Atti del Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici Diocesani
per la Pastorale della Sanità

FRAGILITÀ PSICHICA E MENTALE

Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come Società

Chianciano Terme, 5-7 giugno 2006

Nota
Questo notiziario viene inviato a tutti i vescovi della CEI, ai direttori degli Uffici diocesani per la Pastorale della Sanità, ai Membri della Consulta Nazionale, a esperti e collaboratori. Quanti altri desiderassero riceverlo, possono farne richiesta all'Ufficio Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità (Via Aurelia, 468 - 00165 Roma - Tel. 06/66398456 - Fax 06/66398427 - e-mail: past_san@chiesacattolica.it).

Indice

Notiziario – Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 2 – Novembre 2006

Preghiera . . . . . pag. 5

Introduzione
Mons. Sergio Pintor . . . . . pag. 6

Fragilità psichica e mentale: un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa
Fra Pascual Piles . . . . . pag. 8

Fragilità psichica e mentale: dimensioni del problema e interventi terapeutici. La crisi della relazione interpersonale
Tonino Cantelmi . . . . . pag. 17

"La depressione: prevenzione, cura e accompagnamento"
Claudio Mencacci . . . . . pag. 26

Alcune forme di fragilità e di disagio psichico (ritardi mentali, autismo...) problematiche, cura e accompagnamento
Alda Pellegri . . . . . pag. 96

I malati mentali: problematiche, cura e accompagnamento
Gianfranco Palma . . . . . pag. 107

Fragilità psichica e mentale: attese e speranze dalla ricerca scientifica e farmacologia
Emiliangelo Ratti . . . . . pag. 114

TAVOLA ROTONDA:
Fragilità psichica e mentale: organizzazione delle cure, strutture e territorio
don Roberto Vesentini . . . . . pag. 119

Il Servizio Adolescenti dell'Ospedale "Villa Santa Giuliana" di Verona
Amedeo Bezzetto . . . . . pag. 122

Aspetti clinici ed organizzativi nella cura delle psicosi in fase iniziale. Un'esperienza presso l'Unità di ricovero volontario per giovani adulti a Villa Armonia Nuova
Francesco Riggio, Monica Centogambe, Marzia Fabi, Marilena Casabona, Sandro Casini . . . . . pag. 125

Esperienze
Leone Magalini . . . . . pag. 132

TESTIMONIANZE:
La storia di Samuele . . . . . pag. 135
La storia di Chiara . . . . . pag. 137

Fragilità psichica e mentale: la presenza nel territorio e la risposta delle comunità cristiane
Don Maurizio Chiodi . . . . . pag. 141

Comunicazione sulla "Nota pastorale" della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute
S.E. Mons. Giuseppe Merisi. . . . . pag. 150

Conclusioni
Mons. Sergio Pintor . . . . . pag. 157

preghiera

Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?
Improvvisamente un'immensa pesantezza è caduta su di me,
e non so dove fuggire.
Non ho più voglia di vivere.
Dove sei Signore?
Trascinato senza vita, verso un deserto immobile,
soltanto ombre circondano le mie frontiere.
Come posso uscirne?
Pietà di me, mio Dio...
Come una città assediata, mi circondano, mi opprimono,
mi soffocano l'angoscia, la tristezza, l'amarezza, l'agonia.
Come si chiama tutto questo?
Nausea?
Tedio della vita?
...Non dimentico, Gesù, Figlio di Dio e servo del Padre, che
là, nel Getsemani...il tedio e l'agonia ti oppressero fino a
farti versare lacrime e sangue.
Una pesante tristezza di morte inondò la tua anima,
come un mare amaro...
Ma tutto passò!
Io so, che anche la mia notte passerà.
So che squarcerai queste tenebre, mio Dio,
e domani spunterà la consolazione.
Cadranno le grosse mura e di nuovo potrò respirare.
La mia anima sarà visitata e tornerà a vivere...
Grazie, mio Dio, perché tutto è stato un incubo,
soltanto l'incubo di una notte che è già passata.
Adesso donami pazienza e speranza.
E si compia in me, la Tua volontà, mio Dio. Amen.

Ignacio Larranaga

Introduzione

Mons. SERGIO PINTOR
Direttore Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salute

Il tema scelto, *"Fragilità psichica e mentale. Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come società"* è di grande attualità e di notevole urgenza. Ad alcuni elementi che già da diversi anni sono oggetto di attenzione e studio, si sono aggiunte progressivamente nuove problematiche, sorte di recente, con riflessi nell'ambito sociale, politico, medico, sanitario, culturale. La presente riflessione si colloca poi centralmente, nel cammino della chiesa italiana, scandito dal quarto Convegno ecclesiale nazionale, in specie nella dimensione della fragilità.

L'ascolto del "grido silenzioso", suggestivamente menzionato nel titolo, rimanda alla provocazione che questa fragilità continuamente rivolge a tutti, grido di cui si fa voce lo Spirito del Signore provocando il cammino delle comunità cristiane. Richiamo urgente che il compianto mons. Ugo Donati Bianchi (vescovo di Urbino - Urbania - Sant'Angelo in Vado) espresse con particolare efficacia, pronunciando come un testamento, nella sua incisività omiletica: "Chiesa, svegliati! Il grido di chi soffre non può aspettare!" Questo "grido silenzioso" vuol dire anche altro. Nel contesto specifico del disagio mentale significa anzitutto mettersi in ascolto dei bisogni delle persone che vivono condizioni di fragilità psichica, dei sofferenti e delle loro famiglie.

L'ascolto è il primo atteggiamento a cui si è chiamati accostando questa realtà, non sfuggendo a questo grido, senza celarsi in risposte teoriche, unilaterali, qualche volta perfino ideologiche. Le diverse scuole di pensiero, le modalità di approccio al problema dal punto di vista psicologico, psichiatrico, sociale, politico, sono tutte legittime. Non è consentito tuttavia prendere le mosse da mentalità unilaterali trascurando il primato della persona, con i suoi bisogni estremamente singolari, diversificati. Non si tratta di optare per una legge contro un'altra o di semplificare il dibattito intorno all'opportunità o meno di determinate strutture. Leggi e apparati devono sempre restare fedeli alla dimensione di un servizio autentico alla persona, sottoposte quindi a continue e idonee rivisitazioni e modifiche. Un tale atteggiamento di apertura, confronto e convergenza sul primato della persona, è fondamentale perché vi possa essere un dialogo costruttivo ad ogni livello: ecclesiale, sociale e, nella più vasta accezione, politico.

Un giorno, una donna impiegata presso l'Ospedale romano del Bambin Gesù, con una figlia mentalmente disturbata, si è rivolta agli uffici CEI per la Pastorale Sanitaria. Le opportunità offerte

dalla sua professione rendevano improbabile che il problema fosse di reperire un medico o una struttura sanitaria. In effetti, la situazione dolorosamente descritta dalla donna, è stata la storia di sua figlia che a 18 anni si rifiuta di dare gli esami di maturità e inizia a bighellonare nelle piazze, che entra a far parte di una setta satanica, che rimane incinta dando alla luce un figlio che le viene sottratto e dato in adozione. La storia di una giovane donna che da 11 anni vive smarrendo i propri sentieri, ospite di una comunità terapeutica da cui fugge in continuazione. Quella donna era una madre stremata da un lungo calvario, che voleva esprimere davanti alla chiesa il suo grido, la sua richiesta di aiuto. Il tema scelto, per riflettere e capire qualcosa in più del mondo complesso della malattia e della salute, rimanda a questo grido, al dramma di tante situazioni familiari simili a questa.

Un convegno pastorale non può comunque sottrarsi alla prova dell'esistenza, della concreta esperienza del dolore e dell'amore. Accanto alle storie che esprimono le molte "grida silenziose" di questo tempo, la chiesa vuole essere madre, maestra e quindi sempre discepola: solo così, apprendendo, saprà anche generare ed insegnare.

Fragilità psichica e mentale: un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa

Fra Pascual PILES - Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio (Fatebenefratelli)

Premessa

Saluto tutti i partecipanti e quanti compongono il tavolo presidenziale. Ringrazio per l'invito a presentare questa mia riflessione come conferenza inaugurale di questo Incontro.

Già quando ho ricevuto l'invito avevo intravisto delle difficoltà per essere presente, a causa dei miei diversi impegni, e perché conciliare i viaggi con le presenze nei diversi luoghi non mi è facile. Pensando che l'Incontro avrebbe avuto luogo a Roma ho accettato con piacere. Quando ho visto che invece si sarebbe tenuto presso le Terme di Chianciano, mi sono reso conto che era impossibile arrivare da Cracovia a Roma nel primo pomeriggio e poi essere tra voi per partecipare al Convegno.

Ne ho parlato con Fra Pietro Cicinelli, Consigliere Generale del nostro Ordine e rappresentante legale della Curia Generalizia in Italia, oltre che Vicepresidente operativo in questo sessennio dell'Ospedale San Giovanni Calibita all'Isola Tiberina. Fra Pietro ha accettato gentilmente di sostituirmi in questa occasione, e di leggere la mia riflessione. Lo ringrazio sentitamente per la sua disponibilità.

Spero che queste mie parole possano essere d'aiuto a tutti i partecipanti: ai rappresentanti regionali e diocesani di Pastorale della Salute, ai loro più stretti collaboratori, a quanti sono interessati al tema, per il lavoro che stanno realizzando e al quale sono stati chiamati a partecipare.

1. Chiarimenti e punto centrale del tema

Sono ormai 18 anni che faccio parte del Governo Generale dell'Ordine, mentre prima avevo ricoperto per 6 anni la carica di Provinciale. La mia esperienza pastorale nel campo della salute mentale risale ai primi nove anni apostolici della mia vita quando, dopo aver terminato gli studi, ho seguito molto da vicino l'evoluzione del campo della Psichiatria a livello generale nel mondo, e in particolare nell'Ordine e nella società. Oltre agli studi che ho realizzato in altri campi, ho ottenuto una laurea in Psicologia Clinica.

Prima di addentrarmi nella materia, vorrei soffermarmi un po' sui termini. Il titolo del Convegno inizia facendo riferimento alla fragilità psichica e mentale.

La *fragilità* è inerente al nostro essere. Noi, come persone, siamo dei beni finiti. Il bene per eccellenza, il bene infinito è Dio. Ciò significa che, oltre ai tanti elementi positivi del nostro essere, siamo caratterizzati anche dalla fragilità.

Questa fragilità si è espressa in diversi modi, secondo i periodi storici, e attualmente l'essere umano, come in altri momenti, ha una fragilità che potremmo definire epocale.

Senza voler avere una visione negativa della realtà, la persona e la stessa Chiesa hanno una propria storicità, rispondendo in ogni momento alle sue esigenze.

Certe impostazioni della nostra società favoriscono il fatto che l'essere umano abbia delle espressioni concrete della fragilità, caratteristiche del nostro momento.

Quanto mi accingo a citare ha degli elementi positivi, ma possiede anche le espressioni di una fragilità epocale della quale tutti siamo partecipi: la forma di organizzare oggi la politica; la pretesa di costruire una società del benessere; il raggiungimento dello sviluppo e della qualità della vita; le nuove necessità che abbiamo creato e che richiedono una immediata soddisfazione; certi tipi di dipendenze che tutti conosciamo, e che sono il frutto della società dei consumi; il tipo di educazione che abbiamo impostato; i punti cardine che si vanno imponendo nell'impostazione esistenziale del nascere, vivere e morire...

Tutto ciò incide nell'essere personale e per questo ci mostriamo con una fragilità propria, caratteristica della nostra epoca.

Ciò nonostante, dobbiamo dire che nelle nostre impostazioni esistenziali parliamo di crescita umana e spirituale, per avere una piena salute psichica e mentale, per giungere a quell'armonia e a quell'equilibrio che sono necessari per vivere correttamente nella società e dare il nostro contributo per agevolare la convivenza civile e formare una società giusta, equilibrata, non soltanto nel Paese in cui viviamo, ma adoperandoci affinché ogni angolo della terra possa godere della qualità della vita.

Il movimento della crescita umana contrasta con le impostazioni negative che nuocciono alla nostra fragilità e che scaturiscono dal modo di vita che viene promosso.

Abbandonando il tema della fragilità, entriamo ora nella parte *psichica* o *mentale*.

Possiamo affermare che l'elemento psichico entra di più nella definizione della personalità completa, mentre quello mentale nella definizione della conoscenza. Credo inoltre che questi termini siano stati usati in modo diverso: uno più nel senso del patologico, mentre l'altro è associato di più alla normalità, ma li usiamo indistinta-

mente in una descrizione dell'insieme della personalità e nei richiami che facciamo al patologico e alla normalità. Ad esempio, posso citare un lavoro nel campo della salute mentale per affermare che mi dedico alla sua promozione o al suo trattamento; oppure posso dire che godo di una buona salute mentale, o che invece ne ho poca.

Il terzo aspetto sul quale vorrei soffermarmi è quello del *grido silenzioso*. Si tratta di un binomio di parole che usiamo per definire una realtà contrapposta, che ha un proprio senso in un linguaggio metaforico. Simili a questo sono il concetto di fedeltà creativa, o quello della nuova evangelizzazione. Noi siamo soliti usare quello di gestione carismatica. Normalmente un grido non è certo silenzioso, anche se un detto popolare afferma che ci sono silenzi più eloquenti di tante parole. Nella conclusione parleremo di quale tipo di grido silenzioso siamo chiamati a realizzare.

È in questo ambito che dobbiamo impegnarci come Chiesa, una Chiesa che annovera un'esperienza di salvezza che si perpetua da Gesù di Nazaret, che è venuto sulla terra per portarci la Buona Novella, e che si è incarnato affinché tutti avessero la vita, e l'avessero in abbondanza (cfr. Gv 10, 10). Gesù vuole trasmettere a tutti questa vita, come fonte di salute, come possibilità per dare un senso alla nostra esistenza, e per illuminare, con la parola e con la vita, anche quella degli altri.

2. Un intento descrittivo

Vorrei ora parlare della mancanza di salute mentale e delle manifestazioni di fragilità psichica nelle persone.

Le malattie mentali ci sono sempre state. La Bibbia, soprattutto nel Nuovo Testamento, parla spesso delle persone possedute dal male (cfr. Mt 17, 18; Lc 10, 17-19). Ne parlano anche altre culture o tradizioni. Questa nozione esiste ancora nelle concezioni ancestrali dell'esistenza.

Senza entrare nella realtà ontologica delle possessioni, oggi conosciamo le malattie mentali propriamente dette, con manifestazioni esteriori di comportamento, psicosi o nevrosi, sulle quali hanno una certa incidenza sia la struttura della personalità di un individuo, sia i fattori ambientali che incidono negativamente sul suo essere.

Il trattamento di questi disturbi, come certamente molti di voi sanno, avviene con farmaci appropriati ma anche con interventi di tipo psicoanalitico, psicologico e sociale, che aiutino il paziente, a livello individuale o di gruppo, a prendere coscienza della propria situazione e a ricercare pur nella difficoltà l'equilibrio necessario per poter avere una vita autonoma.

Ci sono altri tipi di difficoltà nelle persone, difficoltà che sono direttamente connesse alle loro capacità cognitive, e che pertanto interessano la personalità, dovute a deficit mentali, totali o parziali, con un grado di disabilità che viene definito grave, medio o lieve.

In questo caso, offriamo a queste persone delle possibilità di apprendimento grazie all'aiuto della psicologia pedagogica, per accrescere le loro capacità, per promuovere abitudini comportamentali e per acquisire una certa autonomia, tutelata nei casi in cui non può essere totale, aiutando questi malati a vivere meglio.

Oltre a queste forme di fragilità, oggi ci sono malattie nel campo della salute mentale, alle quali sarà dedicato uno spazio in questo convegno, che sono molto diffuse, come ad esempio la depressione, l'autismo, ecc. Sono anche il frutto della fragilità del nostro tempo: sono la dipendenza dall'alcool, dalle droghe, disturbi che riguardano la sfera sessuale, la dipendenza dal gioco, ecc. Vorrei ricordare anche la malattia di Alzheimer.

3. Atteggiamenti storici non positivi

Più nel passato che nel presente, forse a causa della vergogna e per l'aspetto dei malati, c'era un atteggiamento di *occultamento* della malattia, come se si volesse negare una realtà evidente. In alcuni casi si cercava di nascondere la cosa affinché il malato, proprio per il fatto che gli altri non conoscevano la sua situazione, potesse vivere un'esistenza normale.

Sono stati creati dei luoghi appositi in cui rinchiudere queste persone, con stili di vita molto controllati, per non dire di repressione. La società si difendeva da loro, e si sentiva tranquilla perché erano s*orvegliati* ed avevano un proprio spazio esistenziale. Le persone cosiddette "normali" potevano vivere tranquillamente, senza le difficoltà di convivenza che potevano verificarsi per gli eventuali scatti di pazzia da parte di questi malati.

Era cosa comune etichettare o *stigmatizzare* queste persone e le loro famiglie. I due atteggiamenti descritti poc'anzi erano il frutto di questo modo di procedere.

Ancora oggi si sta cercando di superare la stigmatizzazione delle singole persone o dei loro familiari, a causa di queste malattie.

L'accettazione della malattia mentale è stata ed è ancora molto difficile, e con essa il fatto che comporti l'impostazione di un trattamento riservato non soltanto ai malati ma anche ai loro familiari. Dire o sentire che una persona va dallo psichiatra significa subire un'emarginazione da parte dell'ambiente circostante.

Grazie a Dio abbiamo fatto grandi progressi nel trattamento di queste malattie. Possiamo disporre di metodi psicologici, analitici e sociali che aiutano molto, assieme ai farmaci e al modo di agire nei confronti di queste persone e di aiutarle. Gli atteggiamenti che ho descritto scaturivano dai trattamenti del passato riservati a queste malattie, con gli abusi che non di rado si verificavano.

Il nostro fondatore, San Giovanni di Dio, all'inizio della propria vocazione attraversò una profonda crisi teologica. Siamo nel

1537. Ebbe dei comportamenti che portarono la gente a ritenerlo pazzo, e per questo venne ricoverato nella sezione dei malati mentali dell'Ospedale Reale di Granada. Lì sperimentò sulla propria pelle i trattamenti che erano riservati ai malati. Denunciò questo trattamento disumano, e la cattiva gestione delle risorse che il Re metteva a disposizione per curare questi malati. Quando venne dimesso, aveva maturato il fermo proposito di fondare un ospedale in cui le persone prive di senno potessero essere curate come egli desiderava.

È necessario dire che questi malati attraversano momenti e situazioni in cui sono come annebbiati, a causa dell'angoscia che li opprime, e per questo hanno degli atteggiamenti pericolosi e aggressivi nei confronti di sé stessi ma anche degli altri. Questi casi, conosciuti dal pubblico in generale, in parte giustificano gli atteggiamenti di difesa e di paura di fronte a una realtà considerata pericolosa.

Bisogna sottolineare inoltre che nel processo di trattamento e di accettazione di questi malati, ci sono state famiglie che hanno dedicato loro tanto affetto e si sono dimostrate molto disponibili nell'affrontare il processo di convivenza o di trattamento, collaborando in tutto e per tutto con gli specialisti. Sono state famiglie veramente esemplari.

Non dobbiamo dimenticarci poi dell'affabilità e dell'atteggiamento di collaborazione di certe popolazioni, laddove sono presenti queste Istituzioni, che si sono dimostrate cordiali collaborando al processo di libertà che poco a poco e con l'aiuto dei farmaci o di altre terapie è stato offerto a questi pazienti, che hanno iniziato a passeggiare tra le persone e a frequentare i giardini pubblici o i bar del posto, avendo con loro un atteggiamento di rispetto e di cordialità.

4. Il grido silenzioso nelle risposte date

Oltre alle forme negative di comportamento, abbiamo già segnalato quelle positive di molte famiglie e di certe popolazioni che convivono con i centri orientati ai pazienti che hanno dei problemi mentali.

Possiamo affermare con soddisfazione che è stata data una risposta positiva da parte degli operatori professionali che si sono dedicati a questi malati, e che è stata data una risposta altrettanto positiva da parte della Chiesa.

Sebbene le istituzioni create per la cura o per la custodia dei malati siano state contrassegnate da una difesa da parte della società nei confronti dell'aggressività che talvolta essi mostravano, non è stato sempre possibile controllarli, anche facendo ricorso a strumenti di coercizione; ma è altrettanto vero che sono stati fatti tanti passi avanti per giungere, attraverso lo studio e la ricerca, alla conoscenza del mistero che avvolge le malattie mentali, applicando il trattamento più adeguato per queste persone.

Sia a livello di farmaci, sia a livello di stile di terapia, nel XX secolo sono stati fatti notevoli progressi, potendo intervenire con farmaci specifici che hanno aiutato, nelle personalità *dualistiche* e *paranoiche*, a far ritrovare ai pazienti un certo equilibrio, e formulare una valutazione più obiettiva della realtà e pertanto promuovere risposte meno distaccate, aiutando poi la mobilitazione dei pazienti *catatonici* nelle loro posture di freno e di rallentamento delle reazioni, che hanno eliminato l'aggressività, aiutando la persona a rasserenarsi attraverso l'effetto tranquillizzante e di controllo dell'angoscia, ecc.

Dall'altra parte, gli apporti della psicanalisi, della psicologia profonda, della sociologia e lo studio dei blocchi nei rapporti interpersonali, hanno permesso a chi ne soffre di prendere consapevolezza della situazione, agevolando il processo di normalizzazione del loro comportamento.

La Chiesa annovera molte istituzioni che si sono dedicate a questo campo. È vero che ciò è stato fatto secondo le modalità e la forma di vedere la realtà proprie del tempo, ma è altresì vero che abbiamo avuto comportamenti profetici nel dedicarci alle persone fragili mentalmente o psichicamente, nella umanizzazione dell'assistenza, nella creazione di spazi adeguati ai bisogni dei pazienti, nel portare avanti una battaglia tesa a ottenere le risorse necessarie per un'assistenza di qualità, e aderendo alle nuove tendenze che volevano la rottura delle barriere che emarginavano i malati, favorendo invece un processo di normalizzazione del trattamento.

Non posso citare qui tutte le figure della Chiesa che si sono dedicate a questo campo. A mo' di esempio, vorrei soltanto richiamare il modo di agire del nostro Fondatore, San Giovanni di Dio, che dopo aver patito la triste esperienza di essere trattato come un malato di mente, maturò questa decisione: "Gesù Cristo mi conceda il tempo e mi dia la grazia di avere un ospedale, dove possa raccogliere i privi della ragione, e servirli come desidero io". Siamo nel 1538-1539.

Questo "come desidero io" si è concretizzato secondo le possibilità che egli aveva a disposizione, ma ha portato l'Ordine a compiere uno sforzo costante per vivere un'ospitalità di qualità nel servizio ai malati.

All'inizio del XIX secolo, in Francia, uno dei nostri Confratelli, Paul de Magallon, fu il fondatore di vari centri psichiatrici nel Paese, ed ebbe contatti con Philippe Pinel (1785-1826), considerato il padre della psichiatria, che ebbe parole di elogio per il modo di agire del nostro Confratello nel campo della salute mentale.

Nella seconda parte dello stesso secolo, il XIX, San Benedetto Menni, italiano, fautore della restaurazione dell'Ordine in Spagna e fondatore delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, ebbe un orientamento preferenziale per i malati mentali in entrambi i suoi progetti, creando delle istituzioni specifiche in luoghi soleggiati, con edifici a parte, grandi giardini e camminamenti per le

passeggiate dei malati, con l'applicazione dei bagni come terapia e della terapia elettrica come possibilità di attuazione efficiente nel cervello, la libertà nell'ambito dell'istituzione secondo lo stato dei pazienti, ecc.

Molte religiose hanno dedicato la propria vita a questi malati nei centri pubblici, e ciò vale anche per i sacerdoti che hanno svolto le funzioni di cappellani, oltre che per tanti operatori cattolici e volontari.

5. La fede come fonte di salute

Ogni persona è chiamata a strutturare la propria personalità. In ciò distinguiamo diverse tappe: infanzia, adolescenza, gioventù, maturità e tarda età.

Servendoci degli aiuti esterni, che possono venire dalla famiglia, dalla società, dalle amicizie, dagli studi e dalla Chiesa, dobbiamo aiutare la crescita del nostro essere personale e costruirlo partendo dalle basi innate che ciascuno di noi possiede.

La nostra meta è giungere a vivere dando un senso alla nostra esistenza, facendo in modo che il nostro essere personale sia autonomo, libero, con una coscienza ben formata, con un equilibrio che è il frutto dell'insieme di diversi elementi: fisico, intellettuale, emotivo, sociale, spirituale e religioso.

Come agenti di pastorale dobbiamo conoscere bene queste necessità per aiutare, assieme ad altri, le persone nel loro processo di maturazione, affinché possano dare un significato alla loro esistenza.

Dobbiamo lavorare nel campo della fragilità delle persone nelle loro necessità che riguardano la sfera della salute mentale; dobbiamo conoscere le scienze umane e l'esperienza in campo teologico nel suo contributo al superamento della fragilità delle persone; dobbiamo lavorare su noi stessi per poter offrire agli altri la salute mentale.

La conoscenza della persona nella sua situazione è molto importante per avere un modo di agire che sia illuminante. Se ci troviamo ad operare in istituzioni o servizi orientati a promuovere la salute mentale o psichica, dobbiamo saperci integrare nelle équipes già presenti e appoggiare, nella nostra posizione, quello che potrebbe essere il processo di ricostruzione di una persona, partendo dalla sua fragilità. Dobbiamo basarci sull'esperienza della nostra fede in Gesù di Nazaret nella Chiesa, come elemento unificatore, sanante, che ci aiuta con criteri ed esperienze specifici da vivere con un senso profondo. Dobbiamo fare in modo che la fede sia elemento sanante anche per gli altri, e perciò in alcuni momenti dobbiamo misurare l'opportunità dell'annuncio esplicito quando ci troviamo di fronte una persona che non è nella condizione di assimilarlo.

Con la visione psico-analista della realtà, la religione è stata considerata come una proiezione, come l'espressione di una nevro-

si, la si è valutata senza nessun fondamento, considerando la morale che abbiamo promosso come fonte di repressione e apportatrice di conflitti nelle personalità che devono essere liberate. Siamo chiamati ad essere testimoni di una vita sana, di una fede sana, che sia fonte di salute, che sia basata sull'amore che Gesù Cristo ha avuto per le persone, molte delle quali, nella loro fragilità, hanno ricevuto da Lui quell'aiuto necessario per essere ricostruite: la samaritana (Gv 4, 7), l'adultera (Gv 8, 3), la donna peccatrice dalla quale erano usciti sette demoni (Lc 8, 2), ecc.

6. Tre elementi dei quali vorrei brevemente parlare

Una parte molto importante della persona è costituita dalla sua *affettività* e in essa dalla sua *sessualità*. Nel processo di ricostruzione di una persona, entrambe rivestono grande importanza. Gli affetti, espressi in modo adeguato da parte delle persone, possono essere d'aiuto. Non si può negare la sessualità ai malati mentali o alle persone che hanno delle disabilità intellettive, e che pertanto spesso non sono responsabili delle conseguenze dell'espressione di questa sessualità.

Come Chiesa non sempre abbiamo avuto un chiaro approccio a questo argomento. La Chiesa si preoccupa di illuminare in questo campo, per superare le carenze che si sono verificate nel passato. Giovanni Paolo II ha affermato che non si può negare la dimensione sessuale di queste persone, ma che sono ancora allo studio le forme in cui essa può esprimersi (Simposio Internazionale su "Dignità e diritti della persona con handicap mentale", Vaticano 8 gennaio 2004). La nostra Istituzione, nei tanti centri psichiatrici che possiede nel mondo, ha cercato di affrontare questa realtà.

Un secondo elemento è quello di tenere conto del nostro intervento corretto e congiunto con il resto dell'équipe terapeutica nei casi in cui la fragilità mentale entra nell'elemento religioso. Ad esempio, ci sono persone paranoiche che si credono Dio o Gesù Cristo; persone con psicosi che hanno deliri mistici o allucinazioni che considerano come apparizioni del Signore, della Madonna o dei Santi; persone che soffrono di ossessioni religiose, di scrupoli, ecc.

Un modo di agire adeguato, che segua le direttive dell'équipe terapeutica, deve poter agevolare il recupero del senso della vita e della salute mentale nel paziente, che quando è in crisi si trova in una situazione di estremo bisogno.

Un terzo elemento è avvicinare l'esperienza religiosa alle persone con handicap mentale. Dobbiamo preoccuparci, nei servizi di pastorale, di impostare delle celebrazioni adattate pedagogicamente, nelle quali si faccia meno uso della parola e più dei segni, e sia dato spazio alla partecipazione dei pazienti con dialoghi adeguati, aneddoti gradevoli e nelle quali ci sia apertura alla partecipazione

al sacramento attraverso la comunione, indipendentemente dal fatto che ci sia qualcuno che non arrivi a comprendere appieno il significato della presenza di Gesù nel sacramento e che la percepisca soltanto secondo le proprie possibilità.

7. Conclusione: in cosa deve consistere oggi il nostro grido silenzioso

7.1 Termino la mia riflessione. Credo che la nostra posizione non dev'essere quella di avanzare gridando, ma neanche quella di allontanarci dalla realtà. Non possiamo tacere. La posizione della Chiesa è quella di essere consapevole della nostra realtà, della salute mentale delle persone, cercando di promuovere nell'ambito delle sue possibilità quanto possa servire alla salute mentale. La società ce ne sarà sempre grata.

7.2 Siamo in Italia, e non possiamo dimenticarci di dire che la Legge 180/78, promossa dal Prof. Franco Basaglia, ha dato un notevole contributo. Dobbiamo riconoscere però che ci sono delle difficoltà. Dire che non esistono malati mentali è un'affermazione troppo assoluta, secondo il mio parere. Certamente questi malati devono vivere in modo diverso da quello in cui hanno vissuto nel passato, ma non possiamo abbandonarli senza alcun sostegno.

7.3 Come operatori di pastorale sanitaria dobbiamo approfondire molto il nostro contributo al superamento della fragilità psichica e mentale delle persone. Nella riflessione ci sono delle "piste" di attuazione. Facendo affidamento sulla nostra fede in Cristo e sulle scienze umane dobbiamo essere persone sane mentalmente, e che possano contagiare questa salute mentale.

7.4 Oltre a quanto facciamo con la pastorale, dobbiamo promuovere nelle nostre istituzioni dei Servizi adeguati in favore delle persone che necessitano di un miglioramento della loro salute mentale o di un trattamento specifico. I malati di mente, le persone con handicap mentale, sono i più poveri tra i poveri. Il nostro Ordine in Africa ha fatto un'opzione preferenziale per questi poveri, che nella società locale sono totalmente rifiutati, perché considerati ancora come posseduti dagli spiriti maligni. Negli ultimi anni abbiamo aperto centri di salute mentale in Malawi, e più precisamente a Mzuzu; a Nampula in Mozambico; a Thies e Fatick in Senegal, e nella città di Agoé-Nyivé in Togo.

7.5 Vorrei terminare con una testimonianza personale: ringrazio Dio per avermi chiamato a vivere come consacrato nella Chiesa e nella società nel servizio ai malati mentali o a coloro che hanno bisogno di salute mentale. Prima di entrare a far parte del governo dell'Ordine ho dedicato nove anni a queste persone. Spero di potermi dedicare di nuovo a loro quando terminerà il mio servizio di animazione e governo. Sembra che il momento stia per giungere.

Fragilità psichica e mentale: dimensioni del problema e interventi terapeutici. La crisi della relazione interpersonale

TONINO CANTELMI
Presidente dell'Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici

La dimensione del problema

L'uomo alle soglie del terzo millennio, soprattutto nelle opulente e tecnofile società occidentali, manifesta una fragilità inquietante.

Alcuni dati recenti diffusi dall'OMS ci aiutano a farci un'idea della dimensione della fragilità psichica di cui soffrono gli uomini e le donne del nostro tempo.

Quasi sessantamila persone si sono uccise in Europa in un anno, oltre un milione in tutto il mondo e quasi 20 milioni di persone hanno tentato il suicidio senza riuscirci.

In tutto il mondo, circa 450 milioni di persone soffre di un disturbo psichico. Nel 2000 i disturbi mentali costituiscono oltre il 13% del carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato; questa percentuale è addirittura superiore a quella attribuita al cancro. Comparato al risultato del 1990, ci si aspetta che il contributo dei soli disturbi mentali aumenti del 15% nei prossimi 20 anni.

In Italia, nel 2004 è stato condotto il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali effettuato in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana, promosso dall'OMS a livello mondiale, dall'Unione Europea e in Italia dall'ISS.

Da questo studio risulta che in Italia, circa 3 milioni e mezzo di persone soffrono di un disturbo mentale affettivo o d'ansia.

La *depressione*, in particolare, sta diventando un'emergenza mondiale, colpisce circa 340 milioni di persone in tutto il mondo. Nel 2002 il disturbo depressivo copriva il 4,5% di tutto il carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato (WHO, 2004d). Costituisce la principale causa di disabilità di molte nazioni europee.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, entro il 2020 la depressione sarà la patologia più diffusa dopo le malattie cardiovascolari.

Questo significa che la depressione unipolare da sola spiegherà un terzo di tutto il disagio mentale mondiale causato da condizioni neuropsichiatriche, e che diventerà il più importante disturbo mentale da affrontare.

I dati italiani sembrano confermare l'allarme mondiale relativo alla depressione: ne soffre un milione e mezzo di persone, molti anziani, ma soprattutto le donne, che rappresentano i due terzi dei malati. Non solo: un depresso su due rischia una ricaduta nel giro di pochi anni.

I soggetti più a rischio sono le donne, anche per le loro caratteristiche fisiche, in particolare per la presenza di ormoni come gli estrogeni. Le probabilità di soffrire di depressione aumentano proprio in età fertile, ma la forma più subdola in cui si manifesta la malattia è la depressione post parto, spesso non riconosciuta, che colpisce con più facilità le donne che in genere soffrono seri dolori premestruali o di tiroide.

È inoltre in forte aumento la depressione fra i *giovani*: secondo uno studio condotto in Italia l'8% dei giovani soffre di disturbi d'ansia e il 5% di depressioni gravemente limitanti. Inoltre per sette ragazzi su cento, che hanno oggi fra i 18 e i 24 anni, la malattia è cominciata prima della maggiore età. Lo stress da competizione, i ritmi di crescita accelerati, la solitudine, gli ambienti relazionali più complessi, le minori occasioni di gioco: aspetti questi che sembrano avere pesanti ripercussioni sulla loro salute mentale.

Come riconoscere il "male oscuro"?.

Alcuni segnali sono: apatia o ridotta volontà, una diminuzione della capacità di fare o prendere decisioni, defaillance cognitive a livello di memoria o di attenzione. Ma anche sintomi più evidenti, come inappetenza, insonnia, o dolore senza alcuna spiegazione fisica.

I *disturbi d'ansia,* come la depressione, sono fra i più diffusi disturbi psichiatrici, nonostante variazioni culturali. Circa il 14% ne soffre lungo il corso della propria vita, anche perché questo tipo di disturbo compare facilmente per la prima volta durante l'infanzia e l'adolescenza.

Per i bambini, i disturbi d'ansia rappresentano la più comune forma di psicopatologia con una percentuale annua media del 10%.

In Italia quasi due milioni e mezzo di persone soffrono di un disturbo d'ansia, in particolare:

– 250.000 di disturbo da attacchi di panico,
– 1.125.000 di fobie specifiche,
– 400.000 di fobia sociale,
– 330.000 di DPTS.

I *disturbi del comportamento alimentare* (DCA) sono patologie psichiatriche caratterizzate da una serie di convinzioni e comportamenti distorti incentrati su cibo, peso e corpo, che si presentano parallelamente alla diffusione di abitudini alimentari e stili di vita sempre più improntati alla ricerca della perdita di peso, che, nelle situazioni più estreme, portano a mettere a rischio la stessa sopravvivenza della persona. Queste problematiche sono in costante aumento nei paesi industrializzati. In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e le loro varianti subcliniche, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte del 1-3% per la bulimia nervosa e dello 0,5%-1 per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da un minore numero di sintomi rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile.

L'OMS afferma che le patologie di tipo anoressico e bulimico rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

L'aumento della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), da soli o in codiagnosi con altri disturbi, in particolare nella popolazione femminile giovanissima ed adolescenziale, ma anche nella prima età adulta, ha assunto negli ultimi anni, un rilievo significativo.

Secondo i dati diffusi in una nota stampa dall'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP), in Italia il fenomeno è sempre più in crescita.

Il 75% delle donne si considera troppo grassa, l'80% ha fatto una dieta prima dei 18 anni, il 35% ha avuto episodi di abbuffate, mentre la prevalenza di comportamenti di vomito auto indotto è del 25-35%; avrebbe infine a che fare con un'alimentazione e comportamenti di controllo disfunzionali ben il 25% delle donne e il 10% dei maschi.

L'età più a rischio per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione (DA) è tra i 15-19 anni, fascia in cui cade il 40% dei soggetti affetti.

Le cause di questi disturbi sono molteplici: genetica, tratti di personalità, influenze ambientali, sociali e familiari.

Gioco d'azzardo, lavoro, internet, shopping compulsivo, sesso: sarebbero queste le nuove dipendenze che si vanno sempre più diffondendo anche nella società italiana, e che in modo particolare ci svelano il senso di vuoto che permea la vita di molti e ci restituiscono uno spaccato di quella crisi della relazione che rende le persone così vulnerabili e sofferenti.

