

GUIDA PER GENITORI ED INSEGNANTI



L'ASCOLTO DEL DISAGIO IN ADOLESCENZA



INDICE

PREMESSA	5
INTRODUZIONE	9
• La famiglia	11
• La scuola	12
• Il gruppo dei coetanei	13
• Alcuni suggerimenti per la lettura	14
1 IL BULLISMO	15
2 LE CONDOTTE RISCHIOSE	19
3 I COMPORAMENTI VIOLENTI	23
4 LE DIPENDENZE: ALCOOL E DROGHE	26
5 LA FUGA DA CASA	30
6 SUICIDIO E TENTATIVI DI SUICIDIO	34
7 A CHI RIVOLGERSI: PER PREVENIRE, PER AIUTARE	39
Bibliografia generale	42
Note	44
Telefono Azzurro	45

A cura di Barbara Forresi

Con la collaborazione di: Vera Cuzzocrea, Anna Rita Lissoni, Tiziana Liverani, Giovanni Lopez, Paola Terenzi, Irene Trobia.

Progetto grafico e impaginazione

Ars Media snc • 00199 Roma • Via Orvinio, 2 • Tel. e fax 06.86202728
www.arsmedia.org • arsmidia@arsmedia.org

Stampa

Marzo 2002 • Sallustiana Editrice • 00186 Roma • Piazza Grazioli, 6
Tel. 06.6795173 • Fax 06.6795271
www.sallustiana.it • sallustiana@tiscalinet.it

**HO FAME
DI AFFETTO**

*“Salute mentale è il modo in cui pensiamo,
sentiamo ed agiamo.
E’ il modo in cui guardiamo a noi stessi,
alle nostre vite, alle persone che ci circondano.
E’ il modo in cui valutiamo
le possibilità che ci si presentano
ed operiamo delle scelte”*
CENTER FOR MENTAL HEALTH SERVICES

PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solamente nell'assenza di malattie o di infermità, ma è strettamente correlato ad una crescita armonica ed alla capacità di esprimere un progetto di vita. Come quella fisica, la salute mentale è importante in ogni momento dello sviluppo: ne influenza l'andamento ed il percorso futuro.

L'adolescenza, periodo di rapide trasformazioni sul piano fisico, psicologico e relazionale rappresenta una fase particolarmente delicata dello sviluppo: molte sono le sue potenzialità e le sue risorse, ma elevato è il rischio di perturbazioni sia intrapsichiche che interpersonali.

Le espressioni del disagio adolescenziale possono essere molteplici, in relazione alle caratteristiche di personalità ed ai diversi contesti socio-familiari. Così, se ad un estremo del continuum troviamo tutte quelle forme di reazione “internalizzate” (come depressione, disturbi d'ansia, anoressia nervosa e bulimia, etc.), all'estremo opposto vi sono le forme “esternalizzate”: comportamenti che turbano gli equilibri familiari, scolastici e sociali, come la commissione di reati o l'abuso di sostanze, che non sempre implicano nell'adolescente la consapevolezza di una sofferenza, ma costituiscono campanelli d'allarme per gli adulti che li osservano¹.

Queste ultime forme di disagio possono manifestarsi come fallimento scolastico o bullismo; come ricerca esasperata di stimoli intensi e sensazioni forti (in letteratura si parla di *sensation seeking*); come abuso di droghe o di alcool, come violenza, fuga e suicidio².

La comprensione di queste forme di disagio è affidata a tutta una serie di fattori individuali – anche biologici - familiari e sociali³: esse sono il risultato degli effetti cumulativi ed interattivi dei fattori di rischio e della crisi dei fattori protettivi, che variano in funzione del momento, della situazione e degli individui. Le società occidentali, però, si trovano in difficoltà di fronte a chi delinque, abusa di sostanze, rischia la propria vita in comportamenti pericolosi o com-

pie atti di bullismo scolastico⁴. Il rischio è che sull'interesse del bambino e dell'adolescente prevalgano esigenze di tutela della società; che il disagio adolescenziale venga interpretato come un "problema sociale", la cui soluzione sia affidata al sistema giudiziario anziché a quello sanitario.

Tutto ciò indica la necessità, condivisa e sostenuta dal Telefono Azzurro, di riappropriarsi di queste manifestazioni del disagio adolescenziale in un'ottica di salute mentale. La prevenzione, in questo senso, è tanto ardua quanto necessaria. In primo luogo l'adolescenza non è una malattia ma soltanto una fase evolutiva che, in virtù delle sue caratteristiche peculiari, è particolarmente esposta al rischio di perturbazioni, comunque non generalizzabili ad ogni individuo. In secondo luogo, il disagio adolescenziale si manifesta attraverso una serie di segnali che possono essere colti dalle figure di riferimento (genitori, insegnanti, etc.) ed affrontati direttamente o nelle sedi più adeguate. Per citarne solo alcuni: improvvisi cambiamenti nel ritmo sonno/veglia e nell'alimentazione, un improvviso e marcato crollo del rendimento scolastico, umore depresso, aggressività ed autolesionismo⁵.

Se non individuati per tempo o male interpretati, le difficoltà sottostanti possono accrescersi, lo sviluppo e l'integrazione sociale essere irrimediabilmente compromessi. Per questo motivo la rilevazione dei segnali di disagio deve riguardare e coinvolgere ogni elemento della rete sociale ed essere multidisciplinare, comprendendo sia fattori socioculturali che psicologici, in un'ottica evolutiva. Quando la rete sociale in cui vive l'adolescente è sufficientemente sensibile ai segnali di disagio che manifesta, è possibile intervenire in suo aiuto con diverse forme di sostegno, sia specializzato (pediatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, assistente sociale presso ASL, Ser.T, servizi di consulenza 24 ore su 24, etc.), che informale ed educativo, come quello che possono fornire genitori, insegnanti ed amici.

La prevenzione è dunque possibile, a condizione che esista un sistema (familiare e sociale) attento ai segnali del disagio, ma anche capace di promuovere risorse, potenzialità, competenze: si parla oggi di *life skills* (o abilità di vita) e *qualità della vita*⁶, la cui promozione contribuisce ad un armonico sviluppo personale e sociale, ma anche alla salvaguardia dei diritti umani⁷.

Occorre, dunque, rivolgere maggiore attenzione non solo alle conseguenze del disagio, ma anche alle numerose variabili che aumentano la vulnerabilità del bambino (fattori di rischio) ed alle risorse sulle quali far leva per prevenire gli effetti negativi connessi al disagio adolescenziale (fattori di protezione). E' necessario promuovere e valorizzare, in accordo con i principi contenuti nella *Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo* (1989), sia il ruolo della famiglia, con funzione di indirizzo, mediazione e responsabilizzazione, che quello degli organismi sociali, in particolare la scuola, nel promuovere, riconoscere, tutelare e proteggere bambini e adolescenti.

E' per questo motivo che la campagna promozionale *Aprile Azzurro* viene quest'anno accompagnata dalla distribuzione di un opuscolo sul tema del disagio adolescenziale, che segue a quelli sulla depressione nell'infanzia e sulle vittime di traumi. Spunto di riflessione sono le numerose telefonate che quotidianamente giungono alle linee del Telefono Azzurro, che testimoniano nei giovani un crescente bisogno di ascolto e, negli adulti, la ricerca di strumenti conoscitivi e di un confronto sulle possibili risposte ad un disagio che può manifestarsi in forme difficilmente riconoscibili.

L'opuscolo è rivolto, come i precedenti, a genitori ed insegnanti, con l'obiettivo non solo di rispondere alle loro esigenze, fornendo indicazioni e suggerimenti operativi, ma anche di stimolare una visione critica del fenomeno, dei possibili interventi e della sua prevenzione.

Prof. Ernesto Caffo

Presidente di Telefono Azzurro

INTRODUZIONE

“L'importante non è
quello che si fa di noi,
ma quello che facciamo noi stessi
di ciò che hanno fatto di noi”

J.P. SARTRE

Nel 2001 sono state 2740 (ossia il 47% del numero totale) le richieste di aiuto pervenute al Telefono Azzurro da parte di adolescenti. Di queste, circa il 20% presentava situazioni di disagio: problemi relazionali con i coetanei, difficoltà in ambito scolastico, fughe da casa, interruzioni di gravidanza, problematiche relative all'uso di sostanze stupefacenti e intenzioni suicidarie.

Relativamente all'età, sono stati dodicenni, tredicenni e quattordicenni a prevalere nel numero delle richieste di aiuto: in particolare i quattordicenni costituiscono l'età più rappresentata tra gli adolescenti. Le adolescenti sono state i soggetti su cui più frequentemente si è concentrato l'aiuto di Telefono Azzurro: forse perché maggiormente bisognose di confidarsi, di confrontarsi ed essere sostenute da persone adulte; forse per una maggiore autonomia nell'individuazione di un problema e nella richiesta di aiuto, o perché più introspettive e capaci di verbalizzare i propri vissuti.

Le richieste di aiuto giunte a Telefono Azzurro testimoniano come il disagio degli adolescenti⁸ stia emergendo negli ultimi anni come un fenomeno preoccupante, soprattutto nei paesi occidentali industrializzati e culturalmente evoluti, arrivando ad assumere il volto di una vera e propria patologia sociale. Al di là della normale perturbazione che caratterizza questa fase dello sviluppo - che deriva dal dover rispondere a tutta una serie di compiti evolutivi finalizzati alla costruzione di un'identità autonoma - fattori ambientali e sociali, potremmo dire epocali, contribuiscono oggi al particolare vissuto di crisi di molti adolescenti. Da un lato sistemi produttivi che inducono a consumi sfrenati e prospettano modelli di vita ad alto tenore economico, hanno messo in crisi la società attraverso la creazione e l'aumento di aspettative e bisogni negli individui, senza fornire loro gli strumenti ed i mezzi adeguati per soddisfarli. Dall'altro lato, i conflitti generazionali, la disgregazione del nucleo familiare, la carenza di adeguati sistemi scolastici ed educativi, la perdita della capacità di aggregazione da parte delle istituzioni religiose e laiche, hanno sicuramente contribuito a generare una perdita di punti di riferimento validi per gli adolescenti e per gli adulti che dovrebbero guidarli. Si parla di un vuoto, dell'influenza spesso negativa dei mass media, di una mancanza di autorevolezza negli adulti, intesa come punto di riferimento per gli adolescenti, di famiglie multiproblematiche, della difficoltà di accedere alle risorse del territorio.

Esistono certamente molteplici manifestazioni del disagio adolescenziale. Alcune sue forme trovano una collocazione - anche se provvisoria data la continua evoluzione dell'adolescente - nella psicopatologia (depressione, disturbo d'ansia, anoressia, bulimia, disturbi di personalità, etc.) e rappresentano una sofferenza rivolta "verso l'interno", un ripiegamento su se stessi. Ci sono poi forme di disagio - ed è di queste che ci occuperemo nel presente opuscolo - rivolte "verso l'esterno" (di qui il termine esternalizzate, utilizzato dagli esperti), che si manifestano in un comportamento o in una serie di comportamenti. Si tratta, per lo più, di comportamenti a rischio, di ribellione, di sfida, di sopraffazione, di devianza, di fuga o di completa rinuncia.

Ciò che accomuna queste manifestazioni di disagio adolescenziale, espressioni di una posizione conflittuale, è che appaiono all'adulto cariche di valenze negative. Questi giudizi, inoltre, facilmente si trasferiscono dal comportamento al soggetto che l'ha posto in essere, etichettato come ribelle, deviante, antisociale. Con sempre maggiore difficoltà ci si ricorda che si tratta di adolescenti e si invoca la giustizia come panacea per ogni problema.

Affrontare il tema del disagio adolescenziale in un opuscolo sulla salute mentale rivolto a genitori ed insegnanti vuol dire, allora, restituire a queste problematiche una dimensione ed una valenza psicologica e neuropsichiatrica. Vuol dire affiancare uno sguardo preventivo, di ascolto e di aiuto ad atteggiamenti ed orientamenti repressivi. Significa, infine, non vedere l'adolescente esclusivamente in termini deficitari, ma guardare con occhi positivi al modo in cui può contribuire alla famiglia e alla società, riconoscere e promuovere le sue risorse, identificare il potenziale che rappresenta. L'adolescenza, ben lungi dall'essere una "malattia", come vorrebbero far credere coloro che ne enfatizzano gli aspetti critici, costituisce un importante momento di cambiamento e di evoluzione praticamente su tutti i fronti.

