

ALLEGATO A)

RICERCA-AZIONE PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO E DEL RISCHIO SUICIDARIO IN ADOLESCENZA: IL RUOLO DEI RAGAZZI E DELLE RAGAZZE, DEI GENITORI, DEGLI ADULTI IN GENERALE

Responsabile Scientifico del progetto e rappresentante nel tavolo interistituzionale per la prevenzione del suicidio: prof.ssa Ferro Laura

Membro del gruppo di ricerca e membro supplente nel tavolo interistituzionale per la prevenzione del suicidio: prof.ssa Cristofanelli Stefania

PREMESSA

È ormai consapevolezza ampiamente diffusa che nella società occidentale vi sia un crescente livello di disagio giovanile che travalica le fisiologiche manifestazioni della crisi adolescenziale e del confronto con l'adulthood. Questa situazione assume sempre di più i connotati di un'emergenza pedagogico-educativa e socio-sanitaria che si manifesta a livello sia individuale sia di gruppo. Tale fenomeno, già presente negli anni pre-pandemia, ha subito un drammatico peggioramento in seguito alla compressione dei diritti dei più giovani al gioco, allo sport, al tempo libero, allo sviluppo delle potenzialità, alla socializzazione dovuta alle restrizioni verificatesi durante la fase d'emergenza sanitaria.

Numerosi segnali di allarme sono pervenuti dai presidi territoriali e ospedalieri di accoglienza e cura, come pronto soccorso, ambulatori, servizi sociali, servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - i quali hanno registrato un incremento dei casi di disagio, di autolesionismo, di disturbi del comportamento alimentare e del sonno, dipendenze da alcol o droghe, senso di solitudine e ritiro sociale, soprattutto negli adolescenti¹.

I dati in questo senso sono evidenti: si parla di più di 1 adolescente su 7 che presenta un disturbo mentale diagnosticato e del suicidio come seconda causa di morte negli adolescenti nell'Europa occidentale². La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce il suicidio come un problema di salute pubblica³, su cui è necessario fare prevenzione. Il tabù e lo stigma associati al fenomeno fanno sì che non ce ne si occupi nonostante molto spesso un suicidio riuscito è preceduto da vari tentativi, che possono e *devono* essere intercettati.

L'Italia non fa eccezione e anche nel nostro Paese il suicidio resta un problema di salute pubblica. Secondo l'Istat, nel 2019 ci sono stati 3726 suicidi e, se è vero che il fenomeno conta tassi di mortalità più elevati tra gli anziani, è altrettanto vero che è una delle prime cause di morte tra i giovani⁴. Tuttavia, è possibile intercettare questa sofferenza: spesso, infatti, per i giovani e gli adolescenti lo sviluppo di un disagio o di veri e propri sintomi e disturbi psico-comportamentali rappresenta già l'esito di un processo di malessere prolungato.

In particolare, il suicidio è generalmente il precipitato di numerosi fattori di rischio (personali, sociali, biologici) che – va sottolineato – non si limitano esclusivamente ai disturbi mentali⁵. Ciò implica che gli interventi di prevenzione – compresi quelli diretti ad adolescenti – devono essere ad ampio spettro e non avere come destinatari (diretti e/o indiretti) solo i portatori di una psicopatologia. Questa caratteristica si riflette anche a livello di setting che, in maniera analoga, non può essere limitato agli ambienti sanitari.

¹ Garante per l'infanzia e l'adolescenza e Istituto Superiore di Sanità (2022), *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi. Documento di studi e di proposta* (<https://www.epicentro.iss.it/mentale/documento-agia-iss-2022> ; <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf>)

² UNICEF (2021), *La condizione dell'infanzia nel mondo – Nella mia mente: promuovere, tutelare e sostenere la salute mentale dei bambini e dei giovani*, <https://www.unicef.it/pubblicazioni/sowc-2021-rapporto-in-sintesi/>

³ OMS (2014), *Preventing suicide. A global imperative*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

⁴ Istat (2022), *Annuario Statistico Italiano 2022* https://www.istat.it/storage/ASI/2022/ASI_2022.pdf

⁵ Istituto Superiore di Sanità (2020), *Il fenomeno suicidario in Italia. Aspetti epidemiologici e fattori di rischio*. <https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>

Infatti, sono proprio i programmi rivolti a coloro che versano in condizione di fragilità, ancorché in assenza di una diagnosi psicologica o psichiatrica, a essere imprescindibili nel ridurre il disagio e il rischio di suicidio.