Il quadro che mostriamo emerge da alcuni dati diffusi dalla Società italiana interventi sulle patologie compulsive (SIIPAC).

La *dipendenza da lavoro* (*work fixation*) riguarda tra il 6% e l'8% della popolazione lavorativa italiana: i risultati sono una vita familiare e sociale distrutta, ansia, depressione e patologie correlate.

Da *shopping compulsivo* sarebbe affetto il 5% della popolazione.

Per *dipendenza sessuale (sex addiction)* si intende una sindrome in cui la persona è eccessivamente preoccupata del sesso, con persistenti pensieri sessuali intrusivi e distraenti che la spingono a intraprendere attività sessuali ripetitive e compulsive anche "contro la sua stessa volontà".

I dipendenti da sesso (*sex addicts*) non sono più capaci di controllare o di posporre sensazioni e attività orientate al sesso, incuranti della propria salute e sicurezza (comportamenti sessuali a rischio). Mano a mano che la preoccupazione per il sesso aumenta in termini di energia e di tempo dedicativi, il soggetto si trova a seguire una routine o un rituale a cui seguono – una volta realizzati i desideri sessuali – sentimenti di negatività, vergogna, disperazione e confusione.

La dipendenza da sesso (*sex addiction*) generalmente si manifesta per stadi:

• *preoccupazione*: fantasie continue su prospettive o situazioni a sfondo sessuale;

• *ritualizzazione*: una tipologia di attività sessuale o situazione è spesso stereotipata e ripetitiva;

• *compulsione*: attività sessuale sfrenata incurante delle conseguenze negative e del desiderio di fermarsi;

• *disperazione*: senso di colpa, rimorso, vergogna per l'incapacità di controllare il proprio comportamento;

• altri problemi comportamentali, spesso legati a dipendenza da sostanze o disturbi dell'alimentazione.

Carnes negli Stati Uniti conta una prevalenza di 3-6%. Sono coinvolti sia uomini che donne, ma sono piú uomini ad essere dipendenti dal sesso. Si parla di una percentuale di 70-80% di uomini e 20-30% di donne.

La *Internet-dipendenza* o "*Retomania*" o "*Internet Addiction Disorder*" (*IAD*) riguarderebbe fino al 12% degli adulti e più dell'8% degli adolescenti in Italia. L'abuso di internet sarebbe determinato da un senso di vuoto, da un vissuto di solitudine e dalla difficoltà di investire la realtà off line. In alcuni casi estremi, la partecipazione alla realtà on line è finalizzata alla negazione di quella concreta, quotidiana, avvertita come minacciosa.

Questa dinamica, in un certo senso, è simile a quella che si verifica nel caso della dipendenza da sostanze.

Prima tappa verso la rete-dipendenza o "fase iniziale"

È caratterizzata dall'attenzione ossessiva e ideo-affettiva a temi e strumenti inerenti l'uso della rete, che genera comportamenti quali controllo ripetuto della posta elettronica durante la stessa giornata, ricerca di programmi e strumenti di comunicazione particolari, prolungati periodi in chat.

Seconda tappa o "tossicofilia"

È caratterizzata dall'aumento del tempo trascorso on-line, con un crescente senso di malessere, di agitazione, di "mancanza di qualcosa" o di "basso livello di attivazione" quando si è scollegati (una condizione paragonabile all'astinenza).

Inizialmente ciò era accompagnato anche da un notevole aumento delle spese, che spesso rappresentava un lieve fattore di inibizione della tossicofilia, oggi pressoché irrilevante, date le numerose possibilità di rimanere a lungo collegati a basso costo. Restano, tuttavia, importanti indicatori di tossicofilia il malessere soggettivo off-line e l'abuso on-line, spesso anche nelle ore lavorative e nelle ore notturne, in cui si è disposti a rinunciare anche al sonno.

Terza tappa o "tossicomania"

È la fase in cui la rete-dipendenza agisce ad ampio raggio, danneggiando diverse aree di vita, quali quella lavorativa, delle relazioni reali e quella scolastico-lavorativa e in cui si rilevano problemi di scarso profitto, di assenteismo scolastico-lavorativo e di isolamento sociale anche totale.

I più importanti tipi di *Internet Addiction Disorder* sono i seguenti:

Cybersex addiction, il sesso virtuale: attività che provocano eccitazione sessuale come la ricerca di materiale pornografico, gli incontri in chat erotiche.

Cyber relational addiction, la dipendenza da relazioni virtuali. Consiste in un bisogno costante di instaurare relazioni amicali o affettive con persone incontrate on-line anche molto lontane fisicamente. Le applicazioni internet maggiormente utilizzate a questo scopo sono la posta elettronica, le chat e le newsgroup.

Information overload, letteralmente sovraccarico cognitivo. Si tratta del bisogno di reperire una quantità smisurata di informazioni con lo scaricamento continuo di materiale dai diversi siti incontrati o cercati durante la navigazione, con il rischio – appunto – di un sovraccarico di informazioni che ne impedisce un buon uso.

Computer addiction, la dipendenza in questo caso si riferisce ai giochi virtuali interattivi (MUD's). I partecipanti giocano ed interagiscono tra loro nascondendo la loro vera identità e costruendosene un'altra. Il potenziale attrattivo dei giochi di ruolo è molto forte e può far cadere nella trappola della dipendenza e di una falsa iden-

tità i soggetti con una scarsa autostima, timidi, che rifiutano se stessi. La falsa identità e l'anonimato veicolano, distogliendo il soggetto da sane relazioni affettive, desideri e illusioni sostituendo pericolosamente la vera realtà con quella virtuale.

La crisi della relazione interpersonale

La salute mentale è la vera frontiera della medicina. E lo stigma, cioè la vergogna, l'emarginazione e l'isolamento, è ancora una barriera all'accesso alle cure. *Vulnerabilità*, questa è la parola chiave per gli psichiatri. È come se in ciascuno di noi ci fosse una soglia di protezione mentale, superata la quale si manifesta la vulnerabilità individuale alla patologia mentale. Certo, vulnerabilità e soglia sono concetti che richiamano al patrimonio genetico e ad elementi biologico-costituzionali: è come se ognuno di noi, in altri termini, nascesse già con una qualche vulnerabilità ed una certa soglia di tolleranza allo stress. Tuttavia esperienze favorevoli nelle prime fasi dell'infanzia, ma nel corso della vita in genere, possono minimizzare la vulnerabilità ed incrementare la soglia di resistenza. Ovviamente eventi sfavorevoli, soprattutto la perdita di rapporti significativi o la mancanza di accadimento, modificano in senso peggiorativo la soglia delle manifestazioni psicopatologiche. Con questo bagaglio (vulnerabilità e soglia) affrontiamo la vita e quello che comunemente chiamiamo stress. Le richieste ambientali, le incredibili accelerazioni dei nostri tempi, le pressioni, i bisogni impropri suscitati da modelli mediatici, insomma questa società vorace e impietosa, che impone ritmi, competitività e ambizioni impatta con la nostra vulnerabilità-soglia individuale. Ed ecco che l'uomo d'oggi si trova a fare i conti con il dolore oscuro della depressione, con l'implacabile senso di allarme ed irrequietezza dell'ansia o con altro ancora e, in modo subdolo, cerca sollievo in vecchi paradisi oppiacei (ancora 300.000 persone affollano i nostri SERT) o cocainici, o in nuovi paradisi telematici (un piccolo esercito di tecnodipendenti alla ricerca di emozioni, a volte erotiche, a volte ludico-aggressive, a volte davvero indecifrabili). Questa è l'epoca, per esempio, di coloro che dipendono non già da una sostanza, ma da un comportamento. Un malessere, spesso sottosoglia (cioè che non esplode sempre in chiare e franche patologie mentali), è diffuso molto di più delle già numerose patologie mentali: è l'esercito dei "malati" normali, un po' depressi, un po' ansiosi, un po' compulsivi, che ogni mattina si alzano per andare al lavoro o da qualunque altra parte sperando in sollievi vaghi ed indefiniti e che alla sera tornano nei loro letti malinconici e rassegnati.

"L'infelicità crea un terreno favorevole per tutti i tipi di dipendenza".

Vale la pena soffermarsi sul fenomeno delle nuove dipendenze, in particolare quella legata a internet, perché mostra in maniera

chiara il disagio culturale del nostro tempo. Al di là delle diverse componenti che possono contribuire ad originare i diversi casi di rete-dipendenza, la caratteristica costante che fa da sfondo ad ogni dipendenza da internet è la capacità della rete di illudere di rispondere a molti bisogni umani, consentendo di sperimentare dei vissuti importanti per la costruzione del Sé e di vivere delle emozioni sentendosi, al contempo, protetti.

Il disagio culturale del nostro tempo si annoda attorno a 3 punti fondamentali:

1. le mode giovanili (pearcing, tatuaggi, branding, sport estremi, gare di velocità) rappresentano il bisogno di sentire, di sperimentare sensazioni nuove (*"sensation seekers"* - Zuckerman, 2000), che mina la capacità di instaurare relazioni interpersonali durature, perché il criterio ultimo dello stare insieme è ciò che l'altro mi fa sentire, ciò che di nuovo mi suscita. Quando non c'è più nulla che sento, vado in cerca di altro, da sperimentare, da sentire attraverso i sensi e le emozioni.
   La realtà on line offre il vantaggio di fornire gratificazioni immediate, per la sua disponibilità pressoché continua.
   Inoltre, l'universo virtuale rappresenta una fonte di attrazione per coloro che sono predisposti allo sviluppo anche di altre forme di dipendenza comportamentali o da sostanze.
   Infine, è stata rilevata di frequente anche tra i cosiddetti *"sensation seekers"*, cioè coloro che ricercano continuamente nuovi stimoli, per raggiungere un livello ottimale di attivazione.
2. Alla crescita del *narcisismo*, favorito e rappresentato dal consumismo sfrenato, dalla costante esibizione di comportamenti sfacciatamente esibizionistico/egocentrici proposte da pubblicità e mass media, dal culto del successo, dal "must" della realizzazione individuale ad ogni costo. I giovani d'oggi tendono ad identificarsi con questo tipo di modelli esterni proposti di volta in volta dai mass media, creando un'immagine di sé grandiosa, perfetta e vincente, che ha bisogno continuamente degli altri che possano confermarla. Ogni relazione è vissuta in funzione di questa possibile conferma. La possibilità di entrare in profondità nelle relazioni diventa pressoché impossibile, perché tutto ruota attorno al mantenimento di questa illusione di perfezione di sé, mentre in una relazione interpersonale è inevitabile entrare in conflitto e questo mostra aspetti negativi di sé difficili da accettare. Per questo, tende a evitare il conflitto e la possibilità di una relazione profonda. Il mettersi in gioco realmente può mandare in frantumi questa illusione. Per questo si teme fortemente il conflitto, che svela all'uomo la propria realtà.
   Questo è facilmente intuibile, osservando quanto avviene, ad esempio, nelle chat rooms. In esse assistiamo a relazioni estremamente mentalizzate: una buona parte di esse si costruiscono

nella mente di chi le vive. Sono molto forti le tendenze ad idealizzare l'interlocutore, a creare un personaggio ideale, in cui le parti "mancanti", quelle che non conosciamo, vengono colmate dall'immaginazione personale. La relazione stessa risente di questa forte tendenza alla fantasmatizzazione.

La comunicazione nelle chat è dominata dalla sensazione, spesso illusoria, di essere capiti e di capire, di condividere le emozioni proprie ed altrui. L'illusorietà, molto spesso, si rende evidente nel momento in cui si decide di abbandonare l'ambiente virtuale per quello reale. Spesso quello che accade e che si tende a comprendere solo a posteriori è che la comunicazione, fino a quel momento, è stata interiorizzata e rivolta prevalentemente a se stessi.

La modalità di conoscenza on line sembra fornire anche la falsa impressione di poter conoscere in brevissimo tempo una persona. Tale modalità sembra essere in grado di annullare la quantità di tempo necessaria per la conoscenza reciproca, l'incertezza e le piccole frustrazioni che si incontrano progressivamente in tale processo. Eppure, si tratta di una convinzione errata: non a caso, una parte delle relazioni instaurate on line non riescono a superare la prova della realtà.

3. La tendenza sempre più forte di tollerare *l'ambiguità sessuale*, di creare il mito dell'androgino, la possibilità di essere maschio o femmina, l'immagine eccentrica e confusa dei sessi nel rock e nella pubblicità/moda.

   Nelle stanze virtuali si può sperimentare la propria identità in tutte le sue sfumature, cambiando l'età, la professione e perfino il sesso di appartenenza, ascoltando le reazioni degli altri e maturando delle convinzioni, attraverso il confronto con altre personalità più o meno reali.

   La recita nel "teatro on-line" diventa perfino dichiarata e condivisa nelle *Mud* (*Multi User Dimensions*), in cui il gioco di ruolo viene esaltato ai limiti della fantasticheria e in cui, all'ombra del personaggio che si interpreta, si possono tirare fuori, rimanendo al sicuro, perfino gli istinti più crudeli. I rischi sono quelli legati ad ogni situazione che consenta di far emergere e di soddisfare i bisogni più profondi e inconsapevoli: si sperimentano parti di sé che potrebbero sfuggire al controllo, soprattutto quando si dispone di uno strumento di comunicazione che consente di rimanere "uomini e donne senza volto", una condizione che potenzialmente può favorire la comparsa di comportamenti guidati da una minima morale.

Quali le risposte? Certo, le terapie per il disagio mentale non mancano: le psicoterapie fanno riferimento a modalità sempre più validate scientificamente e i farmaci mostrano progressi straordinari.

Alcune tecniche (psicoterapie) ed approcci hanno dimostrato la loro efficacia in relazione a diversi disturbi mentali e comportamentali. Queste sono la terapia comportamentale, la terapia cognitiva, la terapia interpersonale, le tecniche di rilassamento e le terapie brevi di supporto (counselling) [...] Diversi tipi di psicoterapia, in particolar modo quella *cognitivo-comportamentale* e quella interpersonale, sono efficaci nel trattamento dell'ansia, delle fobie, delle dipendenze da sostanze e nel trattamento di sintomi psicotici quali la mania e le allucinazioni (OMS, 2001).

Sappiamo che il 70% di coloro che soffrono di un disturbo dell'umore quale l'ansia o la depressione recupera pienamente se trattato con psicoterapia cognitiva e farmaci antidepressivi (OMS, 2003).

Tra i diversi approcci, si sono dimostrati spesso efficaci quelli ad impostazione cognitivo-comportamentale, basati sul riconoscimento delle emozioni e del collegamento tra emozioni, pensieri e comportamenti, sull'insegnamento di migliori abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi, sulla definizione di obiettivi personali, sulla esposizione graduale alle situazioni temute, su tecniche di rilassamento muscolare e di respirazione lenta, sulla prevenzione delle risposte non volute e sul controllo dei comportamenti impulsivi, sull'approfondimento dei problemi del qui e dell'ora (Progetto Nazionale Salute Mentale, ISS, Roma).

Ma anche qui si sta aprendo una strada nuova ed affascinante: i gruppi di auto-aiuto. Spontanei, ma attenti ai contributi della scienza, generosi e gratuiti, i gruppi di auto-aiuto costituiscono una risorsa straordinaria: un ex-depresso sa cosa dire ad un depresso, e così una ex-anoressica e molti altri ex. Condividere il dolore, lo attenua, costruire reti abbatte l'isolamento e incoraggia a proseguire cure difficili e spesso problematiche. Persino in rete i gruppi di auto-aiuto, nei più svariati settori, costituiscono una novità inarrestabile. È come se, dinnanzi al dolore, l'uomo non possa non riscoprire la solidarietà.

La depressione: prevenzione, cura e accompagnamento

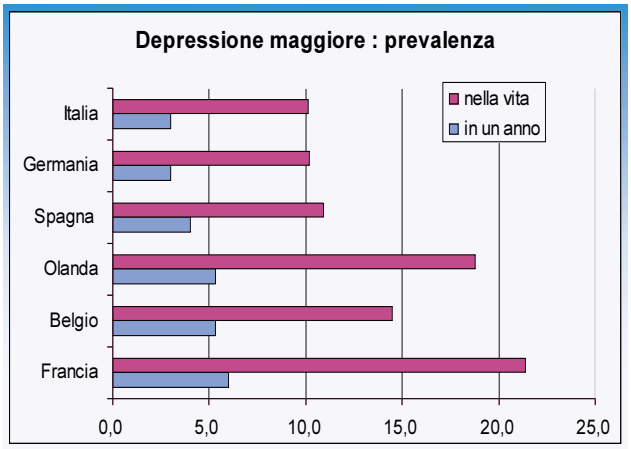
CLAUDIO MENCACCI
Direttore Dipartimento salute mentale, Fatebenefratelli

ECNP Task Force on

"Size and burden of mental disorders in Europe 2005

- Ogni anno il 27% della popolazione europea soffre di un disturbo mentale(93milioni),
- il rischio life time è del 50% della popolazione

Depressione maggiore : prevalenza



Aspetti specifici

1. Il 50% dei disturbi mentali sono in Comorbidità (depressione + ansia)
2. La maggior parte dei disturbi si manifestano nei bambini e **negli adolescenti**, in un periodo chiave per il loro sviluppo cognitivo, personale,relazionale etc
3. Ad eccezione che per uso di sostanze, schizofrenia e disturbo bipolare , **le DONNE** hanno un rischio molto più alto di ansia, depressione, disturbi somatoformi e di comorbidità

PND 2005 : Prevalenza della depressione

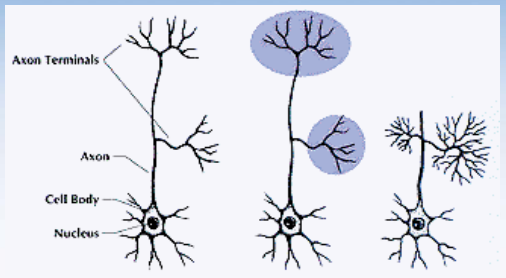
Depressione maggiore in italia dai 18 anni in poi
Studio ESEMED 2002

		Uomini	Donne	totale
In un anno	N.	397.784	1.022.874	1.432.596
	%	1,7	4,2	3,0
Nella vita	N.	1.520.940	3.263.455	4.784.394
	%	6,5	13,4	10,1

"Le stesse differenze tra disturbi depressivi e condizioni mediche croniche sono rimaste significative anche dopo 2 anni dalla valutazione basale (p<0,05), eccetto per la depressione sottosoglia rispetto all'insufficienza renale congestizia e al diabete mellito di tipo 1"

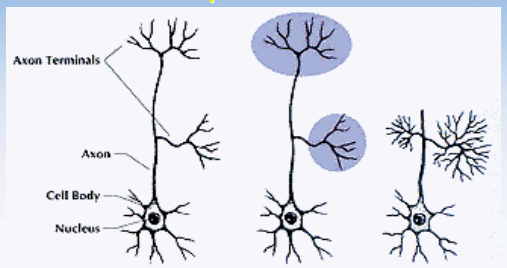
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

La plasticità neuronale svolge un ruolo cruciale nella fisiopatologia e terapia di alcuni disturbi psichici



Biggio G, 2004

La perdita di plasticità dei neuroni noradrenergici e serotoninergici costituisce un fattore cruciale nella fisiopatologia della depressione



Biggio G, 2004

"For over 100 years a central assumption of neuroscience has been that new neurons are not added to the adult mammalian brain"

This conclusion is false

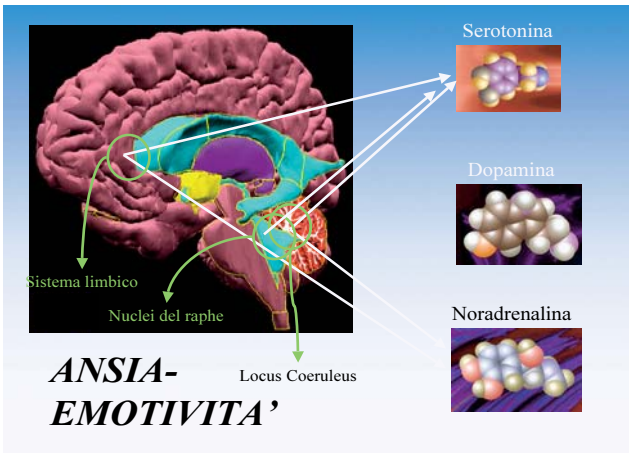
"Neurogenesis in the adult brain: death of a dogma"
Charles G. Gross
***Nature Review- Neuroscience* (2000)**

Biggio G, 2004

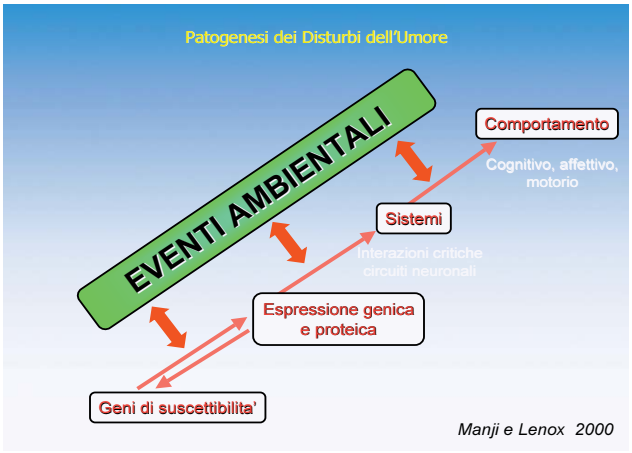
Ippocampo
CA3 e Giro Dentato

Stress/Depressione	Antidepressivi
↑ Glucocorticoidi	↑ NA/5HT
↓ BDNF/CREB	↑ BDNF/CREB
	↓ Glucocorticoidi
Diminuita neurogenesi Atrofia/morte neuronale	Aumentata neurogenesi Aumentata sopravvivenza e crescita

Modificato da Duman et al., 1999


Serotonina
Dopamina
Noradrenalina
Sistema limbico
Nuclei del raphe
Locus Coeruleus
ANSIA-
EMOTIVITA'

Cosa cambia?


Patogenesi dei Disturbi dell'Umore
EVENTI AMBIENTALI
Comportamento
Cognitivo, affettivo, motorio
Sistemi
Interazioni critiche circuiti neuronali
Espressione genica e proteica
Geni di suscettibilita'
Manji e Lenox 2000

Neuron, Vol. 45, 11–16, January 6, 2005, Copyright ©2005 by Elsevier Inc. DOI 10.1016/j.neuron.2004.12.014

Report

Loss-of-Function Mutation in Tryptophan Hydroxylase-2 Identified in Unipolar Major Depression

Xiaodong Zhang,[1] Raul R. Gainetdinov,[1] Jean-Martin Beaulieu,[1] Tatyana D. Sotnikova,[1] Lauranell H. Burch,[2] Redford B. Williams,[3,4] David A. Schwartz,[2] K. Ranga R. Krishnan,[4] and Marc G. Caron[1,5,*]
[1]Department of Cell Biology
Center for Models of Human Disease
Institute for Genome Sciences and Policy
[2]Department of Pulmonary, Allergy, and Critical Care Medicine
[3]Department of Medicine
[4]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Duke University Medical Center
Durham, North Carolina 27710

Summary

Dysregulation of central serotonin neurotransmission has been widely suspected as an important contributor to major depression. Here, we identify a (G1463A) single nucleotide polymorphism (SNP) in the rate-limiting enzyme of neuronal serotonin synthesis, human tryptophan hydroxylase-2 (*hTPH2*). The functional SNP in *hTPH2* replaces the highly conserved Arg441 with His, which results in ~80% loss of function in serotonin production when hTPH2 is expressed in PC12 cells. Strikingly, SNP analysis in a cohort of 87 patients with unipolar major depression revealed that nine patients carried the mutant (1463A) allele, while among 219 controls, three subjects carried this mutation. In addition, this functional SNP was not found in a cohort of 60 bipolar disorder patients. Identification of a loss-of-function mutation in hTPH2 suggests that defect in brain serotonin synthesis may represent an important risk factor for unipolar major depression.

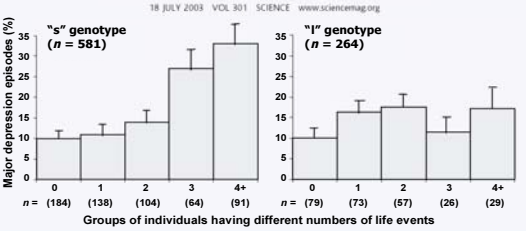
2004). Numerous studies have suggested associations between various neuropsychiatric disorders and genes that modulate central serotonergic neurotransmission, such as the 5-HT transporter (SERT, 5-HTT) (Lesch et al., 1996; Caspi et al., 2003; Murphy et al., 2003), 5-HT receptors (Lucki, 1998; Arango et al., 2003; Bonasera and Tecott, 2000; Gordon and Hen, 2004; Malhotra et al., 2004), and monoamine oxidases (Shih et al., 1999), as well as the rate-limiting enzymes in 5-HT synthesis, tryptophan hydroxylases (TPH1 and TPH2) (Arango et al., 2003; Harvey et al., 2004).

TPH1 and TPH2 belong to the superfamily of aromatic amino acid hydroxylases, which also includes tyrosine hydroxylase (TH) and phenylalanine hydroxylase (PAH). These four enzymes share considerable structural similarity and require the same cofactors for function (Fitzpatrick, 1999; Jiang et al., 2000). In contrast to TPH1, which controls most of peripheral 5-HT synthesis (Cote et al., 2003; Walther et al., 2003), TPH2 was recently discovered and found to be neuronal specific and predominantly expressed in brain serotonergic neurons originating from raphe nuclei (Walther et al., 2003; Patel et al., 2004). We have previously identified a functional (G1473G single nucleotide polymorphism (SNP) which results in the replacement of proline with arginine at position 447 in mouse Tph2 (Zhang et al., 2004). Expression of mutant Tph2 (P447R) in PC12 cells revealed an ~55% decrease in 5-HT levels as compared to wild-type Tph2. Moreover BALB/cJ and DBA/2 inbred mice carrying the homozygous mutant (1473G) alleles showed 50%–70% reduction in the rate of synthesis of cortical and striatal 5-HT accompanied by ~40% reduction in 5-HT tissue content when compared to C57BL/6 and 129X1/SvJ inbred mice carrying homozygous wild-type (1473C) alleles. Interestingly, these strains of mice display significantly different behaviors and responses to antidepressants (Lucki et al., 2001). These observations

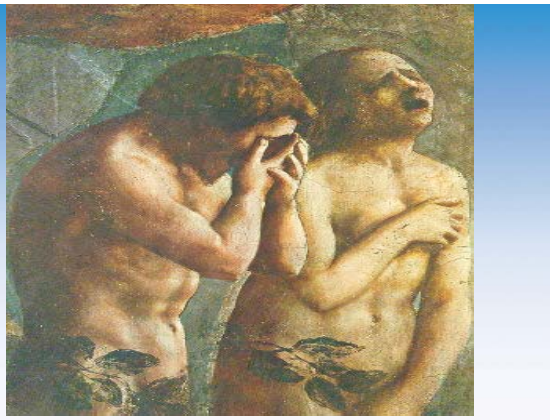
Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene

Avshalom Caspi,[1,2] Karen Sugden,[1] Terrie E. Moffitt,[1,2]* Alan Taylor,[1] Ian W. Craig,[1] HonaLee Harrington,[2] Joseph McClay,[1] Jonathan Mill,[1] Judy Martin,[1] Antony Braithwaite,[4] Richie Poulton[3]

18 JULY 2003 VOL 301 SCIENCE www.sciencemag.org



....."Individuals with one or two copies of the **short allele** of the 5-HTT promoter polymorphism exhibited more depressive symptoms, diagnosable depression, and suicidality in relation to stressful life events than individuals homozygous for the **long allele**."....



Masaccio "cacciata dal paradiso terrestre"

ELSEVIER

Pharmacology, Biochemistry and Behavior 71 (2002) 857–865

PHARMACOLOGY BIOCHEMISTRY AND BEHAVIOR

www.elsevier.com/locate/pharmbiochembeh

The role of serotonin in human mood and social interaction
Insight from altered tryptophan levels

Simon N. Young*, Marco Leyton

Department of Psychiatry, McGill University, 1033 Pine Avenue West, Montréal, Québec, Canada H3A 1A1

Received 14 May 2001; received in revised form 3 July 2001; accepted 9 July 2001

Abstract

Alterations in brain tryptophan levels cause changes in brain serotonin synthesis, and this has been used to study the implication of altered serotonin levels in humans. In the acute tryptophan depletion (ATD) technique, subjects ingest a mixture of amino acids devoid of tryptophan. This results in a transient decline in tissue tryptophan and in brain serotonin. ATD can result in lower mood and increase in irritability or aggressive responding. The magnitude of the effect varies greatly depending on the susceptibility of the subject to lowered mood or aggressivity. Unlike ATD, tryptophan can be given chronically. Tryptophan is an antidepressant in mild to moderate depression and a small body of data suggests that it can also decrease aggression. Preliminary data indicate that tryptophan also increases dominant behavior during social interactions. Overall, studies manipulating tryptophan levels support the idea that low serotonin can predispose subjects to mood and impulse control disorders. Higher levels of serotonin may help to promote more constructive social interactions by decreasing aggression and increasing dominance. © 2002 Elsevier Science Inc. All rights reserved.

End-point

- Studio attraverso la raccolta di Questionari.
- Ricerca su 1.304 pazienti :
  - Iposocialità
  - Non ricerca di nuovi contatti (<novelty seeking)
  - Ridotta partecipazione alla vita sociale

(Indagine Doxa 2003,Morselli 2002)

Depressione malattia del Silenzio

Il disadattamento sociale come dimensione trascurata

- Poiché il disadattamento sociale persiste per mesi dopo la remissione sintomatologica, se la guarigione venisse definita come assenza di incapacità e di disfunzione, oltre che di sintomi, molti pazienti nei trial clinici sarebbero considerati al massimo in

REMISSIONE PARZIALE

Depressione e solitudine

Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely?

M L Stek et al. Am J Psychiatry 162:178-180, January 2005

OBJECTIVE: The impact of depression and perceived loneliness in the oldest old is largely unknown. The authors studied the relationship between the presence of depressive symptoms and all-cause mortality in old age, especially the potential distorting effect of perceived loneliness. **METHOD:** Within a prospective population-based study of 85-year-olds, the 15-item Geriatric Depression Scale and the Loneliness Scale were annually applied in all 476 participants with a Mini-Mental State Examination score of 18 points or more. **RESULTS:** Depression was present in 23% and associated with marital state, institutionalization, and perceived loneliness. When depression and perceived loneliness were assessed during follow-up, neither depression nor perceived loneliness had a significant effect on mortality. However, those who suffered from both depression and feelings of loneliness had a 2.1 times higher mortality risk. **CONCLUSIONS:** The data suggest that the increased mortality risk attributable to depression in the presence of perceived loneliness may result from motivational depletion.

Article

Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs

Kenneth S. Kendler, M.D.
John Myers, M.S.
Carol A. Prescott, Ph.D.

Objective: Compared to men, women have larger and more intimate social networks and higher rates of major depression. Prior studies have suggested that women are more sensitive to the depressogenic effects of low social support, but most of these studies had substantial methodologic limitations.

Method: In two interview waves at least 1 year apart, 1,057 pairs of opposite-sex dizygotic twin pairs ascertained from a population-based register were assessed. The authors predicted risk of major depression in the year before the wave 2 interview from levels of social support assessed at wave 1.

Results: Women reported higher levels of global social support than their twin brothers. Global social support at wave 1 predicted risk for major depression at wave 2 significantly more strongly in female than in male members of these pairs, and the same effect was seen when the analysis controlled for the history of major depression in the year prior to wave 1. Women were more sensitive than men to the depressogenic effects of low levels of social support, particularly from the co-twin, other relatives, parents, and spouses. Levels of social support did not explain the sex difference in risk for major depression.

Conclusions: Emotionally supportive social relationships are substantially more protective against major depression for women than for men. While these effects cannot explain sex effects on the prevalence of major depression, they do suggest important sex differences in pathways of risk. Clarification of the nature of the causal links between low social support and depression in women is needed.

(Am J Psychiatry 2005; 162:250–256)

Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

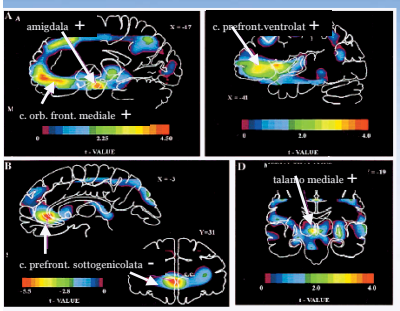
Naomi I. Eisenberger,[1]* Matthew D. Lieberman,[1]
Kipling D. Williams[2]

Science

A neuroimaging study examined the neural correlates of social exclusion and tested the hypothesis that the brain bases of social pain are similar to those of physical pain. Participants were scanned while playing a virtual ball-tossing game in which they were ultimately excluded. Paralleling results from physical pain studies, the anterior cingulate cortex (ACC) was more active during exclusion than during inclusion and correlated positively with self-reported distress. Right ventral prefrontal cortex (RVPFC) was active during exclusion and correlated negatively with self-reported distress. ACC changes mediated the RVPFC-distress correlation, suggesting that RVPFC regulates the distress of social exclusion by disrupting ACC activity.

correlati neurometabolici della depressione maggiore

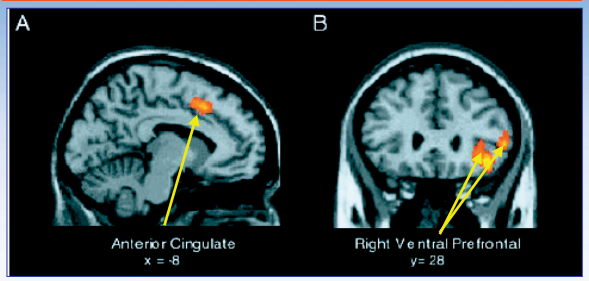
ruolo contrapposto dell'amigdala, della corteccia orbitofrontale mediale e ventrolaterale rispetto alla corteccia prefrontale sottogenicolata (studio PET)



iperattivazione delle regioni di controllo, modulazione o inibizione delle espressioni emotive (amigdala, c. orbitale mediale e ventrolaterale) e ipometabolismo di quelle di modulazione della risposta viscerale e di valutazione del "rewarding".
(c. prefrontale sottogenicolata)

(da Drevets e coll., 2000)

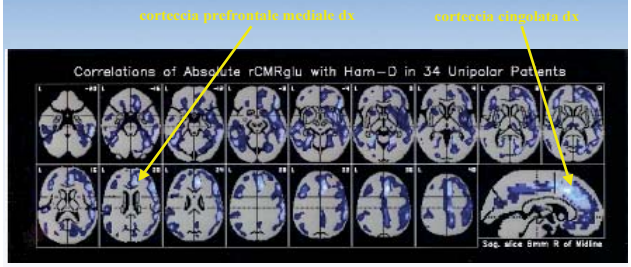
attivazione della corteccia del cingolo anteriore e della corteccia ventrale prefrontale destra in risposta alle situazioni di esclusione



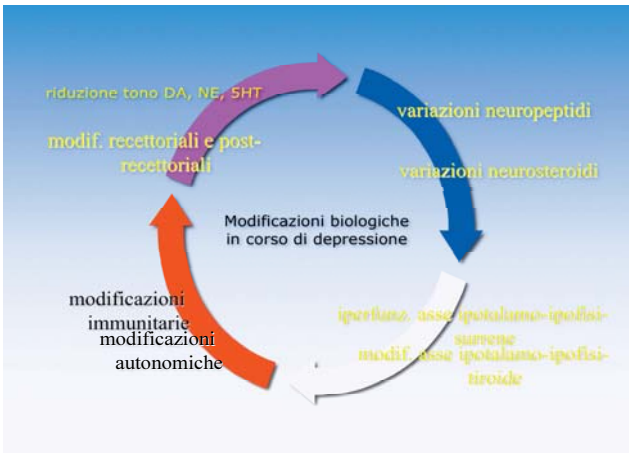
Guazzelli M, 2004
(da Eisenberger et al., 2003)

correlati neurometabolici della depressione

correlazione inversa tra metabolismo cerebrale del glucosio e gravità della depressione (HAM-D)



Kimbrell e coll. 2002
Guazzelli M 2004



Depressione: Complicanze Biologiche

ATTIVAZIONE PIASTRINICA:
↑aggregazione piastrinica, ↑ reattività PTL

ALTERATA ATTIVITA' DEL SNA:
modificazioni della Heart Rate Variability

IPERFUNZIONE DEL SISTEMA (H-P-A):
↑ CRF, ipercortisolemia basale

STRESS PROTRATTO
↓livelli NE e 5HT : amplificazione risposta allo stimolo
↓ funzione inibitoria di ippocampo su asse HPA

Depressione: Complicanze Biologiche

MECCANISMI COMPORTAMENTALI:
fumo, non compliance, dieta, isolamento sociale
(↑ FC, ↑ cortisolemia, ↑ tono simpatico)

DISTURBI DEL SONNO:
modifiche fase REM e sonno profondo
insonnia di risveglio

DISFUNZIONE ENDORFINICA:
↓ β-endorfine ↓ soglia dolore

Ur et al., 1992
Leonard, 2001

Stressors interni ed esterni

↓

Attivazione asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)

↓

Ipersecrezione di glucocorticoidi

↓

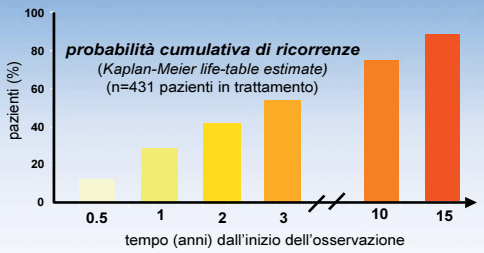
Desensibilizzazione dei recettori per i glucocorticoidi

↙ ↘

citochine pro-infiammatorie

Ridotta attività dei Natural Killer

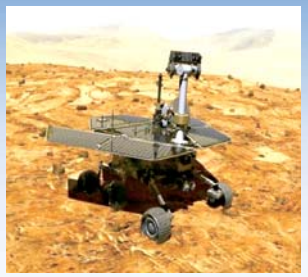
Ricorrenze da un "Episodio Indice" di MDD



Lavori et al. *Int J Meth Psychiatry* 1994; 4: 211-229.
Keller. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 17): 41-45.
Mueller et al. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1000-1006.

