



Carta Cantiere Adolescenti

Gruppo di lavoro

MONDINO Chiara, NANO Barbara, BARCELLA Mara, GIORDANENGO Brunella, MASSIMO Daniela, BONO Serena, PEIROTTI Lara, SILVESTRO Emiliana, CARDETTI Silvia, REVELLO Marinella, GENTILE Silvia, GABOARDI Fulvia, CIGNA Silvia, TASSONE Cristina, ALESSANDRIA Tiziana, SICCARDI Sara, PIETRAGALLA Anna Maria, ALESSO Luca.

Coordinatore: Andrea Lazzara

Desideriamo ringraziare coloro che in questi anni hanno creduto e sostenuto il “progetto Cantiere Adolescenti” e che non hanno mai mancato di farci sentire il loro sostegno e vicinanza.

In particolare il Dr. Alberto Arnaudo, la dr.ssa Tomaciello e la Dr.ssa Laila Melli per aver pensato, coltivato e nutrito il progetto Cantiere prima ancora della sua nascita ufficiale ed i precedenti coordinatori della Sede di Saluzzo del Cantiere Adolescenti, il Dr. Daniele Nunziato e la Dr.ssa Emanuela Pignatta.

Infine un **sincero ringraziamento va tutti gli Operatori**, siano essi dipendenti del Servizio Pubblico sia del Privato Sociale accreditato, che con il loro quotidiano impegno e silenziosa dedizione nelle attività del “Cantiere” hanno permesso ad una idea diventare la realtà unica che oggi possiamo orgogliosamente osservare.

INDICE

PREFAZIONE di Antonella Anichini _____ pag. 5

Introduzione _____ pag. 10

Alcuni aspetti storici

CAPITOLO 1 L'adolescente oggi _____ pag. 13

- Potenzialità e nodi critici
- L'adolescenza tra fattori di rischio e protettivi

CAPITOLO 2 Contesto epidemiologico e Bisogni di salute _____ pag. 16

- Accessi agli sportelli del Cantiere Adolescenti

CAPITOLO 3 Modello di intervento _____ pag.19

- Nuovi paradigmi per un nuovo welfare
- Principi base
- Mission dei Servizi inerente aree adolescenti

CAPITOLO 4 Struttura Organizzativa _____ pag.23

Struttura Organizzativa del "Cantiere Adolescenti"

Tabelle operatori per sedi operative

- Cuneo
- Mondovì
- Savigliano
- Saluzzo

CAPITOLO 5 Le cose che abbiamo fatto _____ pag.29

- Formazione
- Presentazione del Cantiere presso altri enti - convegni
- Interventi di rete con il territorio
- Spazi ascolto adolescenti
- Alcune considerazioni sull'efficacia

CAPITOLO 6 Sistema di Valutazione/Rilevazione _____ pag. 35

Sistema di valutazione

CAPITOLO 7 Questioni aperte: _____ pag. 37

ALLEGATI

Allegato 1 Contesto epidemiologico e Bisogni di salute _____ pag.38

- Distribuzione popolazione adolescente in ASL CN1
- Condizione di salute e benessere negli adolescenti minori.
- Condizione di salute e benessere negli adolescenti maggiorenni e nei giovani adulti
- Comportamenti di uso, abuso, dipendenza
- Dati di accesso della NPI, allo Spazio Ascolto Giovani e al Progetto Giovani
- Tassi di suicidalità ASL CN1

Allegato 2 La rete dei territori _____ pag.55

PREFAZIONE

Antonella Anichini

- **Capocantiere:** *a che punto siamo col lavoro?*
- **Operaio:** *non saprei, siamo qui che si fa.*
- **Capocantiere:** *ma è partito o no? Insomma il cantiere è aperto e funziona a pieno regime. Così mi pare....*
- **Operaio:** *si funziona. Si fa del nostro meglio.*
- **Capocantiere:** *vedo tutti al lavoro con entusiasmo*
- **Operaio:** *i miei colleghi sono gente così. Come se per loro fosse sempre una questione di vita o di morte.*
- **Capocantiere:** *benissimo. Sei ottimista?*
- **Operaio:** *ho imparato ad esserlo. Anche quando tutto va storto!*

Tratto da: "La Costruzione invisibile "

Chissà com'è quando sorride! Emilio Locurcio, Maigret e Magritte edizioni Torino, 2019.

Con vivo interesse ho accolto il compito di presentare la Carta-Cantiere Adolescenti, uno splendido esempio di *ricerc-azione* che si espande attraverso un costante *apprendimento dall'esperienza*, si consolida per mezzo della definizione di *accordi interistituzionali* e apre orizzonti di speranza, tracciando possibili *rotte di evoluzione*, verso *reti solidali tra le équipes curanti*, nel percorso di accompagnamento degli adolescenti. Centrale la *dimensione della pensabilità dell'esperienza* che nutre le azioni di progetto, disegnando spazi di supervisione, intervizione e formazioni comuni a tutti gli operatori. Cosa aggiungere alla bellissima descrizione dell'articolazione progettuale? Ho pensato di procedere in modo associativo con quella che è la mia esperienza come Neuropsichiatra Infantile, impegnata nel lavoro clinico con gli adolescenti, da oltre trent'anni, presso la Clinica NPI dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino. Partirei da una domanda, basilare a mio avviso, che risuona nella Carta e riporto nel paragrafo seguente.

Gli adolescenti oggi: di cosa soffrono i nostri ragazzi?

Negli ultimi decenni si è assistito a un cambiamento della psicopatologia adolescenziale con un aumento vertiginoso delle condotte distruttive e un abbassamento dell'età di esordio; viviamo un tempo che assiste ad una *mutazione antropologica*, come diceva Pasolini (1974). Mai come oggi ci troviamo di fronte un futuro ignoto in continuo cambiamento. *Complessità* è la parola che meglio connota gli intrecci bio-psico-sociali dell'eziologia, come anche l'indispensabile integrazione tra saperi, professioni, percorsi Ospedale/Territorio, al fine di tenere viva la dimensione di salute e di cura. Nello specifico, oggi gli adolescenti lanciano un grido d'aiuto attraverso esplosioni (o implosioni) sintomatiche: tentativi di suicidio, ritiro sociale, fuga nelle dipendenze con e senza sostanza, autolesionismo, disturbi alimentari, aggressività; spesso la loro sofferenza si traduce in richieste urgenti, affollando i Pronto Soccorso e i reparti di degenza (non solo Neuropsichiatria infantile, ma anche Psichiatria e Pediatria). Spengono il cervello per non pensare. Nella maggior parte dei casi si tratta di *crolli* di un funzionamento mentale appoggiato su basi fragili, in un continuum tra *la crisi adolescenziale e le rotture mentali*. Fondamentale un ascolto attento e una condivisione interprofessionale. Stare accanto ai ragazzi sostando nell'incertezza, rendere pensabile (e comunicabile!) il sentirsi andare in frantumi (sentimento di vuoto) può consentire loro di passare attraverso la tempesta, andando al fondo di se stessi, per riprendere una rotta di crescita. E' importante dunque leggere i crolli in adolescenza in ottica psicodinamica, come opportunità di una riorganizzazione di sé; vedere i ragazzi nel crollo non come oggetti rotti, cumuli di *macerie*, bensì come *rovine*, tracce di un passato che ora è in attesa di essere risignificato attraverso un senso nuovo. Come dice Augè (2004) infatti *"le rovine non sono solo il risultato di una sottrazione, ma forme inedite ed evolutive. L'umanità non è in rovina,*

è in cantiere". A questo riguardo Bion (1973) parlando del crollo psichico valorizza la possibilità di rinascita, proprio a partire da una distruzione di ciò che c'era prima: *"molte facciate sono state salvate dalla sfortuna che le ha rese celebrate rovine"*. Proprio nella direzione di una ricerca di nuovi significati, farei ora un passo indietro, partendo da una riflessione etimologica.

Cantiere: esplorazioni sul significato della parola

La parola *cantiere*, come la intendiamo più comunemente oggi, ha poco più di cent'anni. Al tempo dei Romani, grandi costruttori, il *cantherius* non indicava un luogo di costruzione di edifici, ponti, strade: era il cavallo castrato, più docile e meglio disposto al lavoro. Anche se i cavalli nei cantieri non ci sono più, ancora oggi però in questi luoghi di lavoro sono presenti in via figurata, quando parliamo di *cavalletti* usati come sostegni. E' così che il *cantherius* diventa, nel tempo, la *trave di sostegno*, es. di solaio. In seguito il cantiere viene ad indicare il luogo in cui si costruiscono e riparano le navi, ove sono necessarie strutture, travi che sostengano le navi su cui si sta lavorando. Per estensione, in seguito cantiere viene ad indicare tutti i luoghi/laboratori di costruzione corredati dei loro apparati. Sempre Augè (ibidem) ci ricorda il fascino dei cantieri che con la loro *"incompiutezza contengono una promessa (...) contro l'evidenza mettono in scena l'incertezza; contro il presente, sottolineano la presenza ancora palpabile di un passato perduto e al tempo stesso l'imminenza incerta di quanto può accadere"*.

Il cantiere è dunque uno spazio-tempo *di transito*; è un *contenitore fisico*, un luogo, ancora informe, che segna il perimetro e traccia i collegamenti necessari (luce, acqua, gas) per la costruzione di uno spazio sicuro e funzionale. Il cantiere prende forma attraverso una delimitazione dentro/fuori, che potremmo associare alla *holding* di cui parla Winnicott: una presa salda (ma elastica!) della madre che regge il figlio in braccio, funzionando da *confine* e *conforto*.

Al tempo stesso il cantiere è un *contenitore mentale*, uno spazio di progettazione e di pensiero, in un certo senso rappresenta uno *spazio visionario* in cui si opera, in concreto, immaginando quel che ancora non c'è. Potremmo associare questa seconda funzione che assolve il cantiere alla *rêverie* (sognare da svegli) di cui parla Bion (1962); si tratta di uno stato dell'essere della madre che implica rendersi inconsciamente ricettivi a sperimentare ciò che è ancora indefinito e inquietante per il bambino che non è in grado di *sognare* l'esperienza. Per estensione, nelle equipe curanti, la *rêverie* rappresenta la capacità di tollerare il dubbio, l'incertezza e il paradosso che conferiscono al connettivo essenziale con cui sono formate, le doti di elasticità necessaria per ospitare le proiezioni degli adolescenti, restando lontani dal desiderio di comprendere a tutti i costi, piuttosto impegnandosi il più possibile nell'*esperienza di essere con* il paziente qui ed ora.

In cantiere, per associazione, viene dunque anche a definire l'assetto mentale con cui dobbiamo accogliere gli adolescenti e che richiede una continua manutenzione. Mi piace ricordare a questo proposito un bellissimo lavoro di Meltzer (1971) dal titolo *"Towards an Atelier System"* in cui l'autore (un grande pioniere nel lavoro psicoanalitico con adolescenti), come nella Scuola di Atene di Raffaello, auspica luoghi in cui persone esperte potrebbero organizzare *gruppi di lavoro, ricerca o studio*, svolgere funzione di tutor o supervisori, tenere corsi, seminari di vario genere, uno spazio di elaborazione che si prende cura di chi cura. L'autore in pratica sottolinea come *per aiutare chi sta cambiando* dobbiamo essere *anche noi a cambiare, in un processo di trasformazione continua*. Straordinarie le assonanze col Progetto del Cantiere Adolescenti!

Di seguito racconterò, in sintesi, un percorso formativo, che va in questa direzione di pensiero, presso la Clinica Universitaria di NPI di Torino.

Il cantiere come metafora: la costruzione invisibile

Nel 2009 l'*equipe* multiprofessionale di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, per affrontare le sfide nella cura degli adolescenti, con psicopatologia sempre più complessa, intraprende un lavoro di gruppo, un percorso teatrale, (durato due anni), con il regista Emilio Locurcio,

allora Direttore della Scuola di teatro Maigret&Magritte. Ne nasce uno spettacolo dal titolo *La Costruzione invisibile*, in scena per la prima volta il 3 marzo 2011, presso la “Casa teatro ragazzi e giovani” a Torino, replicato in più occasioni, anche in contesti sanitari, con la finalità di promuovere un dibattito sulle strategie con cui un gruppo di curanti può prendersi cura del paziente adolescente. Lo spettacolo rappresenta una sorta di narrazione collettiva che a poco a poco si riempie di contenuti, fino a diventare un confronto permanente per una intera piccola comunità, che si occupa del dolore, della frustrazione, del riscatto e infine del senso.

Di seguito, la trama, in sintesi.

La storia è ambientata in un cantiere; all’inizio gli operai sono in un pantano, sotto la pioggia, un terreno friabile, una segnaletica assai scarsa. gli operai devono dare vita ad una costruzione (nello spettacolo è invisibile), lavorando in squadra, ma senza un progetto definito dall’inizio; non capiscono quindi che cosa e come costruire; procedono così insieme “brancolando nel buio” tra entusiasmo, passione e scoraggiamento, secondo un equilibrio precario, continuamente minacciato e sempre ritrovato. Un paravento nasconde l’oggetto della cura ma la squadra al lavoro “non ha gli elementi” per conoscere “la creatura”, metafora della metamorfosi adolescenziale: non sa chi è e chi è intorno a lei non la riconosce più!

La storia rappresenta una bella metafora del lavoro di gruppo con gli adolescenti, nel reparto di NPI: offrire accoglienza e contenimento, in un’ottica di personalizzazione degli interventi terapeutici è un po’ come creare *architetture leggere* (Sennet 2014), non rifinite, capaci di aprire nuovi spazi di pensiero, attivare campi esperienziali creare equilibri mobili e contenere continue discontinuità, pensate per essere modificate man mano che mutano le esigenze lo spazio e il tempo della cura. D’altra parte il contatto col dolore mentale è come un fortissimo temporale, una bomba che rischia di minare i rapporti tra gli operatori che, con fatica ma anche con cuore e passione, cercano di mantenere una dimensione di cura. I costumi di scena quali tute, cinture di sicurezza, elmetti e scarpe anti-infortunistiche, consentono di visualizzare la necessità di rimboccarsi le maniche, impegnare tempo e fatica, facendo però sempre attenzione a proteggersi, trovando la giusta distanza nella relazione.

Questa esperienza mette al centro della scena il *lavoro di gruppo*: gli operatori sono molto sollecitati dal contatto con la sofferenza psichica nelle sue differenti espressioni; essenziale mantenere l’integrazione tra i diversi punti di vista e i diversi approcci. La trama di relazioni del gruppo curante va accuratamente tessuta e regolarmente riparata e rinforzata, in modo da rappresentare un supporto valido per lo svolgimento del lavoro nella quotidianità e garantire meglio l’adeguatezza (Anichini, 2019). Un buon risultato può essere raggiunto solo insieme, per cui sono indispensabili comunicazione e fiducia reciproca. Il lavoro di cura di per sé si contrappone alle tendenze oggi prevalenti della chiusura egoistica e difensiva, dell’edonismo superficiale e del consumismo, dal momento che richiede agli operatori attenzione e dedizione al bisogno e alla sofferenza dell’altro, ma anche li impegna ad investimenti vitali e vivificanti, che possano delineare nell’altro prospettive di speranza via via ridefinite insieme (Massaglia, 2019).

Dall’equipe multiprofessionale del reparto in Ospedale, ai Gruppi di lavoro integrati a livello territoriale, *fare gruppo* tra operatori significa dare corpo al lavoro di rete: la spinta vitale del gruppo consente di affrontare e rendere pensabile la complessità delle situazioni cliniche, con cui ci misuriamo, in un tempo di incertezza e cambiamento, là dove i singoli più facilmente divengono preda di vissuti di impotenza e *burn out*. Il laboratorio teatrale inoltre utilizza la creatività come strumento di ricerca e di connessione, che sappiamo indispensabile sia a livello degli operatori sia nel lavoro con gli adolescenti, così come lo vediamo anche nel Cantiere Adolescenti.

Prevenzione: l’arte della connessione, verso la costruzione di un ambiente “facilitante”

La Carta-cantiere adolescenti mette al centro il tema della prevenzione, partendo dal modello di salute di Comunità. Come afferma Winnicott (1965) l’attenzione all’*ambiente di cura* fa sì che diventi un *ambiente che cura*, nella sua totalità.

L’adolescente si muove sempre in una dimensione di oscillazione tra realtà esterna e mondo interno, sulla soglia, attraversando i confini e transitando sulle diverse sponde. Coinvolge tutte le figure intorno a sé per

mettere in scena figure inesprese del suo inconscio. Proprio per questo, aprire punti di aggancio e *spazi di pensiero* nei contesti di vita dei ragazzi, consente di raggiungerli là dove si trovano ed è un'azione essenziale per la prevenzione. A livello di formazione, è noto come lo *spazio di pensiero comune*, attraverso il gruppo (gruppi di lavoro, di supervisione, gruppi di ricerca), permette di riunire in una visione unitaria, i molteplici aspetti che gli adolescenti ci presentano, accompagnandoli verso un processo di integrazione che li fa sentire vivi.

Ma quale modello di prevenzione propone il Cantiere adolescenti? Possiamo dire che cerca di creare un *filo di fiducia*, delicato ma resistente, tra i servizi e i ragazzi, un filo fatto da una trama di relazioni che tessono progetti cuciti su misura, in una trama di connessioni interistituzionali: là dove i ragazzi tagliano i ponti e costruiscono muri, gli operatori intrecciano spazi di attenzione e comunicazione. Continuità + coerenza generano credibilità e fruttuose alleanze terapeutiche.

Operatori sentinella come *antenne sensibili* adeguatamente formati ad un ascolto in 3D, unitamente a genitori accompagnati nella loro funzione, consentono di avere adulti responsabili e responsivi, capaci di comprendere e promuovere integrazione e apertura all'altro. Il modello relazionale, avendo come *mission* la manutenzione dei legami, costituisce il modello di prevenzione più capillare possibile (e dunque vantaggioso) dentro il tessuto di cui è sostanziato l'ambiente di crescita (Anichini, 2024). Sulla base delle indicazioni del Manifesto Psicoanalitico dell'Adolescenza, un suggerimento per estendere la bella rete del cantiere è quello di sostenere la prevenzione precoce (prima che i disturbi si manifestino) *prima* che il disagio si manifesti, per ridurne l'impatto e l'intensità. Il *prima* indica la cura dell'*humus relazionale* in cui il bambino è cresciuto e continua a svilupparsi, un intricato complesso di delicati ecosistemi in equilibrio, bisognoso di attenzione comprensione e manutenzione. D'altro lato è oltremodo necessario ricercare, creare e strutturare *connessioni nei percorsi di sviluppo* come anche in quelli terapeutici, in uno scenario, quello attuale, dominato dalla *frammentazione* delle offerte terapeutiche e dei percorsi formativi: muri e barriere piuttosto che ponti e dialoghi, vedono spesso le istituzioni difendere modelli scissionali (es. parcellizzazioni con etichette diagnostiche) in cui si è persa di vista la centralità del paziente.

Cantiere adolescenti: un laboratorio di collaborazioni

Il *Cantiere adolescenti* ha messo a frutto una rete di *collaborazioni interistituzionali e integrate*, generando, in definitiva, una fertile alchimia di Comunità. In questo contesto, gli adolescenti e le loro famiglie vengono messi al centro di un pensiero collettivo (Anichini, 2021).

Potremmo dire che il *Cantiere Adolescenti*, assomiglia all'*humus*, un mix di sostanze organiche che interagiscono con la sostanza minerale del terreno, creando energia per le piante. L'*humus* mette a contatto ciò che è vivo con ciò che non è vivo, *rigenerando le forme vitali*. Il Cantiere adolescenti, a sua volta, rigenera la trama relazionale della Comunità in cui opera, crea reti solidali, custodisce il *sentimento di umanità*. La parola humus, tra l'altro, deriva dalla radice sanscrita bhu- che successivamente divenne hu- da cui deriva anche la parola uomo, che significa infatti *creatura generata dalla terra*.

Riprenderei, sul finale, uno dei primi significati della parola cantiere quella delle *bestie da lavoro* che, silenziose, sostengono questa invisibile (ma consistente) costruzione. In verità oggi, nel nostro quotidiano operare, ci sentiamo spesso così, come animali da traino, poichè la *fatica* nel nostro lavoro in Ospedale, come sul Territorio, è tanta. Fatica, *labor* in latino, è necessaria anche per svolgere il lavoro creativo dei *laboratori*, per i processi di *elaborazione*, ma soprattutto per tessere *col-laborazioni* che però generano poi nuove energie, grazie alla condivisione e alla possibilità di creare fronti di resistenza comuni.

