisfazioni personali e professionali, mentre un piccolo, ma significativo, 1% lo definisce come un aspetto poco importante della propria vita.

Globalmente i giovani intervistati aspirerebbero ad un lavoro interessante (67% del totale). Una minoranza rilevante aspira ad un lavoro ben retribuito (14%), o che comunque offra una sicurezza di vita (11%); il 6% aspira ad un lavoro part-time o che permetta di fare altre cose.

In questo contesto va sottolineato che:

- disoccupazione e inoccupazione interessano circa il 10%, colpendo maggiormente le femmine;
- il 25% di quelli che lavorano ha un'attività con rapporti di lavoro precari ("non garantita");
- quelli che appartengono agli strati socio-culturali più deboli subiscono un avvicinamento anticipato al lavoro, in occupazioni e mansioni prevalentemente non qualificate;

- le agenzie di collocamento a cui si rivolgono appaiono inefficaci in un contesto in cui, a parte la mancanza di esperienza lavorativa, i maggiori problemi sembrano essere l'inadeguatezza del titolo di studio (orientamento inefficace) e la carenza di informazioni.

3.2. Le strutture scolastiche e il luogo di studio.

Per gli studenti dell'area dei sei comuni, il polo scolastico maggiore è Milano (se si considera anche l'università). Per le scuole superiori, S. Donato ha una capacità di attrazione elevata (36% degli iscritti alle superiori). A S. Donato è presente un Omnicomprensivo che comprende Liceo Classico, Liceo Scientifico, I.T.C. e I.T.I.S.; è inoltre presente un Consorzio per l'istruzione professionale. Altri centri importanti per gli studenti sono Melegnano (nel territorio del Distretto e dell'USSL) e Lodi.

Oltre la metà dei giovani della fascia d'età 15-25 anni è iscritto a una scuola o all'università.

Ripartizione degli iscritti

Media inferiore	1,7%
Istituto professionale	17,4%
Istituto tecnico	34,4%
Liceo	17,5%
Università	30%

Nonostante i giovani dichiarino in maggioranza di avere scelto liberamente il tipo di scuola, la scelta è condizionata dalla situazione economico-sociale della famiglia di appartenenza.

Gli estensori della ricerca sostengono che le pressioni economiche familiari accentuano il condizionamento, in mancanza di un ruolo delle altre agenzie di socializzazione; questo condizionamento influisce spesso negativamente sia sull'indirizzo che sulla carriera scolastica, e di conseguenza sul livello occupazionale attuale e futuro di moltissimi giovani. Un indice di questa situazione è la correlazione tra titolo di studio e status dei giovani.

Status socio-culturale per tipo di scuola

	alto	medio-alto	medio-basso	basso
Ist. Professionali	2%	11%	15%	32%
Ist. Tecnici e Magistrali	22%	37%	42%	45%
Licei	35%	17%	17%	5%
Università	42%	36%	26%	17%

Il profilo degli intervistati mostra che il 2,3% è fuoriuscito dal sistema scolastico senza aver concluso l'obbligo, mentre il 51,3% ha un diploma delle superiori.

Nell'ambito dei sei comuni si riscontrano differenze (correlabili allo status familiare) per quanto riguarda la scolarità.

Iscritti a scuola o università secondo la residenza

	totale	università	Ist. Prof. (3 a.)
S. Donato	64%	43%	8%
Peschiera	56%	18%	22%
S. Giuliano	51%	19%	27%
Pantigliate	40%	18%	9%
Paullo	39%	22%	27%
Mediglia	32%	16%	28%

L'istruzione riveste un ruolo importante nella vita dei giovani: secondo l'80% è un mezzo per avere soddisfazione nella vita; per il 74% è indispensabile per capire e decidere nella vita. Tra quelli che frequentano le superiori, il 31% dichiara di volersi iscrivere all'università.

Ben il 20% degli intervistati ha interrotto la frequenza agli studi. Il 70% di questi nelle scuole superiori, ma una parte rilevante a livello di scuola dell'obbligo (10%). Sono particolarmente colpiti gli adolescenti appartenenti a famiglie di basso status socio-culturale. Il 7% di chi ha abbandonato desidera riprendere gli studi.

Principali motivi di interruzione

Problemi economici e familiari	26%
Difficoltà di studio e bocciature	20%
manca di interesse	21%

A indicare i problemi economici e familiari sono soprattutto le femmine; a indicare la mancanza di interesse per l'istruzione sono soprattutto i giovani degli strati socio-culturali più deboli.

Complessivamente si può affermare che, malgrado il livello di istruzione dell'area sia maggiore rispetto al dato nazionale,⁴ dall'indagine emergono alcuni punti critici:

- circa il 20% dei giovani è inserito in un percorso scolastico di breve durata, con la prospettiva di un precoce inserimento nel mercato del lavoro, in occupazioni a basso contenuto professionale;
- il 20% dei giovani ha sperimentato percorsi irregolari, interrompendo gli studi o ripetendo, con pregiudizio al completamento degli studi e per le proprie potenzialità;

⁴ Fatto vero in particolare per S. Donato, che gli ultimi censimenti indicano tra l'altro come il comune col maggiore tasso di laureati in Italia.

- molti ragazzi (1,7%) a 15 anni non hanno ancora completato il ciclo delle scuole dell'obbligo;
- inoltre, il 12% degli studenti non è soddisfatto degli studi intrapresi e il 37% dei giovani che lavorano stabilmente dichiara di non avere tratto utilità dalla scuola frequentata.

3.3. Il tempo libero

Il tempo libero ricopre una parte rilevante nella vita quotidiana giovanile.

Quasi tutti gli intervistati svolgono le proprie attività fuori del lavoro e della scuola insieme ad altri, rivolgendosi principalmente ad attività di relazione, ricreative o di studio e aggiornamento.

Tempo libero con gli altri

con un gruppo fisso	56%
con amici	43%
col partner	27%
in una associazione	26%

Percentuale di intervistati che svolgono sempre o spesso alcune attività

ascoltare musica	82%
Suonare	10%
andare a concerti	4%
praticare sport	43%
fare gite, escursioni	15%
Leggere	25%
andare al cinema	22%
andare in discoteca	17%
Scrivere	18%
disegnare, dipingere...	7%
fotografare	8%

Tempo libero secondo il sesso e la diffusione

	Attività prev. maschili	Attività prev. femminili
Molto diffuse (>70%)	Ascoltare musica, guardare tv (film, sport)	Ascoltare musica, guardare tv (film, sport)
Diffusione medio-alta (55-70%)	Guardare tv (inchieste, tg), leggere quotidiani	
Diffusione medio-bassa (30-55%)	Leggere settimanali di informazione, praticare sport, assistere ad avvenimenti sportivi, stare al bar, andare a casa di amici	Guardare tv (inchieste, tg), leggere quotidiani, leggere romanzi o saggi, praticare sport, scrivere diario o poesie, andare a casa di amici

Tempo libero secondo lo status e la diffusione:

	frequenza crescente al crescere dello status	frequenza indipendente dallo status	frequenza decrescente al crescere dello status
Molto diffuse (>70%)		ascoltare musica, guardare tv (film)	
Diffusione medio-alta (55-70%)	leggere quotidiani	guardare tv (inchieste)	
Diffusione medio-bassa (30-55%)	leggere settimanali di informazione, andare a casa di amici, praticare sport	assistere ad avvenimenti sportivi	stare al bar

3.4. Alcuni progetti in campo nazionale

Nella realtà nazionale, a partire dalle specifiche situazioni giovanili, sono stati elaborate riflessioni sulle attività che le istituzioni, e in particolare i comuni, svolgono a favore dei giovani e sulle forme che le politiche giovanili assumono.

Indicazioni in questa direzione si possono trarre da una ricerca dell'ANCI sulle forme delle politiche giovanili nei comuni con più di 30.000 abitanti, dalla quale risulta che già nel 1985 la maggior parte dei comuni (59%) avevano adottato forme istituzionali specifiche rivolte al mondo giovanile. L'esperienza in alcuni comuni maggiori ha prodotto, nel corso degli anni 80, alcuni progetti giovani mirati a questa specifica utenza delle politiche pubbliche.

Comparazione di alcuni progetti giovani in Italia

	Torino	Bologna	Forlì	Reggio E.	Vicenza	Lecco
Anno di inizio	1977	1980	1980	1981	77-80-85	1984
Condizioni	Stimoli da associazioni, giovani, scuola	Stimoli dall mondo politico	Stimoli da associazioni, indagini conoscitiva	Indagine conoscitiva	Creazione di un osservatorio	
Obiettivi	Prevenire disagio ed emarginazione	Migliorare il rapporto tra giovani ed istituzioni	Prevenire l'emarginazione, migliorare il rapporto con le istituzioni, favorire la partecipazione	Promuovere associazionismo e aggregazione giovanile	Favorire l'occupazione giovanile e la formazione professionale	Promuovere associazionismo e aggregazione giovanile
Risorse	Istituzioni e associazioni	Istituzioni e associazioni	Istituzioni, associazioni e imprese	Istituzioni	Associazioni	Istituzioni e associazioni
Destinatari	Tutti i giovani, in particolare disagiati	Tutti i giovani, in particolare adolescenti	Tutti i giovani, in particolare adolescenti	Tutti i giovani	Tutti i giovani	Tutti i giovani

Settori di intervento	Formazione, lavoro, cultura, aggregazione, emarginazione, sport	Formazione, lavoro, cultura, aggregazione, emarginazione	Formazione, lavoro, cultura, aggregazione, emarginazione	Lavoro, cultura, aggregazione	Formazione, lavoro, cultura, aggregazione	Formazione, lavoro, cultura, aggregazione, emarginazione
Titolarità della gestione	Prima l'assessorato allo sport, poi ('85) assessorato alla gioventù	Ufficio del progetto giovani	Assessorati al decentramento e progetto giovani, lavoro e occupazione	Assessorato alla gioventù, sport e tempo libero	Assessorato agli interventi sociali, problemi del lavoro e dei giovani	Assessorato ai servizi sociali
Coordinamento tecnico	Commissioni di lavoro	Coordinamento ufficio del progetto e funzionari settori d'intervento	Coordinamento funzionari di assessorati attinenti ai progetti		Coordinamento funzionari di assessorati attinenti al progetto	Coordinamento funzionari di assessorati attinenti al progetto
Coordinamento con altri enti	Rapporti costanti non strutturati	Coordinamento su progetti specifici	Coordinamento su progetti specifici		Riunioni periodiche con associazioni convenzionate	Coordinamento su progetti specifici
Organismi di raccordo col mondo giovanile	Consulta giovanile delle associazioni organizzate		Consulta del volontariato, forum delle associazioni	Assemblea dei centri giovanili	Consulta giovanile, forum delle associazioni	
Strumenti di comunicazione	Periodico informagiovani	Informazioni mirate e occasionali	Periodico parlare giovane	Informazioni mirate, rivista	Informazioni mirate e occasionali	Periodico di informazione

3.5. Il progetto giovani

In relazione alla ricerca, la società CERES ha presentato un progetto giovani per i comuni della media valle del Lambro. Gli scopi del progetto riguardano:

- l'aumento della partecipazione; il tentativo di costruire un nuovo rapporto tra giovani e istituzioni locali, fondato su forme partecipative di tipo nuovo, sulla valorizzazione delle espressioni esistenti, e sulla stimolazione di quelle latenti;
- l'uguaglianza di opportunità; salvaguardia, quindi, del diritto dei giovani all'istruzione, alla cultura, all'informazione, al disagio e alla casa. Tentativo di favorire proposte miranti a dare opportunità ai giovani, nei diversi settori;
- integrazione delle forme dell'agire sociale; istituzionalizzando il rapporto coll'agire sociale, consolidando le esperienze di volontariato e dell'associazionismo, stimolando esperienze nuove, come la cooperazione.

Su tali aspetti la ricerca stessa ha riscontrato l'interesse dei giovani, che spesso si traduce nella disponibilità a svolgere un ruolo attivo.

Disponibilità a partecipare al progetto giovani

	TOTALE	Mediglia	Pantigliate	Paullo	Peschiera	San Donato	San Giuliano
Si	40,3%	33%	53%	49%	42%	41%	34%
No	14,7%	18%	16%	13%	12%	15%	15%
Non so	44,9%	49%	29%	38%	46%	44%	51%

Importanti sono, quindi, le forme di relazione, comunicazione e partecipazione, nonché le forme di verifica e controllo del progetto (come per esempio il Forum e la Consulta giovanile).

Chiaramente un progetto che trae origine in ambito sovraistituzionale deve affrontare dei problemi che, prioritariamente, fanno riferimento alla forma politico-organizzativa. In particolare:

- la forma istituzionale da affrontare in ciascuna Amministrazione;
- la forma del coordinamento tra le Amministrazioni promotrici;
- la forma del coordinamento con altri enti (USSL, Pubblica istruzione, Uffici del lavoro...);
- coordinamento tecnico dentro ogni Amministrazione, e tra le Amministrazioni.

Il Progetto giovani si pone quindi come un tentativo di superare la frammentarietà e l'occasionalità degli interventi settoriali in favore dei giovani. Si tratta di un tentativo di intervento organico e globale da parte delle Amministrazioni comunali, con investimenti specifici, comprendente altri soggetti come le associazioni, l'USL e i privati. Gli interventi nei confronti dell'universo giovanile riguardano il tempo libero, la formazione, l'orientamento scolastico, il disadattamento, la dispersione scolastica, l'inserimento nel mercato del lavoro, le tossicodipendenze, l'aggregazione, la devianza.

La sovrapposizione di interventi e di funzioni da parte degli stessi soggetti istituzionali (o, peggio, l'assenza di ogni considerazione) costituisce un ovvio spreco (istituzionale, culturale, di risorse) e diminuisce l'efficacia e l'efficienza operativa, necessarie per rispondere alla complessità dei fattori di disagio potenziale insiti nella condizione giovanile.

In questo contesto brilla l'assenza di una politica istituzionale complessiva da parte del Governo centrale. Lo stesso Ente locale ha infatti una certa ricchezza di funzioni delegate, (si pensi per esempio al settore *infanzia ed età evolutiva*) legate però a un quadro normativo complesso e sviluppatosi progressivamente a partire dalla fine del secolo scorso, sia in campo

di situazioni *normali*, come l'accesso al primo impiego, sia in situazioni di *disagio*⁵ (da un lato il DPR 616 del 1977, e la stessa legge 833 del 1978, che hanno avviato un processo di decentramento e di integrazione delle funzioni nella prospettiva della prevenzione e della partecipazione, anche alla luce della riforma delle autonomie locali; dall'altro lato la legge 184 del 1983 sull'adozione e sull'affido dei minori che ricerca soluzioni alternative al ricovero in istituto, e il DPR 448 del 1988 sul nuovo processo penale minorile, che indica soluzioni alternative alla carcerazione).

Se l'assenza di disposizioni organiche non impedisce ai comuni maggiori di predisporre un'attività in questo campo, è invece dirompente nei comuni di minori dimensioni, a cui mancano operatori qualificati nel promuovere un'offerta rispondente ai bisogni giovanili, prima ancora che le risorse intese in termini di spazi o di strutture fisiche sul territorio.⁶

In questo contesto, l'imputare al comune, o all'associazione di comuni, il compito di coordinare gli interventi già esistenti, va nella direzione dell'attuale legislazione sul decentramento dei servizi, sia sociali che socio-sanitari, anche in relazione alla mancanza di personalità giuridica delle USSL, che fanno ancora riferimento al comune o all'associazione di comuni.⁷ Tutt'altro effetto sortirebbe però il coordinamento in un quadro normativo che vedesse anche la riforma dell'assistenza. Gli strumenti della nuova legge sulle autonomie locali, pur importanti, non sembrano potersi collocare in un quadro di omogeneità istituzionale ai vari livelli nazionali.

I contenuti del Progetto giovani formulato nella ricerca vengono quindi definiti in:

- allocazione delle risorse;
- Centri di informazione per i giovani;
- Centri di aggregazione (centri sociali);
- ruolo dell'associazionismo e del volontariato;
- mercato del lavoro locale e politiche per l'occupazione giovanile;
- scuola e percorsi formativi;

⁵ Si veda W. Orsi, *Disagio e devianza minorile: dalla marginalità alla normalità, alle pratiche innovative*, in W. Orsi e S. Battaglia, *DISAGIO E DEVIANZA GIOVANILE OGGI*, Milano, Angeli, 1990.

⁶ Se tale problema si può dire in via di superamento per l'area interessata, a causa della trasformazione della Provincia di Milano in Città metropolitana, il discorso resta valido per la grande maggioranza dei comuni italiani.

⁷ Seppure in attesa di una riforma che sembra andare in tutt'altra direzione, e prima di quel *monstrum* dal punto di vista della responsabilità politica che sono i commissari straordinari.

- interventi e programmi su tempo libero, cultura e sport;
- prevenzione dei fenomeni di emarginazione, disadattamento e devianza tra i giovani.

Gli spazi per le attività ricreative sono tra i problemi principali dei giovani. Si rende dunque necessario un uso razionale delle strutture e gli spazi esistenti, oltre ad una specializzazione delle stesse nel senso di un uso prioritario su alcune attività fondamentali per investire meglio le risorse. Uno dei problemi maggiori è il bisogno della presenza di operatori culturali e animatori in grado di promuovere iniziative ed attività coinvolgenti.

I rapporti con l'associazionismo e il volontariato sono spesso legati alla concessione di spazi pubblici o alla richiesta di finanziamenti. Un coinvolgimento nel progetto è stato visto nell'obiettivo di dare vita a forme di confronto permanente, come per esempio un Forum, a livello comunale, col compito di discutere e di chiarire le proposte di politica giovanile, diventando uno strumento di comunicazione, verifica e confronto.