Esploriamo l'Adesione al trattamento

- Da 1/4 a 1/3 sospendono l'assunzione della terapia entro il primo mese di trattamento
- Più del 40% la sospende entro il terzo mese
- 3/5 dei pazienti non raggiungono dosaggi terapeutici

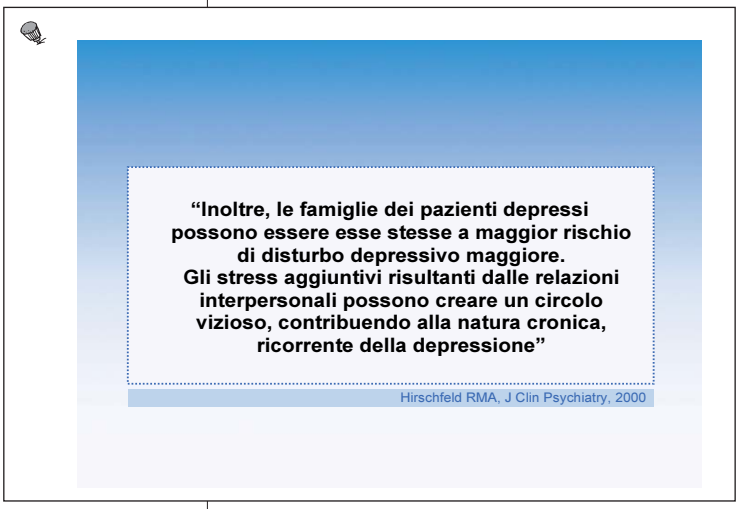


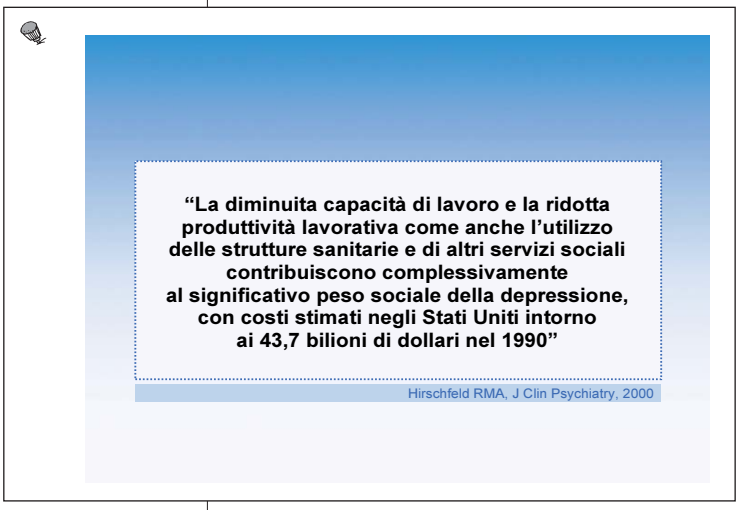
“La depressione è una malattia diffusa e debilitante con ampie ripercussioni personali ed economiche sugli individui, le loro famiglie e la società”

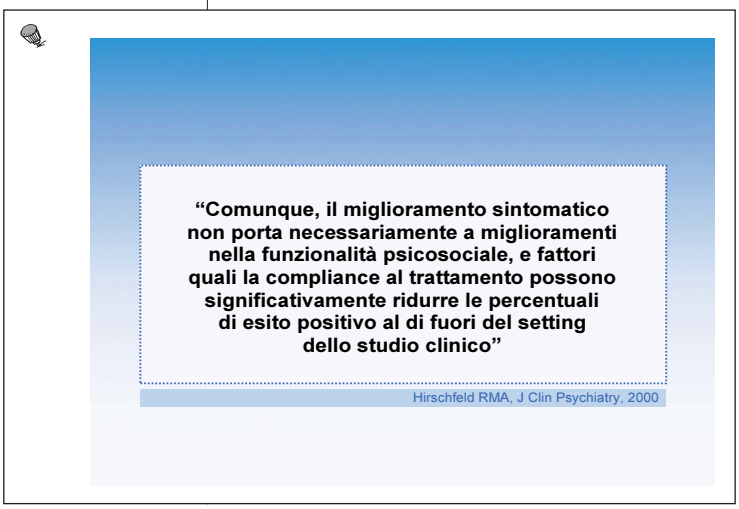
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

“L’impatto della depressione si estende al di là dei principali sintomi, come l’umore depresso e la perdita di energia, e intacca la qualità di vita degli individui, inclusa la capacità di essere funzionali socialmente, di mantenere e provare piacere dalle relazioni e dal lavoro e di provvedere finanziariamente a se stessi e alla propria famiglia”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“Inoltre, le famiglie dei pazienti depressi possono essere esse stesse a maggior rischio di disturbo depressivo maggiore. Gli stress aggiuntivi risultanti dalle relazioni interpersonali possono creare un circolo vizioso, contribuendo alla natura cronica, ricorrente della depressione”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“La diminuita capacità di lavoro e la ridotta produttività lavorativa come anche l’utilizzo delle strutture sanitarie e di altri servizi sociali contribuiscono complessivamente al significativo peso sociale della depressione, con costi stimati negli Stati Uniti intorno ai 43,7 bilioni di dollari nel 1990”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“Comunque, il miglioramento sintomatico non porta necessariamente a miglioramenti nella funzionalità psicosociale, e fattori quali la compliance al trattamento possono significativamente ridurre le percentuali di esito positivo al di fuori del setting dello studio clinico”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

"Nonostante il diffuso e significativo peso imposto dai disturbi depressivi, non solo gli individui depressi rimangono frequentemente sottodiagnosticati o non trattati, ma l'usuale sistema di cura che i pazienti ricevono è spesso insufficiente per riconoscere adeguatamente sia i loro sintomi sia la loro ridotta funzionalità sociale"

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Definizione delle funzioni sociali

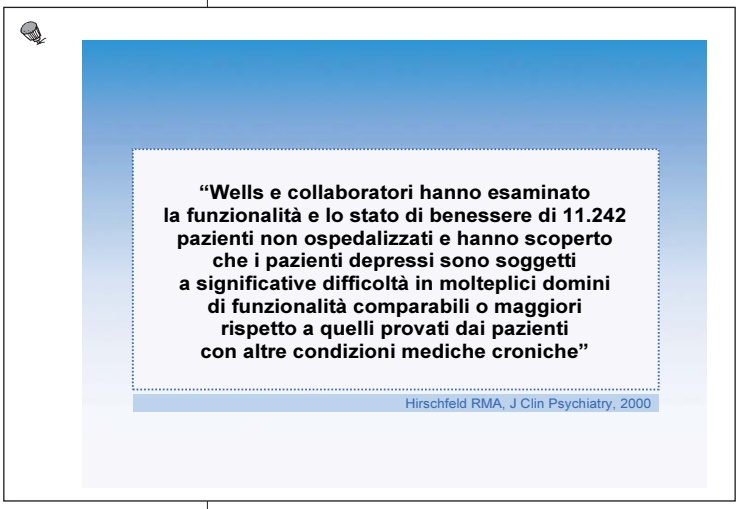
La qualità di vita è un concetto multidimensionale che racchiude, e fondamentalmente è influenzata da:

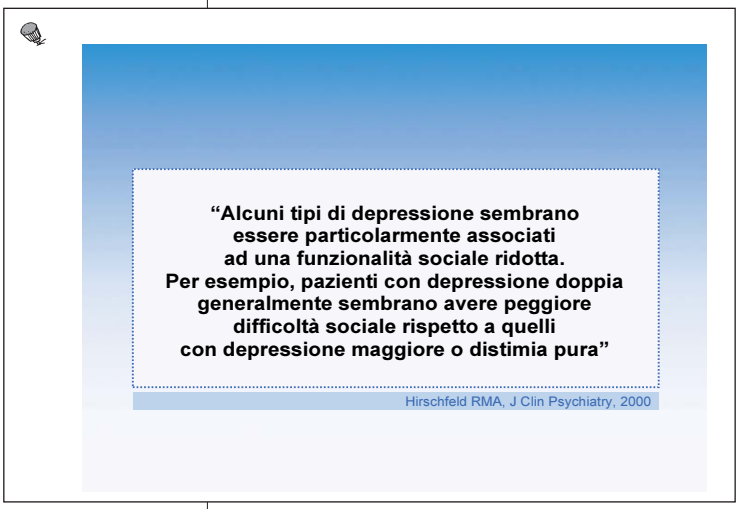
- **stato di salute (presenza o assenza di una malattia o di un disturbo e sua gravità)**
- **incapacità [qualsiasi restrizione o mancanza di capacità (risultante da una difficoltà) ad eseguire una normale attività]**
- **difficoltà (qualsiasi perdita o anormalità delle strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche)**

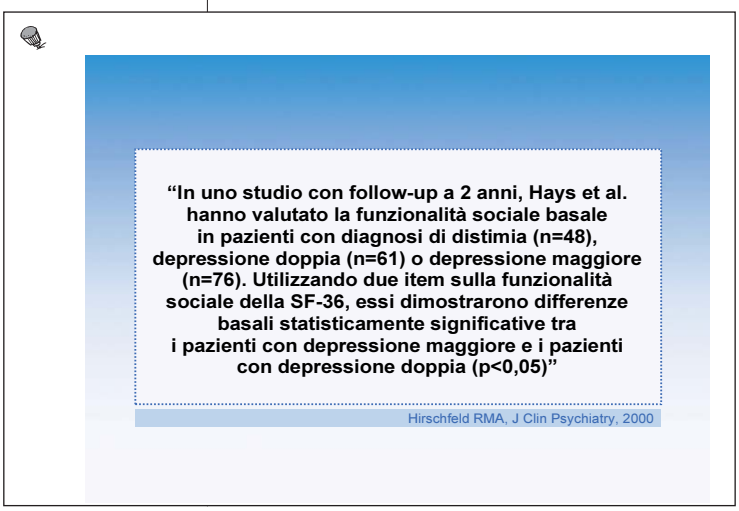
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

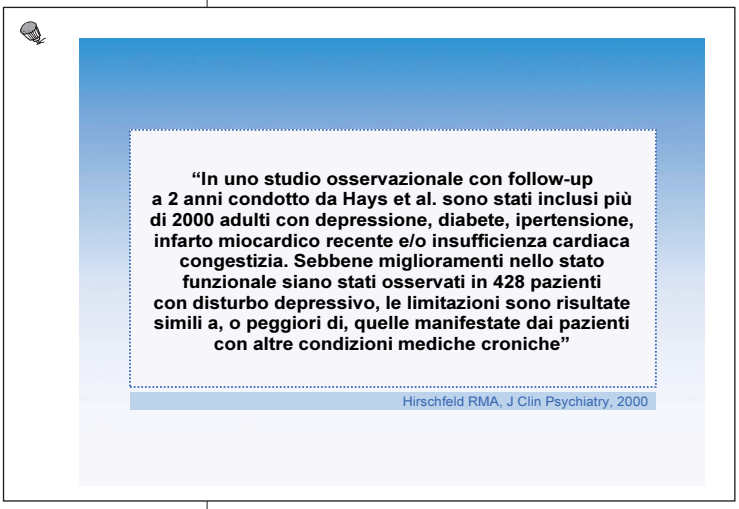
"Paykel ha descritto la funzionalità sociale come *una capacità dell'individuo di svolgere funzioni all'interno del suo usuale ambiente*"

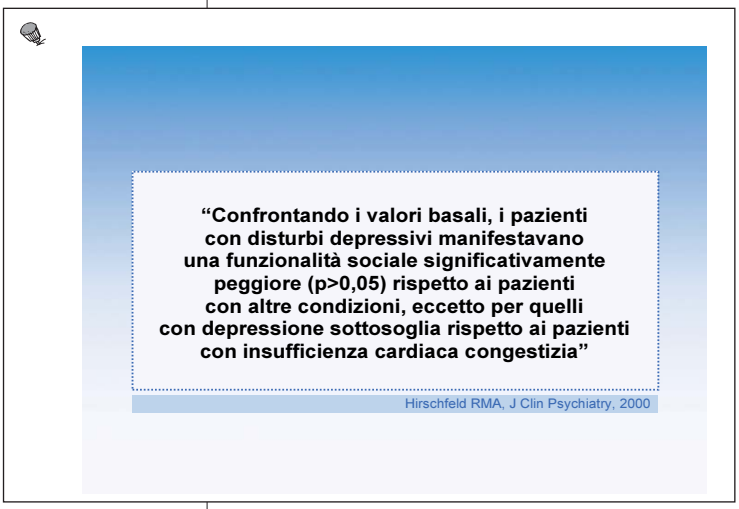
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

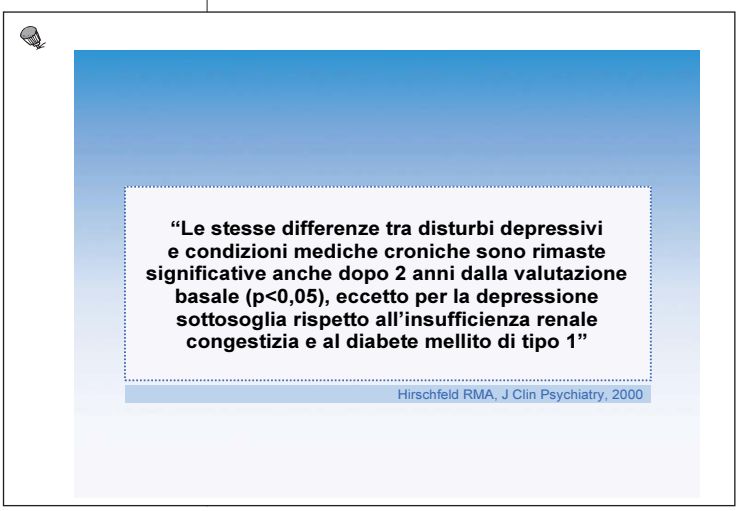

"Wells e collaboratori hanno esaminato
la funzionalità e lo stato di benessere di 11.242
pazienti non ospedalizzati e hanno scoperto
che i pazienti depressi sono soggetti
a significative difficoltà in molteplici domini
di funzionalità comparabili o maggiori
rispetto a quelli provati dai pazienti
con altre condizioni mediche croniche"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

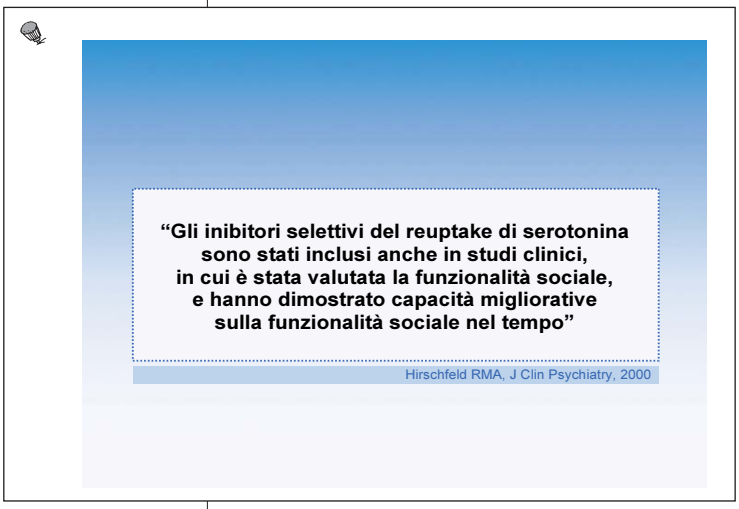

"Alcuni tipi di depressione sembrano
essere particolarmente associati
ad una funzionalità sociale ridotta.
Per esempio, pazienti con depressione doppia
generalmente sembrano avere peggiore
difficoltà sociale rispetto a quelli
con depressione maggiore o distimia pura"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

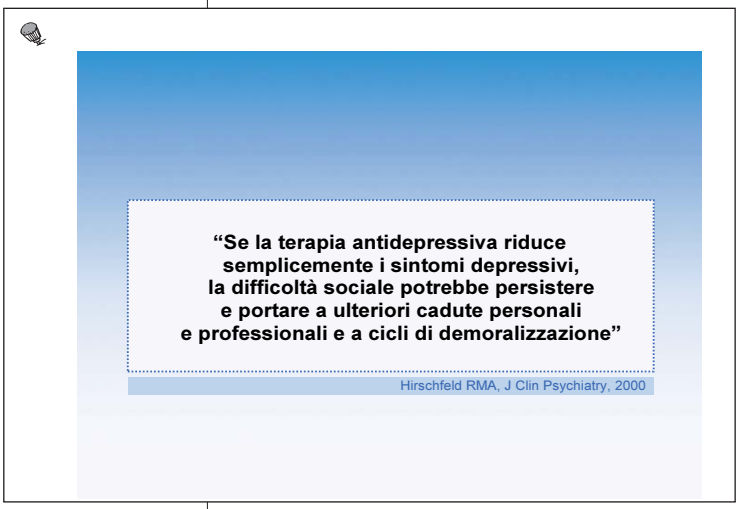

"In uno studio con follow-up a 2 anni, Hays et al.
hanno valutato la funzionalità sociale basale
in pazienti con diagnosi di distimia (n=48),
depressione doppia (n=61) o depressione maggiore
(n=76). Utilizzando due item sulla funzionalità
sociale della SF-36, essi dimostrarono differenze
basali statisticamente significative tra
i pazienti con depressione maggiore e i pazienti
con depressione doppia (p<0,05)"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

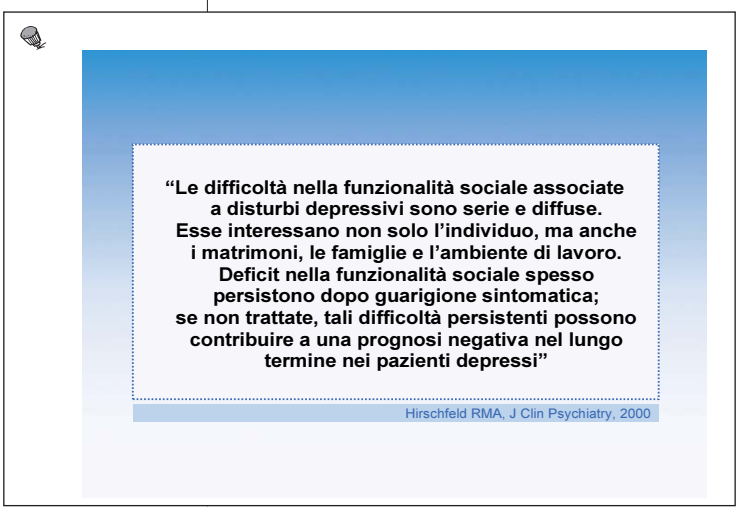

"In uno studio osservazionale con follow-up a 2 anni condotto da Hays et al. sono stati inclusi più di 2000 adulti con depressione, diabete, ipertensione, infarto miocardico recente e/o insufficienza cardiaca congestizia. Sebbene miglioramenti nello stato funzionale siano stati osservati in 428 pazienti con disturbo depressivo, le limitazioni sono risultate simili a, o peggiori di, quelle manifestate dai pazienti con altre condizioni mediche croniche"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


"Confrontando i valori basali, i pazienti con disturbi depressivi manifestavano una funzionalità sociale significativamente peggiore (p>0,05) rispetto ai pazienti con altre condizioni, eccetto per quelli con depressione sottosoglia rispetto ai pazienti con insufficienza cardiaca congestizia"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


"Le stesse differenze tra disturbi depressivi e condizioni mediche croniche sono rimaste significative anche dopo 2 anni dalla valutazione basale (p<0,05), eccetto per la depressione sottosoglia rispetto all'insufficienza renale congestizia e al diabete mellito di tipo 1"
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“Gli inibitori selettivi del reuptake di serotonina
sono stati inclusi anche in studi clinici,
in cui è stata valutata la funzionalità sociale,
e hanno dimostrato capacità migliorative
sulla funzionalità sociale nel tempo”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“Se la terapia antidepressiva riduce
semplicemente i sintomi depressivi,
la difficoltà sociale potrebbe persistere
e portare a ulteriori cadute personali
e professionali e a cicli di demoralizzazione”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000


“Le difficoltà nella funzionalità sociale associate
a disturbi depressivi sono serie e diffuse.
Esse interessano non solo l’individuo, ma anche
i matrimoni, le famiglie e l’ambiente di lavoro.
Deficit nella funzionalità sociale spesso
persistono dopo guarigione sintomatica;
se non trattate, tali difficoltà persistenti possono
contribuire a una prognosi negativa nel lungo
termine nei pazienti depressi”
Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

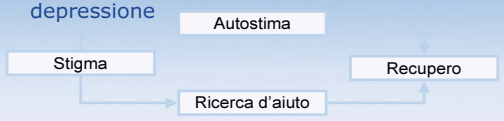
“Nella pratica clinica, si raccomanda che un approccio integrato includa una valutazione della funzionalità sociale oltre alla valutazione standard dei sintomi”

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Scarsa conoscenza della malattia depressiva nella popolazione in generale

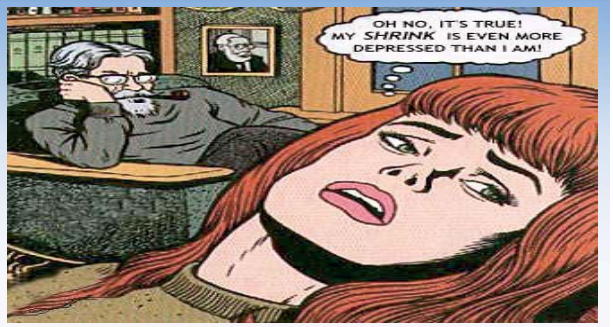
Defeat Depression Campaign UK 1992-1997

Riduzione dello stigma associato alla depressione



2) Fornire un programma educativo sulla depressione e sul suo trattamento

Le Cure



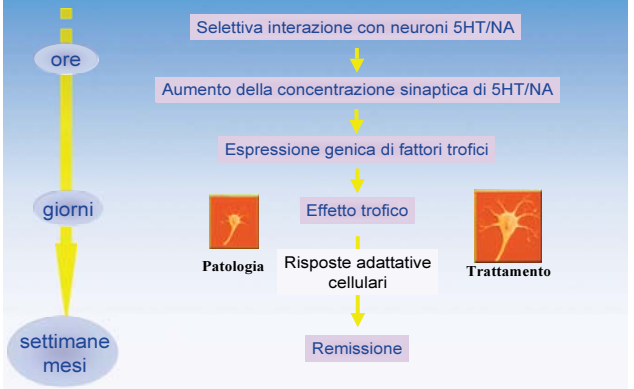
Difficoltà all'adesione

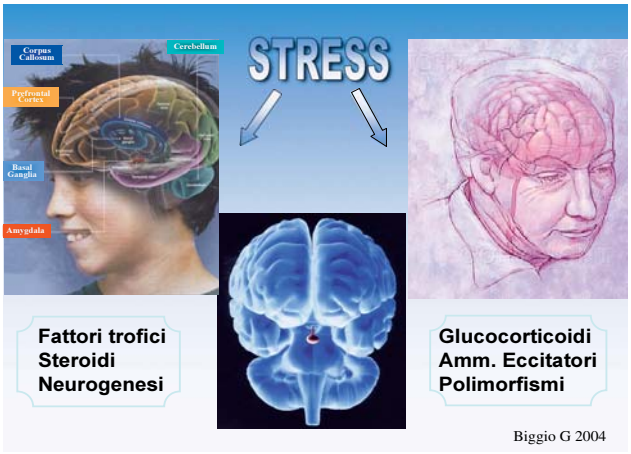
- Riduzione del peso 95%
- Schizofrenia/ esercizi 90%
- Ipertensione 75%
- Diabete 65%
- Depressione 57%
- Artrite reumatoide 50%
- Asma/Pillola anticoncezionale 45%
- Cefalea/calcoli renali 25%

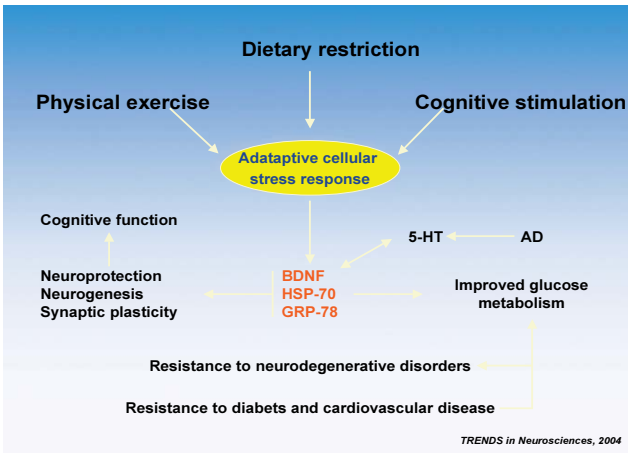
Processo di Neurogenesi

Proliferazione - Maturazione cellulare - Differenziamento

Efficacia dei farmaci antidepressivi nel tempo

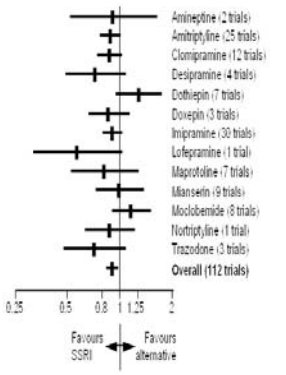






Per tutti gli antidepressivi di vecchia generazione il rischio di drop-out nei trial clinici controllati risulta maggiore rispetto agli SSRI

North of England Evidence Based Guideline Development Project Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, Centre for Health Economics University of York 1997



Sicurezza e tossicità degli antidepressivi

Tossicità letale, morti per milione di prescrizioni

Molecole	Numero di prescrizioni (migliaia)	Morti totali	Morti/milione di prescrizioni (95% CI)
Antidepressivi Triciclici	74598	2598	34.8 (33.5 to 36.2)
Inibitori MAO	1 203	24	20.0 (12.8 to 29.7)
SSRI	47 329	77	1.6 (1.3 to 2.0)
Venlafaxina	2 570	34	13.2 (9.2 to 18.5)
Mirtazapina	324	1	3.1 (0.1 to 17.2)

Buckley & McManus *BMJ* 2002;325:1332–3

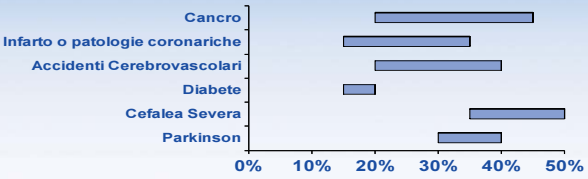
Indicazioni terapeutiche dei comuni AD in commercio

	Depressione Maggiore	Disturbo di Panico	GAD	Fobia Sociale
Fluoxetina	+	-	+	+
Paroxetina	+	+	-	-
Fluvoxamina	+	-	+	+
Sertralina	+	+	-	-
Citalopram	+	+	+	+
Venlafaxina	+	-		

Per i TCA l'utilizzo nella pratica clinica si limitava a Depressione Maggiore e talvolta al Disturbo di Panico

Comorbidità di ansia o depressione con patologia organica

Prevalenza di depressione in diverse patologie organiche



Dati tratti da Carney, 1998; Forrester et al., 1992; Chemerinski et al., 2000; Slaughter et al., 2001; Breslau et al., 2000; Glassman et al., 1998.

La comorbidità con patologie organiche

Talvolta la sintomatologia psichiatrica viene ricondotta ad una fisiologica risposta adattativa alla patologia medica per cui ci si aspetta che la persona "reagisca" alla condizione patologica, altre volte la sintomatologia viene riconosciuta ma non trattata per non complicare il trattamento farmacologico già in atto utilizzando un gradiente di priorità: "prima affronto e stabilizzo la condizione medica poi mi occupo della patologia psichiatrica".

I nuovi AD hanno reso più sicuro e dunque più frequente il trattamento della patologia psichiatrica in comorbidità con patologie organiche

PREVENZIONE Depressione

Tentati Suicidi negli Adolescenti

Gravidanza e post partum

Anziani

Suicidio

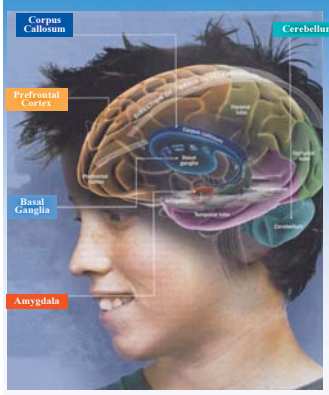
Dati Europei

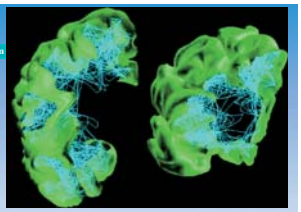
Nella UE circa 58.000 cittadini muoiono ogni anno per suicidio, cifra superiore al numero annuo di morti causate da incidenti stradali, omicidi o HIV/AIDS

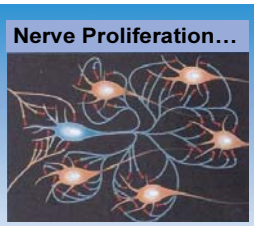
Guerra USA - Vietnam Nord 1961-1973

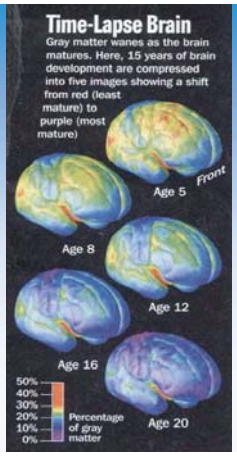
- 54.708 soldati USA deceduti
- Negli stessi anni, tra le persone di età inferiore ai 35 anni rimaste negli USA 101.732 morirono suicide
- Negli USA tra il 1987 e il 1996 l'epidemia AIDS ha causato circa 15.000 morti in meno rispetto al suicidio (Jamison 2003)

- Aumento progressivo su scala globale dell'incidenza del suicidio nella seconda metà del Novecento (OMS)
- L'aumento non si è distribuito uniformemente in tutte le classi di età, ma ha colpito prevalentemente le persone in età adolescenziale o nella prima età adulta
- Nel 1950 la maggioranza delle morti per suicidio avveniva tra persone di età superiore ai 45 anni, nella seconda metà del secolo il rapporto tende a invertirsi









DEPRESSIONE

Prevalenza: 1% nei bambini
3% negli adolescenti

Solo il 25% dei bambini depressi riconosciuti e trattati (National Institute of Clinical Excellence)?

STORIA NATURALE

- Durata: fino a 6-9 mesi
- Guarigione: 90% entro 1-2 anni (media 3-4 mesi)
- Cronicizzazione: 10% (diagnosi e trattamento)
- Guarigioni parziali (ansiosa o apatico-anedonica)
- Recidive (40-50% a 5 anni): ambiente, esordio, gravità di episodi precedenti, comorbidità, terapie.
- Disturbo bipolare (20-30% a 5 anni?): familiarità
- Depressione doppia (distimia con periodici episodi depressivi maggiori)

RISCHIO SUICIDARIO

Seconda-terza causa di morte tra 14 e 25 anni.
Sesta causa di morte tra 6 e 14 anni.
12% della mortalità in adolescenza in USA.

Rischio suicidario maggiore nel disturbo bipolare

In Italia (ISTAT) il suicide rate nei maschi di 15-19 anni è passato da 27.3 per milione (1969) a 48.3 (1994), mentre è sceso nelle femmine da 23.2 a 10.8. Il massimo del rischio suicidario maschile è nel nord Italia (57.1).

EPIDEMIOLOGIA Disturbo Bipolare

. Il 10% dei DB esordisce prima dei 12 anni, ed il 20% tra i 12 ed i 18 anni (Chengappa et al., 2003).

. Studi epidemiologici su adolescenti riferiscono una prevalenza dell'1%, ma con un ulteriore 5% sottosoglia, con compromissione funzionale (Lewinshon et al., 1995).

. Incertezze nelle stime epidemiologiche:
Quale è il quadro clinico del DB nel bambino?

IMPLICAZIONI DELLA COMORBIDITA'

Il DB in età evolutiva è frequentemente (50-70%) associato ad altri disturbi psichiatrici

La identificazione delle comorbidità può consentire di individuare specifici sottotipi, più omogenei sul piano clinico, prognostico e terapeutico
(es. comorbidità internalizzata vs. esternalizzata).

La comorbidità con disturbi d'ansia è ampiamente rappresentata in pazienti con disturbo bipolare ad esordio precoce.

L'esordio dei disturbi d'ansia precede quello del disturbo bipolare (fase iniziale "internalizzata").

La probabilità di sviluppare un disturbo bipolare aumenta nel caso di disturbi multipli di ansia.

La bipolarità ansiosa ad esordio precoce potrebbe rappresentare un possibile specifico fenotipo all'interno dello spettro bipolare.

CANNABINOIDI, SINDROME AMOTIVAZIONALE E USO DI SOSTANZE

nella società post-industriale le condizioni di poliabuso sono sempre più generalizzate…

un report del National *Center on Addiction and Substance Abuse* ha segnalato che i giovani dai 12 ai 17 anni che fumavano marijuana facevano successivamente uso di cocaina tra le 17 e le 85 volte di più dei controlli

I CONFINI DELLA "DOPPIA DIAGNOSI"

LE POLITICHE IN MATERIA DI DIPENDENZE IN EUROPA: LA SITUAZIONE

- **IL CONSUMO DI DROGHE NON ACCENNA A DIMINUIRE: NELLE FASCE GIOVANILI RIMANE STABILMENTE ALTO, CON UNA PERCENTUALE DOPPIA RISPETTO AGLI ADULTI: SI STIMA CHE NON MENO DI UNA PERSONA SU CINQUE IN EUROPA ABBIA PROVATO ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA UNA DROGA ILLEGITA**
- **I TOSSICODIPENDENTI DEFINITI COME "CRONICI" RAPPRESENTANO LO 0,5% DELLA POPOLAZIONE EUROPEA**

"SINDROME AMOTIVAZIONALE"
IMPLICAZIONI NEUROPSICOLOGICHE

Studi realizzati su studenti di college che fumano marijuana in modo rilevante e per periodi di tempo significativi (da 6 mesi a 25 anni) hanno dimostrato deficit neuropsicologici quali: problemi a livello delle funzioni esecutive, dell'attenzione, dell'apprendimento di nuove parole, della fluenza verbale, indebolimento delle abilità sintetiche, analitiche e psicospaziali (capacità di differenziare tempo e spazio), difficoltà di selezionare e processare correttamente le informazioni e povertà di concentrazione, tutti elementi questi che persistono alla fase di intossicazione. Tali osservazioni suggeriscono che i deficit cognitivi riscontrati siano il derivato di disfunzioni temporanee a livello prefrontale

(Galanter, Kleber, 2003)

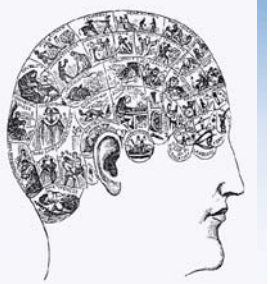
"SINDROME AMOTIVAZIONALE"
IMPLICAZIONI COMPORTAMENTALI

Studi più recenti, anche realizzati con la PET, hanno dimostrato che gli effetti a livello del SNC si manifestano nelle aree prefrontali che guidano l'attenzione, permettono di focalizzare e promuovono l'adattamento ai cambiamenti nell'ambiente e nuovi apprendimenti (a parità, rispetto ai controlli, dei livelli di funzionamento premorboso) **(Galanter, Kleber, 2003)**

Tali implicazioni, neuropsicologiche e comportamentali, che in precedenza erano riferite proprio alla sindrome amotivazionale, oggi identificano la "sindrome cronica da cannabinoidi" che spesso si presenta però, sul piano clinico, mascherata, dall'impiego di altre sostanze assunte contemporaneamente

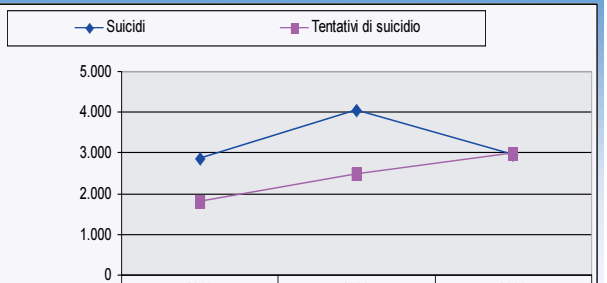
Problemi aperti per i teen agers che usano cannabinoidi

Per milioni di giovani che fanno uso di THC, gli effetti cumulativi sullo sviluppo intellettivo e sulla personalità saranno dannosi proprio in relazione alle sfide della condizione adulta. Considerando il potenziale educativo e lavorativo di un giovane che manifesta una compromissione a livello della memoria, delle abilità di apprendimento o delle motivazioni, la perdita di risorse umane e i costi sociali conseguenti si riveleranno negli anni sempre più drammatici



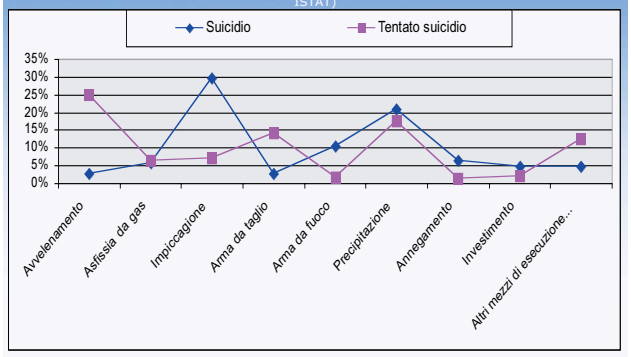
Numero di suicidi e tentati suicidi in Italia negli anni 1983, 1992, 2002

Dati ISTAT



	1983	1992	2002
Suicidi	2.851	4.038	2.949
Tentativi di suicidio	1.806	2.474	2.966

Suicidi e tentativi di suicidio accertati in Lombardia dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per alcune notizie sul fatto. Anno 2003 Regione Lombardia (Dati ISTAT)



Il futuro della farmacoterapia con antidepressivi

Nonostante ci siano molti farmaci e psicoterapie disponibili per il trattamento della depressione, la cura dei soggetti depressi è ancora lontana dall'essere ottimale..... può solo migliorare gli outcome se applicata razionalmente e in collaborazione con il paziente.