Il mio incoraggiamento ora va a tutti gli operatori del Cantiere, con l'invito a proseguire nella strada imboccata, anche quando la stanchezza è tanta o *quando tutto va storto*, come scrivevo nell'incipit.

Auguro dunque lunga vita a questo *cantiere*, con l'auspicio che la *fatica* accumulata possa divenire energia creativa da spendere per trovare nuovi strumenti diagnostici, terapeutici ed espressivi da condividere, e che politiche economiche e di welfare, lungimiranti, possano continuare a sostenerne l'evoluzione verso futuri orizzonti.

BIBLIOGRAFIA

Augé M. (2004). *Rovine e macerie, il senso del tempo*. Boringhieri. Milano.

Anichini A. (2019). *Primi passi dentro il paesaggio in Chissà com'è quando sorride*. Locurcio. Maigret& Magritte. Torino.

Anichini A. (2021). *Introduzione al tema, Esperienze sul territorio: dai servizi al privato sociale*. In *covidtime: prima e dopo Setting e trasformazioni in situazioni di ascolto e cura*. Kemet. Torino.

Anichini A. (2024). *La prevenzione della psicopatologia dell'adolescente comincia fin da quando è piccolo in Focus: Costruire il futuro*. Adomagazine N.12/Maggio 2024.

Bion W.R. (1973). *Seminari brasiliani in Il cambiamento catastrofico*. Loescher. Torino, 1981.

Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando. Roma, 1972.

Locurcio E. (2019). *Chissà com'è quando sorride*. Maigret&Magritte. Torino.

Massaglia P. (2019). *Il Paesaggio in Chissà com'è quando sorride*. Locurcio. Maigret& Magritte. Torino.

Meltzer D. (1971). *Toward an atelier system in Sincerity and other works*. Alberto Hahn. London, 1994.

Pasolini P.P. (1974). *Mutazione antropologica*. Corriere della Sera, 10 giugno 1974.

Sennet R. (2014). *Insieme, rituali, piaceri, politiche della collaborazione*. Feltrinelli. Milano.

Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando. Milano, 2015.

SITOGRAFIA

Adomagazine N.12/Maggio 2024

https://www.agippsa.it/wp-content/uploads/2024/05/Adomagazine-12_Mag.pdf

Manifesto psicoanalitico dell'adolescenza 11 Gennaio 2024 Il Manifesto psicoanalitico dell'adolescenza:

<https://www.agippsa.it/wp-content/uploads/2024/01/Manifesto-Psicoanalitico-dellAdolescenza-riproduzione-riservata.pdf>

Psicoanalisi&Sociale

<https://www.psicoanalisiiesociale.it>

INTRODUZIONE

Il presente elaborato è il frutto di un gruppo di lavoro, che ha ricevuto mandato specifico dai direttori dei Dipartimenti presenti all'interno del Cantiere: Dott. Risso (DSM), Dott. Fioretto (NPI), Dott. Coppola (DPD), Dott. Cilia (Consultorio) e Dott. Arduino (Servizio di Psicologia) e che è composto dai rappresentanti di tutti i dipartimenti ASL e dai Consorzi Socio assistenziali che afferiscono al "Cantiere Adolescenti".

Negli anni, il Cantiere Adolescenti ha mirato a costruire un sistema territoriale articolato, ma al tempo stesso altamente integrato di risorse, volto a realizzare interventi che comprendessero sia l'individuazione e l'aggancio precoce di situazioni a rischio, sia la promozione della salute mentale e la sensibilizzazione al tema delle Istituzioni e delle persone. L'obiettivo, ambizioso, tendeva alla costruzione di un ecosistema abilitante, in applicazione dei principi di efficacia dell'*Integrated Community Care (I.C.C.)*, attraverso una serie di iniziative integrate, capaci di tenere in raccordo i Servizi a bassa soglia con l'alta specializzazione, insieme ad una azione culturale e comunitaria, mettendo al centro la promozione del benessere e lo sviluppo di spazi relazionali abilitanti in cui agire pratiche di accompagnamento rispettose di sé e dell'altro.

A partire dalle origini del Cantiere Adolescenti, viene descritto il percorso di crescita, figlio della riflessione sulle cose che abbiamo fatto all'interno delle realtà distrettuali e che ha portato a definire con chiarezza i principi che in questi anni ci hanno guidato, il modello a cui facciamo riferimento e la struttura organizzativa di cui ci siamo dotati per tradurre in operatività i modelli e i principi e infine, nel 2024 alla costituzione di un gruppo di progetto Aziendale con l'obiettivo di lavorare alla messa a sistema del "Cantiere Adolescenti" dell'ASLCN1.

Proponiamo infine, una serie di questioni aperte, che avranno una possibile ricaduta sullo sviluppo e nella definizione di un Cantiere in grado di abbracciare le sfide che nei prossimi anni i Servizi saranno chiamati ad affrontare.

Alcuni aspetti Storici

Nel 1998, a Cuneo, al fine di intercettare precocemente il disagio degli adolescenti e quindi capire quale spazio di ascolto/accoglienza offrire loro, nasce un gruppo di lavoro dell'ASL CN1, composto da: Consultorio familiare (DMI), Servizio di Educazione alla Salute, Ser.D., Servizio di Psicologia e Consorzio Socio Assistenziale. A partire dall'esperienza dei "CIC", gli Spazi di Informazione e Consulenza, presenti negli Istituti scolastici di secondo grado, l'ipotesi è di strutturare uno spazio non connotante che si occupi anche del benessere dei ragazzi e offra una risposta "ragionata" ai mandati di legge relativi all'ambito della prevenzione.

L'intento è inoltre quello di strutturare una rete con altri punti di ascolto, attivi all'interno delle scuole superiori, migliorare la collaborazione e comunicazione con tutti gli adulti/operatori che a vario titolo si occupano di adolescenti, lavorando a stretto contatto con l'Educativa Territoriale, gli enti gestori dei Servizi Sociali, le parrocchie, le associazioni sportive e le associazioni di volontariato

Nel maggio del 2000 il progetto prende forma e si apre uno Spazio "fisico" al di fuori delle strutture istituzionali: "Al 34", sito in via Carlo Emanuele 34 a Cuneo. "Al 34" si definisce come spazio di collaborazione interservizi, multidisciplinare, con l'obiettivo di: intercettare il bisogno portato dai giovani (fascia d'età 14-24 anni); offrire un primo counselling; orientare i giovani e le loro famiglie ai Servizi sul territorio; accompagnare ragazzi e familiari, quando necessario, a una presa in carico del Servizio Specialistico

Nel 2015, considerata la ricchezza delle esperienze e la complessità delle tematiche del disagio giovanile, sorge la necessità di definire processi strutturati declinabili sui vari territori dell'ASL CN1 per l'intercettazione precoce, l'aggancio e la presa in carico di adolescenti problematici in fascia di età 14-24 anni da parte dei Servizi interessati: Dipartimento Materno Infantile (Neuropsichiatria Infantile e Consultorio materno infantile), Dipartimento di Salute Mentale (Centro Salute Mentale, Centro Disturbi del Comportamento Alimentare e Psicologia), Dipartimento Patologie delle Dipendenze. La direzione lo pone come Obiettivo Aziendale dell'ASL CN1 – 2015 relativo all'adolescenza.

Dal 2016 la presa in carico sociosanitaria degli adolescenti in fascia 14 – 24 anni risulta sempre più critica a causa dell'aumento dei casi che presentano:

- disturbi psichiatrici maggiori: disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi psicotici e bipolari, gravi disturbi comportamentali, disturbi delle condotte alimentari;
- comorbidità: disturbo psichiatrico e uso di sostanze o nuove dipendenze;
- disabilità cognitive e disturbi comportamentali, ADHD e disturbi comportamentali a rischio di evoluzione in disturbi di personalità;
- adozioni non andate a buon fine;
- provvedimenti del Tribunale dei Minori e Ordinario, compresi i provvedimenti dell'autorità giudiziaria verso minori e giovani adulti autori di reato;
- difficoltà di integrazione legate ad origine straniera;
- disgregazione del nucleo familiare e conflitto di valori fra generazioni.

L'ASL CN1 e gli Enti gestori delle Funzioni Socio assistenziali del territorio intendono quindi rispondere a questa autentica emergenza attraverso la collaborazione in rete di tutte le strutture che a vario titolo si occupano di adolescenza.

Quindi nel 2016, al fine di incrementare e rinforzare le reti territoriali rivolte agli adolescenti, viene redatto un protocollo socio sanitario che vede coinvolti l'Asl con tutti i Consorzi del territorio: Consorzio Monviso Solidale, Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese, Consorzio per i Servizi Socio Assistenziali del Monregalese, Consorzio per i servizi Socio Assistenziali delle valli Grana e Maira, Unione Montana delle Valli Mongia e Cevetta – Langa Cebana – Alta Valle Bormida

Riunire su un unico tavolo i Servizi Sanitari, i Servizi Sociali e il Privato Sociale Accreditato ha segnato la nascita del **" Cantiere adolescenti", un Servizio integrato a bassa soglia, interdipartimentale, sovra-aziendale, presente in ognuno dei quattro distretti dell'ASL CN1 (Cuneo, Mondovì, Savigliano – Fossano,**

Saluzzo), composto da un gruppo multidisciplinare di professionisti afferenti a tutti i servizi sopracitati, articolato in equipe territoriali, con i seguenti obiettivi:

- Individuazione e implementazione di un luogo non «medicalizzato», informale, riconosciuto dagli adolescenti (14-24 anni);
- integrazione permanente tra i servizi sanitari e quelli sociali;
- raccordo con le istituzioni scolastiche e le altre agenzie educative del territorio;
- intercettazione precoce di forme di disagio ed invio ai servizi specialistici di secondo livello secondo criteri e appropriatezza ed efficacia
- raccordo e messa in rete con altri sportelli / spazi giovani, servizi a “bassa soglia” presenti sul territorio finalizzata sia all’intercettazione precoce sia all’inserimento dei giovani in uscita da percorsi clinici (*social prescription*)

Nel Protocollo socio sanitario vengono indicati i livelli di intervento per le *équipes* del Cantiere in una logica “bottom up”:

A - Servizi educativi e di comunità del territorio (centri di aggregazione, educativa di strada, progetti adolescenti e giovani...) con l’obiettivo di intercettare, inviare o accompagnare gli adolescenti allo spazio ascolto o ad altre risorse della filiera.

B - Spazi ascolto adolescenti, gestiti da servizi sanitari e/o sociali, con l’obiettivo di offrire una prima consulenza e orientamento ai servizi, individuando precocemente eventuali problematiche cliniche.

C- Spazi di filtro diagnostico, gestiti in collaborazione tra servizi, con l’obiettivo di effettuare una prima diagnosi sui casi rilevati al livello A con sospetto di problematiche cliniche, mirata ad individuare i servizi più indicati per la presa in carico e facilitare così la predisposizione di interventi integrati quando necessari.

Cronologia essenziale del Cantiere Adolescenti

- 1998: nasce un primo gruppo di lavoro ASL CN1 con Consultorio familiare, Servizio di Educazione alla Salute, SerD e Consorzio socio-assistenziale per intercettare precocemente il disagio adolescenti.
- 2000: si apre uno spazio fisico "al 34" -spazio di collaborazione interservizi, sulla base della quale è poi stato strutturato il protocollo di collaborazione tra servizi.
- 2014: con il protocollo di collaborazione tra i servizi sanitari dell’ASL CN 1, viene istituito formalmente il Cantiere Adolescenti. L’ASL pone come Obiettivo Aziendale la strutturazione dei processi di intercettazione precoce.
- 2016: il protocollo sociosanitario del Cantiere Adolescenti ASL CN1 viene firmato anche dai 3 consorzi degli enti gestori dei servizi sociali del territorio.
- 2024: viene istituito il Gruppo di Progetto “Cantiere Adolescenti”.

Capitolo 1

L'ADOLESCENTE OGGI

Potenzialità e nodi problematici

L'adolescenza è una fase di transizione, di crescita e di sviluppo che presenta bisogni e diritti specifici (Palmonari, 2011). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'adolescenza come quella fascia d'età compresa tra i 10 e i 19 anni, che è a sua volta inserita nella macrocategoria dei giovani (dai 10 ai 24 anni).

In realtà è difficile stabilire quando abbia inizio l'adolescenza, e quando possa dirsi conclusa.

L'adolescenza si prolunga in funzione della proiezione che i giovani ricevono dagli adulti e in funzione dei limiti di esplorazione che la società impone loro.

L'adolescenza è una fase di mutazione: si vivono trasformazioni corporee e cognitive (maturazione fisica e psicologica); si modificano i rapporti interpersonali improntati ora ad una maggiore autonomia rispetto ai legami familiari, che portano a sperimentare nuovi dis/equilibri con i genitori, con l'ambiente sociale e, in rapporto a sé, anche l'assunzione di una identità di ruolo e di genere.

L'approccio psicoanalitico ne ha sottolineato l'aspetto del conflitto, quello sociologico-antropologico ha portato l'attenzione al contesto di appartenenza, quello cognitivo ha evidenziato i cambiamenti neuropsicologici e cognitivi, quello psicosociale ha riflettuto sui compiti evolutivi che occorre affrontare per completare il percorso di crescita compreso l'aspetto valoriale ed il rapporto tra pari.

Riassumendo, gli aspetti comuni e evolutivi dell'adolescenza sono:

- separazione-individuazione dai genitori;
- nascita sociale;
- mentalizzazione del corpo e costruzione dell'identità di genere;
- acquisizione di valori ideali.

Gli adolescenti di oggi stanno soffrendo non esclusivamente per ciò che è accaduto in passato, ma fondamentalmente, per non essere visti e pensati dalla comunità adulta e dalle istituzioni attorno a loro; per la distanza dalla proposta culturale nella quale sono immersi; per ciò che percepiscono difficilmente e nebulosamente rispetto al dopo.

Accanto all'impotenza, è l'assenza di prospettive future a mettere in difficoltà. Il dolore sembra derivi dalla sensazione non di non poter realizzare i propri compiti evolutivi ma di non percepirli, sentirli, vederli, poterli concretizzare; di non intravedere cioè la possibilità di realizzazione di sé e di sé nella società di cui si fa parte.

La pandemia da Covid-19 ha incrementato il disagio già preesistente nei ragazzi e si è caratterizzata come catalizzatore di fragilità: la richiesta di accesso ai servizi specialistici è infatti sensibilmente aumentata (il numero di utenti è raddoppiato); la diagnosi di patologia psichica è aumentata del 30% soprattutto tra giovani e studenti; secondo l'OMS, 1 giovane su 5 soffre di disagio psichico ed il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani.

“La percezione dell'assenza di prospettive future in una società con ideali molto alti spesso paralizza i giovani. Profondi cambiamenti sono intervenuti a modificare il costruito di famiglia. Il cardine della famiglia affettiva è diventata la relazione, tanto con i membri del nucleo familiare quanto con i coetanei. I bambini non sono più sottomessi a regole inflessibili, non sono più obbligati a fare i conti con dolore, frustrazione e senso di colpa; così il vuoto lasciato dall'autorità paterna, ormai destituita, viene riempito da un calendario serrato di aspetti prestazionali. Siamo di fronte a un'anticipazione delle esperienze e a una precocizzazione dell'adolescenza e del debutto sociale di bambini profondamente adultizzati...”.

(Lancini, 2023)”.

I bisogni di crescita degli adolescenti oggi sono particolari e hanno a che fare con:

- Diventare pensabili, Comprensibili, Visibili
- Essere accettati
- Essere presi seriamente (anche nel proprio dolore)
- Essere aiutati a riorganizzare la speranza nel futuro, un futuro nel quale il loro desiderio possa realizzarsi
- Credere di essere all'altezza del proprio desiderio, della bontà dei propri sentimenti e pensieri
- Essere aiutati a orientarsi nella ricerca di sé e della propria posizione nel mondo
- Essere aiutati nella narrazione della loro storia

Incontrare e comprendere i bisogni di crescita e di cura degli adolescenti è compito complesso e delicato perché questi raramente sono espressi in modo diretto; non vengono verbalizzati; non si esprimono con la parola; non vengono portati ai servizi competenti. Spesso vengono «collocati altrove» e assumono forme e modi particolari, sicuramente lontani dalla loro cognizione.

L'Adolescenza tra fattori di rischio e protettivi

Per **Fattori di Rischio** si intendono le caratteristiche o condizioni individuali o di contesto, i fattori o eventi negativo-traumatici, in grado di accrescere la probabilità di sviluppare un disagio o un disturbo mentale (Rutter, 1987).

In adolescenza i possibili rischi, criticità e disagi oggi possono essere correlati a:

- incertezza rispetto a sé e alle proprie competenze (scarsa autostima, obiettivi personali, familiari e sociali elevati o percepiti come irraggiungibili, ...)
- scarto fra azione e riflessività (presenza di impulsività);
- mettersi alla prova e giocare nella relazione con gli altri (ricerca di appartenenza, desiderio di visibilità opposti a sensazione di essere soli);
- attrazione, negazione, esposizione al pericolo (senso di invulnerabilità tipico del processo di individuazione adolescenziale che può favorire l'adozione di comportamenti quali l'uso di sostanze, precocizzazione sessuale, devianza);
- tendenza a controllare il corpo, le sue spinte, le sue sensazioni ed emozioni;
- incompetenza al riconoscimento e alla gestione positiva delle emozioni e delle pulsioni.

Il disagio si esprime sempre più spesso attraverso un attacco al corpo, con gesti autolesionistici, disturbi della condotta alimentare, ritiro sociale, oppure agendo all'esterno comportamenti aggressivi o devianti.

Ma L'adolescenza è anche una grande *chance*, può rappresentare una nuova nascita, un'occasione per superare ciò che è accaduto e andare oltre il «bambino che si è stati». Charmet dice che: «*si può anche vendicare il bambino che si è stati, anche con una certa qual violenza*».

L'adolescenza, dunque, è anche la fase della vita nella quale si può prendere in mano la propria esistenza e dirigerla nella crescita verso l'adulthood in modo nuovo.

I Fattori Protettivi, ovvero quei fattori individuali ed ambientali ritenuti in grado di proteggere la persona nella sua globalità, favorendone la possibilità di fronteggiare con maggior competenza i vari aspetti della vita (Rutter, 1987), sono:

- un buon livello di sicurezza e fiducia di base;
- un buon livello di consapevolezza di sé ed autostima;
- caratteristiche disposizionali e temperamentali;
- l'autoregolazione;
- un rapporto buono ed equilibrato con il corpo e con le sensazioni corporee;

- un buon rapporto con le emozioni;
- la percezione di auto-efficacia;
- la capacità empatica e riflessiva;
- le competenze relazionali e comunicative;
- il senso critico in grado di contrastare le pressioni socio-culturali;
- le abilità di fronteggiamento e di coping.

I Fattori di Protezione possono operare direttamente, diminuendo i problemi o le difficoltà; interagendo con i fattori di rischio, diminuendone l'effetto negativo (effetto cuscinetto); intervenendo sui processi di mediazione che collegano il rischio al disadattamento successivo; promuovendo l'autostima e il benessere individuale; prevenendo l'insorgenza del rischio. Nella panoramica vasta e complessa del mondo adolescenziale si assiste, accanto alle dimensioni di fragilità, alla presenza di quelle creative, capaci di forgiare modi adeguati di stare nel mondo. Questi aspetti potenziali trovano un posto nell'osservazione e nella **prospettiva del cantiere adolescenti**, attraverso una particolare attenzione a:

- come si devono collocare, posizionare i soggetti che ruotano intorno all'adolescente;
- analizzare se le strutture e i sistemi che accolgono gli adolescenti in questo momento siano adeguati o obsoleti o fragili
- come costruire una istantanea degli adolescenti che contenga anche la parte delle potenzialità.

Accanto ad uno sguardo lucido sulle fragilità dei contesti educativi e degli adolescenti, serve riconoscere e consegnare ai giovani una sfida e una responsabilità condivisa ideale.

Vanno scoperte le nuove modalità e i nuovi modelli di partecipazione attraversati dai giovani. Serve uno sguardo nuovo; ricostruire i significati delle parole come attivazione, cittadinanza, partecipazione, impegno. C'è bisogno di un rinnovato patto di alleanza che permetta di riprendere un campo di attenzione che forse è sfuggito. Si è molto attenti alla domanda su come favorire la crescita e l'autonomia dei giovani ma, concentrandosi troppo sui giovani e poco sulle infrastrutture relazionali e fisiche che questi giovani poi utilizzano o dovrebbero utilizzare per farlo. Lo scambio tra giovani e strutture sociali oggi, così come tra giovani e istituzioni, deve avvenire con adulti che si muovono gradualmente verso un diverso paradigma dell'invito; uno scambio tra fragili, 'spaesati' davanti al mondo complesso, che colloca nella condizione del dare e ricevere contemporaneamente la compatibilità tra vita adulta (visione e condizione moderna) e vita giovane (visione e condizione postmoderna).

