

ADOLESCENTI IN BILICO

L'intervento precoce
di fronte ai segnali di disagio
e sofferenza psichica

A cura di
Carla Morganti,
Emiliano Monzani, Mauro Percudani

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI PERCORSI E RICERCHE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI, PERCORSI, RICERCHE

Collana coordinata da Alberto Pellai

Pensata per insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari e genitori, la collana intende rispondere ai bisogni di prevenzione e promozione della salute in età evolutiva, utilizzando un approccio concreto e operativo. Di fronte alla costante richiesta di materiali e risorse, la collana si pone come una risposta reale, frutto dello sforzo multidisciplinare di medici, psicologi, educatori, ricercatori, pedagogisti e operatori sociali, alla necessità di assicurare all'infanzia e all'adolescenza il diritto fondamentale alla salute e al benessere.

Al mondo della scuola saranno offerti percorsi educativi validati e valutati, rendendoli disponibili per un'immediata replicazione da parte di insegnanti ed educatori; a tutti gli attori dell'educazione alla salute saranno dedicate opere di discussione e approfondimento dei principali nodi educativi, sia nei loro presupposti teorici che nelle ricadute pratiche.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

ADOLESCENTI IN BILICO

L'intervento precoce
di fronte ai segnali di disagio
e sofferenza psichica

A cura di
Carla Morganti,
Emiliano Monzani, Mauro Percudani

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI Percorsi e Ricerche
FrancoAngeli

Immagine di copertina: Mario Morganti

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

| | | |
|--|------|-----|
| Premessa , di <i>Mauro Percudani</i> | pag. | 7 |
| Introduzione , di <i>Carla Morganti, Liliana Allevi e Tiziana Carigi</i> | » | 11 |
| 1. Basi neurobiologiche dei comportamenti a rischio nell'adolescente e nel giovane adulto , di <i>Umberto Balottin e Carla Morganti</i> | » | 25 |
| 2. Disturbi emotivi, somatizzazioni e comportamenti disfunzionali , di <i>Patrizia Conti e Laura Giudici</i> | » | 39 |
| 3. Uso problematico e dipendenza da sostanze , di <i>Federico Durbano, Sergio Manfré e Antonella Costantino</i> | » | 62 |
| 4. Dipendenze comportamentali: dall'Internet Addiction al Cyberbullismo , di <i>Paola La Boria, Valerio Laini e Roberto Poli</i> | » | 81 |
| 5. La dipendenza da gioco , di <i>Matteo Porcellana e Ivan Limosani</i> | » | 99 |
| 6. Il peso della crescita: i disturbi alimentari , di <i>Marcella Tajani, Marialaura Zuccarino, Renata Naciovich e Umberto Balottin</i> | » | 113 |

| | |
|---|----------|
| 7. Il disturbo da deficit di attenzione-iperattività, di <i>Francesca Pavone, Giovanni Migliarese e Giorgio Rossi</i> | pag. 128 |
| 8. Il disturbo ossessivo-compulsivo, di <i>Giorgio Rossi e Manuela Di Rosa</i> | » 148 |
| 9. La sindrome di rischio psicotico, di <i>Maria Meliante, Emiliano Monzani, Anna Meneghelli, Celina Leone e Mauro Percudani</i> | » 161 |
| Gli Autori | » 185 |