Baldwin 2003

Epidemiologia del tentato suicidio in adolescenza

Cenni sul suicidio giovanile

Il suicidio è un fenomeno adulto e maschile

Età più colpita: 25 – 54 anni
Rapporto M/F da 2:1 a 4:1

L'Italia è un paese a basso tasso

6 ragazzi e 2 ragazze ogni 100.000 ab. (età 15 –24,Cantor)

Tuttavia il suicidio giovanile

è in aumento: dal1952 a 1995 tasso triplicato nei < 25 anni maschi

è una delle prime cause di mortalità: seconda causa di morte tra 15 - 24 anni i età

presenta rischi di contagio

Il TS come fattore di rischio

Il TS è il più importante indicatore di rischio suicidale

Il 40 – 60 % delle morti è preceduta da almeno un tentativo di suicidio

Un t.s. eleva la probabilità di morte di 15 volte per i ragazzi, di 9 per le ragazze

Variabili correlate al suicidio ma non predittive ⇨

Psicopatologia
Eventi di vita
Variabili socio economiche

Caratteristiche del TS

E' tipicamente giovanile ⇨

Relazione fra t.s. e suicidi:
adulti 20:1
giovani < 25 40–100 : 1 (Fonagy)
100-200 :1 (OMS)

E' tipicamente femminile ⇨

Rapporto F / M da 2:1 a 10:1
Tendenza a una riduzione delle differenze

E' un fenomeno ripetuto ⇨

Il 50% degli adolescenti con ts, ritenta entro due anni dal primo gesto

L'avvelenamento è il metodo più diffuso

I dati ufficiali in Italia

Minori di 18 anni ⇨

valore medio 119 t.s. all'anno
tasso **4- 6 ogni 100.000** ragazzi stessa età

1990	82
1991	103
1992	110
1993	**155**
1994	141
1995	147
1996	145
1997	122
1998	116
1999	117
2000	110
2002	85

Minori di 24 anni

aumento numerico rispetto ai < 18

Nel caso dei t.s., la sottostima del fenomeno appare ancor più drammatica e fuorviante che nel caso del suicidio

Verso una stima dei t.s.

Due linee di ricerca

Registrazioni nei centri sanitari
Pronto soccorso, medici di base, reparti psichiatria, neuropsichiatria infantile
Vantaggi
Decodifica di situazioni ambigue
Limiti
Solo ts con conseguenze sanitarie

Questionari self –report
Somministrati a scuola, su larga scala, anonimi
Vantaggi
Grandi popolazioni giovanili
Limiti
Drammatizzazione risposte

sottostima **sovrastima**

Rilevazioni nei centri sanitari

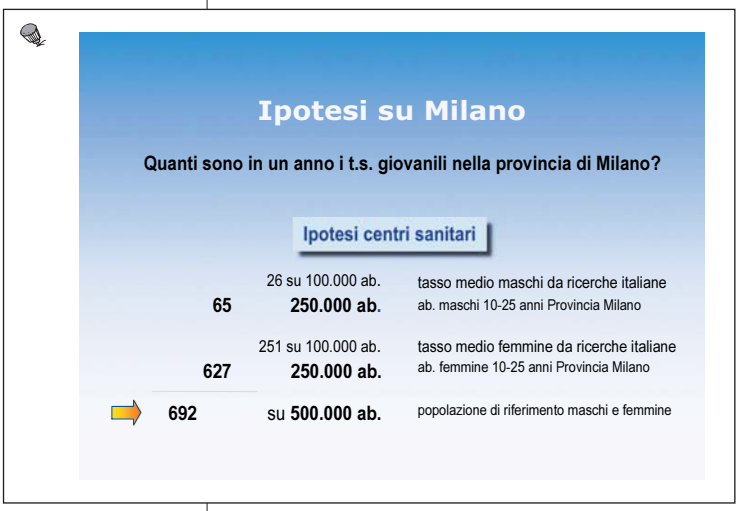
Paese	Anno	Ts maschi / 100.000	Ts femmine / 100.000
Norvegia	1991	85	230
Danimarca	1991	60	206
Olanda	1989-92	44	192
Svizzera	1989-90	76	279
Svezia	1989-91	74	220
Finlandia	1989-93	230	277
Inghilterra	1989-92	300	790
Italia (Padova)	**1991**	**17**	**188**
Italia (Rimini)	**1997-98**	**35**	**314**

Frequenza t.s. in età 15 – 19 , n° ogni 100.000 abitanti stessa età

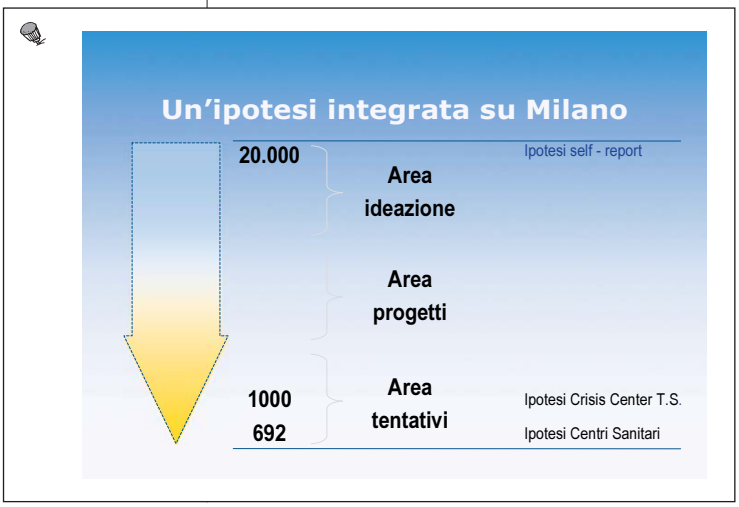
Studi self-report

Paese	Anno	Età	T.s. M e F/100
Svizzera	1997	15 – 20	3,0 %
Svizzera	1996	14 – 19	2,3 %
Danimarca	1996	15 – 24	5,0 %
N. Zelanda	1995	16	3,0 %
N. Zelanda	2001	21	7,5 %
Australia	1997	15 - 16	5,1%
Canada	1995	14 - 18	2,0 %
Italia (PV)	**1996**	**13 –19**	**2,8 %**
Italia (Bo)	**2000**	**15 - 16**	**5 %**

Percentuale dei soggetti che dichiarano di aver tentato il suicidio negli ultimi 12 mesi

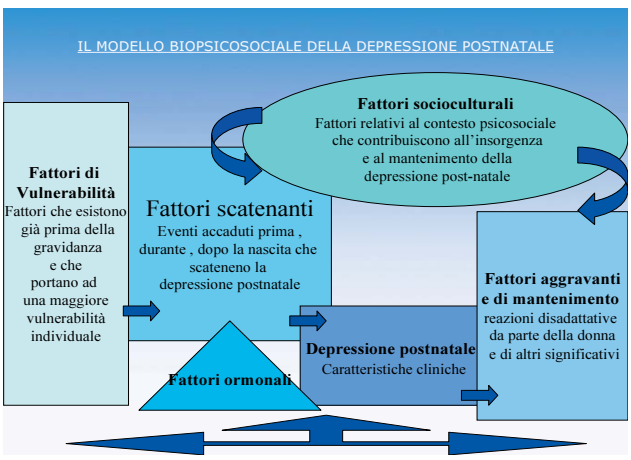

Ipotesi su Milano
Quanti sono in un anno i t.s. giovanili nella provincia di Milano?
Ipotesi centri sanitari
26 su 100.000 ab.
tasso medio maschi da ricerche italiane
65
250.000 ab.
ab. maschi 10-25 anni Provincia Milano
251 su 100.000 ab.
tasso medio femmine da ricerche italiane
627
250.000 ab.
ab. femmine 10-25 anni Provincia Milano
692
su 500.000 ab.
popolazione di riferimento maschi e femmine

Ipotesi su Milano
Ipotesi self - report
Popolazione di riferimento
Soggetti di età compresa tra i 10-25 anni Provincia Milano
500.000
Percentuale italiana di t.s. da self-report
4 %
!!
20.000


Un'ipotesi integrata su Milano
20.000
Ipotesi self - report
Area ideazione
Area progetti
1000
Area tentativi
Ipotesi Crisis Center T.S.
692
Ipotesi Centri Sanitari

LE MANIFESTAZIONI PSICHICHE NEI CICLI VITALI DELLA DONNA
Fasi di passaggio tra normalità e patologia
a cura di
Claudio Mencacci
Roberta Annivemo
PACINIeditore
MEDICINA

DEPRESSIONE POST-PARTUM
" UN LADRO CHE RUBA LA MATERNITA'
"


IL MODELLO BIOPSICOSOCIALE DELLA DEPRESSIONE POSTNATALE
Fattori socioculturali
Fattori relativi al contesto psicosociale che contribuiscono all'insorgenza e al mantenimento della depressione post-natale
Fattori di Vulnerabilità
Fattori che esistono già prima della gravidanza e che portano ad una maggiore vulnerabilità individuale
Fattori scatenanti
Eventi accaduti prima , durante , dopo la nascita che scateneno la depressione postnatale
Depressione postnatale
Caratteristiche cliniche
Fattori aggravanti e di mantenimento
reazioni disadattative da parte della donna e di altri significativi
Fattori ormonali

MATERNITY BLUES

- Con il termine tristezza post-partum si intende una sindrome benigna e transitoria in cui coesistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi psichici
- La sintomatologia è caratterizzata da:
  - deflessione timica con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
  - labilità emotiva, disforia, ansia
  - insonnia, calo ponderale
  - **si evidenzia generalmente al 3-4 giorno dopo il parto, risolvendosi spontaneamente entro una settimana**

E' importante identificare le donne con maternity-blues poiché il 20% di esse presentano un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto

(Kennerly & Gath,'89; Najman et al 2000)

FATTORI DI RISCHIO

- **PREDISPONENTI**
  vulnerabilità neurobiologica a depressione ed ansia
- **PRECIPITANTI**
  caduta di estrogeni dopo il parto
  bambino prematuro in cura intensiva/ problematico
  gravidanza non desiderata
- **DI MANTENIMENTO**
  Mancata diagnosi
  Mancanza di supporto, difficoltà socioeconomiche

(A. Grazziottin 2005)

PREVALENZA – IMPATTO DELLA PRECEDENTE STORIA PSICHITRICA

Storia di depressione maggiore	25%
Storia di depressione post-partum	50%
Depressione maggiore in gravidanza	33%
Nessuna storia di depressione	2 - 5%

FATTORI DI RISCHIO

Beck CT: Predictor of post-natal depression:an update, Nurs res, 2001

- Anamnesi psicopatologica positiva per depressione
- Anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici
- Disforia premestruale
- Sentimenti ambivalenti, modalità ansioso-depressive durante la gravidanza
- Gravidanza non desiderata, giovane età
- Maternity blues
- Breve intervallo tra le gravidanze
- Eventi di vita stressanti
- Basso peso neonatale(Barynn et al, 1999)
- Frequenti problemi di salute del bambino(Mandi et al,1999)
- Rapporti conflittuali con compagno/ difficoltà di relazione con il bambino

DEPRESSIONE POST PARTUM

- Esordisce generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto e la sintomatologia diventa ingravescente manifestandosi clinicamente verso il 4-5 mese
- la massima frequenza corrisponde ad un periodo che va dai tre mesi ai sei mesi dopo il parto, con segnalazioni di casi anche fino ai nove mesi dal parto.
- La sua incidenza varia dal 9 al 22% e si manifesta prevalentemente nel **primo trimestre post-partum**

DEPRESSIONE PUERPERALE

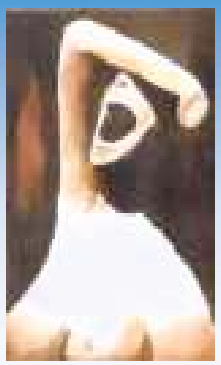
- Ha le caratteristiche della depressione maggiore
- La donna presenta **per almeno 2 settimane** :
  - Umore disforico
  - Mancanza di piacere ed interesse nelle abituali attività
  - Almeno 4 dei seguenti sintomi:
- Dist. del sonno, dell'appetito, iperattività motoria o letargia, stanchezza
- difficoltà di concentrazione, sensi di colpa, bassa autostima, sentimenti di impotenza e disvalore, pensieri suicidi

Non trattata dura 6 mesi o più
Il 25% ne soffre oltre l'anno

(Morris- Rush et Al, 2003; Grazziottin 2003)

PSICOSI POST-PARTUM

- L'esordio di solito inizia 3 settimane dopo il parto e spesso anche nell'arco di pochi giorni
- I sintomi includono deliri, allucinazioni, oscillazioni timiche dalla depressione, all'irritabilità all'euforia, disturbi del sonno e rimuginazioni ossessive sul bambino



LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel postpartum diminuisce la capacità di prendersi cura del neonato in modo adeguato
- Whiffen e Gothb (1989) trovarono che le madri con depressione postpartum percepivano i loro bambini di due mesi come piu "seccanti" ed avevano più difficoltà nell'accudimento del bambino

LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- In una coorte di 193 donne puerpere inglesi, le 112 intervistate rispetto alle percezioni provate verso il nascituro dopo la prima settimana dal parto **il 40% delle primipare ed il 25% delle multipare riferivano un'iniziale sensazione di indifferenza** verso il bambino
- A **tre mesi** dal parto le madri che erano risultate clinicamente depresse esprimevano più facilmente **sentimenti di indifferenza e di rifiuto** verso il loro bambino rispetto alle madri non depresse

Robson and Kumar, 1980

LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel post-partum sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'adeguata relazione con il proprio figlio.
- Nel periodo postpartum le madri depresse manifestano difficoltà nell'interazione con i loro neonati, incluso un minore contatto visivo durante l'allattamento (Livingood, Dean, Smith, 1983) e minore piacevolezza e reciprocità (Field, 1984; Field et al, 1985)

IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- I figli di madre depressa tendono ad essere scontenti, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei controlli di madri serene

A. Grazziottin 2005

IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio prospettico americano su 49 donne sposate, caucasiche, primipare alla 6a settimana postpartum:

✓ Condizioni di stress nel bambino (complicazioni perinatali e temperamento) erano significativamente associati alla depressione puerperale

✓ I bambini di madri depresse venivano sgridati con più difficoltà, risultavano lamentosi e poco adattabili rispetto a bambini di madri non depresse

Hopkins et al, 1987

IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio australiano ha confrontato i bambini che piangono di madri con depressione puerperale (29) rispetto a madri non depresse (44).

✓ A tre mesi i neonati di madri depresse piangono significativamente di più dei bambini di madri non depresse mentre a sei mesi si osservava una piccola differenza rispetto ai due gruppi in relazione al pianto del bambino

✓ Non si osservavano differenze significative rispetto al temperamento dei neonati nei due gruppi

Milgrom et al 1995

IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- Uno studio canadese ha reclutato 113 donne durante la gravidanza di queste 88 donne hanno completato lo studio con questionari (GHQ, STAI, Pitt Depression) alla 33esima 36esima settimana di gestazione ed a 5 mesi dopo il parto

✓ Una riduzione dell'umore nel puerperio ed un aumento dell'ansia sono risultati significativamente correlati ad un aumento di comportamenti del neonato quali: frequenza del pianto, aumento dei tempi di addormentamento, modalità lamentose, e coliche.

Miller et al 1993

IL NEONATO E LA MADRE DEPRESSA

CS. Minkovitz et Al. 2005

- I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure
- Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni
- Significativo aumento di abuso fisico (Tatano Beck, 2003)

L'invecchiamento della popolazione mondiale è un fenomeno globale che produce vaste conseguenze economiche, sociali e politiche.
Una persona su 10 ha oggi oltre 60 anni.

Entro il 2050 un individuo su 5 avrà dai 60 anni in su.

La popolazione anziana è sempre più urbanizzata.
Dal 2010 la gran parte della popolazione anziana nel mondo - il 51% - vivrà in aree urbane.
Attualmente le persone dagli 80 anni in su rappresentano l'11% della popolazione ultra sessantenne

Entro il 2050 gli ultra ottantenni rappresenteranno il 27% di questa fascia demografica.

La maggior parte degli anziani - il 55% - sono donne.
La maggior presenza di donne rispetto agli uomini sale al 65% tra gli ultra ottantenni.
Nel 1990 si contavano circa 8 milioni di "ultra anziani" aventi più di 80 anni.
Nelle proiezioni questa cifra sale rapidamente fino a:
- 25 milioni nel 2010
- 60 milioni nel 2030
- 160 milioni nel 2050

Benché varie forme di disturbi mentali possano insorgere tardi, essi non sono una componente inevitabile del processo di invecchiamento.

Ciononostante si calcola che, dei 32 milioni di americani sopra i 65 anni:
- 4 milioni soffrano di disturbi che riducono
  alla demenza (malattia di Alzheimer)
- 5 milioni (circa) provino gravi sintomi depressivi
- 1 milione soffrano di depressione maggiore

Un recente sondaggio commissionato dalla Geriatric Psychiatry Alliance ha rilevato che il 93% degli americani ritiene che la depressione sia una reazione "normale" e inevitabile alla malattia e non una malattia in sé.
La verità è che, a prescindere dall'età e dalle situazioni, la depressione non è "normale".
E' una malattia che può essere trattata efficacemente.

La depressione è il disturbo più comune e la prima causa di suicidio tra gli anziani.

Benché solo il 13% della popolazione statunitense superi i 65 anni di età, il 20% di tutti i suicidi si riscontra in questa fascia di età.
Negli uomini di 75 anni e più, il tasso di suicidi è più alto che in qualsiasi altro gruppo di età, a livello mondiale.
Il 90% di quelli che si suicidano soffre di almeno una malattia mentale diagnosticabile o di un disturbo da abuso di sostanze.

GLI ADULTI ANZIANI
DI FRONTE ALLA DEPRESSIONE

Dati relativi a depressione e adulti anziani:

- **La depressione in tarda età colpisce circa 6 milioni di adulti, ma solo il 10% di essi viene curato.**
- **La depressione non è un fenomeno da considerarsi normale nella vecchiaia, contrariamente a quanto crede il 58% degli adulti anziani.**
- **Sintomi depressivi sono presenti in circa il 15% dei membri di una collettività con altre 65 anni di età. La frequenza di stati depressivi negli istituti per malati cronici sale in alcune aree fino al 25%.**
- **La frequenza di suicidi negli adulti anziani è di oltre il 50% più elevata di quella di tutta la popolazione.**

Depressione e patologie mediche

- L'ambiente in cui è trattata la patologia medica può indurre depressione per….
  - ✓Isolamento
  - ✓Deprivazione affettiva e sensoriale
  - ✓Rinforzo di dipendenza

LA DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

- Comune e trattabile
- Sottodiagnosticata e sottotrattata
- Ad elevato rischio suicidario
- Ad elevato tasso di ricadute
- Peggiora la prognosi delle malattie somatiche
- Non è una risposta normale alla vecchiaia

L'INVECCHIAMENTO AUMENTA IL RISCHIO DI DEPRESSIONE?

L'età, di per sé, non è un fattore di rischio associato a depressione.
Gli anziani in buona salute e con un funzionamento normale, non hanno un rischio più elevato di sviluppare depressione rispetto agli adulti giovani.
Sono i fattori associati legati a problemi di salute, disabilità funzionale e isolamento sociale che aumentano il rischio di depressione.

Robert E. Roberts (Am J Psy, 1997)

LA DEPRESSIONE FA MALE COME IL FUMO

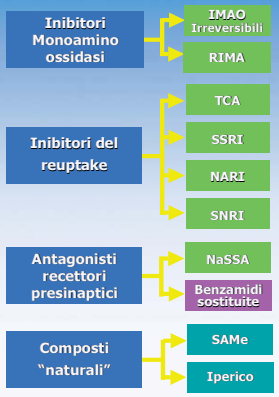
I soggetti depressi insieme
ai soggetti fumatori hanno
una probabilità del 34% maggiore della
norma di andare incontro
a patologie croniche.

Michigan University 1999

L'Evoluzione degli Antidepressivi

- 1950 → MAOI
- 1960 → Triciclici
- 1970 → Eterociclici
- 1980 → SSRI
- 1990 → SNRI, NaRI, NaSSa
- 2000 → Escitalopram

Documentazione sulla efficacia degli AD



- Evidenze forti
- Evidenze deboli
- Mancanza di evidenze

Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders. A systematic review

JR Geddes

(Lancet febb 2003

Review di 32 RCT su un totale di 4410 pazienti

	N° STUDI
TRICICLICI	15
MAOI	4
SSRI	10
NARI	2
(ALTRI)	1
TOT.	32

Conclusioni (1)

Il prolungamento della terapia antidepressiva riduce del 70% il rischio di ricadute, con mantenimento dell'effetto protettivo fino a 36 mesi.

Geddes, 2003

TERAPIE DI MANTENIMENTO: DURATA e STRATEGIE

Strategie psicologiche :a)Terapia Combinata
b)Terapia Sequenziale

Strategie psicoeducazionali

Strategie per compliance (concordance + adherence)

Interventi psicosociali

- Psicoterapia interpersonale
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoeducazione
- Auto-aiuto

Le Psicoterapie Individuali (APA)

- Le Tecniche comportamentali (BT)
- Le Terapie Cognitive (CT)
- La Psicoterapia Interpersonale (IPT)
- La Psicoterapia Psicodinamica breve (BPT)

Le Psicoterapie Individuali per DDM

- BT efficacia riscontrabile nei casi con minore gravità iniziale del DD
- CT è sovrapponibile ai farmaci e alle altre psicoterapie, meglio dell'assenza di trattamento o a trattamenti blandi. Indicata in DDM+D.EvitanteP
- IPT più efficace della CT nei pazienti con DDM e tratti ossessivi di personalità
- BPT non ancora adeguatamente provata nella fase acuta con studi controllati

Le Psicoterapie Individuali per DDM

- Nella terapia in fase acuta DDM (moderata) i dati indicano che gli interventi psicoterapici hanno complessivamente un'efficacia analoga a quella degli antidepressivi. BT e CT risultati analoghi a IPT e BPT
- Nella terapia DDM (Grave) il trattamento farmacologico è di pari efficacia rispetto alla IPT , ma superiore alla CT/BT.

TERAPIA COMBINATA
(prescrizione simultanea di farmaci e psicoterapia)

- DDM lieve o moderato : i dati non consentono di stabilire una significativa superiorità della terapia combinata rispetto ai trattamenti singoli
- DDM grave, ricorrente, cronico: la terapia combinata sembra rappresentare un intervento effettivamente vantaggioso rispetto ai farmaci o alla psicoterapia applicati singolarmente.

Terapia Sequenziale

(fase terapia in acuto con farmaci ed una terapia di continuazione e mantenimento di tipo psicoterapico)

a)I vantaggi dipenderebbero dal fatto che i farmaci in fase acuta indurrebbero un iniziale miglioramento clinico, con successiva mobilitazione delle risorse e delle motivazioni del pz.che favorirebbe l'esito del successivo intervento psicoterapico.

b) I pazienti che beneficiano meglio della integrazione
psicoterapia + farmacoterapia sono quelli che non
ottengono una remissione completa
dopo il primo trattamento

(Frank)

Rischio di cronicizzazione

- I disturbi dell'umore hanno un esito a lungo termine più cronico di quanto comunemente si ritenga
- Nei follow up a 11-27 anni (Angst 1996) la percentuale di cronicità era dell' 11 - 25 %
- Nello studio NIMH-CDS (Keller 1998) dopo 5 anni il 12% non era ancora guarito
- La prevenzione delle ricorrenze è un passo importante per ridurre il rischio crescente di cronicità

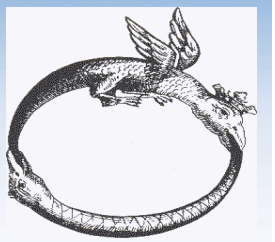
"Se la terapia antidepressiva riduce semplicemente i sintomi depressivi, la difficoltà sociale potrebbe persistere e portare a ulteriori cadute personali e professionali e a cicli di demoralizzazione"

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Se ci sono tanti antidepressivi disponibili perchè ne abbiamo bisogno di nuovi?

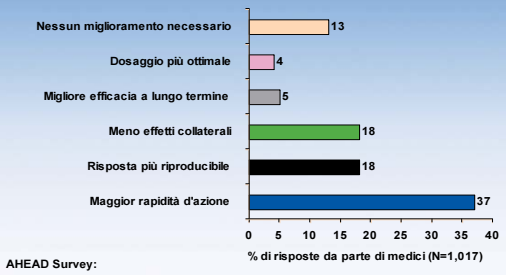
Limiti degli Attuali Antidepressivi

- Latenza di Risposta
- Incremento di Dosaggio
- Effetti Collaterali
- Sintomi residui
- Scarsa Adesione: in acuto e nel lungo periodo (Greden 2002)



Come migliorare la compliance?

Fattori che migliorerebbero la soddisfazione del paziente con i nuovi antidepressivi



AHEAD Survey:

Austria, France, Germany, Great Britain, Italy, Spain, Sweden, Switzerland

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks, 2003

Il Punto di Vista dello Psichiatra

Efficacia clinica

Rapidità di azione

Tollerabilità

Depressione: Quale Antidepressivo ?

- Efficace
- Ben tollerato
- Senza effetti di tipo cognitivo
- Sicuro in overdose
- Privo di interazioni farmacologiche

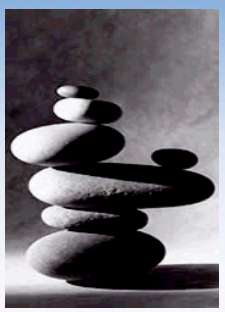
Valutazione della Efficacia

Escitalopram vs Citalopram

- Escitalopram ha dimostrato superiorità statistica nella variazione del punteggio totale MADRS alla ottava settimana
- ha dimostrato una significativa riduzione dei sintomi depressivi già dopo una settimana di trattamento
- determina un miglioramento statisticamente significativo dell' item tensione interna alla prima settimana
- assicura percentuali di risposta e remissione statisticamente superiori a citalopram
- ha dimostrato maggiore efficacia nella sottopopolazione con MADRS ≥ 30

Studi di confronto

- **Escitalopram vs Venlafaxina XR**

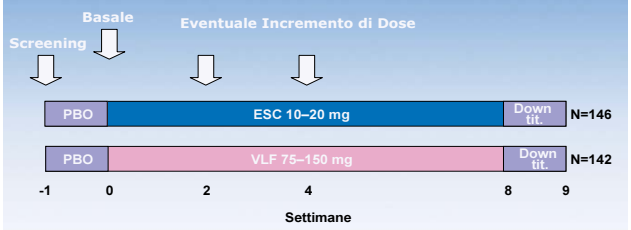


Escitalopram vs Venlafaxina XR

Sono stati condotti due studi:

Autore	Confronto	Schema	Durata
Montgomery et al, 2003	Escitalopram 10-20 mg/die vs Venlafaxina XR 75-150 mg/die	Dose flessibile	8 settimane + 1 settimana riduz dose
Bielski et al, 2003	Escitalopram 20 mg/die vs Venlafaxina XR 225 mg/die	Dose fissa	8 settimane

Escitalopram vs Venlafaxina XR

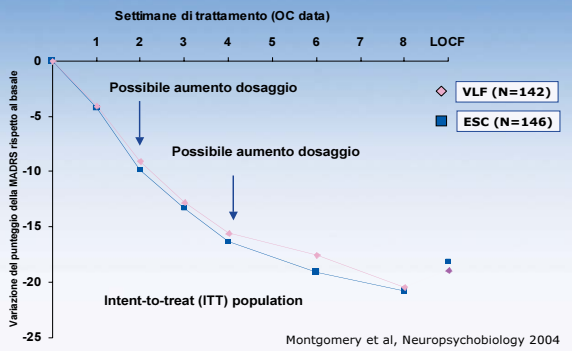


Montgomery et al., SCNP 2003

Disegno

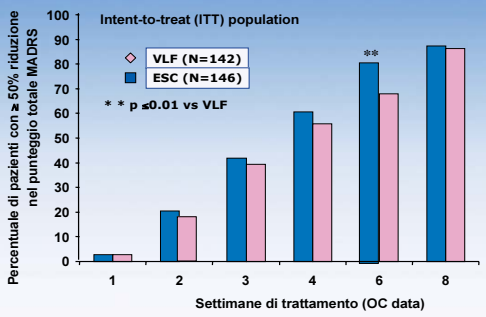
- **Studio doppio cieco randomizzato**
- **8 settimane trattamento e 1 settimana di *down titolation***
- **Dose flessibile**
  - 10–20 mg escitalopram
  - 75–150 mg venlafaxina XR
  - (eventuale incremento di dose a 2 o 4 settimane in base alla CGI-I)
- **Depressione Maggiore**
- **N = 288 pazienti**
- **Parametro di efficacia primario: MADRS**

Escitalopram vs Venlafaxina XR: Punteggio MADRS



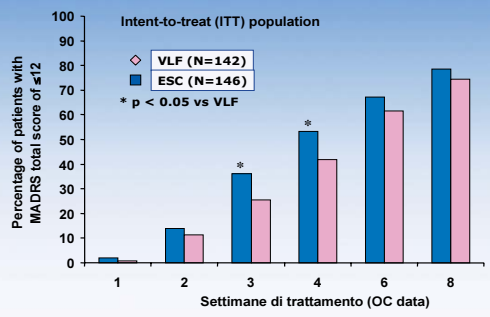
Montgomery et al, Neuropsychobiology 2004

Escitalopram vs Venlafaxina XR: risposta



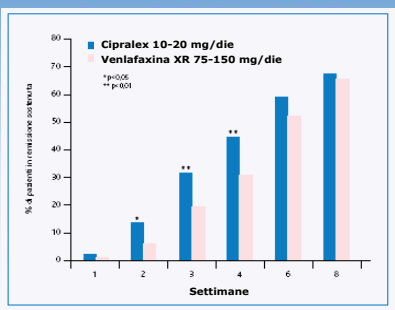
Montgomery et al, SCNP 2003

Escitalopram vs Venlafaxina XR: remissione



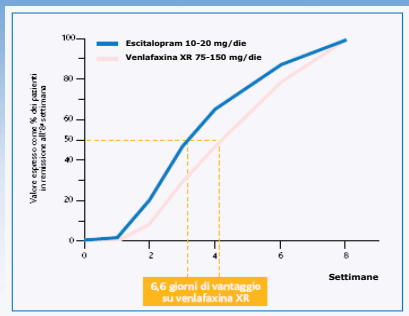
Montgomery et al, SCNP 2003

Remissione Sostenuta



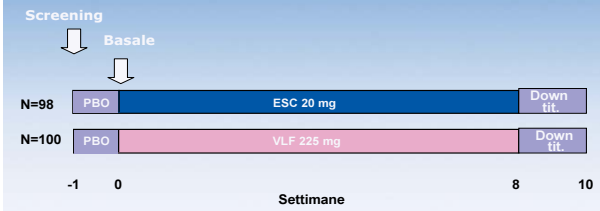
Montgomery et al, Neuropsychobiology 2004

Remissione Sostenuta



Montgomery et al, Neuropsychobiology 2004

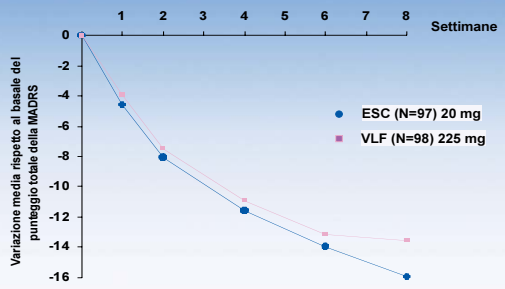
Escitalopram vs Venlafaxina XR



Disegno

- **Studio doppio cieco randomizzato**
- **8 settimane trattamento**
- **Dose fissa**
  - 20 mg escitalopram
  - 225 mg venlafaxine XR
- **Depressione Maggiore (HAMD ≥20)**
- **N = 198 pazienti**
- **Età: 18–65 anni**
- **MADRS, HAMD, CGI-I, CGI-S**

Escitalopram vs Venlafaxina XR: Punteggio MADRS



Bielski et al, ECNP 2003

Parametri d'efficacia

Variazione (media ± DS) dei principali parametri di efficacia dal basale all'endpoint

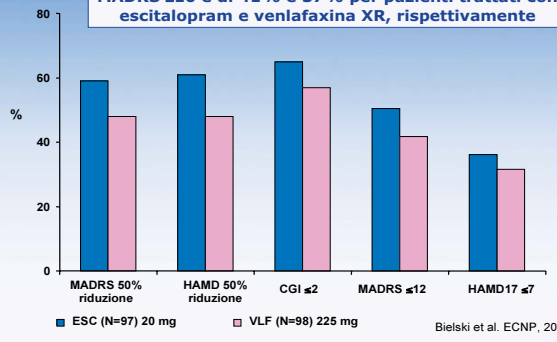
Variazione vs Basale	Escitalopram (N=97)	Venlafaxina XR (N=98)
MADRS	-15.9 ± 1.1	-13.6 ± 1.0
HAMD	-14.9 ± 0.9	-12.9 ± 0.9
CGI-I*	2.2 ± 0.1	2.4 ± 0.1

***Per CGI-I, i valori rappresentano i punteggi medi all'endpoint**

Bielski et al, ECNP 2003

Frequenza di risposta e remissione

All'endpoint la percentuale di pazienti con una MADRS ≤10 è di 41% e 37% per pazienti trattati con escitalopram e venlafaxina XR, rispettivamente

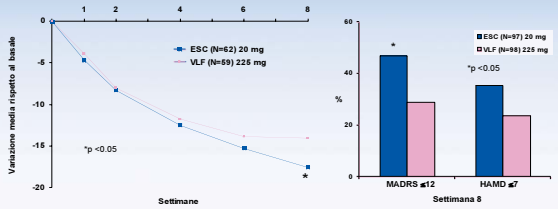


Bielski et al. ECNP, 2003

Pazienti severamente depressi: MADRS ≥30

A: La variazione del punteggio MADRS a fine trattamento è risultata significativamente superiore con escitalopram rispetto a venlafaxina

B: A fine trattamento escitalopram ha dimostrato una differenza statisticamente significativa in termini di remissione (MADRS)



Bielski et al, ECNP 2003

Valutazione della Efficacia

vs Venlafaxina XR 75-150 mg/die

- **Escitalopram 10-20 mg/die mostra un'efficacia almeno sovrapponibile a venlafaxina XR nel miglioramento della sintomatologia depressiva**
- **Escitalopram 10-20 mg/die mostra percentuali di remissione sempre numericamente superiori e statisticamente superiori a partire dalla terza settimana**
- **I pazienti trattati con Escitalopram raggiungono la remissione sostenuta 6.6 giorni prima di quelli trattati con Venlafaxina XR**

Valutazione della Efficacia

vs Venlafaxina XR 225 mg/die

- **Escitalopram 20 mg/die mostra un'efficacia sovrapponibile a venlafaxina XR nel miglioramento della sintomatologia depressiva**
- **Escitalopram 20 mg/die dimostra una maggiore efficacia rispetto a venlafaxina XR sulla popolazione severa (punteggio MADRS all'endpoint e percentuali di remissione)**