Capitolo 2

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E BISOGNI DI SALUTE

Cercando di tracciare un quadro generale e possibilmente oggettivo della condizione di benessere e salute mentale della popolazione adolescenziale dell'ASL CN1, una prima difficoltà che emerge è la frammentarietà delle informazioni disponibili. I principali riferimenti sono i dati di attività dei Servizi, che riflettono, attraverso l'entità e la quantità di domanda di cura, il bisogno di salute, ma che sono anche il riflesso della capacità dei Servizi stessi di intercettare e rispondere alle richieste, e i sistemi di sorveglianza, statisticamente più robusti, ma che esplorano campi predeterminati relativi a indicatori e fattori di rischio nella popolazione. In ASL CN1 sono attivi due i sistemi che raccolgono dati di salute la percezione della popolazione giovanile: HBSC (per la fascia d'età 11-13-15 e 17 anni) e PASSI per la fascia d'età 18-35 anni).

Il bacino di utenza dell'ASL CN1 dei giovani nella fascia 14-24 anni è costituito da circa 40.000 giovani, di cui un 10% è rappresentato da ragazzi e ragazze di origine straniera (4179), diversamente distribuiti nei quattro distretti. Il distretto sud-ovest raccoglie la quota più consistente di giovani (15.000 ragazzi).

distretto	genere	Da 15 a 19 anni	Da 20 a 24 anni	Totale	
CN1 - Nord Est	Totale	4411	4595	9006	Tot Savigliano - Fossano
CN1 - Nord Ovest	Totale	3799	3944	7743	Tot Saluzzo
CN1 - Sud Est	Totale	3726	4166	7892	Tot Mondovì - Ceva
CN1 - Sud Ovest	Totale	7669	8301	15970	Tot Cuneo
Totale	Totale	19605	21006	40611	Tot ASL CN1

È presente una quota di ragazzi più a rischio di vivere in condizioni di maggior fragilità: le famiglie mono genitoriali rappresentano il 13,2 % dei nuclei familiari, di cui l'11,4% composti da donne. Il 3,6% dei ragazzi dichiara di non vivere con i genitori, ma in altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni

In generale si rileva una quota consistente di giovani che presenta segnali di disagio: il grado di soddisfazione per la propria vita (Scala di Cantril) è considerato un indicatore della condizione di benessere. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze e a più alti livelli di attività fisica

“In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%) e per anno

	15 anni (2018)	15 anni (2022)	17anni (2022)
0-5	12,7	27,8	28,2
≥6	87,3	72,2	71,8

Nel post pandemia si percepisce un peggioramento nella soddisfazione di vita (raddoppiano gli insoddisfatti a 15 anni fra 2018 e 2022 e quasi un terzo dei 17enni si dichiara non soddisfatto della propria vita). Solo 4 adolescenti su 10 riferiscono un buon livello di benessere psicologico (scala WHO-5).

Altro indicatore di malessere è l'esperienza soggettiva di sintomi che oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari, è associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche, tra cui il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari, e situazioni di stress. Negli ultimi 6 mesi dalla rilevazione un adolescente su due ha riportato sintomi circa ogni giorno: fra i sintomi somatici quello maggiormente riferito è l'insonnia (14%), seguito dal mal di testa e mal di schiena (7%). Il sintomo psicologico

maggiormente riferito è il sentirsi nervoso (17%), seguono sentirsi giù di morale e sentirsi irritabili (12%). Tutti i sintomi sono riportati in maniera significativamente maggiore dalle ragazze.

Anche la percentuale di ragazzi che riferiscono di essersi sentiti soli la maggior parte delle volte o sempre negli ultimi 12 mesi è rilevante: sono fra il 17 e il 20% dei 15 e 17enni.

La condizione di malessere è testimoniata anche da comportamenti di abuso (alcol, cannabis, gioco d'azzardo, uso problematico dei social) uso di farmaci; in particolare nel post covid si rileva un aumento del consumo di alcol nei ragazzi più grandi: nel 2019 il binge drinking aveva riguardato il 16% dei giovani (18- 24 anni, il 20,6% dei maschi vs l'11% delle femmine; nel 2020 tali proporzioni sono aumentate al 18,4% (22,1% dei maschi e 14,3% delle femmine). A 15 anni 1 adolescente su 5 ha avuto almeno due esperienze di ubriachezza e più di un diciassettenne su 10 (11,2%) ha dichiarato di aver fumato cannabis 30 giorni o più,

Confronto pre-post pandemia - Dati riferiti ai 15 enni	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27.9	23.4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	51.7	55.0
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	20.9	20.7
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	42.3	39.5
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	18.9	13.1
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	35.9	27.6

MOLTO SIGNIFICATIVO È IL TENDENZIALE PEGGIORAMENTO NELLE RELAZIONI CON I PARI CON GLI ADULTI DI RIFERIMENTO, ALLO STESSO MODO LA SCUOLA RAPPRESENTA UN AMBIENTE POSITIVO PER UNA QUOTA SEMPRE MINORE ADOLESCENTI (65% DEI 15 ENNI NEL 2018, 59 NEL 2022; IL 40% DEI 17ENNI NEL 2022).

RELAZIONI CON I PARI E GLI ADULTI DI RIFERIMENTO	2018	2022
HO MOLTA FIDUCIA NEI MIEI INSEGNANTI (D'ACCORDO/MOLTO D'ACCORDO)	61,1	54
I MIEI COMPAGNI SONO GENTILI E DISPONIBILI (D'ACCORDO/MOLTO D'ACCORDO)	61,1	58
LA SCUOLA MI PIACE ABBASTANZA O MOLTO (D'ACCORDO/MOLTO D'ACCORDO)	64,9	58,8
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	78.6	72.6
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	60.6	55

Situazione simile fra i giovani adulti: nel 2022 i ragazzi italiani nelle fasce di età tra 20 e 34 anni mostrano un livello di benessere mentale inferiore rispetto alle persone di 35-44 anni e si osserva una situazione particolarmente critica per le giovani donne (20-24 anni). In Piemonte nel 2018 il 5% dei giovani adulti (18-35 anni) dichiara sintomi depressivi. Per i giovani dell'ASL CN1 sembra andare un pochino meglio: nel biennio 20-21 solo il 3% dei giovani cuneesi riferisce sintomi depressivi.

Per quanto riguarda la diffusione del disagio o di franchi disturbi, i dati di attività delle NPI piemontesi ci rimandano una prevalenza intorno al 7% e un'incidenza intorno al 2% totalità delle prese in carico NPI. Sono però evidenti incrementi negli accessi per patologie psichiatriche internalizzanti e disturbi alimentari, in particolare per le ragazze e nella fascia 14-17 anni, che al momento sembra quella che presenta i maggiori fattori di rischio.

Per quanto riguarda la provincia di Cuneo, i residenti in carico per “percorso psichiatrico” sono fra il 3,7% e il 4,1%. Supponendo di poter applicare tale tasso ai residenti dell’ASL CN1 nella medesima fascia di età, ci indica una quota di circa 800 ragazzi in carico per percorso psichiatrico. Di questi il 7% è rappresentato da DCA, il 24% da disturbi esternalizzanti, il 52% da disturbi internalizzanti, l’8% da disturbi psichiatrici, il 9% da minori in condizioni di rischio psicoevolutivo.

Accessi agli sportelli del Cantiere Adolescenti

Nel 2022, hanno avuto accesso agli sportelli “Al 34” di Cuneo e “SMArt” di Mondovì 180 adolescenti, di cui la maggior parte ragazze (76%) e collocati nelle fasce d’età 14—15 (34% F e 23% M), e 16-17 (30% F e 28% M). Le richieste dei ragazzi coprono più ambiti: il 62% (112 adolescenti) l’ambito familiare e sociale e accede principalmente per difficoltà relazionali e famigliari (41%) e poi per difficoltà ad orientarsi nelle scelte di vita (10%). Nello stesso anno accedono allo Spazio Giovani di Savigliano e Saluzzo 71 giovani fra 17 e 27 anni (56% femmine), la maggior parte per disturbi d’ansia (38%) e dell’umore (19,8%),

Del totale degli accessi dei minori agli sportelli di ascolto, solo un terzo (59) è stato inviato ai servizi per una presa in carico vera e propria, prevalentemente NPI (24) e psicologia (20); fra gli utenti del Progetto Giovani, poco meno del 20% passa ad altro servizio alla fine del percorso.

In estrema sintesi, quello che sembra emergere da una lettura complessiva dei dati raccolti, è un peggioramento di alcuni indicatori di benessere percepito e salute mentale, molto evidente nel post pandemia, ma che riflette un andamento più graduale e distribuito nel lungo periodo, iniziato anche prima del Covid.

I dati locali sono comunque allineati con le tendenze nazionali che riportano trend in aumento da anni dei segnali disagio, un cambiamento delle diagnosi che vede quadri sfumati e una complessità maggiore dei casi presi in carico, con coinvolgimento di più servizi, sanitari e sociali, età d’esordio più basse.

Corrispondono a questo quadro, anche cambiamenti sociali e culturali più ampi: fragilità delle reti sociali, prevalere del modello della “famiglia affettiva”, ma isolata e spesso mono genitoriale, drastica riduzione di spazi e temi di gioco e socializzazione spontanei, preponderanza culturale di sistemi valoriali consumistici, competitivi e individualistici, importanza culturale dell’immagine e pressione del giudizio sociale, ecc...

Una descrizione più ampia ed estesa del contesto epidemiologico, suddiviso nei seguenti paragrafi, è riportato in Allegato 1

- distribuzione popolazione adolescente in ASL CN1
- condizione di salute e benessere negli adolescenti minori.
- condizione di salute e benessere nei giovani adulti
- Comportamenti di uso, abuso, dipendenza
- Dati di accesso della NPI, allo Spazio Ascolto Giovani e al Progetto Giovani
- Frequenza suicidi in ASL CN1

Capitolo 3

MODELLO DI INTERVENTO

Nuovi paradigmi per un nuovo *welfare*

La missione dei Servizi dedicati all'adolescenza varia a seconda del contesto e del tipo di Servizio. Tuttavia, in generale, si concentrano su diversi obiettivi chiave per favorire lo sviluppo sano e positivo dei giovani:

- Supporto Emotivo e Psicologico
- Accesso all'istruzione e sostegno al successo accademico
- Sviluppo sociale e relazionale
- Salute Fisica e Mentale
- Formazione delle Competenze
- Partecipazione e *Advocacy*
- Responsabile Cittadinanza

Questi obiettivi riflettono la complessità delle sfide e delle opportunità che caratterizzano l'adolescenza, cercando di garantire che i giovani abbiano il supporto e le risorse necessarie per svilupparsi in modo sano e positivo. In quest'ottica Il "Cantiere Adolescenti" richiama i principi e il metodo esposti nella carta del *Transnational Forum on Integrated Community Care* (una coalizione di fondazioni filantropiche con sede in Europa e in Canada, nata nel 2018 con l'obiettivo di mettere la comunità al centro delle cure primarie e integrate). Nella premessa il testo cita: "... di fronte al succedersi delle crisi climatiche, geopolitiche, sanitarie e finanziarie, ognuna delle quali aumenta le disuguaglianze con un impatto sempre maggiore sulle persone e sulle comunità in situazioni di vulnerabilità, è necessario trovare modi nuovi e migliori per vivere e prendersi cura delle persone e del pianeta. Le sfide odierne sono complesse e interconnesse e per risolverle, è necessaria la partecipazione delle comunità e dei cittadini, che insieme allo stato e al settore privato si impegnano per il bene comune."

Lungo questa direttrice è quindi necessario andare ad una ridefinizione del concetto di cura, che vada oltre la semplice risposta al bisogno, per muoversi in direzione di una concezione che sviluppa le capacità sociali e che prevede il sostegno di tutto ciò che è necessario per il benessere e la promozione della salute delle persone. L'attuale sistema sociosanitario, concepito nell'era industriale in cui la maggior parte delle malattie o era curabile oppure portava alla morte, ha raggiunto il suo limite fisiologico in termini di risultati ("uso migliore" delle risorse finite). Oggi le malattie sono prevalentemente croniche e complesse e quindi necessitano di risposte nuove. È necessario pensare ad un modello/sistema in grado di "prendersi cura" e non solo di curare.

Al cuore della concezione dell'ICC c'è lo sviluppo della capacità di proteggere e promuovere la salute e il benessere delle persone nelle comunità locali. Emerge una reciprocità del rapporto tra salute e comunità. L'attenzione deve essere posta non solo sulle politiche strettamente collegate alla salute e alle cure sociosanitarie, ma al *policy mix*, ovvero alle politiche (abitative, del lavoro, ambientali, etc.) che hanno effetti sulla salute comunitaria.

E' fondamentale che le determinanti sociali, economiche e ambientali e i meccanismi che generano diseguali condizioni di salute siano presi in considerazione e siano affrontati in modo adeguato.

L'approccio ICC si basa non soltanto sull'identificazione dei bisogni ma anche sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse della comunità e delle persone nell'intero arco di vita. La prospettiva è di tipo

lifecourse: considera cioè il succedersi/interagire degli eventi personali con quelli sociali, con i relativi punti di svolta e momenti di transizione; tiene conto cioè dell'evoluzione delle fragilità e delle risorse nel ciclo di vita. Ciò implica anche il coinvolgimento dei cittadini secondo modalità *bottom up*, nella progettazione, nell'apprendimento, nella valutazione, in modo da dare voce agli obiettivi e alle potenzialità (*asset*) della comunità e dei singoli. La persona non è soltanto destinataria di interventi e servizi, ma parte attiva nella progettazione, costruzione, realizzazione e valutazione dei percorsi di cura e delle pratiche di salute che la riguardano.

Fondamentale risulta la costruzione di alleanze territoriali che hanno l'obiettivo di definire e implementare soluzioni radicate a livello locale, grazie allo sviluppo di processi decisionali partecipati. E' necessario che la *governance* sia sul sistema di alleanze territoriali, prevedendo di localizzare a livello micro le funzioni di regia degli interventi, all'interno di cornici macro condivise. L'ICC è inclusiva e punta a raggiungere gruppi che rischiano di essere emarginati e di avere un accesso limitato a servizi e opportunità.

Principi base

SVILUPPARE INSIEME LA SALUTE E IL BENESSERE, PROMUOVERE LA PARTECIPAZIONE

1. Valorizzare e promuovere le capacità di tutti gli attori della comunità, compresi i cittadini, di diventare agenti di cambiamento e di co-produrre salute e benessere. Ciò richiede il coinvolgimento attivo di tutti, con particolare attenzione ai più vulnerabili.
2. Favorire la creazione di alleanze locali tra tutti gli attori coinvolti nella produzione di salute e benessere nella comunità. Sviluppare una visione condivisa e obiettivi comuni. Sforzarsi attivamente di mantenere rapporti di potere equilibrati e fiducia reciproca all'interno di queste alleanze.
3. Rafforzare le cure primarie *community-oriented* per stimolare la capacità delle persone di mantenere la salute e/o di vivere nella comunità anche in caso di patologie croniche complesse. Adottare gli obiettivi di vita delle persone come punto di partenza per definire gli esiti desiderati delle cure e del sostegno.

COSTRUIRE COMUNITÀ RESILIENTI

4. Migliorare la salute della popolazione e ridurre le disparità in salute affrontando i determinanti sociali, economici e ambientali della salute nella comunità e investendo nella prevenzione e nella promozione della salute.
5. Sostenere comunità sane e inclusive attraverso lo sviluppo di uno spirito di gruppo e investendo sia nelle cure che nelle infrastrutture sociali.
6. Creare le condizioni giuridiche e finanziarie per consentire la co-creazione delle cure e il sostegno a livello di comunità.

MONITORARE, VALUTARE E ADATTARE

7. Valutare costantemente la qualità delle cure e del sostegno e lo stato di salute e di benessere della comunità utilizzando metodi e indicatori che si fondano sui principi di cui sopra e che sono documentati attraverso una "diagnosi comunitaria" partecipativa che coinvolga tutti i soggetti interessati. Fornire opportunità di apprendimento congiunto. Adattare le politiche, i servizi e le attività in base ai risultati della valutazione.

Mission

Obiettivi di Lavoro

Il progetto Cantiere Adolescenti, sulla base di tali principi di politiche sanitarie attive, ha individuato obiettivi di salute da declinare partendo da macro obiettivi in una logica *bottom up*:

- Promuovere la salute ed il benessere adolescenziale
- Favorire una più armoniosa costruzione dell'identità personale e di gruppo in soggetti a rischio
- Migliorare l'efficacia di interventi nei nuovi quadri psicopatologici

Metodologia di intervento

Promuovere la salute ed il benessere adolescenziale attraverso

- Partecipazione del Cantiere a tavoli di lavoro sulle politiche giovanili
- Sviluppo di progetti di promozione della salute congiunti sanitari, sociali e in collaborazione con agenzie formative e associazioni del territorio.
- Interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio per favorire l'individuazione precoce di segnali di rischio di psicopatologia e orientare correttamente ai Servizi.
- Collaborazione del Cantiere a Servizi educativi e di comunità del territorio (centri di aggregazione, educativa di strada, progetti adolescenti e giovani...) con l'obiettivo di intercettare, inviare o accompagnare gli adolescenti allo spazio ascolto, ai Servizi sanitari appropriati o ad altre risorse della filiera.

Favorire una più armoniosa costruzione dell'identità personale e di gruppo in soggetti a rischio attraverso:

- Attivazione di uno **spazio adolescenti** con compiti di ascolto e analisi del bisogno, rivolto agli adolescenti.
- Integrazione di percorsi di cura e coordinamento con gli spazi di ascolto e i Servizi per adolescenti già presenti sul territorio.
- Triage.
- Indirizzo e accompagnamento, se necessario verso i servizi che possano offrire una presa in carico specifica rispetto alla problematica portata.

Migliorare l'efficacia di interventi nei nuovi quadri psicopatologici attraverso:

- **Presa in carico congiunta** di più servizi su quadri complessi.
- **Spazi ambulatoriali adolescenti** multidisciplinari sperimentali rivolti ai minori e ai giovani adulti che si affiancano alle risposte tradizionali già offerte dai servizi secondo competenza per la presa in carico del paziente e della sua famiglia (es. progetto giovani).
- **Spazi laboratoriali** di gruppo per omogeneità di problematiche o attraverso pratiche esperienziali di attivazione delle risorse interne (es. laboratori teatrali, fotografici, gruppi gestione dell'ansia,...).

- Sperimentazione **nuovi modelli di azione psicoterapica** sul territorio (es. sviluppo modelli di educativa rafforzata).
- ***Transitional care.***

Capitolo 4

STRUTTURA ORGANIZZATIVA CANTIERE ADOLESCENZA

Il modello organizzativo del Cantiere Adolescenti ha una struttura a rete finalizzata a

- valorizzare e promuovere le capacità di tutti gli attori della comunità, compresi i cittadini, di diventare agenti di cambiamento e di co-produrre salute e benessere.
- favorire la creazione di alleanze locali tra tutti gli attori coinvolti nella produzione di salute e benessere nella comunità sviluppando una visione condivisa e obiettivi comuni, rispettando e facendo tesoro delle peculiarità di ogni territorio.

La rete dei territori è descritta nel dettaglio in All.2 “La rete dei territori” per ogni area territoriale.