Premessa

di *Mauro Percudani*

L'importanza del riconoscimento e trattamento precoce dei disturbi psichici in età giovanile e adolescenziale è ampiamente documentato dalla letteratura scientifica, principalmente per la migliore prognosi dei disturbi psichici quanto più precocemente riconosciuti e per la maggiore efficacia dei trattamenti quanto più rapidamente instaurati (Cocchi *et al.*, 2011). Sia a livello nazionale sia internazionale, i documenti di programmazione relativi alle azioni prioritarie nel campo della tutela della salute mentale mettono in primo piano la tematica del trattamento dei disturbi psichici in età giovanile, dell'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e del riconoscimento degli stati mentali a rischio (WHO, 2013). Il Piano di Azione per la Salute Mentale (PASM), approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2013, identifica tra i bisogni prioritari sia l'area "esordi-intervento precoce", sia l'area dei "disturbi dell'infanzia e adolescenza", raccomandando ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di elaborare progetti sperimentali con la Neuropsichiatria infantile (NPIA) per favorire il contatto con adolescenti e giovani a rischio di disturbi psichici gravi. Numerose regioni italiane hanno successivamente approvato piani di azione per favorire l'integrazione tra servizi di discipline diverse (psichiatria, neuropsichiatria infantile, dipendenze patologiche, psicologia clinica) nell'ambito dell'area della salute mentale, ponendo al centro dell'attenzione la tematica del lavoro comune sul tema dei disturbi psichici insorti in età giovanile e nell'adolescenza. In Lombardia, la Legge Regionale n. 15 del 2016 ha posto tra gli obiettivi prioritari degli interventi dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), la "promozione di

interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni”.

Nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, numerosi progetti, équipe o ambulatori per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. In questo ambito, l’esperienza pionieristica condotta a Niguarda nell’ambito di Programma 2000 ha avuto numerosi riconoscimenti nazionali ed internazionali. Tal esperienza è stata da esempio per numerosi DSM italiani che hanno introdotto, nell’ambito della propria rete di offerta, percorsi e progetti dedicati al riconoscimento e al trattamento dei disturbi psichici nei giovani. Tuttavia, dal punto di vista epidemiologico, nei servizi per la salute mentale italiani la prevalenza trattata di soggetti di età giovanile rimane ancora inferiore alle attese e il sottogruppo di utenti giovani è una percentuale limitata del totale degli utenti seguiti dai servizi (Lora *et al.*, 2011; Percudani *et al.*, 2013). È inoltre ancora difficoltosa l’integrazione tra i servizi di neuropsichiatria infantile, delle dipendenze e di salute mentale, e molto si deve ancora fare per raggiungere efficacemente i giovani e gli adolescenti. Il modello dell’intervento precoce, infine, nella maggioranza degli ambiti ove è attuato, agisce a un livello di prevenzione secondaria, quando cioè il disturbo è già conclamato, ed è fortemente condizionato dalle difficoltà che i giovani hanno nell’accesso ai servizi sanitari.

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira invece a individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo psichico grave. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti “stati mentali a rischio” e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare e accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa, è inoltre caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra neuropsichiatria infantile e psichiatria che caratterizza, in Italia, la fascia d’età dai 15 ai 24 anni (Phillips *et al.*, 2002; McGorry, 2007; Fusar-Poli *et al.*, 2012).

Una rete di servizi che abbia come obiettivo la tutela della salute mentale nella popolazione giovanile dovrebbe concepire gli interventi in termini di prevenzione (Percudani *et al.*, 2016). In tale fascia di età, infatti, la prevenzione è un obiettivo primario, non solo come prevenzione universale e in assenza di disturbi, ma anche a ogni livello di progressione del disagio psichico. Il modello d'intervento precoce implica un approccio preventivo che può avvenire a due livelli: i) nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente modulati; ii) fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando le agenzie educative, sociali e sanitarie che lavorano con i giovani all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione, sia per far sì che i soggetti a rischio di disturbi gravi arrivino precocemente ai servizi, sia affinché i contesti in cui si svolge la vita delle persone a rischio dia le risposte migliori. La collaborazione con le scuole, l'alleanza con figure leader nel mondo dei giovani, che le prime formulazioni del modello del trattamento precoce degli esordi teorizzavano, sono state implementate solo in esperienze locali. Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa alle psicosi rappresenti un obiettivo non solo di loro pertinenza, ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti esterni al servizio. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili e specifiche di quelle attuate per gli esordi, perché in buona parte questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale, ma spesso anche dei servizi sociali invianti.