Rispetto all'occupazione, il progetto sconta la mancanza di strumenti istituzionali⁸ e l'intervento in questo settore viene visto come frutto di un più ampio inserimento sociale del giovane nella comunità locale. Una simile filosofia di intervento avrebbe dovuto essere attivata attraverso la realizzazione di un Centro di iniziativa locale per l'occupazione giovanile, che, diventando un punto di riferimento a livello locale, favorisse l'incontro tra l'offerta di lavoro giovanile e le potenzialità permesse dalla normativa vigente. La costituzione di questo C.I.L.O. è prevista a tappe e legata all'attività dei Centri informazione giovani sull'orientamento scolastico e professionale.

I Centri di informazione giovani infine, servizi per altro molto sviluppati in diversi Paesi europei, costituiscono un obiettivo ambizioso del Progetto, perché riguardano la capacità di realizzare in tempi brevi un circuito sovracomunale che si innesta nella più vasta rete di informazione esistente nella provincia di Milano e nel resto d'Italia. Ambizioso anche per il ruolo di raccordo e connessione ad essi imputato fra la realtà sociale, economica, amministrativa ed associativa, e il mondo giovanile. E' infatti previsto che il C.I.G. intraprenda la propria attività in stretto contatto con tutti i servizi, le strutture e le iniziative aggregative, sportive, culturali e ricreative esistenti nei comuni, ed in particolare con il *Centro studi sull'adolescenza - Progetto A* inaugurato a S. Donato dall'USSL 57 nel Marzo 1989.

⁸ Non erano ancora istituite le Consulte del lavoro.

4. La "normalità psichica" degli adolescenti nell'USSL n° 57

Allo scopo di organizzare anche in Lombardia nuove iniziative di prevenzione e di trattamento dei disturbi psichici degli adolescenti, è stato considerato di primaria importanza:¹ valutare statisticamente la normalità psichica nell'adolescenza, come base per analizzare la devianza; chiarire l'influenza di "*fattori di rischio*" sulla relazione tra normalità e devianza. o di "*fattori protettivi*", in particolare gli eventi della vita.²

I fattori ambientali presi in considerazione sono:

1. fattori famigliari:
 - integrazione col gruppo sociale esterno (eventuale immigrazione);
 - livello socio-culturale della famiglia;
 - composizione e numerosità della famiglia (eventualità della presenza di un solo genitore);
2. fattori scolastici:
 - fascia scolastica di appartenenza (scuola dell'obbligo, secondaria);
 - iter nella scuola secondaria;
 - caratteristiche dell'istituto frequentato;
3. altri fattori sociali:
 - se l'ambiente fisico e sociale prevede situazioni di supporto o di rischio.

¹ Gruppo di ricerca sulla "*Valutazione sulla normalità psichica nell'adolescenza*" 1986-87, Relazione sullo stato della ricerca, Giugno 1987.

² Molti studi si sono occupati delle relazioni intercorrenti tra il disagio sociale e l'insorgenza di disturbi affettivi minori: la maggior parte delle prove sui fattori ambientali precipitanti degli stati depressivi derivano da studi sulla popolazione generale. Per comodità, si sono distinte nel disagio sociale due componenti: gli eventi, circostanze che si verificano nel corso della vita in modo più o meno discontinuo; e i problemi e le difficoltà, più costanti e perduranti nel tempo. Sono stati considerati significativi, nello studio tra eventi e disturbi psichiatrici, il totale dei cambiamenti che un evento comporta e il totale dei momenti di tensione che esso determina (*stress*). Sebbene il cambiamento si possa ritenere importante di per sé per la insorgenza della schizofrenia e di altre psicosi funzionali, la maggior parte degli autori è d'accordo sul fatto che è lo *stress* la dimensione più significativa nella genesi di disturbi di tipo affettivo. E' ovvio che gli eventi potrebbero sia causare disturbi psichiatrici che esserne una conseguenza. Inoltre i soggetti depressi sembrano possedere una visione più pessimistica degli avvenimenti vissuti. Vedasi in proposito P. Bebbington e J.K. Wing, *Epidemiologia dei disturbi psichiatrici della popolazione*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.

Per avere indicazioni sulle variabili socio-ambientali è stata quindi prevista una scheda anagrafica (anonima) e una di rilevazione degli eventi³ rispetto ai quali il soggetto doveva indicare l'età e l'importanza.

Gli eventi stress⁴ considerati sono: il lutto;⁵ le esperienze traumatiche nella prima infanzia (deprivazione, separazione): gli stress acuti (litigi con amici o partner, rottura familiare, crisi disciplinari);⁶ il momento in cui l'evento accade e la frequenza degli eventi, oltre al grado di partecipazione dell'individuo.

Eventi:

1. cambiamento di città;
2. cambiamento di casa;
3. grave malattia personale con ricovero;
4. grave malattia personale senza ricovero;
5. incidente con ricovero in ospedale;
6. grave malattia di un familiare;
7. nascita di un fratello o di una sorella;
8. assenza di un genitore per un lungo periodo;
9. bocciatura;
10. rottura di un'amicizia o relazione sentimentale;
11. grave disaccordo tra i genitori;
12. separazione tra i genitori;
13. rapido miglioramento delle condizioni socio-economiche;

³ Il verificarsi di eventi può essere valutato presentando al soggetto intervistato un elenco predeterminato di circostanze delle quali egli può avere avuto esperienza; un'alternativa è rappresentata da un'intervista semistrutturata che copra vari eventi. Esistono due diverse strategie per valutare un evento: la prima richiede l'impiego di un campione da utilizzare per il procedimento di attribuzione dei punteggi; la seconda prevede l'uso di ricercatori operanti in gruppo. Vedasi P. Bebbington e J.K. Wing, *Epidemiologia dei disturbi psichiatrici della popolazione*, cit.

⁴ Viene evidenziato che per gli adulti stress esistenziali acuti sono associati con la comparsa della depressione. Sono stati considerati significativi, nello studio tra eventi e disturbi psichiatrici, il totale dei cambiamenti che un evento comporta e il totale dei momenti di tensione che esso determina (stress). Sebbene il cambiamento si possa ritenere importante di per se per la insorgenza della schizofrenia e di altre psicosi funzionali, la maggior parte degli autori è d'accordo sul fatto che è lo stress la dimensione più significativa nella genesi di disturbi di tipo affettivo. Vedasi per esempio G.W. Brown e T. Harris, *THE SOCIAL ORIGINS OF DEPRESSION: A STUDY OF PSYCHIATRIC DISORDER IN WOMEN*, Londra, Tavistock, 1978.

⁵ M. Rutter et alii, *Adolescent Turmoil: Fact or Fiction*, in *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, n° 17, 1976.

⁶ Con tendenza al suicidio.

14. rapido peggioramento delle condizioni socio-economiche;
15. grave maltrattamento o violenza all'interno della famiglia;
16. grave maltrattamento o violenza all'esterno della famiglia;
17. morte di una persona cara;
18. interruzione di gravidanza;
19. altri eventi significativi...

Per ottenere dati confrontabili con altre realtà, la metodologia utilizzata si rifà alle più recenti ricerche effettuate negli Stati Uniti. Lo strumento utilizzato è il *Self Image Questionnaire* di Offer, corretto e modificato, anche in rapporto all'assistenza e alla collaborazione di Offer e i suoi collaboratori del Dipartimento di Psichiatria del Michael Reese Hospital di Chicago. La validità e affidabilità del questionario sono state confermate con metodologie statistiche multiple,⁷ così come la coerenza interna della versione italiana.⁸

Gli scopi che il questionario si prefigge sono essenzialmente:

- approfondire la visione fenomenologica che gli adolescenti *normali* hanno di se stessi come base per analizzare la devianza;
- indicare cosa gli adolescenti pensano di sé stessi e quali sono i loro problemi;
- studiare il Sé e l'immagine di sé nella fase di transizione, in cui sono evidenti i cambiamenti avvenuti dall'infanzia e i consolidamenti in funzione dell'età adulta.

4.1. Il metodo utilizzato

Il questionario è stato elaborato nel 1962 da Daniel Offer per indagare i sentimenti e gli atteggiamenti verso di sé degli adolescenti fra i 13 e i 19 anni. Si tratta di uno strumento autodescrittivo che si basa su due assunti di fondo: la necessità di effettuare un'analisi su aree adattive multiple, per la possibilità che ad un adattamento sia insufficiente a fronte di altri adattamenti da parte dell'adolescente; il fatto che gli adolescenti hanno una sensibilità adeguata per esprimere in modo affidabile i dati.

⁷ D. Offer, E Ostrow, K.I. Howard, THE OFFER SELF-IMAGE QUESTIONNAIRE FOR ADOLESCENTS: A MANUAL, Michael Reese Hospital, Chicago, 1982 (3^a ed.).

⁸ De Vito et alii, *Normalità e fattori di vulnerabilità nell'adolescenza*, in AA.VV., ADOLESCENZA E PSICOSI, Provincia di Milano, Documenti, 1987.

Le verifiche hanno confermato questi assunti. Il questionario può identificare il profilo della normalità in senso statistico, discriminando i soggetti insufficientemente adattati; può inoltre misurare le differenze transculturali (i dati italiani sono stati recentemente confrontati con quelli di altri 9 paesi).⁹

Dal 1962, il questionario è stato somministrato ad oltre 30.000 adolescenti.

Il campione di riferimento proviene da 10 scuole superiori americane,¹⁰ pubbliche e private, in aree rurali, cittadine, e suburbane. Il campione di riferimento non comprende perciò i *drop out*: può essere considerato, in senso lato, rappresentativo di adolescenti della classe media. I gruppi utilizzati per la standardizzazione sono quindi il gruppo normativo composto da soggetti dello stesso gruppo di età e sesso, appartenenti al campione stesso, e il gruppo normativo statunitense (utilizzato per il confronto con gli adolescenti statunitensi).

La popolazione adolescenziale:¹¹

	maschi	femmine	totale	percentuale
Italia settentr.	1.603.094	1.540.095	3.143.189	12,27%
Italia centrale	685.699	661.261	1.346.960	12,36%
Italia meridion.	1.549.482	1.490.232	3.039.714	14,77%
Melegnano	1.273	1.213	2.486	14,18%
S. Donato	2.559	2.396	4.955	14,73%
S. Giuliano	2.271	2.195	4.466	14,02%

Il campione dello studio è composto da tutti i soggetti presenti nelle classi delle cinque scuole sotto indicate, in cui è stato distribuito il questionario. tutti gli adolescenti a cui è stato distribuito hanno accettato di compilare il questionario.¹²

⁹ Offer et alii, THE TEENAGE WORLD: ADOLESCENTS' SELF-IMAGE IN TEN COUNTRIES, NEW YORK, Plenum Press, 1988.

¹⁰ Con interviste effettuate negli anni 1979 e 1980.

¹¹ Elaborazione su dati ISTAT, 1985.

¹² La metodologia della selezione del campione non viene esplicitata dagli estensori del rapporto di ricerca. Si può subito far notare che le scuole selezionate sembrano rispondere più che altro al criterio geografico di trovarsi sull'asse di trasporti della via Emilia. Non sono rappresentate, se non per la iscrizione all'Omnicomprendivo, le zone dell'altro importante asse di trasporto: la via Paulllese.

Composizione del campione:

Comune	Scuola	classe	maschi	femmine	totale
Melegnano	Media "Frisi"	3 [^]	64	54	118
San Donato	I.T.C.	1 [^]	104	107	211
		4 [^]	35	67	102
		5 [^]	29	45	74
	Liceo Scient.	1 [^]	101	58	159
		4 [^]	58	45	103
		5 [^]	49	42	103
San Giuliano	Media "Milani"	3 [^]	85	101	186
	Ist. "Grandi"	1 [^]	78	61	139
		2 [^]	66	57	123

Si tratta di due scuole medie, due istituti della secondaria superiore, e una scuola professionale che offre titoli regionali.

Il criterio seguito è stato di rendere il campione rappresentativo di componenti sociali multiple.¹³ Il questionario è stato quindi rivolto agli adolescenti *normali* provenienti dalla popolazione generale e non clinica.

Il totale di ragazzi è di 1306. Il campione effettivo è di 1271 soggetti che hanno compilato il questionario secondo i criteri di inclusione di Offer.

Il questionario, anonimo, è stato somministrato a scuola, in gruppo, con la collaborazione di uno o più insegnanti.

Il tutto ottenuta l'autorizzazione del Provveditorato di Milano, dopo aver tenuto degli incontri con presidi e professori.¹⁴ Non sono state rilevate, dagli insegnanti consultati, particolari difficoltà. I questionari non compilati, anche parzialmente, sono stati meno del 2%.

¹³ Sono infatti incluse zone con frequenza di studenti di composizione sociale diversificata. Uno status medio-basso è più frequente nelle scuole di S. Giuliano, mentre per le superiori di S. Donato è più frequente uno status medio-alto. Vedasi il capitolo precedente. Vedasi anche M. Franceschi, SITUAZIONE SCOLASTICA A SAN DONATO MILANESE, Comune di S. Donato Milanese, 1989.

¹⁴ La ricerca è stata la prima iniziativa portata avanti nella fase di preparazione di quello che sarebbe poi stato il *Progetto A*. Essa venne pensata come ricerca-intervento: da un lato il fine consisteva nel capire che tipo di adolescenti ci fosse nell'area; d'altro lato c'era l'obiettivo di creare contatti con gli insegnanti e farli collaborare a questa iniziativa, portata avanti da personale che avrebbe poi lavorato nell'area, disponibile a restituire informazioni, che si poneva come punto di riferimento utile per comprendere gli accadimenti all'interno della classe o della scuola. La ricerca ha avuto dunque una duplice funzione: oltre ai risultati conoscitivi del questionario, ha permesso il crearsi di una curiosità, un interesse nei confronti dell'iniziativa.

4.2. Uno strumento per indagare il Sé

Con il questionario di Offer, che comprende 130 *item*, riuniti in 12 scale (ognuna delle quali si riferisce ad un aspetto del sé) viene indagato il sé fenomenologico degli adolescenti.

Le possibilità di risposta agli item sono:

1	2	3	4	5	6
mi descrive molto bene	mi descrive bene	mi descrive abbastanza bene	non mi descrive completamente	non mi descrive	non mi descrive affatto

Le 12 scale sono state raggruppate in 5 dimensioni del sé (a parte la 12^a, l'idealismo, che è tuttora sperimentale).

DIMENSIONI DEL SE'	SCALE	
Sé psicologico	1	Controllo degli impulsi
	2	Tono emotivo
	3	Immagine di sé e del corpo
Sé sociale	1	Relazioni sociali
	2	Morale
	3	Aspirazioni
Sé sessuale	Atteggiamenti sessuali	
Sé familiare	Atteggiamento verso la famiglia	
Sé coping	1	Padronanza del mondo esterno
	2	Psicopatologia
	3	Livello superiore di adattamento

Il *sé psicologico* riguarda i sentimenti, i desideri, le fantasie e le preoccupazioni. Punteggi bassi possono indicare una struttura difensiva debole, una scarsa capacità di mantenere un equilibrio emotivo, un disagio nei confronti del proprio corpo. Gli adolescenti del campione affermano di essere in grado di controllare le proprie spinte pulsionali (8 su 10), anche se emerge la tendenza a massicce reazioni emotive e la difficoltà a tollerare la frustrazione. Inoltre 2 su 10 si descrivono come molto soli, 3 su 10 spesso tristi, 5 su 10 ansiosi e vulnerabili. Il senso di inadeguatezza fisica è limitato al 35% dei ragazzi.

Il *sé sociale* riguarda i rapporti interpersonali, gli atteggiamenti morali e le aspirazioni. Punteggi bassi possono indicare il sentirsi soli e isolati, uno sviluppo insufficiente delle istanze morali, delle difficoltà in campo scolastico e nella progettazione del proprio futuro. Emerge nel campione l'atteggiamento positivo verso il gruppo dei pari; sentimenti di disagio appaiono riguardo allo stabilire nuove relazioni e a tollerare le critiche. Due su 10 mostrano incertezze sul proprio avvenire e negano il valore della scuola e dello studio.

Il *sé sessuale* riguarda l'integrazione delle pulsioni sessuali emergenti nella vita psicosociale, i sentimenti, gli atteggiamenti e il comportamento verso il sesso opposto. Gli adolescenti intervistati sentono l'importanza della sessualità e non riferiscono sentimenti di inadeguatezza rispetto a questa dimensione; ma 3 su 10 negano di trarre piacere dalle esperienze sessuali e molti ritengono difficile sapere come trattare la sessualità nel modo giusto.

Il *sé familiare* riguarda i sentimenti e gli atteggiamenti verso la famiglia, il tipo di rapporto col padre e con la madre, l'atmosfera emotiva familiare. Un punteggio basso può indicare disaccordo coi genitori, e difficoltà di comunicazione familiare. Nel campione, in generale, non vengono percepiti gravi problemi e l'atteggiamento sembra orientato verso la fiducia e la comprensione. Una situazione più problematica è limitata ad una scarsa minoranza, in cui prevalgono giudizi negativi, ostilità e ribellione.

Il *sé coping* (adattamento) riguarda le risorse a disposizione per affrontare le difficoltà e la capacità di adattamento. Un punteggio basso può indicare il non sentirsi in grado di portare a termine un compito o di adeguarsi alle richieste ambientali, o di utilizzare l'esperienza ai fini di un migliore adattamento; nella scala psicopatologica indica la presenza di psicopatologia a livello clinico. Gli intervistati sentono di possedere la capacità di affrontare le difficoltà. Due su 10, comunque, pensano che i problemi della vita non abbiano soluzione, o di non aver per nulla talento. Il 16% sente spesso che preferirebbe morire (una minoranza significativa, che esprime anche in altri modi un'immagine di sé gravemente negativa).

L'*idealismo* riguarda il coinvolgimento a favore della collettività e un punteggio basso indica la ricerca di un'affermazione solo individuale.

4.3. L'analisi dei dati

Per quanto riguarda l'analisi dei dati, vengono esaminate le variazioni presentate su ogni singola scala, cosa che, secondo Offer, rende possibile discriminare i soggetti "*disturbati*" dai "*normali*".

I profili complessivi vengono ottenuti riunendo in un unico grafico i punteggi standardizzati delle scale (che indicano quanto il singolo differisce dalla media di un gruppo di riferimento).