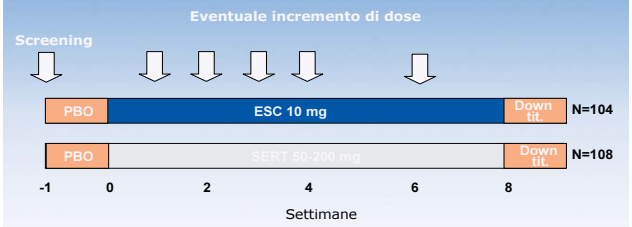
Studi di confronto

- **Escitalopram vs Sertralina**

Disegno

- **8 settimane di trattamento in doppio cieco dopo una settimana di placebo in singolo cieco**
- **Dose: 10mg/die escitalopram**
  50–200 mg/die sertralina
- **Disturbo Depressivo Maggiore (MADRS ≥22)**
- **Età: 18–80 anni**
- **Valutazione: MADRS, HAMD, HAMA**
- **Criteri di risposta e remissione:≥ 50% del miglioramento alla MADRS o MADRS ≤ 10**

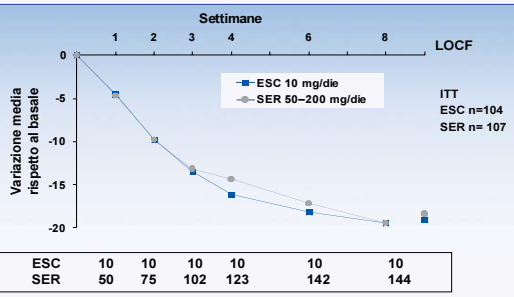
Escitalopram vs Sertralina



Alexopoulos et al, ACNP 2003

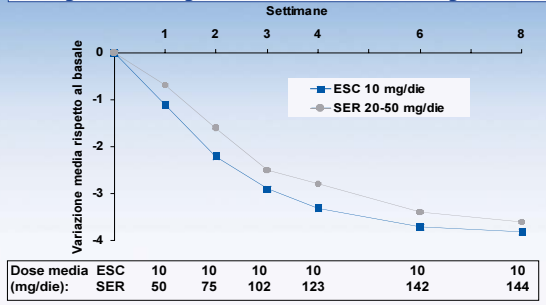
Escitalopram vs Sertralina: Punteggi MADRS

Sia escitalopram che sertralina hanno determinato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva



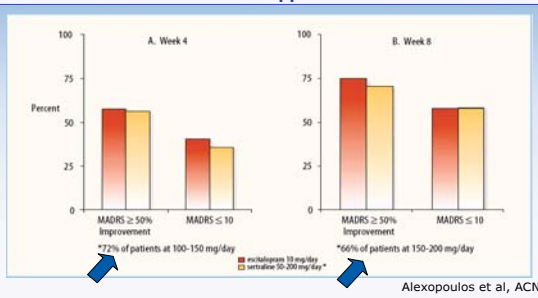
Escitalopram vs Sertralina: Punteggi HAMD-ansia

Sia escitalopram che sertralina hanno determinato un significativo miglioramento della sintomatologia ansiosa



Escitalopram vs Sertralina:
Frequenza di risposta e remissione

La frequenza di risposta e remissione della sintomatologia alla 4a e all'8a settimana nei due gruppi di trattamento è sovrapponibile



Alexopoulos et al, ACNP 2003

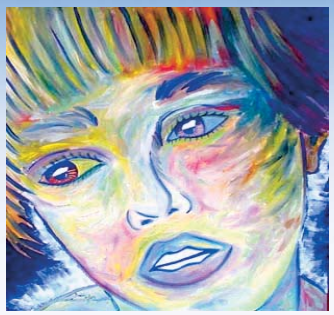
Valutazione della Efficacia

vs Sertralina 50-200 mg/die

- **Escitalopram alla dose fissa di 10 mg/die è risultato equivalente a sertralina in termini di:**

  Efficacia antidepressiva
  Miglioramento della sintomatologia ansiosa

SPM - PMDD



SSRI e SPM

- In questi ultimi 10 anni almeno 15 studi clinici controllati in doppio cieco verso placebo sono stati effettuati per valutare l'efficacia di SSRI o Triciclici nella SPM/PMDD.
- Tutti gli antidepressivi a profilo serotoninergico studiati hanno mostrato una risposta di efficacia superiore al placebo di circa 60% (Sundblad et al, 1992, Dimmock et al, 2000, Freeman et al 2001)

Luteal Phase versus Symptom-Onset Dosing with Escitalopram for Premenstrual Dysphoric Disorder: A Preliminary Study

E. W. Freeman 2004

Disegno

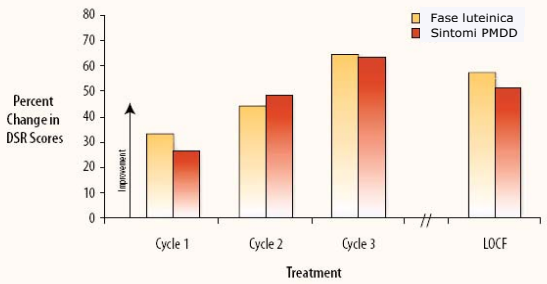
- Studio in doppio cieco randomizzato della durata di 3 cicli mestruali
- 27 donne affette da Disturbo Disforico Premestruale (PMDD)
- Dose flessibile
  escitalopram 10-20 mg/die
  placebo
- N= 13 escitalopram o placebo durante tutta la fase luteinica
  N= 14 escitalopram o placebo solo all'insorgenza dei sintomi PMDD
- parametro di efficacia primario: DSR

Baseline Characteristics

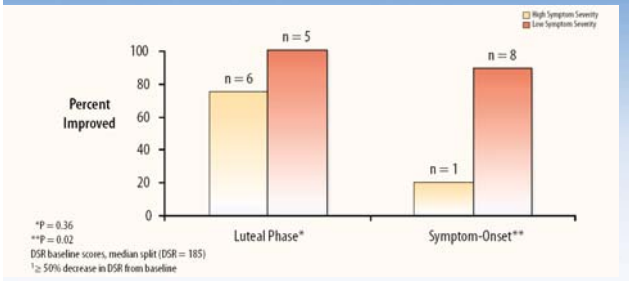
	Luteal Phase (N = 13) Mean (SD)	Symptom-Onset (N = 14) Mean (SD)
Age (years)	32.8 (7.6)[1]	36.1 (4.3)[2]
DSR, Premenstrual (average of 3 cycles)	193 (57)	170 (59)
DSR, Postmenstrual (average of 3 cycles)	40 (34)	26 (28)
CGI-S	6.0 (1.2)	5.3 (1.1)
Duration of PMS (years)	15.4 (20.2)	15.5 (22.0)

[1]Age range, 20-44 years; [2]Age range, 27-40 years

Percent Change From Baseline in Total Premenstrual DSR Scores



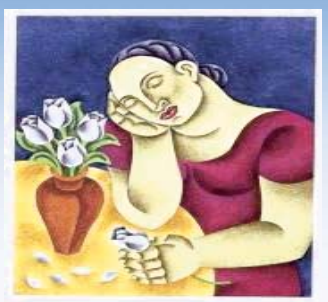
Percent Improved at Treatment Endpoint (LOCF) by Symptom Severity and Dosing Regimen



Valutazione dell'Efficacia

- I sintomi del PMDD sono migliorati, durante il trattamento con escitalopram, in modo sovrapponibile in entrambi i regimi di somministrazione (continuata o intermittente)
- Donne con sintomi più severi del PMDD hanno risposto meglio al trattamento continuativo con il farmaco durante tutta la fase luteinica
- Escitalopram è risultato ben tollerato durante tutto il trattamento

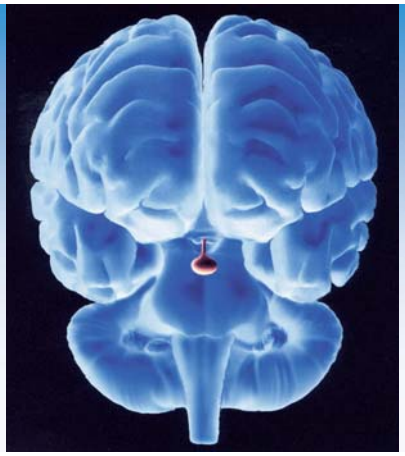
MENOPAUSA



EFFICACY OF CITALOPRAM AS A MONOTHERAPY OR AS AN ADJUNTIVE TREATMENT TO ESTROGEN THERAPY FOR PERIMENOPAUSAL AND POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH DEPRESSION AND VASOMOTOR SYMPTOMS

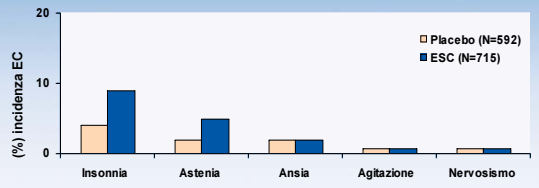
Soares CN, Poitras JR, Prouty J, Alexander AB, Shifren JL, Cohen LS. J CLIN PSYCHIATRI 2003

- Il Citalopram ha mostrato di essere efficace sia in monoterapia che in aggiunta alla terapia estrogenica, non solo sui sintomi depressivi, ma anche su quelli vasomotori già a basso dosaggio (20 mg/die); inoltre questa molecola presenta una peculiarità nelle donne "non responders"alla terapia estrogenica, mostrando un ottimo profilo di efficacia e di tollerabilità



Effetti collaterali a livello SNC vs placebo

Pooled data provenienti da diversi studi controllati vs placebo

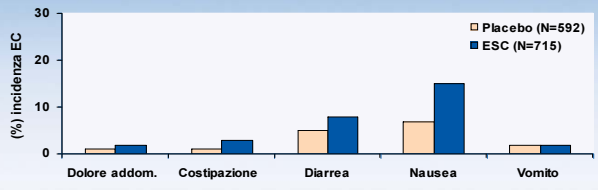


Nessun effetto collaterale a livello SNC è occorso con una incidenza superiore al 10% nei pts. trattati con escitalopram

Hakkarainen et al., WCBP 2001

Effetti collaterali a livello GI vs placebo

Pooled data provenienti da diversi studi controllati vs placebo

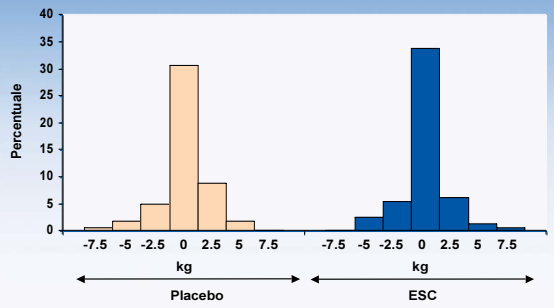


Un solo effetto collaterale è occorso con una incidenza superiore al 10% nei pts. trattati con escitalopram: nausea

Hakkarainen et al., WCBP 2001

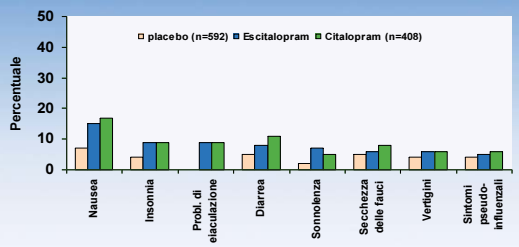
Effetto sul Peso corporeo

Studio europeo a dose fissa



Wade et al. Int Clin Psychopharmacol, 2002

Incidenza degli eventi avversi più comuni vs citalopram



Effetti collaterali più comuni comparsi in più del 5% dei pazienti in trattamenti per 8 settimane con Escitalopram o Citalopram verso placebo. Dati provenienti dal database degli studi registrativi di Escitalopram. Problemi di eiaculazione: % di pazienti di sesso maschile (placebo n=188, Escitalopram n=225, Citalopram n=159)

Hakkarainen, WCBP 2001

Tollerabilità vs Venlafaxina

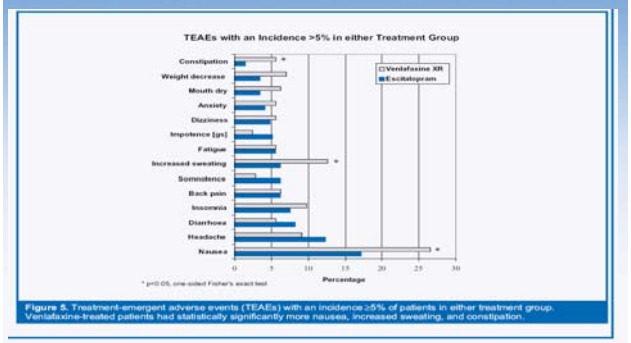
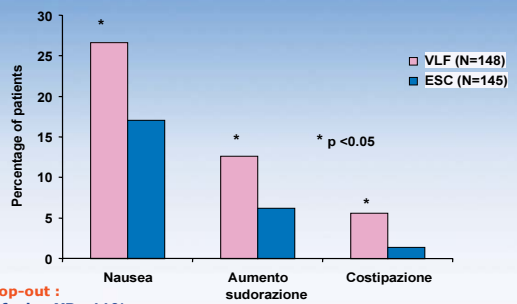


Figure 5. Treatment-emergent adverse events (TEAEs) with an incidence ≥5% of patients in either treatment group. Venlafaxine-treated patients had statistically significantly more nausea, increased sweating, and constipation.

Incidenza degli eventi avversi vs venlafaxina 75-150 mg/die



% Drop-out :
Venlafaxine XR: 11%
Escitalopram: 8%

Montgomery et al. SCNP, 2003

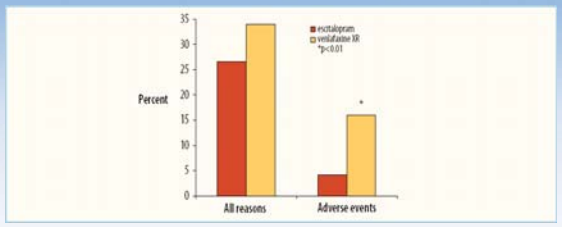
Incidenza degli eventi avversi vs venlafaxina 225 mg/die

Effetti Collaterali	Escitalopram (N=98)	Venlafaxina XR (N=100)
Nausea	6,1	24,0
Disturbi dell'Eiaculazione*	6,7	22,6
Sonnolenza	9,2	17,0
Secchezza delle fauci	12,2	16,0
Cefalea	15,3	14,0
Sudorazione eccessiva	5,1	11,0

***Percentuale di pazienti maschi**

Bielski et al, ECNP 2003

Incidenza degli eventi avversi vs venlafaxina



Incidenza degli eventi avversi vs sertralina

Effetti Collaterali	Escitalopram (N=104)	Sertralina (N=108)
Diarrea	13%	23%
Nausea	17%	17%
Insonnia	14%	17%
Riduzione Libido	10%	14%
Infezione alte vie respiratorie	10%	14%
Secchezza delle fauci	4%	14%
Cefalea	13%	10%
Sonnolenza	12%	6%

Alexopoulos et al, ACNP 2003

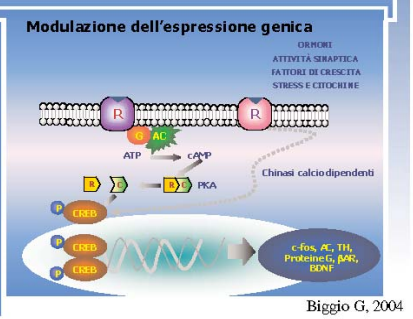
Valutazione della Tollerabilità

- **vs Venlafaxina 75-150 mg/die**
  Escitalopram 10-20 mg/die ha dimostrato differenze statisticamente significative favorevoli in termini di:
  - percentuale di drop-outs
  - incidenza di costipazione, sudorazione eccessiva e nausea
- **vs Venlafaxina 225 mg/die**
  Escitalopram 20 mg/die è significativamente meglio tollerato
- **vs Sertralina**
  Profilo di tollerabilità sovrapponibile

L'eterogeneità della risposta clinica agli AD e la suscettibilità agli effetti collaterali rappresentano i maggiori problemi clinici. È ragionevole supporre un contributo genetico a questa variabilità inter-individuale. Perciò un approccio farmacogenetico potrà inidirizzare il clinico nella scelta di una terapia il più possibile adeguata alle problematiche del singolo paziente.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla metodologia e a particolari fattori confondenti come la stratificazione della popolazione in esame.

La farmacogenetica può accelerare l'acquisizione di importanti dati il cui successo dipende però anche dalla disponibilità di campioni clinicamente significativi.



Biggio G, 2004

Il Punto di Vista del Paziente

Efficacia e Tollerabilità hanno lo stesso significato per chi sta "dall'altra parte" dell'antidepressivo?

Efficacia e tollerabilità: un altro punto di vista

Se uno di noi va dal medico per un dolore intensissimo e gli viene detto:

"ora le do un farmaco che dovrebbe essere efficace circa un terzo più del placebo, questa efficacia la osserverà tra 15-30 giorni, nel frattempo non avrà effetti collaterali se non, forse, cefalea, diarrea, nausea, vomito e diminuzione della libido, in alcuni casi fino all'impotenza."

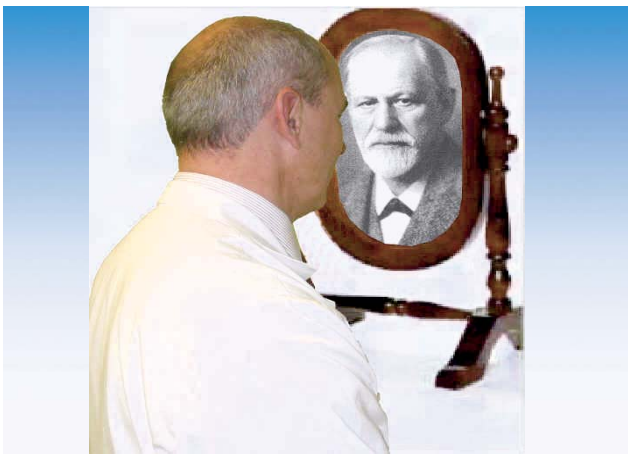
Come reagisce ?

Un farmaco scatena risposte individuali e diverse di paura..e speranza

La Soddisfazione del Paziente

Maggiore Attenzione alla Soggettività di chi abbiamo in cura

Risintonizzare i termini di efficacia e tollerabilità sulle necessità delle persone che abbiamo in cura



Quando ti chiedo di ascoltarmi

- *Quando ti chiedo di ascoltarmi*
- *E tu cominci col darmi consigli*
- *Non hai fatto ciò che ti ho chiesto*
- *Quando ti chiedo di ascoltarmi*
- *E tu inizi a dirmi perché non dovrei sentirmi in quel modo*
- *Stai calpestando i miei sentimenti*
- *Quando ti chiedo di ascoltarmi*
- *E tu senti che devi fare qualcosa per risolvere il mio problema*
- *Tu mi hai ingannato, per quanto strano possa sembrare.*
- *Quando tu fai qualcosa per me che io posso e ho bisogno di fare per me stessa*
- *Tu contribuisci alla mia paura e alla mia debolezza.*
- *E allora ti prego di ascoltarmi e di non fare altro che starmi a sentire.*
- *E se vuoi parlare, aspetta un minuto che giunga il tuo turno; ed io ti ascolterò.*

Irene Whitehill

Il più bello dei mari è quello che non navighiamo
Il più bello dei nostri figli non è ancora cresciuto
I più belli dei nostri giorni non li abbiamo ancora vissuti
E quello che vorrei dirti di più bello non Te l'ho ancora detto

(Nazir Hikmeth)

"Le difficoltà nella funzionalità sociale associate a disturbi depressivi sono serie e diffuse. Esse interessano non solo l'individuo, ma anche i matrimoni, le famiglie e l'ambiente di lavoro. Deficit nella funzionalità sociale spesso persistono dopo guarigione sintomatica; se non trattate, tali difficoltà persistenti possono contribuire a una prognosi negativa nel lungo termine nei pazienti depressi"

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

"Nella pratica clinica, si raccomanda che un approccio integrato includa una valutazione della funzionalità sociale oltre alla valutazione standard dei sintomi"

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000

Interventi psicosociali
• Psicoterapia interpersonale
• Terapia cognitivo-comportamentale
• Psicoeducazione
• Autoaiuto

Alcune forme di fragilità e di disagio psichico (ritardi mentali, autismo...) problematiche, cura e accompagnamento

ALDA PELLEGRI
Neuropsichiatria infantile, Presidente de "La Nostra Famiglia"

Tra le molte forme di fragilità e di disagio psichico il ritardo mentale (RM) è sicuramente la più frequente ed eterogenea. L'autismo infantile è un quadro clinico meno frequente, molto problematico, che inspiegabilmente sta aumentando. Dal punto di vista dell'espressione comportamentale è spesso una grave complicanza del ritardo mentale.

A) Problematiche

L'incidenza generale del ritardo mentale nella popolazione è del 3%, così distribuita (4):

87,7% - R.M. lieve	Quoziente Intellettivo 70 – 50
12,7% - R.M. medio	Quoziente Intellettivo 50 – 35
2,4 % - R.M. grave	Quoziente Intellettivo 35 – 20
1,2 % - R.M. gravissimo	Quoziente Intellettivo 20

Questi parametri sono indicati dall'OMS, ma non corrispondono più alla realtà di oggi, relativa a quella dei paesi più industrializzati. La diagnosi di RM viene fatta nell'età evolutiva, il livello prestazionale della media dei bambini che frequentano la scuola dell'obbligo è molto più elevato rispetto alla realtà degli anni in cui i parametri classifcativi sono stati definiti. I bambini di oggi sono infatti molto stimolati dalle numerose sollecitazioni verbali ed esperenziali che il mondo dei mass media e le informazioni mediatiche propongono. Il loro QI è pertanto mediamente molto elevato per cui il RM si sposta, relativamente al funzionamento comparato alla media, verso livelli più alti.

I soggetti indicati come normali perchè hanno un QI superiore a 70, anche se si collocano intorno ad un QI di 80 vengono definiti oggi "*borderline*".

La loro situazione è molto precaria vivendo il continuo confronto con i coetanei più dotati, più abili, più capaci, sentendosi spesso "catalogati" fra coloro che non si impegnano, che sono disattenti, in definitiva che non capiscono. Questo aumenta il disagio e inevitabilmente le devianze.

Il RM si codifica in asse II del DSM IV (classificazione americana). I soggetti portatori di ritardo mentale hanno caratteristiche peculiari a seconda se il ritardo è lieve, medio o grave.

Il funzionamento intellettivo è comunque significativamente inferiore alla media, si riscontrano sempre concomitanti deficit o compromissioni nel cosiddetto "funzionamento adattivo" (cioè la capacità del soggetto ad adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente culturale). Tale compromissione è riscontrabile in alcune o tutte le seguenti aree:

- autodeterminazione
- cura della propria persona
- comunicazione
- capacità sociali-interpersonali
- uso delle risorse della comunità
- capacità di funzionamento scolastico
- lavoro
- tempo libero
- salute sicurezza.

Ogni soggetto presenta capacità di adattamento proprie, in base alla sua particolare sensibilità, ma soprattutto in reazione al tipo di ambiente socio culturale in cui è inserito. In generale possiamo individuare alcune peculiarità che ci aiutano a comprendere le caratteristiche adattive.

«Il Ritardo Mentale Lieve, costituisce la parte più ampia (circa l'85%) dei soggetti affetti da questo disturbo. Essi possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla quinta elementare. Durante l'età adulta, di solito arrivano ad avere capacità sociali e occupazionali adeguate per un livello minimo di auto-sostentamento, ma possono aver bisogno di appoggio, di guida e di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali. Con i sostegni adeguati i soggetti con Ritardo Mentale Lieve possono di solito vivere con successo nella comunità, o da soli o in ambienti protetti» (3).

Queste giuste sottolineature evidenziano come la qualità della vita di queste persone dipenda dal tipo di sostegno e valorizzazione che proviene dall'ambiente e dalle opportunità di vita sociale. Il loro modo di percepire la realtà spesso è caratterizzato dalla paura di non essere capiti,di non stare al passo, di essere manipolati e questo è causa di sofferenza e/o di rischio di essere vittime di persone prive di scrupolo e di moralità.

«Il Ritardo Mentale Moderato... questo gruppo costituisce circa il 10% dell'intera popolazione di soggetti con Ritardo Mentale.

La maggior parte dei soggetti con questo livello di RM acquisisce capacità comunicative durante la prima fanciullezza. Essi traggono beneficio dall'addestramento professionale e, con una moderata supervisione, possono provvedere alla cura della propria persona. Possono anche beneficiare dell'addestramento alle attività sociali e lavorative, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche. Possono imparare a spostarsi da soli in luoghi familiari. Durante l'adolescenza le loro difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali possono interferire nelle relazioni con i coetanei. Nell'età adulta la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti o normali. Essi si adattano bene alla vita in comunità, di solito in ambienti protetti» (3).

Appartengono a questo gruppo quasi tutti i soggetti affetti da sindrome di Down. Noi sappiamo quanto sia facile interagire con loro, ma anche quanto venga spontaneo ritenerli eternamene bambini, senza riconoscerne la capacità di accostarsi per esempio alla dimensione spirituale della vita, sicuramente vissuta secondo parametri concreti, com'è tipico della loro particolare personalità, ma con molta partecipazione e ricchezza di contenuti. Per sviluppare queste attitudini occorre entrare nel loro modo di ragionare strettamente legato alle esperienze vissute, così facendo si riesce ad aiutarli a crescere nella morale cristiana, nel rispetto delle regole e nella sicurezza di essere capiti e accolti; occorre dare loro modelli credibili, evitando di provocare comportamenti socialmente non accettabili che sono quelli del contesto di vita. Essendo molto forte il loro grado di imitazione la nostra responsabilità in questo senso è elevata e noi rischiamo di colpevolizzarli quando è l'ambiente che erroneamente pretende di farli ragionare secondo parametri razionali a cui loro non possono accedere.

Sia nei soggetti affetti da RML che moderato riscontriamo un sufficiente grado di consapevolezza della loro diversità, ma anche della loro dignità e di questo dobbiamo tenerne conto.

«Il gruppo con Ritardo Mentale Grave costituisce il 3-4% dei soggetti con Ritardo Mentale. Durante la prima fanciullezza essi acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo, o non lo acquisiscono affatto. Durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e possono essere addestrati alle attività elementari di cura della propria persona. Essi traggono un beneficio limitato dall'insegnamento scolastico, come familiarizzare con l'alfabeto e svolgere semplici operazioni aritmetiche, ma possono acquisire capacità come l'imparare a riconoscere alcune parole per le necessità elementari. Nell'età adulta possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti. La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, in comunità alloggio o con la propria famiglia» (3).

Questi soggetti sono spesso affetti da pluriminorazioni e il quadro clinico può essere complicato da disturbi di comportamento. La pluriminazione richiede interventi differenziati, plurimi, spesso altamente specialistici. I disturbi di comportamento di tipo aggressivo o caratterizzati da chiusura e ritiro autistico, sono sostenuti dal disagio di non poter entrare in una relazione rassicurante con l'ambiente. Questi soggetti hanno bisogno di stabilità sia emotiva che ambientale, richiedono che le persone che li accudiscono siano serene, pacate e decise. Ogni variazione di umore diventa per loro intollerante e provoca reazioni che diventano spesso ingestibili senza una terapia farmacologica.

«Il gruppo con Ritardo Mentale Profondo costituisce circa un 1-2% dei soggetti con Ritardo Mentale. La maggior parte dei soggetti con questa diagnosi ha una condizione neurologica di tipo lesionale che spiega il Ritardo Mentale. Durante la prima infanzia, essi mostrano considerevole compromissione del funzionamento sensomotorio. Uno sviluppo ottimale può verificarsi in un ambiente altamente specializzato con assistenza e supervisione costanti, e con una relazione personalizzata con la figura che si occupa di loro. Lo sviluppo motorio e le capacità di cura della propria persona e di comunicazione possono migliorare se viene fornito un adeguato addestramento. Alcuni possono svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti» (3).

Relativamente all'eziologia si possono schematicamente individuare le seguenti caratteristiche sindromiche generali: prevalenza maschile nel 55% dei casi, l'incidenza di pluriminorazioni è nella casistica del ritardo mentale del 50%.

L'1% deriva da anomalie cromosomiche, il 3,5% da sindromi ereditarie note, il 35% dei casi dipende da cause perinatali e/o legate alla gravidanza, il 15% riconosce cause di tipo lesionale, il 50 % mantiene una eziologia sconosciuta.

Il 10-15 % è evidenziabile in sede di consultorio genetico e diagnosi prenatale (4).

«L'Autismo è una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri. L'Autismo, pertanto, si configura come una disabilità "permanente" che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo.

Sulla base dei dati attualmente disponibili una prevalenza di 10 casi per 10.000 sembra la stima più attendibile attualmente l'autismo è 3-4 volte più frequente rispetto a 30 anni fa» (7).

L'autismo è la quarta causa più comune dei disturbi dello sviluppo, solo il ritardo mentale, l'epilessia e la paralisi cerebrali in-

fantili sono più frequenti. Alcuni ricercatori ritengono che questa sindrome colpisca fino a 15 bambini ogni 10.000, includendo nel conteggio anche bambini che presentano solo alcuni dei sintomi dello spettro autistico.

Ci si pone la domanda sulla causa precisa o piuttosto sulle cause dell'autismo: esse non sono ancora note. Oggi sappiamo che è un disturbo di natura neurobiologica che colpisce lo sviluppo del cervello. È provato che molti meccanismi organici siano coinvolti nello sviluppo dei circuiti del cervello a cui fanno capo le relazioni di carattere sociale.

Nel 10-15% dei casi esso può essere correlato ad una condizione medica conosciuta come le malattie ereditarie, aberrazioni cromosomiche, infezioni o intossicazioni contratte allo stadio prenatale o perinatale. In tutti gli altri casi esistono evidenze convergenti di una vulnerabilità genetica che coinvolge diversi geni. Questo aspetto spiega l'ampia varietà e modalità con cui si presenta l'autismo.

Il bambino affetto da autismo genera nell'ambiente forti reazioni di ansia per la mancanza della naturale capacità di comunicare, associata all'incapacità di apprendere e riconoscere le regole dell'interazione sociale, anche i movimenti stereotipati provocano nell'ambiente reazioni inadeguate che aumentano il disagio.

La dimensione che più coinvolge chi vive con questi soggetti è quella emotivo-affettiva, che giustifica la loro fragilità psichica, il disagio e la sofferenza delle loro famiglie; mi soffermerò pertanto sulle caratteristiche cognitive, emotive ed affettive del RM e dell'autismo, secondo una analisi esistenziale, basata sulla mia esperienza personale.

1. Caratteristiche cognitive, emotive, affettive

Quando il ritardo mentale è lieve l'evoluzione nei primi anni di vita è apparentemente normale, le acquisizioni motorie possono seguire le tappe attese. Quasi sempre ad essere ritardata è l'evoluzione del linguaggio, soprattutto nella sua componente espressiva. Perciò si sente dire dai famigliari che il bambino "capisce tutto, gli manca solo la parola".

L'inserimento scolastico evidenzia drammaticamente la diversità. Di fronte alla comunicazione della diagnosi e soprattutto della prognosi, in particolare se la causa non è nota, inizia da parte dei famigliari la ricerca di altre verità per sentire una prognosi favorevole.

Se il ritardo mentale è di grado medio e se esiste una causa nota, l'impatto con la realtà patologica del bambino è alla nascita molto forte, con adattamenti lunghi ma più scontati.

Se la causa è lesionale le aspettative da parte dei genitori sono elevate, perché è chiara la consapevolezza che il proprio

figlio sarebbe stato normale per cui il recupero è plausibile e atteso.

In queste situazioni è importante che ci chiediamo: "Come vive una persona che avverte di non essere come gli altri, che sa di non avere una intelligenza sufficiente per dare le risposte attese sia dai famigliari, che dalla scuola e dal mondo del lavoro?" Possiamo dire senza sbagliare che vive male, perché percepisce la sua diversità, perché tutti propongono modelli inaccessibili e i messaggi sono spesso contradditori e incomprensibili.

L'evoluzione della persona necessita per essere armonica di un grado sufficiente di autostima, quando si impatta con il messaggio: "tu non funzioni" è assolutamente impossibile che il soggetto strutturalmente fragile riesca ad adattarsi ad un mondo competitivo, incapace di tolleranza con chi è debole.

L'autostima non si sviluppa dalle dichiarazioni di intenti, dai dettami della costituzione ("tutti i cittadini hanno pari dignità sociale.. - art. 3"). Dalla stessa legge del Vangelo.

Dipende dai fatti, dalla realtà vissuta, dalla verifica del soggetto di essere in grado di svolgere i suoi compiti secondo le attese proprie e degli altri.

Da questo punto di vista la persona disabile grave è meno consapevole della propria diversità, è pertanto più facile per l'ambiente fare proposte adeguate alle sue reali capacità prestazionali.

Il soggetto con ritardo mentale medio – lieve è consapevole della propria diversità, ma non ha strumenti per superarla. Da qui due sole possibili vie, o la reattività per difendersi dal disagio o la chiusura sempre di difesa rispetto a situazioni stressanti, continue, frustranti.

È difficile immaginare come vive il bambino autistico, l'analisi del suo comportamento, le reazioni incomprensibili, la fuga dal contesto comunicativo e relazionale, sicuramente fanno soffrire chi si rende cura di lui. Con tali bambini occorre cambiare gli schemi della relazione ed entrare in una logica dell'incontro, comunque avvenga senza avere la pretesa di cambiare radicalmente una realtà difficile ed emotivamente così coinvolgente.

Abbiamo alcune testimonianze di adulti autistici, con livelli intellettivi adeguati che ci hanno aiutato a capire il loro funzionamento psichico ed intellettivo (2) (6).

La comunicazione della diagnosi ai famigliari è il momento più delicato e difficile da gestire perché si stenta a far capire a chi non conosce questa realtà l'entità del problema, non è semplice chiarire in che cosa consiste la diversità dalla norma e quindi da quella convinzione così radicata nei genitori che il proprio figlio "capisce tutto". In genere i bambini affetti da ritardo mentale comprendono effettivamente "tutta" la realtà immediata, quella concreta, intuitiva, esperienziale; questa capacità è ben diversa però dalla comprensione dei concetti astratti, tipici del pensiero ipotetico deduttivo, che consente di fare previsioni e di autogestire la propria vita di relazione e sociale.

Ancora più difficile è la comunicazione della prognosi, dipendente dal trattamento, che può modificare alcune abilità rendendo il soggetto con RM autonomo nella cura d sé, capace di apprendimenti meccanici, disponibile nelle prestazioni pratico manuali, ma impossibilitato a fare previsioni sul piano della gestione dei soldi, delle scelte politiche, del controllo delle situazioni sociali impreviste.

I genitori di fronte alla chiarificazione del problema colgono la dipendenza che si verificherà nel tempo dalla propria tutela, sentono su di sé la sofferenza di non poter prevedere per il proprio figlio con disabilità psichica una vita totalmente autonoma, temono la crescita e la vita adulta, sentono che non potranno proteggere questo figlio fragile per tutta la vita.

La famiglia stessa rischia di entrare in una situazione di estrema vulnerabilità.

Il problema vero del RM e dell'autismo è che la prognosi non è mai nell'ambito della normalità, questo i genitori lo temono, lo capiscono, stentano ad accettarlo e tentano di sfuggire a questa realtà. Noi dobbiamo capire questa fatica, prevedere tutto il disagio che si accumula in una famiglia dove esiste un tale problema, sapere affiancare con competenza, ma soprattutto con attenzione e delicatezza tutte le fasi della vita, farci carico delle varie richieste cercando di influire su tutto l'ambiente di vita dei soggetti con Ritardo Mentale e Autismo.

B) Cura

Esplicitata la diagnosi ai famigliari oggi si può iniziare precocemente la cura in Centri specializzati e nei servizi territoriali. L'inserimento scolastico nella scuola normale è un traguardo in Italia raggiunto: occorre difenderlo.

«Tra coloro che si occupano di ritardo mentale si è fatta strada in questi anni la sempre più radicata convinzione dell'importanza dell'educazione all'autonomia per lo sviluppo di una persona con disabilità mentale e per il suo inserimento sociale.

Non sfugge ad alcuno come sia più facile, già in scuola materna, inserire un bambino con disabilità, se questi ha una propria

autonomia nell'andare in bagno o nel mangiare, se sa rispettare delle regole e come spesso la conquista di queste abilità sia indipendente dalle difficoltà che egli ha su apprendimenti più didattici.

E ancora come una buona autonomia personale sia poi, andando avanti, prerequisito fondamentale per l'inserimento sociale e lavorativo di giovani e adulti con ritardo mentale.

Molte conquiste però, soprattutto nell'ambito dell'autonomia esterna, sono difficilmente raggiungibili in ambito familiare soprattutto quando tale problema viene posto in adolescenza, momento in cui i ragazzi con disabilità, così come gli altri adolescenti, iniziano a manifestare desiderio di distacco dei genitori e mal sopportano le loro richieste» (3).

I tempi di trattamento sono differenziati in relazione alle caratteristiche fenomenologiche che evidenziano problemi della motricità e/o del linguaggio, delle funzioni adattive. Il trattamento specifico per ogni area deve essere personalizzato, con cicli di intensività e cicli di mantenimento in relazione alla tipologia del soggetto e all'età.

E importante favorire la crescita dei genitori in modo che acquistino la sensibilità di cogliere nel bambino disabile i segnali di stanchezza, di insofferenza nei confronti dei vari trattamenti, soprattutto nei preadolescenti che necessitano di relazioni positive con i coetanei e di ridotte sollecitazioni verbali.