È un serbatoio ricco di potenzialità che si esprimono proprio nelle relazioni più significative: quelle con i familiari, con i coetanei, con gli insegnanti, etc. In tal senso è opportuno riconoscere queste energie, confrontarsi con gli adolescenti, con disponibilità all'ascolto, valorizzando le differenze di cui sono promotori.

Poiché però "il funzionamento ed il benessere psicologico di un bambino sono altamente dipendenti dall'ambiente familiare e scolastico all'interno del quale vive"⁹; e poiché la prevenzione dei disturbi esternalizzati sembra dipendere anche dalla famiglia, dalla rete dei coetanei e dall'ambiente scolastico¹⁰, occorre valorizzarli sia per le risorse che presentano sia per le opportunità che possono offrire.

LA FAMIGLIA

Un genitore può sentirsi confuso di fronte ai numerosi cambiamenti che si verificano nel proprio figlio adolescente. Può non comprendere la sua ricerca di indipendenza, la sua rabbia rispetto alle regole imposte, il senso di stranezza relativo ad un corpo che cresce¹¹. *Perché possa prendersi cura del figlio, necessita di conoscenze, di abilità, di motivazione e di supporto*¹². Ha bisogno innanzitutto di sapere quali possano essere i segnali di disagio del proprio figlio, imparando a riconoscerli.

Nel corso dell'adolescenza possono essere molti gli eventi stressanti (o percepiti come tali)¹³:

- difficoltà scolastiche;
- pensieri e sentimenti negativi su se stessi;
- cambiamenti nel proprio corpo;
- difficoltà relazionali con gli amici o con i compagni di classe;
- un ambiente di vita non adeguato;
- separazione o divorzio dei genitori;
- malattie croniche o gravi in famiglia;
- la morte di una persona amata;
- cambiamenti di casa o di scuola;
- aspettative eccessivamente elevate;
- problemi finanziari in famiglia.

Alcuni adolescenti possono non essere ancora in grado di gestire l'ansia che si associa a questi eventi. Occorre, allora, che un genitore valuti attentamente i seguenti segnali (aspecifici) di disagio¹⁴:

- evidente peggioramento nell'andamento scolastico;
- incapacità di far fronte alle difficoltà quotidiane;
- marcati cambiamenti nei ritmi sonno/veglia o nell'alimentazione;
- continue lamentele fisiche (mal di testa, mal di pancia, etc.);
- duraturo umore negativo, spesso accompagnato da scarso appetito, difficoltà nel sonno o pensieri di morte;
- abuso di alcool o droghe;
- intensa paura di diventare obesi, non associata ad un effettivo soprappeso;
- incubi persistenti;
- minacce di comportamenti dannosi per sé o per altri;
- autolesionismo o comportamenti distruttivi;
- minacce di fuga;
- violazione di regole e dei diritti degli altri, opposizione all'autorità; furti o vandalismo;
- pensieri, sentimenti, comportamenti inusuali.

Evidenze scientifiche sul tema della prevenzione primaria del disagio adole-

scienze hanno mostrato, inoltre, come un buon adattamento nel periodo dell'adolescenza sia associato a relazioni genitori-figli caratterizzate da accettazione (calore, supporto, cura ed affetto) ed un fermo controllo (disciplina, supervisione, monitoraggio)¹⁵. In particolare sono stati identificati quali *fattori protettivi familiari per disturbi internalizzati ed esternalizzati*¹⁶:

- relazioni familiari caratterizzate da calore ed affetto;
- buone capacità di cura ed elevate capacità di sostegno;
- buone capacità di controllo e supervisione;

Non sorprende che estrema freddezza, ostilità, rifiuto da parte dei genitori ed elevati livelli di conflittualità genitoriale contribuiscano all'aumento dello stress emozionale, a peggiori risultati scolastici, aggressività e comportamenti antisociali nei figli. Al contrario, relazioni familiari di affetto si associano ad una buona autostima, ad un più elevato sviluppo morale e ad una maggiore competenza cognitiva¹⁷.

Occorre anche che un genitore sia attento, fin dall'infanzia, alla salute fisica del figlio e gli garantisca un sano ambiente di vita; che sia in grado di trasmettergli abilità sociali, di comunicazione e di risoluzione dei problemi; che gli offra punti di riferimento e valori, consentendogli di prevedere l'esito delle proprie azioni e quindi di ipotizzare il futuro, prossimo e lontano. La mancanza di un sistema di significati può portare, infatti, ad una perdita della dimensione progettuale e alla costruzione di un senso solo nel contingente del "qui ed ora", perdendo di vista la propria storia, oltre che la dimensione futura della vita.

E' necessario, infine, che i genitori conoscano il territorio all'interno del quale vivono: le sue risorse (circoli ricreativi, luoghi di aggregazione e di volontariato, etc.), ma anche i servizi di sostegno e cura presso i quali cercare aiuto nei momenti di necessità.

LA SCUOLA

La scuola costituisce l'esperienza sociale maggiormente in grado di condizionare non solo la rappresentazione che lo studente costruisce di se stesso, ma più in generale il suo progetto di vita: come uno specchio, aiuta l'adolescente a vedersi, a rappresentarsi, a scoprire i propri limiti e le proprie risorse, a definirsi.

In molte ricerche viene sottolineata la relazione tra esito problematico della prestazione scolastica ed elaborazione di un'immagine negativa di se stessi e della scuola; di contro viene annoverato tra i più importanti fattori protettivi del disagio adolescenziale, il legame con gli insegnanti e con i compagni¹⁸.

La scuola si trova, però, in molte occasioni, a fronteggiare da sola i fenomeni di sofferenza adolescenziale, di disagio, di trascuratezza, senza un vero

coinvolgimento di tutti i protagonisti che sul territorio entrano a far parte dell'educazione del soggetto. La solitudine e la carenza di strumenti spesso impediscono di dare risposte adeguate al disagio.

Si discute dell'opportunità che la scuola preveda programmi di sviluppo delle abilità sociali e dei comportamenti prosociali¹⁹ al fine di fornire agli adolescenti maggiori strumenti per far fronte ai compiti dello sviluppo connessi con l'esperienza scolastica, poi estendibili anche ad altri contesti. Questo potrebbe diventare un obiettivo importante della vita scolastica, specialmente in considerazione del fatto che le difficoltà comportamentali-relazionali all'interno della scuola stanno aumentando in modo costante. L'isolamento, il rifiuto di ogni contatto, i conflitti interpersonali, rappresentano esperienze cariche di rischio per lo sviluppo adolescenziale.

IL GRUPPO DEI COETANEI

Tra i fattori ambientali che hanno un forte impatto sul pensiero e sui comportamenti di un adolescente e che contribuiscono alla sua salute mentale, assumono un rilievo particolare i coetanei.

Gli amici, oltre ad essere compagni nei momenti ludici ed interlocutori privilegiati per racconti e confidenze, costituiscono una delle fonti primarie di *supporto sociale*, proteggendo (come numerose ricerche hanno dimostrato) dagli esiti psicopatologici di eventi traumatici: ad esempio in caso di divorzio genitoriale o in presenza di difficoltà scolastiche²⁰.

Gli adolescenti che hanno pochi amici, o che con difficoltà instaurano relazioni d'amicizia, non possono accedere ad innumerevoli risorse utili per la crescita. Il gruppo dei pari costituisce, infatti, uno dei contesti di riferimento, di crescita ed esperienziali più significativi. I coetanei forniscono esempi su come trattare i propri genitori; consentono di sviluppare un proprio vocabolario, di accrescere le proprie abilità verbali, cognitive e di ragionamento; insegnano a gestire ed esprimere sentimenti quali amore, rabbia, preoccupazione, o altre emozioni. All'interno di un gruppo si può imparare a combattere per i propri diritti e si può accrescere la propria autostima. Gli adolescenti con una più vasta rete sociale, che frequentano un numero maggiore di gruppi ed associazioni, sembrano, inoltre, sviluppare maggiori indipendenza e senso critico ed un migliore adattamento.

L'adolescente, inoltre, si riconosce nei valori, nei miti, nelle "leggende" elaborate dal gruppo stesso, relativamente a tematiche che sono pregnanti per il suo sviluppo: gli ideali, la sessualità, i sentimenti, il rapporto con il mondo degli adulti, il rapporto con le regole sociali, familiari e scolastiche, i progetti per il futuro, l'ideazione di percorsi di autonomia individuale. L'adesione a questi valori/percorsi portano il singolo individuo all'affermazione nel gruppo e allo stesso tempo al confronto/scontro con le individualità degli altri. La costruzio-

ne di linguaggi comuni, di codici e di simboli portano i gruppi a creare delle vere e proprie sub-culture, all'interno delle quali i singoli individui crescono e si riconoscono.

Secondo alcuni studi, all'origine di numerose forme di disagio adolescenziale (depressione, disturbi della condotta, comportamenti a rischio e violenza, etc.) è possibile rintracciare un rifiuto da parte del gruppo dei coetanei nell'infanzia²¹. Occorre, dunque, che genitori ed insegnanti, nell'infanzia come nell'adolescenza, promuovano positive abilità sociali e rinforzino modalità relazionali non aggressive nei giovani, favorendone l'appartenenza a gruppi. Dal momento, però, che la letteratura annovera l'inserimento in determinati gruppi giovanili tra i possibili fattori di rischio per la salute mentale in adolescenza (in particolare per comportamenti violenti e antisociali), è importante che genitori ed insegnanti siano sempre attenti alle amicizie del figlio/studente.

ALCUNI SUGGERIMENTI PER LA LETTURA

A questo punto vi proponiamo alcune riflessioni utili alla lettura dell'opuscolo. Innanzitutto occorre ricordare che i confini del normale e del patologico, del normale e del deviante, difficili da determinare in generale, nell'adolescenza sono particolarmente sfumati. Una certa quota di disagio in questa fase dello sviluppo è accettabile e rientra nella normalità.

In secondo luogo, le differenti forme di disagio che distingueremo nel corso dell'opuscolo rispondono più ad esigenze di esposizione che alla realtà del fenomeno: può accadere, infatti, che alcune di esse siano compresenti, con maggiore o minore intensità.

Occorre, infine, distinguere tra comportamenti occasionali e stabili schemi di comportamento problematico. Ricerche sul tema mostrano come le sperimentazioni occasionali²² siano estremamente diffuse nel corso dell'adolescenza: se è vero che la maggior parte degli adolescenti almeno una volta ha fatto uso di alcolici e si è ubriacata, o ha messo in atto un comportamento riconosciuto dalla legge come reato (anche solo salire su un mezzo pubblico senza biglietto), è altrettanto vero che pochi svilupperanno problemi di alcolismo o entreranno in percorsi criminali.

1. IL BULLISMO

UN CASO

A., di 14 anni, chiama con tono molto agitato, conseguentemente a ciò che le è capitato in autobus, andando a scuola. Sul pullman, una ragazza sua coetanea, l'ha minacciata e, successivamente, arrivate nell'atrio della scuola, l'ha presa a calci e pugni. In seguito a questo episodio, A. si è rivolta al preside, pur con il forte timore di essere ulteriormente colpita e punita per "aver fatto la spia".

DEFINIZIONE

La parola italiana "bullismo" deriva dal termine inglese "bullying", comunemente utilizzato dalla letteratura scientifica internazionale sull'argomento. L'origine della parola inglese si riferisce ad un gruppo o ad una persona implicati in atti di intimidazione e danneggiamento verso un soggetto più debole.

Da questo tipo di definizione emerge la *natura relazionale* del fenomeno, che implica alcune caratteristiche riconosciute dagli studiosi: l'intenzionalità degli atti di prevaricazione, la persistenza nel tempo di tali manifestazioni aggressive e la natura asimmetrica della relazione che intercorre tra il bullo e la vittima, in virtù della quale il bullo infligge continue sofferenze e la vittima subisce senza avere la possibilità di reagire e di ribellarsi.

Possono essere inserite in questa definizione sia le azioni perpetrate da un gruppo di individui che da un singolo. Il bersaglio del bullismo può essere un singolo individuo - la vittima - o un gruppo di persone; in ambito scolastico è, comunque, in genere, uno studente. Il fenomeno interessa un'età che va dai 7-8 anni, ai 14-16 anni.

I primi studi europei sul bullismo sono rintracciabili fin dalla fine degli anni Sessanta e dagli inizi degli anni Settanta, in Svezia, ad opera di Heinemann, 1972 e Olweus, 1973.

Riportiamo, per iniziare ad ampliare la nostra trattazione, proprio la definizione che viene data da Olweus, per identificare il bullismo in termini generali: "Uno studente è oggetto di azioni di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni"²³.