Struttura Organizzativa Cantiere Adolescenti

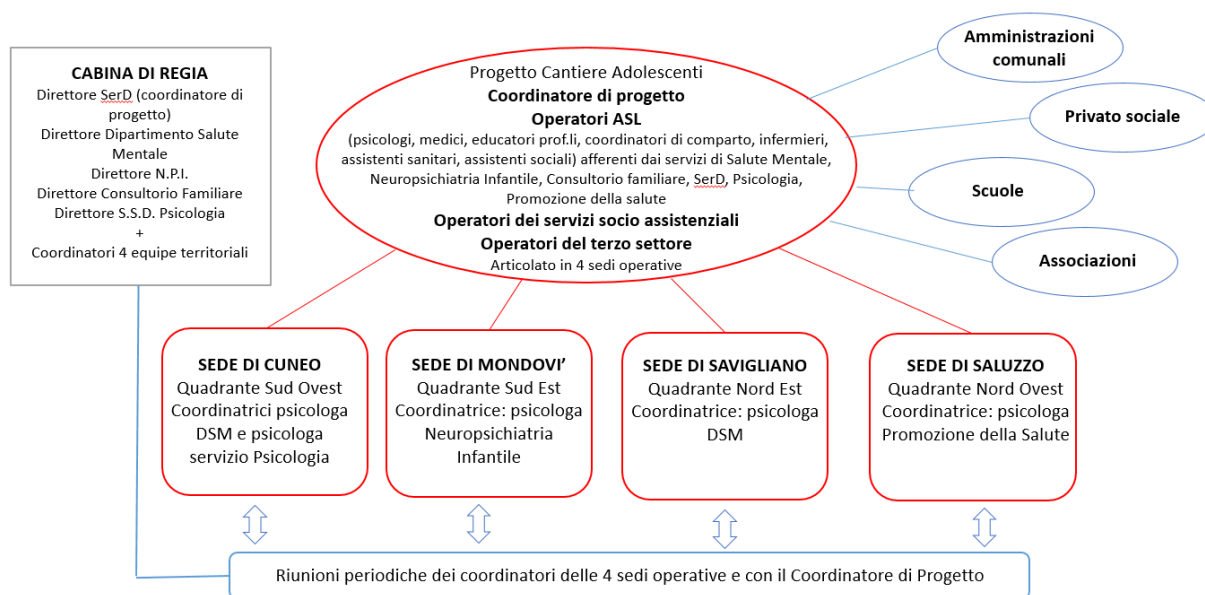


TABELLE OPERATORI PER SEDI OPERATIVE

Per ogni sede operativa del Cantiere vengono in seguito riportate le **specifiche relative al monte ore dedicato da ogni servizio e il dettaglio delle figure professionali coinvolte**. Le attività svolte dagli operatori comprendono riunioni operative ed organizzative, progettualità specifica, interventi diretti (sportello, scuole, progetti).

CANTIERE – SEDE DI CUNEO

REFERENTI: Serena Bono (NPI Cuneo) e Daniela Massimo (DSM Cuneo).

REFERENTI NELLA STORIA DEL CANTIERE: Alberto Arnaudo (SERD Cuneo), Brunella Giordanengo (SERD Cuneo).

OPERATORI ASL CN1 E CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL CUNEESE			
NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA		ORE DEDICATE
1	DSM PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		4 settimanali
1	DSM ED. PROFESSIONALE		10 settimanali
1	S.S.D PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		8 settimanali
1	SERD PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		2 settimanali
2	SERD ED. PROFESSIONALE		16 settimanali
1	NPI PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		4 settimanali
1	NPI ED. PROFESSIONALE		10 settimanali
1	CONSULTORIO ASSISTENTE SANITARIA		4 settimanali
1	S.S.D PROMOZIONE ALLA SALUTE ASSISTENTE SANITARIA		3 settimanali
1	CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DEL CUNEESE ED. PROFESSIONALE		10 settimanali
TOT N. 11 OPERATORI COINVOLTI	SERD	3	TOTALE COMPLESSIVO ASL Ore 68 settimanali
	NPI Consultorio	2	
	DSM	1	TOTALE COMPLESSIVO CSAC Ore 10 settimanali
	SSD PSICOLOGIA	2	
	Consultorio	1	
	Promozione Salute	1	
	CSAC	1	

Su richiesta di specifica consulenza sono disponibili per il SERD Assistenti Sociali, per il DSM Medici Psichiatri (CSM, CENTRO DIURNO, CENTRO DAN), per l’NPI Neuropsichiatri Infantili, per il Consultorio (Psicologi Psicoterapeuti), per il Consorzio Socio Assistenziale Assistenti Sociali.

Il ruolo del Terzo Settore e delle Associazioni del territorio si estrinseca nella partecipazione alle riunioni de “Al 34” per la collaborazione su specifiche Aree di Progettazione.

CANTIERE – SEDE DI MONDOVI'

REFERENTE: Barbara Nano (NPI Mondovì)

REFERENTI NELLA STORIA DEL CANTIERE: Chiara Mondino (NPI Mondovì)

OPERATORI ASL CN1			
NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA		ORE DEDICATE
1	NPI PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA (coordinatrice)		4 settimanali
1	NPI MEDICO NPI		2 mensili + consulenza al bisogno
1	SERD ED. PROFESSIONALE		3 settimanali
1	SERD ASSISTENTE SOCIALE		2 mensili
1	CONSULTORIO PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		2 mensili
1	DSM ED. PROFESSIONALE		2 settimanali
1	DSM ASSISTENTE SOCIALE		2 mensili
1	DSM INFERMIERA		2 mensili
1	S.S.D PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA		2 mensili
1	NPI TERP		2 mensili
TOT N. 10 OPERATORI COINVOLTI	Psicologia SERD NPI Consultorio DSM	1 2 3 1 3	TOTALE COMPLESSIVO Ore 50 mensili (12,5 ore settimanali)
OPERATORI ESTERNI ALL'ASL			
NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA		ORE DEDICATE
2 EDUCATORI PROFESSIONALI	Terzo settore		2 ore mensili
2 assistenti sociali	Consorzio Socio Assistenziale del Monregalese		2 ore mensili
1educatore professionale	Consorzio Socio Assistenziale del Monregalese – Ufficio Progetti		2 ore mensili

Su richiesta di specifica consulenza sono disponibili per il DSM Medici Psichiatri (DSM).

CANTIERE – SEDE DI SAVIGLIANO

REFERENTE: Paola Isaia (DSM Savigliano).

REFERENTI NELLA STORIA DEL CANTIERE: Laila Melli (DSM Savigliano), Mara Barcella (DSM Savigliano)

OPERATORI ASL CN1			
NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA		ORE DEDICATE
1	DSM – PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA		3 ore settimanali
2	DSM ED. PROFESSIONALE		6 ore mensili
1	DSM MEDICO PSICHIATRA		4 ore mensili
2	NPI ED. PROFESSIONALE		6 ore mensili
1	NPI PSICOLOGA		2 ore mensili
1	NPI MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTILE		2 ore mensili
1	SERD ED PROFESSIONALE		3 ore mensili
1	SERD PSICOLOGA		2 ore mensili
1	SERD ASSISTENTE SOCIALE		2 ore mensili
1	Consultorio PSICOLOGA		2 ore mensili
1	Dipartimento di prevenzione –SSD Promozione della salute PSICOLOGA		2 ore mensili
TOT N.13 OPERATORI ASL COINVOLTI	SERD	3	TOTALE COMPLESSIVO ASL Ore 41 mensili
	NPI	4	
	Consultorio	1	
	DSM	4	
	Promozione Salute	1	

OPERATORI ESTERNI ALL'ASL		
NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA	ORE DEDICATE
4 EDUCATORI PROFESSIONALI	Terzo settore	8 ore settimanali

CANTIERE – SEDE DI SALUZZO

REFERENTE: Silvia Cardetti (S.S.D. Promozione della Salute – Dip. Di prevenzione).

REFERENTI NELLA STORIA DEL CANTIERE: Daniele Nunziato (Consultorio Familiare), Emanuela Pignata (SERD), Andrea Lazzara (SERD).

CANTIERE ADOLESCENTI + EQUIPE PREVENZIONE DIFFUSA

NUMERO OPERATORI	STRUTTURA APPARTENENZA		ORE DEDICATE
1	S.S.D PROMOZIONE della SALUTE PSICOLOGA (coordinatrice)		5 ore/mese
2	SERD ED. PROFESSIONALE		3 ore/mese
1	SERD MEDICO		consulenza al bisogno
1	SERD ASSISTENTE SOCIALE		3 ore/mese
1	DSM MEDICO PSICHIATRA		3 ore/mese
1	DSM ED. PROFESSIONALE		3 ore /mese
1	DSM ASSISTENTE SOCIALE		3 ore/mese
2	NPI PSICOLOGO		2 ore/mese
1	NPI ED. PROFESSIONALE		3 ore/mese
1	NPI MEDICO NPI		consulenza al bisogno
1	CONSULTORIO PSICOLOGA		3 ore/mese
1	CONSULTORIO Infermiera professionale		3 ore/mese
1	CONSULTORIO ostetrica		3 ore/mese
1	Consorzio Socio Assistenziale, Referente Area minori penale- Educatore professionale		3 ore/mese
1	Consorzio Socio Assistenziale, Coordinatore area minori e famiglie Territorio-Educatore professionale		8 ore/mese
1	Consorzio Socio Assistenziale, Assistente sociale, Referente Area minori		3 ore/mese
TOT N.16 OPERATORI ASL COINVOLTI	SERD NPI Consultorio DSM Promozione Salute Consorzio socio Assistenziale	3 3 3 3 1 3	

Il ruolo del Terzo Settore si estrinseca nella partecipazione alle riunioni del cantiere e nella collaborazione su specifiche Aree di Progettazione.

In particolare dal 2020 il Cantiere Adolescenti è affiancato dall'equipe operativa attivata con il progetto **“Prevenzione Diffusa”**, sostenuto con un accordo siglato fra Comune di Saluzzo, Consorzio Monviso

Solidale e ASL CN1; in seguito il progetto prosegue sulla base di un accordo di partenariato fra ASL CN1, Comune di Saluzzo e Consorzio Monviso Solidale nell'ambito del progetto "Il Quartiere" finanziato dal bando Salute Effetto Comune della compagnia di S. Paolo. Fra le attività condotte dall'equipe: progettazione e coordinamento attività laboratoriali per gruppi di adolescenti in carico ai servizi e non, accompagnamento minori verso i Servizi o dai servizi verso le attività laboratoriali del territorio, progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione e promozione della salute con docenti scuola media inferiore e scuola media superiore (es. Diari della Salute, Le Stanze, The Young room), con adulti significativi (comitati genitori); interventi territoriali con adulti significativi e gruppi di minori o giovani su richiesta.

EQUIPE' OPERATIVA "Prevenzione Diffusa"

NOMINATIVO OPERATORE	STRUTTURA APPARTENENZA	ORE DEDICATE
1	Consorzio Socio Assistenziale, Coordinatore area minori e famiglie Territorio-Educatore professionale	8 settimanali
2	Serd- Ed. Prof.le	8 ore settimanali
1	NPI – Educ. Prof.le	5 ore settimanali
1	SSM – Educ. Prof.le	5 ore settimanali
1	Consorzio Socio Assistenziale, Referente Area minori penale- Educatore professionale	3 ore settimanali
1	Consorzio Socio Assistenziale, Assistente Sociale	3 ore settimanali

Capitolo 5

LE COSE CHE ABBIAMO FATTO

FORMAZIONE

- Nel 2016 viene organizzata una prima Formazione sul Campo **“Definizione di un percorso per la presa in carico precoce di adolescenti problematici”**. La formazione congiunta interna degli operatori dei servizi coinvolti, in una logica *bottom up* è fondamentale per costruire un linguaggio comune ed affiatare le equipe multiprofessionali, esplicitando un modello condiviso ma anche per evidenziare le risorse e le differenze da cui partire nei vari territori e che connoteranno le quattro sedi del Cantiere.

Formazioni rivolte al gruppo di lavoro

- Nel 2017: Accreditamento nei singoli territori di quattro riunioni di equipe dei gruppi di lavoro locali inter-Serviz con l'obiettivo finale di definire lo stato dell'arte dei lavori e individuarne gli sviluppi prossimi futuri.
- Nel 2018: Formazione sul campo **“Consolidamento ed estensione al territorio dei percorsi per la presa in carico precoce di adolescenti problematici nei 4 Distretti dell'ASL CN1”**.
- Nel 2019: Formazione sul campo **“Cantiere adolescenza. Interventi possibili sulle famiglie degli adolescenti”**.
- Nel 2020: Formazione sul campo **“Individuazione di elementi utili a rilevare precocemente forme di psicopatologia durante i colloqui che avvengono negli spazi gestiti dal Progetto Cantiere”**.
- Nel 2023: Formazione sul campo **“Cantiere adolescenti: quale futuro nell'ASL CN1”**.

Formazioni aperte a tutti gli operatori dei servizi

- Ottobre 2017: organizzazione della Giornata di Studio **“Il paese dei balocchi”**.
- Maggio 2022: Evento Formativo Aziendale **“Dialectical behavior therapy”**, condotto dal prof. Cesare Maffei.
- 2022: Organizzazione evento formativo per operatori ASL e operatori del settore socioassistenziale **“Formazione benessere e comunità LGBTQIA+”**.
- 2024: Evento formativo **“Adolescenza: nuove risorse e nuovi rischi”** in collaborazione con l'equipe dedicata al gioco d'azzardo e con il progetto punta su di te.
- 2025: Evento formativo **“Ritiro sociale: un approccio multidisciplinare”** in collaborazione con OIRM Regina Margherita.

PRESENTAZIONE DEL CANTIERE PRESSO ALTRI ENTI/CONVEGNI

2013: ASL Ivrea presentazione del percorso "Ehy dimmi" nel territorio del cuneese e presentazione dello spazio ascolto "Al 34".

2018: ASL Alessandria presentazione spazio ascolto "Al 34" e percorso SERD "Contatto" nel convegno "Adolescenti e dipendenze possibili percorsi di cura".

2019: ASL Milano presentazione spazio ascolto "Al 34" e percorso contatto del SERD nel convegno "Adolescenti e fragilità: possibili percorsi di accompagnamento".

2024: Presentazione "Il Quartiere ed il Cantiere adolescenti. Percorsi di prevenzione verso un ecosistema abilitante", nel *webinar* "La salute mentale di comunità con le nuove generazioni", promosso da Compagnia di San Paolo nell'ambito della Comunità di Pratiche "Bando Salute, Effetto Comune – Salute mentale, comunità, giovani generazioni".

2025: comunicazione orale "Un approccio multidimensionale alla prevenzione del disagio giovanile e del suicidio: l'esperienza del "Cantiere Adolescenti" della ASLCN1" al X Congresso Nazionale AIPP "L'intervento precoce nella prospettiva transdiagnostica: tra evidenze, sperimentazione e incertezze" a Milano dal 14 al 16 ottobre 2025

INTERVENTI DI RETE CON IL TERRITORIO

In tutte le 4 sedi operative

- Progetti di promozione alla salute e benessere adolescenziale in rete con Comuni, Consorzi Sociali, Associazioni di promozione sociale, Enti terzo settore, Cooperative.
- Partecipazione a progettazione e gestione del progetto di prevenzione finanziato "Azione Giovani" finanziato dal Rotary (2024).
- Attività nelle scuole dirette e in collaborazione con il Progetto Psicologhe a Scuola (2022/2023).
- Partecipazione ai tavoli delle politiche giovanili dei Comuni di Saluzzo, Savigliano e Mondovì.
- Attività in collaborazione con la Scuola (progetti di promozione della Salute inseriti a Catalogo e regolati da accordo con UST; attività progettate ad hoc con alcuni Istituti o classi su bisogni specifici o progettualità finanziate, ...).

Cuneo

Lo spazio ascolto è presentato ogni anno in tutte le scuole del territorio alle classi terze medie e prime superiori, con presentazione del progetto all'interno del Catalogo Scuole e Salute in collaborazione con Dipartimento di Prevenzione. Presidio del rapporto con gli istituti secondari di primo e secondo grado all'interno di due tavoli di lavoro in collaborazione con Dipartimento di Prevenzione.

Collaborazione con Conservatorio di Cuneo e con Facoltà di Scienze infermieristiche con progettazioni mirate.

Partecipazioni su richiesta e previa valutazione ad iniziative dei singoli istituti (es. Assemblee d'Istituto).

Progettazione e realizzazione di eventi connessi alla Giornata della Salute Mentale (10 ottobre) in collaborazioni con Cooperative ed Enti del territorio all'interno delle progettualità "Giovani Ripartenze" e "In-luoghi di crescita" in collaborazione con Comune di Cuneo ed Unione Montana Valle Stura

Partecipazione a progetti specifici:

- "In luoghi di crescita" (Comune di Cuneo e privato sociale destinato a giovani del territorio con attività preventive presso Centri di aggregazione e costruzione congiunta Giornata sulla Salute Mentale).
- "Giovani Ripartenze" (Comune di Borgo S.Dalmazzo, Comunità Valle Stura, privato sociale destinato a giovani del territorio con attività preventive presso Centri di aggregazione e costruzione congiunta Giornata sulla Salute Mentale).
- "Progetto azioni giovani" finanziato da Rotary (destinato a classi di istituti secondari secondo grado)
- Progetto D.G.R. N.9 su Psicologo Scolastico con Coordinamento e formazione psicologi scolastici presso istituti secondari di primo e secondo grado e con costruzione Carta dei Servizi.
- Progetti estivi presso Centri di Aggregazione (es. Nuovo).

Il Cantiere Adolescenti Cuneo e' inoltre parte della Rete Regionale coordinata dall'Ospedale Regina Margherita di Torino ed è membro della Cabina di Regia del Tavolo Fragilità coordinato dal Rondo' dei Talenti.

Mondovì

- Interventi di prevenzione primaria rivolti alle scuole quali, ad esempio, il Progetto Rooms in Action e Take Your Minute.
- Partecipazioni su richiesta e previa valutazione ad iniziative dei singoli istituti (es. giornate di co-gestione).
- Partecipazione al tavolo delle politiche Giovanili del Comune di Mondovì.
Obiettivo: prevenire l'insorgenza di disturbi mentali in adolescenti e giovani adulti.
- Interventi di prevenzione secondaria.
- Sportello di ascolto SMART presso la sede del Cantiere Adolescenti.
- Incontri periodici con gli psicologi dei vari Istituti del territorio.
- Su richiesta e previa valutazione interventi nelle classi su problematiche specifiche (es lutti, bullismo, suicidio ecc)
- Percorsi di elaborazione lutto in seguito a morti improvvise di amici coetanei. Obiettivo: identificazione precoce del disagio e intervento tempestivo.

- Vengono svolte attività di integrazione e coordinamento con spazi di accoglienza, ascolto e consulenza da parte di operatori del terzo settore già presenti sul territorio al fine dell'intercettazione precoce (progetti di prevenzione diffusa)
- Interventi di prevenzione terziaria.
- Progetto “Emozion-arti”: laboratori di Teatro e Fotografia. Attivazione di gruppi terapeutico-riabilitativi-espressivi mediati dall’arte (teatro e fotografia) condotti da personale sanitario (psicologi-psicoterapeuti e educatori) e tecnici esperti e appassionati.

Obiettivo: ridurre le conseguenze del disturbo mentale e prevenire le ricadute. In una fase successiva della malattia interventi di riabilitazione e reintegrazione nel gruppo dei pari, monitoraggio, prevenzione delle ricadute.

Savigliano

Intervento congiunto nel biennio delle scuole superiori denominato “Start Up”, con prima annualità nel 2021; consulenza ai docenti su situazioni specifiche o su difficoltà relative alla gestione dei gruppi classe.

Eventi rivolti ad adolescenti con funzioni educative (animatori, allenatori etc) volte a migliorare le conoscenze relative alle tematiche della salute mentale e dare una prima risposta alle difficoltà da loro espresse rispetto all’interazione con i ragazzi problematici con cui si trovano a confrontarsi durante le loro attività (2023).

Evento formativo “Le Stanze” rivolto agli insegnanti dell’IIS “Vallauri” di Fossano (2024).

Interventi di *postvention* negli Istituti di Istruzione superiore a seguito di eventi suicidari in adolescenza (2024).

Formazione per gli “operatori sentinella”: formazione rivolta a insegnanti, educatori, animatori che ha come obiettivi il riconoscimento dei segnali di allarme e di rischio rispetto alle condotte suicidarie, la conoscenza delle modalità di invio ai servizi competenti, la costruzione di una rete di operatori impegnati nella prevenzione del suicidio in adolescenza (2025).

Saluzzo

“Le Stanze”: evento formativo co-progettato con gli Istituti secondari del Saluzzese, rivolto ai docenti. Nell’organizzazione dell’evento, ogni “stanza” affronta una tematica legata al disagio in adolescenza (disturbi alimentari, ansia, sessualità, uso di sostanze...), è gestita dai professionisti dei vari servizi che si occupano di adolescenza; obiettivo dell’evento è sia fornire informazioni e approfondimenti sui vari temi, ma soprattutto mettere in contatto docenti e professionisti sanitari, favorire la conoscenza dei servizi per facilitare l’invio e l’accesso dei giovani. Nella prima edizione hanno partecipato circa 120 docenti; l’evento ha visto altre quattro edizioni successive, raggiungendo circa 500 docenti.

