



L'UFSMIA (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) nella zona Amiata Grossetana: storia, evoluzione, attualità e proposte per il futuro

Description

Ettore Caterino– Neuropsichiatra Infantile, Resp. Rete Clinica Autismo Azienda USL Sudest Toscana

Giuseppe Cerbucci-Psicologo,

Susanna Bartali Logopedista,

Tania Barbi– Direttore COeSO e SDS Zona Distretto Area Grossetana

Abstract

Il presente lavoro offre una disamina storica degli ultimi 20 anni relativa alla Salute Mentale Infanzia e Adolescenza della Zona Amiata Grossetana.

Si analizzano le caratteristiche della Zona, i fattori di rischio psicosociale (dispersione demografica, scarsità di trasporti, ridotta offerta di attività per adolescenti) ed i fattori protettivi (prossimità, attenzione alle relazioni, affettività, accoglienza). Si mette in evidenza il percorso di un piccolo servizio che nel tempo ha stabilizzato importanti figure professionali, potenziato lo standard di qualità degli interventi e costruito un reparto solido che offre ogni anno un numero elevato di prestazioni in tutte le aree cliniche: Disturbi dell'Apprendimento e del Linguaggio, Disturbi comportamentali e da uso di sostanze, Disturbi dello Spettro Autistico. Questi ultimi risultano in costante aumento e proprio in Amiata vi è una risposta terapeutico-abilitativa significativa che rispetta i criteri di precocità, intensità e personalizzazione del trattamento.

La Zona Amiata Grossetana annessa attualmente alla Zona Distretto Area Grossetana presenta alcune caratteristiche peculiari legate al tessuto sociale e demografico che incidono sull'utenza che afferisce ai Servizi di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. Criticità del territorio sono l'alta dispersione demografica, la lontananza da centri urbani di media grandezza, viabilità difficoltosa, scarsità di trasporti e mezzi pubblici, scarsa offerta di attività rivolte ad adolescenti, incremento di fattori di rischio psicosociale (es. isolamento, uso sostanze ecc.). I fattori di rischio psicosociale risultano paradossalmente ulteriormente aggravati anche dall'utilizzo delle nuove tecnologie (*social network, internet, ecc*) che se da una parte contribuiscono al minor senso di isolamento, dall'altra amplificano soprattutto nella fascia dei giovani il confronto e la percezione della mancanza di strutture e risorse che invece sono maggiormente presenti nei territori cittadini (cinema, teatri, punti d'incontro, eventi sportivi, incontri caratterizzati dalle nuove tendenze sociali, di vita, ecc).

Il territorio amiatino, inoltre, negli ultimi anni ha vissuto una progressiva integrazione di immigrazione proveniente da paesi dell'est Europa come la Romania e l'Albania e da paesi nord africani, come la Tunisia e il Marocco. Questo ovviamente come nel resto d'Italia e d'Europa, ha modificato il tessuto sociale che si presentava ormai stabile da molti decenni,

aggiungendo la presenza di nuovi elementi culturali fino a qualche tempo fa assenti nel nostro panorama territoriale.

Breve storia di 20 anni del Servizio SMIA

I primi anni 2000 il Servizio SMIA aveva una vera e propria conduzione familiare, in cui servizi, scuole, famiglie, vicinato, partecipavano nella reciproca conoscenza alla fase di invio, valutazione, comprensione del problema e interventi.

I casi venivano inviati dall'unica Pediatra presente in zona che contattava il terapeuta o la allora Psicologa Resp., ma più spesso venivano inviati direttamente da storiche maestre di scuola che chiamavano l'ambulatorio.

Non c'era un reparto, non c'erano cartelle elettroniche, mancavano i test, il materiale valutativo era costituito dal colloquio, da disegni del bambino e dalla valutazione clinica. Le riunioni si tenevano al V piano dell'Ospedale sempre collegialmente con gli Ass. Sociali ed a volte con il servizio della Psichiatria adulti.

Lo scambio per *mail* non esisteva, c'erano le telefonate personalizzate, c'era un continuo contatto inter-personale. Le riunioni scolastiche (poche allora) erano lunghe anche più di un' ora per caso, si portava il materiale, si discuteva, lo specialista e il terapeuta (che andavano insieme in auto in scuoline sperdute) erano ascoltati e molto raramente sorgevano contraddittori o polemiche; la scuola si impegnava nell'educazione dei bambini, nonostante i pochi insegnanti di sostegno e l'assenza di psicologi scolastici.