I progetti d'implementazione dell'intervento precoce nei disturbi mentali gravi si sono caratterizzati in Italia per una mobilitazione essenzialmente interna ai servizi, che ha portato importanti cambiamenti organizzativi, di stile e modalità di approccio ai giovani, di offerta d'interventi e di scelte farmacologiche, di coinvolgimento dei familiari. La possibilità di accedere tempestivamente a una valutazione è comunque l'elemento caratterizzante di ogni modello d'intervento in quest'ambito. In questo senso è importante diffondere strumenti e metodologie che rendano omogeneo e fondato su evidenze scientifiche l'approccio clinico al paziente con disturbi psicopatologici in età giovanile. La vera sfida del futuro riguarda la capacità delle discipline che afferiscono all'area della salute mentale di lavorare

congiuntamente e in modo realmente integrato per modificare in modo sostanziale i percorsi dedicati ai giovani e sviluppare insieme un nuovo modello di servizi di salute mentale.

Questo volume nasce da un progetto condiviso tra clinici, ricercatori ed esperti che afferiscono alle diverse discipline dell'area della salute mentale, rappresenta un fattivo esempio di collaborazione tra ambiti disciplinari diversi e offre alla comunità scientifica e agli operatori della salute mentale un importante contributo scientifico per lo sviluppo e la diffusione di una cultura di lavoro comune nell'area della salute mentale dedicata al riconoscimento e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile.

Bibliografia

- Cocchi A., Meneghelli A., Monzani E., Preti A. (2011), “Gli insegnamenti dell’Early Intervention in Psychosis”, *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 2.
- Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U. (2012), “Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I)”, *Current Pharmaceutical Design*, 18, 386-91.
- Lora A., Barbato A., Cerati G., Erlicher A., Percudani M. (2011), “The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 447-54.
- McGorry P.D. (2007), “The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system”, *Medical Journal of Australia*, 187, 7 Suppl, S53-6.
- Percudani M., Corio M., Prato K. *et al.* (2013), “Prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile: l’esperienza dell’équipe integrata NPIA e psichiatria nel DSM della AO ‘G. Salvini’ di Garbagnate Milanese”, *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 8.
- Percudani M., Parabiaghi A., D’Avanzo B., Bassi M., Cardamone G., Costantino A., Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di lavoro Progetto CCM 2013 (2016), “Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni)”, *Psichiatria Oggi*, 2, 54-65.
- Phillips L.J., Leicester S.B., O’Dwyer L.E., Francey S.M., Koutsogiannis J., Abdel-Baki A., Kelly D., Jones S., Vay C., Yung A.R., McGorry P.D. (2002), “The PACE Clinic: identification and management of young people at ‘ultra’ high risk of psychosis”, *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 255-69.
- World Health Organisation (2013), *Mental Health Action Plan 2013-2020*, Geneva.

Introduzione

di *Carla Morganti, Liliana Allevi e Tiziana Carigi*

L'identificazione precoce nell'età adolescenziale e del giovane adulto di stati potenzialmente a rischio di condurre a un'alterazione del progetto di vita e dei propri obiettivi di autorealizzazione è un tema particolarmente cruciale che desta molto interesse.

Una buona comprensione delle cause e dei fattori scatenanti in gioco e il loro controllo tempestivo possono prevenire la loro complicazione o lo scatenamento di veri e propri disturbi a connotazione clinica.

Nell'ottica preventiva è, altresì, rilevante riconoscere precocemente i fenomeni, ma anche darvi il giusto peso ed evitare, quindi, interventi non giustificati o un'eccessiva medicalizzazione.

I disturbi in adolescenza sono fortemente caratterizzati da elementi evolutivi, dalle caratteristiche psicologiche specifiche di questa fase e, dunque, la loro comprensione e la loro identificazione come patologici, piuttosto che come movimenti evolutivi non patologici, può essere difficoltosa.

L'adolescenza rappresenta, infatti, un momento con caratteristiche complesse e articolate di fluidità e contraddittorietà del funzionamento psichico, in cui sono in gioco diversi registri mentali, dalla reviviscenza delle pulsioni e delle tematiche edipiche al confronto dell'adolescente con il proprio corpo, dalla costruzione dell'identità al secondo processo di separazione-individuazione, dai conflitti legati alla conoscenza all'acuirsi dei bisogni di sicurezza, ma anche di distacco nei confronti delle figure parentali (Ammaniti, 2002).