Il bullismo si manifesta in due forme principali: il *bullismo diretto* prevede delle azioni apertamente aggressive nei confronti della vittima, di tipo *fisico* (pugni, calci, violazione delle proprietà) e *verbale* (insulti, derisioni, stigmatizzazioni razziali o di difetti fisici). Il *bullismo indiretto*, caratterizzato dall'isolamento sociale e dall'esclusione dal gruppo intenzionalmente agiti, prevede offese, calunnie, pettegolezzi.

In ogni caso si tratta di una forma di oppressione estrema, in cui la giovane vittima sperimenta una condizione di profonda sofferenza, di grave svalutazione della propria identità, di crudele emarginazione.

Il bullo a scuola, se non viene scoraggiato tempestivamente, ha maggiori probabilità dei suoi compagni di entrare in conflitto con l'ordinamento delle leggi. Mentre la vittima, se non viene protetta opportunamente, ha maggiori probabilità dei suoi compagni di chiudersi in se stessa e di cedere allo sconforto della solitudine e dell'impotenza.

Oltre alle vittime e agli aggressori, troviamo figure collaterali che rivelano ancor più la valenza collettiva del fenomeno: i sostenitori del bullo o i difensori della vittima, che partecipano comunque all'instaurarsi delle dinamiche relazionali complessive dei rituali aggressivi.

I FATTORI DI RISCHIO NELLA RELAZIONE BULLO-VITTIMA

- Mancanza di un adeguato sviluppo di alcune delle potenzialità evolutive;
- rigidità nella distribuzione dei ruoli nell'ambiente scolastico;
- rilevanza del gruppo-classe nella costruzione delle regole e dei ruoli bullo-vittima;
- contesto relazionale scolastico chiuso e problematico;
- cristallizzazione in comportamenti di gruppo rituali, ripetitivi e negativi;
- mancanza o inadeguatezza degli interventi degli adulti (sia a scuola che in famiglia).

GLI INDICATORI COMPORTAMENTALI NELLA VITTIMA

- Mancanza di un adeguato sviluppo autoperceptivo positivo;
- mancanza di autostima e di rinforzo personale;
- mancanza di comportamenti assertivi e incapacità di imporsi nel gruppo dei pari;
- fragilità emotiva;
- bisogno di protezione e carenza di autonomia;
- ansietà;
- depressione;
- disagio comportamentale;
- abbandono scolastico;
- intenzi suicidari e suicidio nei casi più gravi.

GLI INDICATORI COMPORTAMENTALI NEL BULLO

- Mancanza di comportamenti di autocontrollo pulsionale;
- insensibilità verso l'altro e mancanza di comportamenti empatici e prosociali;
- difficoltà ad accettare e rispettare le regole;
- manifestazione di comportamenti aggressivi persistente e di lunga durata;

- manifestazione frequente di comportamenti impulsivi;
- cristallizzazione nell'unico ruolo che egli conosce utile alla socializzazione.

GLI INTERVENTI

Il bullismo risulta in Italia un fenomeno di proporzioni preoccupanti, addirittura più ampie che altrove, seppure con distinzioni geografiche. Circa il 40% di studenti di scuola elementare e il 28% di studenti di scuola media dichiara di aver subito delle prepotenze "qualche volta o piuttosto spesso", mentre il 20% e il 15% dichiara di aver inflitto prepotenze ad altri compagni con la stessa frequenza²⁴. I dati e le connotazioni del fenomeno sono allarmanti e richiedono azioni tempestive sia da parte della scuola che da parte della famiglia, tenendo presente che il fenomeno è complesso e le cause che lo determinano sono molteplici: le caratteristiche personali, i modelli familiari, gli stereotipi imposti dai mass media, la scuola talvolta poco attenta alle dinamiche relazionali tra ragazzi, la mancanza di interventi mirati a promuovere negli studenti comportamenti di solidarietà basati sull'empatia e la capacità di capire il punto di vista dell'altro. Il mondo degli adulti dovrebbe essere perciò più presente, innanzi tutto nell'individuare precocemente queste forme di disagio, con la preoccupazione di incidere con azioni e progetti educativi sulle dinamiche relazionali che favoriscono l'insorgenza e il consolidamento dei comportamenti aggressivi e violenti.

SUGGERIMENTI PER LA FAMIGLIA

- Essere attenti ad eventuali cambiamenti nel comportamento quotidiano dei figli;
- essere disponibili ad ascoltare i racconti dei figli relativi alla vita scolastica e nel gruppo;
- non sottovalutare o banalizzare episodi di disagio relazionale tra coetanei;
- costruire un clima familiare basato sulla comprensione reciproca;
- evitare di incoraggiare nei figli comportamenti competitivi ed aggressivi;
- comunicare con le istituzioni scolastiche nel momento in cui i figli dovessero raccontare di essere vittime, testimoni o autori di atti di bullismo;
- non sovrastimare episodi di conflitti relazionali tra i coetanei;
- il bullismo ha caratteristiche riconoscibili (vedere le descrizioni sopra riportate);
- promuovere nei figli comportamenti empatici, prosociali e solidali.

SUGGERIMENTI PER LA SCUOLA

- Non sottovalutare e non tollerare le quotidiane sopraffazioni e umiliazioni di alcuni ragazzi a danno dei più deboli, come
- se fossero comportamenti "normali";

- porre maggiore attenzione verso i suddetti comportamenti, da parte di tutto il personale, docente e non docente, in classe e negli altri ambienti scolastici (corridoi, laboratori, atrio, etc.);
- evitare forme di controllo che umilino o intimoriscano gli alunni, cercando piuttosto un approccio diretto, chiaro e fermo, che si incentri
- sulla risoluzione del problema;
- permettere agli studenti di esercitare un ruolo attivo nella ricerca della soluzione del conflitto;
- essere sempre disponibili ad ascoltare gli alunni: spesso alcuni trovano il coraggio di raccontare gli episodi di cui sono vittime o testimoni, ma non trovano un ascolto ed un'accoglienza adeguati;
- valorizzare, attraverso attività mirate, una cultura di gruppo centrata sulla solidarietà, sulla collaborazione e sulla comprensione dei sentimenti degli altri (empatia);
- aiutare gli alunni ad acquisire maggiore consapevolezza sui comportamenti che generano il bullismo e la violenza (potere, oppressione, pregiudizio);
- responsabilizzare gli studenti e renderli soggetti attivi di cambiamento della qualità della vita in classe e a scuola;

Oltre a questi suggerimenti, ci permettiamo di dare indicazioni più specifiche su alcune attività da proporre agli studenti²⁵ - utilizzando esercizi e giochi di gruppo dei quali potrete avere informazioni più dettagliate consultando la bibliografia in fondo al capitolo – e di alcune aree tematiche da sviluppare in classe:

- la capacità di negoziare;
- l'educazione all'assertività;
- le modalità di affrontare i pregiudizi;
- le modalità di controllo della rabbia;
- il riconoscimento dei comportamenti bullistici nella realtà quotidiana.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Bullying*, 2001, in www.aacap.org
- Facchinetti O., *Cos'è il bullismo*, www.facchinetti.net
- Fonzi A., *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia*, 1997. Giunti, Firenze
- Menesini E., Bullismo: che fare?, in *Psicologia Contemporanea*, 1998, 149, 38-49
- National Institute of Mental Health, *Thinking about violence in our schools*, 1998, in www.nimh.org
- Olweus D., 1995/96, Bullismo, insegnanti e scuola, in *Psicologia e scuola*, n° 77, anno XVI, dic-gen., 15-18
- Olweus D., *Bullismo a scuola: ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*, 1996, Giunti, Firenze
- Olweus D., 1996, Bullying: la sopraffazione nell'infanzia, in *Psicologia Contemporanea*, gen.-feb., 23-28
- Sharp S., P. K. Smith, *Bulli e prepotenti nella scuola. Prevenzione e tecniche educative*, 1994, Erickson, Trento

2. LE CONDOTTE RISCHIOSE

UN CASO

F. ha 16 anni e vuole vivere al massimo. Si annoia a morte quando la vita le appare così prevedibile. Ha un sacco di amici ma non sopporta quelli "idioti". Le piace incontrare persone nuove ed interessanti, non importa quanto affidabili. Fuma marijuana e beve superalcolici, al fine settimana è sempre alla ricerca del "posto giusto" dove ci si sballa calandosi di extasy o di qualche nuova droga. Non le importa se il suo partner lo ha appena conosciuto, se non le ha assicurato di essere sano e non si cauterà. Ama guidare al massimo la fuoriserie del padre quando riesce a prenderla a sua insaputa. Giocare d'azzardo la eccita tantissimo, anche se spesso perde molto più di quello che può permettersi...

DESCRIZIONE

Molti adolescenti sono attratti da comportamenti "spericolati" che soddisfano il loro desiderio di vivere sensazioni nuove ed eccitanti: questo fenomeno è noto come *sensation seeking*²⁶ (caccia di sensazioni forti). Spesso tali condotte sono sostenute da un atteggiamento di ottimismo ingiustificato, basato sulla credenza di essere immuni dal pericolo, e dall'egocentrismo caratteristico dell'adolescenza²⁷. Per l'adolescente affrontare sfide che tendono a superare le sue normali capacità è funzionale all'esigenza di "essere adulti"²⁸ e permette di lenire le ansie legate ai cambiamenti di questo delicato momento di crescita. Il legame con il gruppo dei pari, inoltre, fornisce il "teatro" ideale per la messa in atto di comportamenti trasgressivi, attraverso i quali il/la ragazzo/a dimostra di essere "uno capace" e si sente accettato²⁹. Essere in gruppo, inoltre, permette di abbassare significativamente la rappresentazione del rischio³⁰, cioè di attribuire meno rilievo ai pericoli insiti in una situazione di sfida.

L'incremento dell'assunzione di rischio appartiene al normale processo di sviluppo degli adolescenti³¹ così come la tendenza a manifestare la sofferenza psichica attraverso l'azione (*acting out*), piuttosto che con espressioni più elaborate. Tuttavia ciò è accettabile finché non si arrivi alle cosiddette **condotte rischiose**, che possono comportare conseguenze letali o negative per la salute psico-fisica dei ragazzi.

In questa sezione prendiamo in esame alcune condotte rischiose, non trattate in altre sezioni, che delineano lo stile di comportamento dell'adolescente "cacciatore di sensazioni forti" (*sensation seeker*): rapporti sessuali non protetti, guida pericolosa, gioco d'azzardo.

I **rapporti sessuali non protetti**, spesso associati all'uso di droga, alcool e

fumo, sia nei maschi sia nelle femmine, espongono il ragazzo/a al rischio di contagi virali, gravidanze precoci, paternità adolescenziale³². Spesso i ragazzi ignorano tali rischi o hanno false credenze al riguardo (per esempio credono che non ci sia gravidanza con il primo rapporto³³). Inoltre, la comunicazione nel gruppo sul sesso tende ad incoraggiare comportamenti sessualmente rischiosi³⁴ e può alimentare una disinformazione sull'argomento.

La **guida pericolosa** (in auto o in moto) può costituire una novità fortemente eccitante, trasgressiva ed "adultizzante", ma mette a repentaglio la vita e l'incolumità propria ed altrui. Spesso questo fenomeno è associato, in un conubio micidiale, allo stato di ebbrezza³⁵ ed è più frequente nei maschi. Inoltre questa condotta costituisce un reato, aggravato dalla mancanza della patente, che espone il/la ragazzo/a a problemi giudiziari che possono compromettere l'auto ed etero stima.

Il **gioco d'azzardo** è di per sé un'attività fortemente eccitante legata a potenti meccanismi di rinforzo endogeno (l'ebbrezza di una vittoria e la *suspense* prima dell'esito, possono valere il rischio di innumerevoli perdite). Pone il ragazzo/a dinanzi al rischio di perdere il proprio denaro e, quindi, di doverne procurare altro, magari rubandolo. Questa condotta evidenzia alcune differenze di genere: nei maschi è frequentemente associata al consumo di alcool e ad una vita sessuale precoce, nelle femmine tende a rimanere a sé stante.

Tali problematiche coinvolgono sia maschi sia femmine, anche se con modalità di genere differenti³⁶. Alcune ricerche, ad esempio, dimostrano che i ragazzi sono più propensi a condotte che comportano auto ed etero lesioni fisiche³⁷. Le femmine, invece, tendono ad assumere minori rischi fisici immediati, prediligendo condotte come il gioco d'azzardo. In entrambi i sessi si riscontra l'associazione di più condotte rischiose contemporaneamente, ma con maggiore frequenza nei maschi.

INDICATORI COMPORTAMENTALI E FATTORI DI RISCHIO

Cosa può farci capire se un ragazzo o una ragazza sta attuando delle "condotte rischiose" o se è comunque propenso/a a farlo? È difficile rispondere con esattezza a questa domanda, tuttavia alcune osservazioni possono aiutarci a capire.

