



Un'alleanza di comunità per il benessere giovanile

Percorso di ascolto verso il nuovo PSSR regionale. 1° incontro tematico

lunedì 11 aprile 2022, ore 9.30-17.00
sala XX maggio 2012, v.le della Fiera n. 8, Bologna

FRAGILITA', DISAGIO, DISTURBI IN ADOLESCENZA

Dott. Stefano Costa

NPI, Responsabile UOSD Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva
DSM-DP Ausl di Bologna

LE QUESTIONI

- 1) Come stanno oggi gli adolescenti della popolazione generale ?
- 2) E' peggiorato il mondo in cui vivono / viviamo ?
- 3) Alcune foto di DISAGIO
- 4) I DISTURBI
- 5) Cosa è possibile fare / va fatto ?

Adolescenza non è malattia. Da sempre gli adulti hanno avuto difficoltà a capire e farsi capire dai giovani.

*La nostra gioventù ama il lusso, è maleducata, se **ne infischia dell'autorità e non ha nessun rispetto per gli anziani.** I ragazzi di oggi sono tiranni. Non si alzano di fronte ad una persona anziana, rispondono male ai loro genitori.*

Socrate 469 A.C.

1) Adolescenza oggi

Sempre meno...

Le persone di minore età in Emilia-Romagna sono il **15,5%** della popolazione totale della regione, contro una media nazionale del **15,7%**, con un **trend in diminuzione** rispetto al precedente Rapporto.

Le famiglie con **5** o più componenti sono **4,2 su 100**, **inferiore rispetto alla media italiana**



probabilità crescenti per i bambini di crescere senza fratelli/sorelle e senza cugini, crescere privi di reti parentali orizzontali, le reti verticali (nonni e bisnonni) si spezzano più facilmente, si complicano per via delle separazioni e dei divorzi -> più onerose da sostenere.

maggiore isolamento delle famiglie, nuovo privatismo o familismo.

ricerca “I care”: durante il periodo di *lockdown in Italia, ovvero tra marzo e maggio 2020:*

il 35% degli adolescenti ha provato sentimenti di ansia e disagio,

il 32% bassi livelli di ottimismo e

il 50% basse aspettative per il futuro

(cfr. anche Musso e Cassibba, 2020).

Telefono azzurro

dal 21 febbraio al 31 dicembre 2020, le **richieste di aiuto relative alla salute mentale** risultano **aumentate del 46%** rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Tra le problematiche che hanno interessato le richieste di aiuto relative a quest'area troviamo:

le paure e gli spunti depressivi, gli atti autolesivi, l'ideazione suicidaria, fino ad arrivare ai tentativi di suicidio.

Emerge inoltre un altro dato allarmante, ovvero quello relativo **all'incremento dei disturbi alimentari tra gli adolescenti.**



Noi, al tempo della pandemia

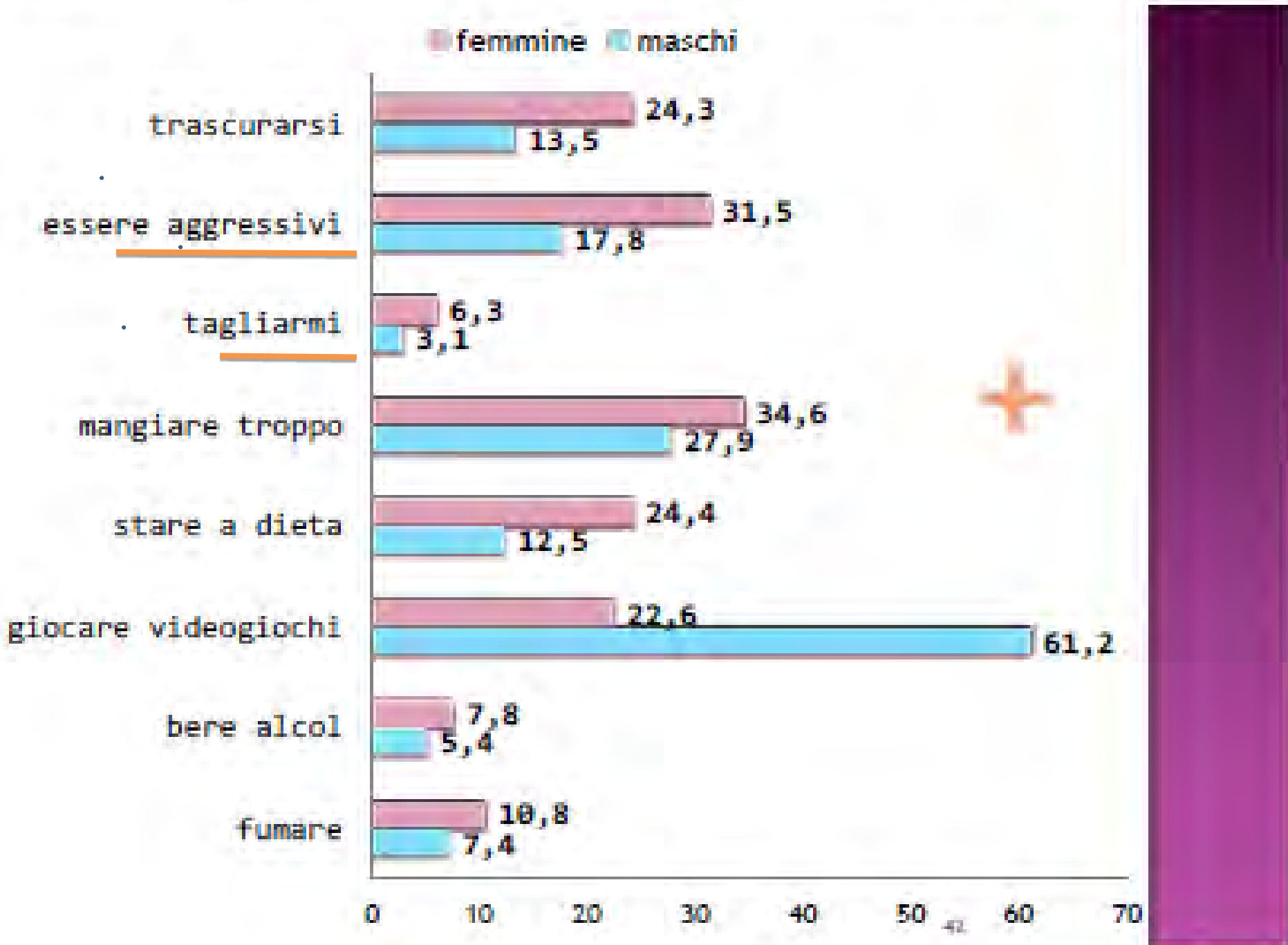
Essere adolescenti in Emilia-Romagna nel 2021

