

Toniolo Emanuele¹, Rossi Maria Angela²

¹Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore DSM AULSS 18 Rovigo

²Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Progetto Terra di Mezzo

Corresponding author: toniolo.Emanuele@azisanrovigo.it

Riassunto

Gli autori presentano un'esperienza di intervento nella comunità con funzioni di prevenzione e trattamento del disagio in adolescenza, oltre ad un'azione di filtro per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce di disturbi psichici maggiori.

Summary

The authors present a project aiming at the prevention and treatment of discomfort in adolescence; in addition it acts like a filter to favour the early detection and the early intervention of major psychiatric illness.

Introduzione

Con intervento precoce si intende un intervento attuato "prima di quanto sia usuale" con una tempestività e una pregnanza maggiori di quanto non accada di solito nelle pratiche standard dei Servizi [1].

Questo rinvio ad una "deviazione" rispetto ad uno standard dei servizi, pone la questione di come inserire e come conciliare tale visione (della persona, della malattia, del trattamento e dei servizi –[2]) nell'organizzazione generale del DSM.

L'intervento precoce, nel suo porsi in una prospettiva preventiva, apre la strada ad una critica radicale dell'organizzazione dei servizi di cui troviamo gli echi in Asioli quando scrive: "Con numerose eccezioni, noi e i nostri Servizi sembriamo in ritardo e disorientati. I nostri modelli di approccio ... sono datati e appaiono inadeguati alle nuove esigenze. Anzi, l'esperienza culturale e organizzativa che abbiamo sviluppato negli anni passati ... costituisce un elemento di inerzia a ri-programmarci rispetto alle novità che abbiamo di fronte: i nostri Servizi sono fondamentalmente basati sulle necessità e i bisogni assistenziali di pazienti che oggi non ci sono (quasi) più e si fondano su un modello di presa in carico che non risulta adeguato ai nuovi pazienti: se non altro perché da loro viene rifiutato" [3].

Nel nostro territorio, il Polesine, una riflessione su un approccio preventivo alla salute mentale è iniziata nel 2000 e ha influenzato nel corso degli anni le scelte e l'organizzazione del DSM, che è venuto a caratterizzarsi per:

- Attenzione per il disagio nelle diverse età della vita (Progetto Terra di Mezzo, Telecompania, Progetto Prevenzione Suicidio, Progetto Alzheimer per cagiver)
- Collocazione nel DSM, accanto alle tipiche strutture della psichiatria, di servizi quali le tossicodipendenze (SERT), la Psicologia Ospedaliera, La Psiconcologia, i Disturbi del Comportamento Alimentare.
- Connessione sinergica fra servizi territoriali e agenzie del territorio (comuni, scuole, attività produttive, volontariato e terzo settore ...)
- Continuità bidirezionale fra servizi territoriali e ospedalieri
- Interventi riabilitativi e psicoeducazionali su utenti e familiari in spdc, che proseguono in csm e centro diurno
- Continuità fra csm e rete della residenzialità
- Accompagnamento dell'utente nel percorso fra strutture a diverso gradiente di protezione,
- Implementazione di strutture residenziali "leggere" (gruppi appartamento)

In questa cornice abbiamo individuato come prima priorità provare a costruire i presupposti per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio attraverso, fra le altre iniziative, il progetto Terra di Mezzo che presenteremo più avanti; successivamente la partecipazione al Progetto Get Up (Coordinatrice M. Ruggeri) è stata l'occasione per formare un gruppo di lavoro multiprofessionale sull'intervento precoce

Il Progetto Terra di Mezzo

Il progetto è partito 6 anni fa, la scelta del nome non è casuale, in quanto si riferisce metaforicamente sia all'adolescenza come fase di transizione nel percorso di crescita, sia come servizio che fa da ponte tra il territorio e i servizi sanitari tradizionali. E' sia uno spazio di consulenza e trattamento, sia di "accompagnamento critico" dove l'obiettivo primario non è la riduzione del danno, bensì la *riduzione del rischio*.

Il progetto è sostenuto dalla Fondazione Cariparo, dai comuni (quota capitolata) e dall'Associazione COMETE Onlus.

Il servizio ha come target la fascia d'età compresa fra 14 e 22 anni, il gruppo di lavoro è formato da 3 psicologi e 6 educatori di strada e si avvale della consulenza di uno

psichiatra, di un medico del SERT e uno dei disturbi del comportamento alimentare, di un NPI (*"agire tempestivamente in un'ottica preventiva, superando separazioni (NPI e Psichiatria degli Adulti) e considerando la persona nella sua continuità di esperienze e di relazioni"* [2])

Utilizza una prospettiva ecologica dello sviluppo umano, ossia cerca di coinvolgere i diversi sistemi nei quali la persona è inserita attraverso interventi rivolti all'individuo singolo, ma anche al gruppo dei pari, alla famiglia, alla scuola e alla comunità allargata. Tale prospettiva analizza sia i vincoli e le difficoltà esistenti, ma anche le risorse e le potenzialità individuali e del contesto considerando la molteplicità dei fattori di rischio e di protezione.