A conferma di quanto qui espresso, gli esiti preliminari della ricerca *“Promozione dell’inclusione socio-educativa di adolescenti e giovani adulti valdostani con fragilità psico-emotive e/o in situazioni di svantaggio”*, di cui la Prof.ssa Cristofanelli è stata il Responsabile Scientifico, hanno evidenziato un’area di fragilità negli studenti delle scuole secondarie di II grado non diagnosticata. Per questo motivo, su tutto il territorio valdostano, i Consigli di Classe delle varie scuole secondarie di II grado pubbliche hanno redatto 90 Piani Didattici Personalizzati (PDP) in assenza di una diagnosi o di altra certificazione sanitaria. In questi casi, gli insegnanti lamentano la mancanza di strumenti pratici e di linee guida operative che li aiutino ad affrontare queste situazioni complesse, di difficile comprensione e gestione. Questa carenza genera in loro un vissuto di dolorosa impotenza: in aula non sanno come facilitare l’inclusione di tali alunni e, nei rapporti con le famiglie, non sempre riescono a comunicare in una maniera che risulti proficua per tutti. Oltre alle problematiche appena descritte, si aggiungono alcune carenze di sistema, come la mancanza di uno psicologo scolastico “in organico” per le singole istituzioni; infatti, la presenza di uno psicologo come parte integrante del personale scolastico si traduce nella possibilità di avere una figura di riferimento in tutte quelle situazioni che, a vario titolo, possono definirsi sfidanti. In un contesto così caratterizzato, in cui la fragilità psico-emotiva dell’adolescente si rapporta con la fragilità dell’ambiente socio-educativo, il disagio psicologico e il rischio suicidario giovanili trovano terreno fertile.

Fare prevenzione in adolescenza significa *anche* occuparsi delle fragilità degli adulti che, a titolo diverso, rappresentano però i nodi della loro rete evolutiva-relazionale. La morte e il suicidio sono i grandi assenti della nostra società: spesso infatti c’è il timore che parlare di queste tematiche renda la morte (e il suicidio) un’ipotesi desiderabile per l’adolescente. In realtà, sappiamo che accade esattamente il contrario: parlare di suicidio abbassa il rischio. I ragazzi e le ragazze, infatti, molto spesso provano vergogna nel parlare del proprio disagio e nel comunicare di aver pensato alla morte; in aggiunta a questi sentimenti, se percepiscono che dall’altra parte non vi sono adulti in grado di (ac)cogliere i loro segnali di disagio, i tentativi di chiedere aiuto non vedono nemmeno la luce. Molto spesso, è infatti proprio l’angoscia dell’adulto (genitore o insegnante) a stroncare sul nascere ogni possibilità di instaurare un sincero dialogo volto a capire, in ottica non giudicante, che cosa l’adolescente stia provando⁶. I giovani finiscono così con il “tenersi tutto dentro” e con la sensazione che gli adulti non siano in grado di ascoltarli né di comprenderli. Interessanti, a questo proposito, i risultati dell’indagine che ha coinvolto 1080 intervistati tra i 14 e i 17 anni di tutta Italia, condotta dall’Istituto Demopolis per l’impresa sociale Con i Bambini⁷. Lo studio, che aveva come obiettivo quello di dare voce agli adolescenti sul tema del disagio, ha rilevato che circa il 10% degli adolescenti non confida mai i propri pensieri e che circa l’11% non parla con nessuno dei propri problemi. Inoltre, più del 50% dei ragazzi e delle ragazze ritiene che gli adulti non capiscano i giovani e circa il 12% guarda al proprio futuro con pessimismo (ben il 68% degli adulti coinvolti - che includono genitori, insegnanti, educatori - guarda al futuro dei giovani con pessimismo). Tenendo conto che la mancanza di speranza verso il futuro e l’isolamento sociale sono due importanti segnali e fattori di rischio suicidario, i risultati di questa indagine suggeriscono un’esigenza ancora attuale di interventi di prevenzione del disagio e del suicidio⁸.

