

Bolzano/Bozen 17-10-202

20 anni di Exit

La prevenzione dell'uso di sostanze tra gli  
adolescenti e i giovani adulti

Leopoldo Grosso

“Intercettazione precoce e “aggancio” nella richiesta  
di aiuto”

# Intercettazione precoce

- di una domanda, rispetto al disturbo d'uso di sostanze:
  - Prevalentemente muta
  - Spesso eterodiretta
  - Più raramente spontanea

# Cosa dicono i dati (Espad e non solo):

- Le persone con DUS in carico ai Ser.d rappresentano il 10% del sommerso
- Età media assistiti: 42 anni
- Età nuovi utenti : 33 anni
- Under 25 anni in carico: meno del 10%
- Accesso ai servizi: 10 anni dopo inizio consumo
- Precocizzazione età esordio consumo: under 16
- Fedeltà alla cannabis (+ alcol e tabacco): 86%
- Tempo di transizione ad altre sostanze illegali 2,9 a., tra 16 e 19 anni
- Fascia più a rischio: 13-17 anni

# Dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa

- La medicina di iniziativa, improntata alla promozione e protezione della salute non aspetta le persone in ambulatorio
- Va loro incontro in modo proattivo, già nella fase di rischio e di insorgenza delle fragilità
- Nelle dipendenze sono strategici i servizi di prossimità a fronte: a) dell'enorme sommerso; b) dell'alta esposizione di rischio nelle "finestre temporali" di pre-adso e adso.

# Se la domanda è muta

- La riduzione dei tempi di latenza, tra uso problematico e richiesta di aiuto, riduce i rischi tossicologici, di salute, psichici, legali ed economici, correlati ai rischi acuti, cronici e comportamentali dell'assunzione di sostanze
- I ragazzi con DUS presentano una maggiore vulnerabilità sanitaria e sociale per adozione di stili di vita insalubri (dipendenze crociate, alimentazione scorretta, limitata cura di sé, sesso insicuro, altre prese di rischio)

# Cosa significa individuazione precoce

- Il cogliere i segni dell'instaurarsi dell'uso problematico, quel tempo T, collocabile per i giovani consumatori tra i 16 e i 19 anni, in cui avviene lo switch nel continuum, con un passaggio non automatico ma selettivo, tra consumo a rischio e consumo problematico
- Creare le condizioni per poter intervenire in maniera efficace

# Quali obiettivi

- Fornire piena consapevolezza dei rischi acuti, cronici e comportamentali connessi all'abuso e favorire l'apprendimento di modalità di protezione (Limitazione del Rischio e Riduzione del Danno)
- Sviluppare la motivazione al ricorso all'aiuto necessario per disinnescare il comportamento problematico e ridefinire lo stile di vita (accesso al trattamento)

# Perché è assente e ritarda la richiesta di aiuto spontanea?

- Difficoltà a riconoscere il malessere, identificarlo
- Sottovalutazione della problematica di consumo. “Smetto quando voglio”
- Dis-identificazione e diffidenza verso i servizi. Timore di essere “schedati”
- Effetto stigma. Timore di visibilità e riprovazione sociale
- (Pre)-giudizio sull’offerta e appropriatezza delle prestazioni del servizio rispetto ai propri bisogni (dall’accessibilità al matching)



# Con quali strumenti si intercetta precocemente

- L'approccio per settings:
  - La strada
  - I luoghi del divertimento
  - La scuola
  - La cura di una stretta interconnessione con altri servizi "inviati" (sanitari, sociali, educativi, giudiziari)
  - La creazione di setting dedicati (agire sui pull factors)

# L'outreach e il mutamento del paradigma di intervento

- Dalla dimensione clinica individuale all'integrazione con il lavoro territoriale di rete
- La collaborazione con le reti naturali, aspetto cruciale per l'alta integrazione socio-sanitaria nell'intercettazione precoce
- La costruzione dell'"invio" come ipotesi progettuale e come funzione ponte

# La caratterizzazione degli interventi di prossimità

- Collocarsi nei territori con una triplice accezione:
  - di posizione, la scelta strategica di dove effettuare l'intervento
  - di postura, con quale atteggiamento da parte degli operatori (relazione a legame debole)
  - di partecipazione, nel coinvolgimento delle reti territoriali formali e informali