I silenzi delle campagne, i viaggi dovuti allo spostamento da Comune a Comune consentivano di meditare molto sui pazienti, nonostante la minore formazione tecnica, si aveva più tempo per ripensare a interventi, errori, posizioni in terapia, analizzare i vissuti, la personalità, gli aspetti controtransferali. La terapia familiare era allora molto in voga, a Castel del Piano addirittura c'era una stanza con lo specchio monodirezionale, gli interventi strutturali o narrativi erano i più frequenti, con risultati eclatanti.

Il Servizio SMIA nei primi anni aveva una numerosità molto ridotta rispetto a quella attuale (circa 30 casi certificati con L.104, solamente 20 casi in trattamento riabilitativo) e la modalità operativa era quindi caratterizzata da prese in carico molto personalizzate e strutturate, con attenzione alla psicoterapia a cicli lunghi per la maggior parte degli utenti con disagio psicologico o franco disturbo neuropsichiatrico infantile (es. ansia, deflessione dell'umore, disagio psicosociale).

I terapeuti della riabilitazione (es. logopedisti) non avevano una formazione specifica rivolta ai DSASut, non c'erano software per la terapia dei Disturbi dell'Apprendimento, non utilizzavano quasi mai testistiche approfondite, le rendicontazioni erano qualitative, narrative, descrittive seppur sempre con una attenzione e privilegio al rapporto con l'utenza. Gli educatori, che provenivano da lunga esperienza in psichiatria, lavoravano solo a domicilio, non si occupavano di disturbi di apprendimento, erano dei veri e propri traghettatori della famiglia e dei bambini verso la acquisizione di esperienze educative più evolute, ordinate, coese, centrate sul senso di realtà e sulla responsabilità.

Per molti anni il Servizio SMIA non ha avuto un NPI presente e strutturato, gli interventi venivano erogati da specialisti di Grosseto che temporaneamente e per poche ore venivano a coprire la zona. Solo nel 2006 il servizio ha ricevuto una progressiva assegnazione del NPI (prima sostanzialmente vacante) prima a t. parziale (0.4 tpe), e dal 2010 a tempo pieno (1 unità a 38 ore). La storia del NPI nasce anche questa da una singolare particolarità: lo specialista scelse nel 2006 allora di trasferirsi da Firenze non solo perché innamorato dell'amenità del paesaggio, ma anche perché riteneva adatto il luogo alla crescita di suo figlio, un bambino di appena 3 anni affetto da Autismo; Federico stesso fu preso in carico proprio dalla allora logopedista di Castel del Piano con capacità, affetto e dedizione che ancora genitori ed insegnanti ricordano.

Da questa prima fase, anche sulla base dei consolidati rapporti di reciproca stima ed affetto instauratisi, si è assistito ad una lenta modifica sia nel personale che nell'approccio alla terapia fino ad arrivare ad un aggiornamento di molte prassi organizzative e di presa in carico, ma mantenendo sempre una componente umana e attenta all'accoglienza degli utenti.

Tra i numerosi cambiamenti si segnala la registrazione dei dati su sistemi informativi per i flussi Regionali (Gepatt, Caribel, infine AsterCloud), la costruzione di un percorso di prevenzione ed intervento precoce sui DSAP (Disturbi Specifici di Apprendimento) con tutte le scuole dell'Amiata Grossetana, i numerosi aggiornamenti del personale sulla CAA (Comunicazione Aumentativa e Alternativa), sulla metodo c.m.i. (cognitivo motivazionale individualizzato) di ML Gava, l'ampliamento del numero di prestazioni riabilitative tramite la piattaforma di teleriabilitazione Ridinet, la maggiore specificità ed appropriatezza degli interventi relativi ai Disturbi dello Spettro Autistico (categoria in forte aumento anche in questa zona), l'attuazione del progetto Margherita (laboratori del fare condiviso nei DSAut) ed infine l'accorpamento del personale in un unico reparto al terzo piano.

Nella disamina storica degli ultimi anni non possiamo non menzionare la risposta del servizio al periodo Covid.

L'isolamento sociale, la chiusura delle scuole, la mancanza di attività fisica e lo stress familiare provocati dalla pandemia da COVID-19 hanno avuto effetti negativi sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti non colpiti dal virus (ansia, depressione, disturbo post traumatico da stress), mentre quelli che si sono ammalati hanno manifestato una maggiore vulnerabilità a problemi di salute mentale rispetto agli adulti (Meade 2021; Bai et al 2022).

L'aumentato utilizzo di *internet* nella fascia d'età 12-18 anni, attraverso i *social media* e i *video-games*, aveva già comportato in tutto il mondo esiti psico-comportamentali e disagio psichico, originati dal trarre soddisfazione non più dai contatti umani ed affettivi ma dalla dualità con lo schermo, rifugiandosi in una solitudine relazionale, affettiva e sociale (Saliceti 2015).