Opera a due livelli:

1. Luoghi di aggregazione dei giovani (le compagnie)
2. in 4 centri (Badia P, Castelmassa, Occhiobello, Rovigo) collocati in punti strategici vicino ai luoghi di aggregazione giovanile (scuole, impianti sportivi), in contesti non istituzionali e senza connotazioni sanitarie al fine di evitare stigmatizzazioni e pregiudizi. E' a libero accesso, funziona sul passaparola e il primo appuntamento viene preso contattando telefonicamente uno degli psicologi (*"con soglie di accesso molto basse (non stigmatizzanti e quindi più accettabili anche dai giovani"* [2]).

Il lavoro in strada

Si rivolge a soggetti in situazioni di disagio adolescenziale. L'equipe formata da educatori di strada si muove in contesti aggregativi informali quali bar, piazze, parchi.

La strada è il luogo in cui le persone si incontrano, dove si creano e si spezzano relazioni, è il filtro della vita quotidiana dei cittadini. Proprio per questo, è crocevia di problematiche, di contraddizioni ma, soprattutto, di risorse a cui attingere, al fine di migliorare la vita di comunità.

La strada è spazio di comunicazione, ambiente all'interno del quale l'interscambio può avere i caratteri della casualità o dell'intenzionalità e che sempre assume le caratteristiche del faccia a faccia; tale relazione, escludendo ogni forma di mediazione, espone gli interlocutori in modo diretto, e, allo stesso tempo, consente loro di raggiungere un alto livello di intimità. E' il luogo all'interno del quale si può parlare e confrontarsi, esprimere idee e passioni, raccontare emozioni, sogni, bisogni, dove si può stare vicini anche senza dirsi nulla, scherzare e parlare del più e del meno, prendere decisioni importanti.

La strada esercita inoltre sugli adolescenti una forte attrattiva per la sua capacità di evocare e fare da specchio ai loro stessi desideri di indipendenza, di svincolo dagli adulti, di ricerca della propria identità. Nell'immaginario collettivo essa richiama l'abbandono dei vecchi legami verso la libertà, la sperimentazione, l'avventura.

Per alcuni infine, la strada rappresenta il luogo della fuga, del vuoto, della disperazione e può diventare ad alto rischio per la scarsa presenza di opportunità di autorealizzazione.

E' all'interno di questo contesto che l'educatore si pone come figura in grado di:

- ascoltare e capire i bisogni dei ragazzi, escludendo ogni forma di giudizio e colpevolizzazione,
- costruire insieme a lui una relazione significativa ed educativa, che possa svolgere una funzione protettiva rispetto al disagio,
- riconoscere, valorizzare e sostenere le potenzialità del singolo, del gruppo e del contesto, promuovendo le risorse interne e attivando strategie di crescita e di autonomia;
- stimolare nei giovani una riflessione critica rispetto al disagio e ai comportamenti a rischio;
- aiutare gli adolescenti a sviluppare la loro capacità di vivere in modo consapevole, critico e progettuale.
- facilitare i rapporti tra i gruppi, le istituzioni, le associazioni, tessere una trama di relazioni, favorire l'incontro e l'instaurarsi di canali di comunicazione tra le varie risorse presenti nel territorio (genitori, insegnanti, servizi, amministrazioni comunali)

Sul piano operativo gli educatori fanno una valutazione delle compagnie, selezionano quelle a rischio sulle quali focalizzano l'intervento.

Se viene rilevata una situazione di rischio prevalentemente individuale viene promosso un contatto con il servizio di consulenza.

Parallelamente al lavoro con i ragazzi, gli educatori di strada operano con l'obiettivo di consolidare e rafforzare l'azione delle comunità locali in quanto risorse fondamentali per l'accoglienza e il supporto nelle situazioni di disagio e rischio dei giovani.

Lo spazio consulenza

Il Servizio di Consulenza Adolescenti (S.C.A.) è rivolto ad adolescenti e giovani adulti che presentano difficoltà legate a diversi comportamenti di disagio.

Si caratterizza per una "facile accessibilità" sia per la collocazione spaziale sia perché non è necessaria l'impegnativa, non c'è lista d'attesa, non si paga ticket.

Opera, in primis, nell'area della prevenzione con interventi che vanno ad agire sui fattori o sulle circostanze considerate protettive al fine di prevenire o rallentare l'espressione piena del disturbo.

In secondo luogo attua una presa in carico che prevede:

1. una fase di assessment standardizzata (< 18 anni: batteria di Achenbach, MMPI adolescenti, SCL 90R; > 18 anni: MCMI-III, SCL 90 R, MMPI-2)

