

2.18

“AREA GIOVANI – UNDER 25” DEL SERD DI BOLZANO: UN’ANALISI INTERNA SUL PAZIENTE GIOVANE

**Duca P.*^[1], Tommasello E.^[1], Umari T.^[1], Meraner B.^[1],
Parolari S.^[2]**

^[1]Azienda Sanitaria dell’Alto Adige - SerD ~ Bolzano ~ Italy,

^[2]Associazione Hands Onlus ~ Bolzano ~ Italy

L’analisi interna del SerD di Bolzano esplora le rappresentazioni dei pazienti under 25. Temi chiave: accesso mediato, ruolo dei familiari, diffidenza iniziale, ambivalenza al percorso di cura, centralità della relazione con gli operatori, percezione delle attività, limiti dello spazio e stigma, e tensione tra bisogno di supporto e autonomia.

Introduzione

Questo lavoro nasce dall’esigenza di comprendere la rappresentazione nei pazienti under 25 del servizio e dell’area giovani del SerD a loro dedicata in modo strutturato da un paio di anni presso il servizio di Bolzano.

L’intenzione è quella di esplorare le rappresentazioni che i pazienti elaborano riguardo all’offerta clinica ed educativa dell’area giovani del SerD, con l’obiettivo di coglierne i significati impliciti e le dinamiche relazionali che possono favorire o ostacolare la costruzione di un’alleanza ed un’efficacia terapeutica.

Conoscere il modo in cui i pazienti esperiscono il servizio è importante per orientare le risorse e utilizzare in modo ottimale gli strumenti clinici a disposizione, nonché mantenere un dialogo costante con i bisogni e il funzionamento di una popolazione clinica in costante cambiamento e fortemente sollecitata.

Il presente lavoro si fonda sul confronto interno tra operatori del servizio, primo passo e primo riflesso delle rappresentazioni dei pazienti curati presso il nostro servizio. Si è deciso di intraprendere questo progetto dedicando uno spazio alla percezione interna degli operatori delle rappresentazioni, delle aspettative, delle valutazioni sui propri pazienti, per sottolineare l’importanza della traccia che il paziente lascia sui propri psicologi, sui propri educatori, medici, assistenti sociali, infermieri, oss (operatori da ora in poi chiamati “curanti”). Ogni “curante” è il catalizzatore delle proiezioni del paziente, soprattutto di contenuti “indigesti” e difficilmente rappresentabili, con la funzione,

la revérie, di contenerli e trasformarli in qualcosa di tollerabile, pensabile (Bion, 1962).

Un ulteriore spunto di riflessione viene dalla prospettiva intersoggettiva e relazionale, per cui le “proiezioni” del paziente sono sempre co-costruire nella relazione. Questo impone al “curante” di interrogarsi sulla natura dei contenuti ricevuti dal paziente e sulla natura dei propri, che utilizza per comprendere, rielaborare, co-costruire e quindi restituire all’interno della relazione al paziente. In questo senso porsi il “problema” del punto di vista del paziente, va inteso come un tentativo di estendere la revérie ad un piano istituzionale rispetto alla cura fornite ad una intera gruppalità di pazienti.

Presupposti teorici dell’analisi interna

L’obiettivo di questo lavoro è dare fondamento ad uno studio pilota ed iniziare una ricerca mirata allo sguardo del paziente. L’introduzione è funzionale a ricordare il limite, in senso generativo e negativo, dello sguardo dei “curanti” e della funzione dei conduttori di questa riflessione e di questo progetto di ricerca.

Questo presupposto giustifica l’intenzione di procedere in questo progetto di ricerca utilizzando un quadro teorico costruttivista, in quanto funzionale al nostro quesito, poiché in questo modo s’intende la conoscenza come il risultato di un processo attivo di costruzione da parte del soggetto, piuttosto che come una mera riproduzione della realtà oggettiva (Von Glaserfeld, 1995). In quest’ottica, le rappresentazioni non sono semplici copie del mondo esterno, bensì configurazioni cognitive ed emotive attraverso le quali gli individui interpretano, organizzano e danno significato alla propria esperienza.