Il Servizio, ritrovando in questa fase la sua storica attenzione all'utenza, si è reso sempre disponibile, ad accogliere utenti in crisi, sia a mezzo telefonico, che con videochiamate durante la fase del *lockdown*, le porte sono rimaste aperte eccetto per poche giornate nella fase più critiche della pandemia.

Durante l'isolamento imposto dalla pandemia, abbiamo cercato di mantenere un contatto con le situazioni che richiedevano un maggiore supporto. Tuttavia è importante specificare che molte delle emergenze che caratterizzavano il periodo pre-COVID, spesso legate ai bisogni scolastici dei minori e che venivano affrontate rapidamente dalle famiglie e dagli insegnanti con valutazioni più frequenti e richieste di certificazioni per i bambini con disturbi dell'apprendimento o con prestazioni cognitive al limite, si sono ridimensionate in termini di quantità e percezione della gravità del problema durante la pandemia.

Come operatori in questo periodo critico a livello globale, abbiamo potuto riflettere maggiormente sulle priorità riguardanti la salute mentale della fascia 0-18 anni. Abbiamo notato un emergente bisogno di supporto neuropsichiatrico, educativo e psicologico per i minori nella nostra comunità di appartenenza. Questo ha evidenziato come, anche nelle comunità più piccole, fattori come la malattia e la disgregazione sociale comportino un rischio maggiore di disagio mentale per l'intera popolazione, sia per bambini, giovani che adulti (Federico Mucci et al, 2020).

Situazione attuale

L'UFSMIA anche dopo il suo accorpamento alla macro Zona Distretto Area Grossetana avvenuta nel 2019 (Colline Metallifere e Grosseto) mantiene sia dal punto di vista della competenza territoriale che nella organizzazione del Servizio una referenza professionale di operatori dedicati.

Attualmente il servizio è costituito presso la sede UFSMIA di Castel del Piano da: 1 Neuropsichiatra Infantile (0,8 tpe), 1 Psicologo (0,5 tpe), 2 Logopediste (1,3 tpe), 2 Fisioterapisti (0,4tpe), 2 Educatrici Professionali (0,5 tpe), per un totale di 8 Operatori (3,4 tpe).

Nella fascia 0-18 anni (popolazione totale 2305 minori) l'UFSMIA di Castel del Piano ha in carico attualmente 439 pazienti, pari al 19% della popolazione minori, di cui 84 nuovi utenti il 33 (39%) femmine e 51 (60%) maschi. 129 casi (circa il 29%) hanno certificazione di handicap. 104 sono stranieri (circa il 25%).

I pazienti in carico alla SMIA sono rappresentati perlopiù da pazienti con Disturbi dell'Apprendimento Scolastico (87 casi pari al 19%), Disturbi di Linguaggio Espressivo e o Misto (44 casi pari 10%), Disturbi del Comportamento (26 casi, pari al 6%), Disabilità Intellettive (24 casi pari al 5.4%), ADHD (18 pari al 4%), (Disturbi d'Ansia o dell'umore (18 pari al 4%), Disturbi del Neurosviluppo (Disturbo dello Spettro Autistico (21 casi 4.7%).

In questa popolazione emerge una significativa presenza di stranieri, anche se bilingui, che probabilmente hanno avuto,

rispetto alla media degli italiani, minori sostegni familiari e sociali che contribuiscono a un minore sviluppo delle capacità espressive e strumentali necessarie per l'apprendimento scolastico.

Si registra un aumento dei casi di co-morbidità legati all'assunzione di sostanze, con diagnosi principali di Disturbo dell'Umore o di Ansia. In maniera decisa, si è visto un aumento degli adolescenti trattati con farmaci psicoattivi (antipsicotici atipici e stabilizzatori dell'umore).

In questa fascia d'età giovanile rispetto al passato, si osservano anche più casi collegati all'isolamento sociale ed emotivo, caratterizzati da scarsa motivazione all'interazione sociale e da un uso compulsivo di internet (giochi, *social network*, ecc.), oltre a disturbi legati alle condotte alimentari, soprattutto comportamenti evitanti-restrittivi e *binge-eating*.

Un'attenzione particolare va posta sull'incremento dei fenomeni di bullismo, anche nella forma del cyberbullismo, richiedendo una maggiore attenzione clinica sia agli autori delle azioni aggressive che alle vittime di queste pratiche.