Nell'avvicinare il disagio in adolescenza, inoltre, appare indispensabile tenere presente che, in questa specifica fase della vita come in nessun'altra, i processi mentali individuali possono essere compresi solo tenendo conto delle molteplici relazioni affettive, all'interno, cioè, di quello che è definito da Jeammet (1980) come lo "spazio psichico allargato". Questo implica considerare i vari contesti (familiare, gruppale e sociale) cui il soggetto partecipa. La conoscenza delle situazioni di vita rappresenta, inoltre, la possibilità di comprendere eventuali fattori di rischio che, nel momento di vulnerabilità determinata dal lavoro psichico tipico dell'adolescenza, possono rappresentare un elemento favorente lo scompensamento psicopatologico (Marcelli, Bracconier, 2006).

Il processo di rimaneggiamento tipico dell'adolescenza, inteso come dinamiche emotivo-relazionali, non può prescindere, infatti, dall'impatto che i fattori ambientali, compresi i fenomeni relazionali, hanno sull'impianto genico e neuro-strutturale cerebrale e, quindi, sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo, nei suoi diversi aspetti (autocontrollo, gestione dell'impulsività, funzioni esecutive, motorie, Kandel *et al.*, 2014). Questo principio rende conto di come, ad esempio, la messa in atto di comportamenti a rischio, quale una precoce dipendenza da sostanze, possa condurre a uno sviluppo cognitivo ed emotivo deficitario (Davidson *et al.*, 2015; Sawyer, 2012) o un abuso alcolico con le modalità del binge drinking possa inibire lo sviluppo neuronale con conseguenze su funzioni esecutive e motorie (Matthews, 2010). Non solo elementi ambientali "concreti", quali sostanze e alcol, ma anche le interazioni relazionali sono in grado di comportare quel fenomeno di apprendimento capace di indurre modificazioni strutturali cerebrali, con attivazione di nuovi comportamenti, sia in senso potenzialmente patologico, sia, viceversa, in una direzione curativa (Kandel *et al.*, 2014).

In una fase così critica per lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo, definire strategie e criteri per ridurre il rischio di morbosità (disturbi neurologici, mentali, dipendenze) diventa prioritario, anche in considerazione del fatto che, proprio in questa fascia di età, si raggiungono i picchi d'insorgenza di molti disturbi mentali. Fino al 20% degli adolescenti ha, infatti, una diagnosi di disturbo mentale e circa il 50% dei disturbi mentali negli adulti ha un esordio in adolescenza (Belfer, 2008).

Se si fallisce in questo periodo, sarà difficile raggiungere i propri obiettivi di autorealizzazione compromettendo così la qualità di vita futura.

Nonostante i dati di letteratura, secondo cui almeno la metà dei disturbi mentali ha il loro esordio intorno ai 14 anni e il 75% entro i 24 anni di età, la popolazione giovanile (12-24 anni) appare molto spesso riluttante nel formulare una richiesta d'aiuto per problemi riguardanti la salute mentale e ciò rende molto difficile garantire il riconoscimento del disagio e la messa in atto di strategie d'intervento tempestive ed efficaci.

In questa fascia di età, spesso la comparsa di un sintomo o di una difficoltà di funzionamento non sono, peraltro, sufficienti a determinare la ricerca di aiuto. Anzi, la presenza di stati di sofferenza anche intensi, sintomi d'ansia e/o depressivi, uso di sostanze, pensieri suicidari spesso sono fattori che la rendono ancora meno probabile (Wilson *et al.*, 2005).

È nota da tempo la difficoltà per la popolazione giovanile di accedere ai servizi e, più in generale, di chiedere aiuto per la presenza di problematiche psichiche (Rickwood *et al.*, 2007; Fraser, Blishen, 2007); tale difficoltà si evidenzia soprattutto per i giovani maschi ed è legata probabilmente a fattori psicologici, culturali e sociali.