⁶ Lancini, M. (2023), *Sii te stesso a modo tuo. Essere adolescente nell’epoca della fragilità adulta*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

⁷ Istituto Demopolis (2023), *Adolescenti in Italia: indagine Demopolis sugli under 18 promossa dall’impresa sociale Con i Bambini* (<https://www.demopolis.it/?p=11141>); https://www.conibambini.org/wp-content/uploads/2023/06/Presentazione_Demopolis_Con-i-Bambini_8giugno-1.pdf)

⁸ NESMOS - U.O.C. di Psichiatria, Centro per lo Studio e per la Prevenzione dei Disturbi dell’Umore e del Suicidio, <https://www.prevenireilsuicidio.it/index.php>

Alcuni fattori di rischio di suicidio in adolescenza possono essere ricondotti all'ambiente familiare, tra cui - ad esempio - il basso livello di supporto genitoriale percepito. Al contrario, un fattore di riduzione del rischio è la presenza di una buona comunicazione tra gli adolescenti e le loro madri e i loro padri⁹.

Alla luce delle premesse qui esposte, il progetto di seguito descritto propone degli interventi *ad hoc* rivolti ai giovani, ai loro genitori e agli altri adulti di riferimento (agenzie educative). Raccogliendo le raccomandazioni degli enti di tutela della salute giovanile sia a livello internazionale che nazionale (Ministero della Salute, Autorità garante infanzia e adolescenza, Istituto Superiore di Sanità) riteniamo fondamentale intervenire nel campo della **formazione alla prevenzione** del disagio psichico in tutte le sue forme, ivi comprese quelle gravi come i gesti autolesivi o suicidari. Questo intervento è in sintonia anche con l'obiettivo di una prevenzione che passa attraverso il tessuto sociale e con le esigenze dei servizi socio- sanitari, che sono attualmente alle prese con una grande difficoltà ad erogare cure e che molto difficilmente riescono ad intervenire sulla prevenzione.

L'obiettivo della ricerca-azione è promuovere nei genitori e negli altri adulti di riferimento le capacità emotivo-relazionali utili a identificare precocemente negli adolescenti i segnali di disagio, favorire l'ascolto e la comunicazione tra giovani e adulti e ridurre così il rischio suicidario.

FINALITÀ

Lo scopo del presente programma di ricerca-azione è quello di prevenire il disagio psicologico e il rischio suicidario degli adolescenti/giovani adulti, mediante il coinvolgimento di un campione di *agenzie educative* presenti sul territorio della Valle d'Aosta (famiglie, scuole, associazioni sportive, oratori, ecc).

La tipologia di intervento è basata su percorsi di gruppo di tipo formativo-informativo rivolti sia ai giovani sia agli adulti di riferimento (ad es., genitori, insegnanti, educatori) ed il conseguente studio quali- quantitativo degli effetti di tali interventi.

METODOLOGIA

Il campione di giovani e di adulti di riferimento verrà valutato al tempo prima (T0) e dopo (T1) gli interventi informativi-formativi di gruppo rivolti agli adolescenti e ai giovani adulti e finalizzati ad implementare le loro competenze psicologico-relazionali e a promuovere stili di vita che favoriscono la salute mentale, la consapevolezza di sé e la capacità di chiedere aiuto nell'ambiente familiare, pedagogico-educativo e psicologico in modo mirato e funzionale.

Parallelamente, verranno condotti interventi informativi-formativi rivolti a genitori, insegnanti, educatori e altri adulti di riferimento, orientati al potenziamento delle competenze riguardanti le strategie di ascolto, comunicazione, orientamento ed aiuto rispetto alla prevenzione ed al riconoscimento precoce dei fattori di rischio per la salute mentale dei giovani.

In particolare, l'intervento si focalizzerà sul potenziamento delle capacità di individuare e orientare una presa in carico dei bisogni di tipo pedagogico-educativo per ridurre il rischio che si generino frustranti processi di delega incongrua o un'impropria e dannosa "sanitarizzazione" delle questioni pedagogico- educative. Al contempo si cercherà di aumentare la capacità di riconoscere in ottica preventiva quei segnali di sofferenza psico-comportamentale tipici di problemi di salute mentale che, se non trattati nei contesti di cura adeguati, possono portare allo sviluppo di disturbi conclamati, anche in tempi brevi.