Il campione italiano complessivo presenta deviazioni significative rispetto al gruppo statunitense in due scale: controllo degli impulsi e coscienza morale (in particolare le femmine presentano

un funzionamento peggiore per le due scale citate e per le relazioni sociali, gli atteggiamenti sessuali e la psicopatologia).

I dati delle 12 scale confluiscono nell'elaborazione di un profilo complessivo.

Le somiglianze del campione italiano col campione statunitense sono state più accentuate delle differenze. Gli adolescenti italiani sembrano avere una maggiore difficoltà nel controllo degli impulsi, si descrivono meno fiduciosi e altruisti verso i coetanei, danno meno valore alla responsabilità sociale e alla leadership; così come sono meno positivi rispetto alla sessualità e alla capacità d'adattamento.

Le variabili fondamentali considerate sono state sesso ed età. In base ad esse sono stati suddivisi quattro gruppi.

Gruppi individuati:

		età	
		bassa (13-15)	alta (16-19)
Sesso	femmine	femmine giovani (YF)	femmine più vecchie (OF)
	maschi	maschi giovani (YM)	maschi più vecchi (OM)

Un'ulteriore suddivisione è stata fatta relativamente alle scuole di provenienza.

Le differenze in base all'età evidenziano due tendenze contrapposte: al crescere dell'età corrisponde un migliore adattamento; ma all'approssimarsi del termine dell'adolescenza corrisponde una maggiore problematicità circa le aspirazioni al ruolo sociale futuro (soprattutto per i maschi). Le differenze relative al genere sono state più consistenti rispetto a quelle relative all'età, che vedono per i più giovani maggiori risentimenti e difficoltà a controllare gli impulsi, maggiore tensione e paura, maggiore insoddisfazione rispetto all'immagine del proprio corpo.

Queste difficoltà sono più accentuate nelle femmine che nei maschi. Le ragazze riconoscono in percentuale maggiore rispetto ai ragazzi il disagio per le trasformazioni somatiche in corso; ma di converso affermano con più forza i valori sociali, sono più altruiste e preoccupate delle conseguenze delle loro azioni, rispetto ai ragazzi; mentre i maschi si sentono più attratti dal sentirsi dei capi e dalla competizione. Le differenze sono più accentuate per quanto riguarda gli atteggiamenti sessuali: le ragazze esprimono una maggiore chiusura e preoccupazione.

Nell'area della psicopatologia, le ragazze esprimono più spesso sentimenti di confusione e vergogna.

Esistono quindi differenze rilevanti tra maschi e femmine; risultati simili si sono riscontrati in USA.¹⁵ Offer giustifica questo risultato coi ruoli tradizionalmente attribuiti agli uomini e alle donne: agli uomini sarebbe vietato riconoscere certi sentimenti di disagio e di inadeguatezza; alle donne si imputa poco opportuno aspirare a posizioni di prestigio e successo professionale. Queste argomentazioni possono essere valide anche per la società italiana, in cui i valori tradizionali sono forse più radicati. Il genere sessuale assume quindi importanza nell'influenzare la visione di sé e i processi di adattamento. La cosa vale in particolare per l'immagine del corpo, la sessualità, le aspirazioni connesse al ruolo sociale e anche per altri settori della vita emotiva e relazionale.

Le differenze tra le scuole acquistano significato in relazione alle diversità socioculturali di base. Emerge la necessità di porre attenzione, e programmare interventi a breve termine, su quelle fasce socio-culturalmente più svantaggiate, o su quei giovani che sembrano avere già rinunciato, per i propri fallimenti, ad una realizzazione sociale o educativo-professionale.

Sono abbastanza interessanti le differenze tra le cinque scuole considerate. Risultano statisticamente significative, secondo l'analisi della varianza, le differenze nelle scale: controllo degli impulsi; morale; atteggiamenti sessuali; padronanza del mondo esterno; psicopatologia; adattamento; idealismo.

Differenze tra le scuole:

	Grandi	Frisi	Milani	Scientifico	I.T.C.
controllo degli impulsi	48	47	46	53	50
morale	44	47	50	54	51
atteggiamenti sessuali	52	49	46	49	51
padronanza del mondo esterno	48	49	46	50	53
psicopatologia	46	47	47	54	51
adattamento	47	48	48	51	52
idealismo	50	52	53	50	46

In sintesi si possono raggruppare da un lato il Liceo scientifico e l'I.T.C, che hanno punteggi più alti nelle scale di padronanza del mondo esterno, psicopatologia e adattamento, a fronte delle medie e della Grandi. Differenze importanti risultano poi nella scala della morale, dove la scuola "Grandi" ha punteggi particolarmente bassi e il Liceo scientifico li ha particolarmente alti.

Per quanto riguarda il disagio, è stato considerato disturbato chi presentava in almeno 3 scale un punteggio standardizzato di una o più deviazioni standard inferiore alla media.

¹⁵ D. Offer and M. Sabshin, NORMALITY AND THE LIFE CYCLE, New York, Basic Books, 1984.

La percentuale di adolescenti disturbati del campione è del 26,8%, distribuiti disomogeneamente: i maschi lo sono per il 28% e le femmine per il 25,5%; mentre la variabile età sembra non influire sul disturbo. Tra i disturbati, particolarmente devianti appaiono le scale del tono emotivo e della psicopatologia.

Una fascia più ampia (44,5%) presenta almeno due scale, e una fascia ristretta (12%) oltre 5 scale con un punteggio di una deviazione standard inferiore alla media.

	YM (m. giovani)	OM (m. vecchi)	YF (f. giovani)	OF (f. vecchie)	Totale
Disturbati	104 (27,6%)	74 (28,7%)	91 (25,6%)	71 (25,3%)	340 (26,8%)
Non disturbati	273 (72,4%)	184 (71,3%)	264 (74,4%)	210 (74,7%)	931 (73,2%)
Totale	377 (100%)	258 (100%)	355 (100%)	281 (100%)	1271 (100%)

4.4. Le conclusioni della ricerca

La maggioranza degli intervistati non presenta quindi la condizione generalizzata di crisi psicologica descritta dagli psicanalisti (per esempio Anna Freud). La visione di sé degli adolescenti appare invece sufficientemente armonica e integrata, nonostante la presenza di difficoltà e turbamenti connessi ai cambiamenti in atto. Queste difficoltà sembrano affrontate in modo adattivo e non ostacolante il processo evolutivo.

L'autoritratto psicologico potrebbe sembrare una concettualizzazione esterna, dove l'integrazione tra punti di vista cognitivo e psicodinamico privilegia l'adattamento alla realtà e gli aspetti consci del Sé; ma la prospettiva mantiene il suo valore euristico,¹⁶ considerato che proprio il Sé conscio determina il senso di identità e che l'adolescente è più esposto alle influenze ambientali. Diventa quindi centrale la validità del metodo autodescrittivo nella distinzione dei diversi aspetti dell'immagine di sé.

Secondo gli estensori del Rapporto, l'immagine di adolescente che si delinea ha il vantaggio di rispecchiare una visione dall'interno dell'adolescenza, evitando le distorsioni che l'adulto attribuisce all'adolescente.

In conclusione, all'interno del campione si possono distinguere tre gruppi:

¹⁶ Vedasi De Vito et alii, *Il Sé e l'immagine di Sé...*, cit.

1. adolescenti soddisfatti di sé (la maggioranza), quelli la cui immagine di sé appare sostanzialmente armonica e consolidata, pronti ad affrontare la vita ed incuriositi dalle novità che incontrano;
2. un gruppo di adolescenti (oscillante tra il 25 e il 50%) che pur presentando una visione positiva della vita, avverte anche la presenza di un disagio rispetto ai propri compiti evolutivi e in cui appaiono segni di minore continuità e stabilità;
3. infine quelli in cui il disagio è più marcato (tra il 15 e il 28%), soggetti che danno di sé una visione negativa, caratterizzati da una marcata alterazione dell'immagine di sé, con la possibilità dell'instaurarsi di quadri psicopatologici di diversa gravità.

Mentre per il secondo gruppo ci può essere una richiesta di aiuto solo eventuale, per il terzo gruppo c'è la necessità di strutture adeguate, che prevengano l'aggravarsi di una situazione già compromessa.

Riconoscere questi gruppi è importante perché porta a superare l'attendismo verso le problematiche adolescenziali. La metodologia di Offer¹⁷ ha consentito di individuare all'interno del campione una percentuale di disturbo dell'immagine di sé del 26,8%, che, oltre ad essere abbastanza coerente col dato pubblicato dallo stesso,¹⁸ lo è anche con ricerche effettuate con altre metodologie.¹⁹ Inoltre i punteggi degli adolescenti identificati come *disturbati* del campione sono simili a quelli di adolescenti seguiti in reparti psichiatrici.²⁰

Altre suddivisioni possono riguardare una fascia più ristretta (12%) corrispondente a soggetti che presentano una psicopatologia più grave e conclamata; mentre un'ampia fascia (44%) comprende anche soggetti che si trovano in una condizione fisiologica di *tumulto*.

17 Offer, Ostrow e Howard, *Epidemiology of Mental Health and Mental Illness Among Adolescents*, in (a cura di) J. Noshpitz, BASIC HANDBOOK OF CHILD PSYCHIATRY, New York, Basic Books, 1987.

18 Il 21%, ma va notato che la popolazione del campione italiano è più diversificata socialmente, comprendendo anche ragazzi frequentanti la scuola dell'obbligo (di una zona con popolazione di livello socio-culturale prevalentemente medio-basso).

19 M. Rutter et alii, *Adolescent Turmoil: Fact or Fiction*, in JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, 17, 1976.

S.A. Leslie, *Psychiatric Disorder in the Young Adolescents of an Industrial Town*, in BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 125, 1974.

D.B. Kandell e M. Davies, *Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents*, in ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 39, 1982.

20 L. Koenig, *Psychopathology and Adolescent Self-Image*, in Offer et alii, PATTERNS OF ADOLESCENTS SELF-IMAGE. NEW DIRECTIONS FOR MENTAL HEALTH SERVICES SERIES, San Francisco, Jossey Bass, 1984.

Questi dati portano a rilevare la discrepanza che c'è tra la frequenza delle condizioni che necessitano di un'osservazione e le risorse esistenti per gli adolescenti nel nostro Paese.

4.5. Il questionario

Si riporta di seguito il questionario di Offer usato per la ricerca (versione OF):

Unità Socio-Sanitaria Locale n°57
di Melegnano

Centro di Psicologia Clinica
della Provincia di Milano

Questionario di Offer per adolescenti sulla immagine di sé
Copyright D. Offer, M. D., 1977

Questo questionario viene usato per scopi scientifici, non ci sono risposte giuste o sbagliate
Dopo aver letto attentamente ognuna delle frasi seguenti segna, nello spazio corrispondente, il numero che indica quanto ogni frase ti descrive secondo le categorie seguenti:

1	2	3	4	5	6
mi descrive molto bene	mi descrive bene	mi descrive abbastanza bene	non mi de-scrive completamente	non mi descrive	non mi descrive affatto

Per favore segna solo un numero per ogni frase.

Per favore rispondi a tutte le frasi. Grazie.

- 1 ho molti risentimenti
- 2 quando sono con la gente ho paura che qualcuno mi prenda in giro
- 3 penso quasi sempre che il mondo sia un luogo emozionante in cui vivere
- 4 penso che nel futuro i miei genitori saranno orgogliosi di me
- 5 non farei mai del male a qualcuno solo per il gusto di farlo
- 6 i recenti cambiamenti del mio corpo mi hanno dato delle soddisfazioni
- 7 ho intenzione di dedicare la mia vita ad aiutare gli altri
- 8 "perdo la testa" facilmente
- 9 i miei genitori parteggiano quasi sempre per qualcun altro, per esempio mio fratello o mia sorella
- 10 i ragazzi mi considerano una noia
- 11 se venissi separata da tutte le persone che conosco, penso che non sarei in grado di cavarmela
- 12 mi sento quasi sempre tesa
- 13 di solito alle feste mi sento fuori posto
- 14 ho la sensazione che lavorare sia una responsabilità troppo grossa per me
- 15 i miei genitori saranno delusi di me nel futuro
- 16 è molto difficile per una ragazza sapere come trattare la sessualità nel modo giusto
- 17 a volte ho degli attacchi di pianto e/o di riso che mi sembra di non essere in grado di controllare
- 18 ho intenzione di dedicare la mia vita a fare quanti più soldi potrò
- 19 se mi ci metto posso imparare quasi tutto
- 20 solo gli stupidi lavorano
- 21 molto spesso ho la sensazione che il mio non è un buon padre
- 22 sono quasi sempre confusa
- 23 mi sento inferiore alla maggior parte delle persone che conosco
- 24 capire i miei genitori è al di sopra delle mie possibilità
- 25 non mi piace cercare di dare un ordine e un senso alle cose

26 posso quasi sempre contare sui miei genitori
27 l'anno scorso mi sono preoccupata molto per la mia salute
28 certe volte le barzellette "sporche" sono divertenti
29 spesso mi rimprovero anche quando non ho colpa
30 non mi fermerei di fronte a nulla, se sentissi di essere stata trattata ingiustamente
31 i miei organi sessuali sono normali
32 sono quasi sempre contenta
33 ho intenzione di dedicare la mia vita a costruire un mondo migliore
34 riesco ad accettare le critiche senza risentimenti
35 generalmente i miei lavori a scuola sono fatti bene almeno quanto quelli dei miei compagni
36 a volte mi vergogno così tanto di me stessa che vorrei solo nascondermi in un angolo e piangere
37 sono sicura che sarò orgogliosa della mia professione futura
38 i miei sentimenti sono facilmente feriti
39 se capita qualcosa di grave a un mio amico , mi sento triste anch'io
40 critico gli altri anche quando so che anch'io ho sbagliato
41 quando voglio qualcosa , me ne sto lì senza far altro che desiderare di averla
42 l'immagine che ho di me nel futuro mi soddisfa
43 a scuola sono una delle migliori
44 in circostanze normali, mi sento tranquilla
45 molto spesso mi sento emotivamente vuota
46 piuttosto che lavorare, preferirei starmene lì a far niente
47 anche se fosse pericoloso aiuterei qualcuno in difficoltà
48 dire la verità per me non ha importanza
49 la nostra società è competitiva e io non ne ho paura
50 se non posso fare quello che voglio divento violenta
51 di solito i miei genitori vanno d'accordo
52 penso di non piacere agli altri
53 faccio molta fatica a fare delle nuove amicizie
54 sono molto ansiosa
55 quando i miei genitori sono severi con me, sento che hanno ragione, anche se mi arrabbio
56 lavorare in stretta collaborazione con un altro compagno non mi da mai soddisfazione
57 sono orgogliosa del mio corpo
58 a volte penso a che tipo di lavoro farò nel futuro
59 anche sotto pressione cerco di rimanere calma
60 quando sarò cresciuta e avrò una famiglia, sarà almeno qualcosa di simile alla mia attuale
61 sento spesso che preferirei morire, piuttosto che continuare a vivere
62 trovo difficile fare amicizia
63 preferirei essere mantenuta per il resto della mia vita, piuttosto che lavorare
64 sento di prendere parte alle decisioni della famiglia
65 non mi da fastidio che mi si corregga, perché posso trarne degli insegnamenti
66 mi sento molto sola
67 non mi importa di quello che le mie azioni possono causare agli altri, se io ci guadagno
68 mi piace la vita
69 sono quasi sempre tranquilla
70 mi fa piacere fare bene un lavoro
71 i miei genitori di solito son pazienti con me
72 mi sembra di essere costretta a imitare le persone che mi piacciono
73 spesso i genitori non capiscono una persona perché hanno avuto un'infanzia infelice
74 per me uno spirito sportivo a scuola è importante quanto essere la migliore
75 preferisco stare sola piuttosto che con i ragazzi della mia età
76 quando decido di fare una cosa la faccio
77 penso che i ragazzi mi trovino attraente
78 le altre persone non si occupano di me per trarne vantaggio

79 penso che ci siano un sacco di cose che posso imparare dagli altri
80 non guardo gli spettacoli pornografici
81 ho sempre paura di qualche cosa
82 molto spesso penso di non essere affatto la persona che mi piacerebbe essere
83 mi piace aiutare un amico ogni volta che posso
84 se so di dover affrontare una nuova situazione, cerco di saperne in anticipo quanto più possibile
85 a casa di solito mi sento di peso
86 se gli altri mi disapprovano, mi arrabbio moltissimo
87 uno dei miei genitori mi piace molto più dell'altro
88 essere con altra gente mi fa bene
89 ogni volta che qualcosa mi va male, cerco di scoprire che cosa posso fare per evitare un altro
fallimento
90 spesso mi sento brutta e non attraente
91 sono sessualmente in ritardo
92 se ti fidi degli altri, vai in cerca di guai
93 anche se mi do continuamente da fare, sembra incapace di portare a termine le cose
94 quando gli altri mi guardano, pensano certamente che sono poco sviluppata
95 i miei genitori si vergognano di me
96 sono convinta di poter distinguere il reale dal fantastico
97 pensare o parlare di argomenti sessuali mi spaventa
98 sono contraria a dare tanto denaro ai poveri
99 mi sento forte e sana
100 anche se sono triste, mi diverto a sentire una buona barzelletta
101 non c'è niente di male nel mettersi davanti agli altri
102 cerco di stare più che posso fuori casa
103 trovo che la vita sia una serie infinita di problemi - senza alcuna soluzione in vista
104 a volte mi sento un capo e sento che gli altri ragazzi possono imparare qualcosa da me
105 mi sento capace di prendere delle decisioni
106 da anni porto rancore verso i miei genitori
107 sono sicura che non sarò in grado di assumermi responsabilità per me stessa nel futuro
108 quando entro in un posto nuovo provo una sensazione strana
109 sento di non aver talento per nulla
110 non cerco di immaginarmi prima come potrei affrontare le situazioni in cui sto per trovarmi
111 quando sono con la gente sento degli strani rumori che mi disturbano
112 di solito i miei genitori sono soddisfatti di me
113 non ho particolari difficoltà nel fare amicizia
114 non mi diverto a risolvere problemi difficili
115 la scuola e lo studio hanno per me pochissimo valore
116 "occhio per occhio, dente per dente" non si adatta alla nostra società
117 le esperienze sessuali mi danno piacere
118 molto spesso ho la sensazione che la mia non è una buona madre
119 aver un ragazzo è per me importante
120 non vorrei essere considerata una che "tira colpi bassi"
121 preoccuparsi un po' per il proprio futuro aiuta a farlo andare meglio
122 penso spesso al sesso
123 di solito mi controllo
124 mi diverto a quasi tutte le feste a cui vado
125 mi piace avere a che fare con nuovi argomenti intellettuali
126 non ho molte paure che non riesco a capire
127 nessuno riesce a ferirmi solo perché non mi apprezza
128 ho paura di crescere
129 ripeto le cose continuamente per essere sicura di avere ragione
130 mi sento spesso triste

5. Una esperienza di consultazione.

5.1. Il Progetto A di San Donato Milanese.

Il *Progetto A* è stato avviato nell'autunno del 1989 e fa parte dei servizi dell'USSL 57 di Melegnano. L'iniziativa comprende un centro di consultazione per adolescenti e un centro studi sull'adolescenza; è interamente pubblica, finanziata e gestita dalla USSL 57, con il concorso logistico del Comune di San Donato.