sociale.regione.emilia-romagna.it

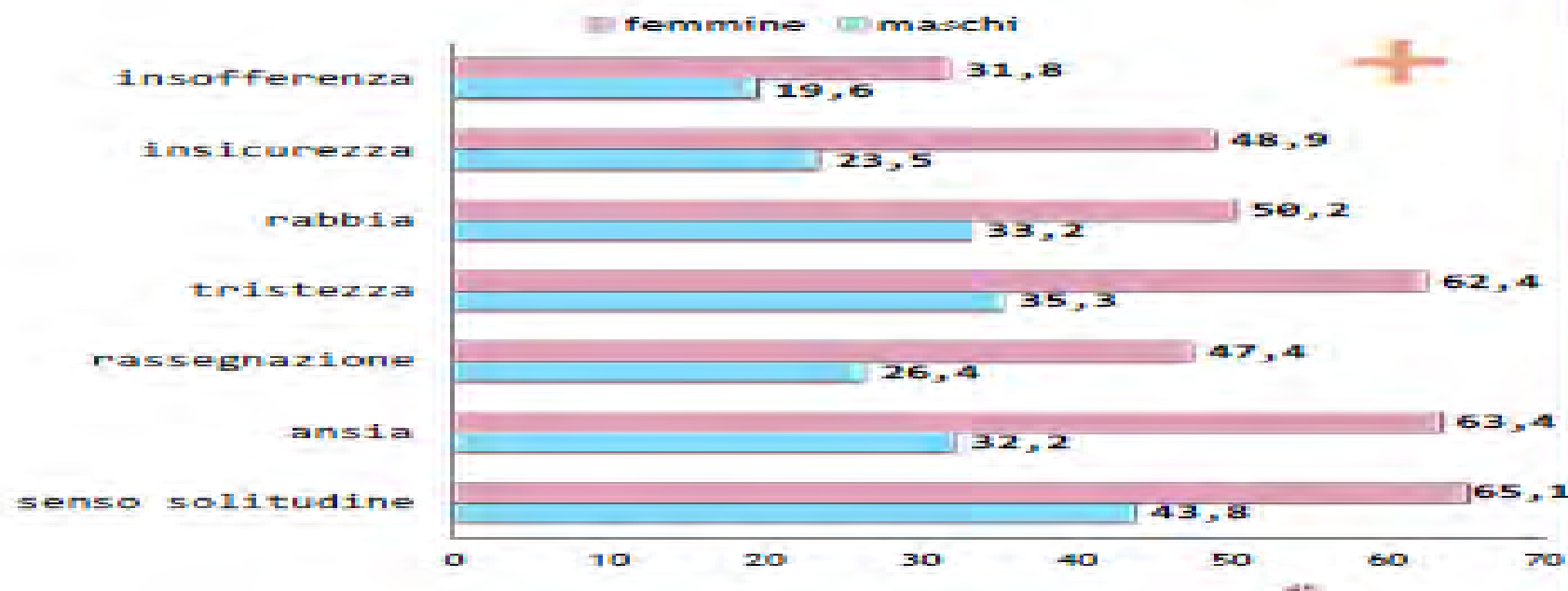


RICERCA SU 20.750 RAGAZZI - 2021

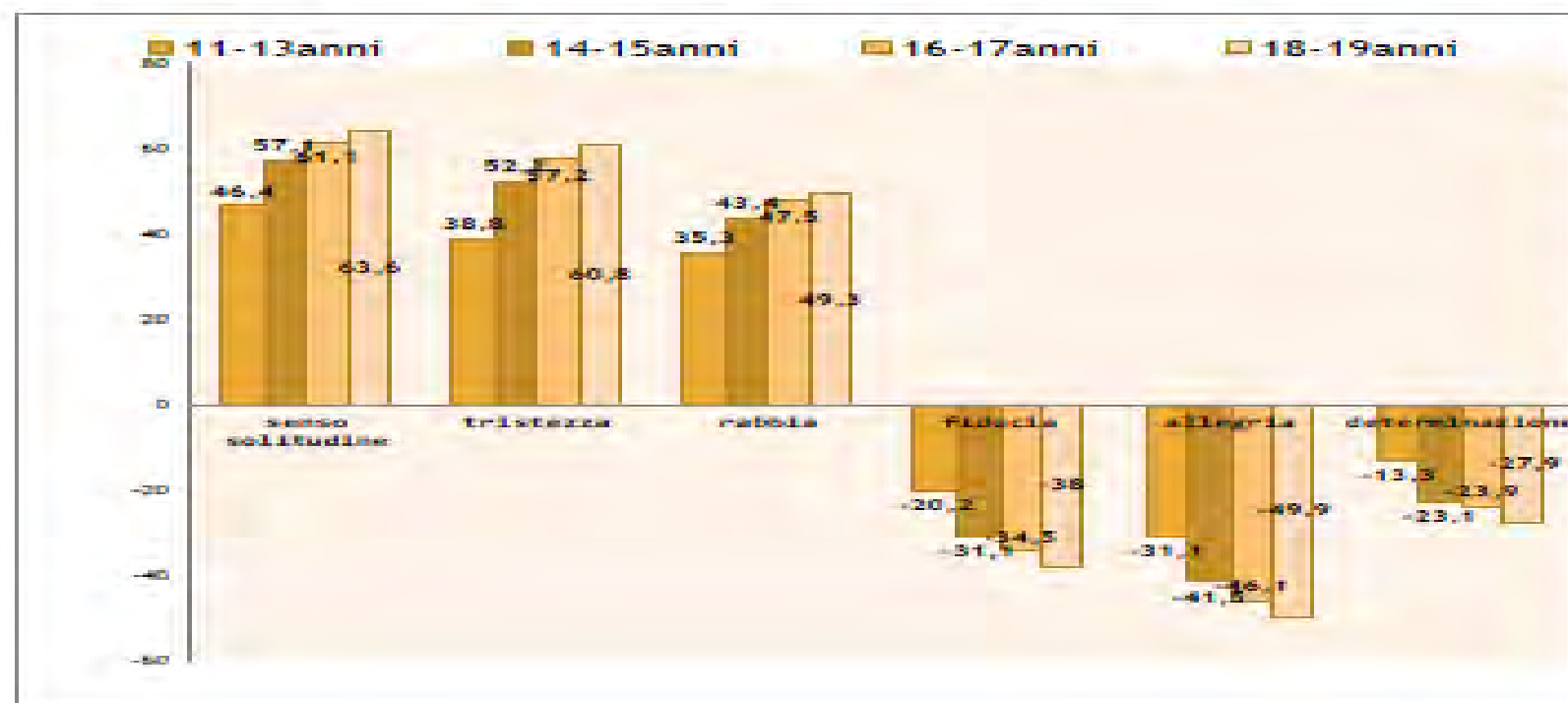
Slide 42 "Quanto l'emergenza ha modificato i tuoi comportamenti?"