Le criticità nell'accesso ai servizi specialistici, insieme alla difficoltà di identificare chiaramente situazioni cliniche spesso sfumate, condizionano in modo significativo l'erogazione di cure adatte a rispondere ai bisogni di questa popolazione di soggetti (Gronholm *et al.*, 2015).

Un aspetto molto importante per attivarsi nella ricerca di aiuto è la consapevolezza dell'esistenza del problema; altri fattori favorenti sono la capacità di interpretare l'esistenza del "problema" come di qualcosa suscettibile di soluzione, la presenza di un ambiente sociale e culturale che incoraggi la ricerca d'aiuto, l'accessibilità di servizi appropriati (Barker *et al.*, 2005; Rickwood *et al.*, 2007).

La richiesta di aiuto da parte degli adolescenti non può prescindere, d'altra parte, dal ruolo degli adulti che fanno parte del loro mondo. Se, da un lato, un elemento importante nella richiesta d'intervento è rappresentato dalla consapevolezza del proprio malessere, non va dimenticato che gli adolescenti sono parte di sistemi (famiglia, scuola, comunità...) che, testimoni del loro funzionamento, possono

rappresentare la prima fonte cui chiedere aiuto e la mediazione per l'accesso a interventi specifici. Pur trovandosi in una fase caratterizzata da una progressiva ricerca di autonomia, l'adolescente sente e ha bisogno della presenza e dell'attenzione da parte dell'adulto che lo affianca nel percorso di crescita e si attende l'osservazione e l'intervento da parte sua. Spesso la sintomatologia espressa diventa la richiesta di aiuto che non può essere portata direttamente agli specialisti, ma che è rivolta alle figure adulte più vicine.

L'accesso ai servizi specialistici per gli adolescenti, in Italia, risulta, inoltre, condizionato anche da aspetti legali. Ad eccezione di alcuni servizi, quali i consultori, dove può essere previsto un accesso diretto da parte di soggetti non ancora maggiorenni, i servizi specialistici prevedono che la consultazione con gli adolescenti sia possibile solo con il coinvolgimento dei genitori/tutori. Questo limite ha un valore, innanzi tutto, legale che si esprime nella necessità formale dell'acquisizione di consenso informato alla valutazione/presa in carico degli adolescenti, consenso che si estende non solo al genitore che accompagna il figlio, ma anche al genitore separato che non si occupa direttamente di lui.

Per quanto una simile impostazione possa essere percepita come fonte di barriere alla richiesta di aiuto da parte dei ragazzi, sollecitando un sistema di accesso alle cure orientato ai giovani (Masillo *et al.*, 2016), non va dimenticato che, alla base della stessa, non c'è solo un aspetto legale, ma anche (e da un punto di vista clinico, in modo molto più significativo) la necessità di comprendere l'adolescente all'interno del suo sistema di relazioni e di coinvolgere gli adulti nel processo di ripresa di un funzionamento sano.

L'adolescente, il suo funzionamento, il suo malessere vanno, infatti, considerati all'interno di un sistema complesso costituito da un soggetto che si porta a essere progressivamente più autonomo, ma che è ancora fortemente inserito in dinamiche emotivo-relazionali con le figure genitoriali, elemento che gioca spesso un ruolo nell'emergere di manifestazioni cliniche, nel loro mantenimento, nella richiesta di intervento e anche nella riuscita dello stesso.

Da un punto di vista terapeutico, infatti, se il coinvolgimento dei genitori è espressamente indicato per il trattamento psicoterapico nei bambini tra i 3 e i 12 anni (Kernberg *et al.*, 2012), le raccomandazioni fornite sono altrettanto significative per la presa in carico degli

adolescenti. La loro partecipazione rappresenta, infatti, non solo l'opportunità di raccolta di dati e informazioni, ma anche la possibilità di gestire i sentimenti negativi dei genitori, l'eventuale invio in caso di disturbi psichiatrici e la possibilità di fornire chiarificazioni rispetto alle fasi del processo evolutivo dei figli, il tutto nel rispetto della cornice del processo di separazione-individuazione, e, in particolare, della progressiva acquisizione di autonomia dei ragazzi.