Percorso Digital Story Telling “Te lo racconto io quest’ultimo anno”: nell’anno post pandemia si è proposto un percorso di elaborazione a 3 classi degli Istituti secondari di secondo grado del saluzzese, in collaborazione con l’Università di Torino, che attraverso l’utilizzo della narrazione digitale permettesse agli adolescenti coinvolti di affrontare il tema della limitazione delle occasioni sociali dovuta al contenimento della pandemia e le ripercussioni sul loro benessere psicologico.

Percorsi di elaborazione lutto in seguito a morti improvvise: su richiesta del territorio sono stati organizzati due percorsi (di tre incontri l’uno) rivolti a gruppi di adolescenti-giovani adulti coinvolti nella perdita di amici coetanei (sia per suicidio che per incidente stradale)

Laboratorio di scrittura creativa (*Think Pink*): cinque incontri rivolti a ragazze adolescenti di scrittura creativa con l'obiettivo di sperimentare questo strumento come possibilità di narrare i propri vissuti e di prendersi cura di sé.

Progetto "Diari della Salute" rivolti alle scuole medie inferiori: dopo due momenti di confronto con gli insegnanti coordinatori di classe (gruppo di 15 insegnanti) si è concordato di sperimentare insieme educatori e insegnanti la realizzazione del progetto con l'obiettivo di sostenerli e di accompagnarli nel prendersi cura del gruppo classe, del suo benessere e del clima relazionale. Il programma prevede la formazione dei docenti all'adozione di metodologie didattiche per supportare le life skills dei ragazzi e favorire lo sviluppo di competenze emotive e relazionali.

Progetto accoglienza prime classi della scuola media inferiore Saluzzo-Manta: due mattinate in outdoor con le classi prime delle scuole medie inferiori nel mese di ottobre 23 con l'obiettivo di stimolare lo sviluppo di collaborazione di gruppo e di approfondimento della conoscenza tra i componenti.

Residenziali a tema: negli anni sono state proposte esperienze residenziali rivolte al target come momenti di partecipazione e di inclusione. Attraverso la sperimentazione di strumenti quali teatro, creazioni musicali, di attività outdoor, i gruppi incontrati hanno potuto affrontare temi quali cittadinanza attiva, consolidamento delle proprie life skill e possibilità di formulare e veder riconosciuti i propri punti di vista, le proprie idee.

Intervento a supporto di docenti e studenti per Suicidio minore Istituto Soleri, Saluzzo.

Intervento a sostegno della Comunità di Piasco per Incidente stradale, in cui furono coinvolti 5 giovani, con esiti gravi, di cui 2 deceduti.

Incontri di presentazione dei servizi, sensibilizzazione e formazione dedicati a Polizia locale e Allenatori delle società sportive nell'ottica di far conoscere i servizi e facilitare invio e accesso degli adolescenti.

Co-progettazione e realizzazione del progetto "Il quartiere", in partnership con Comune di Saluzzo, Consorzio Monviso Solidale, Associazione "La Voce di Elisa" e in collaborazione con tutti gli Istituti Scolastici secondari della città: nell'ambito del progetto sono state realizzate numerose attività, dalla promozione della salute, dall'intercettazione a bassa soglia all'intervisione specialistica e alla presa in carico socio-sanitaria, fino al ri-accompagnamento in percorsi laboratoriali sul territorio (es. "Stanze", workshop di formazione docenti *Young Rooms*: laboratori per i ragazzi su temi di salute mentale e benessere; *Are you OK*, percorso di *Peer education* sul tema della salute mentale e del benessere; *Future Lab*, formazione e coinvolgimento docenti nella progettazione; *Riflessi Interiori*, attività di educativa territoriale e *peer education* mirate all'intercettazione precoce e alla prevenzione del disagio; laboratori di espressione teatrale co-condotti con psicologo; apertura spazio giovani).

SPAZI ASCOLTO ADOLESCENTI

- **Cuneo "AL34"**: lo sportello è aperto 3 pomeriggi a settimana per 6 ore settimanali c/o il Rondò dei Talenti. Le operatrici dello sportello presenziano inoltre all'interno degli istituti superiori di secondo grado secondo modalità personalizzate istituto per istituto.

La presenza è altresì prevista presso gli istituti superiori di primo grado che ne fanno richiesta per la presentazione dello sportello.

Le modalità di accesso possono avvenire attraverso appuntamento che attraverso presentazione diretta sia per i giovani che per la comunità educante (genitori, operatori, allenatori, docenti).

Lo sportello è in costante coordinamento, mediante le riunioni del Cantiere Adolescenti con gli enti del terzo settore (Cooperative, Associazioni) e con i Comuni per la progettazione di specifici interventi e per il costante aggiornamento sulle proposte del territorio.

- **Mondovì SMArt:** aperto dal 2018, un pomeriggio alla settimana. Il servizio è attivabile su appuntamento telefonico o con messaggio WhatsApp. Effettua fino a quattro colloqui di ascolto, consulenza, triage per adolescenti, genitori e *stakeholders*.
- **Savigliano:** con la fondazione del cantiere adolescenti è stato istituito sul territorio di Savigliano lo sportello di ascolto **TAG**. Durante il periodo della pandemia si è deciso, per dare continuità al servizio, di trasformare il TAG in uno sportello telefonico, che prevedeva una prima raccolta dei bisogni per via telefonica e un successivo appuntamento di persona. Dopo la fine della pandemia si è valutato di mantenere questa conformazione ma, dopo lunghe valutazioni interne, si è concordato di interrompere il servizio, in parte a causa dell'esiguità degli accessi e in parte perché ritenuto più utile spostare il focus sugli interventi di rete a livello territoriale".
- **Saluzzo:** negli anni di lavoro del Cantiere Adolescenti si è deciso di non attivare uno spazio di ascolto fisico bensì di agire attraverso uno spazio di ascolto diffuso. In sostanza tutte le attività messe in campo e rivolte al target hanno anche come obiettivo l'intercettazione di situazioni di disagio e malessere. Le risposte avvengono attraverso l'attivazione dei punti rete e delle risorse già presenti nei nostri servizi. Anche gli interventi di educativa di strada e la presenza costante degli educatori del progetto "Approssimazioni" hanno come obiettivo l'incontro con i ragazzi a cui viene offerto uno spazio di ascolto e qualora emergano problematiche specifiche si definisce come prendere in carico le situazioni.

I dati delle prestazioni degli sportelli di ascolto di Cuneo e Mondovì, relativi agli anni 2021 e 2022 sono raccolti in una cartella informatizzata e centralizzata e sono illustrati in Allegato.

Alcune considerazioni sull'efficacia

Rispetto all'obiettivo *"identificazione di un luogo non sanitarizzato ed informale, riconosciuto dagli adolescenti, con finalità preventive"*

- tutti i punti di ascolto (formali e/o diffusi) sono presenti sul territorio,
- nel 2022 Il numero di accessi ai punti di ascolto (dati su Cuneo e Mondovì) è di 180 ragazzi di cui il 93% sono **nuovi** accessi,
- sono rappresentate tutte le fasce di età (dai 13 ai 24 anni).

Rispetto all'obiettivo *"maggiore accessibilità ai Servizi per le prese in carico e l'individuazione precoce di casi fortemente a rischio"*

- nel 2022 le persone indirizzate alla presa in carico dei Servizi Sanitari sono il 32,7% di cui 1 solo drop out. Nessuna delle persone inviate ai Servizi erano già in carico e nessun invio è stato considerato improprio,
- gli invii numericamente più significativi sono ai Servizi di NPI (36,9%) e Psicologia (30,8%).

Capitolo 6

SISTEMA DI VALUTAZIONE

Nel paragrafo in cui sono stati esposti i “principi” a cui fa riferimento l’agire dei “Cantieri Adolescenti” presenti sul territorio della ASLCN1, nel punto 7 (Monitorare) si evidenzia l’imprescindibile scelta di campo circa la “necessità” di Valutare – Misurare la qualità delle azioni messe in campo a sostegno dello stato di salute e di benessere degli adolescenti in particolare, ma della intera comunità più in generale.

Dal punto di vista teorico un possibile modello di riferimento è l’EUPC (*European Prevention Curriculum*). Adattamento al contesto Europeo dell’*Universal Prevention Curriculum*, in cui sono presenti un’ampia raccolta di conoscenze e documentazione inerente la prevenzione a livello mondiale e che ha tra i suoi obiettivi di dare un fondamento scientifico a pratiche di prevenzione efficaci. Più specificatamente, tra gli obiettivi, riportiamo:

- ridurre i problemi economici, sociali e di salute derivanti da comportamenti a rischio attraverso lo sviluppo di competenze di prevenzione
- formare i professionisti nel settore della prevenzione in Europa
- alzare gli standard di formazione dei professionisti della prevenzione a ogni livello di responsabilità
- informare sugli interventi e sulle strategie di prevenzione più efficaci

Con riferimento ai progetti e alle attività del Cantiere Adolescenti tutti gli interventi realizzati hanno visto la strutturazione di un sistema di rilevazione che utilizza metodi e indicatori che faranno riferimento ai metodi e principi esposti in precedenza e che permette un corretto riscontro sia dell’efficacia sia l’efficienza degli interventi attuati.

Dal 2021, per le sedi di Cuneo e Mondovì è operativa una scheda informatizzata che raccoglie i dati dei punti ascolto.

Valutazione del Processo

Approccio basato sulle risorse

PRINCIPI DI EFFICACIA	CRITERI	SOTTOCRITERI	DESCRITTORI-CHECKLIST
Valorizzare e promuovere le capacità di tutti gli attori della comunità di diventare agenti di cambiamento e di co-produrre salute e benessere. Ciò richiede il coinvolgimento attivo di tutti, con particolare attenzione ai più vulnerabili	Adeguatezza della conoscenza del territorio e della comunità interessati all'intervento (in termini di caratteristiche del contesto, bisogni e risorse disponibili) e appropriatezza delle metodologie utilizzate per rilevare gli stessi, in particolare per quanto attiene l'attivazione di meccanismi partecipativi. Tale conoscenza rappresenta l'elemento guida per il piano di interventi	Adeguatezza della conoscenza del territorio e della comunità di riferimento Adeguatezza della conoscenza dei bisogni della comunità di riferimento e appropriatezza della metodologia utilizzata per la rilevazione Adeguatezza della conoscenza delle risorse del territorio	La pratica si è basata su un'analisi del contesto territoriale, specificando gli strumenti utilizzati per la rilevazione L'intervento si basa su una diagnosi partecipata di comunità E' stata realizzata una mappatura delle risorse del territorio, anche attraverso l'attivazione di processi partecipati

Capitolo 7

QUESTIONI APERTE

Sulla base dell'esperienza maturata e per garantire continuità e sviluppo delle modalità di lavoro sin qui sperimentate, si individuano alcuni aspetti organizzativi per i quali sarebbe utile trovare una definizione condivisa.

Un elemento costituente e imprescindibile per le attività del Cantiere è la sua intersectorialità, che garantisce a monte la rete e la possibilità di co-progettazione. Occorre quindi creare le condizioni che facilitino la possibilità di collaborare con la rete dei servizi, cooperative ed associazioni del territorio: ad esempio la possibilità di *partnership* in bandi finanziati, garantire partecipazione ai tavoli intersectoriali, ...

I professionisti che operano nel Cantiere hanno maturato un'esperienza e delle competenze specifiche (vedi tab. pag. 21), pensiamo quindi sia utile non vi sia un alternarsi di personale ma che sia garantita la continuità di presenza nel Cantiere agli operatori, questo perché i molti anni di formazione condivisa e di investimento nel creare una dimensione di integrazione realmente "operativa" non vengano depauperati né tanto meno persi. Vi è necessità, perciò, di tutela delle risorse dedicate in termini di professionisti ed ore e di implementazione su alcune sedi.

E' utile rimarcare che le ore dedicate all'attività del Cantiere rispondono al mandato dei Servizi relativamente all'intercettazione precoce del disagio, e quindi ad un suo più efficace trattamento e a logiche di riduzione della domanda (prevenzione e promozione del benessere).

L'essere sul territorio, in contesti non connotati e nell'ambiente di vita dei giovani è prerequisito per essere riconosciuti come un riferimento, facilitare l'accesso e il lavoro di rete. Per tale motivo è necessario avere la disponibilità di uno spazio fisico neutro, radicato nel tessuto cittadino.

Il Cantiere ha spesso esigenze specifiche per le attività svolte con i giovani e per la formazione.

Per consentire una programmazione delle attività è importante la disponibilità di un budget di base, stimabile in 10.000 euro per sede territoriale. E' comunque cura del Cantiere fare opera di "autofinanziamento", così come è avvenuto in passato e avviene attualmente, attraverso la partecipazione a bandi, etc.

Una funzione principale del Cantiere è l'intercettazione precoce: a questa deve necessariamente seguire una presa in carico dei giovani intercettati da parte dei Servizi Sanitari che sia rapida, integrata e specialistica.

L'attività del Cantiere, per la sua natura inter-servizi e intersectoriale, e per le finalità che si propone, richiede una collaborazione con diversi settori e servizi aziendali: Ufficio Progetti, Ufficio legale, Ufficio Formazione, al fine di garantire operatività e strumenti di lavoro

ALLEGATO 1

Contesto epidemiologico e Bisogni di salute

Nel seguente report vengono descritti:

1. distribuzione della popolazione adolescente in ASL CN1
2. condizione di salute e benessere negli adolescenti minori
3. condizione di salute e benessere nei giovani adulti
4. Comportamenti di uso, abuso, dipendenza
5. Dati di accesso della NPI (0-18 anni), allo Spazio Ascolto Giovani (14-21 anni) e al Progetto Giovani (18-25 anni)
6. Frequenza suicidi in ASL CN1

1. Distribuzione della popolazione adolescente in ASL CN1

Al 31/12/2022 la popolazione adolescente in ASL CN1 è di circa 40.600 giovani diversamente distribuiti nei quattro distretti, con una prevalenza di maschi (52%), mentre i residenti stranieri fra i 14 e i 22 anni sono 4179 (circa il 10% della popolazione in oggetto).

distretto	genere	Da 15 a 19 anni	Da 20 a 24 anni	Totale	
CN1 - Nord Est	Maschi	2295	2450	4745	
CN1 - Nord Est	Femmine	2116	2145	4261	
CN1 - Nord Est	Totale	4411	4595	9006	Tot Savigliano - fossano
CN1 - Nord Ovest	Maschi	1934	2095	4029	
CN1 - Nord Ovest	Femmine	1865	1849	3714	
CN1 - Nord Ovest	Totale	3799	3944	7743	Tot Saluzzo
CN1 - Sud Est	Maschi	1934	2229	4163	
CN1 - Sud Est	Femmine	1792	1937	3729	
CN1 - Sud Est	Totale	3726	4166	7892	Tot Mondovì - Ceva
CN1 - Sud Ovest	Maschi	3906	4315	8221	
CN1 - Sud Ovest	Femmine	3763	3986	7749	
CN1 - Sud Ovest	Totale	7669	8301	15970	Tot Cuneo
Totale	Maschi	10069	11089	21158	
Totale	Femmine	9536	9917	19453	
Totale	Totale	19605	21006	40611	Tot ASL CN1

Dai dati HBSC 2022, rileviamo che i nuclei familiari costituiti da entrambi i genitori e uno o più figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante (81,4%). Le famiglie monogenitoriali rappresentano il 13,2 % dei nuclei familiari, di cui l'11,4% composti da donne. Nel 1,8% dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite". Nel 3,6% dei casi i ragazzi hanno invece indicato di non vivere con i genitori, ma in altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni. Poco più della metà del campione

(55,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli o sorelle. I figli unici sono rappresentati dal 20,3% del campione.

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi. È stato anche osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico degli adolescenti. Lo status socio economico (qui misurato tramite la FAS - Family affluence Scale) è quindi un elemento di cui tener conto, anche per indirizzare gli interventi secondo ottiche di equità.

In Piemonte 1irca 1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (22,9%), mentre il 50,4% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 26,8% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”. La percentuale di famiglie con alte possibilità di consumo si è ridotta negli ultimi anni.

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	80.7	81.4
Famiglie con FAS alto	26.8	22.9

Per quanto riguarda la nostra ASL, rileviamo inoltre un tasso di scolarizzazione degli adulti non particolarmente elevato e un 4% che riporta molte difficoltà economiche (PASSI ASL CN1).

PROFILO SOCIO-ECONOMICO ASL CN1	
istruzione medio-bassa	36%
occupato/a, lavoro continuativo o saltuario (18-65 anni)	80%
molte difficoltà economiche	4%

Siamo inoltre una delle province con i più bassi tassi di scolarizzazione fra i giovani (22,4% con laurea fra 25 e 39 anni vs 28,3% media Piemonte), elemento rilevante alla luce dell'importanza dell'Health literacy quale fattore protettivo rispetto al rischio di malattia e morte prematura.

2. Condizione di salute e benessere negli adolescenti minori

Si può ricavare una panoramica dello stato di salute percepita e di benessere, dei comportamenti di salute e a rischio dei giovani fra 11 e 17 anni dal sistema di sorveglianza quadriennale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

La sorveglianza, di carattere nazionale, coordinata dall'ISS, ha una rappresentatività anche regionale e i dati sono stati raccolti anche nelle scuole dell'ASL CN1 (5 istituti comprensivi e 7 Istituti superiori).

L'ultima indagine, del 2022, raccoglie anche informazione sui ragazzi di 17 anni, oltre che su quelli di 11- 13 e 15 anni, come avveniva invece nelle rilevazioni precedenti e consente un raffronto pre e post pandemia (la sorveglianza precedente è del 2018).

I report della sorveglianza possono essere consultati ai seguenti siti:

<https://www.aslcn1.it/prevenzione/promozione-della-salute-e-scuola>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/sistemi-sorveglianza>

I dati qui riportati sono un estratto delle indagini svolte in Piemonte nel 2018 e nel 2022.

a. Il rapporto con gli adulti – Piemonte 2022

- rapporto con i genitori

Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente con ...	tuo padre		tua madre	
	%		%	
	15 anni	17 anni	15 anni	17 anni
Molto facile	14.4	10,8	25	23,6
Facile	30.5	29,7	38.4	40,9
Difficile	26.9	29,9	23.7	23,5
Molto difficile	23.3	21,7	11.2	10,5
Non ho o non vedo mai questa persona	4.9	7,9	1.7	1,4
Totale	100	100	100	100

- - rapporto con gli insegnanti

Grado di accordo dichiarato con le affermazioni, per età (%)	“I miei insegnanti si interessano a me come persona”		“Ho molta fiducia nei miei insegnanti”		“I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”	
	15 anni	17 anni	15 anni	17 anni	15 anni	17 anni
Molto d'accordo	6,8	5,2	7,6	6	15	13,4
D'accordo	22,3	26,1	26,4	24,3	43,8	44
Né in accordo né in disaccordo	40,1	36,9	34,4	36,1	27	28,8
Non d'accordo	19,6	21,6	18,4	19,6	8,7	10,5
Per niente d'accordo	11,3	10,1	13,2	14	5,5	3,3

b. Il rapporto con i pari

- Rapporto con gli amici

Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni, per età (%)	15 anni	17 anni
I miei amici provano ad aiutarmi	71,9	72,5
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	72,1	72,8
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82,6	80,1
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	73,2	73,6

- Rapporto con i compagni

- **Grado di accordo dichiarato con l'affermazione, per età (%)**

	"la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile"		"I miei compagni mi accettano per quello che sono",	
	15 anni	17 anni	15 anni	17 anni
Molto d'accordo	12,5	10	21,5	19,7
D'accordo	44,7	47,2	42,5	42,9
Né in accordo né in disaccordo	25,9	26,3	25,4	27,3
Non d'accordo	12	12,8	6,8	6,7
Per niente d'accordo	4,8	3,7	3,8	3,5

c. La scuola

Il rapporto dei ragazzi con la scuola è uno tra i determinanti della salute più significativi per la popolazione nell'età dello sviluppo. Lo studio ha indagato alcuni aspetti di questo rapporto con diverse domande, ad esempio chiedendo loro cosa pensassero della scuola.

"Attualmente cosa pensi della scuola?", per età (%)

	15 anni	17 anni
Mi piace molto	5,1	2,7
Abbastanza	47,3	37,4
Non tanto	33,7	42,1
Non mi piace per nulla	13,9	17,8

Non ci sono differenze significative tra maschi e femmine, soprattutto nel gruppo dei 17 enni.