Slide 48 "Quanto l'emergenza ha modificato le tue emozioni?"



Slide 49 "Quanto l'emergenza ha modificato le tue emozioni?"



PER
FASCIA
DI
ETA'

2) Il mondo è più difficile oggi ?

L'individualismo è l'aspetto chiave della modernità; in una società tradizionale una persona non ha bisogno di “trovare se stessa” o di definire la propria persona.

E' più difficile essere giovani oggi rispetto a 100 anni fa ?

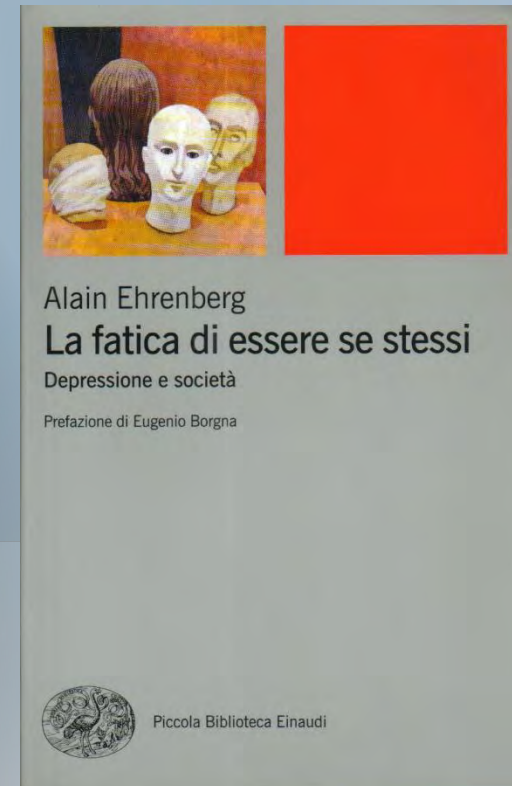
I giovani nelle società moderne impiegano molti anni per imparare ad essere adulti, non sono precocemente dotati di **identità o ruolo sociale** e raramente apprendono il mestiere dai loro genitori, devono trovare loro compagni di vita senza garanzie che la ricerca avrà successo.

Psicoterapia nell'età del narcisismo (Joel Paris 2013)

La fatica di essere se stessi

Negli anni 40 la depressione non era che una sindrome associata a molte malattie mentali. Negli anni 70 la psichiatra dimostrò che si trattava del disturbo mentale più diffuso del mondo. In anni più recenti essa ha raggiunto una diffusione tale che la si ritiene responsabile della maggior parte delle difficoltà che incontriamo nella vita quotidiana: stanchezza, inibizione, insonnia, ansia sarebbero tutte causate da questa malattia.

Perché la depressione ha un tale successo? Ehrenberg (2010) suggerisce che la depressione è **strettamente correlata a una società come quella contemporanea** dove le norme della convivenza civile non sono più fondate sui concetti di colpevolezza e disciplina, ma sulla **responsabilità e sullo spirito di iniziativa**. In un contesto in cui l'individuo è schiacciato dalla necessità di mostrarsi sempre all'altezza, la depressione è la contropartita delle grandi riserve di energia che ciascuno di noi deve spendere per diventare se stesso.



EPOCA PASSIONI TRISTI

Schmit e Benasayag, 2003

La complessità del tutto naturale del vivere è forse diventata patologica ? Esiste oggi una reale incapacità di farsi carico di una situazione di angoscia, magari ampia e generalizzata, senza considerarla di competenza innanzitutto della tecnica ?

Rottura dello storicismo teleologico, venire meno cioè di quella credenza che stava a fondamento delle nostre società e che si manifestava nella speranza in un futuro migliore e inalterabile...

Cambiamento di segno del futuro: assistiamo nella civiltà occidentale contemporanea, al passaggio da una fiducia smisurata a una diffidenza altrettanto estrema nei confronti del futuro, ... dal mito dell'onnipotenza dell'uomo costruttore della storia a un altro mito simmetrico e speculare, quello della sua totale impotenza di fronte alla complessità del mondo.



SOCIOLOGIA DEL RISCHIO LE BRETON 2017 (Mimesis)



L'individualismo contemporaneo riflette il fatto che
il il il soggetto si definisce attraverso i propri riferimenti.

Non è più sorretto da regole collettive esterne
ma costretto a trovare in se stesso le risorse di senso per restare
attore della propria esistenza.

L'individuo moderno non è più erede nel senso di una trasmissione
dell'habitus attraverso una socializzazione familiare della
continuità pacifica della storia. Non è più assegnato a una origine
o a una parentela con un percorso o una carriera già tracciata
garantiti. **Solo la sua esperienza personale lo guida nelle sue**
azioni.

- La sua stessa libertà non è una scelta ma un obbligo e lui resta
unico artigiano della propria esistenza. **L'individualizzazione slega**
in parte l'individuo dalle antiche forme di solidarietà, dai percorsi
un tempo ben definiti che rafforzavano le appartenenze di classe,
di età e di genere.

COMPITI DI SVILUPPO IN ADOLESCENZA

- Il concetto di compiti di sviluppo è molto utilizzato in psicologia sociale e si riferisce agli ostacoli che gli individui specificamente incontrano nelle diverse fasi della loro vita. Il primo che ha fatto riferimento a questo termine è stato **Havighurst negli anni 1952 e 1953. Secondo questo autore “i compiti che l'individuo deve affrontare, i compiti di sviluppo della vita sono il presupposto di una crescita sana e soddisfacente nella nostra società.**
- **...Un compito di sviluppo è un compito che si presenta in un determinato periodo della vita di un individuo e la cui buona risoluzione conduce alla felicità e al successo nell'affrontare i problemi successivi, mentre il fallimento di fronte ad esso conduce all'infelicità, alla disapprovazione da parte della società e a difficoltà di fronte ai compiti che si presentano in seguito”.**

Secondo Havighurst (1953) la ricerca dell'indipendenza è l'elemento costante e specifico dei compiti di sviluppo nell'adolescenza; in proposito egli individua dieci compiti di sviluppo:

- instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi
- acquisire un ruolo sociale femminile o maschile
- accettare il proprio corpo ed usarlo in modo efficace
- conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti
- raggiungere la sicurezza di indipendenza economica
- orientarsi verso, e prepararsi per una occupazione o professione
- prepararsi al matrimonio e alla vita familiare
- sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civica
- desiderare ed acquisire un comportamento socialmente responsabile
- acquisire un sistema di valori ed una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

3) DISAGIO ...

alcune “dimensioni”, numeri,
“flash”

- a) NEET ... ritiro ?
- b) Bullismo
- c) Autolesione fino al Tentato suicidio
- d) Uso sostanze
- e) Autori di reato
- f) Ragazzi “ritirati”

a) Neet IN REGIONE...