La dimensione familiare, come in tutto il territorio nazionale, ha subito forti cambiamenti dovuti all'aumento delle separazioni conflittuali tra coniugi. Questo ha richiesto un maggiore sforzo di rete e di conciliazione familiare da parte della nostra UFSMIA, per garantire interventi adeguati di tutela e cura dei minori che manifestano disagio emotivo per tali eventi di vita.

Inoltre, nel nostro territorio dell'Amiata Grossetano, si trova una Casa Famiglia per Minori (il Cerchio) nel comune di S. Fiora, dove forniamo un costante supporto specialistico (neuropsichiatrico, psicologico, educativo e di assistenza sociale) per la maggior parte degli utenti. Questo contribuisce a sostenere i progetti di vita dei ragazzi in collaborazione con le scuole e le loro comunità di origine (famiglie, abitazioni, servizi sanitari e sociali di riferimento).

In conclusione, anche nelle fasce d'età della prima infanzia sta aumentando da parte delle famiglie l'attenzione alla tutela e crescita psicologica dei bambini, che richiedono sempre più spesso interventi di trattamento psicologico per piccoli e grandi traumi correlati ad eventi di vita stressanti ed inattesi come lutti, incidenti o aggressioni (disturbo post traumatico da stress o di adattamento).

Considerazioni sugli interventi erogati

Nel 2023 sono state effettuate 1023 prestazioni ambulatoriali (638 NPI e 385 dello psicologo).

Per quanto riguarda la Riabilitazione si segnalano 1625 prestazioni riabilitative, logopediche in oltre il 70% delle prestazioni e educative o fisioterapiche nel 30% dei casi.

Il NPI, Resp. del gruppo Multidisciplinare Aziendale e della Rete Clinica dei Disturbi dello Spettro Autistico, si occupa su Castel del Piano di effettuare la maggior parte delle prime visite pari al (67% degli accessi) e dei controlli successivi, degli interventi in P.S. Pediatrico e Adulti, e della redazione di relazioni tecniche per L. 104, relazioni per il Tribunale dei Minorenni e incontri rivolti alle scuole (compresa la Promozione del progetto Margherita sui bambini con Autismo). Da segnalare la collaborazione del NPI e della Zona Distretto con le Associazioni del territorio (genitori di portatori di handicap) con la promozione di attività ludico-sportive in gruppo nell'anno 2022-2023 (circo terapia, basket).

Lo Psicologo è responsabile della maggior parte delle prese in carico psicologiche individuali (nel 2023 ha effettuato 100 terapie). Inoltre, segue i minori con disturbi gravi dell'apprendimento e disabilità lievi in base alla legge 104, organizzando incontri periodici con le scuole e le famiglie per garantire un sostegno adeguato.

Si segnala come 129 pazienti hanno una certificazione di handicap, di cui 1/3 con gravità; il dato eclatante è che rappresenta il 5% della popolazione in età scolare.

Dato molto significativo riguarda i DSAut che negli ultimi 8 anni sono triplicati come numericità (attualmente circa 1% come prevalenza nella popolazione generale 0-18, tre volte in più nella popolazione straniera residente), in linea con i dati Toscani; i bambini con Spettro Autistico "occupano" una posizione di rilievo nell'ambito riabilitativo: circa il 30% delle prestazioni totali sono dedicate a bambini con Disturbo dello spettro Autistico, ovvero oltre 1/3 del tempo riabilitativo (relazioni, discussione casi, restituzione a genitori) è dedicato a questa tipologia di pazienti.

Criticità riscontrate nel corso delle consultazioni

1. incremento di famiglie disgregate e conflittuali;

2. incremento di adolescenti con stile di vita tossicofilico che non accettano una presa in carico presso il Servizio delle Dipendenze (Ser.D) di zona;
3. assenza di risorse educative alternative alla famiglia ed alla scuola;
4. scarsità di attività ricreative di gruppo accessibili per tutti sia a livello economico che per carenza di mezzi di trasporto per famiglie indigenti da zone lontane dai centri abitati;
5. tendenza delle famiglie all'isolamento; scarsa motivazione ad effettuare richieste costruttive per i figli (es. richiesta di Centri di aggregazione, di ludoteche, di spazi culturali, di sale prova musicali ecc.);
6. "invecchiamento" della popolazione con incremento del tasso di anziani vs giovani;
7. la presenza crescente di disturbi d'ansia e depressivi tra i bambini e gli adolescenti è diventata più evidente;
8. si osserva un aumento dei disturbi del comportamento sociale durante lo sviluppo psicofisico normale, manifestati attraverso ritiro sociale o comportamenti devianti;
9. la maggiore richiesta di trattamento per disturbi post traumatici nella prima infanzia e adolescenza.