Per un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	49,5	44,9
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	61,1	54
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	61,1	58
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	64,9	58,8
PARLARE FACILMENTE/MOLTO FACILMENTE CON LA MADRE	78.6	72.6
PARLARE FACILMENTE/MOLTO FACILMENTE CON IL PADRE	60.6	55

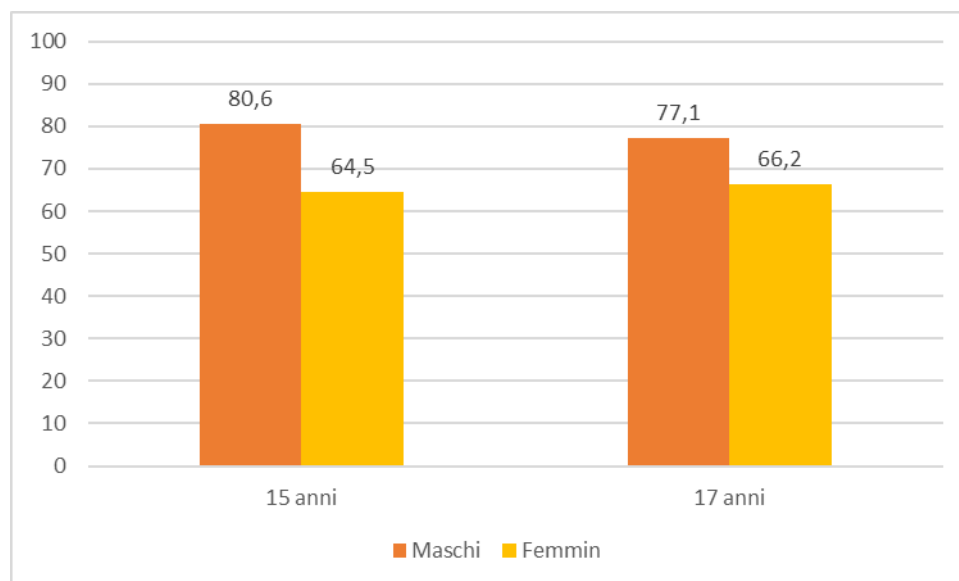
d. Benessere psicologico

La valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto della condizione di benessere. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze¹⁰ e a più alti livelli di attività fisica¹¹. La tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) utilizzata in HBSC si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi:

- **“In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%) e per anno**

	15 anni (2018)	15 anni (2022)	17anni (2022)
0-5	12,7	27,8	28,2
≥6	87,3	72,2	71,8

Frequenza di coloro che riferiscono un buon livello di soddisfazione di vita (punteggio ≥ 6) misurato su scala da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile) per età e per genere



L'esperienza soggettiva di sintomi oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari, si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche¹⁴, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari¹⁵. Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress¹⁰. Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti **otto sintomi**: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi¹⁵.

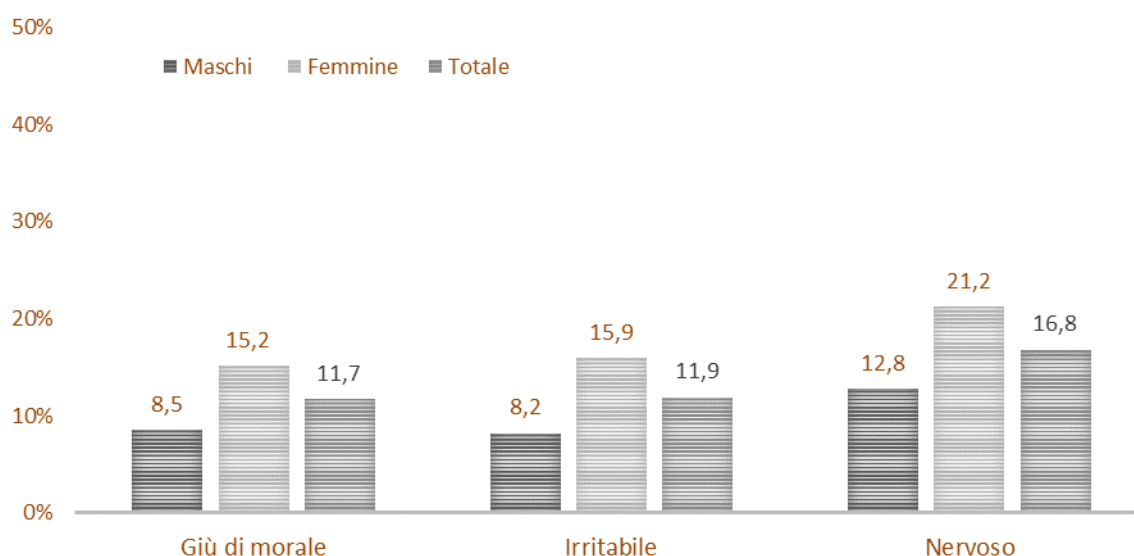
“Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”, per età (%)

	15 anni	17 anni
Circa ogni giorno	51,1	48,8
Più di una volta a settimana	28,5	32,7
Circa una volta a settimana	13	11,5
Circa una volta al mese	6,4	6,1
Raramente o mai	1	1

I sintomi sopra elencati vengono analizzati suddividendoli in sintomi somatici e psicologici e per frequenza.

Fra i sintomi somatici quello maggiormente riferito è l'insonnia, con una percentuale pari al 13,8%, seguito dal mal di testa e mal di schiena, con una percentuale del 6,8%, riportato in misura maggiore dalle femmine rispetto ai maschi.

Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra sentirsi giù, irritabile e nervoso, per genere (%)



Il sintomo psicologico maggiormente riferito è il sentirsi nervoso, con una percentuale del 16,8%. Gli altri due sintomi, sentirsi giù di morale e sentirsi irritabili sono rappresentati in misura simile. Tutti i sintomi sono riportati in maniera significativamente maggiore dalle ragazze.

L'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³. Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro.

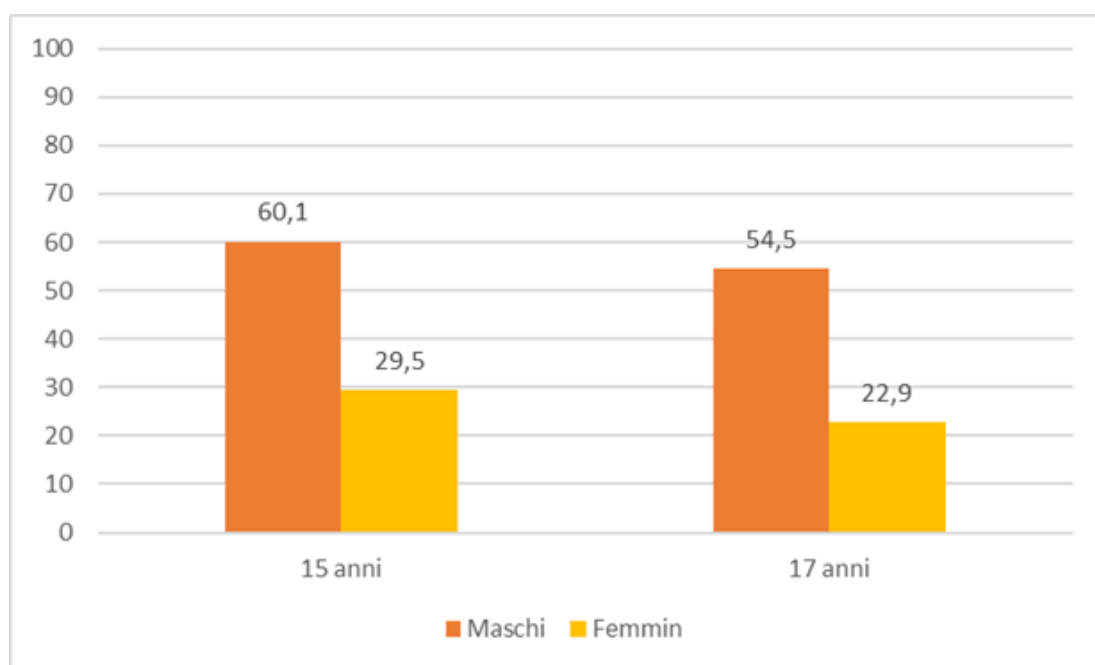
"Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?", per età (%)	15 anni	17 anni
No	32,3	32,5
Sì	67,7	67,5

A partire dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico, misurato attraverso la scala WHO-5¹⁸, composta da 5 item che fanno riferimento all'umore positivo (buon umore, rilassamento), alla vitalità (sentirsi attivi, svegli e riposati) e agli interessi generali (essere interessati a nuove cose). Ad un più alto punteggio corrisponde una migliore valutazione del proprio benessere. Complessivamente, un punteggio superiore al 50% della somma dei punteggi dei singoli item indica una condizione di buon benessere psicologico.

Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)	15 anni	17 anni
$\geq 12,5$ (buon livello di benessere psicologico)	44,2	39
$< 12,5$ (basso livello di benessere psicologico)	55,8	61

Traslando la percentuale di ragazzi con un basso livello di benessere psicologico sulla popolazione 15-19 anni dell'ASL CN1 (circa 20.000 ragazzi), possiamo stimare circa 11000 adolescenti con un certo grado di disagio, soprattutto a carico delle ragazze, come si evince dal grafico seguente.

Frequenza di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio $\geq 12,5$, per genere e per età



Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi.

“Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a” (%)

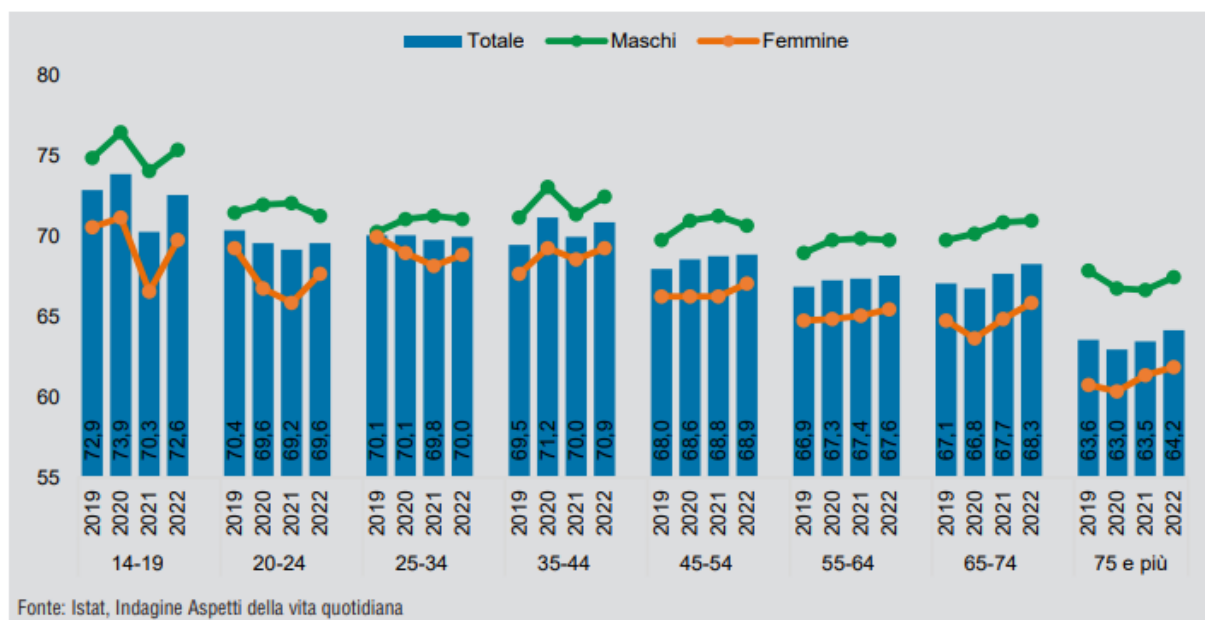
	15 anni	17 anni
Mai	23,3	13,6
Raramente	27,6	25,1
A volte	32,4	40,9
La maggior parte delle volte	13,4	17,5
Sempre	3,3	3

3. Condizione di salute e benessere negli adolescenti maggiorenni/ giovani adulti

I due anni di pandemia, con le restrizioni alla mobilità e la persistenza nel tempo di limitazioni alla vita sociale e relazionale, hanno determinato un impatto sulla componente psicologica ed emotiva della salute, che è risultato evidente anche tra i giovani adulti.

Il fatto più rilevante, documentato da numerosi studi ed evidenziato anche da OMS e OCSE, è stato il forte contraccolpo subito dai più giovani in termini di benessere psicologico negli ultimi due anni, dato confermato anche dall'indice MH (§). Nel 2022 i ragazzi italiani nelle fasce di età tra 20 e 34 anni mostrano un livello di benessere mentale inferiore rispetto alle persone di 35-44 anni. Si tratta della fascia di età in cui prendono forma i progetti per il futuro, e proprio per questo l'impatto delle incertezze di questi anni è stato verosimilmente più forte. Il marcato peggioramento del benessere psicologico osservato tra i giovani di 14-19 anni nel 2021 si riassume solo in parte nel 2022: l'indice MH supera il valore del 2019 per i ragazzi, (+0,5 punti rispetto al 2019), mentre si mantiene su valori più bassi rispetto al periodo pre-COVID per le ragazze, (-0,8 rispetto al 2019). Si osserva una situazione particolarmente critica anche tra le giovani donne di 20-24 anni, che avevano visto peggiorare la propria salute mentale nei due anni di COVID-19 con un calo di oltre 3 punti dell'indice, solo leggermente recuperato nel 2022: l'indice risale ma è ancora di quasi 2 punti più basso rispetto al 2019, e il gap con i coetanei, che aveva raggiunto la massima ampiezza nel 2021 (-6,2 punti) si ridimensiona ma rimane superiore a quello osservato nel 2019 (Rapporto BES 2022 - <https://www.istat.it/it/files//2023/04/1.pdf>)

Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per sesso e classi di età. Anni 2019-2022. Punteggi medi (ISTAT)

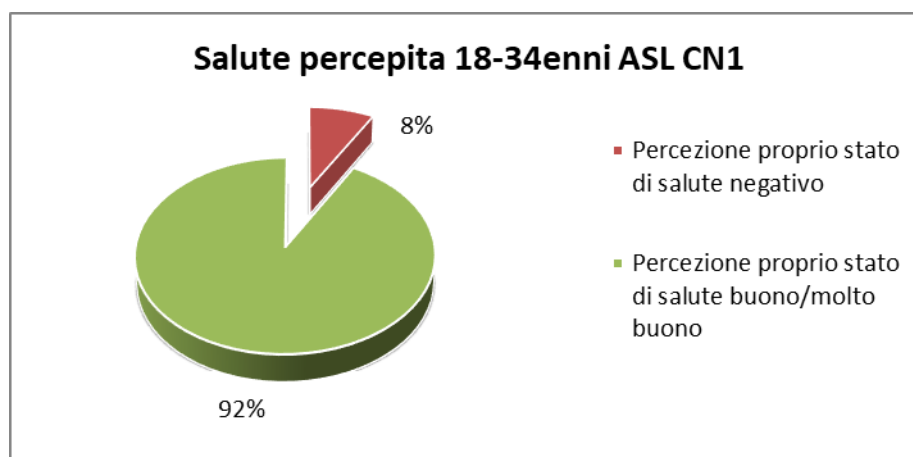


La **Sorveglianza PASSI** ci fornisce alcuni dati sulla salute mentale dei giovani nella nostra ASL.

Gli indicatori scelti per rilevare la condizione di benessere sono la salute percepita e i sintomi depressivi dichiarati, rilevati nel biennio post pandemia 2021-2022.

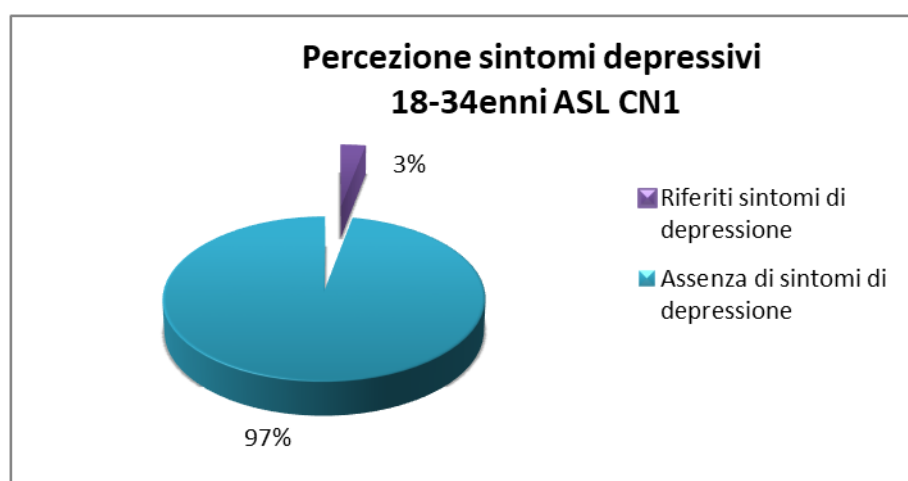
Per quanto riguarda la **salute percepita** nella fascia 'età 18-35 anni, nella nostra ASL (158 soggetti) l'8% degli intervistati percepisce il proprio stato di salute negativamente, mentre il 92% ritiene il proprio stato di salute buono/molto buono.

In questa fascia di età, mediamente gli intervistati dichiarano di aver passato 2,5 giorni in cattiva salute (dal punto di vista fisico e/o mentale) nel mese precedente l'intervista.



Per quanto riguarda invece i sintomi di depressione, nella nostra ASL, i giovani dei giovani 18-34enni il 3% degli intervistati riferisce sintomi di depressione, mentre il 97% di intervistati ritengono di non averne; in questa fascia di età, mediamente gli intervistati dichiarano di aver passato 1,7 giorni in cattiva salute psichica nel mese precedente l'intervista.

Nel 2018 dichiarava sintomi di depressione il 6.4% della popolazione piemontese (circa 5% nella fascia d'età 18-35 anni)



§ nota: Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, tra gli indicatori Bes viene considerato l'indice di salute mentale (MH) dell'SF-36, basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo a 5 specifiche domande. L'indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione (Keller, S.D., J.E. Ware, P.M. Bentler et al. 1998. Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol. 51: 1179-88)

4. Comportamenti di uso, abuso, dipendenza

4.1. Fumo di sigaretta, alcol, cannabis.

Sempre la sorveglianza HBSC ci offre informazioni sui comportamenti di uso e abuso di sostanze, sul gioco d'azzardo patologico.

Riportiamo qui alcuni indicatori rappresentativi di comportamenti non salutari o a rischio, relativi ai soli ragazzi di 17 anni.

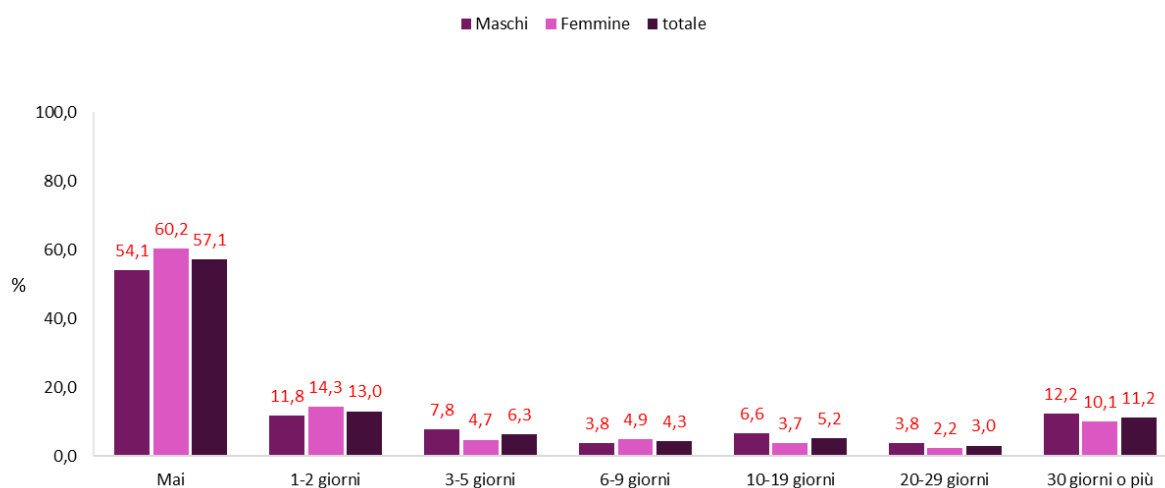
- Frequenza del fumo di sigaretta, ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere (%) - solo 17 anni**

Maschi	9,1
Femmine	12

- Frequenza di ubriacatura nella vita, (%) – solo 17 anni**

No, mai	35,3
Sì, una volta	16,7
Sì, 2-3 volte	20,1
Sì, 4-10 volte	15,2
Più di 10 volte	12,8

Frequenza dei diciassettenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere



Più della metà dei ragazzi non consuma cannabis ma più di uno su 10 (11,2%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

Di seguito un prospetto sintetico su alcuni indicatori di comportamenti a rischio, in un confronto pre e post pandemia.