- La percentuale di persone di 18-24 anni che hanno conseguito la sola licenza media e non sono inseriti in un programma di formazione (Early School Leaver) è del **9,3%** (media italiana 13,1%), mentre la percentuale di persone di 15-29 anni che non lavorano e non studiano (Neet) è del **15,9%** (media nazionale 23,3%).



NEET e salute mentale

- La scarsa salute mentale risulta associata all'essere NEET nei giovani canadesi.
- Gli sforzi rivolti al NEET dovrebbero **includere azioni di salute mentale ma anche educative e occupazionali.**

The Mental Health of Young Canadians Who Are Not Working or in School.

Gariépy G, et al. Can J Psychiatry. 2018.

b) BULLISMO



- Nel **2014**, poco più del 50% degli 11-17enni ha subito qualche episodio offensivo, non rispettoso e/o violento da parte di altri ragazzi o ragazze nei 12 mesi precedenti. Il 19,8% è vittima assidua di una delle “tipiche” azioni di bullismo, cioè le subisce più volte al mese. Per il 9,1% gli atti di prepotenza si ripetono con cadenza settimanale.
- **dati 2020-2021**: il 22,3% degli studenti nell'a.s. 2020-2021 è stato vittima di bullismo (19,4% in modo occasionale e 2,9% in modo sistematico).

c) Autolesione

- Fenomeno noto da tempo e diffuso fra i giovani (prevalenza fino al 17%), ma salito alle cronache con l'allarme "Balena Blu"
- a Bologna visti 10 casi segnalati, nessuno "reale"; molti falsi positivi sociali, alcuni disagi rilevanti (30%).
- Suicide Life Threat Behav. 2014 Jun;44(3):273-303. doi: 10.1111/sltb.12070. Epub 2014 Jan 15. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression.



Garante dell'infanzia

Oggetto: I: Comunicazione da Procura Tribunale Minori su blue whale
Allegati: segnalazione.pdf

Da: Garante dell'infanzia

Inviato: martedì 30 maggio 2017 09:51

Gentili Direttori e Responsabili

Servizi sociali e sanitari

Regione Emilia-Romagna

Si inoltra con richiesta di condivisione urgente a tutti i professionisti, nota ricevuta dalla dott.ssa Silvia Marzocchi, Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Bologna.

OMS - CAUSE DI MORTE 10-19 ANNI

Scheda informativa - maggio 2017

- 1,2 milioni di adolescenti sono **morti** nel 2015, più di 3000 ogni giorno, per lo più da cause prevenibili o da curare.
- Gli incidenti nel traffico stradale sono state la causa principale della morte nel 2015. Altre cause principali delle morti adolescenti includono infezioni respiratorie inferiori, **suicidi**, malattie diarroiche e affogamento.
 - La **metà di tutti i disturbi della salute mentale in età adulta comincia all'età di 14 anni**, ma la maggior parte dei casi non sono rilevati e non trattati.
 - La **depressione** è la **terza causa principale di malattia e di disabilità (= cronicità)** tra gli adolescenti

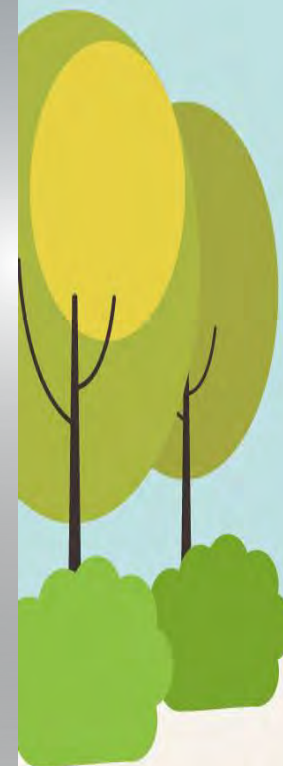
3000 ADOLESCENTS DIE EVERY DAY



Nearly all these deaths
are preventable.

Top 5 causes of death
in adolescents aged
10-19 years

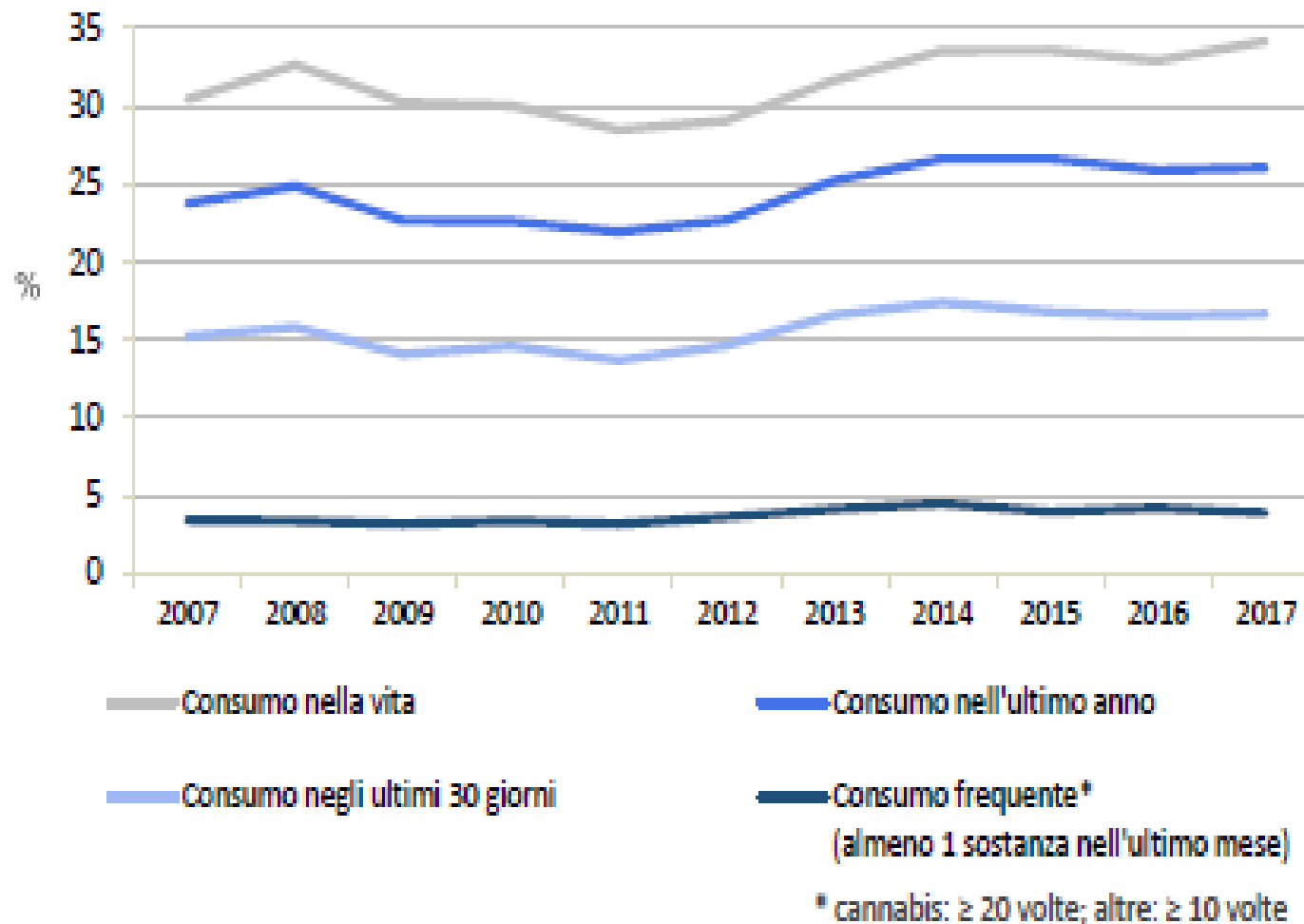
- 1 Road traffic injuries
- 2 Pneumonia*
- 3 Suicide
- 4 Diarrhoeal diseases
- 5 Drowning