Missione strategie operative

- mantenere un rapporto diretto e continuità terapeutica con le famiglie: accoglienza, libero accesso al servizio, visite domiciliari, videoconsulto in casi più problematici e con difficoltà all'accesso ambulatoriale;
- mantenimento della attivazione del teleconsulto e della supervisione indiretta sia a bambini con Spettro dell'Autismo che ad altre condizioni (es. TICS, crisi di ansia, manifestazioni autolesive ecc.);
- attenzione alla rete Pediatrica, alla disponibilità in giornata per richiesta di valutazioni in Pronto Soccorso, consulenze alle scuole e domiciliari in casi più gravi (es. visite per minori residenti in Casa Famiglia);
- attenzione e predisposizione di interventi in collaborazione con la rete dei servizi che ruotano intorno alla figura del minore (scuola, associazioni di genitori ecc.)
- disponibilità e prossimità per i casi in transizione al servizio adulti;

Proposte di intervento sul territorio e nuove terapie

La valutazione collegiale di equìpe non si limita a pensare alle proposte medico/psicologiche/riabilitative, ma investe direttamente il territorio, come risorsa attiva per la promozione della salute mentale in collaborazione con il COESO e la Direzione della Zona Distretto.

La prospettiva era e resta ecosistemica, ovvero volta ad un lavoro di comunità coesa, capace di elicitare nei cittadini la crescita del senso di responsabilità, l'integrazione, la partecipazione attiva ai sistemi di cura.

- Programmi educativi nelle scuole: creare o supportare programmi di educazione emotiva e gestione dello stress all'interno delle scuole, coinvolgendo gli insegnanti e gli operatori del servizio SMIA, anche con l'ausilio di operatori esterni, per fornire strumenti utili agli studenti nel gestire le proprie emozioni e affrontare situazioni di stress.
- Strutturazione di centri di aggregazione supervisionati da educatori a scopo di socializzazione e prevenzione del disagio;
- Formazione di educatori di strada;
- Supporto alla formazione dei genitori anche da operatori esterni: organizzare gruppi di supporto e incontri formativi per genitori con figli che presentano disturbi specifici o problemi di salute mentale. Questi incontri possono fornire informazioni, strategie pratiche e sostegno emotivo ai genitori per gestire meglio le sfide legate ai disturbi dei loro figli.
- Coinvolgimento delle comunità locali: collaborare con le comunità locali per promuovere una cultura di accettazione e comprensione nei confronti delle malattie mentali e per sensibilizzare sull'importanza della salute mentale

giovanile. Eventi, incontri informativi e campagne di sensibilizzazione possono essere utili in questo senso.

- Formazione e indicazioni ai gestori di ambienti frequentati da adolescenti (es. bar, locali)
- Consulenze *online* o tramite App: offrire servizi di consulenza online o tramite App per raggiungere i giovani che potrebbero sentirsi più a proprio agio nell'approcciare i problemi di salute mentale attraverso piattaforme digitali. Questo può favorire l'accessibilità e la confidenzialità dei servizi offerti.
- Sviluppo di protocolli di intervento precoce: creare protocolli specifici per l'intervento precoce nei casi di problemi di salute mentale, in modo che i segnali siano individuati e trattati prima che si aggravino (es. attacchi di panico, disturbi post traumatici). Questo potrebbe coinvolgere collaborazioni strette con i altri servizi sanitari locali, le scuole e altre organizzazioni per identificare e intervenire tempestivamente.
- Utilizzo di terapia di gruppo secondo il modello del CST (*Caregiver Skills Training*) per i nuovi bambini con diagnosi di Spettro Autistico
- Monitoraggio e valutazione: implementare sistemi di monitoraggio e valutazione regolari per misurare l'efficacia degli interventi e apportare modifiche necessarie in base ai risultati ottenuti, permettendo così un continuo miglioramento dei servizi offerti.
- Promozione della ricerca e dell'innovazione: investire in ricerca e sviluppo per identificare nuovi metodi di intervento, terapie innovative e approcci terapeutici efficaci che possano essere integrati nel servizio SMIA per migliorare il benessere dei giovani e degli operatori stessi.

ettore.caterino@uslsudest.toscana.it

CATEGORY

1. Scienza e professione

Category

1. Scienza e professione

Date Created

Gennaio 2024

Author

redazione-toscana-medica

Meta Fields

Views : 485

Nome E Cognome Autore 2 : Giuseppe Cerbucci, Susanna Bartali, Tania Barbi

Nome E Cognome Autore 1 : Ettore Caterino