Il ruolo dei genitori nella presa in carico degli adolescenti acquista ulteriore valore alla luce degli studi sull'attaccamento che hanno sottolineato la tendenza ad una riorganizzazione nelle varie fasi di sviluppo. In particolare, in adolescenza, se è vero che i comportamenti di attaccamento verso i genitori vengono attivati meno frequentemente, ossia con minore intensità ed urgenza, i genitori permangono come base sicura specialmente nei momenti di disagio e stress, in un'ottica in cui il processo di individuazione viene inteso non come una presa di distanza dai genitori, ma come "qualcosa con loro". Si riattiva una riorganizzazione dei ruoli e delle funzioni intra-familiari attraverso cui ogni componente del nucleo deve trovare una nuova posizione in rapporto agli altri.

Il ruolo dei genitori come mediatori rispetto alla richiesta di aiuto emerge anche da uno studio australiano su 119 adolescenti (età compresa tra i 14 ed i 19 anni), di cui il 94% ha indicato i genitori come maggiormente influenti sulla richiesta di aiuto. La maggior frequenza del ruolo dei genitori è stata correlata a un maggiore disaccordo tra i genitori e i figli rispetto alla gravità del problema, in particolare in caso di disturbi esternalizzanti.

L'accesso degli adolescenti ai servizi per la salute mentale appare condizionato, pertanto, anche dalla disponibilità/capacità degli adulti di riconoscere il malessere negli adolescenti e dai fattori che possono influire sulla ricerca della consultazione da parte degli adulti stessi. Chiaramente, manifestazioni di stampo esternalizzante (quali le crisi di agitazione psicomotoria, l'aggressività etero-diretta, il mancato rispetto delle regole...) sono più facilmente riconosciute dagli adulti e sollecitano più frequentemente una richiesta di aiuto da parte loro rispetto alle manifestazioni internalizzanti (come sintomi ansiosi o depressivi), che portano spesso alla consultazione quando estremizzati nel ritiro scolastico/sociale, negli agiti autolesivi, nei tentativi di suicidio.

Altri elementi che sembrano condizionare in senso negativo la richiesta di aiuto ai servizi specialistici da parte dei genitori sono la vergogna, lo stigma legato ai problemi psichiatrici, la preoccupazione che il figlio possa essere “etichettato”, la preoccupazione di poter essere giudicati come non adeguati con il rischio di un allontanamento dei figli (Sayal *et al.*, 2010), oltre che il livello d’istruzione dei genitori, lo stato socio-economico ed il livello di stress esperito (Zwaanswijk *et al.*, 2003).

In un sistema di accesso alle cure così strutturato, in cui la mediazione da parte degli adulti ha un ruolo importante, va sottolineata la necessità che i clinici siano in grado di valutare quale sia la reale richiesta dei genitori e quella del figlio e di stabilire un rapporto con le due parti (Marcelli, Bracconier, 2006).

Il tentativo di favorire la richiesta di aiuto da parte degli adolescenti, almeno come primo passo verso l’eventuale indirizzo agli specialisti, ha portato all’introduzione, nei contesti scolastici e sociali, di operatori predisposti all’accoglienza ed all’ascolto.

La disponibilità di persone e luoghi di ascolto diversificati e facilmente accessibili agli adolescenti rappresentano intermediari fra l’ascolto non specifico ed i luoghi di cura specializzati. Gli operatori predisposti a tale ruolo possono rappresentare l’opportunità di una prima identificazione degli adolescenti le cui manifestazioni di malessere sono attribuibili all’impatto sulla fase di vulnerabilità tipica dell’adolescenza di eventi di vita, in assenza di franca psicopatologia (Marcelli, Bracconier, 2006). In questi casi, un percorso di accoglienza e d’informazione e, nel rispetto dell’autonomia e della riservatezza degli adolescenti, di coinvolgimento dei genitori nella comprensione e nell’attivazione di dinamiche relazionali diverse può svolgere un ruolo decisivo verso il ridimensionamento della condizione di sofferenza piuttosto che verso la strutturazione della psicopatologia.