La realtà quotidiana offre moltissimi spunti di *autonomia* e di *servizio*: questi sono i due percorsi da sviluppare nell'ambito domestico perché il bambino con RM si senta capace, "bravo", disponibile.

L'ambiente esterno è più difficilmente controllabile. In genere la scuola offre più occasioni di deprezzamento che di potenziale adattamento positivo, proprio perché tutte le dimensioni si vivono in termini di: "bravo a leggere, bravo a scrivere, bravo a ricordare, bravo a contare...".

Per chi non si esprime come gli altri l'alternativa è solo: "tu non sei bravo".

Per evitare queste difficoltà noi riteniamo che i bambini con quadri particolarmente complessi necessitino di un tempo di trattamento riabilitativo e pedagogico specializzato in Centri qualificati, in modo che il successivo inserimento scolastico in classi normali possa procedere senza pericolose regressioni. Obiettivo primario dell'inserimento scolastico perché diventi reale integrazione nell'ambiente è la relazione con il gruppo dei coetanei. Una buona relazione solo con l'insegnante di sostegno significa troppo spesso isolamento.

La famiglia del bambino autistico si trova a dover affrontare una situazione ancora più stressante di qualunque altra famiglia con un bambino disabile, in quanto questo quadro clinico si pre-

senta come un disturbo cronico, invalidante e altamente pervasivo non soltanto per il soggetto, ma anche per ogni membro della famiglia e della sua rete di relazioni.

Molto spesso per i genitori di un bambino affetto da autismo la situazione appare come un problema senza via d'uscita, il cui carico assistenziale per accudire il proprio figlio è molto pesante.

Le peculiarità della sindrome rendono difficile e doloroso soprattutto il rapporto della famiglia con il proprio bambino e costituiscono una fonte aggiuntiva di stress che spesso minaccia la sopravvivenza dell'unità familiare. La conseguenza di tutte queste difficoltà si manifesta spesso con l'isolamento sociale sia della famiglia che del bambino stesso.

La cura del bambino autistico è fondamentalmente la presa in carico di tutto l'ambiente perché impari un tipo di relazione adeguata e faciliti la comunicazione in base alle caratteristiche di ogni bambino. Nelle prime fasi del trattamento e dell'inserimento scolastico è indispensabile una relazione strettamente individualizzata, non riuscendo il bambino ad interagire con il gruppo di cui peraltro non ne evidenzia il bisogno.

Il modello di Parent Training attivato nei nostri Centri, segue i principi del protocollo TEACCH. Questo programma considera i genitori parte essenziale del processo di riabilitazione ed educazione. Fornisce infatti un importante supporto alle famiglie dal punto di vista emotivo e pratico, legato cioè alla gestione-condivisione della quotidianità. È stato dimostrato che la collaborazione sincera con le famiglie è essenziale per condividere un programma di lavoro con obiettivi realistici ed efficaci, in grado soprattutto di garantire la generalizzazione delle competenze. Occorre pertanto fornire ai famigliari le informazioni e le competenze necessarie, garantendo momenti di formazione indispensabili per la gestione del bambino e per la comprensione dei programmi riabilitativi proposti, identificare obiettivi realistici, conoscere strumenti e strategie utili al raggiungimento degli obiettivi, fornire momenti di condivisione e di auto-mutuo aiuto. Questo deve accadere anche nei confronti della scuola che va aiutata a capire per sapere sempre come intervenire. Ci sembra importante sottolineare che la presenza di un bambino affetto da questa sindrome in famiglia modifica fortemente le relazioni, attiva l'impegno e il sacrificio, fa crescere in dignità. Forse è proprio l'esperienza di lavoro di coesione e di unione per superare ed alleviare le difficoltà del proprio bambino, che fa crescere sia i genitori che i fratelli.

C) Accompagnamento

I bambini diventano adolescenti, giovani e adulti: i problemi si chiariscono nella loro entità, i famigliari si rendono conto che quanto è stato detto in tanti anni di "accompagnamento" loro e del

bambino si avverano. Consapevolezza significa paura di un futuro ignoto, mai rassicurante.

I fattori problematici che angosciano i genitori sono fondamentalmente due:

1) l'affettività;
2) l'inserimento lavorativo.

Non realizzare traguardi rassicuranti in questi due ambiti significa rischio di solitudine e di dipendenza dalla famiglia di origine.

La relazione affettiva va orientata fino da quando il bambino o la bambina manifestano il quadro del ritardo mentale o dell'autismo, per impostare l'educazione alla valorizzazione del bello e dell'amicizia, alla disponibilità a fare per gli altri e lasciarsi fare. Il problema affettivo esplode in tutta la sua drammaticità quando i genitori alimentano la possibilità di contrarre un matrimonio "come tutti".... favorendo unioni problematiche in particolare nei confronti dei figli potenzialmente normali. La Costituzione ci viene in aiuto: "È dovere dei genitori istruire ed educare i figli... nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti". Anche questo non accade. Sulle spalle dei genitori di un figlio disabile ricade la responsabilità di tutta la sua vita futura, anche di quella affettiva.

«Il lavoro è parte costitutiva del vivere umano... Si può precisare che in quanto modalità determinata di far accadere l'essere, anche il lavoro ha una valenza intrinsecamente ontologica» (5).

Anche il mondo del lavoro è oggi troppo spesso assente o in difficoltà. Non potendo garantire il lavoro a tutti non riesce certo a creare ambienti accoglienti e favorevoli ad un positivo inserimento delle persone disabili.

Occorrono infatti ambienti appositamente studiati perché ogni persona disabile si senta al posto giusto. La nostra esperienza dei Centri di Lavoro Guidato, in cui si inseriscono i giovani che hanno avuto un percorso formativo nei Corsi di Formazione Professionale per soggetti disabili, ci dimostra che l'inserimento dei soggetti con ritardo mentale, se fatto secondo una progettualità costruita sulla persona, porta ad inserimenti nel mondo del lavoro positivi e duraturi.

La formazione deve però investire la famiglia, la scuola e il mondo del lavoro. Nelle situazioni dove una di queste tre fondamentali agenzie è assente o si ritira si possono prevedere perdita di motivazione e di autostima. La fragilità è infatti un elemento essenziale della personalità di tali soggetti, ne dobbiamo tenere conto.

Anche la partecipazione alla vita ecclesiale, la preparazione e l'accostamento dei sacramenti non è sempre facile: "Eppure nella loro storia e in quella dei loro genitori e parenti c'è un raggio di santità" (1).

Le proposte devono essere adeguate, la comprensione dei problemi chiara, gli interventi qualificati e gratificanti.

Le esperienze che noi raccogliamo ci consentono di dire che si può valorizzare ogni tipo di socializzazione e di integrazione. Occorre avere la pazienza per continuare, nonostante scontati insuccessi, e l'umiltà di dar credito a questi nostri fratelli che hanno una sapienza ricevuta come dono di Dio, che va fatta scaturire con l'educazione e con l'amore.

Bibliografia

1. Albanesi Vinicio, "Quei piccoli del Vangelo che vivono con handicap mentale" da Jesus maggio 2006 pag 34.
2. Gandin Temple, "Pensare in immagini", Ed. Erickson 2001.
3. Rao Giusy, "Il ritardo mentale. Cos'è e cosa bisogna fare". http://www.edscuola.it/archivio/psicologia/ritardo_mentale.htm
4. Spinetoli Bruno, SCHEDA sul RITARDO MENTALE. http://www.psychomedia.it/pm/answer/handyret/spineto1.htm
5. Totano Francesco, "ETICA PER LE PROFESSIONI", "Il fondamento del lavoro: la persona" N. 2 - 2005 pag. 9-16
6. Willams Donna, "Nessuno in nessun luogo", Ed. Guanda, 1992
7. LINEE GUIDA SINPIA 2005.

malati mentali: problematiche, cura e accompagnamento

GIANFRANCO PALMA - Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL RME

I MALATI MENTALI: PROBLEMATICHE, CURA E ACCOMPAGNAMENTO

APPROPRIATEZZA, PERCORSI PERSONALIZZATI E RETI INTEGRATE, IN UN RINNOVATO SISTEMA DI *WELFARE*

Gianfranco Palma – CEI Pastorale della Sanità – Chianciano 06.06.06

UNO SGUARDO ALL'INTERO SISTEMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

SISTEMA SANITARIO UNIVERSALISTA E SOLIDARISTICO: garantito a tutti (art.32 della Costituzione), basato sulla tassazione generale progressiva, profondamente differente dal modello individualistico-assicurativo.

- La salute è un bene individuale e collettivo;
- La tutela della salute è prioritaria rispetto alle cure;
- E' cambiato il paradigma della finalità delle cure: dal mantenimento dell'integrità psicofisica al miglioramento della qualità della vita;
- La rete dei servizi é un fattore di perequazione sociale;
- Il sistema sanitario è anche un fattore economico di sviluppo.

ALCUNE CRITICITA' NEL SISTEMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

- Transizione epidemiologica: pluripatologie, contaminazione dei disturbi, multidimensionalità dei bisogni,difficile distinzione tra bisogni sanitari e bisogni sociali;
- Articolazione personalizzata dei bisogni, nell'ambito di categorie omogenee di problemi;
- Forte crescita della domanda (aumento della vita media, maggiore consapevolezza dei cittadini), spesso indotta dal mercato dell'offerta e dal consumismo sanitario (carente governo del sistema in una visione di sanità pubblica, con esplicita individuazione delle priorità, per regolare e limitare le distorsioni del libero mercato in sanità) a fronte di problemi di sostenibilità del sistema ;
- Tendenza dei privati ad occupare spazi di offerta maggiormente remunerativi e a basso impegno sociale;
- Segmentazione delle competenze, alta frammentarietà degli ambiti operativi, eccellenze opportunistiche: **deintegrazione del sistema**;
- Aumento delle diseguaglianze nell'accesso e nella qualità dei trattamenti e **solitudine disorientata del cittadino-paziente**;
- Tendenza difensiva e autoreferenziale dei servizi;
- **Crisi di alleanza strategica tra utenti-familiari-servizi-istituzioni;**
- Maggiore problematicità nelle situazioni metropolitane.

ATTUALI LINEE DI "RIORIENTAMENTO" DEL SISTEMA SANITARIO (1)

- **NUOVA ANTROPOLOGIA MEDICA:** equilibrio tra scienze biologiche e scienze umane e sociali; tra evidenze scientifiche e principi etici (EBP vs VBP). Rilancio degli studi osservazionali rispetto ai RCT.
- **"AUDIT CIVICO"** accanto all'"audit clinico": il sistema del *welfare* è un fattore determinante per ridurre le diseguaglianze.
- **BILANCIO SOCIALE DELLE AZIENDE SANITARIE** accanto al bilancio economico.
- **ETICA DELLA RESPONSABILITA'** a tutti i livelli.
- **COSTRUIRE RETI DI INTERDIPENDENZE SANITARIE, SOCIALI E SOCIO-SANITARIE**, modulate sulla personalizzazione dei bisogni. Significazione delle relazioni e "nodi" di attrazione.
- **FUNZIONE ATTIVA DI INTEGRAZIONE**.

ATTUALI LINEE DI "RIORIENTAMENTO" DEL SISTEMA SANITARIO (2)

- **ESPLICITARE LE PRIORITA' in una visione di sanità pubblica.**
- **INTERVENTI PRO-ATTIVI a favore di popolazioni con disturbi rilevanti e con maggiori bisogni socio-economico-culturali.**
- **LAVORARE PER PROCESSI E PERCORSI DI CURA, per garantire la continuità della presa in carico (*case manager*), accompagnando il paziente e i suoi familiari: unitarietà di riferimento e di gestione pur attraverso diversi ambiti operativi, differenziati per specifiche competenze (integrazione H - terr.).**
- **CENTRALITA' DELLA RELAZIONE DI FIDUCIA TRA CURANTE E CURATO, tra équipe e famiglia, tra servizio e comunità.**
- **APPROPRIATEZZA DEI TRATTAMENTI e GOVERNO CLINICO. (intervenire sulla domanda: educazione sanitaria, MMG, controllo del mercato dell'offerta).**

ATTUALI LINEE DI "RIORIENTAMENTO" DEL SISTEMA SANITARIO (3)

- **GOVERNO ATTIVO DEGLI ACCREDITATI, finalizzato a creare sinergie con i servizi a gestione diretta, sulla base di utilità definite dalle linee di programmazione della Regione – ASL.**
- **Passaggio da una visione di COMPETIZIONE a una visione di COOPERAZIONE, privilegiando l'assistenza domiciliare.**
- **Spostare l'attenzione dalle singole prestazioni e dai risultati immediati (*output)* alla VALUTAZIONE DEGLI ESITI (*outcome)* (efficacia, soddisfazione, inclusione sociale) e rendere conto della QUALITA' dei PROCESSI.**
- **STRINGERE UN NUOVO PATTO con gli utenti, i cittadini, le rappresentanze, il volontariato, tutte le realtà sociali presenti nelle comunità del territorio della ASL.**

I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (1)

- Attuale concetto dinamico di malattia.
- Disagio – disturbo – disabilità.
- Multiformità dei disturbi, sia sul piano sindromico che strutturale (es. il mondo delle psicosi: paradossalità come stile di vita; il delirio come difesa al vissuto di estraneità e alla paura di frammentazione).
- Crisi delle categorie nosografiche (spettro, dimensione, comorbidità).
- Visione multidimensionale dei disturbi: continue e strette interrelazioni tra strutture biologiche, esperienze psicologiche, condizioni e limiti socioambientali.
- Nuove forme di espressione psicopatologica (DBP, DCA, alcune forme di abuso e dipendenza da sostanze).
- Disturbi mentali gravi (SMI) vs disturbi mentali comuni (CMI).
- Il problema della non collaborazione: la "terapia" per la terapia.

I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (2)

La dimensione della gravità e delle situazioni ad alto rischio deriva dalla coesistenza di diversi parametri:

- Condizioni psicopatologiche, sintomatologia e loro persistenza;
- Livello di consapevolezza del disturbo, di consenso, di collaborazione;
- Stato di salute fisica e condizioni di co-morbidità;
- Contesto di vita e clima familiare;
- Autonomie personali nella cura del sé e abilità nella vita quotidiana;
- Livelli di autosufficienza e di contrattualità sociale;
- Funzionalità sociale, livelli di adattamento e presenza di comportamenti sociali a rischio;
- Soddisfazione dell'utente e dei familiari.

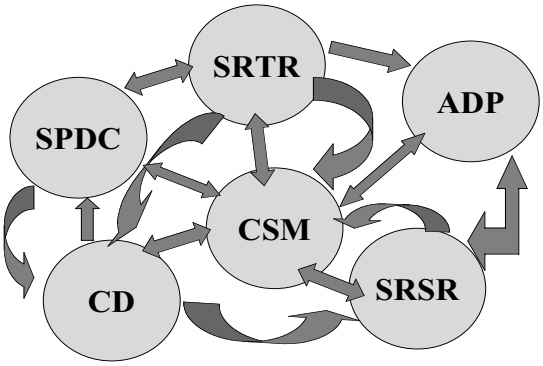
I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (3)

- **Patologia delle relazioni intrapsichiche e interpersonali**: sofferenza e particolare modo di essere nel mondo: alterità e non alienazione.
- **La diversità è una variante della condizione umana**: il deficit o le mancanze, forse anche il peccato, sono parte integrale dell'uomo.
- **Il silenzio e la vergogna**.
- La bassa considerazione di sé e **l'AFFERMAZIONE DEI DIRITTI DI CITTADINANZA: casa, lavoro, inclusione sociale.**
- Il grande ostacolo ai progetti di cura: il preconcetto emarginante e lo **STIGMA** (= totale identificazione della persona con il disturbo).

LA CURA E L'ASSISTENZA

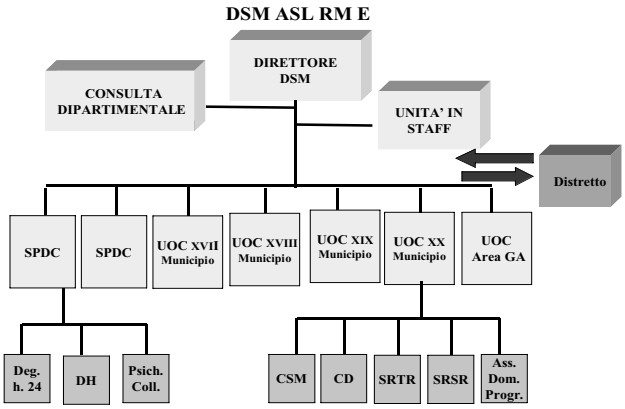
- PRENDERSI CURA e garantire la continuità nel tempo.
- Centralità della RELAZIONE TERAPEUTICA .
- Intervenire nel CONTESTO ABITUALE di vita del paziente.
- ASCOLTO e PROSSIMITA' dell'intero sistema familiare.
- Costruire RETI DI RELAZIONI SOCIALI evolutive.
- Attuare PERCORSI TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI attraverso i diversi segmenti operativi, appropriati per il bisogno prevalente della fase, e finalizzati a rendere possibile la relazione terapeutica, quale "esperienza simbolica trasformativa".
- INTEGRAZIONE degli interventi medici, psicologici e sociali.
- Coinvolgimento di supporti ambientali "informali".
- Per le situazioni stabilizzate: assistenza a lungo termine, che non significa lungodegenza, ma percorso di "restituzione sociale".

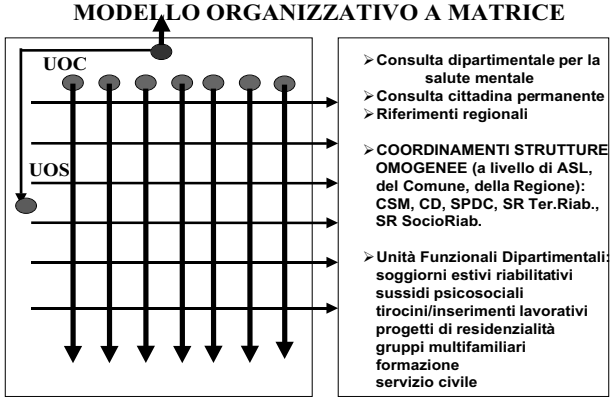
RETE E NODI DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE



IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

- Organizzazione unitaria, transmuraria (reparto ospedalaliero e strutture territoriali) che compone, dà coerenza e continuità alla molteplicità degli interventi e degli ambiti operativi differenziati.
- L'obiettivo è di **accompagnare** il paziente e i suoi familiari attraverso un percorso longitudinale di cura e di assistenza, garantendo in ogni fase clinica il trattamento appropriato.
- L'organizzazione è una parte fondamentale del sistema di cura, coerente con le necessità cliniche e assistenziali
- L'organizzazione dipartimentale è stato un modello anticipatorio per tutto il sistema dell'assistenza sanitaria.





ELEMENTI DI **CRITICITA'** NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DEL LAZIO

- Mancanza di nuovi traccianti ideali
- Depauperamento di risorse per i servizi pubblici
- Assenza di riferimenti normativi certi

- Aumento della distanza tra bisogni e risposte
- Crisi di alleanza strategica tra utenti, famiglie, servizi, istituzioni
- Alta disomogeneità nell'offerta

- Settorializzazione e frammentazione degli interventi
- Tendenza difensiva e autoreferenziale dei servizi
- Isolamento individuale degli operatori e attivazione di meccanismi corporativi

- Perdita di valore emulativo, di amplificazione e di generalizzazione delle molte esperienze positive e di alta professionalità presenti.

PRINCIPI ISPIRATORI PER IL **RINNOVAMENTO** DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Superamento/chiusura dell'O.P. - Realizzazione di strutture territoriali – Costruzione dei Dipartimenti di salute mentale

⇩

LA BENEFICIALITA' DEI PROCESSI DI CURA E DI ASSISTENZA

- **Mantenere la relazione terapeutica.**
- **Lavorare per obiettivi e progetti personalizzati.**
- **Accompagnare utenti e familiari nei percorsi di continuità.**
- **Valutazione periodica dei risultati e della soddisfazione.**
- **Descrizione e confronto tra pari dei processi ("audit clinico").**
- **"Audit sociale" (tutti gli *stakeholders*).**

COSTRUIRE LA **RETE**

- Rapporti tra organizzazione e funzioni.
- I "tiranti" trasversali e il governo dei nodi.
- Definizione dei diversi livelli di responsabilità:
  UOC / UOS / caso clinico / programma d'intervento.
- Le professioni sanitarie e tecnico-sanitarie.
- Approccio multidimensionale e multidisciplinare: lavoro in équipe.
- Le patologie di confine: consulenze, consultazioni-collegamenti e interventi in co-titolarità.
- Età evolutiva – Adolescenza. La terza e la quarta età.
- Forte integrazione con i servizi sociali del territorio e con i luoghi di aggregazione presenti nella comunità di riferimento.
- Collaborazione con l'associazionismo, il terzo settore e le rappresentanze.
- Nuovo patto fiduciario con utenti e familiari: prossimità, ascolto, guida e specifici obiettivi condivisi.

LE SFIDE ATTUALI

- **Approcci pro-attivi:** interventi su fasce di popolazione a rischio; trattamenti territoriali intensivi; programmi temporalizzati e su progetto di interventi domiciliari.
- **Assistenza a lungo termine** per le situazioni con disturbi persistenti e disabilitanti, attraverso percorsi di inclusione sociale.
- **Trattamenti efficaci per le situazioni con basso e discontinuo livello di consenso e collaborazione.**
- Sperimentazioni di ***case-manager.***
- Attiva promozione di soluzioni per l'**abitare** e la **contrattualità sociale-lavoro.**
- **Collaborazione con gli accreditati** funzionale alla programmazione del servizio pubblico.
- **Rendicontare** le pratiche e i percorsi longitudinali.
- Stabilire indicatori condivisi di **risultato** e di **beneficialità.**
- Definire una **valorizzazione economica** dei singoli percorsi di cura e di assistenza.

QUALI SINERGIE PER MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA DEI MALATI

- Problema di alleanza etico-culturale prima che operativa.
- NO alla revisione della 180, MA andare oltre la 180;
  NO alle contrapposizioni ideologiche, MA trovare nuovi traccianti ideali condivisi;
  NO a nuove concentrazioni di ricovero o di residenzialità, MA percorsi evolutivi attraverso strutture a progressiva minore intensità e specificità assistenziale;
- **SI** alla difesa dei principi etici di dignità della persona, per il superamento dell'emarginazione, per l'inclusione sociale.
- **SINERGIE CON LE DIOCESI, LE PARROCCHIE, L'ASSOCIAZIONISMO E IL VOLONTARIATO CATTOLICO per:**
  intercettare bisogni gravi non richiedenti,
  offrire opportunità di accettazione sociale,
  cooperare per la qualità di vita dei pazienti,
  ridurre le differenze tra le diverse zone del territorio nazionale.

Fragilità psichica e mentale: attese e speranze dalla ricerca scientifica e farmacologica

EMILIANGELO RATTI - Senior Vice President Psychiatry Center of Excellence for Drug Discovery, GSK

We will provide direction and light
to minds lost in the shadow
of Psychiatric illnesses

Fragilità psichica e mentale:

attese e speranze dalla ricerca scientifica e farmacologica

Dr Emiliangelo Ratti
Senior Vice President
Responsabile Centro di Eccellenza in Drug Discovery per la Psichiatria
Centro Ricerche GlaxoSmithKline, Verona
6 giugno 2006

gsk GlaxoSmithKline

Le malattie psichiatriche: una sfida ed una missione

Le malattie psichiatriche....

- colpiscono indifferentemente le persone di ogni genere, etnia, età, ceto sociale, provenienza geografica
- sono invalidanti
- sono spesso difficili da diagnosticare
- presentano co-morbidità
- non trovano spesso terapie farmacologiche che rispondano alle varie dimensioni della malattia
- hanno un rilevante impatto sociale
- richiedono ingenti risorse per la cura e l'assistenza dei malati
- sono ancora scarsamente accettate, spesso stigmatizzate, e sono inconciliabili con i modelli di vita attuali

...ma ancor più esse feriscono la persona nella sua dimensione biologica, psicologica, sociale e spirituale

.... ed il peso della malattia grava inevitabilmente sulle famiglie

Fragilità psichica e mentale – Chianciano, 6 giugno 2006 2

Le malattie psichiatriche: causa di disabilità nel mondo

Dato Baseline 2005 nella popolazione di età compresa fra i 15 e 44 anni	%DALY
HIV/AIDS	11.2
Unipolar depressive disorders	9.2
Maternal conditions	5.7
Other unintentional injuries	4.8
Road traffic accidents	4.7
Tuberculosis	4.1
Violence	3.4
Alcohol use disorders	3.3
Self-inflicted injuries	3.0
Schizophrenia	2.8
Bipolar disorder	2.6
Hearing loss, adult onset	2.1
Ischemic heart disease	1.7
Cataracts	1.6
Lower respiratory infections	1.5
Asthma	1.4
Falls	1.3
Drug use disorders	1.3
Panic disorder	1.2
Osteoarthritis	1.1

DALY = Disability Adjusted Life Year

WHO – Global Burden of Disease - Leading causes of disability in DALYs estimate for 2030
Colin D. Mathers, Dejan Loncar - Updated Projections at January 2006

Stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle prime 20 malattie causa di disabilità entro l'anno 2030

Previsioni al 2030 sulla popolazione di età compresa fra i 15 e 44 anni	% DALY
HIV/AIDS	20.7
Unipolar depressive disorders	8.9
Road traffic accidents	5.5
Other unintentional injuries	4.1
Tuberculosis	4.0
Violence	3.6
Maternal conditions	2.8
Alcohol use disorders	2.7
Schizophrenia	2.6
Self-inflicted injuries	2.5
Bipolar disorder	2.4
Hearing loss, adult onset	2.3
Cataracts	2.0
War	1.8
Diabetes mellitus	1.5
Asthma	1.3
Ischemic heart disease	1.2
Drug use disorders	1.2
Panic disorder	1.1
COPD	1.1

DALY = Disability Adjusted Life Year

WHO – Global Burden of Disease - Leading causes of disability in DALYs estimate for 2030
Colin D. Mathers, Dejan Loncar - Updated Projections at January 2006

Il trattamento farmacologico delle malattie psichiatriche: la terapia di oggi e quella di domani

Il Disturbo dell'Ansia Generalizzato

Ansia: sintomo che si manifesta in un ampio spettro di malattie:

- Panico, disordini ossessivi–compulsivi, Stress post–traumatico, disturbo di ansia generalizzato

- Trattamenti attuali:
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina
  - Benzodiazepine
  - Agonisti parziali recettori 5HT1 a

- Nuovi approcci terapeutici:
  - Modulatori selettivi trasmissione GABAergica (sub. Alfa2 e/o alfa3)
  - Modulatori trasmissione Glutamatergica (agonisti mGluR2/3)
  - Antagonisti selettivi recettori neuropetidi: SP e CRF

Depressione

Depressione:
- Disturbo dell'umore ricorrente
- Effetti sul fisico, sull'umore e sul pensiero
- Combinazione di sintomi che impediscono la normale abilita' di ogni persona

- Trattamenti attuali:
  - Antidepressivi triciclici
  - Inibitori MAO
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina e Noradrenalina
  - Inibitori Selettivi Reuptake Dopamina e Noradrenalina

- Nuovi approcci terapeutici:
  - Inibitori tripli Serotonina, Noradrenalina e Dopamina
  - Antagonisti recettori Glucocorticoidi
  - Antagonisti recettori Neurochinina 1
  - Antagonisti CRF1
  - Antagonisti recettori Melatonina e Serotonina 2c

Schizofrenia

Schizofrenia:
- Malattia debilitante cronica che presenta diversi domini:
  - Sintomi positivi (allucinazioni, delusioni, disorganizzazione del pensiero)
  - Sintomi negativi (calo abilita' di iniziare attivita', di parlare, esprimere emozioni)
  - Sintomi cognitivi (problemi attentivi e di memoria)
- Percezione voci che possono controllare la sua mente
- Ridotta compliance ai trattamenti farmacologici
- Spesso comorbidita' con droghe da abuso

- Trattamenti attuali:
  - Antipsicotici tipici (Antagonisti recettori D2)
  - Antipsicotici Atipici (Antagonisti recettori D2,3 e Serotonina 2A,C + altri)

- Nuovi approcci terapeutici:
  - Antagonisti recettori 5HT2A e D2
  - Agonisti parziali recettori D2
  - Antagonisti selettivi D2,3 – 5HT2A,C – 5HT6
  - Modulatori recettori glutamatergici
  - Agonisti recettori Nicotinici (alfa 7)
  - Antagonisti recettori Neurochinine 3

Dipendenze da Droghe da Abuso

Dipendenza cronica e recidivante da droghe che generano un bisogno compulsivo di continue somministrazioni (alcol, nicotina, cocaina, eroina,cannabinoidi etc)

- **32 milioni dipendenza alcol in G7**
- **1200 milioni dipendenza nicotina nel mondo**
- **Necessita' di educare!!**

- **Trattamenti attuali:**
  - **Dipendenza da nicotina: NRT o inibitori reuptake Dopamina**
  - **Dipendenze da alcol: disulfiram – acamprosate**
  - **Dipendenza oppiacei: Naloxone**
  - **Dipendenze cocaina: nessuno disponibile**

- **Nuovi approcci terapeutici:**
  - **Modulatori selettivi sistema Dopaminergico (D3 antagonisti)**
  - **Modulatori trasmissione GABAergica (GABA B)**
  - **Modulatori recettori Cannabinoidi (CB1 ant)**
  - **Immunoterapia**

Le nuove frontiere della ricerca: la genetica e le tecniche di imaging

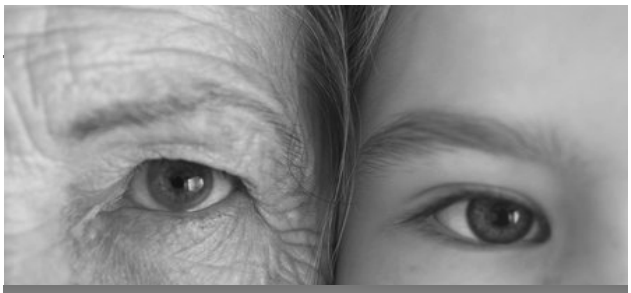
Un nuovo vigore alla ricerca di base e farmacologica in ambito psichiatrico è possibile attraverso gli studi di genetica molecolare

Per individuare se regioni del genoma umano possono contenere geni che influenzano la malattia, e per determinare se geni specifici siano implicati nella suscettibilità alla malattia

Un sostanziale contributo deriva anche dal crescente sviluppo e dall'applicazione delle tecniche di neuroimaging: PET, SPECT, fRMN

Vi sono limiti della conoscenza scientifica e spesso verità temporanee....ma anche molte conquiste acquisite e solide speranze per il futuro.

La ricerca è missione, ed ogni traguardo deve raggiungere ogni essere umano, senza distinzione.



Se si comprendono i bisogni delle persone che soffrono, si possono individuare anche i trattamenti farmacologici più corretti.
E si può contribuire affinchè la persona con sofferenza mentale possa recuperare la possibilità di rimanere nella comunità delle persone, di lavorare e condurre una vita dignitosa

Dalla scienza....alla persona

Psychiatry CEDD

We will provide direction and light
to minds lost in the shadow
of Psychiatric illnesses

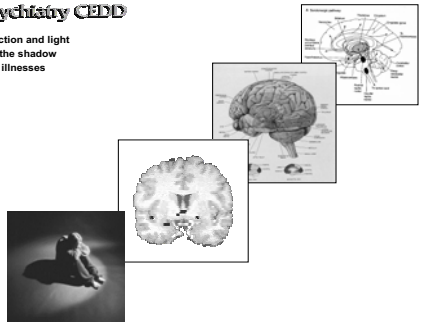


Tavola Rotonda:
Fragilità psichica e mentale: organizzazione delle cure, strutture e territorio

Don Roberto VESENTINI
Direttore diocesano Ufficio per la pastorale della salute di Verona

Racconto la mia esperienza, vissuta in diocesi di Verona: tutto parte dall'invito del Vescovo, che mi ha portato ad aprire gli occhi sulla realtà della sofferenza mentale e a guardare a Gesù, come riferimento di ogni scelta pastorale, così da delineare un volto di Chiesa che si fa prossima e compagna di viaggio di chi è ultimo.

1. "Buttarsi"

Agli inizi del 1999, andai a colloquio con il mio nuovo Vescovo per presentare l'attività della Pastorale della Salute in Diocesi. Con particolare passione gli presentai due fasce di persone che meritavano una particolare sollecitudine del Pastore: le persone diversamente abili con il problema "dopo di noi" (per alcune c'è anche il "durante noi") e le persone malate mentali.

La risposta del Vescovo fu immediata: continua la pastorale della salute e "buttati" sulle persone sofferenti mentali.

2. Un mare di sofferenze

Avevo partecipato a Roma, nel dicembre 1998, al Seminario "La comunità che guarisce", organizzato dall'Ufficio Nazionale per la Pastorale Sanitaria assieme alla Caritas Nazionale, dove furono date chiare indicazioni perché le comunità cominciassero a muoversi e ad aprire il cuore nei confronti delle persone affette da malattie della mente. Ricevetti entusiasmo e motivazione per buttarmi e feci la scoperta di un mondo drammatico, a volte tragico, non solo per il numero di persone coinvolte nella sofferenza mentale (malati e familiari), ma avvicinai anche un dolore mostruoso che devasta le menti e il cuore, oltre che il fisico, di chi vive quella sofferenza. C'è un mare di persone che vive nel disagio, o che soffre un disturbo psichico o persone che vivono la schizofrenia o la psicosi.

3. Gesù

Di fronte a questo panorama, ecco Gesù, a cui come comunità cristiana si fa riferimento, che si presenta come colui che "si è addossato le nostre malattie e ha preso su di sé le nostre sofferenze" (Is 53,4). Gesù ha incontrato malati d'ogni genere, con ogni povertà, si è messo in relazione con ogni persona sofferente, l'ha ascoltata, guarita, se ne è preso cura, l'ha liberata, coinvolgendo anche la comunità, sfidandola su quale prezzo era disposta a pagare pur di salvare una persona (cfr Mc 5, 1-20, L'indemoniato di Gerasa).

Interpellati fortemente da Gesù e dalle tante persone sofferenti, avvertendo, come Chiesa, di dover testimoniare la carità e di far sì che il vangelo diventi gesto, storia per raggiungere l'uomo, soprattutto l'uomo sofferente, ci si è posti la domanda: cosa fare?

Il sinodo diocesano, celebrato in questi anni dalla Chiesa veronese, ha illuminato la strada da percorrere e ha facilitato il compito attraverso i quattro volti di Chiesa che ne sono scaturiti: essere sinodali, discepoli, compagni di viaggio e solidali.

4. Sinodali

Un primo passo da compiere era quello di mettersi insieme. L'occasione si è presentata dopo un corso di formazione alla salute mentale, molto partecipato.

Per valorizzare le diverse sensibilità ed esperienze, per integrarsi reciprocamente, per collaborare fattivamente, si è creato un tavolo permanente che poco alla volta si è costituito in 10 persone: un formatore, uno psicologo, uno psichiatra, la presidente di un'associazione di genitori e familiari, il direttore della Caritas, il direttore dell'Ufficio di Pastorale della Salute, il direttore di una cooperativa, il coordinatore di case d'accoglienza, la superiora di un ospedale psichiatrico privato.

Così la Chiesa locale è rappresentata in tutte le sue espressioni. Il gruppo coordina le attività formative, pastorali, culturali, relazionali, sia in diocesi sia nei vicariati e nelle parrocchie.

A volte si avverte la fatica della collaborazione, ma si è maturata una corresponsabilità, che ha reso fecondo lo scambio. Per operare secondo un progetto condiviso è richiesto lo stile di comunione.

Il gruppo è aperto e desidera cooperare con le istituzioni pubbliche.

5. Discepoli

Il secondo passo, un altro tratto di Chiesa, è l'essere discepoli del Signore Gesù, per lasciare che la nostra vita sia ispirata e prenda forma dal suo Vangelo.

Si è visto necessario proporre momenti o percorsi formativi, che si sono realizzati in due direzioni: la prima, proponendo una formazione specifica per operatori e volontari, con dei corsi specia-

lizzati; la seconda, attivando dei convegni in cui sono invitati tutti a maturare nella sensibilizzazione, nell'accoglienza, nell'attenzione delle persone che hanno una sofferenza mentale e dei loro familiari, soprattutto nelle comunità cristiane.

6. Compagni di viaggio e solidali

Una Chiesa che voglia essere segno della presenza del Signore tra gli uomini, è chiamata a formulare la sua proposta come pastorale d'accompagnamento. Assumere uno stile d'accompagnamento in alcune parrocchie ha comportato: avvicinarsi con simpatia alle persone che vivono problemi, disagi, disturbi e malattie di tipo mentale; farsi ospitali con loro perché tutti hanno diritto alla vita della comunità, sia a livello liturgico, catechistico, relazionale e sociale; coltivare nelle comunità l'attenzione preferenziale a chi è più malato, più solo, consapevoli che l'unica preferenza è quella per gli "ultimi"; essere consapevoli di avere molto da imparare e ricevere proprio da quelli che sono ritenuti ultimi. Tutto ciò domanda gratuità di presenza, senza la pretesa di arrivare dappertutto.