Il *Progetto A* ha sede nel centro cittadino di San Donato Milanese, in una palazzina a due piani (ristrutturata apposta e messa a disposizione dal Comune) a breve distanza dal Centro scolastico Omnicomprensivo (che raccoglie oltre 3000 studenti, dei Licei, dell'ITIS e ITC). Gli ambienti sono stati disegnati e arredati per fornire l'immagine di un luogo non caratterizzato in senso sanitario e istituzionale, relativamente informale, di facile accesso e accogliente.

Il servizio è stato denominato *Progetto A (Centro di consultazione per adolescenti - Centro studi sull'adolescenza)* perché intende porsi come progetto generalizzabile di struttura aperta, integrando attività diverse rivolte alla prevenzione del disturbo psichico in adolescenza. Esso si propone infatti come un'esperienza pilota, una sperimentazione prevista inizialmente per due anni, finalizzata alla successiva gestione di un modello di servizio innovativo, compatibile con gli altri servizi esistenti, e ripetibile presso altri centri che abbiano analoghe finalità.

Il progetto integra diverse attività rivolte alla prevenzione del disagio psicosociale degli adolescenti:

- 1) attività di consultazione per adolescenti in età compresa tra 14 e 21 anni;
- 2) attività di consulenza specialistica per operatori socio-sanitari che lavorano con adolescenti;
- 3) programmi di formazione e sensibilizzazione rivolti a operatori socio-sanitari e insegnanti, mediante seminari e supervisioni individuali e di gruppo;
- 4) programmi di ricerca finalizzati allo studio dello sviluppo normale e patologico dell'adolescente e all'approfondimento delle tecniche di prevenzione e di trattamento.

Presso il Centro si trova inoltre un servizio di documentazione con una biblioteca e un archivio dati.

Il nucleo di queste attività è l'attività di consultazione diretta ad adolescenti vulnerabili dai 14 ai 21 anni. L'intervento è teso a prevenire un disturbo psicologico e sociale più ampio, tenendo presente che questa vulnerabilità è da vedersi come un prodotto dello sviluppo precedente e dei fattori stressanti della fase in corso, che agiscono insieme fino a provocare un'alterazione stabile dell'equilibrio salute-malattia mentale anche in base alla presenza o meno di supporti socio-ambientali e di occasioni facilitanti e protettive. Il continuo normalità-vulnerabilità-patologia è stato messo in evidenza nel corso di un'indagine.¹

Per ottenere dati² sulla prevalenza del disturbo psichico nell'adolescenza in relazione ad un progetto di intervento in Regione Lombardia è stata infatti compiuta un'indagine su un campione di adolescenti dell'USSL 57, in collaborazione col Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Chicago.

Lo strumento utilizzato per questo studio è stato il questionario di Offer sull'immagine di sé;³ con la metodologia che lo rende applicabile a fini epidemiologici⁴ si è quantificato il disturbo dell'immagine di sé in un 26,8% del campione (l'indagine, ripetuta in altri contesti italiani, ha portato a risultati analoghi). Questa percentuale comprende un 12% di situazioni patologiche e un 15% di situazioni di accentuata vulnerabilità.

I risultati mostrano infatti che oltre il 15% dei ragazzi mostrano condizioni di considerevole vulnerabilità o una sofferenza più grave. Considerando che in Lombardia gli adolescenti sono circa il 14% sul totale della popolazione, appare evidente il divario tra bisogno potenziale e quantità di servizi psicosociali esistenti.

5.2. Il Brent Consultation Centre

Il *Progetto A*, prende esempio dal *Brent Consultation Centre* di Londra diretto da M. Laufer, con la prospettiva di non limitare l'iniziativa alla costituzione di un servizio per

1 Vedasi il capitolo precedente.

2 E. De Vito e A. Guerrini, *Il Progetto A della USSL 57: Un centro per la prevenzione del disturbo psichico in adolescenza*, in PSICHIATRIA OGGI, N. 3, Dicembre 1989.

3 D. Offer, E. Ostrow, K.I. Howard, *THE OFFER SELF-IMAGE QUESTIONNAIRE FOR ADOLESCENTS: A MANUAL*, Michael Reese Hospital, Chicago, 1982 (3^a ed.).

4 Offer, Ostrow e Howard, *Epidemiology of Mental Health and Mental Illness Among Adolescents*, in (a cura di) J. Noshpitz, *BASIC HANDBOOK OF CHILD PSYCHIATRY*, New York, Basic Books, 1987.

adolescenti, per quanto innovativo e originale,⁵ ma di connotarla anche come centro di consulenza, di confronto e di riflessione sui temi dell'adolescenza.

Moses ed Egle Laufer, con un gruppo di psicanalisti e terapeuti infantili provenienti dalla clinica Hampstead diretta da A. Freud, hanno aperto questo centro diretto al *counselling*⁶ per adolescenti, avente come caratteristiche di base di:

- essere rivolto esclusivamente agli adolescenti;
- favorire la richiesta spontanea da parte di questi;
- favorire l'immagine di un ambiente informale e accessibile, non caratterizzato in senso sanitario o istituzionale;
- dare la possibilità ai ragazzi di essere ascoltati immediatamente o quasi (*walk in* senza lista d'attesa).

Il modello guida si riferisce sia al bisogno di andare incontro alle caratteristiche specifiche della popolazione adolescenziale, sia alla funzione di preparazione intermedia e di integrazione tra interventi diversi.

L'equipe professionale del *Brent* è costituita da una ventina di operatori part-time, tutti con training psicoanalitico. Il centro opera per la consultazione tre pomeriggi la settimana; per le informazioni e la segreteria viene effettuato orario d'ufficio. Gli stessi operatori svolgono trattamenti non intensivi... Una riunione settimanale dello staff di consultazione permette di discutere le difficoltà nella valutazione o gli altri problemi clinici.

Dopo alcuni anni d'attività è emerso che la maggior parte degli adolescenti che si rivolgono al Brent sono seriamente disturbati (65%). A molti di questi, dopo le sedute di consultazione (in media da 1 a 6), viene indicato un trattamento psicoterapeutico più lungo, a volte effettuato

⁵ Il presupposto che viene ripreso da Laufer riguarda la possibilità di offrire una seconda *chance* per lo sviluppo degli adolescenti psicologicamente vulnerabili e con immediato bisogno di aiuto che non presentano ancora una patologia strutturata, che non si rivolgono ai servizi esistenti e che non intendono passare le loro richieste attraverso la famiglia, la scuola o altri servizi sanitari.

⁶ In Gran Bretagna questo termine individua una molteplicità di interventi, accomunati dall'intento di offrire un aiuto di tipo psicologico a soggetti che lo richiedono. Riguarda un agire che, attraverso l'uso della relazione stabilita, cerca di raggiungere un cambiamento desiderato dal cliente, al fine di aiutarlo a comprendere la sua esistenza e a portare avanti le sue azioni assumendosene la piena responsabilità. La consultazione psicoterapeutica si propone come un intervento a lungo termine, valido per soggetti seriamente disturbati, e assume una caratterizzazione più specialistica delle altre. Vedasi C. Ranci, *Il Counselling per adolescenti e giovani in Gran Bretagna*, in Melucci e Fabbrini, *I LUOGHI DELL'ASCOLTO*, cit.

presso lo stesso Centro.⁷ La maggior parte degli utenti è maggiorenne (67%) e arriva in base ad una propria richiesta diretta (86%).

Il Brent è a Londra uno dei pochi centri per giovani che forniscono esclusivamente attività di *counselling*, in altri centri essa viene intrecciata con altre attività, configurando agenzie pluri-funzionali.⁸ Assieme allo Youth People's Counselling Service, della Tavistock Clinic, il Brent si è guadagnato una fama che travalica i confini nazionali.

5.3. L'idea del servizio da parte dei promotori

L'idea di costruire un centro di consultazione per adolescenti,⁹ è maturata nel corso di alcuni anni, avendo come riferimento teorico il modello proposto da Senise¹⁰ e come riferimento pratico appunto l'esperienza del Brent Consultation Centre diretto da Moses Laufer.

Il processo di costituzione del servizio ha avuto una durata quasi decennale, partendo dal gruppo di lavoro del Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano, attraverso la ricerca di un'Unità sanitaria disponibile ad aprire un centro per adolescenti, per arrivare alla creazione del gruppo di lavoro che lavorasse presso l'USSL di Melegnano¹¹ e alla disponibilità del comune di San Donato, che ha portato alla ristrutturazione dell'attuale sede e all'apertura del servizio.

Nell'idea dei promotori del *Progetto A*, il lavoro sui singoli casi deve intrecciarsi da un lato con la riflessione sugli strumenti teorici e clinici, dall'altro lato va utilizzato per offrire l'esperienza acquisita ad altri operatori tramite corsi formativi, supervisioni, programmi di

⁷ In Gran Bretagna i servizi di consultazione sono spesso sovraccaricati dalle richieste di aiuto provenienti da soggetti che sperimentano condizioni di vita critiche (condizioni di estrema povertà e di marginalità sociale). Colpisce la frequenza di giovani vittime di violenze, fisiche o sessuali, o che hanno tentato il suicidio. Secondo C. Ranci, *Il Counselling per adolescenti e giovani in Gran Bretagna*, cit., nonostante che si presenti come servizio preventivo, la consultazione psicologica assume di fatto un ruolo riparatorio. La tendenza alla specializzazione avviene nel segno di un recupero di una funzione terapeutica di tipo tradizionale, a spese dell'originaria funzione di sostegno all'autonomizzazione dei giovani.

⁸ In questi però la consultazione psicologica perde di rilevanza, finendo per rappresentare una soluzione adatta solo per tematiche specifiche.

⁹ E. De Vito - F. Codignola Fava, *Il centro di consultazione come spazio di individuazione*, in *ADOLESCENZA*, vol. 1, n. 2, luglio-dicembre 1990.

¹⁰ T.L. Senise, *Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé?*, in G. Lanzi, *L'ADOLESCENZA*, Roma, Il pensiero scientifico, 1983.

¹¹ Nel 1984.

sensibilizzazione per insegnanti, medici scolastici, genitori. Il *Centro*, insomma intende costituirsi come un punto di riferimento non solo locale, per chi opera con adolescenti o per chi è interessato al tema per motivi di studio e di ricerca scientifica.¹²

Rispetto agli altri servizi della stessa USSL 57 che hanno in carico adolescenti (Nucleo Operativo Tossicodipendenze, Servizio di Igiene Mentale, Consultorio), il *Progetto A* si pone come una risorsa da cui possono venire consulenze e stimoli per una migliore comprensione delle tematiche adolescenziali.

Il Centro però non sviluppa una interazione operativa nella gestione di casi, né intende porsi come momento di raccordo e di razionalizzazione del sistema attuale dei servizi.¹³ Esso si propone come un servizio innovativo e compatibile con l'esistente.

Nella sua impostazione, questo servizio si sarebbe dovuto differenziare dai servizi esistenti.¹⁴ Avrebbe inoltre dovuto favorire un adeguato incontro adolescente-specialista per una presa in carico diagnostica e terapeutica, per la quale è stato deciso di mantenere il nome di consultazione. In questo intervento i test proiettivi e l'elaborato descrittivo dei risultati¹⁵ si possono considerare situati tra il soggettivo e l'oggettivo, collocandosi nella cosiddetta area transizionale (che rimanda al transfert speculare narcisistico dell'oggetto-sé).

L'idea del servizio nasce quindi dall'osservazione che esiste un'area consistente di adolescenti che sperimenta una situazione di vulnerabilità, in cui le funzioni difensive e adattive sono precarie e possono portare a quadri psicopatologici di diversa gravità.¹⁶ Se alcuni di questi

¹² Oltre al nucleo di attività di consultazione vengono svolte attività di sensibilizzazione rivolte a gruppi di adolescenti e genitori, ad operatori sociosanitari ed insegnanti, nonché alla popolazione in generale; inoltre attività di consultazione per operatori o insegnanti. Altre attività riguardano l'integrazione di interventi effettuati da altri servizi (in particolare concernenti la prevenzione primaria) e la ricerca. E. De Vito, *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*. Comunicazione al convegno su adolescenza e servizio pubblico, Ferrara 25/5/91, dattiloscritto.

¹³ A. Fabbrini e A. Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi. Esperienze e modelli di ascolto*, in I LUOGHI DELL'ASCOLTO, Milano, Guerini, 1991.

¹⁴ E. De Vito e A. Guerrini, *Il Progetto A della USSL 57: Un centro per la prevenzione del disturbo psichico in adolescenza*, cit. Anche se quest'affermazione ci trova in buona parte concordi, va sottolineato che una cosa è il sistema organizzato dei servizi, altra la loro interfaccia utente. Su questo punto possono prodursi delle incomprensioni, tanto è vero che la specificazione del servizio rispetto ai servizi territoriali, ha prodotto una serie di difficoltà e resistenze.

¹⁵ Con modalità messe a punto da M. T. Aliprandi.

¹⁶ De Vito et alii, *NORMALITÀ E FATTORI DI VULNERABILITÀ NELL'ADOLESCENZA*, Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano, 1986.

adolescenti¹⁷ *tumultuosi*¹⁸ manifestano una psicopatologia grave e conclamata e presentano quindi i segni di una vera e propria sofferenza psichica, altri¹⁹ vivono una situazione di insicurezza, con una marcata alterazione dell'immagine di sé, che può stabilizzarsi e non risolversi, sino a creare nuove patologie, sulla base di delusioni e di gravi eventi esterni.

Recentemente è stata effettuata una nuova indagine.²⁰ I disturbi psichiatrici avrebbero una frequenza del 3-5%;²¹ una fascia variabile tra il 15 e il 21%, ad alto grado di vulnerabilità,²² mostra un disturbo meno ben definito, che tende a trasformarsi in patologie in tempi successivi; il 30 - 35% mostra poi una condizione di vulnerabilità²³ che usualmente non richiede un trattamento; il resto, 40 - 50%, presenta un grado minore di vulnerabilità, con una crescita in apparente condizione di continuità.²⁴

Il servizio si rivolge soprattutto a quella fascia, valutata nel 15 -21% della popolazione, ad alto grado di vulnerabilità, anche se l'esperienza dimostra che parte dei ragazzi che si presentano rientra nel primo gruppo.²⁵

Connotandosi come una risposta non assistenziale a queste situazioni di *rischio*, il centro di consultazione intende collocarsi nell'area della prevenzione secondaria, come un intervento finalizzato alla precoce individuazione di un disturbo evolutivo e al suo tempestivo trattamento.

Per cercare di aiutare almeno alcuni di questi adolescenti *a rischio*, si è privilegiata la richiesta diretta di aiuto, accettando anche l'invio da parte della famiglia o altri (se l'adolescente è d'accordo), operando un filtro per i casi, per esempio, con prevalenti bisogni sociali o con una lunga storia psichiatrica precedente; anche se non c'è, almeno nella fase di avvio, alcuna

17 Secondo De Vito circa il 12%. Vedasi E. De Vito e A. Guerrini, *Il Progetto A della USSL 57...*, cit.

18 D. Offer e alii, *THE TEENAGE WORLD: ADOLESCENT'S SELF-IMAGE IN TEN COUNTRIES*, New York, Plenum Press, 1988.

19 Secondo De Vito circa il 15%. Vedasi E. De Vito e A. Guerrini, *Il Progetto A della USSL 57...*, cit.

20 E. De Vito, *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*, cit. L'indagine è stata condotta su un campione di 450 soggetti, affiancando al questionario un colloquio semi-strutturato.

21 Psicosi, nevrosi gravi, anoressie...

22 Arresti, disarmonie evolutive, crisi adolescenziali gravi, depressioni...

23 Tumulto adolescenziale con punte situazionali, alterazioni d'umore...

24 L'intervento psichiatrico riguarderebbe il primo gruppo, ma una parte consistente dell'intervento dovrebbe dare una forma d'aiuto (prevenzione) al secondo gruppo, di disturbo mal definito e di accentuata vulnerabilità. Questi adolescenti risponderebbero bene ad un intervento psicologico a breve - medio termine, meglio se combinato con interventi di tipo educativo o sociale.

25 E. De Vito, *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*, cit.

limitazione al tipo di problemi affrontati, che potranno variare da difficoltà transitorie di adattamento in ambiente scolastico e familiare sino a disturbi gravi della personalità.²⁶

La caratterizzazione preventiva del servizio sembra quindi situarsi nell'intenzione di anticipare le crisi adolescenziali prima che raggiungano uno stadio di gravità patologica. Tutti gli elementi di facilitazione dell'accesso sono elaborati proprio con l'obiettivo di fare emergere la richiesta d'aiuto prima, e non dopo, che uno stato di sofferenza psichica si sia instaurato.