Nello specifico, il concetto di rappresentazione sociale (Moscovici, 1961/2005) risulta particolarmente rilevante per comprendere come i pazienti elaborino e condividano visioni soggettive e collettive del servizio. Le rappresentazioni sociali costituiscono infatti sistemi di valori, idee e pratiche che permettono agli individui di orientarsi all’interno di un contesto complesso, fungendo da griglie interpretative e da strumenti di comunicazione interpersonale. Esse svolgono la funzione di mediazione tra dimensione individuale e collettiva, consentendo la costruzione di significati condivisi. In ambito clinico, adottare una prospettiva costruttivista implica riconoscere che l’esperienza del servizio da parte dei pazienti non può essere compresa unicamente in termini oggettivi o prestazionali, ma deve essere indagata attraverso le rappresentazioni che essi costruiscono e negoziano nel corso del trattamento (Neimeyer, 2009). Queste rappresentazioni influenzano la percezione di accessibilità, l’adesione terapeutica e la qualità dell’alleanza con gli operatori, costituendo quindi un elemento cruciale per comprendere i processi di funzionamento e le criticità dei servizi sanitari dedicati a questa popolazione.

Metodo, il confronto interno

Il metodo scelto per avviare questo percorso è stato quello di partire da un confronto interno tra operatori, utilizzando come base di riflessione l'esperienza clinica diretta con i pazienti, quindi tutto il materiale derivato dall'incontro con i pazienti, i feedback, i vissuti controtransferali, le critiche, i ringraziamenti, le proteste. L'obiettivo non è stato trarre conclusioni definitive, quanto di mettere in circolo domande, impressioni, letture condivise, che possano diventare la base per una futura ricerca sul campo più strutturata.

L'indagine interna si è articolata attorno ad alcune aree. Nel seguito riportiamo le considerazioni emerse.

1. L'accesso al servizio

Come entrano i giovani nell'Area? La maggior parte non lo fa di propria iniziativa: spesso sono i genitori a spingerli, talvolta i servizi sociali o altre figure di riferimento. Più raramente si tratta di un passo autonomo o di una scelta spontanea. Questo ci porta a riflettere su quanto il primo contatto con il SerD sia segnato da una dimensione eterodiretta, che rischia di incidere sulla motivazione e sul vissuto di obbligo.

Dal nostro confronto emerge la consapevolezza che molti ragazzi arrivano al servizio non sentendosi protagonisti della decisione. Questo influenza il modo in cui percepiscono l'ingresso: non tanto come una possibilità di aiuto, quanto come un vincolo.

2. Aspettative e timori all'ingresso

Il passo successivo riguarda ciò che i giovani si aspettano di trovare. Le rappresentazioni iniziali oscillano tra due poli: da un lato il timore di controllo e giudizio, dall'altro la speranza di trovare aiuto. Alcuni ragazzi arrivano convinti di dover sottostare a regole rigide, sorvegliati da adulti che li trattano da incapaci; altri temono i farmaci o l'esposizione ai genitori; altri ancora sperano semplicemente di incontrare qualcuno che li ascolti.

Questo ci interroga sul modo in cui comuniciamo cosa è il SerD e su quanto riusciamo a trasmettere già al primo contatto un'immagine accogliente piuttosto che di sorveglianza.

3. Il primo impatto

Il primo giorno segna spesso uno spartiacque. Per alcuni è un'inedita esperienza di comprensione, di uno spazio di ascolto. Per altri sembra essere un momento di estraneità o di distacco, in cui non c'è ancora la disponibilità a fidarsi. L'accoglienza è quindi vissuta in modo ambivalente: può aprire una porta o rinforzare la distanza. Gli operatori notano come sia decisivo non solo ciò che viene detto, ma anche il clima emotivo percepito. Un ragazzo può uscire dal primo incontro con la sensazione di avere trovato uno spazio utile, oppure con l'impressione di non essere ancora pronto a lasciarsi aiutare.