In letteratura è possibile definire il profilo del *sensation seeker* attraverso appositi questionari (*Sensation Seeking Scale*, Zuckerman, 1964-1994). Le ricerche evidenziano alcuni atteggiamenti e comportamenti tipici, tra cui:

- un elevato interesse per attività fisiche a rischio (lanci con il paracadute, guida spericolata, etc.);
- la ricerca di esperienze sensoriali forti (particolari forme di musica e di arte, droghe);
- manifestazioni di disinibizione ed edonismo (alcool, sesso, gioco d'azzardo, etc.);

- suscettibilità alla noia (avversione per attività routinarie e persone "noiose", inquietudine esperita in ambienti monotoni).

Il *sensation seeker* presenta generalmente un buon livello intellettivo, inclinazione all'estroversione, alti livelli di impulsività ed aggressività. Ha bassi livelli di ansia ed è incuriosito dalle novità. Nel gruppo questi ragazzi assumono più facilmente ruoli competitivi.

Questa descrizione letteraria è lungi dall'essere esaustiva rispetto alla domanda iniziale; il fatto che venga confermata dall'osservazione quotidiana, inoltre, non implica che il/la ragazzo/a stia attuando necessariamente delle condotte pericolose. Queste ultime vanno confermate da elementi oggettivi (per esempio, il ragazzo/a ha realmente fatto una gara automobilistica vietata, ha frequentato una bisca, etc.). La propensione al rischio ed al pericolo è comunque un fattore caratterizzante l'adolescenza non necessariamente negativo: essa infatti può indurre il ragazzo ad attività lecite con un livello di rischio "controllato" come gli sport estremi (paracadutismo, *rafting*, *bunjee jumping*, parapendio, sci estremo, etc.), dove ci si affida alle istruzioni di un adulto vigile ed esperto.

Essere consapevoli della propensione al rischio dei ragazzi è tuttavia importante al fine di prevenire che essa sconfini in attività dannose.

RIFLESSIONI PER LA PREVENZIONE IN FAMIGLIA E A SCUOLA

Prevenire le condotte rischiose degli adolescenti non significa fermare il loro naturale bisogno di novità, la curiosità e l'attrazione per persone e luoghi sconosciuti. Piuttosto si vuole evitare che l'evoluzione cognitiva ed emotiva dell'adolescente possa deviare verso comportamenti pericolosi, magari veicolati da un disagio non affrontato (in famiglia o a scuola, con il proprio corpo, con i compagni, etc.).

La prevenzione delle condotte rischiose è un compito arduo quanto necessario. Da una ricerca sull'efficacia delle campagne per la prevenzione di condotte sessuali rischiose si è rilevato che, a differenza dei "non *sensation seeker*", i *sensation seeker* tendono a non rimanere persuasi da nessun tipo di messaggio³⁸. Una ricerca condotta in Italia ha invece evidenziato come negli adolescenti vi siano due fattori principali che influenzano la valutazione del rischio: la percezione soggettiva della pericolosità e i valori morali impartiti dai genitori e dagli insegnanti. Laddove ad un comportamento venga attribuito un valore morale negativo diminuisce significativamente la probabilità che esso venga attuato³⁹. Questi due risultati, apparentemente contrastanti, dimostrano l'importanza di educare precocemente i ragazzi al comportamento "sano". Apprendere i valori della "salute", nel rispetto del desiderio di sperimentare le novità, significa evitare che condotte rischiose assumano il valore di rinforzo positivo per il bisogno di nuovi stimoli, di sentirsi adeguati e competenti e di

essere riconosciuti ed accettati dal gruppo. Una volta che tali condotte finiscono per integrare una personalità *sensation seeker* sembra difficile modificarle o sostituirle.

Rispetto alla prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio di contagio o di gravidanza precoce, diversi studi hanno dimostrato che una buona comunicazione su questi temi tra genitori e ragazzi/e ne diminuisce significativamente l'incidenza⁴⁰. D'altro canto, un basso livello di vigilanza e di sostegno genitoriale incrementa tali rischi⁴¹.

Per una disamina più esaustiva delle attività di prevenzione rimandiamo al capitolo "A chi rivolgersi".

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

Arnett J., Socialization and adolescent reckless behaviour: a reply to Jessor, in *Development review*, 12, 1992, pp.391-409

Bell, N. J., & Bell, R. W., *Adolescent risk taking*, Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

Benthin, A., Slovic, P., & Severson, H., A psychometric study of adolescent risk perception, in *Journal of Adolescence*, n. 16, 1992.

Clasen, D. R., & Brown, B. B., The multidimensionality of peer pressure in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(6), 1985, pp.451-468.

Don Martin, *Understanding dysfunctional and functional family behaviors for at risk adolescent*, Winter, 2000

Dryfoos, J. G., *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press, 1990

Jessor R., Jessor. L., *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic press, New York, 1977

Elizabeth Mayfield Arnold, *Adolescents' knowledge and beliefs about pregnancy*. Fall, 2000

Reiss, D., *The family's construction of reality*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.

Ruminati R. e Salvadori L., Percezione del rischio negli adolescenti italiani, in *Giornale italiano di psicologia*, n. 1, pp. 85-105, 1996

Jelalian E, Alday S, Spirito A, Rasile D, Nobile C., Adolescent motor vehicle crashes: The relationship between behavioral factors and self-reported injury, in *Journal of Adolescent Health* 2000.

Zuckerman, M., *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 1979.

Zuckerman, M., Are you a risk-taker? In *Psychology Today*, 2000, Nov/Dec., pp. 54-87.

3. I COMPORTAMENTI VIOLENTI

UN CASO

G., un ragazzo di 13 anni, viene collocato presso una comunità terapeutica. La sua storia é legata a diversi disturbi del comportamento che lo portano ad essere spesso violento con i suoi genitori, insegnanti e compagni di scuola: atti di vandalismo, aggressioni fisiche, improvvisi scatti d'ira. Ha problemi di insonnia e di enuresi notturna. In famiglia frequentemente aggredisce il padre il quale a sua volta fin da quando era piccolo abusava fisicamente di lui. Saltuariamente fa uso di droghe insieme ad un gruppo di coetanei e commette piccoli furti.

DEFINIZIONE

Nel mondo adolescenziale, più sensibile ed esposto ad una serie di cambiamenti connessi alla rapida crescita, allo sviluppo della sessualità, alla modificazione dei rapporti interpersonali e delle aspettative sociali, talvolta si determina una "crisi d'identità", una fase in cui l'identità non é più costante, organizzata, ma diffusa e discontinua⁴², in cui possono emergere nuove espressioni di disagio. La letteratura e i mass media testimoniano che un numero crescente di ragazzi tra i 14 e i 18 anni esibisce nuove forme di violenza all'interno della famiglia e della scuola, comunemente riconoscibili in: atti di vandalismo, violenza negli stadi, aggressioni razziali, sassi dal cavalcavia, "baby gang", violenze sessuali, sopraffazioni ai danni di coetanei. A volte queste condotte coincidono con comportamenti legalmente perseguibili, ma la maggior parte delle volte rimangono sconosciuti dal punto di vista della giustizia e delle statistiche ufficiali⁴³. Talvolta il comportamento aggressivo consiste in una vera e propria modalità consolidata di interazione con gli altri, determinata "circolarmente" dall'influenza di diversi fattori sia a carattere individuale che sociale (vedi paragrafo sui fattori di rischio). Spesso rappresenta una sfida all'identità che permette all'adolescente di sperimentarsi e di conquistarsi un proprio ruolo all'interno della società, della famiglia, della scuola e del gruppo di coetanei. In tal senso potremmo considerare le azioni violente come messaggi, come un linguaggio per comunicare, particolarmente pregnante e rilevante in adolescenza⁴⁴. La complessità del fenomeno impone un approfondimento dello studio e della ricerca di adeguati strumenti conoscitivi ed operativi di prevenzione⁴⁵.

I FATTORI DI RISCHIO

Non esiste una configurazione specifica di cause cui corrisponda sempre e necessariamente un comportamento aggressivo nell'adolescente, bensì una

combinazione di diversi fattori, sia a livello individuale che a livello sociale (famiglia; scuola; gruppo dei pari; etc.). Tali fattori, non sempre tutti presenti e coesistenti, includono:

A LIVELLO INDIVIDUALE

- Storia personale di comportamenti aggressivi e violenti.
- Scarse competenze cognitive e sociali.
- Abuso d'alcool e di sostanze stupefacenti.
- Esperienze subite di abuso sessuale.
- Esperienze subite di maltrattamenti e abuso fisico.
- Problematiche connesse a disturbi della condotta.
- Violenza nei riguardi degli animali.

A LIVELLO SOCIALE

- Appartenenza a famiglie multiproblematiche.
- Difficoltà d'accesso a risorse sociali, culturali ed economiche.
- Esposizione a comportamenti violenti attraverso i media.
- Esposizione a comportamenti violenti in ambito familiare.

GLI INDICATORI COMPORTAMENTALI

Tra gli indicatori comportamentali è possibile trovare:

- scarsa capacità di autocontrollo;
- intensa irritabilità;
- esplosioni d'ira.

SUGGERIMENTI PER LA FAMIGLIA E PER LA SCUOLA

Se intendiamo la prevenzione come promozione di risorse e potenzialità, in termini di attivazione di competenze e opportunità di riflessione critica, all'interno della famiglia il miglior modo per agire in termini preventivi è agevolando la comunicazione con i propri figli, imparando ad ascoltare il loro disagio e a conoscere le svariate forme in cui si manifesta.

Molto è possibile fare anche all'interno della scuola, ad esempio attraverso:

- programmi di prevenzione dei comportamenti violenti⁴⁶;
- educazione alla prosocialità⁴⁷, con l'obiettivo di rinforzare precocemente la tendenza a preoccuparsi per gli altri e ad essere responsabili delle proprie azioni;
- percorsi formativi di "Peer Education": un metodo in base al quale un piccolo gruppo opera attivamente per informare e influenzare il resto del gruppo di appartenenza, con lo scopo di prevenire
- i comportamenti violenti;
- percorsi formativi di "Educazione alla legalità".

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

- American Psychiatric Association, *DSM-IV*, Masson, Milano, 1996.
- Bandini T., Gatti U., *Delinquenza giovanile*, Giuffrè, Milano, 1979.
- Brex G., Fiorentino Busnelli E. (a cura di), *Adolescenti a rischio tra prevenzione e recupero: un impegno per tutti*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- De Leo G., *La devianza minorile*, NIS, Roma, 1998.
- National Institute of Mental Health - Department of Health and Human Service, *Child and Adolescent violence research*, 2000, <http://www.nimh.nih.gov/governing>
- Erikson E.H., *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma, 1984.
- Malagoli Togliatti M., Rocchetta Tofani L., *Famiglie multiproblematiche*, NIS, Roma, 1987.
- Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'Istituto di psicologia del Centro Nazionale di Ricerca*, 1999.
- Robustelli F., *La violenza nella società contemporanea*, Convegno organizzato presso il CNR, Roma 13 e 14 marzo 1997.
- Roche-Olivar R. (a cura di), *La condotta prosociale*, Bulzoni, Roma, 1997.

4. LE DIPENDENZE: ALCOOL E DROGHE

UN CASO

S. di 15 anni chiama confessando di sentire il bisogno di parlare con qualcuno. I suoi genitori sono separati da quando lei era molto piccola. Riferisce di non sentirsi capita ed ascoltata. Frequenta un gruppo di ragazzi più grandi, che fanno uso di cocaina e saltuariamente sperimentano l'uso delle cosiddette "nuove droghe chimiche". S. ammette che spesso le capita di unirsi a loro, tanto che lei stessa teme di diventare dipendente, ma allo stesso tempo ha paura di non essere accettata dal gruppo.

DEFINIZIONE

Non è raro che un adolescente cada nell'uso di alcool o di sostanze. Molti si avvicinano all'uso di sostanze e all'alcool per curiosità, per sentirsi meglio, per rilassarsi, per ridurre lo stress, per divertirsi, per avere una esperienza da condividere con i coetanei, per sentirsi grandi.

Per questo motivo, per un adolescente è difficile pensare che tale esperienza possa diventare un problema o che questo possa condurre ad una dipendenza. Molto spesso ciò è circoscritto a periodi particolari della loro vita o ad eventi stressanti, individuali o familiari.