Per quanto riguarda i caregivers, gli scopi principali dell'intervento intendono includere il: favorire le loro capacità di riconoscere e di rispondere in modo adeguato ai segnali di disagio degli adolescenti;

⁹ Grande, E., ..., Pompili, M. (2021), Suicide among adolescents in Italy: a nationwide cohort study of the role of family characteristics, *European Child & Adolescents Psychiatry* (30), 1037-1045.

promuovere le capacità di comunicare con le/i ragazze/i in modo sincero e aperto su tematiche emotivamente difficili come quelle della morte e del suicidio; aumentare i margini della loro “finestra di tolleranza” emotiva, cioè aumentare le loro capacità di *tollerare* il disagio e talvolta gli inevitabili sensi di dolorosa impotenza o di colpa che il malessere dei ragazzi provoca in loro.

DESTINATARI

Diretti: Adolescenti e giovani adulti; genitori degli studenti di scuola secondaria di II grado; altri adulti di riferimento in contesti di tipo scolastico, pedagogico-educativo, sportivo, ecc.

Indiretti: Adolescenti e giovani adulti; referenti istituzionali e decisori in ambito politico, socio-sanitario e pedagogico-educativo.

STRUMENTI

- Questionari costruiti *ad hoc*, sulla base di un’attenta e accurata analisi della letteratura scientifica d’area disponibile, utili per condurre una rilevazione prima (T0) e dopo (T1) l’intervento, al fine di poter analizzare elementi importanti di processo e di esito.
- Eventuali questionari standardizzati atti alla valutazione dello stato di salute e benessere, sintomi ed eventuale presenza di conclamati disturbi psichici.
- Gruppi di formazione-informazione dedicati agli adolescenti e agli adulti loro referenti.

OBIETTIVI

- Potenziare le capacità dei giovani e delle agenzie educative coinvolte nel riconoscere e rispondere ai bisogni di salute mentale degli adolescenti e dei giovani adulti.
- Costruire un modello di valutazione e di intervento preventivo precoce e mirato ai bisogni e alle criticità manifestate sul piano pedagogico-educativo e di salute mentale dei singoli e dei gruppi in contesti familiari ed educativi-formativi di vario tipo.
- Divulgazione e sensibilizzazione dei decisori e della popolazione generale sulle buone pratiche nei campi target del presente progetto.

ATTIVITÀ

- *Raccolta dati*. Da un lato, in ottica continuità con progetti di ricerca già avviati (ad es., “*Promozione dell’inclusione socio-educativa di adolescenti e giovani adulti valdostani con fragilità psico-emotive e/o in situazioni di svantaggio*”), la raccolta delle informazioni permette di ottenere una fotografia del livello di disagio percepito da parte dei giovani e degli adulti di riferimento rispetto ai rispettivi ruoli e bisogni. Dall’altro, essa consente di elaborare nuove proposte e modelli di intervento trasversali, multidisciplinari e in rete, replicabili nell’ambito delle diverse agenzie educative, in un’ottica di co-responsabilità e di “*fare insieme*”. Tutti i partecipanti coinvolti, infatti, possono contribuire all’implementazione di stili di vita e relazioni che promuovono la salute mentale e prevengono il disagio psichico.
- Incontri di gruppo, co-condotti da 2 figure professionali cliniche (l’ottimo sarebbe riuscire a costruire una micro-equipe costituita da una figura professionale di psicologo e una medica specializzata in psichiatria, coordinate e supervisionate dal referente Accademico), che prevedano attività di:
 - 1) *Formazione e psicoeducazione*. Si prevedono interventi di formazione di natura “frontale”, avendo cura di stimolare la partecipazione attiva dei destinatari, alternati a metodi più attivi come role playing, simulate, discussione di casi/situazioni personali.
 - 2) *Sostegno*. All’interno del gruppo (o dei gruppi, in base alla quantità di utenza) le figure cliniche assumeranno prevalentemente il ruolo di facilitatori e mediatori. Il gruppo si trasformerà in uno spazio di confronto, di aiuto reciproco, di contenimento e di condivisione emotiva.

- *Coordinamento e collaborazione con gli altri nodi della rete del progetto.*

RISULTATI ATTESI

Ci si attendono miglioramenti documentabili a livello qualitativo e quantitativo.