L'accesso alla consultazione è rivolto esplicitamente ed esclusivamente ad adolescenti, nella fascia compresa tra 14 e 21 anni. Partendo dalla constatazione che non esistono attualmente canali di accesso specifici per adolescenti, il progetto intende favorire al massimo grado il contatto con quei soggetti che non hanno già rapporti con altri servizi. Intende inoltre offrire un'immagine non medicalizzata che allontani i timori adolescenziali dell'anormalità e della malattia mentale.²⁷ Il progetto tende dunque a favorire l'accesso autonomo da parte dell'adolescente, proponendosi come un punto di riferimento libero e separato sia dalla famiglia che dalla scuola. Questo orientamento deriva da una valutazione circa i limiti dell'intervento possibile a queste ultime agenzie: esse incontrano ostacoli dovuti a carenze di competenza relazionale ed educativa di genitori e insegnanti, a tensioni provocate dalla prolungata dipendenza del giovane dalla famiglia, a inadeguatezza degli adulti nell'offrire relazioni consistenti sul piano emotivo;²⁸ inoltre la crescita dell'adolescente passa anche attraverso momenti di conflitto e di sfida nei confronti delle figure adulte di riferimento.

5.4. La consultazione come prevenzione secondaria

Le iniziative pubbliche e private per la diagnosi e il trattamento dei disturbi psichici in adolescenza che si sono sviluppate in Italia riflettono l'evidenziazione di due fattori: i disturbi adolescenziali non trattati tendono a persistere nell'età adulta; un intervento in questo periodo

²⁶ E' però un fatto che il Brent Consultation Centre, il modello di riferimento, abbia un'utenza composta per il 65% da adolescenti con patologie gravi della personalità.

²⁷ Con un canale riservato appositamente ad essi, i ragazzi si presentano, laddove in altri servizi non vanno (come al consultorio). E' quindi importante l'esistenza di uno spazio a se stante e di operatori preparati al lavoro con gli adolescenti.

²⁸ De Vito et alii, NORMALITÀ E FATTORI DI VULNERABILITÀ NELL'ADOLESCENZA, cit.

plastico può essere una possibilità decisiva. Ne consegue che la prevenzione della malattia psichica può essere fatta soprattutto in adolescenza.²⁹

Le esperienze più avanzate hanno individuato l'importanza di rispondere ai bisogni adolescenziali attraverso un approccio programmato per questa fascia d'età

Le caratteristiche sperimentali del *Progetto A* si basano su questi assunti:

- l'adolescenza rappresenta una fase dello sviluppo con caratteristiche e bisogni specifici;
- vanno riconosciute e trattate tempestivamente le condizioni di vulnerabilità e i disturbi psichici dell'adolescente, perché tendono a persistere e ad aggravarsi nell'età adulta;
- vanno abbandonati gli schemi e le modalità dell'approccio psichiatrico tradizionale nel rapporto con gli adolescenti vulnerabili o disturbati, per riferirsi a modalità più aperte e più mobili come appunto la consultazione.

Nell'accezione presente *consultazione* consiste nell'ascoltare, fare domande per ottenere informazioni rilevanti, chiarire il significato di parole e atteggiamenti (connettendo anche cose apparentemente non interconnesse), dare suggerimenti su cosa ascoltare e come comportarsi. In questo senso solo superficialmente la consultazione comprende aspetti pedagogici, ma che nel profondo sono diagnostici e terapeutici in riferimento alla psicanalisi e all'approccio relazionale.

Il servizio di consultazione viene definito come un processo in cui il consulente aiuta il consultante a chiarificare le difficoltà che presenta, a esplorare possibili soluzioni e ad assumerne la responsabilità, portando avanti parallelamente un processo di individuazione; il tutto in un numero di incontri limitati nel tempo o intermittenti. Il riferimento metodologico, esplicito, è alla terapia breve di individuazione elaborata da T. Senise.³⁰

Viene privilegiato lo stabilirsi di una relazione empatica ed identificatoria, prima ancora che verbale, rivolta ad investigare l'immagine che l'adolescente ha di sé, i motivi dell'eventuale arresto e delle difficoltà del percorso di individuazione, e infine le potenzialità, al fine di favorire

²⁹ La consultazione è da intendersi in riferimento all'area della prevenzione secondaria, mentre le altre attività del *Progetto A* si riferiscono più alla prevenzione primaria, rivolte soprattutto al mondo della scuola.

³⁰ Vedasi T. Senise, *Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé*, in GLI ARGONAUTI, n° 9, 1981, e T. Senise (a cura di), *ADOLESCENTI*, Milano, Angeli, 1989. Per gli adolescenti si sottolinea la necessità di superare una distinzione rigida tra fase diagnostica e fase terapeutica.

una via di uscita. Ciò implica il fatto che per alcuni l'intervento di consultazione viene ad essere sufficiente, mentre per altri è preludio di un intervento psicoterapeutico più approfondito.³¹

Senise³² afferma che nell'adolescenza la fase diagnostica non può essere separata da quella terapeutica, e la diagnosi può condurre l'adolescente a prendere coscienza in modo da decondizionare certi moduli patologici. Processi psicologici fondamentali di questa fase (dovuti all'integrazione della sessualità nell'immagine di sé) portano alla strutturazione soggettiva dell'identità in rapporto alle rappresentazioni di sé e degli altri: questa è la centralità del lavoro mentale e della vulnerabilità dell'adolescenza. Alla richiesta di aiuto si risponde³³ con una presa in carico che, in un numero limitato di colloqui, consenta di pervenire ad un ritratto condiviso del sé dell'adolescente. Al termine della consultazione diventa possibile formulare ipotesi sull'evoluzione delle difficoltà e su altri interventi idonei a favorire la maturazione del soggetto.

Per gli adolescenti in crisi transitoria o in una situazione di sofferenza mentale che lascia spazio allo sviluppo, questo intervento può bastare per prevenire un disagio più grave e una strutturazione psicopatologica. In questi casi si può ben parlare di psicoterapia breve. Per altri adolescenti in situazioni più gravi, la restituzione può essere un momento di speranza e di interesse a rielaborare le proprie vicende, motivandoli a una scelta psicoterapeutica.

La presa in carico si compone di 7 momenti:³⁴

- richiesta al Centro (telefonica, o accesso diretto);
- colloqui con l'adolescente e presentazione del *contratto*;
- col consenso dell'adolescente, colloqui coi genitori (insieme, separatamente o col figlio). Se si tratta di un minore di 16 anni, i colloqui coi genitori possono precedere quelli col figlio. Viene comunicato anche ai genitori il *contratto*, che prevede la loro esclusione;

³¹ De Vito (*Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*, cit.) ritiene che lo spostamento di questa tecnica dal setting privato a quello pubblico abbia dei vantaggi connessi sia al contratto a termine implicito, che alla condizione di spazio aperto che consente l'utilizzo libero: un servizio gratuito e centrato sulla normalità, ma che sottolinea l'importanza e la delicatezza di certi processi e di certe relazioni. Altri vantaggi deriverebbero dalla possibilità di *far coesistere e collaborare due diversi consulenti in gioco con l'adolescente*, con una eventuale continuità tra la consultazione e la psicoterapia (più o meno prolungata).

³² T.L. Senise, PSICOTERAPIA PSICODIAGNOSTICA PER ADOLESCENTI, Atti del 1° corso di aggiornamento sui problemi di psicoterapia, Milano, Centro Studi di Psicoterapia Clinica, 1964, citato in De Vito e Guerrini, *Il progetto A dell'USSL 57*, cit.

³³ T.L. Senise, *Il setting nella "presa in carico" psicodiagnostica dell'adolescente*, in AAVV, *IL SETTING*, Roma, Borla, 1985.

³⁴ Ivi.

- se accettato dall'adolescente, si tende a effettuare esami testologici (eseguiti da uno psicanalista diverso da chi prende in carico) con impegno alla restituzione dei risultati;
- restituzione dei risultati all'adolescente. Elaborazione in comune di progetti di intervento e delle informazioni da dare ai genitori;
- eventuale colloquio di restituzione ai genitori (con la presenza o meno dell'adolescente, in base agli accordi);
- colloquio con l'adolescente di informazione e commento sul colloquio coi genitori.

La durata media della presa in carico, compresa la restituzione, è circa tre mesi.

Il terapeuta organizza nel corso della consultazione le informazioni e le impressioni, secondo linee guida in una prospettiva relazionale ed evolutiva, e le discute nelle riunioni d'*equipe*.

Il fatto stesso di porre la richiesta di consultazione implica per l'adolescente di avere un rapporto diverso coi propri problemi, con una dichiarazione di *fallimento positivo* che motiva l'incontro. La consultazione può rendere l'adolescente capace di integrare aspetti razionali e significati emotivi nella sua immagine di se, in modo da superare l'impasse o preparare il terreno per avviare un trattamento di maggiore intensità.

Al termine della consultazione può essere indicato un trattamento, che viene svolto fuori del Centro, solo in minima parte da terapisti pubblici.³⁵ L' intervento di consultazione può essere poco infatti per gli adolescenti molto disturbati che arrivano al Centro: la consultazione non attacca infatti il processo patologico, ma svolge un ruolo preventivo.

In alternativa al trattamento terapeutico prolungato può venire proposta la consultazione terapeutica intermittente³⁶ se restano dubbi diagnostici, o se non vi è la motivazione ad

³⁵ Questo aspetto rappresenta un nodo centrale per lo sviluppo del Centro. E' vero che gli inviati al trattamento sono in proporzione minore rispetto al *Brent* (che ne invia il 42%) ma le potenzialità pubbliche di ambulatori di psicoterapia in Italia sono molto minori che a Londra. C'è forse il rischio, in prospettiva, di una saturazione dei servizi psichiatrici e dello stesso *Progetto A*. Si potrebbe anche ipotizzare il rischio iatrogeno che il Centro finisca per diventare un *pazientificio* per psicoterapeuti. D'altro lato, in una visione organizzativa, si potrebbe ipotizzare all'estremo una sostituzione di mete, nel senso che il Centro diventi un puro mezzo per aumentare l'influenza del proprio gruppo professionale all'interno dell'organizzazione stessa. Vedasi T.D. Hunter, *La ripresa di una prospettiva di analisi: il Servizio sanitario come arena*, traduzione italiana gentilmente concessa da E. Minardi, tratta da *SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS*, vol 3, 1981. Vedasi inoltre M. Crozier e E. Friedberg, *ATTORE SOCIALE E SISTEMA*, Milano, Etas libri, 1978. Il problema della psicoterapia è comunque concreto e certo non procrastinabile.

³⁶ Col vantaggio di osservare nel tempo l'evoluzione delle situazioni.

impegnarsi in una psicoterapia *open-ended*, o una particolare resistenza al passaggio di mano.³⁷

Oltre alla consultazione individuale succitata, i cui tempi e modalità non vengono però prefigurati in modo rigido, vengono previsti anche lavori con gruppi, con l'uso di tecniche di video-registrazione.

5.5. Gli aspetti organizzativi del progetto

L'équipe è composta da 10 operatori (psichiatri, psicologi, un'assistente sociale, una segretaria) in maggioranza a tempo parziale e prevalentemente di formazione psicoanalitica, per lo più presso il Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano con T. Senise, che mantiene una supervisione del lavoro di consultazione; gli operatori hanno svolto un lavoro preparatorio di formazione e una graduale armonizzazione nel loro modo di lavorare.

Il clima operativo che si tende ad instaurare è caratterizzato da mobilità, flessibilità, apertura all'innovazione. Il reclutamento degli operatori è teso ad acquisire un'ampia cerchia di consulenti e di collaboratori, con cui spesso si stabiliscono contratti per poche ore alla settimana.

All'interno dell'équipe non ci sono ruoli stabili, all'infuori di quello del coordinatore, e si incentiva l'interscambio delle funzioni (anche la regola dell'immediatezza e della casualità del primo colloquio vi contribuisce).

In caso di urgenze, l'adolescente viene visto immediatamente dall'operatore disponibile. Nel caso abbia bisogno di un incontro col medico, ginecologo, legale... si sono aperti canali con altri servizi, con l'ospedale e con il Tribunale dei Minorenni.

Insieme all'attività di consultazione per adolescenti viene svolta presso il *Progetto A* una attività di consulenza per operatori socio sanitari, per concentrare le risorse specialistiche nell'aiutare gli operatori di base a svolgere il proprio lavoro, piuttosto che assumere direttamente un carico di casi che porterebbe ad un rapido esaurimento delle disponibilità.

³⁷ Durante il quale, nella pratica quotidiana, si registra effettivamente una caduta, una perdita per strada degli utenti.

Presso il Centro è stato istituito anche un centro di documentazione con una biblioteca, a disposizione di operatori, insegnanti e studenti, e un archivio dati, che verrà via via arricchito dal materiale proveniente dalle diverse attività del progetto.

All'omogeneità degli interventi e alla successiva verifica dei risultati viene dedicata molta attenzione. Dato il suo carattere sperimentale, si preferisce prestare più attenzione alla messa a punto delle caratteristiche fondanti del servizio, e riservarsi ampio spazio per la riflessione e la verifica dei problemi che si porranno.

L'utenza dovrà arrivare sulla base di una percezione adeguata del tipo di opportunità che ha di fronte. Per questo, massima attenzione è stata rivolta a caratterizzare in modo molto specifico l'immagine del Centro. L'ambiente fisico viene considerato l'aspetto che dovrebbe meglio presentare la qualità del servizio. Il centro ha infatti sede in una villetta posta nel centro di San Donato e separata da ogni altro servizio, con ampi spazi a disposizione. L'arredamento è molto curato sin nei dettagli e punta a creare un'atmosfera di informalità e di gradevolezza molto distante da quello di un servizio sanitario o istituzionale, con utilizzo di mobili di legno, di colori, di accessori di arredo che diano senso di familiarità.

5.6. La promozione e l'immagine del servizio

Si tende dunque ad attrarre l'adolescente in un luogo invitante e accessibile disegnato sulle esigenze e sui gusti dei ragazzi, pur mantenendo uno stile professionale.

Il Centro è invece restio a promuovere direttamente iniziative nei confronti degli adolescenti (tramite campagne di sensibilizzazione, contatti ecc.). Come se la domanda giovanile di aiuto andasse più accolta che costruita, con la convinzione che sia meglio lasciare l'iniziativa nelle mani dell'adolescente.³⁸

Anche l'organizzazione dell'accesso è pensata in modo da favorire un avvicinamento spontaneo. Il contatto può avvenire sia per appuntamento telefonico (che viene fissato a breve termine) sia presentandosi semplicemente al Centro negli orari di apertura.³⁹

³⁸ Così Fabbrini e Melucci, *Disagio evolutivo...*, cit.

³⁹ In fase di avvio la consultazione è aperta per tre pomeriggi alla settimana.

La *reception* è sempre assicurata da una segretaria, che mette l'adolescente in comunicazione immediata con l'operatore del centro presente in quel momento.

L'unico elemento di filtro immediato è l'attenzione a mettere il richiedente in contatto con un operatore dello stesso sesso. Ulteriori elementi diretti a incentivare l'accesso sono la gratuità del servizio e la garanzia di riservatezza, assicurata a tutti indistintamente.

Il primo colloquio avviene quindi sia su appuntamento che al momento in cui l'adolescente si presenta al Centro e ne fa richiesta. Esso si svolge con uno psicoterapeuta o con un'assistente sociale che fa parte dell'équipe. In questo modo si tende a qualificare il Centro come un luogo di esperti, in cui l'adolescente può ottenere un sostegno e una guida competente e discreta.⁴⁰

Nella strategia di presentazione non erano previsti in modo sistematico incontri di informazione e divulgazione del servizio con insegnanti, genitori, operatori socio-sanitari, né si era avviato alcun contatto stabile con altri servizi per regolare il sistema degli invii. Si ritiene che anche le segnalazioni di insegnanti e di operatori socio sanitari debbano rispettare la volontà e la libera scelta dell'adolescente.

Le iniziative di informazione-sensibilizzazione vengono rivolte direttamente ai ragazzi, tramite canali a loro più adeguati: filmati presentati nelle scuole, volantini, locandine.⁴¹

Le attività del Centro sono state comunque pubblicizzate in vari modi: depliant e locandine nelle scuole, nelle sale di attesa dei medici, nelle palestre, nei club per giovani, negli oratori, nelle biblioteche; con articoli sui giornali, e messaggi nel corso delle trasmissioni televisive locali.

Le stesse attività effettuate con le scuole svolgono una funzione promozionale:

- consultazione di operatori impegnati nel lavoro con adolescenti;
- formazione e sensibilizzazione ad operatori e insegnanti interessati a migliorare le loro conoscenze...
- prevenzione primaria nelle scuole superiori (discussioni con gruppi classe centrati sulle problematiche dell'identità, con tecniche audiovisive, ecc.);

⁴⁰ De Vito ed alii, *Normalità e fattori di vulnerabilità nell'adolescenza*, cit.

⁴¹ Secondo Fabbrini e Melucci (*Disagio evolutivo...*, cit.), il Centro non conta però in modo particolare su queste iniziative, che infatti non erano ancora avviate al momento dell'apertura del servizio di consultazione; né intende incentivare da subito un'affluenza numerosa.

- ricerche per lo studio dello sviluppo normale e patologico in adolescenza, prevenzione e trattamento.

Funzione promozionale svolge anche il lavoro di presentazione del Centro ai *gruppi classe*, con i ragazzi che vengono invitati a visitare fisicamente il Centro e a rendersi conto più da vicino del tipo di lavoro svolto e delle altre caratteristiche del servizio.