Essere solidali impegna non solo ad essere vicino a chi soffre, ma anche a denunciare profeticamente tutto ciò che disumanizza la vita. La Chiesa sperimenta la forza liberante del Vangelo se si mette dalla parte di chi è sofferente e fa proprie le sue necessità.

7. Due esperienze

Per completare il quadro e meglio esprimere l'organizzazione delle cure, delle strutture e del territorio, ho chiesto di raccontare la loro esperienza a due amici: il dottor Amedeo Bezzetto, psicologo, che opera in un ospedale psichiatrico, e il dottor Leone Magalini che opera nel sociale, in quanto direttore della cooperativa "Farsi prossimo".

I Servizio Adolescenti dell'Ospedale "Villa Santa Giuliana" di Verona

AMEDEO BEZZETTO

Riconosco nel titolo del convegno "Fragilità psichica e mentale" una dimensione positiva dell'uomo come essere nel mondo. Se ogni persona è processo e sviluppo continuo, ogni singolo individuo è in trasformazione in uno stretto rapporto con l'ambiente che lo circonda. Ciascuno può descrivere la propria vita per periodi, fasi, esperienze, ovvero una lunga condizione dinamica tra stati del sé, un percepirsi persona con una precisa identità ma anche in movimento, con una propria definizione affermativa come individuo ma pur sempre storica, certo non provvisoria ma neppure perenne.

In questo necessario cambiamento dell'uomo possiamo riconoscere un primo significato della fragilità psichica di ognuno, una dimensione non solo normale per l'essere umano, ma più precisamente naturale, una dimensione indispensabile alla vita perché condizione dell'evoluzione della persona. Se la crescita non è solo progressione lineare, allora la naturale fragilità ci permette di ascoltare gli altri e cambiare idea, ci consente di sbagliare e di imparare dall'errore, è responsabile della crisi, ma ci offre l'opportunità di ripartire.

Tuttavia, per alcune persone la propria fragilità può essere premessa di frattura. Ciò che è fragile si può rompere, spaccare in tanti pezzi senza più la possibilità di essere messi insieme. Le patologie psichiatriche e la sofferenza psicologica sono la testimonianza di una dimensione critica dell'uomo perché evidenziano della fragilità il lato negativo, l'esito infausto della vulnerabilità dell'individuo in uno specifico contesto di vita.

Tra tutti, l'adolescente moderno mi sembra il soggetto più rappresentativo del duplice significato della naturale fragilità dell'uomo. L'adolescenza è sia fase di straordinaria potenzialità, sia periodo di estrema criticità per lo sviluppo mentale dell'uomo. Ogni adolescente attraversa un lungo periodo di indeterminatezza ed incertezza, dove egli non è più bambino seppur tentato dalle gratificazioni legate all'onnipotenza infantile, e non è neppure adulto, anche se spinto dalla società a ricoprire ruoli ed affrontare compiti "da grandi". Al ragazzo è incessantemente richiesto di comportarsi e pensare da persona adulta, ma egli è sprovvisto di esperienza e spesso non gli è

concessa la possibilità di maturare una posizione nuova. Il salto dalla dipendenza infantile all'autonomia personale è brusco e senza protezione. Mancano i riferimenti sociali utili alla crescita cognitiva ed emotiva del giovane: la famiglia è sempre più in crisi soprattutto nel ruolo paterno, di confine e contenimento, la scuola e gli educatori sono ridotti a dispenser nozionistici, i gruppi sociali tra pari sono sempre meno centrati sul compito e più attenti ad una appartenenza con riferimenti valoriali superficiali piuttosto che di contenuto. La pressione sociale del moderno apparato mediatico completa il quadro, con una prorompente spinta all'individualismo ed al protagonismo che certo non lascia indifferenti gli adolescenti, bramosi di identità e modelli identificatori per nutrire un sé affamato di mondo. Alcuni di loro pagano la propria fragilità critica con una sofferenza senza eguali. Sono ragazzi con una "macchina per pensare" rotta e che chiedono aiuto o vengono portati dai loro genitori per essere sollevati ed aiutati in un gravoso compito. Secondo Jeammet, in un adolescente con disturbo psichico ha ceduto un sé troppo fragile sin dai primi anni di vita dovuto ad un difficile rapporto con l'ambiente materno e familiare. Un sé troppo fragile a contatto con l'evenienza biologica interna e le sollecitazioni del mondo esterno in adolescenza, determinano il crollo psichico di un mentale schiacciato tra bisogno d'oggetto e timore di essere invaso dall'esterno. Con questi adolescenti è restrittivo parlare di un grido silenzioso, lo definirei un urlo disperato fatto di sintomi importanti e gesti estremi contro il mondo, talvolta contro la vita stessa. L'impossibilità di trattenere e tollerare una conflittualità interna intrapsichica impone agli adolescenti di esternalizzare le dinamiche di tensione, utilizzando tutti i supporti esterni disponibili, come il corpo, i pari, le agenzie sociali, dove l'urlo disperato diventa il taglio della pelle, l'aggressione dell'altro, i comportamenti devianti. Nell'adolescente la sofferenza psicologica si dispiega sul mondo, egli ricorre al pubblico perché incapace di essere più privato; questa è la sua modalità principe di stare male, non si tratta di manifesto.

Per questi ragazzi, l'Istituto Sorelle della Misericordia ha realizzato uno specifico Servizio Adolescenti presso l'Ospedale "Villa Santa Giuliana" di Verona, struttura appartenente alla rete sanitaria pubblica della Regione Veneto. L'esperienza maturata in anni di lavoro, con la collaborazione del dottor E. De Vito, ha permesso di realizzare un servizio dedicato al trattamento degli adolescenti con disturbo psichico di età 14-23 anni (OMS). Il progetto terapeutico e riabilitativo prevede l'intervento con adolescenti e familiari in tre aree: ambulatorio, reparto e centro diurno, funzionalmente integrate tra loro per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel contratto terapeutico tra adolescente ed equipe curante. Il lavoro psicologico di cura dell'adolescente e del sistema famiglia si basa sull'applicazione di un modello operativo indirizzato da un approccio teorico

psicodinamico di tipo relazionale. Nel progetto, diagnosi e trattamento sono realizzati attraverso un impegno pluriprofessionale che si dispiega in un programma di interventi clinici ed attività strutturate riabilitative. Accanto alla strumentazione specialistica, come la psicoterapia individuale e di gruppo e la terapia farmacologica, l'organizzazione istituzionale è stata pensata come un apparato terapeutico ambientale per superare il ristretto spazio psichico interno dell'adolescente e l'insufficienza della terapia di parola con i ragazzi più giovani e gravi. L'ambiente istituzionale attraversato dall'adolescente è stato strutturato in spazi/tempo di lavoro differenti tra loro, con operatori distinti e competenze diverse, per facilitare il maggior numero di investimenti possibili ed offrire e raccogliere più elementi nelle relazioni d'aiuto. Durante la frequenza in questo ampio campo relazionale, spesso con l'ausilio di mediatori, viene attivato un processo di recupero e di cura dell'adolescente, frequentemente caratterizzato da ciclicità di alleanze di lavoro e fenomeni conflittuali. Un processo di cura che deve molto a quest'area critica e ordinaria del rapporto con gli adolescenti, perché ci ha permesso di imparare a lavorare meglio con loro per scoprire che il contrasto e la tensione tollerabili talvolta possono essere per l'adolescente la via maestra all'incontro e alla maturazione della differenza, un esercizio di distinzione tra persone e del riconoscimento sé-altro, un contributo importante alla definizione del proprio sé.

Aspetti clinici ed organizzativi nella cura delle psicosi in fase iniziale.

Un'esperienza presso l'Unità di ricovero volontario per giovani adulti a Villa Armonia Nuova[1]

FRANCESCO RIGGIO*, MONICA CENTOGAMBE**, MARZIA FABI**, MARILENA CASABONA*, SANDRO CASINI*

L'esperienza che si descrive avviene nel contesto di una integrazione pubblico-privato, che ha realizzato con questo Reparto una delle più funzionali collaborazioni cui il Servizio Pubblico ha saputo dar vita, superando l'antagonismo del passato.

La Casa di Cura "Villa Armonia Nuova" (accreditata con il SSN) nel Luglio 2003 firma una convenzione con la ASL RMD per dare vita, dopo circa un anno e mezzo all'Unità di ricovero volontario per Stati Psicotici all'Esordio (SPEs). Durante la fase dei lavori per strutturare all'interno della Casa di Cura un nuovo reparto separato ed autonomo dai reparti per adulti, vengono svolte tra i sanitari e le Direzioni Amministrativa e Sanitaria numerose riunioni in cui oltre la scelta dell'arredamento e del personale, si gettano le basi per strutturare il tempo della degenza ed organizzare la giornata dei pazienti, giovani al primo ricovero psichiatrico.

L'integrazione pubblico-privato ha visto tra le risorse messe a disposizione dalla ASL RMD due psichiatri ed uno psicologo, la Casa di Cura mette in gioco quattro psichiatri, uno psicologo, una caposala con uno staff infermieristico ed ausiliario. All'interno del reparto sono presenti numerosi tirocinanti e volontari, che vi afferiscono attraverso convenzioni con le Università e le Scuole di Specializzazione offrendo un valido contributo nelle attività di ricerca e di intervento clinico. Il progetto di intervento integrato sui giovani all'esordio di una patologia psichiatrica, finalizzato ad evitare la cronicizzazione della malattia mentale, diventa una realtà nel marzo del 2005.

* Psichiatra ** Psicologo

[1] Casa di Cura Villa Armonia Nuova, via dei Bevilacqua, 43 - 00163 Roma Tel. 06 66419000

Il metodo proposto dai colleghi del Servizio pubblico si basa su un modello anglosassone, che prevede un breve periodo di tempo di ricovero, l'uso di psicofarmaci di nuova generazione a bassi dosaggi, un intervento psicoeducativo con le famiglie, attività risocializzanti.

La formazione personale degli operatori della Casa di Cura e la loro esperienza clinica che vengono investite in questo progetto diventano fondamentali nella ricerca delle radici della malattia mentale e nella risposta alla malattia quando essa da latente comincia a scompaginare l'assetto della normalità.

Luogo della cura

Il luogo di ricovero è stato studiato appositamente per utenti in età giovanile e all'esordio della patologia psichiatrica. L'ambiente è stato curato fin nei minimi particolari, dalla scelta dei colori per le camere di degenza al tipo di arredamento a misura d'uomo, per creare un ambiente confortevole. Il reparto è situato a piano terra con 14 posti letto, in ogni camera vi sono 2 letti, un bagno con cabina doccia e sanitari, due scrittoi in legno, un TV color. Il reparto è misto (maschile/femminile), vi è una sala polivalente in cui vi sono dei tavoli da 4 posti in cui si mangia, si lavora, si sta insieme, si svolgono le attività. Questa Unità di ricovero è separata dagli altri reparti; vi si accede attraverso un ingresso autonomo dove occorre suonare un campanello, per evitare il contatto con altre situazioni di ricovero.

Procedure di ammissione

Le segnalazioni di richieste di ricovero pervengono all'Ufficio ricoveri della Casa di Cura che, in base ad un protocollo concordato, assume le informazioni sul caso per poi sottoporle alla équipe medica. I criteri di inclusione sono i seguenti:

- Fascia d'età: 18-26 anni, estensibili eccezionalmente fino a 30 (da definire la procedura per eventuali minorenni, comunque a partire dai 17 anni e solo per disturbi all'esordio);
- stati psicotici all'esordio, di natura da definire, affettivi o della serie schizofrenica;
- stati psicotici nel corso dei primi due anni di trattamento: situazioni, cioè, in cui un'équipe territoriale del Servizio pubblico lavori già da un certo periodo di tempo (non oltre due anni) con pazienti, per cui si ravvisi in un certo punto del percorso terapeutico la necessità del ricovero.
- situazioni di scompenso e stati mentali a rischio di disturbi di personalità, già diagnosticati o in corso di accertamento;
- disturbo depressivo maggiore con o senza sintomi psicotici.

I criteri di esclusione:

- presenza di concomitanti patologie organiche in fase attiva (questo criterio è previsto dalla convenzione tra Regione Lazio e tutte le Case di Cura);
- insufficienze mentali con o senza psicosi d'innesto;
- alcoolismo e tossicodipendenze (un reparto dedicato alle doppie diagnosi è già attivo presso la Casa di Cura);
- sviluppo nell'adulto di psicosi infantili (autismi Kanneriani e parziali, altre psicosi dell'infanzia e ad esordio nella pubertà);
- disturbi del comportamento e dell'adattamento connessi a situazioni di disagio sociale (es.: ragazzi a vario titolo ricoverati in Comunità, in Case-famiglia per adolescenti, o con provvedimenti alternativi al carcere, ecc.);
- disturbi dell'alimentazione (presso la Casa di Cura è attivo un Day-Hospital dedicato a questa patologia).

L'uso occasionale di sostanze d'abuso (cannabis, cocaina o droghe sintetiche) o la presenza di un sintomo della serie alimentare, se non costituiscono patologia prevalente nel quadro clinico e sono privi di implicazioni internistiche importanti, potrebbero essere non ostativi al ricovero, previa valutazione da parte della équipe del reparto.

Attività terapeutiche

La visita medica apre le attività cliniche della giornata, segue il gruppo di psicoterapia della mattina che per due volte alla settimana è dedicato alla psicoeducazione. Tutti gli interventi clinici sono rivolti sia a valutare giornalmente lo status mentale del paziente sia a contrastare la tendenza alla chiusura e all'isolamento come annullamento del rapporto interumano).

Nella prima fascia oraria pomeridiana le attività sono sempre a carattere gruppale; si svolgono nella sala polivalente o nel giardino esterno alla struttura nel periodo estivo. Tutte le attività di gruppo tendono alla promozione della comunicazione interpersonale fondata sulla espressione di pensieri ed affetti stimolati dalla lettura di articoli di quotidiani o dalla visione di un film. In questo tipo di contesto è possibile rilevare i fenomeni caratteristici delle dinamiche di gruppo come tendenza alla identificazione, svalutazione, meccanismi di proiezione, emergenze di leadership, rivalità ed alleanze, affiatamenti duali, etc. È possibile altresì rilevare o attivare le risorse del paziente (dimensione cognitiva e affettiva) che si manifestano come capacità di impegno, investimento affettivo, interesse per il diverso da sé, sensibilità agli stimoli.

Attualmente si svolgono quattro differenti tipi di attività: 1) Scelta, ascolto, commento di testi musicali; 2) Scelta e lettura di ar-

ticoli tratti dalle due principali testate giornalistiche nazionali; 3) Visione di un film e discussione finale, 4) Gruppo serale di incontro e contenimento dell'ansia.

L'attività di lettura dei giornali con successiva discussione, suscita un buon livello di partecipazione da parte dei pazienti in quanto permette loro di impegnarsi in una ricerca nel contesto complessivo dell'esistenza e consente al conduttore (psichiatra) di valutare le capacità di attenzione nella lettura e nell'ascolto, e di interessarsi alla realtà degli accadimenti del mondo esterno.

La discussione che nasce da spunti tratti dagli articoli è occasione di interazione tra i partecipanti al gruppo e di espressione delle personali opinioni.

Aver organizzato un'attività definita e strutturata, che si svolge con regolarità due volte a settimana nei giorni prestabiliti, assolve a una duplice funzione: favorisce la narrazione di esperienze di vita da parte dei pazienti che usufruiscono così di contesti alternativi a quelli del colloquio individuale e permette al conduttore di osservare le modalità di interazione e come esse variano nel corso del ricovero. Inoltre il venire a conoscenza di fatti e avvenimenti nei vari campi sociali (cultura, scienza, cronaca, spettacolo, etc.) tende a ridurre la chiusura al mondo esterno e a ridurre la tendenza alla cronicizzazione del disturbo.

Il gruppo "cinematografo" prevede la visione di un film accuratamente scelto per contenuto e durata, al fine di poter suscitare una discussione, indirizzandola su tematiche collegabili al lavoro psicoterapico, gestendo le eventuali criticità che ne possono derivare. Non sempre la condizione psicopatologica dei pazienti ricoverati permette la partecipazione a questo tipo di attività, che richiede un sufficiente livello di attenzione e di partecipazione emotiva. Attraverso la visione delle immagini rappresentate dal regista, infatti, emergono personaggi che si caratterizzano per le loro dinamiche di rapporto interumano, permettendo ai giovani pazienti di esprimere il proprio vissuto e di confrontarlo con quello degli altri.

Questa attività che si svolge con regolarità (una o due volte alla settimana) consente di evidenziare eventuali aspetti psicopatologici dei personaggi del film e di sviluppare una riflessione partecipata su quelle dinamiche relazionali causa di malessere o di vero e proprio disturbo psichico.

I temi che più spesso vengono affrontati sono quelli del coraggio, della ribellione, della separazione, del rapporto tra diversi (genitori/figli, uomo/donna, etnie e culture diverse), della realizzazione personale contro chi tenta di impedirla. La nostra tendenza è quella di privilegiare film che comunicano un messaggio di possibilità e di speranza, ma non ne escludiamo altri che, seppure con un finale incerto, permettono un confronto in cui l'obiettivo è dimostrare la non ineluttabilità del fallimento nei rapporti interumani.

Il lavoro gruppale favorisce l'osservazione delle dinamiche tra i pazienti costituendo un'importante fonte d'informazione nell'orientare il processo diagnostico.

Si cerca di sfatare la convinzione, presente in molti pazienti, della malattia psichica come danno organico cerebrale o come espressione di un carico genetico, realizzando nella prassi un rapporto interumano sulla cui base fondare la relazione terapeutica.

Il gruppo serale, della durata di circa un'ora, ha la funzione di chiudere la giornata con un'immagine di presenza e idi rapporto terapeutico e di dissipare l'ansia per la separazione notturna. Questo gruppo si rivela uno dei momenti preziosi per la recezione e la valutazione delle condizioni cliniche del paziente oltre che per intervenire sulle angosce di abbandono.

In tutte queste attività insomma il paziente è continuamente stimolato a rapportarsi agli altri sforzandosi il più possibile di essere comunicativo. La comunicazione è il momento in cui la propria attività è tesa alla costruzione di un rapporto con gli altri. Coerenza, lucidità, cooperazione, intenzionalità a comunicare sono tutti aspetti che, anche se non interpretati, vengono continuamente richiesti.

I pazienti sono lentamente portati ad accettare quello che dovrebbe caratterizzare qualsiasi relazione: la pretesa cioè che ci sia una reale intenzionalità al rapporto e alla comunicazione, l'obbligo di essere realmente presenti.

Colloqui individuali ed anamnesi SPEs (Stati Psicotici all'Esordio)

I colloqui individuali vengono svolti dagli psicologi e dagli psichiatri con una cadenza non stabilita e con finalità diagnostiche cliniche terapeutiche. Il nostro intervento sulla malattia all'esordio ci permette di essere maggiormente incisivi e di opporci con maggior forza all'instaurarsi di una condizione di cronicità, e di una corazza difensiva che diventa una falsa identità. Al di là dei test che vengono somministrati, i colloqui clinici ci permettono di cogliere la dimensione non cosciente malata, che esprime il fallimento nei rapporti interumani.

Il nostro modo di confrontarci non solo con i sintomi manifesti, ma con le dinamiche psicopatologiche che portano ad un rapporto alterato con la realtà (di negazione e di annullamento) ci permette di intervenire sulla dimensione non cosciente. Questo è possibile anche grazie al fatto che quando siamo di fronte ad un vero esordio psicotico ancora non si è costituita la corazza difensiva che rende difficile e distante il rapporto terapeutico. Purtroppo questo non sempre avviene in quanto i cosiddetti esordi sono in verità la manifestazione clinica evidente di un lungo periodo prodromico di malattia silente non riconosciuta dai familiari e a volte, purtroppo, anche dai medici.

L'anamnesi SPEs è un'intervista clinica semistrutturata (ideata e messa a punto dal dr. P. Sistopaoli) che si rivolge ai familiari del paziente, la cui finalità è quella di realizzare un'anamnesi completa, tramite la raccolta della storia clinica del paziente e del suo ambiente familiare. L'intento è quello di individuare perciò, oltre le dinamiche psicopatologiche individuali, anche il contesto relazionale all'interno del quale esse si manifestano. Le prime domande tendono ad individuare quale era lo stato psicologico della coppia al momento della nascita del paziente, cercando di ricostruire il clima familiare in cui il neonato è stato accolto. Si indaga sulle condizioni socio-ambientali della coppia, la durata del fidanzamento, il tempo che è intercorso tra il matrimonio e la nascita del bambino, cercando di cogliere le aspettative e le eventuali delusioni. Altro campo d'indagine è l'intenzionalità della coppia rispetto alla gravidanza, se è stata programmata o meno, se vi sono state minacce d'aborto e/o limitazioni più o meno forti per la normale attività della madre. Anche l'eventuale cambiamento del rapporto della madre con le proprie figure genitoriali in seguito al nuovo evento. Altre domande mirano invece ad indagare gli aspetti psichici del bambino e i suoi corrispettivi nella madre, in occasione, ad esempio, dell'allattamento, dello svezzamento, dell'uso del ciuccio, delle tappe di sviluppo, degli eventuali problemi di crescita, delle prime separazioni. L'anamnesi SPEs ci permette un primo contatto con i familiari e getta le basi per un eventuale trattamento successivo della famiglia del paziente presso centri appositi.

All'interno del Reparto vi è un gioco di squadra tra i colleghi del Servizio Pubblico che curano il progetto terapeutico complessivo e la nostra équipe che pone in primo piano l'osservazione approfondita del paziente.

Questo reparto si pone come uno dei pochi presidi nel deserto delle strutture di ricovero per giovani adulti: oltre alla NPH infantile di via dei Sabelli e dell'ospedale Bambino Gesù a Roma infatti non ci sono altri presidi. Si pone come servizio essenziale per i colleghi che operano nel territorio quando si trovano in difficoltà tra la scelta di ricoverare un ragazzo giovane in fase di acuzie in un SPDC e cercare di curarlo nel territorio per impedirgli la dannosa esperienza del ricovero con pazienti adulti gravemente disorganizzati. Questo reparto a dimensione umana mette al centro la persona del giovane paziente con tutte le sue problematiche connesse all'età: la scuola, l'adolescenza, la dipendenza materiale dalla famiglia.

Questi sommari aspetti dell'intervento realizzato presso la Casa di Cura Villa Armonia Nuova fanno parte di una ricerca complessiva di un gruppo di operatori della psichiatria che non crede per principio nella naturalità della malattia mentale come aspetto costitutivo originario della psiche, ma ritiene che essa sia frutto di

rapporti precoci disturbati, confermati dalla violenza di relazioni interumane successive.

Questi operatori cercano di intervenire il più presto possibile sulla malattia della dimensione mentale non cosciente tentando di stabilire nuove relazioni miranti ad una trasformazione di essa dimensione, che consenta il progressivo recupero di un corretto rapporto con la realtà soprattutto con quella umana dell'altra persona. Il ricovero presso il Reparto suddetto è una tappa da utilizzare per sviluppare il percorso terapeutico e necessariamente va integrata con un successivo lungo trattamento sia sul piano psicodinamico, sia sul versante socioterapico e quando occorre, psicofarmacologico.

Esperienze

LEONE MAGALINI
Direttore di Farsi Prossimo, società cooperativa sociale, ONLUS, Verona

Sono direttore di una cooperativa sociale denominata *FARSI PROSSIMO*, nata nel 1988 all'interno dell' attività caritativa della Diocesi di Verona. Il suo fondatore e attuale presidente è Mons. Scarsini, allora Vicario episcopale per la pastorale della salute.

Egli aveva già creato in Diocesi, accanto alle parrocchie a partire dagli anni 70, numerose Piccole Fraternità, case di accoglienza di persone con handicap psico-fisico. Si era però accorto che il malato mentale grave, seppure compensato, non era facilmente gestibile all'interno di quelle Case, perché bisognoso di cure speciali (medici e farmaci) e di personale specializzato nella relazione personale.

Fondò allora la cooperativa *FARSI PROSSIMO*. Essa conta 108 soci lavoratori, pochi volontari, si occupa esclusivamente e specialisticamente della cura, riabilitazione, reinserimento sociale di persone malate di mente. Lavora in stretto collegamento con 5 Distretti Psichiatrici di due ASL della Provincia di Verona, gestendo 4 Comunità Terapeutiche, 2 Comunità Alloggio, 6 appartamenti assistiti (GRUPPO APPARTAMENTO), un Centro Diurno e numerose assistenze domiciliari.

Partecipa inoltre, associata in ATI con altre cooperative, alla gestione di due grosse realtà: un ex manicomio trasformato in 6 RSA e un Centro di riabilitazione per disabili gravi multiproblematici (CERRIS).

Si sta occupando della creazione di una cooperativa agricola – strettamente collegata con una Comunità Alloggio, che dispone di circa 17 ettari di terreno coltivato – e di un Centro Giovanile, finalizzato alla tutela e promozione della salute psichica in giovani a rischio a causa di conflitti familiari, deficit relazionale e ambientale (in particolare immigrati), tossicofilia, difficoltà scolastiche e quant'altro.

Non è mia intenzione né mi è stato chiesto di illustrare quanto la cooperativa ha fatto o ha intenzione di fare, quanto piuttosto di descrivere una delle Comunità Alloggio gestite dalla cooperativa, perché voluta e realizzata dalla Diocesi di Verona, e attraverso la quale vorremmo, insieme con la Diocesi, proporci come esempio di qualità, di innovazione, in definitiva di carità.

Si chiama *Comunità Alloggio GIUBILEO 2000*, perché nata in seguito alla donazione da parte di una Signora nelle mani del Vescovo di due case coloniche e attiguo terreno agricolo di circa 17 ettari.

La prima casa accoglie 21 malati di mente gravi, con patologie psicotiche in fase di cronicizzazione, prevalenti in alcuni, o conseguenti a deficit intellettivo e disturbi comportamentali in altri. Vi

lavorano due educatrici, 12 operatori socio-sanitari, una infermiera part-time, un medico psichiatra con due ingressi settimanali.

Costituisce di fatto una specie di *DOPO DI NOI*, per il fatto che molti non sono più giovani (40-50 anni) o pur essendo giovani non sono riusciti nelle Comunità Terapeutiche dov'erano a trarne benefici significativi. È problematico quindi il loro ritorno a casa.

Parlavo di qualità. La Casa è tra le più moderne e tecnicamente attrezzate.

Con non piccola difficoltà per la penuria di mezzi abbiamo voluto due educatrici, affidando loro due compiti totalmente diversi: alla prima la gestione della quotidianità, a cui tutti gli ospiti devono partecipare (riordino, pulizie, servizi, cucina, guardaroba ...), che costituisce il primo pilastro della riabilitazione. Alla seconda la programmazione, gestione, valutazione delle attività riabilitative di gruppo, in particolare lavoro agricolo, movimento fisico, musica, ma anche educazione religiosa, socializzazione al di fuori della comunità (attività di rete) , attività di pittura, ricamo, tessitura...attività che variano in continuazione; tutto ciò insomma che può aiutare l'utente a riproporre le proprie abilità intellettive, relazionali e manuali, che costituiscono il secondo pilastro della riabilitazione.

La qualità dipende prima di tutto dal personale che vi lavora. Al normale diploma di operatore socio-sanitario, aggiungiamo una riunione di équipe settimanale di due e più ore con la presenza dello psichiatra, la formazione interna alla cooperativa, la partecipazione ai corsi di aggiornamento proposti dall'ASL, la supervisione di uno specialista ogni due-tre anni per dieci incontri di due ore ciascuno.

Come cappello: la definizione del manuale della qualità in corso d'opera, che stabilisce missione, organigramma, funzionigramma, procedure, test di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia di ogni attività della comunità.

Innovazione

Elenco quelle che sono le azioni sperimentali che stiamo conducendo

La sperimentazione del metodo Spivack applicato alla residenzialità. Non è scontato, in quanto largamente sperimentato nei Centri Diurni, che lo stesso metodo possa valere per la residenzialità, per di più in soggetti vicini alla cronicizzazione.

Ci siamo proposti di sperimentarne l'efficacia e di proporre eventuali adattamenti del metodo stesso.

L'accoglienza di soggetti affetti da patologia psichiatrica connessa ad altre patologie. Parlavo di disturbi psichiatrici derivanti da deficit intellettivo o disturbo comportamentale.

Aggiungo parziale disabilità derivante da incidenti d'auto o simili, nonché alcofilia agganciata a fenomeni di emarginazione sociale. Siamo in sostanza impegnati ad accogliere quei soggetti che le comunità terapeutiche stentano ad accogliere (e quindi restano a carico delle famiglie), perché portatori di disagi multipli che mettono a dura prova la vita della comunità.

Con un gruppo di operatori altamente motivati e addestrati si può farcela.

L'accoglienza in comunità residenziale di persone in regime diurno, che si dedicano soprattutto al lavoro dei campi.

L'accoglienza di sollievo di soggetti la cui famiglia è temporaneamente in difficoltà.

Il posto privilegiato che diamo al lavoro agricolo in ordine alla sua valenza terapeutica (e speriamo in futuro anche alla coltura degli animali), a seguito degli stimoli che riceviamo dall' Università della Tuscia, è un altro dei motivi di innovazione che stiamo sviluppando.

La carità

Carità è anzitutto la generosità della Diocesi che non solo sta completando, a sue spese, l'opera incominciata, ma ha dato alla cooperativa tutto il complesso in comodato gratuito per trent'anni, permettendo alla stessa di non appesantire le rette. Il beneficio non va soltanto alle ASL, ma anche ai familiari che sono obbligati alla compartecipazione.

Il tipo di comunità che stiamo creando è già un inno alla carità, perché molto più impegnativo rispetto alle Comunità che accettano un solo tipo di patologia.

Carità è la possibilità che diamo alle parrocchie vicine alla Comunità di vivere momenti di volontariato.

Alcune associazioni e individui singoli si sono già impegnati in alcune prestazioni.

Ci siamo accorti che gli operatori stessi, sollecitati dal clima che si respira, offrono prestazioni gratuite fuori orario lavoro, aumentando il clima di partecipazione e di fraternità in comunità.

Credo che le crescenti difficoltà economiche dello stato, che si riflettono pesantemente sulle strutture territoriali di cura e di riabilitazione, debbono stimolare la Chiesa a non cedere all'illusione sessantottina di uno stato onnipotente e benefico, capace con la giustizia di soppiantare la carità.

Gli anni hanno dimostrato che senza l'apporto del volontariato, in particolare di quello che vive attorno alle parrocchie, la solidarietà intristisce.

Il mondo del disagio ha ancora e più di prima bisogno della Chiesa.

Testimonianze
La storia di Samuele

Sono la mamma di due splendidi bambini: Samuele, 8 anni e 8 mesi, affetto da sindrome genetica con tratti di autismo, e Tecla, 7 anni, normodotata.

Samuele nasce a Bergamo il 29 settembre 1997, giorno dedicato agli arcangeli Gabriele, Raffaele e Michele, protezione dei quali gli sarà sempre necessaria nei mille pericoli in cui riesce a ficcarsi, quando elude anche solo per qualche secondo il controllo delle persone adulte.

Dopo una gravidanza decorsa normalmente, tranne che per un episodio di utero contratto al quarto/quinto mese, nasce mediante taglio cesareo per mancata progressione fetale, dopo un travaglio di circa 26 ore.

Il decorso neonatale, definito dai medici fisiologico, presenta subito un piccolo problema: l'iposuzione. Samuele, un neonato di 4 chili e 300 grammi, non è capace di succhiare il seno materno e si accontenta di succhiare la propria lingua raccolta a cucchiaio.

Nessuno se ne preoccupa. Noi genitori insistiamo a proporre ad ogni poppata a Samuele il seno prima del biberon, fino a quando Samuele a 30 giorni di vita, inizia a succhiare regolarmente dal seno materno. L'allattamento naturale viene interrotto a 50 giorni in seguito ad un intervento chirurgico correttivo per stenosi ipertrofica del piloro.

Samuele è sempre stato un bambino molto difficile da accudire, soprattutto dopo l'intervento, poichè non era in grado di attendere neppure per pochi minuti la propria pappa senza cadere in pianti isterici e poiché non era in grado di riposare per più di qualche ora consecutiva. I risvegli notturni erano frequenti, se non frequentissimi, e al riposo della giornata non si abbandonava mai se non dopo ore di canzoncine canticchiate sommessamente. In questi momenti le coccole venivano rifiutate con grandi irrigidimenti.

Iniziammo ad avere la sensazione che ci fosse qualcosa che non rientrava nella norma, nonostante Samuele fosse il nostro

primo figlio, verso il settimo mese di vita, quando notammo che Samuele non rispondeva al suo nome o ai richiami vocali, però riusciva perfettamente a sentire il gocciolio del rubinetto nella stanza limitrofa. Dopo gli esami audiometrici la prima diagnosi per Samuele venne formulata così: *"Signora suo figlio non è sordo, non gliene frega niente!"*. I pediatri e dico pediatri al plurale ci ripetevano "È *un bellissimo bambino signora, è solo pigro: ogni bambino ha i suoi tempi!"*.

Fino a quando il *pietoso coraggio* di un'amica non ci consigliò di portare Samuele da un neuropsichiatra infantile in un centro di ricerca specializzato.

Ed eccoci, allargata famigliola (nel frattempo era nata anche la nostra secondogenita), alla prima visita con un neuropsichiatra. Il verdetto fu: *"Appena l'ho visto entrare dalla porta ho notato che c'è qualcosa che non va. Samuele presenta delle dismorfie a livello del volto ed un ritardo psicomotorio,...."*. Piansi per una settimana ininterrottamente, tutte le volte che guardavo il mio bambino e pensavo che non avrebbe avuto una vita come quella degli altri.

Qualche giorno prima della *sentenza* Samuele aveva iniziato a frequentare il micro-nido ed è lì che ha incontrato una delle persone che è stata per lui un vero angelo: l'assistente educatrice, che gli ha camminato accanto per 5 anni.

Testimonianze
La storia di Chiara

Sono il papà di Chiara. Mi è stato chiesto di riportare alcuni esempi concreti di come CHIARA è stata accolta e si è sentita accolta nella scuola e nella parrocchia.

LA FAMIGLIA DI CHIARA: come è composta e dove viviamo

- Chiara (10 anni) è la 3ª nata: prima di lei ci sono Luca (14 anni) e Matteo (16 anni); con i fratelli ha un forte legame affettivo, le danno sicurezza e stimoli continui, ma non è per questo dipendente da loro.
- Abitiamo in Veneto nella frazione (900ab) di un piccolo comune (4000ab) della pianura trevigiana caratterizzato da una economia agricola ed artigianale (distretto del mobile)
- le comunità parrocchiali corrispondenti alla frazione ed al capoluogo sono guidate dallo stesso parroco, con momenti comuni e di scambio
- in questo contesto sociale le relazioni interpersonali sono favorite dal continuo intrecciarsi dei contatti tra persone (tutti si conoscono in paese).

- CHIARA ALLA NASCITA: per le conseguenze di una asfissia perinatale, ha subito lesioni neurologiche; è stata rianimata e sottoposta a terapia intensiva; stabiliti i parametri vitali accettabili è rimasta ricoverata per 60 giorni in neonatologia; è stata seguita da subito dall'equipe de La Nostra Famiglia di Conegliano.
- La forte preoccupazione dei genitori e dei medici che l'avevano in cura è stata la qualità della vita della bambina: sul suo futuro c'erano molte ombre e minime certezze.

- CHIARA OGGI: ritardo cognitivo di media gravità, difficoltà di equilibrio, eloquio, motricità fine.
- Manifesta stereotipie, livelli di attenzione bassi, discontinui.
- Esprime un forte desiderio di relazione, soprattutto con semplici forme verbali, anche se ha problemi nell'articolazione della parola e nella costruzione delle frasi; spesso ci chiede: "posso invitare la mia amica questo pomeriggio? oppure "domenica dove andiamo? Chi viene da noi?".

INSERIMENTO SCOLASTICO

- È stata inserita nella SCUOLA MATERNA parrocchiale con assistente polivalente solo dal 2° anno per nostra ingenuità e sottovalutazione. Da segnalare la DISPONIBILITA' della direzione della scuola ad accogliere da subito la bambina; con l'arrivo dell'assistente polivalente le cose sono migliorate.
- Ha frequentato i primi 2 anni della SCUOLA ELEMENTARE all'interno dell'istituto LA NOSTRA FAMIGLIA a Conegliano, usufruendo oltre alla scuola di una pluralità di interventi specialistici (psicomotricità, fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale) che hanno permesso una importante azione di recupero delle potenzialità di Chiara; anche noi genitori abbiamo trovato sostegno ed incoraggiamento.
- Dalla 3ª elementare è avvenuto l'INSERIMENTO NELLA SCUOLA STATALE del paese con insegnante di SOSTEGNO per 22 ore/settimanali; come genitori ci siamo subito opposti a questa ipotesi, e solo in un secondo momento l'abbiamo riconsiderata. Mi preme mettere in luce come in questo caso l'equipe del centro di riabilitazione abbia usato la PAZIENZA di attendere i tempi di risposta della famiglia
- Il progetto prevedeva l'inserimento di Chiara nel gruppo classe dei coetanei x agevolarne l'integrazione (ha ritrovato i bambini già conosciuti alla materna) anche se la scolarità di Chiara non corrisponde a quella dei compagni. I risultati successivi sono stati positivi.
- Chiara partecipa alla vita di classe soprattutto per mezzo della partecipazione alle ATTIVITÀ DI GRUPPO: momenti di discussione (trasmissione orale di esperienze e vissuti personali), attività teatrali (canto, recita); viceversa ha difficoltà nella manipolazione, nella produzione scritta e grafica; ha una attenzione discontinua.
- Alcuni oggetti e situazioni concrete fanno sentire Chiara alla pari con gli altri:
  - ○ come i compagni ha il DIARIO per le comunicazioni (anche se lo usa di rado)
  - ○ come i fratelli svolge le VERIFICHE (e ne parliamo a pranzo...)
  - ○ come i compagni ha IMPEGNI PERSONALI (terapista, catechismo, piscina, inviti)
  - ○ come i genitori va in VACANZA (Weekend dalla nonna) con la sua borsa da viaggio ed il beauty.
- È dotata di particolare sensibilità verso gli stati d'animo di chi le sta vicino: ha ANTENNE SENSIBILI che le fanno captare i momenti felici o le difficoltà, la serenità o la stanchezze, e li interiorizza.

