

Elide Ceragioli neuropsichiatra-infantile – Dirigente medico dell'UFSMIA dell'AUSL Firenze Nord-Ovest.

1. Da quanto tempo osservate il fenomeno del ritiro sociale nel vostro territorio di riferimento?

Il servizio UFSMIA che dirigo si rivolge alla popolazione dei comuni di Campi Bisenzio, Sesto Fiorentino, Calenzano, Scandicci, Signa, Lastra a Signa e Vaglia. Comuni in forte espansione demografica, soprattutto da parte di emigrati di prima o seconda generazione, molti con persistente difficoltà ad integrarsi e ad accedere ai servizi offerti dal territorio.

Per quanto riguarda la salute mentale si segnala il perdurare di una particolare diffidenza e stigmatizzazione che causa ritardo nella segnalazione e successivo intervento specialistico, che ha ripercussioni negative soprattutto quando la problematica è suscettibile di cronicizzazione.

Il fenomeno del ritiro sociale è presente nel nostro territorio da decenni.

I primi casi li ho osservati all'inizio della mia professione, negli anni ottanta. Situazioni sporadiche e poco studiate, sulle quali l'intervento non determinò un'evoluzione diversa da una cronicizzazione dello status di chiusura sociale. Negli anni a seguire, anche negli altri servizi in cui ho lavorato, il fenomeno è stato sporadico, quantificabile in percentuale dello 0,01 fra i giovani di età 15-18.

Il periodo pandemico da Covid-19 può essere considerato uno spartiacque nei nostri servizi, avendo determinato inizialmente una drastica riduzione dell'utilizzo dei servizi di Salute Mentale Infanzia-Adolescenza e la sospensione delle attività ambulatoriali non dedicate all'urgenza, le attività riabilitative ed i centri diurni.

La concomitante e prolungata sospensione delle attività scolastiche e sportive ha amplificato enormemente l'isolamento sociale determinando l'implementazione dell'uso dei canali virtuali e la sovraesposizione ai social media.

Il servizio sanitario, d'altra parte, non disponeva e non dispone, di strumenti idonei a contattare adeguatamente i giovani a rischio, che sarebbero stati accessibili tramite il digitale. Non è stato possibile, pertanto attuare un'azione preventiva o un intervento terapeutico utile. All'importante contrazione del numero di nuovi casi di psicopatologia nel 2020, con aumento dell'attività di rete è seguito un incremento degli accessi e soprattutto degli accessi in emergenza e per psicopatologie gravi.

2. Chi sono i giovani maggiormente coinvolti dal ritiro sociale a livello di età, genere e status sociale?

I minori maggiormente coinvolti hanno un'età compresa fra i 12 e i 17 anni. Si è avuto un abbassamento dell'età con esordio in prima e seconda media. Negli anni scorsi l'esordio era quasi costantemente al passaggio fra la scuola media e le scuole superiori, anche se segni premonitori potevano essere individuati già prima (restrizione delle attività, manifestazioni ansiose, segnalazioni di episodi di bullismo ecc.)

Per quanto riguarda il sesso si è verificata una progressiva inversione di tendenza, mentre in precedenza sembrava fosse una problematica che interessava maggiormente i ragazzi, attualmente si è verificata una sorta di ,sorpasso' da parte delle ragazze, che manifestano inizialmente fobia scolare e successivamente chiusura relazionale importante.

Non si evidenziano differenze sostanziali fra status sociali diversi, anche se la popolazione che accede al servizio pubblico non riguarda il ceto medio-alto che solitamente preferisce

rivolgersi a servizi specialistici privati.

3. Quali sono le cause principali del ritiro sociale?

Sicuramente le cause sono multiple e non sempre individuabili. In questa problematica, più che in altre, a fronte di una sintomatologia simile, le 'radici' del male spesso non sono individuabili se non in minima parte. Sicuramente imputabili come co-fattori sono scarsa rete amicale, pochi interessi e l'uso eccessivo e senza limiti dei social, fino ad una vera e propria dipendenza.

Vengono privilegiati i contatti e le interazioni virtuali alle relazioni coi coetanei e con gli adulti. Solitamente la restrizione coinvolge in primis la scuola e successivamente le altre attività. In ambito familiare si evitano progressivamente i contatti, iniziano col mangiare in orari diversi o nella propria camera evitando il contatto coi genitori e o i fratelli, fino ad una progressiva inversione del ritmo sonno/veglia. Tendono a dormire di giorno e a restare svegli di notte.

Purtroppo uno degli errori è di sottostimare i sintomi iniziali, scambiati come problematiche relative a rifiuto scolastico, scarsa tolleranza alle frustrazioni, inibizione o depressione. L'accesso tardivo ai servizi può sicuramente contribuire ad un fallimento degli interventi e ad un esito negativo dal punto di vista prognostico.

4. Nel vostro servizio, avete dovuto modificare o adattare modalità e strumenti di lavoro con i giovani presi in carico per ritiro sociale?

Più che vere e proprie modifiche sono state perfezionate le prassi di intervento che in questi casi, come in tutti quelli che riguardano la psicopatologia beneficiano di interventi multiprofessionali fin da subito. Al Neuropsichiatra si deve affiancare lo Psicologo, AS, Educatore domiciliare, Centri diurni, Insegnante dedicato a scuola. Nei casi più gravi utile il ricovero ospedaliero.

Sono situazioni complesse dove la presa in carico del minore (psicoterapia, intervento farmacologico, educativa domiciliare) deve essere concomitante col sostegno alla genitorialità.

Nei casi in cui non è stato possibile l'incontro diretto, sono attuati interventi 'a distanza' con video chiamate, oppure visite domiciliari. Consapevoli che l'adolescenza è per antonomasia un periodo della vita maggiormente a rischio di sviluppare psicopatologia, abbiamo concertato con altre agenzie educative (scuola, servizi sociali del comune) interventi formativi rivolti ai genitori, con lo scopo di attuare prevenzione e allerta rispetto all'uso eccessivo dei mezzi informatici, e al progressivo ridursi della socializzazione.