Nel periodo tra il Dicembre 1990 e Aprile 1991 è stato inoltre effettuato un ciclo di film presso il Centro Scolastico Omnicomprensivo di San Donato Milanese, dal titolo *Immagini dell'adolescenza, il cinema e l'età del cambiamento* organizzato dal *Progetto A* in collaborazione con l'AIACE.⁴²

I film proiettati sono stati:

regista	titolo	anno
Luciano Emmer	Basta! Ci faccio un film	1990
Pupi Avati	Una gita scolastica	1983
Rob Reiner	Stand by me	1986
François Truffaut	I quattrocento colpi	1959
Etienne Chatiliez	La vita è un lungo fiume tranquillo	1988
Joseph Losey	Messaggero d'amore	1971
Jerry Schatzberg	L'amico ritrovato	1989
Livia Giampalmo	Evelina e i suoi figli	1990
Luciano Emmer	Terza liceo	1954
Mike Ockrent	Dancing' thru the dark	1990

Oltre ai film sono state proiettate delle immagini realizzate dagli studenti dell'Omnicomprensivo:

Riflessi	a cura del gruppo dell'ITC
Voglia di crescere	a cura del gruppo dell'ITIS
Fotografie	a cura del gruppo del Liceo Classico

Il ciclo di film non va visto solo sotto l'aspetto promozionale, ma anche per il suo valore culturale.

⁴² Per permettere di riconoscere, nella varietà di volti e racconti, aspetti della propria esistenza e di discuterne con se stessi e gli altri, nella prospettiva di sviluppare iniziative di prevenzione delle difficoltà psicologiche e sociali dell'adolescenza.

Molti sono gli aspetti che caratterizzano l'adolescenza, e gli stimoli forniti da quest'età hanno sollecitato la fantasia di molti registi:⁴³ si tratta di un pozzo senza fine da cui si può continuamente attingere.⁴⁴

Ma l'adolescenza permette un rilievo cinematografico anche perché c'è un legame analogico tra alcuni aspetti adolescenziali e le modalità espressive cinematografiche: il cinema è un grande sogno, un gioco tra illusione e fantasia, e quando, se non nell'adolescenza, si è molto portati a fantasie e sogni? Il cinema diventa uno spazio transizionale dove si è tutti un po' adolescenti.⁴⁵

Il ciclo di film ha permesso quindi una riflessione collettiva sull'adolescenza, aiutando i giovani, e gli adulti che sono in rapporto con loro, a guardarsi dentro, capirsi e comunicare meglio.

5.7. Una verifica del servizio

I programmi stabiliti per il *Progetto A* sono stati perseguiti con gradualità, in base anche all'incremento dello staff di collaboratori.

In pochi mesi gli utenti si sono presentati al servizio in numero crescente. Gli operatori⁴⁶ si dichiarano convinti che molti di essi non avrebbero accettato di prendere contatto con un altro servizio.

Secondo De Vito⁴⁷ è stata superata presto la preoccupazione di non vedere verificati i presupposti di partenza⁴⁸ e che la richiesta d'aiuto restasse bassa.⁴⁹

Invece, dopo i primi mesi di attività, le richieste si sono stabilizzate sui 12 casi al mese,⁵⁰ ed è poi cresciuto con punte di 10 nuovi casi alla settimana nell'inverno 1990/91. Questo

43 P.R. Goisis, *Adolescenza, cinema, psicoanalisi*, in (a cura del *Progetto A*) IMMAGINI DELL'ADOLESCENZA, Melegnano, USSL 57, 1990.

44 Secondo F. Truffaut, «quello che c'è di emozionante negli adolescenti è che tutto ciò che fanno, lo fanno per la prima volta».

45 P.R. Goisis, *Adolescenza, cinema e psicoanalisi*, cit.

46 E. De Vito - F. Codignola Fava, *Il centro di consultazione come spazio di individuazione*, cit.

47 E. De Vito, *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*, cit.

48 Cioè un riscontro paragonabile all'utenza del *Brent Centre* di Londra. La preoccupazione era dovuta anche per le differenze culturali che ci sono tra Inghilterra e Italia.

49 Come per esempio nei consultori familiari.

incremento viene fatto risalire al lavoro di sensibilizzazione svolto nelle scuole, che avrebbe fatto salire la frequenza di richieste spontanee e ridurre il numero di interruzioni.

Un confronto coll'utenza del *Brent* porta a rilevare che:

- l'età media degli adolescenti è più bassa (16 anni rispetto ai 19 del Brent);
- la maggioranza dei ragazzi studia (85%, rispetto al 50%);
- la percentuale delle ragazze è maggiore (65% rispetto al 48%).

Ciò va posto anche in relazione al fatto che il *Brent Centre* è aperto ad un'età tra i 15 e i 23 anni, mentre il Progetto A tra i 14 e i 21 anni.⁵¹

Solo una piccola parte dei soggetti che si sono visti si trova in una condizione di disturbo transitorio adolescenziale (10 - 15%), la maggior parte presenta un arresto più grave dello sviluppo.

Anche se la percentuale di adolescenti per cui il *Progetto A* ha indicato la necessità di un trattamento più lungo è minore rispetto al *Brent*,⁵² ciò si deve far risalire al fatto che si è optato per una consultazione prolungata o intermittente, che potrà portare ad un invio successivo.⁵³

Secondo De Vito,⁵⁴ alla luce di questi dati viene da considerare una messa in discussione dell'utilità della consultazione e della psicoterapia breve (come intervento troppo limitato e superficiale). La finalità che ci si propone non è però di natura immediatamente terapeutica, ma di raggiungere gli adolescenti che non avrebbero altra occasione di incontro e d'aiuto. Inoltre la vera finalità è dare all'adolescente la possibilità di assumere una condizione mentale e relazionale che è preconditione del processo di separazione;⁵⁵ solo dopo una terapia potrà essere indicata e, soprattutto, desiderata.

50 La stessa media del *Brent Centre* dopo 3 anni di attività.

51 Nella prima adolescenza sono infatti le femmine ad essere più disturbate.

52 De Vito non indica la percentuale per il *Progetto A*, quella del Brent è del 42%.

53 A strutture pubbliche solo in parte; prevalentemente a strutture private convenzionate.

54 E. De Vito, *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*, cit.

55 Separazione dal legame gratificante e protettivo con oggetti e con il sé dell'infanzia e delle fasi successive. L'angoscia di separazione comporta un grado di regressione e tende a far collassare lo spazio potenziale. In questa situazione traumi multipli, di diversa origine, possono costituire un trauma cumulativo con conseguenti manifestazioni psicopatologiche come espressione di attività difensive che tolgono in modo più o meno esteso significato all'esperienza.

Il Centro di Consultazione può essere il luogo che facilita il contatto con l'adolescente e stabilisce le basi per riprendere il processo dialettico che sta alla base della sua soggettività (individuazione). In questo senso può essere comprensibile l'uso intermittente che alcuni adolescenti fanno del terapeuta, per riprendere un *rifornimento* che consente di procedere quando il soggetto sente in pericolo la fluidità, la libertà connessa allo spazio potenziale.

Nella relazione presentata dal Coordinatore del Progetto per le attività da Settembre 1990 a Maggio 1991, possiamo trovare una sintesi dei dati relativi alle attività stesse.

Attività di consultazione:

ragazzi presentatisi (prima richiesta) ⁵⁶	78
colloqui con adolescenti	850
colloqui con genitori di adolescenti in consultazione	180
colloqui con genitori di adolescenti non in consultazione	60
sedute per i test	148 (525 ore)
incontri con operatori di altri servizi coinvolti nei casi	98
riunioni fra operatori interni su singoli casi	180
colloqui e/o interventi sociali sui casi	98
utenti in psicoterapia (1 o 2 sedute settimanali)	8 (340 ore)

Attività di consulenza e/o formazione:

incontri per attività di supervisione sui casi	180
seminari esterni	1
seminari per operatori USSL sull'adolescenza	10
incontri con operatori di altre USSL o altre strutture	82
incontri con insegnanti per situazioni scolastiche complesse	9

Attività di prevenzione:

gruppo di formazione insegnanti ITIS	14 incontri
gruppo di formazione insegnanti Liceo	14 incontri
gruppi classi seconde ITIS	3 incontri per gruppo classe
gruppi coi genitori scuola media di Melegnano	8 incontri per ognuno di 3 gruppi

Si sono effettuati inoltre incontri mensili per l'integrazione di iniziative di prevenzione per le scuole, oltre a incontri aperti agli operatori USSL sulla prevenzione in adolescenza.

All'ITIS gli interventi sono stati effettuati in collaborazione con gli operatori del Consultorio.

E' inoltre proseguita l'attività di ricerca avviata nel 1990 all'Omnicomprendivo di S. Donato:

⁵⁶ Sono stati visti anche i genitori (attività di consultazione, a richiesta, è stata rivolta ai genitori i cui figli non si sono poi rivolti al servizio - per alcune situazioni è stata avviata una consulenza sociale); per metà dei ragazzi è stata compiuta un'indagine psicodiagnostica con l'uso di test.

- un questionario della salute con colloquio col Medico scolastico per tutti gli studenti delle prime classi dell'ITC;
- una indagine sui modelli di attaccamento come modalità di interazione affettiva, per i ragazzi dell'ITIS e del Liceo che avevano partecipato alla prima fase della ricerca.

Rassegna di film:

l'adesione è stata massiccia, le 500 tessere messe in vendita sono state tutte acquistate e si sono avute molte richieste non soddisfatte per mancanza di posto nella sala dell'Omnicomprendivo. Sono stati prodotti dagli insegnanti e dagli studenti 3 video, proiettati e seguiti da una tavola rotonda sui temi proposti dal ciclo stesso. Al termine è stato distribuito un questionario per sondare le opinioni rispetto all'iniziativa: è risultata evidente la richiesta di proseguire con queste attività per l'incontro e la riflessione fra giovani ed adulti.

5.7.1. Una riflessione sull'utenza

Da interviste agli operatori effettuate recentemente risulta che per le attività già fissate l'organico dovrà essere ampliato. Soprattutto la parte psicologica deve essere allargata.

A questa esigenza il servizio ha risposto in maniera provvisoria attraverso i consulenti esterni.⁵⁷

L'utenza sembra avere risposto in maniera adeguata rispetto alle attese. Nell'inverno 1990/91 si è avuto praticamente un raddoppio dell'utenza, comparandola allo stesso semestre dell'anno precedente.⁵⁸ Facendo un parametro tra gli stessi periodi dei due anni c'è stato soprattutto un raddoppio delle richieste spontanee.⁵⁹

Per quanto riguarda i sessi, lo scorso anno erano praticamente il doppio le femmine rispetto ai maschi. Quest'anno sono stati più o meno lo stesso numero; c'è stato quindi un aumento dell'utilizzo del servizio da parte dei maschi. La richiesta permane complessivamente maggiore per

⁵⁷ Attualmente una decina con rapporto di tipo professionale, ma che partecipano all'*equipe* e alle attività in modo consimile agli altri operatori.

⁵⁸ Si erano avute 48 domande di consultazione nel periodo tra Dicembre 1989 e Luglio del 1990. Nella procedura di contabilizzazione delle domande è stato adottato il riferimento all'anno scolastico perché d'estate, con maggiori tempi morti, c'è tempo per elaborare il materiale.

⁵⁹ In pratica i ragazzi possono venire spontaneamente o essere inviati: per spontaneamente si intendono anche quelli che magari hanno espresso il loro problema a qualcuno che gli ha detto: "Mah, potresti andar lì"... Per inviati si intende quando è proprio chi invia che prende il telefono e chiama il Centro. E' prassi, in caso di invio, il far richiamare il ragazzo per prendere l'appuntamento, in modo che l'appuntamento sia suo. Secondo gli operatori questo ha permesso che si autoeliminassero le situazioni in cui i ragazzi non avevano nessuna intenzione di venire.

le ragazze (più abituate a riflettere su di sé e a parlarne con qualcuno) e per la fascia d'età più giovane.⁶⁰ Fatto, quest'ultimo, legato al lavoro con la scuola.

Per quanto riguarda la provenienza, quest'anno c'è stato un afflusso da tutta la USSL e anche da Milano.⁶¹ La provenienza riguarda soprattutto l'asse della via Emilia, meglio servita dal trasporto pubblico. Da settori dell'USSL che restano più fuori i ragazzi si sono presentati con difficoltà perché non ci sono mezzi di comunicazione adatti. Mentre per l'asse della via Emilia, anche da Melegnano, arrivano da soli e senza troppe difficoltà, da altre zone alcuni ragazzi non arrivano proprio, per non chiedere di essere continuamente accompagnati.⁶² Poiché ogni scelta di collocazione del servizio avrebbe influito conseguentemente sulla provenienza dell'utenza, la scelta è caduta su San Donato in quanto meglio servita dai mezzi pubblici e connessa col sud di Milano.

Comunque, mentre nel primo anno di attività gli utenti erano per la maggior parte di San Donato, via via si sono bilanciati tra San Donato, San Giuliano e Melegnano.⁶³

La maggior parte dei ragazzi che si presentano sono studenti. Ma, mentre lo scorso anno erano in particolare di San Donato e in particolare dell'Onnicomprensivo,⁶⁴ sono aumentate nel 1991 le richieste di ragazzi che fanno altre scuole, dalla scuola infermieri, al Consorzio di formazione professionale, alle scuole di Melegnano.⁶⁵ Nel totale provengono

⁶⁰ Che va dai 14 ai 16 anni. Un'utenza meno scolastica, più all'Inglese, presenterebbe divari minori; cosa che al *Progetto A* si verifica per gli utenti di maggiore età.

⁶¹ Di Milano soprattutto le zone più vicine a San Donato: ragazzi che vi studiano; oppure a prescindere da questo, zone vicine come Rogoredo o Corvetto. I ragazzi sono accettati al servizio da qualsiasi parte d'Italia provengano. Un limite esiste per quanto riguarda l'invio dei servizi: rispetto a questi non è stato possibile accogliere le richieste che avrebbero comportato un sovraccarico, di altre zone del milanese. Per queste è rimasta la possibilità di un lavoro di formazione e di stimolo presso gli enti istituzionali. Il totale degli utenti provenienti da fuori USSL ammonta al 10-15% dell'utenza e il dato tende ad aumentare.

⁶² Secondo gli operatori questo problema non è risolvibile, perché spostando il servizio sull'asse della Paullese succedrebbe la stessa cosa al contrario. Si ritiene che all'interno della USSL dovrebbero essere garantiti servizi di trasporto che vadano al di là del servizio strettamente scolastico. Questo per ragioni di equità, nel senso che una serie di servizi sono localizzati a San Donato, o comunque sull'asse della via Emilia, chi vive sulla Paullese rimane tagliato fuori. Per certi luoghi si sente anche dire che la popolazione sia a rischio e non riesca a raggiungere nemmeno i servizi più in loco a causa della dislocazione, la mancanza di trasporti si riduce a una situazione di isolamento. Gli stessi operatori del Centro, in favore dei ragazzi residenti a Mediglia e altre zone, hanno svolto una funzione di invio ai servizi del distretto.

⁶³ A Melegnano ci sono delle scuole superiori ed è stato fatto del volantaggio, della pubblicità. L'incremento della domanda espressa viene ricollegato anche a questo.

⁶⁴ Che comprende Licei, I.T.C. e I.T.I.S.

⁶⁵ Biennio dello scientifico e I.T.C. con corsi per periti aziendali corrispondenti in lingue estere.

dall'Omnicomprendivo il 60-70% degli utenti. Il 20% viene da un contesto non scolarizzato (ragazzi che lavorano o che non studiano e non lavorano); le provenienze dall'Omnicomprendivo dipendono dalla ricerca effettuata, dai contatti mantenuti, dal lavoro di sensibilizzazione... Il dato di non studenti è stato reso possibile dal fatto che ormai il *Progetto A* è piuttosto conosciuto anche a livello di servizi e di medici di base.

Per quanto riguarda i fattori di rischio, ci sono alcuni ragazzi che sono in situazione di crisi adolescenziale e che possono benissimo essere aiutati prima di avere una situazione più degradata, mentre ce ne sono altri che sono già a rischio magari da anni, già seguiti da altri servizi, che magari hanno abbandonato; o sono diventati loro più grandi e hanno deciso di farsi dare una mano. Sono anche quelli che più spesso smettono e poi tornano. Poi ci sono situazioni di patologia, di disturbo sia sociale che psichiatrico abbastanza grave. Ci sono anche ragazzi con problemi di *handicap* collegati con fatti di crisi psicologica cui sono stati forniti degli interventi.

Per ora il servizio risulta quindi funzionale ad un intervento tempestivo su situazioni abbastanza gravi. Una piccola parte (circa il 10%) sono situazioni francamente patologiche e in un certo senso fuori *target*, con spesso una lunga serie di rapporti con altri servizi, che vengono accolti perché il *Progetto A* è un servizio "*porta aperta*". Difficilmente il servizio può prendere in carico questo tipo di utente.⁶⁶

Molti ragazzi hanno problemi piuttosto seri (fatto che trova riscontro anche presso i servizi inglesi), che magari non hanno avuto modo di esprimere precedentemente. Spesso, infatti, l'incontro al Centro è la prima occasione per parlarne.

Solo una piccola parte ha un minimo grado di vulnerabilità.

La fascia principale di utenti ha seri problemi, ma non psicopatologie conclamate. Si va da situazioni depressive, che spesso si traducono in fallimento scolastico, a disarmonie evolutive, che spesso si esprimono con agiti che riguardano difficoltà relazionali coi genitori; spesso atti autoaggressivi o autodistruttivi come tentati suicidi. Le patologie nel senso depressivo sono più frequenti per le ragazze, mentre le patologie nel senso dell'agito comportamentale sono più frequenti per i ragazzi. Tra gli operatori vi è però la convinzione che il problema sia abbastanza simile.

⁶⁶ Questi utenti vengono infatti rinviati ai servizi, con la disponibilità del Centro a fornire una consulenza per le questioni adolescenziali.

5.7.2. Contesto e prospettive del servizio

Secondo gli operatori, non sono stati svolti interventi mirati verso aree di rischio, perché il *Progetto A* non è un centro sociale o un centro di animazione che va apposta nel quartiere a rischio per svolgere le sue attività. Si punta ad aiutare la normalità per cui *a rischio*, per il servizio, è il ragazzo che si trova in situazione di crisi che potrebbe esplodere. Lo spazio dove la copertura dei servizi era pressoché inesistente era quello rivolto agli adolescenti e su questo spazio si è puntato. Perciò anche se arrivano al Progetto A situazioni di patologia, non è su quelle che il servizio punta; tanto è vero che viene svolto un lavoro di consultazione a breve termine, senza partire con delle terapie.