# Gli esiti attesi degli interventi di prossimità

- Prevenire i danni più gravi ed i rischi circostanziali con prestazioni puntuali
- Favorire l'accesso alle cure
- Sensibilizzare il contesto sociale (mediazione dei conflitti, contrasto allo stigma e all'emarginazione)
- Reperire nel territorio risorse informali aggiuntive ( costruzione di opportunità)

# Quando la domanda è riluttante

- La necessità di una ri-definizione del modello del servizio
  - I modelli di servizio (filosofia, metodologia, organizzazione) incidono significativamente sulla presa in carico di giovani con DUS
  - Ogni servizio adotta un modello organizzativo, con maggiore-minore consapevolezza, che risulta determinante per gli esiti e la qualità dei percorsi di cura e riabilitativi proposti

# Agire sui fattori di attrazione ( pull-factors)

- Servizi multipli, variati, rinnovati e dedicati
- Servizi accessibili (località, orari), agili e flessibili (deburocratizzati nel limite del possibile), anonimi, raggiungibili senza appuntamento e anche on-line
- Servizi per i giovani, con laboratori espressivi, con strumentazione tecnologica adeguata..., con reperibilità di un operatore nel week-end, connessi con iniziative territoriali
- Servizi dedicati per le donne, con maggiore tutela della privacy (più esposte a vittimizzazione secondaria)
- Risultato: si dimezza il tempo di latenza in virtù del tam tam dei ragazzi accolti che sponsorizzano il servizio

# L'importanza della qualità percepita al primo contatto con il servizio

- La valutazione della prima accoglienza da parte del ragazzo influenza il percorso futuro
- Le procedure standard possono contrastare con l'esigenza di individualizzare da subito l'approccio per i bisogni differenti della diversa utenza
- Manuali di accreditamento internazionali considerano l'intervento in fase di accoglienza come indicatore della qualità della presa in carico complessiva della persona e del livello di organizzazione del servizio

# Aspetti relazionali imprescindibili

- La postura dell'operatore (disponibilità, distanza ottimale, non-giudizio, empatia)
- La valorizzazione dei saperi della persona
- La consapevolezza dell'importanza del momento della restituzione ad ogni incontro
- L'attenzione alla riservatezza



# Modalità facilitanti (1)

- **La presa in carico a tempo** consente:
  - la relativizzazione della problematica
  - L'evidenziazione dei fattori di rischio e di protezione, di pari passo con lo sviluppo della capacità di proteggersi dai primi e di avvalersi dei secondi
  - L'individuazione dei modelli operativi interni disfunzionali su cui proporre un impegno di lavoro ulteriore
  - La protezione dall'immissione in circuiti di cura più complessi a rischio di effetto iatrogeno

## Modalità facilitanti (2)

- **L'assessment collaborativo**( S.Finn, "In our shoes") consente:
  - di rendere compartecipe la persona da subito, attivandola sulla raccolta delle domande su di sé e sulle proprie difficoltà
  - di proporre un'eventuale somministrazione di test diagnostico, come ricerca, insieme, di ulteriori aspetti di sé da mettere a fuoco e tematizzare

# Guadagnarsi fiducia

- “La fiducia si guadagna goccia a goccia, ma la si perde a litri” (J. P. Sartre)
- Si sottolinea:
  - a) l'importanza di mostrarsi competente (Olivienstein) e di valorizzare le competenze dei ragazzi
  - b) l'importanza di risignificare l'abuso di sostanze all'interno delle problematiche più complessive del proprio stallo evolutivo

-

# L'approccio motivazionale

- “Il palo si pianta là dove c'è la vite” (detto contadino)
- Gli aspetti confrontazionali si pospongono dopo aver creato una buona alleanza di lavoro
- Il tempo di aggiramento delle resistenze è direttamente proporzionale alla rilevanza dei meccanismi di negazione e delle eventuali problematiche psicopatologiche
- Il presupposto è che la persona sia molto di più della sostanza che assume, e si debba ampliare subito il campo di analisi

# Difendersi dalle pre-rappresentazioni

- Il ragazzo:
  - che sbaglia, induce al ruolo correzionale
  - che soffre, induce “ “ del soccorritore
  - che ha subito ingiustizie, “ “ dell’avvocato difensore, del giustiziere
  - che incute timore, “ “ del fuggitivo o del contro-attaccante
  - che incuriosisce, “ “ del ricercatore asettico o di colui che vive la vita degli altri...
  - che....