Studi in questo settore hanno dimostrato che i ragazzi iniziano a fare uso di sostanze in età giovanissima (14-15 anni) e che si inizia di solito dalle cosiddette sostanze legali come il tabacco, l'alcool ed inalanti, per arrivare alla marijuana solitamente la prima ad essere provata⁴⁸.

Fare una differenza tra l'abuso di sostanze e la dipendenza non è facile⁴⁹. La dipendenza inizia come un abuso, ma si può abusare senza essere dipendenti. Dipendenza, significa non avere il controllo sulla durata e l'uso di una sostanza, sia essa droga, alcool o farmaci.

La dipendenza può essere **fisica** o **psicologica**.

Per **dipendenza fisica** si intende quando l'organismo diventa dipendente dalla sostanza, ossia quando una persona aumenta la soglia di tolleranza alla sostanza, tanto da aumentare la dose per avere gli stessi effetti. Quando si è fisicamente dipendenti, smettere di far uso di droga può portare a sintomi di astinenza, sempre diversi a seconda della sostanza, più in generale riconducibili a stanchezza, mal di testa, diarrea, dolori articolari, sudorazione.

La **dipendenza psicologica** si può presentare da sola o associata a quella fisica. Coloro che sono psicologicamente dipendenti, sono sopraffatti dal desiderio di fare uso della sostanza.

Alcune droghe, cosiddette pesanti, come il crack o l'eroina, possono provo-

care così facilmente assuefazione che sono sufficienti anche solo una o due volte prima che chi ne fa uso risulti dipendente. Quando la vita e gli interessi di una persona sono rivolti esclusivamente al bisogno di procurarsi la droga, allora la dipendenza ha preso il sopravvento.

I FATTORI DI RISCHIO

Molti possono essere i **fattori di rischio** nell'abuso di sostanze⁵⁰. Sono associati ai cambiamenti psicologici e sociali tipici di questa fase dello sviluppo e ciascuno di essi ha un diverso impatto. Per questa ragione alcuni di essi, soprattutto quelli che riguardano la famiglia, sembrano essere i più importanti:

- ambiente familiare caotico, con genitori che fanno uso di sostanze o con problemi psichiatrici;
- scarse relazioni calde e supportive, a maggior ragione quando i ragazzi nell'infanzia presentavano problemi comportamentali o disturbi della condotta;
- scarse capacità di accudimento.

Altri fattori di rischio sono correlati all'interazione dell'adolescente con i coetanei, la scuola e la comunità.

- Inappropriati comportamenti aggressivi in classe.
- Risultati scolastici fallimentari.
- Legami con coetanei che manifestano comportamenti devianti.

Tra i **fattori protettivi** sono inclusi:

- saldi legami con la famiglia;
- esperienza di una famiglia unita dove ciascun componente riveste un ruolo chiaro;
- successo scolastico;
- forti legami con l'altro sociale oltre la famiglia: scuola, organizzazioni religiose, associazioni ricreative e culturali.

GLI INDICATORI COMPORTAMENTALI DELL'USO DI SOSTANZE

Laddove l'uso di sostanze diviene abuso, questo molto spesso è associato ad una varietà di conseguenze negative⁵¹:

- problemi di salute;
- fallimenti scolastici;
- rischio di incidenti;
- comportamenti violenti;
- problemi con la giustizia;
- comportamenti sessuali a rischio;
- tentativi di suicidio.

Quali sono dunque i segnali che un genitore o un insegnante possono notare in un adolescente che inizia a far uso di sostanze? Alcuni di questi possono essere:

FISICI

- Affaticamento.
- Tosse persistente.
- Ripetuti problemi fisici.

EMOTIVI

- Irritabilità.
- Perdita di interessi.
- Depressione.
- Scarsa autostima.

FAMILIARI

- Perdita dei ruoli familiari.
- Isolamento sociale e relazionale della famiglia.

SCOLASTICI

- Perdita di interessi.
- Problemi disciplinari.
- Abbandono scolastico.

ALCUNI SUGGERIMENTI PER LA FAMIGLIA E PER LA SCUOLA

Molto spesso i ragazzi, nell'affrontare questo tipo di esperienza, si trovano soli e spaventati. Quello che i genitori e gli insegnanti possono fare è molto. E' necessario che gli adulti a loro vicini siano sensibili ad ogni manifestazione fisica ed emotiva e che sappiano prestare ascolto al loro linguaggio. In particolare dovrebbero:

- prestare attenzione ai segnali sopra citati, per notare eventuali cambiamenti nel comportamento;
- favorire la comunicazione;
- essere disponibili all'ascolto;
- incoraggiare comportamenti propositivi;
- credere in loro come risorsa necessaria;
- sostenere la formulazione di progetti futuri;
- responsabilizzare, rendendo i ragazzi soggetti attivi di cambiamento.

In questo senso la prevenzione rappresenta l'approccio essenziale al problema. Gli adulti significativi, in particolare genitori ed insegnanti, dovrebbero cercare di valutare insieme ed in anticipo le fasi a rischio per intervenire precocemente, attraverso:

- **incontri informativi** su cosa sono le sostanze, come agiscono, cosa provocano, quali sono le conseguenze dell'uso o dell'abuso, che possono far conoscere all'adolescente tutto quello che c'è da sapere su questo argomento.
- **programmi di prevenzione**, che dovrebbero coinvolgere i **ragazzi, i genitori e gli insegnanti**.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Teen: Alcohol and other drugs*, 1998, in www.aacap.org

Teen Health. The Nemours Foundation, *Dealing with addiction*, 2001, in www.nemours.org

National Institute on Drug Abuse (NIDA) National Institute of Health, *Preventing drug use among children and adolescent. A Research-Base Guide*, 1999.

5. LA FUGA DA CASA

UN CASO

C., 16 anni, è molto agitato perché il padre, uomo violento e con evidenti problematiche di alcolismo, picchia ogni giorno sia lui che la madre, insultandoli e rimproverando al figlio di essere nato. C. non ha terminato la scuola dell'obbligo e sembra non avere prospettive per il futuro. Vittima dell'ennesimo episodio di percosse, oggi ha deciso di fuggire da quell'ambiente ostile, fonte troppo spesso di sofferenza non soltanto fisica ma anche psicologica. Dopo un'intera giornata trascorsa fuori casa, C. trova il coraggio di chiedere aiuto a Telefono Azzurro ed esprime il desiderio di vivere in una nuova famiglia.

DEFINIZIONE

L'adolescente in crisi può arrivare a sentirsi privo di risorse, di soluzioni, di vie d'uscita: in questi casi può credere di avere come unica alternativa quella della fuga.

In considerazione del fatto che la fuga non sempre rappresenta la manifestazione di una medesima forma di disagio, è interessante analizzare le principali tipologie di allontanamento, riconducibili principalmente a tre categorie, prima di evidenziare atteggiamenti osservabili, tipici di adolescenti che abbiano attuato o stiano per attuare una fuga⁵².

La “fuga verso” (ricerca del nuovo) - L'adolescente, indipendentemente dall'aver sperimentato vissuti di sofferenza entro il contesto familiare, scolastico o sociale, è spinto alla ricerca di esperienze ed emozioni nuove e diverse da quelle cui è abituato. Tale comportamento è connesso con l'esigenza di porsi e risolvere alcuni interrogativi di significato circa l'esistenza. In alcuni casi si tratta di soggetti “cacciatori di emozioni”, come nel caso dei già analizzati comportamenti rischiosi.

La “fuga da” (fuga dall'ambiente) - L'adolescente “che fugge” spesso vive all'interno di una situazione familiare multiproblematica o di difficoltà in ordine a relazioni conflittuali quotidiane. La famiglia, talvolta, si presenta come patologica (alcoldipendenza di uno o di entrambi i genitori, situazioni di abuso fisico, sessuale o psicologico) o come luogo di estrema povertà. La fuga è vista come allontanamento da questa grave situazione di pregiudizio.

L'“essere cacciato”⁵³ - L'adolescente talvolta vive l'esperienza di essere “cacciato di casa” a motivo di una situazione di conflittualità familiare, di prematura dissoluzione della famiglia stessa, di difficoltà economiche o di abuso di sostanze da parte dei genitori.

La fuga è, in genere, una partenza impulsiva, spesso solitaria e di breve du-

rata, generalmente senza una meta precisa. Nella maggior parte dei casi, viene messa in atto per sfuggire ad un'atmosfera di conflittualità familiare⁵⁴ o a contesti di istituzionalizzazione.

E' una reazione tipicamente adolescenziale, finalizzata all'evasione e all'evitamento delle difficoltà, acuite nel corso dell'adolescenza dalle trasformazioni psico-fisiologiche, dal bisogno di agire, da capacità cognitive ed emozionali ancora immature. Tali difficoltà spesso impediscono all'adolescente di intravedere vie d'uscita diverse da quella della fuga, che può restare un episodio isolato o divenire un comportamento reiterato come risposta ad una situazione multiproblematica.

Le motivazioni sottostanti l'allontanamento da casa si inseriscono entro una cornice di:

- contrasti o difficoltà familiari (problemi economici, di alcoldipendenza o tossicodipendenza dei genitori...);
- fallimenti scolastici o difficoltà in ambito lavorativo;
- perdita di legami affettivi significativi;
- vissuti abbandonici o di sofferenza;
- timore di punizione;
- amori contrastati;
- desiderio di vendetta nei confronti della famiglia;
- difficoltà ad accettare il sistema di regole retto dagli adulti;
- abusi o maltrattamenti.

Talvolta a causare l'allontanamento volontario di un adolescente, sono l'eccessivo controllo esercitato dai genitori sui figli e le aspettative elevate dei primi, unitamente ad uno stile educativo autoritario.

Il ragazzo che scappa, pur agendo un comportamento estremo come manifestazione di un grave disagio, non sempre ha consapevolezza delle conseguenze che possono scaturire dalla scelta di non rientrare a casa. Le fughe adolescenziali, il più delle volte, durano qualche ora o qualche giorno. Ciò a motivo del fatto che l'insicurezza, le difficoltà contingenti, il rimorso per l'azione compiuta, inducono il fuggitivo a ritornare a casa. In strada, poi, l'adolescente può essere esposto a tutta una serie di rischi che vanno dalle conseguenze di una alimentazione e di un'igiene scarsi, al pericolo di incidenti o di incontri poco raccomandabili.

In alcuni casi la fuga può costituire un modo per attirare l'attenzione dei genitori: in questo senso, quindi, tale comportamento può assumere una valenza dimostrativa. Tale disagio, tuttavia, può assumere diverse connotazioni: molte infatti sono le situazioni di cosiddetta “emergenza”, agita nella fuga, che nascono da un profondo stato di disagio psicologico.

Mentre la *fuga* consiste in una “crisi” che si traduce nell'abbandono di un cer-

to luogo, il *vagabondaggio* è un fenomeno ben più complesso e durevole nel tempo che comporta il passaggio da un luogo all'altro ed è spesso favorito da fattori sociali o da qualche subcultura giovanile. Tuttavia, fuga e vagabondaggio, pur essendo spesso correlati, non si distinguono tra loro soltanto per la durata nel tempo: il vagabondaggio è un comportamento più organizzato, attuato in forza di attaccamenti umani insoddisfacenti, della ricerca di uno spazio personale di libertà.

Se in alcuni casi la fuga è messa in atto da soggetti immaturi su un piano emotivo, come reazione ad un ambiente familiare mutiproblematico, in altri, all'origine possono essere rintracciati dei chiari disturbi psicopatologici o personalità antisociali.

I FATTORI DI RISCHIO

- Realtà familiare caratterizzata da elevata conflittualità; abuso di alcool o droghe; situazioni di abuso fisico, sessuale, psicologico; difficoltà economiche; estrema povertà; disgregazione familiare;
- presenza di disturbi psichiatrici in famiglia;
- relazioni familiari affettivamente deprivate e rifiutanti;
- rigidità o assenza di modelli educativi;
- eccessivo controllo sull'adolescente da parte dei genitori;
- comunicazione familiare scarsa o inesistente;
- fallimenti scolastici o difficoltà in ambito lavorativo;
- incapacità dell'adolescente a riconoscere l'autorità genitoriale;
- scarsa autostima;
- disagio psicologico (immaturità affettiva, debolezza mentale, inquietudine emozionale).