Dati riferiti solo ai 15 enni	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27.9	23.4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	51.7	55.0
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	20.9	20.7
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	42.3	39.5
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	18.9	13.1
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	35.9	27.6

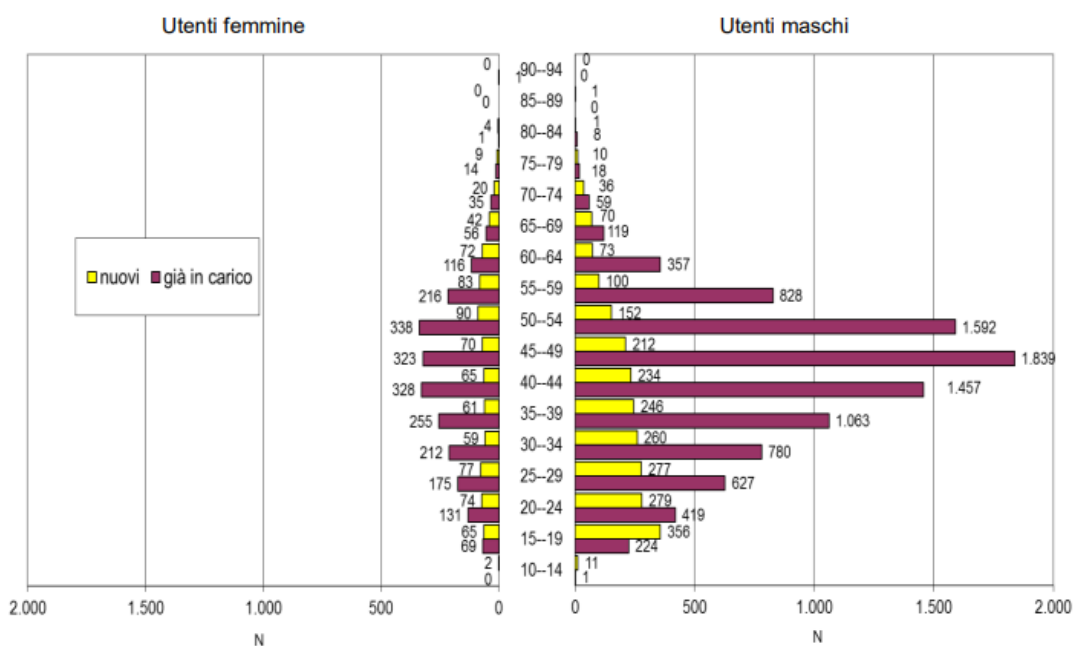
Per quanto riguarda il consumo di alcol fra i maggiorenni, i comportamenti a rischio nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Considerati tutti gli indicatori di rischio, il fenomeno è differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze. Tra i comportamenti a rischio nel 2019 il binge drinking aveva riguardato il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, il 20,6% dei maschi e l'11% delle femmine. Nel 2020 tali proporzioni sono aumentate al 18,4%, 22,1% dei maschi e 14,3% delle femmine (Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT 2019-2020-2021 in "L'utenza piemontese dei Servizi per le Dipendenze Patologiche durante la pandemia da Covid-19" OED Piemonte)

4.2. Soggetti in trattamento presso i SerD

L'Osservatorio Epidemiologico delle dipendenze (OED) fornisce report di dati relativi a soggetti trattati nei SerD per disturbo da uso di sostanze e da comportamenti. Il più recente bollettino disponibile è quello relativo al 2018 (www.oed.piemonte.it/pubblicazioni/Bollettini/Bollettino2019.pdf)

I report sono consultabili al seguente sito: <https://www.oed.piemonte.it/bollettini.html>

Soggetti trattati per disturbo da uso di sostanze e da comportamenti, escluso l'alcol, per tipologia utente, classi di età e genere. Piemonte 2018



Tra i maschi nuovi utenti le classi di età più rappresentate sono quelle adolescenziali e giovanili: **15-19 (15%)**, 20-24 (12%), 25-29 (12%), 30-34 (11%) e 35-39 anni (11%). Le proporzioni sono piuttosto differenti per le femmine nuove utenti, per le quali le classi più rappresentate sono quelle più avanzate, 50-54 (11%), e 55-59 (10%), e la giovanile 25-29 anni (10%).

Uomini trattati (nuovi) per età e ASL Piemonte 2018.

ASL	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	totale
Città di Torino	6	124	73	74	76	74	66	53	43	12	10	14	3	1		629
TO3	2	52	31	33	30	28	29	27	18	17	11	18	12	2		310
TO4		45	44	29	45	32	33	23	11	14	12	12	4	2		306
TO5	1	22	26	15	14	21	18	16	16	7	8	6	7			177
VC		6	8	6	6	5	5	12	4	8	4	2		1		67
BI		4	20	17	8	15	13	9	17	11	2	2	1			119
NO		12	15	22	22	26	18	26	13	7	12	7	1		1	182
VCO		7	10	10	9	9	7	12	8	4	5	2	2	3	1	89
CN1	1	48	21	21	14	18	14	10	11	5	1	2	2			168
CN2	1	18	17	31	20	15	19	12	5	7	3	3	1			152
AT		3	6	6	10	9	8	8	4	4	4	1	2	1		66
AL		17	12	19	14	10	16	11	11	5	2	1	1			119
PIEMONTE	11	358	283	283	268	262	246	219	161	101	74	70	36	10	2	2.384

Donne trattate (nuovi) per età e ASL Piemonte 2018.

ASL	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	totale
Città di Torino	1	21	14	20	15	17	9	14	20	15	12	11	4	3		176
TO3		10	10	8	5	6	7	14	16	17	14	7	5	1		120
TO4		11	10	6	10	7	7	9	11	17	16	4	3	3		114
TO5		5	2	6	4	5	6	3	7	7	4	4	2	1		56
VC		4			2		2	1	3	3	5	1			1	22
BI			8	4	3	6	5	5	9	4	4	1			1	50
NO		2	6	7	5	5	5	12	10	1	6	4	1		2	66
VCO		2	5	9	4	4	4	7	6	9	3	1	2	1		57
CN1		4	7	3	2	3	3	2	1	1	1	1				28
CN2	1	2	6	4	6	5	6	1	5	3	1	1	2			43
AT		3	3	5	3	5	4	2	2	4	5	3				39
AL		1	9	7	3	4	8	3	2	3	1	4	1			46
PIEMONTE	2	65	80	79	62	67	66	73	92	84	72	42	20	9	4	817

Analizzando l'età media in base alla tipologia di dipendenza primaria si osserva che i soggetti più giovani sono quelli in trattamento per dipendenza da cannabinoidi, che in media hanno 26,4 anni, seguono gli utenti in trattamento per cocaina o crack (36,9 anni), quelli in trattamento per altri comportamenti (40,5), per altra sostanza (42,3) e per eroina e altri oppiacei (44,2 anni).

Età media dei soggetti trattati per tipologia di dipendenza.

Tipologia dipendenza	età media nuovi utenti			età media utenti già in carico			età media totale utenti		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Eroina-Altri oppiacei	36,8	31,9	35,6	45,4	42,6	44,9	44,8	41,7	44,2
Cocaina-Crack	34,7	31,8	34,3	38,4	36,0	38,1	37,3	34,8	36,9
Cannabinoidi	24,6	23,1	24,4	27,9	28,9	28,1	26,3	26,4	26,4
Gambling	43,6	53,1	45,5	50,3	55,1	51,2	48,3	54,4	49,5
Tabacco	54,0	53,2	53,6	52,0	53,1	52,5	53,1	53,2	53,1
Altra Sostanza	39,4	43,3	41,2	41,3	44,9	42,8	40,8	44,4	42,3
Altri Comportamenti	27,8	52,0	40,4	32,8	45,4	40,6	30,8	47,5	40,5
Totale	36,0	43,2	37,8	43,5	43,4	43,5	42,0	43,3	42,3

5. Dati di accesso alla Neuropsichiatria Infantile (NPI) (0-18 anni), Spazio Ascolto Giovani (14-21 anni) e Progetto Giovani (18-25 anni)

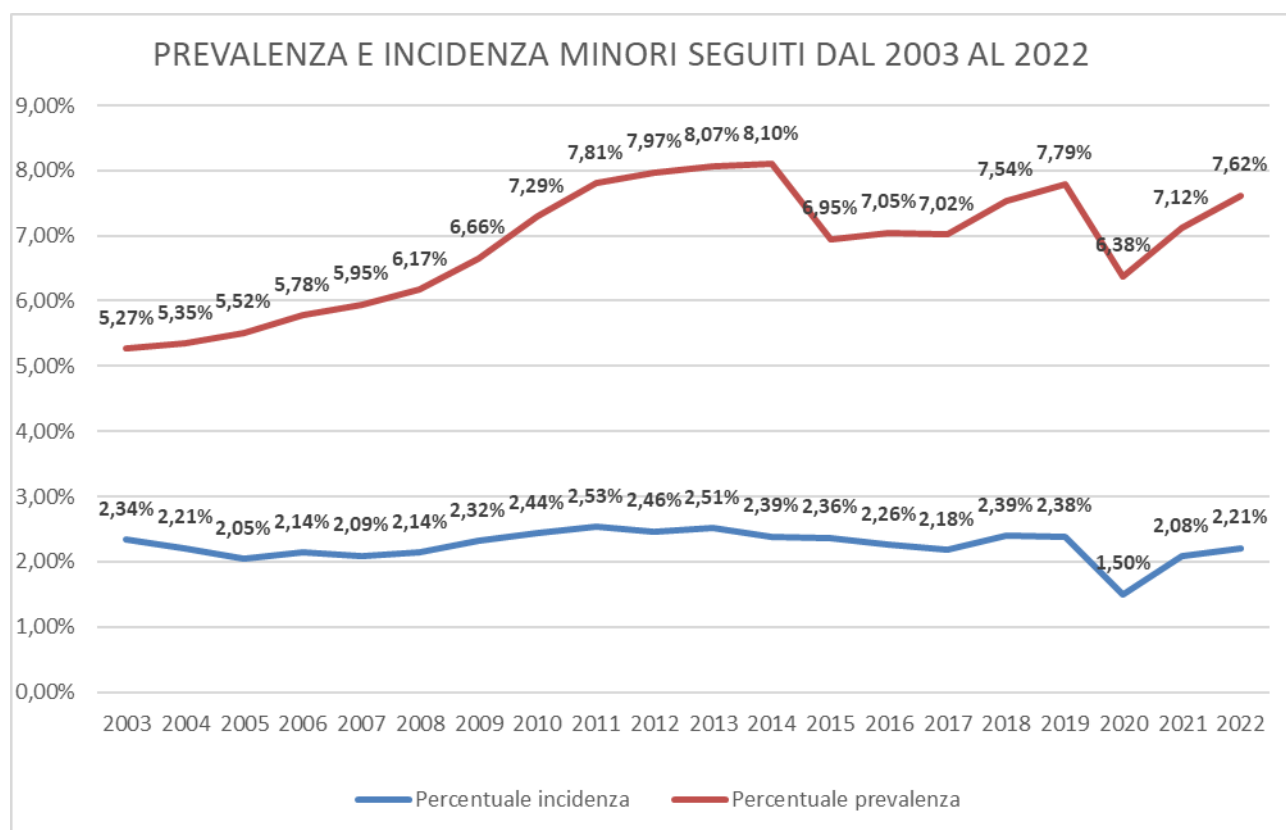
5.1 I dati di accesso alla NPI

Vengono qui riportati alcuni dati di sintesi estratti dall'articolo *“Traiettorie di sviluppo e rilevazione delle condizioni di salute di bambini e adolescenti in Piemonte, prima e dopo la pandemia. Attività clinica ed epidemiologia organizzativa”* di E. Colombi, F. Fioretto, A. Mariani, O. Pirro. L'articolo è basato sui dati del sistema informativo SMAIL (*“Sistema informativo multidisciplinare per l'adolescenza e l'infanzia on line”* <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/report-attivita-smail-2017>) utilizzato dalle NPI Piemontesi e analizza l'andamento delle attività pre e post pandemia.

SMAIL rileva dati di attività e non rileva quindi direttamente la domanda di salute, forse più che cospicua, della popolazione infantile/giovanile in difficoltà, ma solo l'avvenuto accesso ai servizi. Tra i numerosissimi dati riportati, si rileva il forte incremento del numero dei soggetti in carico di sesso femminile nella fascia di età 14-17 e delle prestazioni loro erogate.

Osservando i dati di **incidenza** e di **prevalenza** dei minori in carico ai Servizi dal 2003 (sistema NPI Net) sino al 2022 (sistema SMAIL) è possibile rilevare l'incremento della prevalenza dal 5,7 all'8,1% nel periodo 2003-2014, con un calo di più di un punto nel 2015, l'anno del transito dal precedente sistema informativo Npi-net a quello attuale, che non rileva le prestazioni ospedaliere.

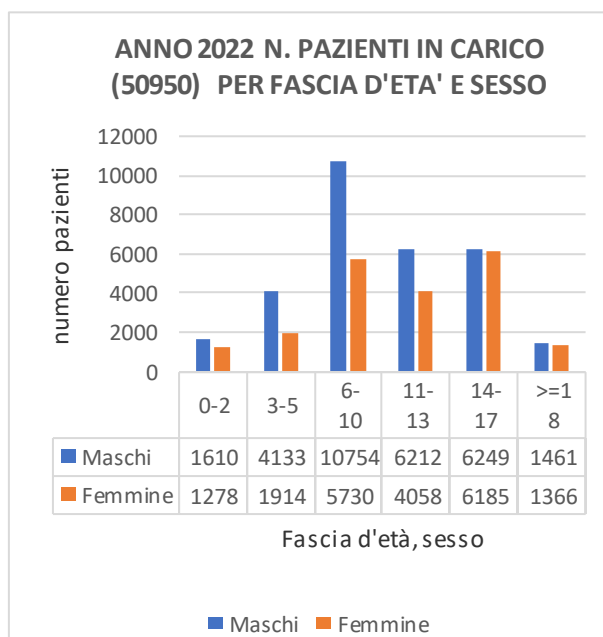
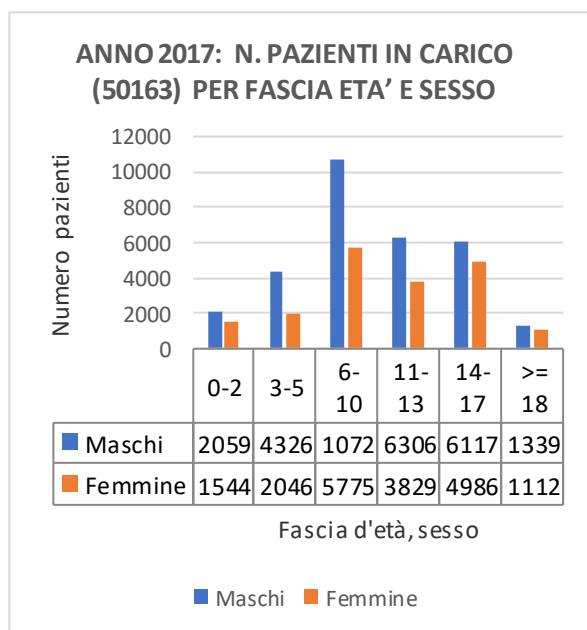
Considerando quindi l'andamento fra il 2016 e il 2022, si rileva un leggero incremento della prevalenza e un'incidenza pressoché stabile, con i cali determinati nel 2020 dalle restrizioni Covid.



Da tenere in considerazione che tali dati riflettono la totalità delle prese in carico NPI per tutte le fasce d'età, che vengono invece dettagliati nei due grafici di seguito.

Il dato più evidente è l'incremento di accessi da parte delle adolescenti, in particolare nella fascia 14-17 anni

Confronto n. pazienti in carico per fascia d'età. Anni 2017 - 2022



Confronto n. pazienti in carico per diagnosi principale dati assoluti ed in percentuale ANNI 2019 – 2022

RUPPO DIAGNOSI:	N. Pazienti 2019	N. Pazienti 2022	variazione % 2019/2022	Variazione numerica 2019-22
Disturbi psicologici	3923	3429	-13%	-494
ADHD	3412	3501	+3%	+89
Disturbi di condotta	2595	2116	-18%	-479
Maltrattamenti / Abuso	476	441	-7%	-35
Disturbi alimentari	342	725	+112%	+383
TOTALE	61005	58076	-5%	-2929

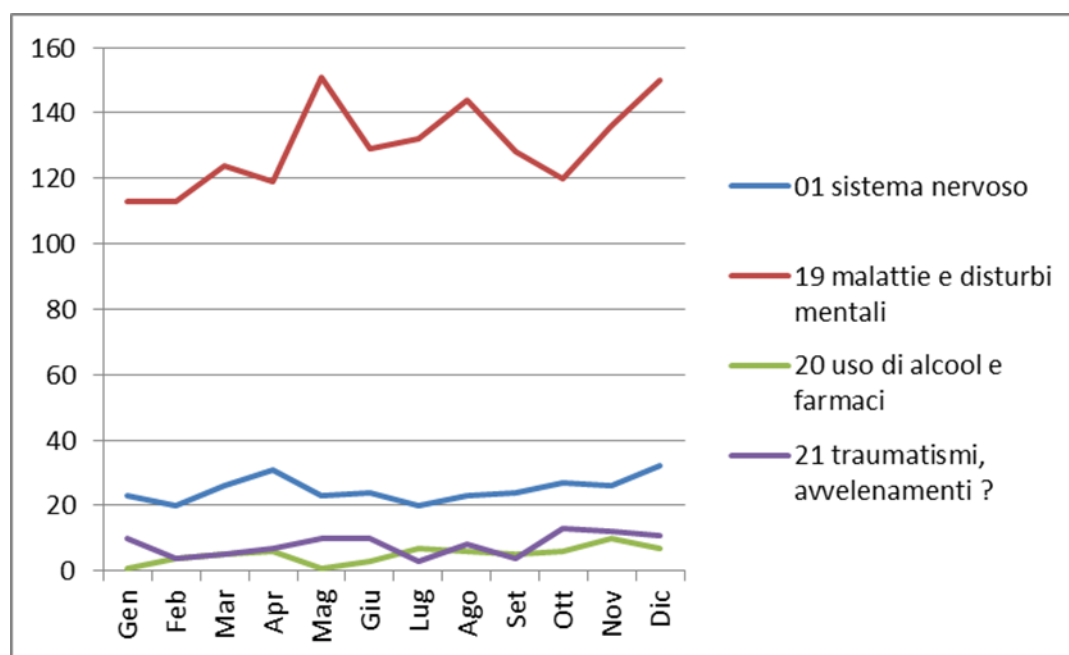
Confronto gruppi diagnostici nuovi pazienti in carico anni 2019 -22. Dati assoluti ed in %.

Tipo di Raggruppamenti diagnostici	Nuovi pazienti 2019	Nuove pazienti 2021	%
Problematiche famigliari / sociali	1.338	967	-28%
Disturbi psicologici	396	312	-21%
ADHD	372	348	-6%
Patologie psichiatriche internalizzanti	378	491	+30%
Disturbi di condotta	176	104	-41%
Disturbi alimentari	67	177	+164%
Patologie psichiatriche esternalizzanti	56	64	+14%
Maltrattamenti / Abuso	49	38	-22%
TOTALE	11.366	10.216	- 10%

Un'analisi iniziale dei **dati ospedalieri** (SDO) della Regione Piemonte sempre nell'ultimo quinquennio (2017-2022), permette di osservare come l'impatto del COVID abbia interessato anche i percorsi ospedalieri.