# La persona competente di sé, più che le tecniche e gli specialismi

- La persona che si mette professionalmente in gioco nella relazione e nel ruolo con i ragazzi, è lo strumento più utile per l' "aggancio"
- Controprova: più che la soddisfazione del trattamento in sé ,è la gratificazione che proviene dai vissuti relazionali con gli operatori l'aspetto più rilevante

# L'ambivalenza della richiesta di aiuto nel DUS

- Scissione tra la parte di sé che si sente costretta a rinunciare alla sostanza, e l'altra parte di sé che non se ne vuole staccare
- Nella relazione con l'operatore, la persona dipendente gli consegna la parte che vuole smettere e mantiene per sé, agendola contro di lui, la parte che desidera continuare a consumare, alternando l'attribuzione del ruolo di vittima e di persecutore

# L'atteggiamento passivo-aggressivo

- Nella maggioranza delle situazioni la domanda etero-indotta, comporta :
  - conflittualità non sempre solo a fior di pelle
  - minimizzazione della problematica di abuso
  - atteggiamento extrapunitivo verso l'inviante (in particolare i genitori)



## Il rinforzo delle narrazioni delle condotte di consumo tra pari

- Il consumo diffuso tra ados e giovani non rimanda a una rappresentazione di sé come dipendente
- Nell'esperienza dei ragazzi le condotte di abuso non costituiscono problemi da curare e tantomeno da censurare. Sono esperienze comuni condivise che fanno parte della costruzione della propria identità.

# Un lavoro in salita

- Accettare di farsi aiutare è un punto di partenza, ma soprattutto un punto di arrivo
- La domanda è contraddittoria, precaria ,instabile e soprattutto fragile
- Stare nella contraddizione,cogliere “l’attimo fuggente” della richiesta,non lasciarsi scappare la presenza pur resistente di una domanda eteroindotta
- E’ una scommessa sicuramente più vincente rispetto a una collocazione in “lista d’attesa”

# Per “agganciare” ,bisogna coinvolgere

- La motivazione si rinforza e si indebolisce in base al trattamento di cura e del modo di essere preso in cura percepito
- L'importanza di cogliere tre bisogni:
  - di riconoscimento;
  - di indipendenza e autonomia
  - di fare esperienze come prove di crescita

Le tre grandi criticità retrostanti:- le trasformazioni meno gradite del proprio corpo;-il processo di separazione individuazione;-la difficile costruzione di un se' sociale nel rapporto tra pari

Sovvengono le “dipendenze di soccorso”

# Trasgressioni dal setting tradizionale

- Il setting non è topografico, ma mentale
- E' nella testa dell'operatore, non nel perimetro dei luoghi deputati (e rassicuranti)
- La stanza dei colloqui si smaterializza e si rigenera in un altrove che può essere la condivisione di un caffè al bar, di un pranzo in struttura, di una videochiamata on line: tutte azioni che rafforzano la relazione ed acquisiscono valenza terapeutica

# Setting diffuso:tra reale e virtuale

- L' "on-line" in terapia non è solo più complementare al reale. La sua significatività è altrettanto reale.
- Comunicazioni telematiche anche brevi, senza soluzione di continuità col rapporto vis a vis.,farciscono la giornata dove la presenza fisica può risultare ingombrante
- Dopo il lockdown per il Corona virus tutti gli operatori dispongono di un cellulare di servizio
- Un Ser.d web?

# La domanda dei familiari

- Non riescono a convincere il figlio a venire in consultazione
- Arrivano dopo un lungo periodo di “fai da te” e dal fallimento dell’esperienza
- Si coglie smarrimento, ansia, impreparazione, talvolta rabbia. Un non detto che trapela: vergogna e colpa  
Il problema è la “droga”.