In Inghilterra il *Brent Centre* lavora sia sulla prevenzione secondaria che sulla psicoterapia e questo dipende probabilmente dalla evoluzione del servizio. In Italia i servizi sono diversi: ci sono il Nucleo Operativo Tossicodipendenze, che si occupa in particolare dei problemi delle tossicodipendenze, la psichiatria, l'età evolutiva... Siccome ci sono altre organizzazioni di servizi al *Progetto A* non arriva tutto il disagio e l'insieme dei servizi tende piuttosto a caratterizzarsi in termini di rete o di sistema.

Anche il *Brent* però è nato come servizio preventivo. La differenza principale con esso è che il *Progetto A* ha rafforzato il suo rapporto con la scuola e col territorio, per sensibilizzare possibili infortuni nella prospettiva di un invio tempestivo. Una azione *fertilizzante* che, se ha come punto di arrivo la consultazione, ha una valenza sistemica nel senso che si rivolge alla famiglia, alla scuola e all'ambiente. L'originalità del *Progetto A* è caratterizzata da una pluralità di funzioni, tra loro collegate, con la consultazione come momento centrale e colonna dell'intero apparato.

La valenza sistemica va intesa in senso preventivo, non terapeutico (come al *Brent* il lavoro è di tipo psicoanalitico). Verso la terapia di tipo sistemico⁶⁷ non c'è una pregiudiziale assoluta, ma vista anche la formazione psicoanalitica degli operatori, non c'è l'intenzione di intervenire a questo livello. Semmai l'ipotesi di integrazione dei due approcci potrebbe essere vista come uno smistamento dei casi, vedendo per ogni situazione se preferire un intervento rispetto a un

⁶⁷ Vedasi M. Selvini Palazzoli, I GIOCHI PSICOTICI NELLA FAMIGLIA, Milano, Cortina, 1988.

altro. Come centro di piccole dimensioni, però, la scelta è stata di creare un linguaggio comune con un unico orientamento.⁶⁸

Di solito ai ragazzi viene proposto un iter di lavoro, un iter di colloqui di approfondimento per definire il problema. Normalmente tornano per concludere il percorso di consultazione, con poche eccezioni; non si sa perché alcuni interrompano. E' stata avviata quest'anno un'indagine sull'interruzione; un lavoro che potrebbe avere bisogno di vari anni di indagine per capire se le interruzioni dipendono dall'impostazione del servizio, se dipende semplicemente dalla volontà dei ragazzi, se dipende dalla soddisfazione del bisogno iniziale, o dalla relazione. Si sta infatti cercando di capire se dipende dall'invio, dall'arrivo spontaneo, piuttosto che dalla modalità con cui avviene il primo incontro e viene presentato il *contratto* al ragazzo. Sicuramente l'interruzione non è attribuibile a problemi pratici, perché dove ci sono stati problemi pratici, gli stessi operatori hanno cercato di venire incontro ai ragazzi con orari, costi e tempi.

Vi è stato nell'anno in corso uno spostamento dell'immagine del Centro,⁶⁹ spostamento dovuto non solo al cineforum. Il ciclo di film ha infatti spostato un po' questa visione, perché si è visto che si fanno anche delle cose abbastanza diverse, che possono divertire, ma lo spostamento di immagine è avvenuto forse di più per gli incontri fatti presso il Centro con i gruppi classe. Molti ragazzi sono venuti poi a chiedere aiuto, spiegazioni, più in seguito a questi incontri che alle altre attività di promozione e informazione.⁷⁰

Il lavoro di ricerca-intervento continua a fornire dei risultati sia dal punto di vista dei dati, che dal punto di vista del collegamento con le scuole. Il questionario sulla salute⁷¹ rinalda dei

⁶⁸ Si avanzano inoltre alcuni dubbi sulla possibilità di integrare i due approcci in termini sincronici. Non è stato possibile per chi scrive, appurare se, e quanto, possano esistere in proposito delle divergenze all'interno dell'*equipe*.

⁶⁹ Secondo alcuni operatori l'idea diffusa, da evitare, è che il Centro sia un centro pubblico psichiatrico, dove vanno i matti, o gli handicappati, o i tossicodipendenti. Nei servizi si ritiene vadano tutti quelli con grossi problemi, e allora andare significa ammettere pubblicamente di avere un problema.

⁷⁰ Secondo gli operatori, quindi le visite del Centro sono il fatto più positivo. Negli incontri con i gruppi classe i ragazzi infatti visitano il Centro, chiacchierano, fanno un giro per il posto che è accogliente, piace. Per cui dicono: "Ah, non è come tutti i posti della mutua!", oppure: "Ah, noi ci aspettavamo i lettini" oppure "lo psicologo che ha un foglio che ti fa le domande e poi ti dice se sei intelligente". Mentre al *Progetto A* non ci sono test di livello per cui venga valutato il quoziente d'intelligenza. I test effettuati sono test di colloquio, proiettivi. Viene poi restituito al ragazzo tutto quello che viene registrato, e niente rimane segreto. Molte cose si sono molto sfatate proprio nel visitare il Centro.

⁷¹ Che viene somministrato ai ragazzi in fasi diverse del loro inserimento nella scuola superiore (al 1°, al 3° e al 5° anno) con successivo colloquio col medico scolastico. I ragazzi hanno come riferimento esplicito il medico scolastico. Il *Progetto A* si pone alle sue spalle. L'iniziativa risponde

legami, in particolare col medico scolastico, e contemporaneamente permette di conoscere l'evoluzione della vulnerabilità dei ragazzi, evidenziandone le problematiche nel corso degli anni e indicando quante corrispondano ad un fallimento scolastico.

Per quanto riguarda la collaborazione con gli altri servizi, un indicatore deriva dagli invii indiretti. I ragazzi infatti possono essere inviati da tutti i servizi: dall'età evolutiva, all'ospedale;⁷² i medici di base; servizi in genere della USSL⁷³ (i consultori; a volte la psichiatria⁷⁴); in genere qualche insegnante.⁷⁵

Una collaborazione più strutturata con gli altri servizi dell'USSL è quella sull'attività di prevenzione. C'è un gruppo stabile che si ritrova, di cui fanno parte vari servizi.⁷⁶ Del coordinamento di prevenzione fanno parte tutti gli operatori psicosociali a cui interessa fare questo tipo di lavoro. Qualche volta, ad alcuni incontri di verifica, sono intervenuti anche operatori sanitari. Il tentativo dell'integrazione è ancora su un livello volontaristico, ma il coordinamento è diventato via via effettivo sul piano di realtà, nel senso che vi è una maggiore collaborazione, anche se non è strutturato un percorso in questo senso. Alcuni seminari svolti presso il Centro sui temi dell'adolescenza hanno creato un contatto più costante tra operatori di diversi servizi.⁷⁷

Per quanto riguarda l'attività di consultazione, la collaborazione non è così sistematica, avviene a seconda delle situazioni. Da parte del Progetto A c'è la disponibilità a fare un lavoro di supervisione per operatori che prendono in carico adolescenti; ma l'attività di collaborazione avviene più spesso sulla casistica.

sia all'esigenza di un lavoro di base nella scuola, che all'esigenza di avere informazioni per capire meglio la situazione.

72 Ragazzi che magari vengono ricoverati per un altro problema, per esempio il cuore; il medico riscontra che c'è un altro problema di sofferenza di tipo anche psicologico e quindi vengono mandati...

73 Coi servizi della USSL via via si è chiarito il rapporto: essi chiamano per avvisare che hanno dato l'indicazione di prendere contatto col Centro al ragazzo, ma poi è il ragazzo che fa la richiesta; così la cosa è più chiara.

74 Perché arriva magari la richiesta di un minorenne, allora viene inviato. Oppure, hanno in carico un genitore e notano la sofferenza del figlio.

75 L'insegnante magari prende il primo contatto per chiedere come muoversi, come fare, rispetto a un problema che si pone a scuola.

76 Per il momento la cosa è informale, anche se si pensa di richiedere una formalizzazione. Si sta lavorando infatti ad un progetto di prevenzione. Gli operatori non sono ottimisti sulla formalizzazione perché presso alcuni servizi territoriali sembra ancora diffusa l'idea che queste siano cose che non servono.

77 Si trattava di seminari in cui gli stessi operatori parlavano della propria esperienza, facendo un'analisi del proprio lavoro.

Si ritiene inoltre che esistano spazi che non sono stati ancora toccati e che siano apribili, come per esempio il rapporto con i ragazzi o il lavoro con i genitori.

A fronte delle varie attività che vengono svolte l'*equipe* di operatori del Centro si è data un'articolazione interna. Sono infatti stati formati diversi gruppi di operatori: di prevenzione; di consultazione, in cui è presente un piccolo gruppo di testisti; un piccolo gruppo cinema.⁷⁸

Per quanto riguarda l'opinione sul servizio, l'attività viene definita complessa perché l'operatore di solito non ha a che fare con la formazione, con la prevenzione e con attività di tipo sperimentale. Chi si occupa della casistica ha invece le potenzialità, la pratica lavorativa e la conoscenza per pensare ad attività come la prevenzione. Anche se quando si lavora in un servizio di base non si ha mai abbastanza tempo. Il *Progetto A* impone una logica di sperimentazione, di innovazione, che permette l'aggiornamento costante e la formazione.

Si nota quindi l'entusiasmo di chi investe molto nel proprio lavoro, ritenendo di riuscire ad intervenire nel proprio ambiente sociale, locale e non.

A fronte di questa soddisfazione per l'attività svolta, un aspetto problematico che viene sottolineato è che il privilegiare la consultazione ha fatto sì che alcuni ragazzi aventi bisogno di una terapia più lunga e inviati a servizi esterni, sono stati persi nel passaggio di mano. Queste cadute vengono ricondotte al fatto che si tratta di ragazzi motivati faticosamente.

Uno sviluppo naturale del servizio sarebbe di fornire ai ragazzi un servizio terapeutico più prolungato (come avviene al *Brent*). Questo però significa un maggiore numero di operatori che prendono in carico per molto più tempo. Il rischio, e in generale il grosso problema della psicoterapia nel pubblico, è quello di una rapida saturazione del servizio. Se il servizio si incamminerà in questa direzione, sarà chiaramente strutturato un gruppo di terapeuti.

⁷⁸ Ovviamente le ripartizioni non sono rigide, e sono presenti persone che ruotano in diversi gruppi.

6. Conclusioni

Dopo aver considerato i problemi della valutazione di servizi psichiatrici di tipo innovativo, si è analizzata la situazione della popolazione giovanile e adolescenziale dell'USSL 57 della Lombardia, considerata anche da un punto di vista della "normalità psichica".

L'area considerata si dimostra peraltro vivace, per quanto riguarda l'intervento delle istituzioni a favore di giovani ed adolescenti, anche se una reale integrazione tra servizi socio-culturali e servizi socio-sanitari è ancora lontana dal verificarsi (anche connotandosi in termine di rete).

Il *Progetto A* si pone in questo contesto come una struttura dinamica, vitale e innovativa, che ha colto l'opportunità di un lavoro sul territorio, costruendo una rete di rapporti con i servizi scolastici e socio-sanitari.

La grande positività dell'esperienza viene quindi riconosciuta e apprezzata, anche se questo non impedisce di porre delle questioni rispetto ad alcuni nodi critici.

1. Lo sviluppo notevole dell'utenza, dopo due anni, non lascia però immaginare la possibilità di una presa in carico di una tale vastità da essere sufficiente a coprire l'area di bisogni rilevata per mezzo della ricerca sulla "normalità in adolescenza". Per raggiungere il massimo numero di ragazzi e visti i rapporti instaurati nelle scuole, potrebbero essere immaginati interventi di educazione sanitaria comprendenti esperienze di *role playing*, drammatizzazioni ed eventuali psicoterapie di gruppo.
2. Lo sviluppo dei rapporti coi servizi socio-sanitari e con le scuole è proceduto in modo notevole, ma una grossa mole di lavoro è ancora da fare, anche con riguardo ai servizi socio-culturali che lavorano con adolescenti, rispetto ai quali i rapporti sono saltuari, se non assenti (come per esempio i Centri Informagiovani e i Centri di aggregazione giovanile). In particolare con i C.I.G., visto il loro ruolo istituzionale, sarebbe forse possibile sviluppare una collaborazione in termini di campagne di prevenzione e di promozione. Da tutti i servizi socio-culturali che lavorano con adolescenti potrebbe forse essere effettuata un'attività di ascolto preliminare. Inoltre, solo con la collaborazione di questi servizi potrebbe forse essere raggiunta meglio la fascia di utenti potenziali non legati alla scuola, che si trovano probabilmente in una situazione di maggiore disagio, almeno in termini generali.
3. Una importante occasione di sviluppo delle relazioni con gli ambiti scolastici è data dal processo di istituzione nelle scuole dei Centri di Informazione e Consulenza previsti dalla legge 162 del 1990, concernente la disciplina delle tossicodipendenze. Anche se

la legge imputa ai SERT¹ il riferimento per i servizi socio-sanitari, il Progetto A può svolgere una insostituibile funzione di consulenza, formazione e supporto, oltre ad essere il riferimento per l'attività di consultazione.²

4. Lo sviluppo attuale del servizio procede attraverso il consolidarsi delle due funzioni di prevenzione primaria e secondaria. L'inserimento di attività di psicoterapia di maggiore durata, seppure auspicabile, può creare alcune tensioni all'interno dell'*equipe*. L'evento può semplicemente risolversi con un ampliamento delle funzioni del Centro, ma può anche tendere ad aprire una forbice tra una concezione preventiva e una concezione riparatoria del servizio, con una scissione tra i gruppi di lavoro non più dovuta solo ad esigenze di tipo funzionale.
5. L'integrazione della psicoterapia prolungata nel servizio può anche comportare modificazioni nell'immagine che lo stesso si è faticosamente costruito. Una presenza troppo frequente dell'utenza caratterizzata in senso fortemente psicopatologico può infatti spostare l'immagine in una direzione opposta a quella desiderata; rispetto a questo problema dovrebbero essere pensati dei provvedimenti (come effettuare le psicoterapie in un luogo fisicamente separato o incrementare in qualche modo la presenza di ragazzi "normali").
6. Uno sviluppo futuro di altri servizi con funzioni preventive (SERT, CIC, eventualmente i Centri di aggregazione, i CIG e il CILO), considerato in una prospettiva di lungo periodo, potrebbe generare qualche forma di ipotetica sovrabbondanza delle funzioni informativo-preventive, e comportare il rischio di un ripiegò del *Progetto A* su posizioni di tipo più riparatorio, lasciando le funzioni preventive a una dinamica propria di sviluppo, non suffragata da un processo meditato di integrazione delle attività.

6.1. Ipotesi per una ricerca valutativa

Vi è quindi la necessità di mantenere una costante azione di controllo sul processo di sviluppo dell'attività del Centro, con particolare riguardo all'utenza e al sistema dei servizi che si occupano di adolescenti.

Una prospettiva di valutazione in questo senso comprende:

¹ Ancora NOT, in Lombardia.

² Sempre che non si pretenda incresciosamente di separare il problema della tossicodipendenza dal disagio psicosociale.

1. l'analisi ragionata della normativa, anche istitutiva del servizio;
2. l'analisi della attività promozionali, con riferimento all'immagine che il servizio propone;
3. l'analisi dell'utenza e dei casi, da effettuare attraverso il registro dei casi o direttamente dalle cartelle, elaborando un sistema di codificazione;
4. ricostruzione dei percorsi degli utenti da parte degli operatori del servizio;
5. una serie di interviste agli operatori del servizio e agli operatori dei servizi che concorrono a formare il sistema dei servizi per adolescenti e giovani, allo scopo di sviluppare un migliore coordinamento delle attività e delle competenze;
6. osservazione partecipante alle attività del servizio;
7. interviste e questionario somministrato ad utenti, per rilevarne la soddisfazione e definire l'immagine del servizio presso gli utenti;
8. questionario somministrato alla popolazione per valutare l'immagine del servizio da parte degli utenti potenziali, e nuova somministrazione del questionario di Offer, per valutare l'impatto del servizio stesso.

6.1.1. Chi sono i soggetti della valutazione?

Se programmazione e valutazione sono strettamente intrecciate, i primi soggetti della valutazione sono i politici,³ nel senso che essi sono tenuti a prevedere sistematicamente momenti di verifica e controllo dei programmi.

Un secondo soggetto sono i dirigenti responsabili dei servizi.

Un terzo soggetto sono gli operatori, anche in termini di sistematizzazione del sapere professionale. Il consenso degli operatori è comunque indispensabile nella valutazione, chiunque ne sia l'attore principale. Se la valutazione viene fatta da esperti esterni (sulla base di standard professionali) allora è necessario che i criteri operativi siano "socialmente condivisi", cioè vi sia un consenso generale fra gli operatori. Ma il coinvolgimento degli operatori appare opportuno anche per altri motivi: senza una loro collaborazione può risultare molto difficile ottenere sufficienti informazioni; senza un rapporto di fiducia e di correttezza raramente l'indagine produce cambiamenti positivi; l'ottimizzazione dei compiti professionali non può essere definita ed accettata se non con la partecipazione attiva ed il consenso degli operatori

³ Per le Unità sanitarie locali, in attesa della riforma, i Commissari straordinari.

stessi. L'operatore, più di altri, ha informazioni per fare la valutazione. Senza la sua collaborazione non si può avere un quadro approfondito della situazione.

Un quarto potenziale soggetto di valutazione potrebbe essere costituito dagli utenti. Essi sono comunque di fatto soggetti di valutazione, quasi sempre però agiscono informalmente, confusamente, non valorizzati in questo loro ruolo; l'utente andrebbe messo nella condizione di valutare fornendogli formalmente degli spazi in cui esprimersi, in cui partecipare.