SUGGERIMENTI PER LA FAMIGLIA E PER LA SCUOLA

- Mostrare disponibilità all'ascolto dei sentimenti e delle inquietudini dell'adolescente;
- ascoltare con attenzione ed accogliere con disponibilità quei tentativi di comunicazione inviati dall'adolescente nei momenti in cui ne avverte l'esigenza;
- promuovere l'autonomia del giovane, agevolando la definizione dell'identità dell'adolescente;
- promuovere la capacità di risoluzione dei conflitti, presentando il conflitto come un'opportunità di crescita;
- promuovere uno stile educativo autorevole e coerente;
- favorire una comunicazione improntata al dialogo e al confronto;
- aiutare e sostenere l'adolescente nella definizione della propria identità;
- essere tolleranti di fronte alle possibili azioni di ribellione adolescenziale;
- favorire un confronto critico fra generazioni;

- evitare, in famiglia, situazioni di eccessiva e duratura conflittualità;
- educare e sostenere l'adolescente nella creazione di progetti futuri;
- mantenere la necessaria distanza (asimmetria) di ruolo tra genitori e figli.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

- American Academy of Pediatrics, *The Pediatrician's role in the prevention of missing children*, 1992, in www.aap.org
- Coco E.L., A family system approach for preventing adolescent runaway behavior, in *Adolescence*, Summer, 1998.
- Finkelhor D., Hotaling G., Sedlak A., *Missing abducted, Runaway, Throwaway Children in America*, Washington D.C., US Department of Justice, 1990.
- Running Away*, in Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence.
- Schaffner L., *Searching for connection: a new look at teenaged runaways*, in *Adolescence*, fall, 1998.
- Zuanazzi G., *L'età ambigua*, La scuola, Brescia, 1995.

6. SUICIDIO E TENTATIVI DI SUICIDIO

UN CASO

B., di 14 anni, chiama il Telefono Azzurro in un pomeriggio d'estate. Con tono freddo e distaccato sostiene di essere stanca di stare in collegio, di non voler tornare a casa dai genitori e di volere essere data in affidamento ad una nuova famiglia. Esprime con insistenza il desiderio di essere affidata alla sua insegnante di canto, fino a dichiarare: "se non riesco ad andare da lei, io mi ammazzo, salgo sul palazzo qui di fronte e mi butto giù". Con estrema fatica ed in maniera confusa B. racconta di sua madre, più volte ricoverata in cliniche psichiatriche, di suo fratello "che pensa solo a se stesso", del nonno con problemi di alcolismo e del padre, instancabile lavoratore, troppo spesso assente. Spiega di essere stata mandata in collegio "perché nessuno poteva occuparsi di lei", ma soprattutto "perché nessuno la voleva in casa". In collegio, sola e disperata per l'impossibilità di incontrare la sua insegnante di canto, dice di avere ingoiato un'intera scatola di medicinali. Ma dopo la corsa in ospedale, la lavanda gastrica ed un breve momento di attenzioni e di cure, tutto è tornato come prima.

DEFINIZIONE

E' normale che un adolescente si ponga degli interrogativi sul significato dell'esistenza, sulla vita e sulla morte⁵⁵. Può capitare anche che pensi al suicidio. Quando, allora, un pensiero suicidario diviene "anormale" e deve costituire fonte di preoccupazione per genitori, insegnanti, adulti? Occorre valutare attentamente la sua intensità, profondità e durata; il contesto all'interno del quale emerge, la sua persistenza, ossia la possibilità (o meno) di distrarre l'adolescente. Più in generale si può parlare di elevato rischio suicidario qualora per un bambino o per un adolescente la realizzazione di simili pensieri sembri l'unica soluzione possibile ad un problema o ad una situazione critica.

La prevenzione del comportamento suicidario è in tutto il mondo una priorità, essendo il suicidio una tra le prime cinque cause di mortalità per i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni ed essendo un fenomeno in crescita, ma spesso sottovalutato dalle statistiche ufficiali, anche per la fascia di età compresa tra i 12 ed i 14 anni.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁵⁶, gli adolescenti maschi realizzano un più elevato numero di suicidi rispetto alle femmine, che però più frequentemente tentano il suicidio. I ragazzi, più aggressivi ed impulsivi, agirebbero molto spesso sotto l'influenza di alcool e droghe, che contribuiscono all'esito fatale del gesto. Le giovani adolescenti, invece, pur pre-

sentando più spesso sintomatologie depressive, sarebbero maggiormente propense a comunicare ad altri le proprie difficoltà e a richiedere aiuto, anche attraverso un tentativo suicidario.

Il suicidio è un problema complesso per il quale non esistono una singola causa o una sola spiegazione: è difficile, ad esempio, comprendere perché alcune persone decidano di suicidarsi mentre altre, in condizioni simili o magari peggiori, non lo facciano. Spesso è possibile individuare un fattore "precipitante" di carattere ambientale/psicosociale, un evento stressante che intercorre nei mesi immediatamente precedenti l'evento e che scatena l'episodio suicidario in una situazione che comunque è già di per sé molto precaria: una bocciatura, la perdita di un familiare, un episodio di molestia sessuale. Ad esso seguono una situazione di crisi per l'adolescente ed un cambiamento a livello cognitivo, fino ad includere l'ideazione del suicidio, il tentativo di suicidio ed il suicidio stesso. Un suicidio, comunque, non può essere compreso alla luce del solo evento scatenante, ma è il risultato dell'interazione di fattori genetici, biologici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali; degli effetti cumulativi ed interattivi dei fattori di rischio e della crisi dei fattori protettivi, che variano in funzione del momento, della situazione e degli individui⁵⁷.

Quello che è certo è che la maggior parte dei suicidi possono essere prevenuti, non solo promuovendo i fattori "protettivi" (supporto familiare, autostima personale, benessere emozionale, capacità di chiedere aiuto, buona integrazione sociale, presenza di salde amicizie, etc.), ma anche conoscendo quei fattori di rischio che si associano al comportamento suicidario, che consentono di identificarlo e di intervenire precocemente.

I FATTORI DI RISCHIO

- Precedenti tentativi di suicidio;
- acuta ideazione di suicidio;
- disperazione;
- abuso di alcool o droghe;
- perdite/separazioni;
- storia familiare (genitori con problemi di alcolismo, disturbi psichici, precedenti suicidi o tentati suicidi, etc.);
- esperienze di vittimizzazione violenta (abusi fisici, molestie o abusi sessuali, abusi psicologici);
- isolamento;
- depressione, disordini della condotta ed altri disturbi psichiatrici;
- disagio psichico (instabilità emozionale, comportamenti autodistruttivi, incapacità di controllo degli impulsi, scarsa tolleranza allo stress, scarse capacità di risoluzione dei problemi, credenze rigide o irrazionali, etc.).

GLI INDICATORI COMPORTAMENTALI

Da più parti si evidenzia la predicibilità della condotta suicidaria nell'adolescenza, che risiede nell'individuazione e nell'attenta considerazione dei fattori di rischio: vi sono, in genere, una serie di segnali che possono allarmare chi ha più stretti rapporti con il giovane in questione (genitori, insegnanti, amici). Fondamentale per la valutazione dell'imminenza del rischio suicidario è l'analisi della comunicazione, dei segnali verbali, comportamentali, situazionali⁵⁸:

- cambiamenti nelle abitudini alimentari e nel ritmo sonno/veglia;
- abbandono e mancanza di interesse nelle normali attività quotidiane, nella frequentazione degli amici, della scuola (inattese e ripetute assenze), della famiglia e tendenza alla solitudine;
- comportamenti violenti ed a rischio (a casa e a scuola) e fughe da casa;
- abuso di alcool e droghe;
- inusuale trascuratezza nell'aspetto;
- evidenti cambiamenti di personalità e nel tono dell'umore;
- persistente stato di noia, difficoltà di concentrazione, severo peggioramento del rendimento scolastico;
- frequenti lamentele circa il proprio stato fisico, mal di pancia, mal di testa, affaticamento.

Un adolescente che stia programmando un suicidio può anche:

- minacciare il suicidio, direttamente o indirettamente: "voglio morire", "vorrei andare a dormire e non svegliarmi più", "non sarò un problema per voi ancora a lungo", "è tutto inutile";
- avere pensieri di morte ricorrenti (anche in poesie, disegni, etc.);
- lamentarsi di essere una persona "cattiva" e di sentirsi "vuoto dentro";
- regalare i propri oggetti preferiti o liberarsene;
- presentare sintomi psichiatrici.

In alcune circostanze un adolescente può arrivare a dire che intende uccidersi: in questi casi bisogna prendere seriamente le sue affermazioni e rivolgersi ad un esperto (vedere il capitolo "A chi rivolgersi"). Con il sostegno dei familiari e di un professionista bambini e adolescenti che abbiano tentato un suicidio possono essere aiutati e ritornare a più armonici e sereni percorsi di sviluppo.

SUGGERIMENTI PER LA FAMIGLIA

La famiglia è certamente il luogo di prevenzione primaria per il suicidio: forti legami familiari, genitori attenti, supportivi, sempre disponibili all'ascolto, capaci di insegnare modalità non violente di risoluzione dei conflitti e che favoriscono solidi legami di amicizia con i coetanei, sono unanimemente riconosciuti tra i più importanti fattori protettivi, indipendentemente dall'etnia di ap-

partenenza dell'adolescente⁵⁹.

Occorre che un genitore sia sempre attento a quanto accade nel proprio figlio adolescente, prestando particolare attenzione in presenza di quelli che secondo la letteratura internazionale sono i principali fattori di rischio di comportamenti suicidari e che invece sono frequentemente sottostimati⁶⁰, senza dimenticare che l'adolescenza è uno "stato normale" e che in questo periodo una bassa autostima, problemi di concentrazione, affaticamento, pensieri negativi, sono estremamente comuni.

Qualora il proprio figlio manifesti un intento suicidario occorre⁶¹:

- offrire il proprio aiuto ed il proprio ascolto, incoraggiandolo a confidare i propri sentimenti e rispettandoli; mantenere un contatto "caldo";
- affrontare con chiarezza e senza reticenze il discorso del suicidio, facendolo diventare argomento di riflessione condivisa;
- fidarsi della propria sensibilità e rivolgersi immediatamente ad un esperto se la situazione appare seria;
- cercare aiuto e consigli da parte di un professionista, che sia esperto nelle problematiche della depressione e del suicidio in adolescenza.

SUGGERIMENTI PER LA SCUOLA

Anche la scuola ricopre un ruolo determinante nella prevenzione del comportamento suicidario in adolescenza. Studenti con soddisfacenti risultati scolastici, che instaurano legami di affetto con i compagni di classe e con gli insegnanti, che percepiscono i docenti come figure che si prendono cura di loro e la scuola e che ritengono la scuola un luogo sicuro e sereno, sembrano avere minori probabilità di suicidio⁶².

L'intervento degli insegnanti, più in generale, si colloca su un livello di prevenzione primaria ed è indirizzato alla riduzione del disagio scolastico. Dato il costante e prolungato contatto, però, gli insegnanti possono riconoscere precocemente gli studenti più vulnerabili e cercare di intervenire prima che queste condotte siano agite, ossia prima che l'atto sia realizzato.

A questo scopo occorre che un insegnante:

- promuova nei più giovani un'autostima positiva valorizzandoli, sottolineando le loro capacità e favorendo un clima positivo all'interno della classe. Un clima di solidarietà e fiducia reciproca protegge dai disturbi mentali ed aiuta a far fronte a situazioni di vita stressanti;
- non chieda loro continuamente di fare di più e meglio;
- crei un legame con i propri studenti, facendo sentire la propria vicinanza e dimostrando la propria attenzione;
- dimostri in ogni occasione la propria disponibilità all'ascolto e all'aiuto qualora ne abbiano bisogno; stimoli negli studenti la capacità di ricercare aiuto nei momenti di difficoltà: anche i coetanei possono rivelarsi una fonte di sostegno

- e di ascolto: in questo senso occorre che siano valorizzati e supportati;
- promuova e faciliti l'espressione delle emozioni;
 - promuova un ambiente sereno e tollerante, cercando di prevenire i fenomeni del bullismo e della violenza a scuola;
 - identifichi studenti che attraversino momenti particolarmente difficili, che frequentemente non si presentino a scuola o con disturbi di personalità, che abusino di droghe o di alcool;
 - informi gli studenti dell'esistenza di specifici servizi cui possono facilmente accedere e presso i quali possono trovare l'ascolto ed il sostegno di cui possono avere bisogno in momenti di crisi, presentandoli come luoghi facilmente accessibili e non stigmatizzanti;
 - sia attento e cerchi di stabilire un dialogo con quel giovane che manifesti intenzioni suicidarie, rispettandolo e riconoscendo il suo bisogno di aiuto;
 - non siano soli nello stabilire questo dialogo: il miglior approccio ad un fenomeno complesso quale quello del suicidio è "di rete".

Occorre dunque coinvolgere altri insegnanti, il direttore dell'istituto, lo psicologo della scuola, ma anche far riferimento alle altre agenzie del territorio (medici, assistenti sociali, psicologi, forze dell'ordine, etc.).