2. percorsi di psicoterapia breve individuale. L'obiettivo è di supportare e accompagnare l'adolescente in questa fase del ciclo di vita (processo di separazione ed individuazione) in cui lo svincolo dai genitori e la sperimentazione, fisiologica per quest'età, può avvenire in modo disfunzionale;
3. eventuali consulenze specialistiche (psichiatrica, dipendenze, NPI, disturbi comportamento alimentare) nella sede S.C.A per evitare l'istituzionalizzazione e lo stigma conseguente, rispetto a situazioni di disagio;
4. invio o cogestione con i servizi in presenza di una patologia che richieda un intervento più strutturato;
5. coinvolgimento della famiglia poiché " l'adolescenza è oggi considerata non soltanto come un evento critico che riguarda il ragazzo e la ragazza che si avviano a diventare adulti, ma soprattutto come "un'impresa evolutiva congiunta" di genitori e figli, volta a rendere possibile il reciproco distacco senza rotture irreparabili" [4]. Seguendo il modello sistemico, in alcuni casi è necessario "leggere" la politica interna (e esterna) della famiglia per comprendere il sintomo, sono previsti pertanto percorsi di psicoterapia familiare e di supporto alla genitorialità. Tra gli obiettivi dell'incontro con i genitori c'è l'importanza di stabilire un'alleanza per poter avere un'idea della loro personalità, del tipo di relazione che hanno col figlio e soprattutto arrivare a capire le problematiche del ragazzo mediante il loro grado di capacità identificatoria, avendo così la possibilità di arrivare a una migliore comunicazione.
6. follow up a 3 e 6 mesi.

("Pratiche credibili, convincenti e evidence-based, cioè seriamente e consapevolmente basate sulle conoscenze"[2]).

Il Servizio inoltre, collabora con gli Istituti Superiori, attraverso:

- progetti di Educazione affettiva, volti a migliorare la conoscenza di sé, la propria autostima, la consapevolezza delle proprie emozioni, aumentando le capacità di introspezione, di comunicazione e di relazione interpersonale, sviluppando le capacità assertive ed il sostegno tra pari.
- progetti finalizzati a potenziare e a sviluppare le life skills , sia promuovendo le relazioni sociali positive, sia con strategie finalizzate ad aumentare le conoscenze e a stimolare i ragazzi a riflettere in modo introspettivo sul proprio comportamento ed atteggiamento.
- lavoro con gruppi interclasse secondo la metodologia della Peer Education.
- progetti per gli insegnanti, per promuovere una cultura dell'accoglienza, dell'ascolto e del dialogo, per collaborare e costruire insieme progettualità condivise; perché oggi "Si chiede ai professori di rivolgersi al cuore dei loro allievi, non soltanto alla mente, di comprendere i loro sentimenti, le loro fantasie, di condividere le loro emozioni, di non attenderli al varco tra banchi e cattedra per inchiodarli al voto, ma di raggiungerli là dove sono, nel deserto dei Tartari dell'adolescenza" [5].

Per il monitoraggio e la supervisione dei casi in carico al servizio, vengono effettuate periodiche équipe multidisciplinari a cui partecipano psichiatri, psicoterapeuti ed educatori.

Un po' di numeri ...

Educativa di strada *	
Periodo: Gennaio 2012 - Maggio 2013	
(17 mesi)	
Ragazzi "seguiti" (ragazzi incontrati dagli EDS con regolarità e con i quali è stata instaurata una relazione significativa)	170
Ragazzi mappati (ragazzi con i quali gli EDS hanno avuto contatti in occasioni di eventi e/o manifestazioni promosse nel territorio)	315
Ragazzi contattati nelle scuole (secondarie di primo e secondo grado)	270
Totale ragazzi	755
*Contatti su Facebook (ragazzi realmente conosciuti con cui si è avuto un contatto)	350

* Fino a maggio 2013 l'educativa di strada era limitata a 26 comuni che avevano aderito al progetto, da giugno sono tutti 41. La popolazione di età compresa tra i 15 e i 19 anni nei comuni aderenti al progetto è di 4699 ragazzi. Gli Educatori di Strada sono venuti in contatto con 755 ragazzi di quella fascia di età ossia il 16%.

Servizio Consulenza Adolescenti

UTENZA	2012 (12 mesi)	2013 (5 mesi)
ADOLESCENTE (fascia d'età 14 – 18)	61	43
GIOVANE ADULTO (fascia d'età 19 – 25)	48	40
PARENTE (sorella, fratello, zio/a,...)	3	2
GENITORE	83	55

Riflessioni conclusive

Il fluire del progetto in questi 6 anni ha messo in evidenza come un intervento articolato su più livelli, incentrato sul disagio, sia in grado di svolgere una funzione di filtro facilitando l'accesso ai servizi specialistici di quadri psicopatologici in fase precoce.

Contesti non stigmatizzanti, libero accesso, assenza di ticket e liste d'attesa, approccio friendly degli operatori non sono tuttavia sufficienti a garantire l'accessibilità del servizio; nella nostra esperienza tali caratteristiche vanno integrate con un costante adeguamento ai cambiamenti dell'utenza in termini di abitudini e modalità di aggregazione.

Riferimenti

1. Larsen TK, Friis S et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr Scand. 2001;103: 323-34.
2. Cocchi A et al. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosys, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2012;3.
3. Asioi F. E' cambiata la "presa in carico"? Psichiatria di Comunità. 2010;IX(2):66-71.
4. Polmonari A. Gli adolescenti. Il Mulino; 2001.
5. Vegetti Finzi S, Battistin AM. L'età incerta. I nuovi adolescenti. Mondatori; 2000.