4. Trasformazioni dell'esperienza

Col tempo, l'immagine del SerD cambia. In più di un caso, chi era arrivato diffidente si è reso conto di trovare un luogo più umano, fatto di operatori disponibili e capaci di reggere le difficoltà. Altri, invece, restano più scettici e faticano a riconoscere un reale beneficio, percependo il percorso come un contenimento necessario ma non trasformativo.

Questa oscillazione ci ricorda che la rappresentazione del servizio non è statica: evolve, può migliorare o irridursi, a seconda di ciò che avviene nella relazione terapeutica e nelle esperienze quotidiane.

5. La relazione con gli operatori

Su questo punto il confronto tra operatori è stato molto convergente. I ragazzi danno grande valore alla qualità della relazione. Non chiedono solo competenze tecniche, ma soprattutto presenza, ascolto autentico, capacità di non giudicare, disponibilità ad accompagnarli, tempo, tanto tempo. Quando percepiscono questo, il SerD diventa uno spazio di fiducia.

I pazienti attribuiscono valore alla qualità del rapporto con gli operatori, evidenziando bisogni legati al supporto, alla socialità, all'affettività, all'ascolto, alla fiducia e all'empatia. La letteratura conferma come la relazione terapeutica e l'alleanza costituiscano fattori predittivi fondamentali dell'esito positivo del trattamento, anche nei contesti di dipendenza (Meier et al., 2005; Bordin, 1979).

La relazione diventa quindi il cuore della rappresentazione del servizio. È in essa che i ragazzi trovano o meno motivazioni per restare, per aprirsi, per investire sul percorso.

6. L'offerta di attività

L'Area Giovani propone numerose attività: laboratori, sport, lavoro con gli animali, momenti di gruppo, accompagnamenti. Tuttavia, non tutti i ragazzi ne usufruiscono. Alcuni le apprezzano, altri le trovano poco attrattive, altri ancora non vi partecipano per difficoltà personali. In alcuni casi emerge la richiesta di proposte più vicine agli interessi giovanili.

Gli operatori si chiedono se le attività siano sempre percepite come parte integrante del percorso terapeutico o se restino marginali. C'è il rischio che diventino un "di più" che non riesce ad agganciare chi avrebbe più bisogno di un'offerta terapeutica.

7. Lo spazio fisico e il contesto

Qui emergono criticità ricorrenti. Gli spazi sono percepiti come piccoli, grigi, poco accoglienti.

L'arredamento ha l'aspetto di un ufficio pubblico, quale il servizio è, e non stimola senso di appartenenza. Inoltre, la collocazione geografica del SerD porta con sé lo stigma: essere visti entrare in questo edificio significa esporsi a giudizi. Per alcuni giovani questa visibilità diventa un ostacolo forte.

Nonostante piccoli miglioramenti estetici, lo spazio

resta vissuto come limite più che come risorsa. Questo ci interroga su quanto l'ambiente fisico e simbolico incida sull'accesso e sulla continuità del percorso.

Dal punto di vista fisico, lo spazio appare respingente a causa della limitata disponibilità degli ambienti, della scarsa gradevolezza e della collocazione geografica del servizio nella città di Bolzano. Dal punto di vista simbolico, invece, il SerD risente dello stigma e del pregiudizio sociale legato al consumo di sostanze, che contribuiscono a rendere complesso l'accesso al servizio e a caricarlo di vissuti negativi, nonostante l'esperienza successiva di presa in carico venga spesso descritta dai pazienti come riparativa. In questo senso, lo stigma potrebbe rappresentare un ulteriore rinforzo negativo che si aggiunge alle difficoltà già presenti nell'accesso ai servizi di aiuto (Corrigan, 2004).