In particolare, a livello quantitativo:

- ottenere una fotografia rispetto alle maggiori aree di disagio percepite dai giovani e dagli adulti di riferimento;
- ridurre il disagio percepito dei giovani, misurabile mediante un confronto tra i risultati ottenuti ai test (standardizzati e *ad hoc*) pre- (T0) e post- (T1) intervento;
- migliorare le capacità emotivo-relazionali dei genitori di riconoscere e accogliere il disagio dei figli adolescenti in ottica di prevenzione del disagio e promozione della salute mentale, aumentando così il loro senso di auto-efficacia; l'esito è misurabile mediante un confronto tra i risultati ottenuti ai test (standardizzati, *ad hoc*) pre- (T0) e post- (T1) intervento;
- migliorare le capacità degli altri adulti di riferimento coinvolti nel progetto di riconoscere e intercettare i segnali di disagio dei giovani in un'ottica di prevenzione e promozione della salute.

A livello qualitativo, ci si attende una riduzione del disagio psichico percepito nei giovani e un aumento della consapevolezza di sé e delle competenze utili a favorire e proteggere la salute mentale.

Ci si attende, inoltre, un aumento della consapevolezza e della percezione di auto efficacia negli adulti di riferimento nel riconoscere precocemente i fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche di salute mentale nei giovani e nel favorire e tutelare il loro benessere psicologico.

I risultati qualitativi saranno documentati mediante l'osservazione, da parte dei professionisti, dei cambiamenti che si verificano durante il percorso, al termine del quale sarà redatta una relazione sui principali benefici ottenuti e le difficoltà riscontrate. Parallelamente, si possono prevedere anche delle interviste semi-strutturate (domande aperte scritte o orali), finalizzate a raccogliere il punto di vista dei destinatari diretti dell'intervento.

TEMPI E FASI

Il progetto durerà 18 mesi (ipotizzabile *gennaio 2024-giugno 2025*).

Fase 1 (gennaio 2024 - aprile 2024): reclutamento dei destinatari dell'intervento da parte di assessorati e università (es. genitori, insegnanti e studenti di scuole secondarie di II grado). Test di ragazzi e adulti, tramite auto-somministrazione gestita in autonomia dal partecipante, nel rispetto della scadenza prevista.

Fase 2 (maggio 2024 - ottobre 2024): svolgimento degli interventi di informazione-formazione sui partecipanti coinvolti tramite gruppi co-condotti (ad es., psicologo e psichiatra).

Fase 3 (luglio 2024 - agosto 2024): elaborazione primi dati.

Fase 4 (novembre 2024 - dicembre 2024): Re-Test al T1 di ragazzi e adulti, auto-somministrazione gestita in autonomia dal partecipante, nel rispetto della scadenza prevista.

Fase 5 (gennaio 2025 – febbraio 2025): elaborazione finale dati e prime presentazioni dei risultati ottenuti.

Fase 6 (marzo 2025 – giugno 2025): prosecuzione della promozione e divulgazione dei dati emersi.

RISORSE

- Referente scientifico accademico e personale docente interno
- Borsa di ricerca in ambito psicologico
- Consulenza in ambito psichiatrico
- Locali all'interno dei quali condurre i gruppi (secondo disponibilità dei due enti coinvolti)

COSTI

- Importo complessivo euro 60.000,00

VALUTAZIONE

- Osservazione e stesura della relazione sui benefici e i cambiamenti riscontrati dai professionisti;
- Questionari ad hoc per valutare l'efficacia dell'intervento;
- Somministrazione di strumenti standardizzati.

VANTAGGI, POSSIBILI PROBLEMI E IMPREVISTI DEL PROGETTO

Il progetto ha il vantaggio di perseguire un obiettivo tanto ambizioso quanto necessario: ridurre il rischio suicidario e il disagio in adolescenza, migliorando le competenze affettivo-relazionali dei ragazzi e delle ragazze, così come quelle degli adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori, ecc).

Tra le possibili criticità si include la possibilità di una scarsa o, al contrario, un'eccessiva affluenza al servizio, ad oggi scarsamente preventivabile ma che potrebbero richiedere la rimodulazione del cronoprogramma e la necessità di proroga nei tempi ipotizzati.