*Includes other lower respiratory tract infections

d) USO SOSTANZE

Fig. 3.2.1 - Trend dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Prevalenza d'uso di almeno una sostanza psicoattiva (nella vita, negli ultimi 12 mesi). Regione Emilia Romagna. Anni 2010-2017

REGIONE EMILIA ROMAGNA



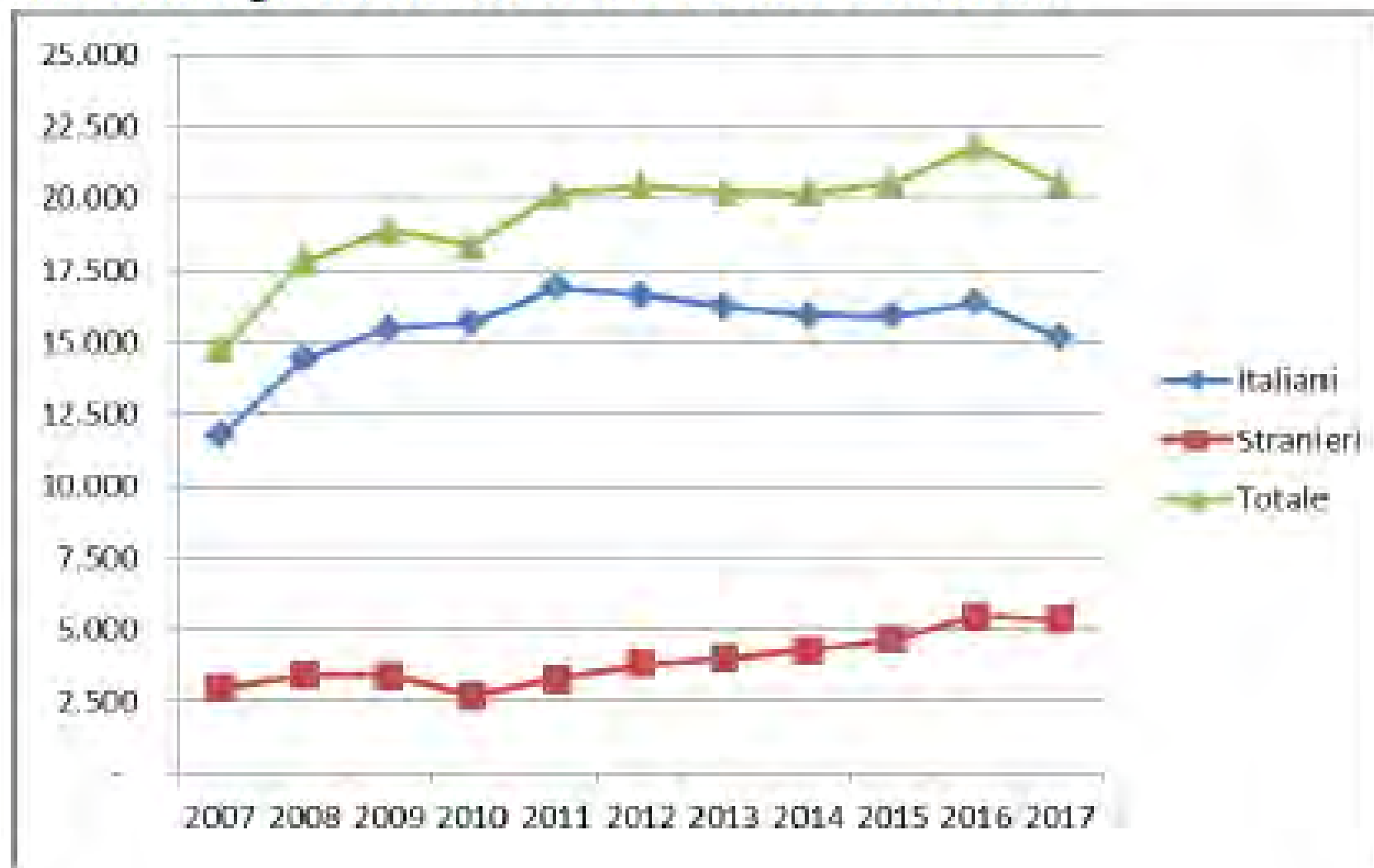
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

DATI 2021 RELAZIONE PARLAMENTO

Dalla rilevazione condotta nel 2020, è emerso che il **26% degli studenti**, di età compresa fra 15 e 19 anni, ha utilizzato almeno una sostanza illegale (oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni o cannabis) nel corso della propria vita. In particolare, sono soprattutto gli studenti di genere maschile a utilizzarle (M=28%; F=24%).

e) Autori reato

Grafico 1 – Minorenni e giovani adulti in carico agli Uffici di servizio sociale per i minorenni negli anni dal 2007 al 2017 secondo la nazionalità.



Triennio 2015-2017:

flessione dai 1.926 del 2015 ai 902 del 2017.

Lo stesso calo si registra nel numero dei nuovi ingressi che nel 2017 sono stati 776 contro i 1.676 del 2015 e i 1.179 del 2016.

Soggetti segnalati all' USSM Bologna. Anni 2015-2017

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------|-------|-------|------|
| Soggetti segnalati | 1.926 | 1.355 | 902 |
| di cui nuovi | 1.676 | 1.179 | 776 |

Ingressi nell'IPM di Bologna. Anni 2015-2017

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------|------|------|------|
| Numero ingressi | 89 | 101 | 117 |
| % italiani | 18,0 | 24,0 | 29,9 |
| % stranieri | 82,0 | 76,0 | 70,1 |
| Presenza media giornaliera | 21,5 | 22,5 | 22,4 |

Numeri “locali” CGM Bologna

Psicopatologia e Autori reato

50 minori autori di reato arrestati in sei mesi (gennaio/giugno 2018), 48 maschi (96%), e 2 femmine (4%).