Tale vissuto si inserisce in un quadro più ampio in cui adolescenti e famiglie in condizione di fragilità tendono ad affrontare con ambivalenza e disagio il ricorso a un servizio specialistico, soprattutto quando esso è esplicitamente rivolto a problematiche di dipendenza. Ne consegue che diventa prioritario ridurre al minimo ogni ostacolo, sia materiale sia simbolico, che possa ulteriormente limitare l'accessibilità alle cure (WHO, 2010).

8. Dipendenza e autonomia

Sotto la superficie, ciò che colpisce è la tensione costante tra bisogno di dipendenza e ricerca di autonomia.

Molti ragazzi non riescono ad avvicinarsi da soli, dipendono ancora molto da figure familiari. Anche nel percorso con il servizio, la relazione con gli operatori è vissuta come "base sicura" che contiene ma, al tempo stesso, rischia di rallentare i processi di autonomia. Un elemento di particolare interesse riguarda la ricorrenza, in anamnesi, di traiettorie evolutive segnate da un progressivo incremento della dipendenza dal contesto familiare, piuttosto che da un processo di differenziazione e autonomizzazione. In altre parole, là dove i compiti di sviluppo tipici dell'adolescenza – tra cui la sperimentazione dell'autonomia, la costruzione dell'identità e la messa in discussione delle figure adulte di riferimento (Erikson, 1968; Blos, 1967) – dovrebbero condurre a un graduale processo di separazione-individuazione, nei pazienti con problematiche di tossicodipendenza tali compiti risultano sospesi o congelati.

Ci troviamo quindi davanti a un paradosso: da un lato il bisogno di essere sostenuti, dall'altro la necessità di crescere. È in questa tensione che si gioca gran parte del lavoro terapeutico.

Si osserva, invece, la riattivazione di un'alleanza intensa e pervasiva con la famiglia, che appare al tempo stesso conflittuale e ambivalente. Questo fenomeno può essere letto in continuità con le teorie della dipendenza familiare nei disturbi di personalità e nelle tossicodipendenze, secondo cui la sostanza e il legame

familiare finiscono per assumere funzioni simili di regolazione emotiva e di mantenimento della stabilità psichica (Minuchin, 1974; Stanton & Todd, 1982). Il giovane tossicodipendente, di fronte alla gravità della propria condizione e alla percezione della vita come "a rischio", tende dunque a mantenere o ricercare costantemente un focus relazionale con la famiglia, investendola della funzione di protezione e di "salvezza". Questa dinamica, se da un lato fornisce un contenimento psichico e affettivo, dall'altro ostacola il normale percorso di individuazione e crescita, impedendo l'assunzione di responsabilità e la costruzione di un'autonomia funzionale. Essa rappresenta pertanto un nodo cruciale da esplorare attraverso ulteriori approfondimenti, al fine di comprendere in che modo la dipendenza relazionale interagisca con quella tossicomanica e con la possibilità di sviluppo evolutivo.

Conclusione – verso una ricerca sul campo

Il confronto interno ci ha aiutati a riconoscere alcuni nodi centrali:

- L'accesso quasi sempre mediato da altri.
- L'impatto iniziale segnato da diffidenza e timore.
- La relazione con gli operatori come fulcro della rappresentazione.
- Le attività percepite in modo diseguale.
- Lo spazio fisico e lo stigma come ostacoli reali.
- La tensione tra dipendenza e autonomia come filo rosso. Alla luce di queste riflessioni, si intende nei prossimi mesi avviare una ricerca sul campo, che indaga le rappresentazioni dei pazienti sul servizio, coinvolgendo gli stessi come soggetti di una ricerca. A questo scopo, proponiamo di costruire un questionario mirato, che tocchi le seguenti aree:
 - Modalità di accesso e motivazioni dell'arrivo.
 - Aspettative iniziali e percezione del primo contatto.
 - Evoluzione dell'esperienza nel tempo.
 - Qualità della relazione con gli operatori.
 - Utilizzo e percezione delle attività.
 - Vissuto degli spazi e dello stigma legato al luogo.
 - Bisogno di dipendenza e desiderio di autonomia.
 - Quale ruolo per i familiari.