Sulla base di queste considerazioni è da sottolineare la validità di quell'approccio denominato ricerca-azione che può essere utilizzato anche a fini di valutazione. Fare ricerca valutativa partecipata, pur se rischioso, è in questo caso una scelta obbligata: in una simile situazione di ambiente complesso è necessario contrattare il metodo e l'impostazione.

6.1.2. Cosa valutare?

E' necessario definire chiaramente cosa ci si propone di valutare, sia per restringere il campo di analisi, che per chiarire le finalità del lavoro, sia per definire quali aspetti siano rilevanti e vadano approfonditi. E' chiaro che scegliere gli ambiti di valutazione non è neutrale: ha evidentemente a che fare coll'interesse intellettuale in campo (e quindi con la committenza).

E' forse utile tornare ai vecchi concetti di efficacia ed efficienza, intendendo la prima come la capacità di un servizio di raggiungere gli obiettivi per cui è stato messo in atto, la seconda il raggiungimento al minor costo possibile. In tal modo si pone una gerarchia tra i due aspetti: prima essere efficaci e poi efficienti.

Un altro aspetto centrale è quello di equità, il cui significato sta nel campo delle scelte di valore, di cui nessuno ha il monopolio... chi si occupa di valutazione ha qui il compito di esplicitare i problemi, le risposte concrete spettano a tutti i soggetti coinvolti.

Si vuole comunque evitare un approccio produttivistico alle tematiche sanitarie.

Questa che ci proponiamo non è infatti una pura valutazione di efficienza: chiedersi quali siano stati i costi di un'intervento e fare poi una comparazione coi benefici (o con l'opportunità) dell'intervento, è un campo in cui si muovono a loro agio più gli economisti che i sociologi.⁴

⁴ E per virtù più che per necessità.

Più sociologico è invece chiedersi quali siano stati i benefici di un certo intervento per una popolazione data (efficacia o valutazione d'impatto). In particolare è interessante confrontare un prima e un dopo dell'intervento e analizzarne l'effetto su una popolazione, paragonando la misurazione con un gruppo di controllo.

In questo caso, pur potendo disporre dei dati della ricerca sulla "normalità psichica", è difficile definire un gruppo di controllo, se non a prezzo di escamotage metodologici la cui precisione sarà di dubbia ponderazione.

Ponendosi in una prospettiva di breve-medio termine è possibile indicare:

- A. un'analisi sull'utenza, che contempra le variabili osservate nella ricerca, permettendo un confronto tra domanda potenziale e domanda espressa e rendendo possibile una riflessione sugli scostamenti tra i valori dei due universi (per es. perché si presentino più probabilmente i giovani di una data zona che un'altra, o perché siano più rappresentati i giovani con regolare curriculum scolastico che i "drop out" ... domande, peraltro, rispetto alle quali il presente lavoro offre già alcune indicazioni). Associato con item sulle motivazioni e sull'immagine del servizio, un questionario somministrato agli utenti potrebbe essere un valido strumento anche per scegliere se confermare in pieno la campagna promozionale oppure se modificarla parzialmente, mirandola su specifiche fasce di utenza.⁵ La cosa assume particolare rilevanza rispetto al contesto attuale, con il servizio che potrebbe trovarsi a breve termine in una situazione di crisi di crescita. Si tratta di adottare una strategia che definisca il servizio rispetto all'ambiente, assumendo un'impostazione di marketing sociale,⁶ con un'ottica che si sta diffondendo positivamente nell'ambito dei servizi socio-sanitari.⁷
- B. Un secondo tipo di analisi, incentrata sulle interviste agli operatori del servizio e dei servizi contigui, potrebbe considerare un insieme di aspetti di tipo più organizzativo (dalla formulazione ed attuazione di mezzi ed obiettivi, all'immagine di sé e dei servizi, alla definizione reciproca dei compiti, allo sviluppo delle professionalità, alla possibilità di impostare una differenziazione funzionale interna ed esterna per meglio rispondere alle sfide ambientali, alla possibilità di sviluppare forme interorganizzative di integrazione tra i servizi).

⁵ Si pensa ad una ricerca motivazionale sull'immagine, logico contraltare di una ricerca sui bisogni. Vedasi H. Henry, LA RICERCA MOTIVAZIONALE, Milano, Angeli, 1985, 4^a ed. Vedasi anche D. De Candido, GUIDA ALLA RICERCA MOTIVAZIONALE, Milano, Angeli, 1984.

⁶ P. Kotler, AL SERVIZIO DEL PUBBLICO, Milano, Etas libri, 1978.

⁷ Vedasi F. Signani, METODOLOGIA DELLA VERIFICA DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI, Bologna, Tesi conclusiva del corso di perfezionamento in Sociologia Sanitaria, 1988.

La ricerca proposta, soprattutto per il lungo periodo, è esplorativa, nel senso che è ancora da verificare se la metodologia e gli strumenti di valutazione che verranno messi a punto saranno di agevole uso. Inoltre gli strumenti sono ancora al livello qualitativo. La sfida consisterebbe nel raggiungere una formulazione teorica e metodologica rispetto alla prassi e alla cultura del nuovo servizio.

Si tratta di proporre categorie controllate metodologicamente partendo dai problemi di conoscenza e dal sapere implicito che si accumula nelle nuove esperienze dei servizi. D'altronde, se gli obiettivi impliciti dei servizi non devono stare fuori della valutazione⁸ si deve lavorare all'esplicitazione degli obiettivi che vengono attribuiti al servizio, ai servizi, dai vari attori, in primo luogo dagli operatori, anche se taluni considerano troppo generale, troppo teorica, o troppo qualitativa questa analisi.

Si intenderebbe arrivare al risultato di mettere a punto uno strumento di valutazione del servizio, individuando indici osservabili e misurabili o domande critiche in cui si traducono gli scopi o obiettivi; per definire, infine, una metodologia grazie alla quale il servizio possa giungere per proprio conto a costruire un programma di autovalutazione: esplicitazione e formulazione degli obiettivi, costruzione di una loro graduatoria in ordine di importanza, individuazione di indici, loro rilevazione, *feedback* sul servizio.⁹

⁸ Vedasi P.L. Morosini, *Metodi di valutazione dei servizi psichiatrici*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982.

⁹ Vedasi C. Castelfranchi, *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982.

7. Bibliografia

- AA.VV., Gruppo di ricerca sulla "Valutazione sulla normalità psichica nell'adolescenza" 1986-87, RELAZIONE SULLO STATO DELLA RICERCA, MILANO, Giugno 1987.
- Altieri L., *La ricerca valutativa negli interventi sociali*, in P. Guidicini, NUOVO MANUALE DELLA RICERCA SOCIOLOGICA, Milano, Angeli, 1987.
- Altieri L., *La valutazione, percorso accessorio o percorso necessario?*, Intervento al Convegno Organizzazione e formazione: un metodo per valutare, Regione Lombardia, Maggio 1990.
- Ardigò A., PER UNA SOCIOLOGIA OLTRE IL POST-MODERNO, Roma-Bari, Laterza, 1988.
- Ardigò A., DISPENSE PER IL CORSO DI SOCIOLOGIA SANITARIA, Bologna, Scuola di specializzazione in Sociologia Sanitaria, 1991.
- Bebbington P. e J.K. Wing, *Epidemiologia dei disturbi psichiatrici della popolazione*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- Bernardi L. e T. Tripodi, METODI DI VALUTAZIONE DI PROGRAMMI SOCIALI, Padova, Fondazione Zancan, 1981.
- Berti Ceroni C. et alii, LA PRIMA VOLTA, Milano, Angeli, 1987.
- Bertin G., DECIDERE NEL PUBBLICO, Milano, Etas libri, 1989.
- Brown G.W. e T. Harris, THE SOCIAL ORIGINS OF DEPRESSION: A STUDY OF PSYCHIATRIC DISORDER IN WOMEN, Londra, Tavistock, 1978.
- Butera F., LA RICERCA-INTERVENTO: TEORIA E CASI, Roma, Cedis, 1977.
- Castelfranchi C., *Problemi teorici, metodologici e politici della valutazione dei servizi di salute mentale*, in M. Tansella (a cura di), L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- Ciorli A. e A. Tosi, L'USO DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI IN LOMBARDIA, IRER, Milano 1986.
- Cipolla C., TEORIA DELLA METODOLOGIA SOCIOLOGICA, Milano, Angeli, 1988.
- Coleman J.C., LA NATURA DELL'ADOLESCENZA, Bologna, Il Mulino, 1980.
- Coleman J.C., WORKING WITH TROUBLED ADOLESCENTS, London, Academic Press, 1987.
- Coursey R. et alii, PROGRAM EVALUATION FOR MENTAL HEALTH, New York, Grune & Stratton, 1977.
- Crozier M. e E. Friedberg, ATTORE SOCIALE E SISTEMA, Milano, Etas libri, 1978.

- De Candido D., GUIDA ALLA RICERCA MOTIVAZIONALE, Milano, Angeli, 1984.
- De Martis, Pavan e Vender, PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO, Roma, Il pensiero scientifico, 1982.
- De Salvia D., *Teoria e utilizzazione dei sistemi informativi per la valutazione dei servizi psichiatrici*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- De Vito E. et alii, NORMALITÀ E FATTORI DI VULNERABILITÀ NELL'ADOLESCENZA, Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano, 1986.
- De Vito E. et alii, *Normalità e fattori di vulnerabilità nell'adolescenza*, in AA.VV., ADOLESCENZA E PSICOSI, Provincia di Milano, Documenti, 1987.
- De Vito E. e A. Guerrini, *Il Progetto A della USSL 57: Un centro per la prevenzione del disturbo psichico in adolescenza*, in PSICHIATRIA OGGI, N. 3, Dicembre 1989.
- De Vito E. e F. Codignola F., *Il centro di consultazione come spazio di individuazione*, in ADOLESCENZA, vol. 1, n. 2, luglio-dicembre 1990.
- De Vito E., *Il Centro di consultazione come modalità privilegiata per l'incontro con l'adolescente*. Comunicazione al convegno su adolescenza e servizio pubblico, Ferrara 25/5/91.
- Donati P. (a cura di), MANUALE DI SOCIOLOGIA SANITARIA, Roma, N.I.S., 1987.
- Dupont A., *Il registro psichiatrico. Aspetti tecnici, aspetti deontologici e utilizzazioni per la ricerca e per la pianificazione dei servizi*, In, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- Fabbrini A. e A. Melucci, *Disagio evolutivo degli adolescenti e servizi. Esperienze e modelli di ascolto*, in I LUOGHI DELL'ASCOLTO, Milano, Guerini, 1991.
- Franceschi M., *Bozza di studio sul sistema informativo delle ULSS venete e sugli aspetti informativi di riferimento*, dattiloscritto per il Corso di perfezionamento in Sociologia Sanitaria, Bologna, 1985.
- Franceschi M., SITUAZIONE SCOLASTICA A SAN DONATO MILANESE, Comune di S. Donato Milanese, 1989.
- Friers T. e K. Woff, *Il controllo dei servizi di salute mentale in una città inglese*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.,
- Goisis P.R., *Adolescenza, cinema, psicoanalisi*, in (a cura del Progetto A) IMMAGINI DELL'ADOLESCENZA, Melegnano, USSL 57, 1990.
- Häfner H. e W. a.d. Heiden, *Registri dei casi e schizofrenia*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- Henry H., LA RICERCA MOTIVAZIONALE, Milano, Angeli, 1985, 4^a ed.

- Hollingstead B.A. e C.F. Redlich, SOCIAL CLASS AND MENTAL ILLNESS, New York, Wiley, 1958.
- Hunter T.D., *La ripresa di una prospettiva di analisi: il Servizio sanitario come arena*, traduzione italiana gentilmente concessa da E. Minardi, tratta da SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS, vol 3, 1981.
- Iuvone M.T., M.B. Perucci e S. Simoni, FORMAZIONE E ORGANIZZAZIONE: UN METODO PER VALUTARE, Milano, Angeli, 1990.
- Kandell D.B. e M. Davies, *Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents*, in ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 39, 1982.
- Koenig L., *Psychopathology and Adolescent Self-Image*, in Offer et alii, PATTERNS OF ADOLESCENTS SELF-IMAGE. NEW DIRECTIONS FOR MENTAL HEALTH SERVICES SERIES, San Francisco, Jossey Bass, 1984.
- Kotler P., AL SERVIZIO DEL PUBBLICO, Milano, Etas libri, 1978.
- La Rosa M. e P. Zurla, (a cura di) SISTEMA INFORMATIVO E UNITÀ SANITARIA LOCALE, Milano, Angeli, 1982.
- Laufer M., *Preventive Intervention in Adolescence*, in THE PSYCOANALYTIC STUDY OF THE CHILD, 1975.
- Leslie S.A., *Psychiatric Disorder in the Young Adolescents of an Industrial Town*, in BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 125, 1974.
- Marinoni A., *La raccolta e l'analisi dei dati in epidemiologia psichiatrica*, in, a cura di M. Tansella, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, cit.
- Melucci A. e A. Fabbrini, *I luoghi dell'ascolto*, in I LUOGHI DELL'ASCOLTO, MILANO, Guerini, 1991.
- Melucci A., ALTRI CODICI, Bologna, Il Mulino, 1984.
- Micheli G.A., *La valutazione dei servizi tra razionalità economica e specificità psichiatrica*, in De Martis et alii, PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO, Roma, Il pensiero scientifico, 1982.
- Misiti R., *Criteri di approccio alla valutazione del trattamento psichiatrico*, in De Martis et alii, PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO, Roma, Il pensiero scientifico, 1982.
- Morosini P.L., *Metodi di valutazione dei servizi psichiatrici*, in De Martis et alii, PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO, cit.
- Offer D., E Ostrow e K.I. Howard, THE OFFER SELF-IMAGE QUESTIONNAIRE FOR ADOLESCENTS: A MANUAL, Michael Reese Hospital, Chicago, 1982 (3^a ed.).

- Offer D., E. Ostrow
e K.I. Howard, *Epidemiology of Mental Health and Mental Illness Among
Adolescents*, in (a cura di) J. Noshpitz, BASIC HANDBOOK OF CHILD
PSYCHIATRY, New York, Basic Books, 1987.
- Offer D. e M. Sabshin, NORMALITY AND THE LIFE CYCLE, New York, Basic Books, 1984.
- Offer D. et alii, THE TEENAGE WORLD: ADOLESCENTS' SELF-IMAGE IN TEN
COUNTRIES, NEW YORK, Plenum Press, 1988.
- Orsi W., *Disagio e devianza minorile: dalla marginalità
alla normalità, alle pratiche innovative*, in W. Orsi e S. Batta
glia, DISAGIO E DEVIANZA GIOVANILE OGGI, Milano, Angeli, 1990.
- Ranci C., *Il Counselling per adolescenti e giovani in Gran Bretagna*, in
Melucci e Fabbrini, I LUOGHI DELL'ASCOLTO, cit.
- Ranci C., *Servizi preventivi e disagio giovanile: Informazione, orientamento,
aggregazione*, in, a cura di A. Melucci e A. Fabbrini, I LUOGHI
DELL'ASCOLTO, cit.
- Ravelli M., *Problemi e orientamenti di ricerca valutativa*, in STUDI DI
SOCIOLOGIA, 1981.
- Rutter M. et alii, *Adolescent Turmoil: Fact or Fiction*, in JOURNAL OF CHILD
PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, n° 17, 1976.
- Saporiti A., *La ricerca valutativa: un'introduzione alla valutazione dei
programmi socio-sanitari*, in Donati P. (a cura di), MANUALE DI
SOCIOLOGIA SANITARIA, cit.
- Sartorius N., *Evaluation in Mental Health Programs*, in Helgason (ed.),
METHODOLOGY IN EVALUATION OF PSYCHIATRIC TREATMENT,
Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- Schwartz H. e J. Jacobs, SOCIOLOGIA QUALITATIVA, Bologna, Il Mulino, 1987.
- Selvini Palazzoli M., I GIOCHI PSICOTICI NELLA FAMIGLIA, Milano, Cortina, 1988.
- Senise T., PSICOTERAPIA PSICODIAGNOSTICA PER ADOLESCENTI, Atti del 1°
corso di aggiornamento sui problemi di psicoterapia, Milano, Centro
Studi di Psicoterapia Clinica, 1964.
- Senise T., *Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé*, in GLI ARGONAUTI,
n° 9, 1981.
- Senise T., *Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé?*, in G. Lanzi,
L'ADOLESCENZA, Roma, Il pensiero scientifico, 1983.
- Senise T., *Il setting nella "presa in carico" psicodiagnostica dell'adolescente*,
in AAVV, IL SETTING, Roma, Borla, 1985.
- Senise T. (a cura di), ADOLESCENTI, Milano, Angeli, 1989.

- Shepherd M., *Epidemiologia psichiatrica e psichiatria epidemiologica*, in M. Tansella (a cura di), *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit.,
- Signani F., *METODOLOGIA DELLA VERIFICA DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI*, Bologna, Tesi conclusiva del corso di perfezionamento in Sociologia Sanitaria, 1988.
- Simon H., *LE SCIENZE DELL'ARTIFICIALE*, Milano, Isedi, 1973.
- Stahler G.J. e W.R. Tash, *INNOVATIVE APPROACHES TO MENTAL HEALTH EVALUATION*, New York, Academic Press, 1982.
- Tansella M., *Approccio epidemiologico e psichiatria italiana del dopo riforma*, in *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, cit.
- Tansella M., *L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA*, Torino, Boringhieri, 1985.
- Todi G., *Orientamento nel campo degli studi epidemiologici in psichiatria*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, cit.
- Torre E., A. Marinoni e G.B. France, *L'analisi dell'utenza e delle prestazioni per la valutazione dei servizi di assistenza psichiatrica*, in De Martis, Pavan e Vender, *PROBLEMI DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PSICHIATRICO*, cit.
- Voltoini A. e M. Malinverno, *L'INDAGINE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE*, Milano, CERES Coop. s.r.l., 1989.