Età media è di 16 anni. 16 minori sono italiani (32%), 34 sono di origine straniera (68%) di cui 11 sono minori stranieri non accompagnati (22%).

PSICOPATOLOGIA: **Scala YSR (35%) risultati nel range clinico per le problematiche internalizzanti, - in 11 ragazzi (26%) risultati nel range clinico per le problematiche esternalizzanti.** Nella **scala CRIES (stress post-traumatico)**, sono emersi punteggi di significatività clinica in **29 ragazzi (58%)**.

Riguardo alla **progettualità futura**, esiste un progetto concreto di formazione o lavoro per 8 ragazzi (16%), mentre emerge un desiderio di progettualità in 27 (54%).

f) IL RITIRO SOCIALE

- **Un quadro che vede l'Italia fra i primi posti nel mondo, un quadro difficile da misurare dal lato epidemiologico perché non è una malattia codificata da alcun sistema nosografico e perché spesso non arriva alla sanità.**
- Un quadro pur esso in mutamento: dalla classica età giapponese del tardo adolescente/giovane adulto - per noi fino a qualche anno fa riguardava il passaggio medie-scuole superiori, ma ora invece è sceso alle elementari, a volte anche prima del passaggio alle medie.
- **Dalla tipologia “classica” e un po' stereotipo del ragazzino inibito che ha sempre avuto difficoltà sociali, impacciato, timido, ecc. - siamo passati a ragazzini brillanti, competitivi, sportivi, prestanti.**

- **Un elemento importante è un “clima” di forti aspettative, spesso non espresse, nella famiglia.**
- Prevale il genere maschile, ma non solo.
- **E’ un quadro sintomatologico per cui si parla anche di ritiro primario, ossia di una disfunzione che non ha altri aspetti patologici come ansia e depressione.**
- **E’ un quadro *limite fra sociale, comunità* (fragilità degli adulti famiglia, scuola) e *sanitario* (fragilità dell’individuo) con aspetti anche antropologici relativi al funzionamento del mondo oggi (la società del rischio, la società del narcisismo).**

Il ritiro sociale è sempre una patologia?

- Alcuni antropologi attuano una lettura anche in “positivo” del “fuggire”; David Le Breton (2016) afferma: *“L'esistenza a volte ci pesa. La società contemporanea esige da noi un'affermazione permanente, la continua reinvenzione della vita, il successo. E se qualcuno non si sente all'altezza? Subentra allora la tentazione di lasciare la presa, di assentarsi da sé divenendo irraggiungibili, che può manifestarsi in forma di fuga nell'alcol, nelle droghe, nel gioco o può assumere il carattere di una fuga vera e propria...*
- *Eppure la volontà di sottrarsi al legame sociale è a volte la condizione per continuare a vivere per inaugurare un rapporto nuovo con sé, con **gli altri e con il mondo.**”*

Se è una patologia a che diagnosi corrisponde?

- Non esiste una codifica diagnostica formalmente accettata e sulle riviste scientifiche non sono tanti gli articoli che trattano di questo problema o meglio di questo sintomo. Esistono diverse definizioni, quella proposta dal ministro della salute giapponese (Paese in cui il quadro è stato **descritto per la prima volta negli anni '90) nel 2010 è “la situazione di una persona ritirata nella propria casa per più di 6 mesi che non partecipa a livello sociale, ad esempio andando a scuola o al lavoro”**

(2018).

- Sono quadri spesso gravi, che durano anni, a volte con esiti invalidanti (uno dei problemi in Giappone è la mancanza di una pensione invalidità alla morte genitori per gli adulti ritirati),
- ma a volte invece con improvvise e repentine **“guarigioni”** cioè riprese del percorso evolutivo a cui sottosta una ripresa della sicurezza di sé, dell'autostima, una diminuzione della percezione del rischio dello sguardo dell'altro, una sensazione di **“efficacia”** che si era persa.
- Ed è **su questi ambiti che tutti in rete occorre lavorare con attenzione alla individuazione precoce dei segnali e alla attivazione tempestiva ed intensiva di risorse educative individuali, piccolo gruppo e sostegno familiare.**

Esiste una gradualità di “tipi” di ritiro?

Esiste una storia evolutiva del ritiro nella quale è possibile intervenire?

- **L'esperienza clinica maturata ormai in diversi** anni ci ha convinti che sì, esistono diversi tipi di ritiro e che esiste una storia evolutiva in cui è importante entrare il prima possibile; proprio per questo riteniamo che, per affrontare in modo appropriato ed efficace il ritiro sociale, sia necessario disporre di:
 - **una rilevazione sensibile**
 - **interventi tempestivi, diversificati in ottica di stepped care** (una possibilità di modulare l'intensità degli interventi a seconda della gravità del quadro), **in cui viene coinvolta tutta la rete dei diversi attori.**

4 - DISTURBI IN ADOLESCENZA

Changes in **millennial adolescent** mental health and health-related behaviours **over 10 years**: a population cohort comparison study.
Patalay P, et al. Int J Epidemiol. 2019. **INGHILTERRA**

Sintomi **depressivi** (da 9% a 14,8%) e **autolesionismo** (11,8% a 14,4%) sono **umentati** nel 2015 rispetto al 2005.

Le **difficoltà emotive riferite ai genitori, i problemi di condotta, l'iperattività e i problemi tra pari** sono **umentati** nel 2015 rispetto a 2005 (5,7-8,9% a 9,7-17,7%).

Al contrario, **l'uso di sostanze** (fumo, 9,2% a 2,9%; provato alcol, 52,1% a 43,5%, **cannabis**, 4,6% a 3,9%), attività sessuale (2% a 0,9%) e i **comportamenti anti-sociali** (6,2-da-da a 1,6-27,7%) sono **meno comuni o invariati**.

Gli adolescenti in 2015 stavano spendendo meno tempo a dormire (< 8 h 5,7% al 11,5%), avevano un più alto indice di massa corporea (BMI) (obesi, da 3,8% a 7,3%).