Per quanto concerne la situazione post-suicidaria, la scuola dovrebbe prevedere precise modalità di comunicazione agli insegnanti, agli studenti e alle loro famiglie. Dovrebbe essere in grado di contenere, supportare ed aiutare insegnanti e compagni, della stessa classe come delle altre, ad affrontare la situazione dolorosa ed i possibili sensi di colpa, consentendo l'elaborazione del lutto in un contesto favorevole.

Occorre ricordare che un adolescente può essere colpito e sconvolto dal suicidio di un coetaneo (pur non avendolo conosciuto) e che, come evidenziano molte ricerche, sull'onda della grande emozione il rischio di suicidi-imitativi può essere elevato⁶³.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Teen Suicide*, 1998, in www.aacap.org
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Parents of teen suicides commonly miss depression and other risk factors*, 1998, in www.aacap.org
- American Psychological Association, *APA surveys identifies critical risk factors for suicide*, 1999, in www.apa.org
- Borowsky I. W., Adolescent suicides attempts: risk and protectors, *Pediatrics*, vol.107, n.3, 2001
- McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993
- National Mental Health Association, *Teen Suicide*, 1997, in www.nmha.org
- Sanchez H.G., Risk factors model for suicide assessment and intervention, *Professional Psychology*, vol32, n.4, pp.351-358, 2001
- WHO, *Preventing Suicide, a resource for teachers and others school staff*, Geneva, 2000.

7. A CHI RIVOLGERSI? LA PREVENZIONE E L'AIUTO

In questo lavoro è stata più volte evidenziata l'importanza dell'ascolto, dell'educazione e dell'informazione in ambito scolastico, familiare e di altre realtà di aggregazione giovanile, per prevenire i comportamenti esternalizzati del disagio adolescenziale. Tali comportamenti, infatti, possono determinare effetti drammatici sulla salute psichica e fisica, effetti che i ragazzi spesso sottovalutano perché animati da un ottimismo ingiustificato, dalla pressione del gruppo o da altri fattori che attenuano la percezione del rischio.

Riconoscere i comportamenti esternalizzati di disagio dei ragazzi, aiutarli a comprendere i rischi ad essi connessi e cogliere il malessere che li muove, rappresenta una strategia fondamentale per prevenire effetti indesiderati sulla loro salute fisica e mentale.

L'educazione alla salute e la prevenzione di comportamenti a rischio costituiscono un obiettivo dell'istruzione italiana. Esistono, infatti, diversi progetti di informazione e prevenzione rivolti alle scuole - ad esempio i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) - ma anche ad altre forme di aggregazione territoriale (associazioni giovanili o di genitori, volontariato, etc.).

Tra i principali riferimenti ricordiamo:

- le Unità Operative per le Politiche Giovanili, che coordinano i progetti delle Amministrazioni Locali rivolti a singoli ragazzi o a forme di aggregazione giovanile (scout, club musicali, etc.) per l'organizzazione e la gestione del tempo libero, al fine di favorire le relazioni orizzontali tra pari e prevenire forme di aggregazione devianti. Queste attività sono promosse della Legge 285 del 1997 (Disposizioni per la Promozione di Diritti e di Opportunità per l'Infanzia e l'Adolescenza) o attraverso altre leggi regionali;
- i Servizi di Educazione e Promozione della Salute dei Dipartimenti di Prevenzione presso le ASL, attuano programmi specifici di "formazione-formatore" nell'ambito della prevenzione di comportamenti adolescenziali a rischio quali: guida pericolosa, gravidanza precoce e, recentemente, dipendenza dal gioco d'azzardo. La metodologia didattica predilige, anche in questo caso, un approccio esperienziale che parte dal quotidiano dei ragazzi. Vengono utilizzati supporti audiovisivi che illustrano le conseguenze dei comportamenti scorretti, promuovendo quelli corretti. Per la promozione della "guida sicura", ad esempio, esistono programmi centrati sulle condotte di guida dei motocicli rivolti a docenti di scuole superiori. Analogamente sono stati creati programmi per gli istruttori di scuola guida. In questi casi la prevenzione passa, tra l'altro, attraverso l'osservazione e la presa di coscienza degli effetti dell'assunzione di alcolici (misurata con l'etilometro) sulla concentrazione alla guida. Importanti sono, inoltre, le ricerche sulla fenomenologia dei comporta-

menti a rischio messi in atto nel gruppo dei pari. Tali ricerche vengono svolte attraverso l'impiego di test che misurano gli effetti della pressione del gruppo sul comportamento. Anche per questi progetti si attinge ai fondi della Legge 285.

• i Dipartimenti per le Dipendenze presso i Ser.T (nei quali è possibile trovare diverse figure professionali: psicologi, assistenti sociali, medici, etc.) attuano percorsi di informazione e prevenzione sui temi delle dipendenze (droghe, tabacco ed alcool) e della trasmissione sessuale del HIV. Tali attività spesso si basano su tecniche di confronto diretto tra ragazzi, partendo da loro esperienze (peer education) ed avvalendosi della guida di un esperto. Gli interventi formativi ed educativi nelle scuole sono promossi dal DPR 309 del 1990 (legge per la disciplina di stupefacenti e sostanze psicotrope, la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze);

Sul piano normativo è importante ricordare che attraverso le disposizioni della Legge 328 del 2000 (Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali) le Regioni hanno elaborato i Testi organici per i Servizi Sociali, che integrano i servizi sociali con gli interventi e le politiche sanitarie, dell'istruzione e della formazione. Tra gli obiettivi di questo lavoro figura il Piano delle Politiche Giovanili, rivolto sia alla promozione e valorizzazione della persona che alla prevenzione di fattori di disagio. La legge, inoltre, favorisce la partecipazione della famiglia, oltre che dell'adolescente, alle attività previste.

Quando fallisce il piano della prevenzione primaria, volta ad evitare che il disagio si esternalizzi in forme pericolose, è utile intervenire in modo diretto sul problema. In questi casi il genitore, l'educatore o altro adulto curante che ravveda segnali di comportamenti esternalizzati di disagio può rivolgersi per una consulenza a psicologi, psichiatri infantili, pediatri, assistenti sociali, presso uno dei seguenti servizi del Sistema Sanitario:

Servizio di Età Evolutiva;

Neuropsichiatria Infantile;

Consultorio Giovani;

Consultorio Familiare;

Centri di Informazione e Consulenza presso le scuole.

E' inoltre possibile rivolgersi alle linee di consulenza telefonica di:

• *Telefono Azzurro*

Il Centro Nazionale di Ascolto di Telefono Azzurro è attivo in tutta Italia 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. La Linea Gratuita - 19696 - è a disposizione di tutti i bambini e gli adolescenti fino a 14 anni di età che desiderano parlare con un consulente (psicologo o pedagogista) per affrontare il proprio disagio. La Linea Istituzionale - 199.15.15.15 - è a disposizione dei ragazzi oltre i 14 an-

ni e degli adulti che desiderano confrontarsi in merito ad eventuali situazioni di disagio infantile o adolescenziale.

Nell'ambito della consulenza è possibile attivare interventi di emergenza attraverso la rete dei servizi territoriali. Queste attivazioni contemplano l'intervento del servizio di emergenza sanitaria 118 (per esempio nei casi di tentativo di suicidio) e delle forze dell'ordine.

E' IMPORTANTE...

A differenza dei servizi per l'infanzia, dove l'accesso del bambino è mediato da un adulto (per lo più un genitore), ai Servizi presenti sul territorio gli adolescenti – che abbiano un'età superiore ai 14 anni – possono accedere autonomamente. Accade, però, che nella maggior parte dei casi gli adolescenti vi accedano solo in situazioni *di emergenza* (ad esempio, un'interruzione di gravidanza) o perché invitati a farlo (ad esempio, dalla scuola in seguito a ripetute difficoltà).

Occorre, allora, che questi servizi, che rappresentano una conquista della Sanità italiana, siano sempre più valorizzati ed entrino a far parte dell'immaginario dell'adolescente: non più come ultimo approdo cui accedere in maniera coatta, ma come risorsa cui rivolgersi anche solo per una domanda (sulla contraccezione, sugli effetti delle droghe, su come gestire eventuali difficoltà in famiglia, su come aiutare un compagno di classe vittima di un bullo, per avere consapevolezza rispetto ai normali cambiamenti dell'adolescenza, etc.).

Qualora l'accesso sia ricercato dall'adolescente in maniera autonoma, occorre che genitori ed insegnanti rispettino questa scelta e la valorizzino.

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Gazzetta Ufficiale numero 255 31 ottobre 1990

Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186

Legge 28 agosto 1997, n. 285, "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"

Gazzetta Ufficiale n. 207 del 5 settembre 1997.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of children and adolescents*, 1995, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Normal Adolescent Development*, 1997a, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Being prepared*, 1997b, in www.aacap.org

AACAP, *Helping teenagers with stress*, 1997c, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Teen Suicide*, 1998, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Teen: Alcohol and other drugs*, 1998, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Parents of teen suicides commonly miss depression and other risk factors*, 1998, in www.aacap.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), *Bullying*, 2001, in www.aacap.org

American Psychiatric Association, *DSM-IV*, Masson, Milano, 1996.

American Psychological Association, *APA surveys identifies critical risk factors for suicide*, 1999, in www.apa.org

Arnett J., Socialization and adolescent reckless behaviour: a reply to Jessor, in *Development Review*, 12, 1992, pp.391-409

Arnold E.M., *Adolescents' knowledge and beliefs about pregnancy*. Fall, 2000

Bandini T., Gatti U., *Delinquenza giovanile*, Giuffrè, Milano, 1979.

Bell, N. J., & Bell, R. W., *Adolescent risk taking*, Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

Benthin, A., Slovic, P., & Severson, H., A psychometric study of adolescent risk perception, in *Journal of Adolescence*, n. 16, 1992.

Borowsky I. W., Adolescent suicides attempts: risk and protectors, *Pediatrics*, vol.107, n.3, 2001

Brex G., Fiorentino Busnelli E. (a cura di), *Adolescenti a rischio tra prevenzione e recupero: un impegno per tutti*, Franco Angeli, Milano, 1994.

Center for Mental Health Services, *Children's and Adolescents' mental Health*, in www.mental-health.org

Clasen, D. R., & Brown, B. B., The multidimensionality of peer pressure in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(6), 1985, pp.451-468.

Coco E.L., A family system approach for preventing adolescent runaway behavior, in *Adolescence*, Summer, 1998.

Consortium of Child and Adolescent Research, 1999, in www.nimh.nih.gov

De Leo G., *La devianza minorile*, NIS, Roma, 1998.

Dryfoos, J. G., *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press, 1990

Erikson E.H., *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma, 1984.

Facchinetti O., *Cos'è il bullismo*, www.facchinetti.net

Fonzi A., *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia*, Giunti, Firenze, 1998.

Forehand R., Cumulative risk across family stressors: short and long term effects for adolescents, in *Journal of Abnormal Psychology*, april, 1998

Jessor R., Jessor. L., *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic press, New York, 1977

Jelalian E, Alday S, Spirito A, Rasile D, Nobile C., Adolescent motor vehicle crashes: The relationship between behavioral factors and self-reported injury, in *Journal of Adolescent Health*

2000.

Jones D.J., Maternal and paternal parenting during adolescence: forecasting early psychosocial adjustment, in *Adolescence*, fall, 2000

Malagoli Togliatti M., Rocchetta Tofani L., *Famiglie multiproblematiche*, NIS. Roma, 1987.

McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993

Menesini E., Bullismo: che fare?, in *Psicologia Contemporanea*, 149, 1998, pp.38-49.

Mounts N.S., Aggression and peer rejection children, 1997, in www.hec.ohio.edu

National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institute of Health, *Preventing drug use among children and adolescent. A Research-Base Guide*, 1999, in www.nida.org

National Mental Health Association, *Teen Suicide*, 1997, in www.nmha.org

National Mental Health Association, *Facts on Violence and Youth*, in www.nmha.org

National Institute of Mental Health, *Thinking about violence in our schools*, 1998, in www.nimh.org

NIMH, *Family Process and Social Network*, 1999, in www.nimh.org

National Institute of Mental Health - Department of Health and Human Service, *Child and Adolescent violence research*, 2000, <http://www.nimh.nih.gov>

National Institute of Mental Health, *Youth in a difficult world*, 2001, in www.nimh.org

Olson S.L., Bates J.E., Sandy J.M., Lanthier R., Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence, in *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol.28, n.2.2000, pp.119-133.