Nei casi in cui si rendesse necessario, gli operatori possono, inoltre, rappresentare l’opportunità per avvicinare ragazzi e genitori all’utilizzo dei servizi specialistici (Zwaanswijk *et al.*, 2007). In quest’ottica, in uno studio italiano sull’accesso alle cure, sono sollecitati interventi indirizzati a insegnanti e professionisti della salute finalizzati a incrementare la loro capacità di riconoscere i problemi comportamentali e di indirizzare verso un percorso di consultazione specialistica corretto (Pedrini *et al.*, 2015).

Parallelamente alla disponibilità di operatori negli ambiti scolastici, viene sempre più presa in considerazione la possibilità di raggiungere gli adolescenti attraverso il mezzo a loro più vicino: il web. Crescono, infatti, in modo significativo, i siti di informazione, ma anche d'intervento per favorire l'aggancio di adolescenti e giovani adulti al processo di ricerca di aiuto. L'esperienza fatta finora in Australia, su una possibilità di accesso alle cure via *web* per ragazzi tra i 12 ed i 25 anni, ha individuato, quali maggiori fruitori, i soggetti di sesso femminile, di età più elevata, in condizioni di sofferenza psicologica intensa, ma ai primi stadi di un effettivo disturbo (Rickwood *et al.*, 2016).

Obiettivo della società è prevenire il disagio e "l'esclusione".

Un'azione preventiva efficace per gli adolescenti ed i giovani adulti, da un lato, deve tenere conto del fatto che, in alcuni casi, le manifestazioni di disfunzionamento (assenteismo scolastico, condotte a rischio, comportamenti anoressici/bulimici...) possono essere espressione della vulnerabilità età-specifica e non inevitabilmente fenomeni patologici, dall'altro, deve considerare le popolazioni a rischio.

L'abbandono scolastico, ad esempio, va considerato come un grave fattore di rischio, anche perché viene meno un ambiente "protettivo" come quello della scuola, l'isolamento e la difficoltà di accesso alle cure si massimizzano e questo potrebbe spiegare perché una grande quota di ragazzi affetti da disturbi mentali tenti il suicidio prima di richiedere aiuto (circa 35%, Nordentoft, 2015).

L'interruzione del percorso formativo della scuola secondaria si associa frequentemente a bassa autostima, fragilità nell'identità, isolamento ed esclusione sociale, disabilità funzionale e deragliamento dalle proprie aspirazioni. Più a lungo termine, questo si associa a una bassa qualità di vita, a un maggior rischio di disturbi fisici, ad abuso di sostanze e, paradossalmente, a un ridotto accesso alle cure sanitarie (Bowmann, McGorry, 2016).

La ricerca in Australia ha evidenziato che fino al 46% dell'abbandono scolastico potrebbe essere attribuito alla presenza di depressione, ansia, dipendenza da sostanze, ma anche sintomi psicotici sotto soglia (Esch *et al.*, 2014).

L'indicatore NEET (Not in Education Employment or Training) potrebbe essere un criterio di screening per la popolazione a rischio, insieme all'identificazione di altre espressività più cliniche con un

esordio più precoce (quando non si è ancora espressa un'interruzione sul piano occupazionale). Questo indicatore “economico” spesso rivela un concomitante problema di salute mentale, abuso di sostanze e potenziali problemi con la giustizia.

In uno studio di coorte di 2232 gemelli inglesi nati tra il 1994 e il 1995, all'età di 18 anni, l'11,6% si trovava in una condizione di NEET, che si associava anche a un maggior rischio per disturbi psichici e abuso di sostanze (Goldman-Mellor *et al.*, 2016). I ragazzi riconosciuti come NEET, all'età di 18 anni, provenivano da famiglie di basso stato economico e più frequentemente avevano ricevuto diagnosi nell'infanzia di disturbo da deficit attentivo/iperattività (ADHD), di disturbi della condotta o di depressione. In pre-adolescenza, più frequentemente avevano abusato di sostanze e messo in atto comportamenti autolesivi. Considerando l'indicatore NEET tra i giovani adulti che chiedono aiuto psichiatrico in Australia, si è visto che è NEET 1 soggetto su 5 (O'Dea *et al.*, 2014) e che questi sono più a rischio di presentarsi con un disturbo mentale in stadio più avanzato e di far abuso di cannabis.