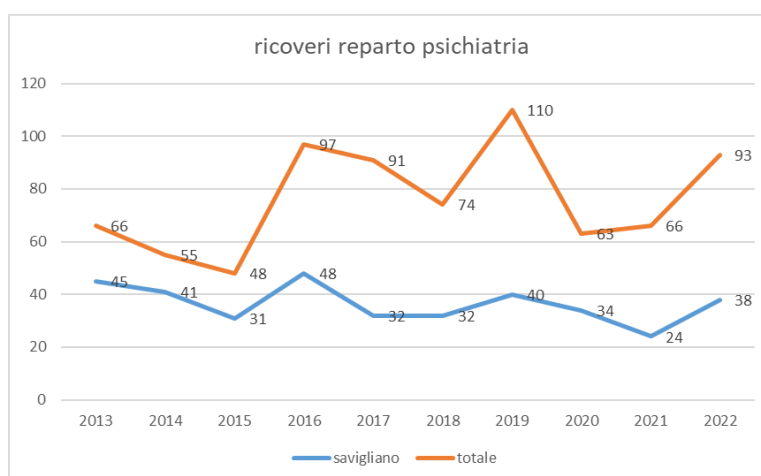
Se si analizza la proporzione di ricoveri per Macro Categorie Diagnostiche (MDC) per anno, dal 2017 al 2022 si osserva un significativo rovesciamento delle aree cliniche principali che hanno rappresentato la causa del ricovero. Nel 2018 era nettamente preponderante l'area neurologica, mentre, con un rialzo progressiva, nel 2022 è prevalsa chiaramente l'area psichiatrica.

Proporzione di ricoveri per MDC. anno 2022



Per quanto riguarda **la provincia di Cuneo**, sempre dal sistema informativo SMAIL si evince che i residenti in carico per “percorso psichiatrico” sono fra il 3,7% e il 4,1%. Tale tasso, supponendo di poterlo applicare ai residenti dell’ASL CN1 nella medesima fascia di età, ci indica una quota di circa 800 ragazzi in carico per percorso psichiatrico. Di questi il 7% è rappresentato da DCA, il 24% da disturbi esternalizzanti, il 52% da disturbi internalizzanti, l’8% da disturbi psichiatrici, il 9% da minori in condizioni di rischio psicoevolutivo. Si ipotizza un 6,6% di adolescenti in carico con ritiro sociale (fonte: *“Adolescenza: quali percorsi di aiuto? Ricerche ed esperienze sul territorio piemontese”*, Cuneo Spazio Incontri, 25 maggio 2023, F Fioretto, E Colombi).

Per la fascia d’età dei Giovani, i ricoveri nei reparti di psichiatria nell’ultimo decennio presentano un andamento altalenante, tendenzialmente in crescita per quanto riguarda tutti i reparti, ma in diminuzione per Savigliano.



5.2. Dati di accesso allo Spazio Ascolto Giovani

Anche i dati di Accesso allo spazio ascolto giovani ci offrono una dimensione della domanda.

Qui di seguito riportiamo i dati di accesso agli sportelli “Al 34” di Cuneo e “Smart” di Mondovì nel 2022. Si tratta di 180 adolescenti, di cui la maggior parte ragazze (76%) e collocati nelle fasce d’età 14—15 (34% F e 23% M), e 16-17 (30% F e 28% M). Interessante che sopra i 18 anni sia maggiore la quota di maschi (47%) rispetto alle femmine (29%). Le richieste degli utenti coprono più ambiti: il 62% (112 adolescenti) l’ambito familiare sociale e accede principalmente per difficoltà relazionali e famigliari (41%) e poi per difficoltà ad orientarsi nelle scelte di vita (10%). Un’altra quota considerevole (34,5%, 62 adolescenti) di accessi è relativa all’ambito scolastico e qui prevalgono difficoltà scolastiche (16%) e difficoltà relazionali con i compagni (7%).

Suddividendo gli accessi per tipologia di sintomatologia presentata, vediamo che i sintomi d’ansia sono prevalenti.

MOTIVO DELLA RICHIESTA	N.	%
Disturbo d'Ansia	83	46,1%
Tono dell'umore	31	17,2%
Autolesionismo	9	5,0%
Condotta alimentare	20	11,1%
TOTALE SINTOMATICO	143	79,4%

Del totale degli adolescenti che hanno avuto accesso allo sportello, circa un terzo (59) è stato inviato ai servizi per una presa in carico vera e propria, prevalentemente NPI (24) e psicologia (20).

5.3 Dati di accesso al Progetto Giovani

Nel 2022 accedono allo Spazio Giovani di Savigliano e Saluzzo 71 giovani fra 17 e 27 anni (56% femmine), la maggior parte per disturbi d'ansia (38%) e dell'umore (19,8%). Dal 2013, anno di avvio del Progetto, il numero di accessi sale costantemente, in parte riflettendo una crescita della domanda, in parte per un maggior investimento sul servizio.

Accessi per anno Progetto Giovani anni 2013-2022 (n=323)

Anno	n	%
2013	15	4.6
2014	20	6.2
2015	12	3.7
2016	22	6.9
2017	40	12.5
2018	23	7.2
2019	39	12.1
2020	35	10.9
2021	44	13.7
2022	71	22.1
TOT	321	100.0

Il 43% dei percorsi si risolve in 6 mesi; circa un quarto (26%) si chiude in un anno.

Del totale degli accessi poco meno del 20% passa ad altro servizio alla fine del percorso, che vede, in una quota dei casi, una presa in carico integrata.

Altri servizi coinvolti		
No	271	83.9
Sì	52	16.1
Servizi sociali	20	38.5
Consultorio	13	25.0
SERT	11	21.2
NPI	8	15.4

6. Tassi di suicidalità in ASL CN1 come indicatore di salute mentale della popolazione

I dati relativi alla suicidalità sono un indicatore del livello generale di salute mentale della popolazione.

Per quanto riguarda il Piemonte, negli ultimi 10 anni la Struttura complessa Neuropsichiatria a Direzione Universitaria dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, l'ASL Città di Torino, registra i seguenti dati:

- i ricoveri per **Tentativi Suicidio** (TS) in NPI sono passati da 7 nel 2009 a 35 nel 2020;
- nello stesso periodo (2009-2020), nel Day hospital psichiatrico **l'ideazione suicidaria** è passata dal 10% all'80% dei pazienti in carico;

I dati del Regina Margherita trovano una risonanza nella letteratura internazionale e nazionale: in USA il suicidio in adolescenti (15-19 anni) è aumentato da circa 13 per 100,000 maschi nel 2000 a 18 per 100,000 nel 2017. Nelle femmine, da 2.5 nel 2000 a 5.5 per 100,000 nel 2017.

In Piemonte, nel 2020, i suicidi fra i giovani sono stati 15 (6 fra i 15 e 19 anni e 9 fra 20 e 24 anni), nel 2021 salgono a 23 (11 fra i 15 e 19 anni e 12 fra 20 e 24 anni); nel 2022 sono 14 (4 fra 15 e 19 anni e 10 fra 20 e 24 anni).

In ASL CN1 i dati dei suicidi fra i giovani, nel periodo 2010-2022, sono i seguenti (dati ISTAT):

anno	15-19 anni	20-24 anni	totale
2022	1	1	2
2021	1	3	4
2020	0	1	1
2019	3	0	3
2018	0	1	1
2017		/	/
2016	1	1	2
2015	0	2	2
2014			/
2013	2	0	2
2012	0	1	1
2011	1	3	4
2010	1	2	3

¹ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrer Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, Social Indicators Research 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

ALLEGATO 2

La rete dei territori

- Cuneo
- Mondovì
- Savigliano
- Fossano
- Saluzzo

CUNEO

Considerata l'elevata complessità dei bisogni espressi dagli adolescenti, si è reso necessario strutturare una modalità di intervento basata sulla collaborazione tra i vari servizi (pubblici e privati) sul territorio che, per diversi motivi, intercettano le richieste emergenti.

Nello specifico, il " Cantiere Adolescenti " sul territorio di Cuneo, ha declinato una parte importante della sua attività con l'apertura dello " Spazio Ascolto Giovani Al 34 " attivo dal 2000 con il coinvolgimento dei seguenti servizi:

- Consultorio Familiare
- Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese
- Educazione alla salute
- Dipartimento di Salute Mentale
- Neuropsichiatria infantile
- Servizio Dipendenze patologiche

Ogni servizio mette a disposizione per la gestione dello spazio ascolto figure professionali adeguate (assistete sanitaria, ostetrica, educatori professionali) preparate ad accogliere problematiche sia di tipo sociale che sanitario, valutando un eventuale invio agli specialisti di secondo livello per la presa in carico.

Nell'ambito della sua attività lo spazio ascolto collabora con:

- 1) i progetti attivi sul territorio (spazi aggregativi o progetti specifici) gestiti dalle cooperative sociali (attualmente Emmanuele e Momo) e dai Comuni coinvolti, con momenti di confronto nell'ambito delle riunioni mensili e partecipazione ad alcuni eventi formativi dedicati.
In particolare la collaborazione si concretizza nelle seguenti azioni:
 - invio allo spazio di ascolto da parte degli operatori delle cooperative per singole situazioni
 - invio degli operatori dello spazio di ascolto a iniziative delle cooperative
 - interventi educativi di gruppo su tematiche specifiche (affettività, sessualità, ansie, sostanze, bullismo)
 - presentazione dello Spazio Ascolto a gruppi strutturati

- 2) alcuni progetti gestiti dalle Associazioni di volontariato attraverso il “Centro Servizi di Volontariato” e in particolare con “Arcigay - Granda Queer” considerata l’attualità della tematica e le richieste in merito
- 3) alcuni Istituti Comprensivi, Scuole superiori di secondo grado e Conservatorio “G. F. Ghedini” di Cuneo tramite la presentazione dello Spazio Ascolto in sede alle classi, l’attivazione di sportelli intrascolastici in base alle richieste arrivate dalle scuole (settimanali, mensili o al bisogno), progetti specifici ad hoc sulle classi previa valutazione da parte dell’equipe. Inoltre, con alcune scuole c’è un costante confronto e una collaborazione attiva con gli psicologi scolastici.

MONDOVI’

Sul territorio di Mondovì da circa dieci anni si lavora attraverso la collaborazione di una rete articolata, di cui fa parte anche il Cantiere Adolescenti.

Dal lavoro della rete sono nati, negli anni, diversi progetti per la prevenzione e intercettazione precoce del disagio giovanile, con particolare attenzione alla pre-adolescenza e adolescenza.

Il Cantiere Adolescenti, fin dall’inizio, è stato parte integrante della rete territoriale portando le peculiarità del servizio sanitario sia nella lettura del bisogno dei giovani, sia nelle modalità di intervento. L’azione condivisa con il territorio mira inoltre allo sviluppo del benessere della cittadinanza, agendo altresì sui fattori ambientali che tanto incidono sullo stato di salute delle persone.

La rete ha mantenuto nel tempo momenti di confronto regolari, arrivando alla formale costituzione, da parte del Comune di Mondovì, del Tavolo delle Politiche Sociali e Giovanili a giugno 2023.

Al tavolo sono presenti:

- Assessore alle Politiche Giovanili
- Assessore alle Politiche Sociali
- 2 Operatori ASL rappresentanti del Cantiere Adolescenti
- Operatore del CSSM – Ufficio Progetti
- Operatore dell’Ufficio Solidarietà Sociale del Comune di Mondovì
- Rappresentanti del Circolo delle Idee (consulta giovanile)
- Rappresentante APL (Agenzia per il lavoro)
- Docenti degli Istituti di Istruzione secondaria di 1^a grado
- Docenti degli Istituti di Istruzione secondaria di 2^a grado
- Referente CFP Cebano-Monregalese
- Responsabile Pastorale Giovanile Diocesana
- Referente Parrocchie della città di Mondovì
- Educatori/operatori del terzo settore coinvolti nei progetti attivi (Caracol, Valdocco, L’albero del Macramé...)

Il Cantiere intende proseguire, in collaborazione con la rete territoriale, nell’intento di generare e moltiplicare attività attraverso azioni in ambito preventivo, capaci inoltre di aumentare l’efficacia degli interventi di cura a favore degli adolescenti.

SAVIGLIANO

Sul territorio di Savigliano è presente una rete piuttosto articolata di cui fa parte anche il Cantiere Adolescenti.

Con i punti rete, negli anni, si è instaurato un dialogo costante all'interno del quale sono state proposte iniziative di formazione e confronto riguardanti il mondo dell'adolescenza, con un focus particolare sull'importanza del ruolo dell'adulto nella formazione e nella crescita dei ragazzi.

Il Cantiere Adolescenti da sempre volge uno sguardo attento al proprio territorio consapevole che oltre ad aumentare il grado di qualità delle prestazioni sanitarie, è necessaria un'azione condivisa con il territorio che miri allo sviluppo del benessere della cittadinanza agendo altresì sui fattori ambientali che tanto incidono sullo stato di salute delle persone.

Rispetto alle iniziative volte alla popolazione giovanile il raccordo e il confronto avvengono durante gli incontri mensili del Tavolo delle Politiche Giovanili del Comune di Savigliano. A questo incontro partecipano stabilmente alcuni operatori del Cantiere Adolescenti.

Al tavolo sono presenti:

- Assessore alle Politiche Giovanili
- Assessore alle Politiche Sociali
- Educatore Referente Area Minori e Famiglie del Consorzio Monviso Solidale con funzione di Coordinatore del Tavolo
- Educatrici progetto "Educativa di Strada" Cooperativa Caracol
- Responsabile Area Famiglie e Minori CMSolidale
- Assistente Sociale ed Educatrice Servizio di Educativa Territoriale CMSolidale
- Educatrice e Neuropsichiatra servizio di NPInfantile
- Educatrice Servizio CSMentale
- Operatrice del Servizio di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute
- Educatrice Ser.Dipendenze
- Operatore del servizio Informagiovani/Informalavoro Cooperativa Orso
- Coordinatrice Associazione Oasi Giovani
- Educatrice Centro Famiglie e Ludoteca
- Rappresentante Obiettivo Orientamento Piemonte

Tre volte durante l'anno partecipano al Tavolo gli Istituti Scolastici di Savigliano sia gli Istituti comprensivi (Santa Rosa e Papa Giovanni XXIII) che quelli della scuola secondaria di secondo grado (Cravetta Marconi, Arimondi Eula, CNOS Fap, Scuola Edile Savigliano)

Altri punti rete in contatto con il Tavolo e/o il Cantiere Adolescenti, non presenti al Tavolo delle Politiche Giovanili, sono:

- Associazione "La Voce di Elisa"
- Associazione "Voci Erranti" e Cooperativa Voci Erranti gestione "Caffè Intervallo"
- Associazione Fuma C' Anduma
- Associazioni Sportive
- Consulta della Solidarietà
- Consulta Giovani
- Oratori cittadini, Parrocchie Savigliesi e Pastorale Giovanile
- Centro diurno Eta Beta
- Associazione ASHAS
- Spazi aggregativi quali "Oceano" e "La Casetta"

Il Cantiere dunque preserva uno sguardo rivolto verso l'esterno, a disposizione e in ascolto delle nuove realtà interessate al tema dell'adolescenza, per dare vita ad uno scambio costruttivo e per ampliare la rete già in essere.

FOSSANO

Sul territorio di Fossano è presente una rete piuttosto articolata di cui fa parte anche il Cantiere Adolescenti.

Con i punti rete, negli anni, si è instaurato un dialogo costante all'interno del quale sono state proposte iniziative di formazione e confronto riguardanti il mondo dell'adolescenza, con un focus particolare sull'importanza del ruolo dell'adulto nella formazione e nella crescita dei ragazzi.

Il Cantiere Adolescenti da sempre volge uno sguardo attento al proprio territorio consapevole che oltre ad aumentare il grado di qualità delle prestazioni sanitarie, è necessaria un'azione condivisa con il territorio che miri allo sviluppo del benessere della cittadinanza agendo altresì sui fattori ambientali che tanto incidono sullo stato di salute delle persone.

Rispetto alle iniziative volte alla popolazione giovanile il raccordo e il confronto avvengono durante gli incontri bimestrali del Tavolo Tecnico relativo alla condizione Giovanile convocato e promosso in un primo tempo dal servizio della NPI e successivamente dal Referente Area Famiglie e Minori del Consorzio Monviso Solidale in accordo con gli Operatori del progetto Streetlife. A questo incontro partecipano alcuni operatori che sono presenti anche al Cantiere Adolescenti.

Al tavolo sono presenti:

- Assessore alle Politiche Giovanili e Sociali
- Educatrice Referente Area Minori e Famiglie del Consorzio Monviso Solidale con funzione di Coordinatore del Tavolo
- Educatrici progetto "StreetLife" Cooperativa Caracol
- Educatrice Servizio di Educativa Territoriale Consorzio Monviso Solidale
- Educatrice e Neuropsichiatra servizio di NPI (ad oggi non più presenti)
- Educatrice Servizio CSM
- Educatrice Ser.D
- Coordinatore CAP
- Rappresentante Obiettivo Orientamento Piemonte
- Referente Area Educativa Territoriale Cooperativa Proposta 80
- Operatore di riferimento progetto "Bonsai"
- Rappresentante Fondazione NoiAltri
-

Altri punti rete in contatto con il Tavolo e/o il Cantiere Adolescenti, non presenti al Tavolo delle Politiche Giovanili, sono:

- Associazione "La Corte dei Folli"
- Caritas Fossano
- Associazione Camminare Insieme
- Associazione FreekOut
- Associazione Giovani Revolution
- Istituti Scolastici comprensivi
- Istituti Secondari di secondo grado

Il Cantiere dunque preserva uno sguardo rivolto verso l'esterno, a disposizione e in ascolto delle nuove realtà interessate al tema dell'adolescenza, per dare vita ad uno scambio costruttivo e per ampliare la rete già in essere.

Obiettivi del Lavoro di Rete Proposto dal Tavolo

- Favorire l'accesso alla pratica e alla fruizione di proposte e iniziative come strumento di prevenzione strettamente collegato alla pratica del welfare culturale
- Moltiplicare le occasioni di aggancio ed i contesti "strutturanti" utili agli adolescenti più fragili e compromessi già in carico ai servizi e/o non ancora agganciati a contesti relazionali generativi. Aumentando le opportunità di prevenzione e intercettazione precoce del disagio giovanile sul territorio attraverso la moltiplicazione delle opportunità territoriali a bassa soglia ed accessibili, si cerca di avviare un meccanismo bidirezionale dai servizi verso le situazioni e dalle situazioni verso i servizi.
- La costruzione di reti stabili di progettazione attraverso l'approccio multidisciplinare per la costruzione di strategie di lungo periodo, ponendo al centro dell'azione i ragazzi e i contesti in cui essi sono calati.

SALUZZO

Sul territorio di Saluzzo è presente una rete piuttosto articolata di cui fa parte anche il Cantiere Adolescenti.

Con i punti rete, negli anni, si è instaurato un dialogo costante all'interno del quale sono state proposte iniziative di formazione e confronto riguardanti il mondo dell'adolescenza, con un focus particolare sull'importanza del ruolo dell'adulto nella formazione e nella crescita dei ragazzi.

Il Cantiere Adolescenti da sempre volge uno sguardo attento al proprio territorio consapevole che oltre ad aumentare il grado di qualità delle prestazioni sanitarie, è necessaria un'azione condivisa con il territorio che miri allo sviluppo del benessere della cittadinanza agendo altresì sui fattori ambientali che tanto incidono sullo stato di salute delle persone.

Rispetto alle iniziative volte alla popolazione giovanile il raccordo e il confronto avvengono durante gli incontri mensili del Tavolo delle Politiche Giovanili del Comune di Saluzzo. A questo incontro partecipa stabilmente un operatore del Cantiere Adolescenti.

Al tavolo sono presenti:

- Assessore alle Politiche Giovanili
- Educatore Referente Area Minori e Famiglie del Consorzio Monviso Solidale con funzione di Coordinatore del Tavolo)
- Educatore "Approssimazioni"
- Operatore ASL rappresentante del Cantiere Adolescenti
- Operatore dell'Ufficio Progetti del Comune di Saluzzo
- Rappresentante API (Agenzia per il lavoro)
- Oratorio Don Bosco
- Docente istituto Soleri
- Docente CNOS
- Docente Liceo Bodoni

- Operatore Parco del Monviso
- Operatore Cooperativa Armonia
- Rappresentate Associazione Ratatooj

Altri punti rete in contatto con il Cantiere Adolescenti, non presenti al Tavolo delle Politiche Giovanili, sono:

- Scuola Media Inferiore di Saluzzo
- Scuole medie superiori del territorio
- Associazione "La Voce di Elisa"
- Gruppo di psicologici-psicoterapeuti che operano nel privato nel territorio saluzzese
- Associazione "Urca"
- Presidenti associazioni sportive presenti sul territorio

Il Cantiere dunque preserva uno sguardo rivolto verso l'esterno, a disposizione e in ascolto alle nuove realtà interessanti al tema dell'adolescenza, per dare vita ad uno scambio costruttivo e per ampliare la rete già in essere.