Olweus D., Bullismo, inseganti e scuola, in *Psicologia e scuola*, n° 77, anno XVI, dic.-gen., 15-18, 1995/96.

Olweus D., *Bullismo a scuola: ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*, Giunti, Firenze, 1996.

Olweus D., Bullying; la sopraffazione nell'infanzia, in *Psicologia Contemporanea*, gen.-feb., 1996, pp.23-28.

Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'Istituto di psicologia del Centro Nazionale di Ricerca, 1999.

Reiss D. (1991), *The family's construction of reality*, Cambridge M.A. Harvard University Press.

Robustelli F., *La violenza nella società contemporanea*, Convegno organizzato presso il CNR, Roma 13 e 14 marzo 1997.

Roche-Oliver R. (a cura di), *La condotta prosociale*, Bulzoni, Roma, 1997.

Ruminati R. e Salvadori L., Percezione del rischio negli adolescenti italiani, in *Giornale italiano di psicologia*, n. 1, pp. 85-105, 1996

Sanchez H.G., Risk factors model for suicide assessment and intervention, *Professional Psychology*, vol32, n.4, 2001, pp.351-358.

Sharp S., P. K. Smith, *Bulli e prepotenti nella scuola, Prevenzione e tecniche educative*, Erickson, Trento, 1994.

Steinberg L., Adolescent Development, in *Annual Review of Psychology*, 2001

Teen Health. The Nemours Foundation, *Dealing with addiction*, 2001 in www.nemours.org

WHO, *Adolescents. The Sheer Numbers*, 2002, in www.who.int

WHO, *Preventing Suicide, a resource for teachers and others school staff*, Geneva, 2000.

WHO, *Child and adolescent health and development*, 2000, in www.who.int

WHO, *Partners in Life Skills Education*, Geneva, 1999.

Zuckerman, M., *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 1979.

Zuckerman, M., Are you a risk-taker? In *Psychology Today*, 2000, Nov/Dec., pp.54-87.⁶⁴ Asher, Hymel & Renshaw, 1984.

NOTE

- ¹ Achembach, Edelbrock, 1978
- ² WHO, 2002
- ³ Center for Mental Health Services, 1998
- ⁴ NIMH, 2001
- ⁵ AACAP, 1997c
- ⁶ WHO, 1999
- ⁷ NIMH, 2001; WHO, 1999
- ⁸ L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'adolescenza come quel periodo della vita che si estende dai 10 ai 19 anni di età. In questo opuscolo, data la realtà italiana ed i dati del campione di adolescenti che si rivolgono al Telefono Azzurro, definiamo adolescente colui che ha un'età compresa tra i 12 e i 18 anni.
- ⁹ AACAP, 1995
- ¹⁰ *Consortium on child and adolescent research*, 1999
- ¹¹ AACAP, 1997
- ¹² WHO, 2000; NIMH, *Facts on violence and youth*.
- ¹³ AACAP, 1997c;
- ¹⁴ AACAP, 1997c
- ¹⁵ Jones D.J., 2000;
- ¹⁶ Steinberg, 2001; Forehand R., 1998;
- ¹⁷ NIMH, 1999
- ¹⁸ Borowsky, 2001
- ¹⁹ Rientrano nella vasta gamma dei comportamenti prosociali: la capacità di ascolto, di comunicazione empatica, di accettazione e rispetto dell'altro; la capacità di risoluzione positiva dei conflitti; la produzione di mutamenti sociali creativi e costruttivi.
- ²⁰ Mounts N.S., 1997
- ²¹ Ibidem;
- ²² Steinberg, 2001;
- ²³ Olweus D., 1996
- ²⁴ Menesini E. et al. 1997
- ²⁵ (esempi: visione e commento di film sul bullismo nelle varie epoche storiche, anni '50, '60, etc; rappresentazioni teatrali degli studenti, role-playing, scrittura creativa, discussione in classe; "circoli qualità": un gruppo composto dai 5 ai 12 studenti, che si riunisce settimanalmente, per cercare di identificare alcune modalità idonee a migliorare l'organizzazione del contesto in cui operano. Mirano ad aumentare l'efficacia complessiva e a tro-

vare soluzioni pratiche ai problemi interpersonali e concreti comuni²⁶.

- ²⁶ Zuckerman, 1979
- ²⁷ Arnett, 1992
- ²⁸ Jessor e Jessor, 1992
- ²⁹ Clasen e Brown, 1985
- ³⁰ Benthin, Slovis e Severson, 1993
- ³¹ Bell e Bell, 1993
- ³² Dryfoos, 1990
- ³³ Mayfield Arnold, 2000
- ³⁴ Holtzman & Rubinson, 1995
- ³⁵ Zuckerman *et al.*, 2000
- ³⁶ Savadori e Ruminati, 1996; Bell, 1999
- ³⁷ Jelalian *et al.*, 2000
- ³⁸ Sheer, 1995
- ³⁹ Pinelli *et al.*, 2000
- ⁴⁰ Holtzman & Rubinson, 1995; Leland & Barth, 1990
- ⁴¹ Biglan et al., 1990; Walter, Vaughn, & Co-hall, 1990
- ⁴² Erikson, 1984
- ⁴³ De Leo, 1998
- ⁴⁴ Bandini, Gatti, 1979
- ⁴⁵ Brex, Fiorentino Busnelli, 1994
- ⁴⁶ Protocollo d'Intesa tra il MPI-CNR, 1999
- ⁴⁷ Roche-Olivar, 1997.
- ⁴⁸ NIDA, 1999
- ⁴⁹ Teens Health, 2001
- ⁵⁰ NIDA, 1999
- ⁵¹ AACAP, 1998
- ⁵² Coco, 1998
- ⁵³ Finkelhor, Hotaling., Sedlak, 1990
- ⁵⁴ American Academy of Pediatrics, 1992
- ⁵⁵ McKey, Jones, Barbe, 1993, cit. in WHO, 2000
- ⁵⁶ WHO, 2000
- ⁵⁷ Sanchez, 2001
- ⁵⁸ AACAP, 1998; APA, 1999; NMHA, 1997
- ⁵⁹ Borowsky, 2001
- ⁶⁰ AACAP, 1998
- ⁶¹ NMHA, 1997
- ⁶² Borowsky, 2001
- ⁶³ WHO, 2000
- ⁶⁴ WHO, 2000

TELEFONO AZZURRO

Nato l'8 giugno 1987, il Telefono Azzurro si pone l'obiettivo di costruire una società civile che rispetti i diritti dei bambini. Nel 1990, per decreto del Presidente della Repubblica, è stato riconosciuto Ente Morale. Il Telefono Azzurro non riceve finanziamenti pubblici e si sostiene esclusivamente con contributi volontari.

I DIRITTI DEI BAMBINI E LA CONVENZIONE ONU

Con la Convenzione sui diritti dell'infanzia adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989, i bambini di tutto il mondo sono finalmente riconosciuti soggetti di diritto. Vengono poste così le basi di una vera "cultura dell'infanzia" che porta gli Stati che hanno ratificato la Convenzione a rivedere leggi, programmi e politiche in funzione dei diritti dei bambini. In Italia la Convenzione diventa legge di Stato il 27 maggio del 1991. Ma i diritti dei bambini continuano ad essere disattesi anche in Italia. Per questo Telefono Azzurro continua la sua vigile e concreta opera per la difesa dei diritti dei minori.

IL CENTRO NAZIONALE DI ASCOLTO TELEFONICO

Il Centro Nazionale di Ascolto Telefonico è stato attivato a Milano nel giugno 1999 con lo scopo di far fronte alle decine di migliaia di chiamate al giorno da ogni parte d'Italia.

La linea gratuita 19696 è attiva in tutta Italia 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. Questa linea di Telefono Azzurro è a disposizione di tutti i bambini e gli adolescenti fino a 14 anni di età, che vogliono denunciare maltrattamenti e abusi o che desiderano parlare con un operatore per esporre problemi e difficoltà. Per i ragazzi di età maggiore di 14 anni e gli adulti che vogliono esporre casi che coinvolgano dei minori, è attiva la linea istituzionale: 199.15.15.15.

I CENTRI TERRITORIALI

Con la nascita dei Centri territoriali d'intervento Telefono Azzurro inizia, con modalità sempre più strutturate, ad apporre la propria esperienza pluriennale al servizio delle istituzioni locali: da una connotazione dell'Associazione come servizio di tutela dei bambini ad un'attivazione diretta, in loco, non solo nella gestione dei casi segnalati al Centro Nazionale di Ascolto, ma anche allo sviluppo di progetti mirati di formazione e di ricerca. I centri già attivi sono quelli di Treviso, Roma, Palermo, Avellino, Bologna.



IL TETTO AZZURRO – CENTRO “G. FREGOSI” – PROVINCIA DI ROMA

Molte funzioni, un unico scopo: aiutare i bambini. Il Centro Provinciale Giorgio Fregosi è stato istituito dalla Provincia di Roma e affidato alla gestione di Telefono Azzurro, con la collaborazione di esperti dell'Università “La Sapienza” di Roma e dell'Istituto Superiore di Sanità. Il Tetto Azzurro offre pronta accoglienza per i minori fino a 12 anni, diagnosi e trattamento dei casi di abuso, uno spazio neutro per incontri protetti, formazione per gli operatori dei servizi territoriali ed è attivo 24 ore su 24. Il Centro è il primo in Italia ad offrire un servizio polifunzionale integrato, che unisce all'ascolto e alla risposta telefonica i servizi di trattamento e accoglienza residenziale.

IL TEAM EMERGENZA

Tutelare bambini ed adolescenti dalle conseguenze psicologiche di eventi traumatici: questo è lo scopo del Team Emergenza. Il Team nasce a Treviso nel 1997 da un progetto di Telefono Azzurro, che allo scopo si è avvalso del contributo scientifico e dell'esperienza del Child Study Center della Yale University (Connecticut, USA). Il Team, composto da professionalità cliniche esperte, è pensato per intervenire 24 ore su 24 in situazioni di emergenza minorile, quali: abuso sessuale, violenze intrafamiliari, prostituzione, fughe da casa, comportamenti autodistruttivi, grave trascuratezza, eventi luttuosi e catastrofici, tentativi di suicidio, ecc. L'intervento avviene in rete con gli operatori delle altre agenzie territoriali preposte alla tutela dell'infanzia, dalle Forze dell'Ordine ai servizi socio-sanitari, ecc.. Il Team dispone di un centro di pronta accoglienza in emergenza e di uno spazio di ascolto protetto per minori vittime/testimoni di abusi; inoltre promuove attività formative ed informative sulle problematiche del trauma in età evolutiva, avvalendosi della collaborazione di esperti di livello internazionale. Oggi il Team rappresenta un modello per la gestione in rete delle emergenze minorili riconosciuto dal Ministero degli Interni, che ad esso si è ispirato per costituire i Comitati Provinciali per la pubblica Amministrazione a tutela dell'infanzia.

IL SETTORE FORMAZIONE

Il Settore formazione nasce dall'esigenza di formare nuovi operatori per Telefono Azzurro, di aggiornare il personale, di rispondere alla richiesta di formazione proveniente da operatori e professionisti del territorio. Telefono Azzurro cura la progettazione, l'organizzazione e la realizzazione sia di seminari e convegni che di specifici corsi di formazione per la prevenzione dell'abuso sessuale sui bambini e gli adolescenti. Oltre alla formazione d'aula ed ai corsi di perfezionamento universitari, Telefono Azzurro offre anche le più aggiornate

soluzioni in materia di formazione a distanza, progettazione e realizzazione di materiale per la comunicazione in rete, promozione di pacchetti formativi per video-trasmissione.

IL CENTRO STUDI

Il Centro Studi ha lo scopo di raccogliere documentazione e materiale a livello nazionale ed internazionale, elaborare i dati primari provenienti dal Centro Nazionale di Ascolto, realizzare ricerche e studi, promuovere un osservatorio permanente sull'infanzia. Tra i lavori prodotti, oltre al Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia, della preadolescenza e della adolescenza giunto quest'anno alla sua seconda edizione vi sono materiali divulgativi per genitori ed educatori, quali ad esempio la Guida sulla depressione nei bambini e negli adolescenti, la Guida per i genitori alla prevenzione all'abuso sessuale e dei suoi effetti e Vittime silenziose. I bambini e gli adolescenti di fronte alla guerra, al terrorismo e ad altri eventi traumatici.

PER AIUTARE IL TELEFONO AZZURRO:

C.C.P. 550400 - PER DONAZIONI CON CARTA DI CREDITO: 800410410

PER INFORMAZIONI:

www.azzurro.it - childta@tin.it - Tel. 06.42010139



APPUNTI