In Italia, l'Istat, nel rapporto “Noi Italia 2014”, ha contato oltre due milioni di NEET, circa il 24% dei giovani tra i 15 e i 29 anni, quota significativamente superiore a quella media dell'Unione europea (15,9% di inattivi, Istat, 2014).

In uno studio sulla popolazione italiana, il 18,9% dei ragazzi con questa caratteristica aveva una diagnosi di disturbo borderline di personalità o antisociale, ritardo mentale, ADHD o un disturbo dell'umore (Bellantuono, 2013).

Un altro gruppo di adolescenti ad alto rischio di sviluppare disturbi mentali è quello costituito dai soggetti che, in età infantile, hanno subito “maltrattamenti” (abusi fisici o sessuali) o sono stati testimoni di reati o di violenze in famiglia. Uno studio norvegese ha esaminato un campione di ragazzi inseriti in comunità educative (335, età media 17, range 12-20); di questi il 71% era stato vittima di abusi e presentava una frequenza di disturbi mentali quali sindrome di Asperger, disturbi della condotta, depressione maggiore, distimia, disturbi d'ansia e tentati suicidi molto superiore alla popolazione generale della stessa età (Greger *et al.*, 2015).

L'età adolescenziale è anche il periodo di cambiamenti profondi in cui l'individuo deve affrontare una crescente indipendenza ed

in cui prendono importanza le relazioni sociali e sentimentali. Un altro aspetto preventivo importante è, pertanto, quello di un'educazione sessuale che guidi alla contraccezione; infatti, la gravidanza in età adolescenziale si associa a un rischio maggiore di depressione pre e post-partum e nel corso della vita (Hodgkinson *et al.*, 2014).

Anche una dipendenza da cocaina può determinare un deficit di funzionamento dei circuiti del lobo frontale che si associano ad apatia, disinibizione e deficit esecutivi (Gjini *et al.*, 2014). La comparsa di questa condizione è anch'essa correlabile a condotte di isolamento ed interruzione del proprio percorso formativo.

Anche le nuove modalità relazionali connesse alla generazione digitale, o ai “nativi digitali” definiti da Mark Prensky nel 2001 (persone nate negli USA dopo il 1985 che hanno subito avuto a disposizione le tecnologie digitali come computer, Internet, telefoni cellulari e MP3), creano nuove dipendenze, problematiche sociali e nuove patologie che richiedono risposte nuove.

Come detto, un approccio mirato alla prevenzione deve anche tenere in conto quelli che possono essere gli indicatori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia e per la strutturazione della stessa, in particolare, la ripetizione di una condotta, la sua durata, il cumulo delle manifestazioni di sofferenza e di devianza o la comparsa di nuove condotte che si aggiungono alle precedenti, gli eventi di vita negativi (Marcelli, Bracconier, 2006).

Il ruolo di tali elementi rende conto del fatto che, per quanto episodi di disturbi mentali in adolescenza spesso precedano disturbi mentali nel giovane adulto, tuttavia, molti di questi disturbi, soprattutto se di breve durata, si limitano al periodo dell'età adolescenziale con una remissione ai 20 anni.

L'osservazione che molti disturbi dell'adolescenza siano remittenti sostiene quegli interventi precoci che riducono la durata di tali episodi prevenendo la morbilità in età adulta (Patton *et al.*, 2014). Ad esempio, spesso i disturbi alimentari e l'autolesionismo sembrano essere fenomeni limitati al periodo adolescenziale.

Riconoscere le condizioni di sofferenza potenzialmente espressive della fatica adolescenziale non deve, d'altra parte, indurre a sottovalutarne la presenza, come spesso può accadere, sia perché ritenute “normali” in un periodo di grossi cambiamenti sia per la riluttanza,