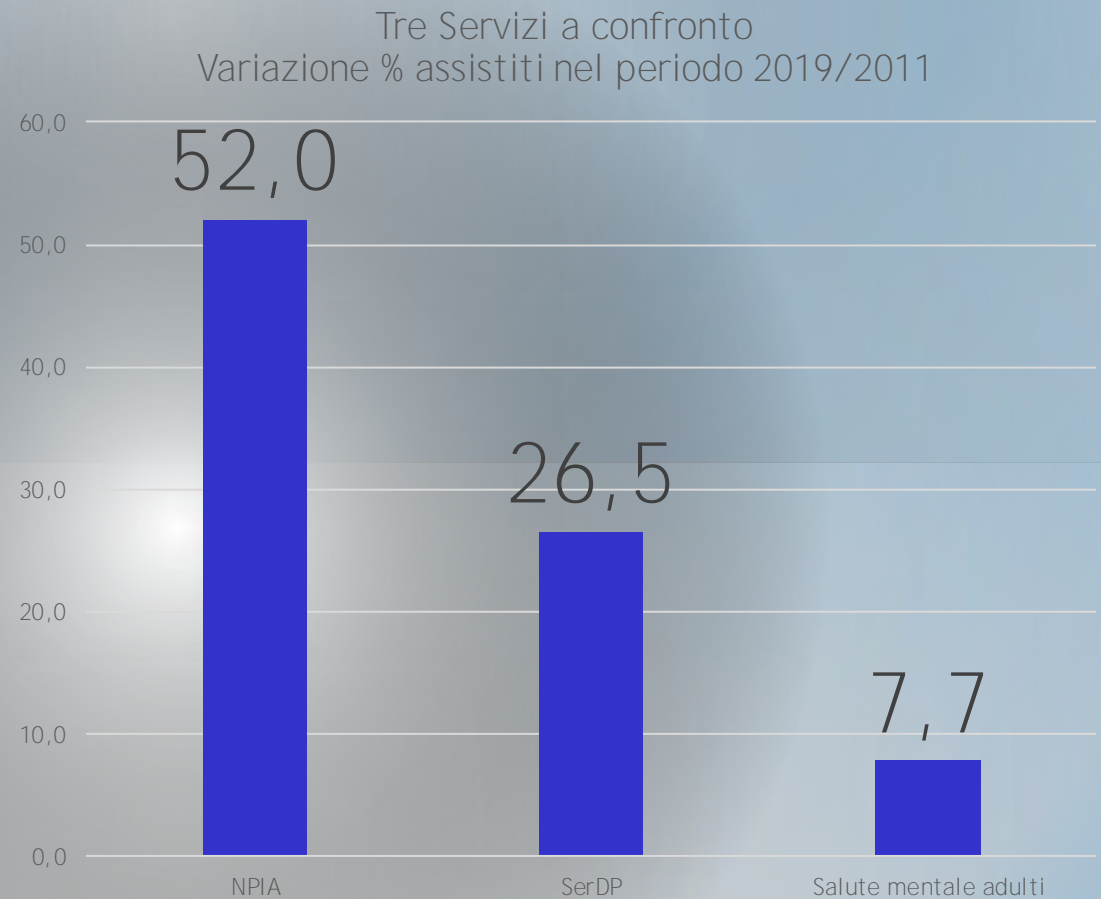
Increase of internalized mental health symptoms among adolescents during the last three decades. Blomqvist I, et al. Eur J Public Health. 2019. SVEZIA

- Risultati: sintomi di **ansia e depressione e sintomi somatici funzionali, aumentati** tra i ragazzi e le ragazze dal 1981 al 2014 ($P < 0,001$ per tutte le subscale), e l'aumento di questi sintomi era più alto nelle ragazze. I problemi di condotta erano significativamente più elevati nei ragazzi in 1981 e diminuivano nel tempo in modo che in 2014 non vi fosse più una differenza significativa tra ragazzi e ragazze per quanto riguarda i problemi di condotta ($P = 0,286$).
- CONCLUSIONE: in questo studio basato sulla popolazione che si estende su 30 anni, sia le ragazze che i ragazzi hanno mostrato **crescenti problemi interiorizzanti, mentre i problemi di condotta sono diminuiti**. Per fermare questa tendenza, abbiamo bisogno di una comprensione più approfondita dell'impatto dei grandi cambiamenti sociali che si sono verificati negli ultimi tre decenni.

AUMENTO UTENZA REGIONE E.R.

Altri servizi

L'utenza dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza **aumenta molto di più** rispetto ad altri Servizi dello stesso Dipartimento, come ad esempio i Servizi per le Dipendenze patologiche o i Servizi di Salute mentale adulti



ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO AUMENTANO I NUMERI

- Le urgenze psichiatriche in età evolutiva sono rilevate in letteratura in **costante aumento** ormai da diversi anni.
- Viene riferito un aumento fino al 50% delle condizioni di psicopatologia in età evolutiva che arrivano a rappresentare il 1,6% di tutte le emergenze pediatriche negli USA, in altri Paesi si parla di un raddoppio di queste situazioni.
- Si ritiene che oggi i disturbi mentali siano alla base di circa il 25% delle consultazioni pediatriche di base e del 5% degli accessi in pediatria d'urgenza.
- In Italia l'aumento delle consulenze psichiatriche nell'ambito dell'emergenza pediatrica è del 38% dal 2001 al 2004 e il ricovero di adolescenti è aumentato dal 2008 al 2012, del 12%.

Changes in the Use of Emergency Care for the Youth With Mental Health Problems Over Decades: A Repeated Cross Sectional Study. Benarous X, et al. Front Psychiatry. 2019.

- CANADA: La proporzione di giovani con **ansia o sintomi depressivi è nettamente aumentata** nel tempo, mentre **non sono state riscontrate differenze per i comportamenti aggressivi e tentativi suicidi**.
- I disturbi d'ansia sono diventati il disturbo psichiatrico più frequente nei giovani ammessi nell'unità di emergenza, passando dal 5% in 1981 al 34% nel 2017.
- Le consultazioni di emergenza nel 2017 sono **raddoppiate** rispetto al 1981.
- Questi dati suggeriscono che l'aumento dell'uso dei servizi di emergenza osservato negli ultimi decenni è **associato a cambiamenti significativi nel paziente e nelle esigenze della sua famiglia in merito alle difficoltà di salute mentale**.

Regione ER - ACCESSI AL PS

2015: 111.341 Età 11-19

Andrea Donatini
Servizio
Assistenza
Territoriale

Diagnosi 42000 (38%):

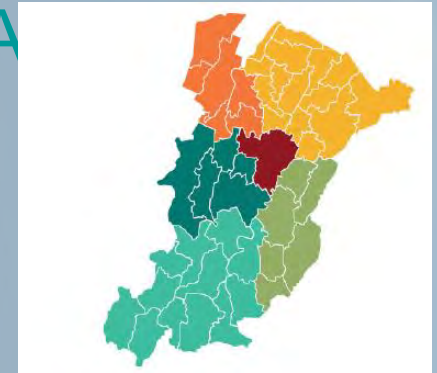
“altri sintomi/disturbi”

Utilizzatori frequenti ≥ 4 accessi/anno

- 2.398 ragazzi 1.161 femmine - 1.237 maschi
- 11.484 accessi (~ 10% del totale)