# Distinguere la rilevanza della problematica

- Indagare la percezione genitoriale del Q x F del consumo
- Oltre al consumo di sostanze, “il ragazzo, che altro fa?”
- La struttura di vita e lo stile di vita è dirimente
- Si aprono due opzioni: a) counselling psico educativo breve seguito da monitoraggio bi-mensile; b) presa in carico dei genitori

# La presa in carico dei genitori (1)

- Non affidarsi a “prescrizioni invariabili”
- Sfatare l’illusione delle “ricette” e dei tempi brevi di risoluzione del problema
- Colmare le lacune informative, correggere stereotipi e pregiudizi
- Lavorare sui tentativi falliti del “fai da te” genitoriale e co-apprendere dai loro errori, valorizzando le loro capacità.
- Sviluppare fiducia nel loro impegno



# La presa in carico dei genitori (2)

- Contenere e problematizzare le reazioni disfunzionali:
  - iperdrammatizzazioni
  - tentazioni e tendenze espulsive
  - ricattabilità auto-colpevolizzante
  - incapacità di aprire i conflitti
  - controlli ossessivi
  - .....
  - Strumenti: colloqui insieme/separati, gruppi multifamiliari, indicazione per terapia di coppia

# Obiettivi del lavoro con la famiglia

- Da eventuale concausa della problematica a possibile risorsa in alleanza col servizio
- Rendere la famiglia un fattore protettivo.  
Neutralizzazione dei fattori di rischio
- Capire se e come lavorare per lo “svincolo” del figlio dal contesto genitoriale

# Quando i genitori giungono al servizio con il figlio recalcitrante

- Un intervento in tre atti:
  - primo atto: misurare la conflittualità della contrapposizione simmetrica ed optare sul momento per due setting separati
  - secondo atto: privilegiare il setting col figlio, per raccogliere le ragioni della sua contrapposizione; validare e provocare il posizionamento del figlio (M, Linehan); tentare incursioni sulla insoddisfazione di sé per la possibile apertura di spazi di riflessioni non contro dipendenti
  - terzo atto: arrivare ad una mediazione familiare; accordo di compromesso su cambiamenti di comportamento reciproci. Definizione di indicatori di valutazione e verifiche a tempo della “tenuta” dell’accordo. Continua il lavoro individuale, se il ragazzo è in qualche modo “agganciato”

# La stigmatizzazione sociale

- Lo stigma è lo sfregio di una marchiatura prodotta dall'occhio di chi guarda
- OMS: la dipendenza da droghe illecite è una delle condizioni più stigmatizzate in assoluto
- Pluralità di giudizi negativi dietro il termine "tossico"
- Ricerca USA 2013: tre quarti della popolazione non socializzerebbe con una persona tossicodipendente nemmeno per due ore

# Conseguenze della stigmatizzazione sociale (Link 1989)

- Le persone dissimulano i comportamenti, si nascondono
- Si riscontra un progressivo venir meno del supporto sociale
- Peggioramento della qualità della vita
- Interiorizzazione dello stigma, con senso di colpa persecutorio che può venire esternalizzato
- L'auto-stigmatizzazione è predittiva di una maggiore gravità della dipendenza e di una maggiore durata

# Stigma e accesso ai servizi

- Lo stigma è la motivazione più citata per rifiutare un trattamento professionale (Schomerus 2012)
- Argomenti riportati in slide n. 6
- Pregiudizi di non auto-riconoscimento tra le persone coinvolte nei diversi “oggetti” della dipendenza

# Prevenzione della stigmatizzazione tra i pari d'età

- I “pari” sono i primi ad accorgersi del consumo di un compagno che diventa “pesante”
- Gli amici sono le persone con cui più ci si confida per alcol e altre droghe ( Kitchener 2006)
- Solo 3 ragazzi : 100 cercano un aiuto professionale (Lubman 2017)
- Diventa cruciale il ruolo dei compagni nell'intercettazione precoce

# Come riuscire a coinvolgerli costruttivamente?

Non tutti i pari sono disponibili (agisce su di loro lo stigma della “pericolosità sociale del drogato”)

Non tutti sono capaci di intervenire con costrutto

Bisogno di formazione sulle dipendenze in quanto malattia e tema di salute

Necessità di formazione per identificare le soglie di problematicità

Valorizzazione e potenziamento delle loro capacità di ascolto e di fare da ponte per i servizi preposti



# La clinica dello stigma

- Farsi carico, da parte dei servizi, del trattamento dello stigma interiorizzato
- Neutralizzazione delle auto-attribuzioni negative e apprendimento della capacità di gestione delle microaggressioni (Sue 2022)
- “Stop talking dirty” (Kelly 2005) per la destigmatizzazione del linguaggio a cominciare dagli ambienti socio-sanitari.
- Ad un diabetico: “ Il suo livello di glucosio è risultato elevato”. Ad un “tossico”: “Hai fatto le urine sporche!”