 SerD Bolzano

Area giovani-

under 25 del serD di Bolzano:
un'analisi interna sul paziente giovane

L'analisi interna del SerD di Bolzano esplora le rappresentazioni dei pazienti under 25.

Temi chiave: accesso mediato, ruolo dei familiari, diffidenza iniziale, ambivalenza al percorso di cura, centralità della relazione con gli operatori, percezione delle attività, limiti dello spazio e stigma, e tensione tra bisogno di supporto e autonomia.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Moscovici, S. (2005). *Le rappresentazioni sociali* (a cura di F. Giannini). Il Mulino. (Opera originale pubblicata nel 1961)
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. Routledge.
- Von Glaserfeld, E. (1995). *Radical constructivism: A way of knowing and learning*. RoutledgeFalmer.
- World Health Organization. (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. WHO Press.

1. L'accesso al servizio	2. Aspettative e timori all'ingresso
<ul style="list-style-type: none"> • L'ingresso dei giovani al SerD è spesso eterodiretto: avviene su spinta di genitori o servizi sociali. • Raramente la scelta è autonoma, il che incide sulla motivazione e sulla percezione di obbligo. • Molti ragazzi non si sentono protagonisti della decisione, vivendo l'accesso più come vincolo che come opportunità. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le rappresentazioni oscillano tra paura di controllo/guidizio e speranza di aiuto. • Timori frequenti riguardano regole rigide, farmaci o l'esposizione ai genitori. • Comunicare un'immagine accogliente del SerD è cruciale per favorire un primo contatto positivo.
3. Il primo impatto	4. Trasformazione esperienza
<ul style="list-style-type: none"> • Il primo giorno può aprire spazi di ascolto o rinforzare distanza e diffidenza. • L'accoglienza è vissuta in modo ambivalente, tra curiosità e chiusura. • Il clima emotivo percepito è decisivo per costruire fiducia e motivazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Col tempo, l'immagine del SerD può evolvere da diffidenza a percezione positiva. • Alcuni riconoscono un ambiente umano e disponibile; altri restano scettici. • L'esperienza terapeutica è dinamica e dipende dalla qualità della relazione e delle interazioni quotidiane
5. La relazione con gli operatori	6. L'offerta di attività
<ul style="list-style-type: none"> • I giovani attribuiscono grande valore alla qualità relazionale, più che alle sole competenze tecniche. • Cercano ascolto autentico, empatia, presenza e continuità nel tempo. • La relazione è il cuore del percorso: costruisce fiducia e sostiene la permanenza nel servizio. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Area Giovani propone laboratori, sport, gruppi e altre attività, con adesione variabile. • Alcuni ragazzi le apprezzano, altri le percepiscono come poco attrattive o marginali. • Serve un'offerta più personalizzata e integrata nel percorso terapeutico.
7. Lo spazio fisico e il contesto	8. Dipendenza e autonomia
<ul style="list-style-type: none"> • Gli ambienti sono spesso percepiti come freddi, poco accoglienti e stigmatizzanti. • La collocazione geografica espone i giovani a giudizi sociali, diventando un ostacolo all'accesso. • Lo spazio fisico e simbolico influenza fortemente sull'accoglienza e sulla continuità terapeutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emerge una tensione tra bisogno di sostegno e necessità di crescita autonoma. • Molti ragazzi mantengono forti legami di dipendenza familiare, che forniscono contenimento ma ostacolano l'individuazione. • Questa dinamica rappresenta un nodo centrale del lavoro terapeutico, intrecciando dipendenza relazionale e tossicomaniaca.