-> PROGETTO GIOVANI IN PS

Ausl di Bologna
UOSD PSICHIATRIA E PSICOTERA
ETA' EVOLUTIVA
**AUMENTA L'ATTIVITA'
IN URGENZA**



**CONSULENZE ai PS e Reparti
EFFETTUATE DALLA UOSD PPEE
ANNI 2019/2020 – 2021**

TRIPPLICATE



Chiamate 0-18 per disturbi psichiatrici **AUSL**
passate dall'8% al 10%

Le novità:

- 1) Nei primi mesi del 2021 (gennaio-aprile) abbiamo registrato un aumento numerico considerevole - praticamente un triplicare delle consulenze, ma **soprattutto un abbassarsi dell'età ed un cambio del setting: non più tanto il PS generale**, casi di gennaio su 15 cons. solo 3 al generale, Febbraio su 20 solo 3, aprile su 30 solo 3.
- E' la pediatria che chiama per bambini ma con fenomeni anche importanti dalle serie minacce autolesive, alle crisi d'ansia paralizzanti, fino a vere e proprie paralisi somatiche, la vecchia isteria.
- 2) gli **aspetti psicosociali sono sempre più frequenti** e complicati, oltre 40 **“cogestiti” nei primi 6 mesi 2021.** - questo significa una valutazione più complessa degli aspetti patogeni (cosa crea, cosa mantiene il sintomo) e della elaborazione del progetto di cura - **richiede sempre più lavoro di rete e la disponibilità di strutture intermedie.**

Una fragilità del sistema ad oggi è la possibilità di attivare risposte tempestive, magari non per forza intensive, ma immediatamente attivabili, spesso domiciliari.

Urgenze 3/4

- 3) Davvero inaspettata novità, cambiamento: al PS generale non arrivano praticamente più adolescenti la notte, in particolare per abuso/intossicazione di sostanze. Abbiamo attivato un operatore di corridoio per facilitare aggancio perché era una realtà interessante e che sfuggiva ai servizi, ma ora anche mesi dopo fine del lockdown, anche in altre province della ER non arrivano ragazzi - prima erano almeno 1-2 a serata ma anche di più nei WE, ora 1-2 a settimana.
- Ed anche per i ricoveri, ovviamente, la questione diventa **interessante e “nuova”**, ossia oggi abbiamo necessità di molte risposte diversificate, non più tanto una struttura psichiatrica ma per esempio una forte collaborazione con la Pediatria, qualificata che significa però integrazione, formazione comune, occasioni di supervisione e discussione casi periodica, consulenza frequente del NPI e attivazione **interventi educativi**, fino alla co-formazione **delle “classiche” strutture di volontariato della pediatria**, volta però alle nostre patologie a stare con i nostri ragazzi.

5) COSA VA FATTO ?

SENTIRSI “BRAVI”: Fattori protettivi come il senso di auto-efficacia, il clima familiare positivo e il sostegno sociale sono stati associati a minori sintomi depressivi . 2015 Jun;24(6):695-703.

ESSERE “BUONI”: Le attività di volontariato non solo sono correlate a livelli più bassi di sintomi internalizzanti / esternalizzanti, ma anche di abbassare i tassi di gravidanze in età adolescenziale e sospensioni. 2015 Nov 11;15(1)

RELAZIONI POSITIVE: le relazioni con adulti competenti (*la cena assieme* è un fattore protettivo: parlarsi) e le relazioni con i pari costituiscono fattori fondamentali di protezione o viceversa di vulnerabilità. La **resilienza** va considerata non un tratto individuale, ma piuttosto un aspetto del sistema evolutivo e dell'ambiente. *Sroufe et al, 2005*

AVERE UNA FINALITÀ: *Le Breton (Antropologia del corpo e modernità 2007)*
Le condotte a rischio sono in primo luogo dolorosi tentativi di ritualizzare il passaggio all'età adulta. Se le nostre società costruissero l'evidenza di un ingresso nella vita, se picchettassero il cammino e gli dessero una finalità, se sapessero fornire significati propizi alla costruzione di sé e all'avanzata nella vita, non dovrebbero confrontarsi con una tale ampiezza di sofferenza adolescente o di condotte a rischio.

Elementi comuni

- Fragilità dei ragazzi
- Fatica del “sistema” adulti (famiglia, scuola, sociale, ...)
- Commistione elementi evolutivi, ambientali, psicologici che creano situazione di disagio / arresto / pericolo
- **l'intervento non può che essere integrato con più servizi/enti (rischio della delega e di “sanitarizzare”)**

POSSIBILI RISPOSTE 1/4

- **PREVENZIONE UNIVERSALE:** luoghi di relazione
fattori protettivi o di rischio:
scuola/famiglia/coetanei:
- Cura del clima (scuola) – sostegno specifico psico-educativo (fam.) – luoghi di aggregazione, sport, associazioni (coetanei),
- **laboratori esperienziali** (occasioni per sentirsi “bravi” – di “auto-efficacia”)
- Opportunità concrete di lavoro (formazione->)

POSSIBILI RISPOSTE 2/4

- PREVENZIONE SELETTIVA/INDICATA:

luoghi di relazione scuola/famiglia/coetanei

- INTERCETTARE I SEGNALI DI DISAGIO*

- DARE RISPOSTE TEMPESTIVE

(= già pronte/attive = mappatura) DI PRIMO

SOSTEGNO NELLA RETE DELLA COMUNITA' non

ancora connotate in senso "sociale" o "sanitario"

- * Linee indirizzo sul Ritiro Sociale Regione E/R

POSSIBILI RISPOSTE 3/4

- LA PRESA IN CURA TEMPESTIVA, INTEGRATA
NECESSITA':



- SPAZI !!! LOCALI !!
- PERCORSI “FACILITATI” PER ATTIVAZIONE
RISORSE INTEGRATE COMUNE-SCUOLA-
SANITA’ (e all’interno della Sanità)

RUOLO SANITA' COME SALUTE MENTALE

- **COSA puo' /deve DARE:** VALUTAZIONE TEMPESTIVA (normale / patologico) - terapia intensiva multidimensionale, cicli di gruppi educativi (laboratori), gruppi terapeutici (mentalizzazione - DBT), colloqui individuali, supervisione adulti riferimento
- **DI COSA HA BISOGNO:** LAVORO DI RETE, RISPOSTE RAPIDE E FLESSIBILI, occasioni di lavoro / formazione, concrete, ascolto delle indicazioni

IL LAVORO NEI
SERVIZI ...

POSSIBILI RISPOSTE 4/4



UN LUOGO BELLO ACCOGLIENTE
CHE OSPITI I DIVERSI PROGETTI DI
RETE DEI DIVERSI LIVELLI, IN CUI I
RAGAZZI VANNO
SPONTANEAMENTE E TROVANO
RISPOSTE DIVERSIFICATE IN
OTTICA DI STEPPED CARE