Due EPISODI A CONFRONTO:

- ○ 6 anni fa stavamo assistendo al saggio finale dei bambini della

scuola elementare: genitori e spettatori sulle tribune, bambini sullo spalto, canti, musiche, volume alto ...Chiara alternava manifestazioni di disagio (stereotipie, fremiti convulsi) in contrasto con il desiderio di assistere alla rappresentazione costringendomi ad entrare e ad uscire più volte dall'ambiente per tranquillizzare il suo stato d'animo.

- 3 mesi fa Chiara si è proposta spontaneamente di interpretare un personaggio dello spettacolo organizzato dalla sua scuola con musiche, canti, balli e la partecipazione di tutte le classi; le insegnanti hanno adattato la parte alle sue capacità
- tra la situazione critica del primo episodio ed il risultato positivo del secondo c'è da evidenziare la PAZIENZA che è stato necessario usare nel rispetto dei tempi di maturazione della bambina. Come genitori ci ripetiamo sempre di godere GIORNO PER GIORNO dei PICCOLI PROGRESSI che Chiara compie senza pretese miracolose..

INSERIMENTO IN PARROCCHIA

- ha ricevuto il BATTESIMO il giorno della nascita per le condizioni critiche in cui versava; alla prima occasione abbiamo fatto la celebrazione comunitaria con un altro bambino. Chiara chiede spesso di questo momento e vuole vedere le foto
- frequenta il CATECHISMO dalla 1ª elementare con i coetanei (7) della parrocchia; per la disponibilità della catechista e delle altre famiglie i primi 2 anni si svolgeva il SABATO appositamente per venire incontro a Chiara che non poteva essere presente durante la settimana.
- mia moglie si è interessata per attuare un SOSTEGNO simile a quello scolastico; era necessaria una figura di MEDIATORE / FACILITATORE visti i ridotti livelli di attenzione e le difficoltà di Chiara
- ha quindi chiesto ad una ragazza del paese (Giulia, 12anni allora) di aiutare Chiara: i suoi timori iniziali per l'impegno che poteva richiedere sono stati ben presto superati e tuttora continua nel servizio. Giulia è diventata l'AMICA GRANDE di Chiara: l'aiuta nel mantenere l'attenzione all'argomento e nella realizzazione dei lavori (disegno, cartellone, didascalie ... che focalizzano il tema discusso con la catechista)

PREPARAZIONE AI SACRAMENTI

- La PRIMA CONFESSIONE nell'aprile 2005
- La PRIMA COMUNIONE nell'aprile 2006
- La PREPARAZIONE ai sacramenti è stato un momento sentito da Chiara come MOLTO IMPORTANTE e vissuto con forte coinvolgimento (diceva: "non facciamo tardi", "ricordiamoci di portare, prendere...").

- La celebrazione della 1ª comunione è stata arricchita di segni, canti (strofe da solista) fatti dai bambini. Per Chiara sono stati scelti dei segni a lei accessibili (il canto iniziale per la sua attenzione labile).
- Il servizio dei MINISTRANTI è un momento che Chiara ha atteso per lungo tempo e finalmente è arrivato! D'accordo con il parroco abbiamo scelto le mansioni che lei è in grado di svolgere: reggere la tovaglietta alla comunione (può seguire i gesti di un'altra/o compagna/o); per il momento evitiamo l'uso di ampolline e campanelli. Per facilitarla nella genuflessione (è precaria nell'equilibrio) Chiara si dispone nella fila in modo da trovare un elemento dell'arredamento del coro al quale appoggiarsi con la mano.
- Fare la CHIERICHETTA è una esperienza concreta che fa sentire Chiara partecipe della liturgia e della comunità.

CONCLUSIONE

- La giornata della Prima Comunione e quello che ne è seguito è vissuto da Chiara con sorprendente serenità. Ancora molta è la strada da fare e di certo non mancheranno difficoltà e battute d'arresto, ma il tempo che ci è stato dato di percorrere fino a qui ci mostra che, nonostante il peso e la difficoltà della disabilità, oltre a beneficare delle cure mediche e della riabilitazione, la serenità per Chiara e la sua famiglia è possibile grazie alla prossimità dei rapporti personali vissuti nella comunità.

Fragilità psichica e mentale: la presenza nel territorio e la risposta delle comunità cristiane

Don MAURIZIO CHIODI - Docente di Teologia Morale
nella Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale

Fragilità psichica e mentale: la presenza nel territorio e la risposta della comunità cristiana

Mi introduco al tema di questa riflessione anticipando che essa ruoterà intorno alle due questioni, antropologica e teologico-pastorale, che mi paiono centrali sotto un profilo critico, come i due fuochi di un'ellisse: che cos'è davvero la fragilità psichica e mentale? E quale forma di responsabilità essa suscita nei cristiani e in generale nella nostra 'cultura' – riprendo in senso "antropologico" il riferimento al territorio – ?

1. La fragilità psichica e mentale come questione "culturale": l'interpretazione

(a) Difficoltà del nome: identificazione di una tipologia.

Per incominciare, vorrei proporre un'avvertenza preliminare: la mia riflessione sulla fragilità psichica e mentale sarà caratterizzata da un approccio che non è giustificabile come quello di un 'esperto' della questione, almeno sotto il profilo della medicina o delle cosiddette scienze umane. Il mio intento è piuttosto di tipo sapienziale ed ermeneutico: da credente e teologo, mi pongo dinanzi a un fenomeno umano complesso e difficile da interpretare.

Inizio segnalando la difficoltà a trovare un linguaggio condiviso. Come "dare nome" a questo mondo complesso e oscuro: fragilità psichica? malattia psichica? sofferenza psichica? ritardo mentale? debolezza mentale? La difficoltà in questione non è però solo da addebitare a un problema nominalistico, ma a un'interpretazione più complessiva: in cosa consiste questa debolezza e fragilità? Certamente la "fragilità" psichica e mentale è una cifra difficile da interpretare.

Nell'ambito più generale della fragilità psichica e mentale, propongo di distinguere, secondo un'idea che mi pare ormai abbastanza diffusa, tra i deboli mentali, caratterizzati da un ritardo intellettivo e concettuale, e i malati psichici, che hanno una "sofferenza" di tipo psichiatrico, come le psicosi o la depressione. In questo quadro, mi pare, rimane comunque la difficoltà a "classificare" altre patologie o sofferenze psichiche, come ad esempio l'autismo, che non sono riconducibili né a un ritardo intellettivo né a un disa-

gio psichico né a un disagio relazionale, anche se possono assumere l'una o l'altra di queste forme.

(b) Questione non solo medica o terapeutico-clinica.

La fragilità psichica – e analogamente il ritardo mentale, anche se con le debite differenze – è oggi prevalentemente affrontata sotto un profilo clinico e medico, anche farmacologico, ed è oggetto di uno studio più scientifico-clinico che antropologico. In un orizzonte esclusivamente clinico e terapeutico, l'obiettivo fondamentale diventa unicamente la rimozione della sofferenza o del deficit, come se essa fosse solo e sempre un nemico da espellere – e non invece un tempo e un compito da vivere –. Questo modo di affrontare il disagio indubbiamente ha la sua ragion d'essere e le sue giustificazioni. È evidente infatti che, laddove è possibile, è giusto curare la fragilità e il danno, con la terapia medica e psicologica.

E tuttavia per molti aspetti è chiaro che la cura della *psiche* non può essere delegata solo alla medicina o alla psicoanalisi. Nell'affrontare il tema della fragilità (psichica e mentale) mi pare che la questione fondamentale sia di evitare il rischio – ancora più pericoloso a livello psicologico – della sua oggettivazione, nella quale il malato verrebbe ridotto alla malattia, e questa a "oggetto" di cura. Questo modo di agire ridurrebbe l'altro a un mero "oggetto" di attenzione e di cura, senza accettare la fatica e la bellezza della differenza e il coinvolgimento della relazione.

(c) La fragilità psichica e mentale come questione di senso.

La questione della fragilità psichica e mentale richiede a mio parere di essere svolto in una fenomenologia dell'esperienza umana (coscienza), così come si dà anche in queste forme di disagio e di disabilità. La fragilità psichica e mentale, come ogni fenomeno umano, richiede un approccio più complessivo, di tipo antropologico, attento al suo profilo sia personale che culturale. In gioco c'è dunque una questione di senso, che riguarda la civiltà nel suo complesso.

Anzitutto la fragilità (sofferenza) psichica e mentale richiede una elaborazione o un'interpretazione che tenga presente che essa è la forma più complessa del patire, poiché coinvolge, in forme molto articolate, il rapporto dell'uomo con se stesso e con l'altro. Nel caso del ritardo mentale o intellettivo, è evidente che i rapporti personali e sociali sono esposti a una debolezza e una "inferiorità" (non saputa), dovute a una scarsa capacità di elaborazione personale e di astrazione concettuale. Ma, a questo deficit e a questa fragilità corrisponde probabilmente una spiccata attitudine alla prassi e all'azione concreta, e quindi una forma diversa di intelligenza e di relazione al mondo. Questo richiede, per il "normodotato", di saper rimodulare la relazione a partire dall'altro. Nel caso della fragilità psichi-

ca, sono evidentemente in gioco altre difficoltà nelle relazioni con gli altri e con se stessi. Peraltro va notato che nella cultura moderna e post-moderna questa forma del disagio psichico è in aumento costante: questa fragilità, che è noia e stanchezza del vivere, è un tarlo che tutto corrode e fa paura. Si tratta di una crisi di senso che rischia di paralizzare il desiderio, la volontà e l'agire, come dicevano i padri della Chiesa a proposito dell'accidia. Questa sofferenza psichica, sotto il profilo culturale, viene a mio parere incrementata soprattutto da due fattori tipici della cultura post-moderna: lo stile di vita individualista diffuso e pervasivo, legato anche alla frammentazione del contesto culturale, e la grande enfasi sull'aspetto emotivo e affettivo del vivere, con la quale si "carica" il soggetto di forti attese, in assenza di rapporti personali e sociali significativi e gratificanti.

Se volessimo differenziare sotto il profilo antropologico le diverse forme di fragilità psichica e mentale – i disturbi psichici (come la psicosi), la depressione, l'autismo, il ritardo mentale e cognitivo, ecc. – potremmo dire che ciascuna di esse "tocca" in modi differenti e a volte in modo devastante il vissuto personale, nella sua unità, che riguarda il sentire, il pensare e il volere e dunque l'agire, che sono forme della totalità e singolarità della coscienza, nella sua unicità indivisibile. La fenomenologia concreta di queste "sofferenze" richiederebbe un'interpretazione complessa dell'esperienza personale, che dovrebbe consentire di individuare, nei singoli soggetti, i nodi e gli snodi, vale a dire gli aspetti problematici e deficitari e insieme le forme e le possibilità del loro superamento. In estrema sintesi, si può dire che la fragilità psichica – come suggerisce l'etimologia *psyché* – è propriamente la fragilità dell'anima (*psyché*) e cioè della libertà. Perciò, chi è psichicamente fragile non soffre solo "interiormente", bensì proprio nel suo corpo e dunque nelle sue relazioni. Paradossalmente, dunque, la fragilità psichica, che riguarda l'«anima», è una difficoltà e un deficit legato al corpo vissuto (in tedesco: *Leib*), che è la forma delle nostre relazioni e della nostra partecipazione al mondo-della-vita-comune. Questo approccio implica che, paradossalmente – oltre la formula secondo cui l'anima è la *forma* del corpo – il corpo stesso sia reinterpretato come la *forma* concreta dell'anima, oltre quel dualismo tra naturale e spirituale, che spesso connota anche i nostri discorsi "religiosi".

Sullo sfondo di questa interpretazione antropologica complessiva, un secondo aspetto decisivo che mi pare necessario sottolineare è lo stretto nesso tra la fragilità psichica e mentale e quella umana. La fragilità psichica va presa per quello che essa è: *una* forma storica e specifica della fragilità umana[2]. L'esperienza umana

[2] Su questi aspetti mi sono soffermato con maggiore diffusione in *Fragilità e speranza: il ministero del CVS a servizio della speranza*, di prossima pubblicazione, negli Atti del Convegno del CVS a Collevalenza, dal 28-31 aprile 2006.

infatti è originariamente segnata dal limite, che coincide con le sue possibilità. La fragilità dell'uomo sta nella sproporzione che lo costituisce e cioè nel suo essere affidato a se stesso, in un desiderio di relazione all'assoluto e all'infinito, che egli vive a partire dal piccolo spazio del suo desiderio («*la gioia del sì nella tristezza del finito*», dice Ricoeur). Questa fragilità è la fragilità della libertà umana, nella sua forma pratica e dunque sempre determinata, ove in gioco ultimamente è sempre la fede e dunque il destino personale, nel rapporto con Dio, che si decide nelle relazioni concrete della vita.

Questa "fragilità" antropologica è espressa esemplarmente nel libro della Genesi che, nel secondo racconto di creazione (Gn 2, 4b-25), parla dell'uomo (*'adam*) come di un essere vivente fatto di terra e di soffio di vita. Diversamente dagli animali, l'uomo è "composto" di polvere di terra (*'adamah*) e di alito vitale (*nishamat hajim*) di Dio. In quanto è legato alle origini della terra, egli sottostà alle leggi fisiche del corpo e della natura, ma, in forza del respiro di Dio, egli è presente a se stesso, e dunque capace di disporre di sé, a partire da ciò che gli è stato dato. La fragilità della libertà umana è che egli è affidato a se stesso, a partire da ciò che ha ricevuto: il senso precede il consenso, il dono precede il compito, la grazia suscita la libertà. L'uomo non può salvare la sua vita se non a prezzo di riconoscere in essa un dono e una promessa dell'Altro, che proprio in questo dono gli si rivela come la sua Origine. Anche in questo sta la "fragilità" del dono: perché questo sia davvero tale per lui, è necessario che egli vi consenta. Se invece l'uomo non lo accoglie, dedicandovisi, lo perde. La fragilità consiste proprio in questo "miscuglio" tra "terra" e "respiro", dono e compito, senso e consenso, grazia e libertà. Ed è proprio questa sua fragilità che fa emergere la questione radicale del senso.

In modo analogo, per comprendere il senso della fragilità umana, si potrebbe prendere il paradigma esemplare della storia biblica dell'Esodo, dove l'uscita dalla schiavitù e dall'oppressione dall'Egitto implica per il popolo di Dio un cammino di liberazione verso la (terra) promessa, che passa attraverso il tempo della prova. Il cammino nel deserto è il "tempo della libertà": tra l'anticipazione della promessa, nella liberazione, e il suo compimento, sta un tempo difficile, in cui alla libertà umana è chiesto di credere in Dio, riconoscendo i segni della sua opera, che rimane sempre fedele alla parola promessa.

Se la fragilità psichica e mentale è solo una forma, concreta e storica, della fragilità umana, ne deriva allora che si deve evitare ogni rischio di enfatizzarla, in un senso o nell'altro: essa non va né *a priori* demonizzata, come se fosse sempre un impedimento da annullare o un problema da eliminare o una parentesi da superare, e nemmeno dev'essere ambiguamente esaltata, come se fosse una

condizione privilegiata, il che è evidentemente non vero: nell'elogio della fragilità, specialmente fatto da chi sta bene, c'è molta finzione e una buona dose di ipocrisia.

Ma ancor più, proprio perché la fragilità psichica e mentale, nelle sue varie forme, è solo una forma della "fragilità umana", a chi la soffre essa pone l'appello a vivere attivamente la propria condizione. Proprio perché essa è una forma del patire umano, nonostante e al di là della precarietà, essa pone alla libertà di chi ne è afflitto il compito di assumere le responsabilità che gli competono, nelle scelte e nelle relazioni che riguardano la propria vita.

2. Responsabilità, prossimità e speranza

L'esperienza umana della fragilità psichica e mentale è per tutti noi un appello alla responsabilità. Ma mi sembra importante sottolineare che, per noi credenti, non si dà responsabilità se non a partire dalla speranza (1 Pt 3,15; Fil 3,10-13). C'è dunque uno stretto legame tra responsabilità e speranza: questa è attesa paziente di un futuro che è già iniziato, come anticipazione di un compimento che si annuncia come un tempo di gloria che ci attende e che nel frattempo sollecita la nostra risposta (Rm 8,23). La speranza che scaturisce dalla fede (Rm 4,18), e che è annuncio di una salvezza a tutti offerta, sta all'origine della nostra responsabilità di credenti: lo specifico della risposta sta proprio nel nesso inscindibile tra speranza e responsabilità. La formula che caratterizza la speranza cristiana, molto di più di uno «spero che», ostinato e ingenuo, è lo «spero in» Cristo (Ef 1,12; 3,12; 1 Tm 1,1, 2 Tm 1,12).

L'annuncio del compimento che fonda la speranza è ciò che autorizza l'impegno pratico del credente. Senza la speranza, la responsabilità diventerebbe o un impegno prometeico o una lotta contro la potenza di un destino che ci vedrebbe comunque soccombere o un azzardo nell'attesa del compiersi di un "caso" cieco, che potrebbe certo anche risultarci fortunato o benefico ...

Propongo di articolare l'analisi della nostra responsabilità in uno sviluppo che, per comodità, distinguo secondo un triplice livello: socio-civile, ecclesiale e personale.

(a) Profilo socio civile.

La nostra cultura si concentra quasi esclusivamente su un approccio clinico-terapeutico alla fragilità psichica e mentale. A questo livello, la diagnosi e la cura sono necessarie, ma non possono essere esclusive. In questo senso dobbiamo sottolineare l'insufficienza di un approccio clinico-terapeutico. Il disagio psichico non è semplicemente una malattia, ma è radicalmente una questione antropologica: esso è sempre forma della finitudine e della fragilità

umana nel suo complesso. E per l'uomo c'è sempre in gioco la domanda fondamentale circa il "senso" buono delle relazioni della vita, come la questione etica radicale: è la interrogazione rivolta alla libertà che risponde a un senso che le è affidato e che le viene incontro proprio nelle esperienze buone della vita.

In questo orizzonte si rende necessaria un'interpretazione complessiva, non solo "regionale", del disagio. A mio parere è proprio in questo profilo antropologico che si dovrebbe porre la questione anche di una terapia psicologica. Il primo passo per poter fare questo, sarebbe di chiarire in che misura, in una persona, ci si trovi di fronte a una patologia psichica, e quindi a una forma di passività "meccanica", nella quale le reazioni psicologiche scattano come forze e automatismi che le sfuggono totalmente: questi si trova di fronte ad essi totalmente passivo, come imprigionato in schematismi di relazione con se stessi e con gli altri. A questo livello, va riconosciuta, mi pare, la necessità della terapia psicologica. Ma questo non sarebbe che il primo passo.

In questo orizzonte occorre sottolineare la differenza tra le cure e la cura: nel disagio psichico non c'è solo una malattia o un deficit da curare, ma c'è una persona da incontrare e di cui prendersi cura[3]. Questo implica la necessità di entrare con essa in una relazione di prossimità, nella quale venga riconosciuto pienamente all'altro la possibilità di essere un soggetto attivo nella relazione.

È ovvio che la "cura" (o terapia) è legata all'interpretazione del disagio o della fragilità. In questo senso la cura non può identificarsi al suo senso propriamente tecnico, farmacologico o analitico. La cura personale è più delle "cure" o della loro organizzazione: la cura comprende le cure, ma non si esaurisce in esse. Nella sua accezione antropologica la cura è la forma fondamentale della relazione nella quale io accetto di entrare con l'altro in una relazione che mi "trasforma" e nella quale, prendendomi cura dell'altro, ne va di me.

La caratteristica fondamentale della cura è quella di non essere a senso unico, ma di assumere una reciprocità: non nel senso mercenario del termine, ma nel senso che la "cura" è sempre una relazione in cui i soggetti sono tutti e due impegnati in modo attivo e responsabile l'uno *con* e *per* l'altro. In tal senso, la cura della fragilità (psichica e mentale) suppone uno stile complessivo di relazioni, che vada oltre la medicalizzazione come unica risposta e che supe-

[3] Mi paiono pertinenti, a questo proposito, le osservazioni di G. Mazzocato, *L'enigma della sofferenza psichica*, in «l'Ancora nell'Unità di Salute» XXVIII (2006): «penso che, oggi, occorra restituire alla sofferenza psichica la sua grandezza, riscattandola dalla banalizzazione verso cui l'ha spinta l'approccio medicale. Di fronte ad essa la persona dev'essere guidata a riconoscere le grandi sfide dell'essere umano e allertata a riguardo di una qualche disfunzione o blocco o fissazione. L'aiuto che viene offerto non deve narcotizzare, ma al contrario risvegliare la coscienza, ed aiutarla a cogliere la domanda di "senso" raccolta nella sofferenza che affligge».

ri quella tentazione all'emarginazione che spesso nasce spontanea quando l'altro ci appare più debole rispetto a noi.

La cura della fragilità psichica e della debolezza mentale diventa così una forma qualificante la qualità dei rapporti umani all'interno di quel patto che caratterizza la convivenza civile: essa è infatti cifra rivelatrice della capacità di una cultura a promuovere delle buone forme di relazione per tutti coloro che ne fanno parte.

(b) Profilo ecclesiale: le forme della cura pastorale.

Abbiamo già sottolineato il legame tra responsabilità e speranza: quest'ultima apre e non chiude, e tantomeno mortifica, l'impegno responsabile. La cura pastorale è la forma concreta nella quale si declina la responsabilità della comunità cristiana per rendere testimonianza alla speranza che sta a fondamento della sua fede. Nel suo profilo intra-ecclesiale, tale responsabilità mi pare si debba articolare a vari livelli.

Una prima fondamentale forma della responsabilità cristiana è la pratica dell'accoglienza e dell'ospitalità, intra ed extra-ecclesiale. In ciò consiste un aspetto fondamentale della testimonianza della carità. L'esperienza della comunione e della vita fraterna implica l'accoglienza nei confronti di tutti, e in particolare di chi è afflitto da una qualsiasi forma di debolezza e di fragilità, compresa quella psichica e mentale, e con una particolare attenzione alla famiglia che ne porta il peso dell'accompagnamento quotidiano. Concretamente, si tratta di attenzioni e cure da offrire e soprattutto di relazioni da "attivare". Questo dialogo implica che si coinvolga l'attiva presenza dell'altro, con i suoi limiti e le sue possibilità.

Un secondo livello è quello della celebrazione dei sacramenti, nella liturgia. La celebrazione dei sacramenti non è solo un segno della testimonianza della carità, ma ne è la fonte e l'origine: la pratica della carità è sempre il frutto che nasce dall'accoglienza del dono che è Cristo (*grazia*). Nella celebrazione dell'Eucaristia, il culmine della vita ecclesiale, la comunità cristiana riconosce di essere "convocata" dalla presenza del Risorto, nel segno della parola e del pane. In forme diverse, la celebrazione degli altri sacramenti rende presente questa grazia fondamentale dell'Eucarestia, nelle singole situazioni fondamentali della vita. Da questo dono di grazia scaturisce il compito etico, che potrebbe essere così riassunto: come testimoniare il dono ricevuto, attuandolo nella pratica dell'ospitalità e delle buone relazioni fraterne?

Un terzo livello della responsabilità ecclesiale si situa nell'ascolto della Parola di Dio, dalla quale continuamente la comunità cristiana si lascia convertire, determinare, istruire, illuminare. Nella predicazione, nella catechesi, nei gruppi biblici, nelle molteplici forme in cui la tradizione ha indicato percorsi di ascolto della Parola (esercizi spirituali, giornate di spiritualità, ecc.), la comunità

cristiana è interpellata dall'appello di questa Parola di vita. In sintesi, questa 'vocazione' potrebbe essere così formulata: come l'ascolto di questa parola dischiude e indica forme concrete di accoglienza, ospitalità, aiuto, sostegno, cura, sollecitudine, prossimità, nei confronti di chi sperimenta in prima persona il disagio della fragilità psichica o mentale?

Concludiamo questa riflessione sulla comunità ecclesiale, sottolineando che tra questa e la società civile si realizza un rapporto reciproco, che va nell'uno e nell'altro senso. Per un verso infatti la comunità ecclesiale ha un debito (pratico e teorico) nei confronti delle forme culturali del vivere, dalle quali essa dipende ed è largamente istruita. E per altro verso, la stessa comunità credente agisce e trasforma il costume: sia nella critica contro le pre-comprensioni e gli *idola phori*, sia nelle forme della testimonianza pratica, che, come provocazione, proposta e lievito, danno di che pensare. In un'epoca come l'attuale, di forte "crisi" del costume, occorre sottolineare e recuperare la capacità della comunità cristiana di porsi come stimolo, provocatorio e affascinante, della novità che per tutti gli uomini scaturisce dalla promessa del vangelo.

(c) Livello personale.

A livello socio-civile ed ecclesiale è sempre in gioco una relazione inter-personale. E, in una relazione tra due persone si attua sempre una presenza da coinvolgere e una relazione da riconoscere. La buona prossimità, anche con una persona che sperimenta su di sé la fragilità psichica o mentale, non può consistere in una relazione 'a senso unico'. Per due fondamentali motivi: anzitutto perché, se è vero che nella cura dell'altro ne va di me, allora è vero che prendermi cura dell'altro appartiene all'originario compito etico, di responsabilità, inscritto nel vivere umano. E in secondo luogo perché l'altro, per la sua stessa presenza, non è mai riducibile a un 'oggetto' della mia attenzione: questo priverebbe la relazione umana della sua specificità e della sua reciprocità. In ogni caso, non posso sottrarmi alla relazione con l'altro, nella reciprocità del dare e del ricevere.

Certo, questo è particolarmente difficile nella relazione con chi patisce una fragilità psichica o mentale: è forte la tentazione – a volte da parte dell'uno, a volte dell'altro – di relegare il "fragile" o il "sofferente" in una permanente condizione di esclusiva "recettività".

Nella fragilità psichica e mentale è obiettivamente più difficile, nella relazione personale e ancor più nelle relazioni sociali o in quelle fraterne di una comunità, coinvolgere l'altro non come semplice "beneficiario", ma come soggetto attivo e responsabile egli stesso.

Molte volte anche chi è fragile o debole può trovare più comodo, e meno dispendioso per sé, sfruttare l'aiuto altrui. Altre volte

può scattare in lui – come nel caso della fragilità psichica – un senso di colpa non risolto, che, in un pericolosissimo circolo vizioso, assume il volto di un vittimismo, nel quale vittima e carnefice coincidono. Altre volte invece la difficoltà – con i relativi fallimenti, insuccessi e fatiche – sta maggiormente in chi si accosta alla fragilità psichica e mentale di un altro: e questa difficoltà può dipendere dalla scarsa attitudine a trovare le forme concrete della comunicazione oppure dalla scarsa gratificazione sperimentata nella relazione. In ogni caso, proprio perché è difficile, la relazione è una sfida aperta a scoperte che possono rivelarsi stimolanti e gratificanti.

In ogni caso occorre evitare il pietismo che, fingendo interesse per l'altro, ridurrebbe invece la relazione ad una benevolenza ipocrita ed esibita, nella quale si darebbe solo una forma mascherata di superiorità, che umilia e annienta l'altro, proprio mentre si dice che ci si prende cura di lui. Ugualmente, occorrerà evitare quella altrettanto falsa esaltazione della fragilità, nella quale ci si dedicherebbe a lui "dimenticandosi" di se stessi e volgendosi "solo" al bene dell'altro. In realtà non esiste relazione vera che non sia capace di accogliere e ospitare la differenza dell'altro per quello che è. A questo livello è decisiva la capacità dell'ascolto.

Perciò la scelta attiva di farsi-prossimo – il prossimo sono io, non l'altro! – è la prima e più decisiva forma di cura. A questa relazione personale tende in fondo ogni rapporto fraterno, comunitario e sociale, istituzionale e non. La capacità attiva di farsi prossimo apre la relazione inter-personale a gesti sempre nuovi di prossimità, di sollecitudine e di cura: da un gesto ne scaturisce un altro, come indica bene la progressione dei verbi con cui Gesù, nella parabola del Buon samaritano (Lc 10,25-32), descrive il prendersi cura del samaritano nei confronti di quell'uomo aggredito dai briganti e incontrato apparentemente "per caso".

In realtà, nel "caso" fortuito il credente riconosce sempre che c'è la grazia, come un appello nel quale gli si dischiude la sua responsabilità storica, personale, ecclesiale e civile.

Comunicazione sulla Nota pastorale "Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la Pastorale della Salute" della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute

S.E. Mons. GIUSEPPE MERISI - Vescovo di Lodi e membro della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute

Premessa

Questa relazione intende presentare la Nota pastorale della Conferenza Episcopale Italiana dal "Predicate il Vangelo e curate i malati" sull'impegno della comunità cristiana nella pastorale della salute.

La Nota è stata approvata dal Consiglio Episcopale e dalla Presidenza della CEI dopo l'ampio dibattito che si è tenuto ad Assisi nella sessione dell'Assemblea Generale dei Vescovi italiani del novembre 2005.

La Nota viene pubblicata con la firma e sotto la responsabilità della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute presieduta da Mons. Francesco Montenegro, e segue un documento di eguale portata pubblicata nel 1989 a cura della Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità.

Sarà utile in premessa avvertire che si tratta di un documento che affronta tutte le tematiche che l'attuale momento storico presenta alla nostra considerazione, che sono di diversa natura, suppongono generi letterari diversi, e vanno affrontate in sedi diverse, pur avendo tutte bisogno di uno sguardo pastorale unitario, capace di garantire l'orientamento coerente di ogni iniziativa. La Nota viene quindi offerta all'attenzione delle comunità ecclesiali, dei tanti cristiani, laici, religiosi, sacerdoti, che svolgono generosamente il loro servizio nella testimonianza quotidiana del Vangelo, a tutte le persone di buona volontà che vogliono almeno confrontarsi con la testimonianza della Chiesa.

Obiettivi

1. favorire un discernimento, umile e credente, delle domande e delle sfide che il mondo della salute pone alla presenza e all'azione della Chiesa, prospettando linee di collaborazione con tutti gli uomini di buona volontà;
2. offrire stimoli per una educazione al valore della salute e al senso della sofferenza, interpretate alla luce del mistero di Gesù Cristo;
3. favorire l'integrazione della pastorale sanitaria nella pastorale ordinaria delle comunità cristiane;
4. suscitare una maggiore integrazione tra l'assistenza spirituale nelle strutture sanitarie e la cura pastorale nelle parrocchie, attraverso lo sviluppo e la collaborazione tra le cappellanie ospedaliere e le comunità cristiane nel territorio;
5. offrire indicazioni per un coinvolgimento responsabile di tutte le componenti del Popolo di Dio nella pastorale della salute, potenziando gli organismi di comunione e coordinamento;
6. promuovere una maggiore organicità e progettualità della pastorale sanitaria, anche attraverso adeguati processi formativi.

Le riflessioni e le indicazioni proposte vengono sviluppate in tre parti.

La prima offre una visione del mondo attuale della salute, evidenziandone le luci e le ombre. Nella seconda viene indicato il messaggio di speranza che la Chiesa intende offrire al mondo della salute, rispondendo alle sfide che da esso provengono. Nella terza parte, infine, sono presentate alcune linee operative e organizzative a livello nazionale, regionale, diocesano e parrocchiale.

Il mondo della salute oggi

Il documento ai nn. 6 e 7 si sofferma sulle conquiste e sulle difficoltà della situazione odierna e dice: "La Chiesa italiana riconosce e apprezza i preziosi contributi offerti dalla ricerca scientifica per la migliore cura e per l'assistenza sanitaria delle persone e incoraggia in tal senso ogni progresso rispettoso della persona umana. Parimenti, riconosce e apprezza l'impegno profuso dai responsabili della vita politica e amministrativa nel promuovere e salvaguardare il diritto, costituzionalmente sanzionato, alla tutela della salute dei cittadini, e nell'assicurare al mondo sanitario il più alto livello scientifico e tecnico e le più ampie garanzie sociali. È peraltro vero che le difficoltà sperimentate dal legislatore nel rispondere in maniera adeguata ai bisogni di cura e di salute dei cittadini si comprendono più facilmente, se si considera che a tali sforzi spesso si contrappongono visioni culturali e sociali spesso inconciliabili con il perseguimento del bene comune. Un'eccessiva libertà d'iniziativa, ad esempio, rischia di emarginare i soggetti più deboli, mentre l'e-

sasperazione dell'uguaglianza dei servizi socio-sanitari resi alla popolazione può ingenerare burocratizzazione della risposta, passività e acquiescenza dell'utente. Anche l'adozione indiscriminata del modello aziendale in ambito sanitario, seppur motivata dall'esigenza di organizzare i servizi in maniera più efficiente, si presta al rischio di privilegiare il risultato economico rispetto alla cura della persona. Per altro verso, l'aver demandato a livello regionale rilevanti competenze per la tutela della salute deve comporsi con la garanzia, assicurata in misura uguale sull'intero territorio nazionale, dei livelli essenziali delle prestazioni. Occorre rilevare, infine, che laddove non si presta sufficiente attenzione al principio di sussidiarietà, più difficile diventa anche nell'ambito sanitario l'azione dei soggetti del privato sociale e del terzo settore".

Su queste tematiche è bene che la comunità cristiana riproponga la testimonianza e l'impegno fattivo perchè i grandi principi della dottrina sociale della Chiesa vengano accolti e messi in pratica dai credenti e dalle persone di buona volontà con propria responsabilità, secondo la vocazione di ciascuno.

La Nota nelle pagine successive (n 9 e ss) si sofferma sui problemi culturali che il progresso scientifico propone alla società postmoderna, come ad esempio l'atteggiamento "prometeico" dell'uomo che si illude di potersi impadronire della vita e della morte; o il tema della "medicina dei desideri" che si affianca alla "medicina dei bisogni"; o ancora alla rimozione delle esperienze dolorose, all'attenzione alle situazioni di fragilità perchè i diritti dei deboli non diventino diritti deboli; o infine alla necessità di passare dal "curare" al "prendersi cura", con attenzione particolare ai temi della prevenzione, della bioetica, della formazione.

Il n. 16 della Nota si sofferma in modo particolare sulla "bioetica" con un'osservazione critica sulla mancanza di una informazione corretta sulle indicazioni della Chiesa spesso riportate in maniera almeno impropria.

Rendere ragione della speranza nel mondo della salute

Ai nn. 19 e seguenti la Nota dice: "Alle numerose sfide presenti nel mondo della salute, la Chiesa risponde innanzitutto con un messaggio di gioiosa speranza, fondato sulla certezza della risurrezione di Gesù Cristo e, quindi, dell'amore e della fedeltà sanante e salvatrice di Dio. Di tale speranza vuole rendere ragione (cfr 1Pt 3,15) attraverso un dialogo rispettoso, un confronto onesto e una fattiva collaborazione. La pastorale della salute trova il fondamento nella contemplazione del volto dolente e glorioso di Gesù Cristo, in cui il credente riconosce umilmente il suo Signore. La Chiesa, contemplando il mistero della sua passione, morte e risurrezione, apprezza la specifica valenza evangelizzatrice della pastorale della sa-

lute e la sua necessaria integrazione nella pastorale d'insieme della comunità cristiana....Riscrivendo la parabola del Buon Samaritano (cfr Lc 10,29-37), la Chiesa rende presente la speranza, dono della Pasqua di Cristo, attraverso l'annuncio della parola, la celebrazione dei sacramenti e la preghiera, i segni della comunione fraterna e del servizio amorevole e competente verso quanti soffrono... Si può individuare nell'"ospitalità" la dimensione antropologica che riassume e collega le diverse forme della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Celebrando la prossimità dell'atto curativo, l'ospitalità evoca i significati antichi, per cui al luogo della cura è stato dato il nome di "ospedale":

– è volto, voce, gesto e parola, capace di generare cura e insieme di prendersi cura, soprattutto quando la malattia si annuncia come degenerativa, cronica, irreversibile, terminale;
– assume, quale criterio prioritario delle proprie scelte, la promozione della vita in tutti i suoi momenti e in tutte le sue dimensioni e la tutela della vita di ciascuno, privilegiando, all'interno dei processi formativi degli operatori sanitari, la cura della "relazione", quale modalità di ascolto, accoglienza e riconoscimento dell'altro, inteso come prossimo e mai come estraneo, anche quando proviene da contesti sociali e da appartenenze etniche e culturali diverse;
– si fa carico di accompagnare anche le malattie inguaribili nelle scansioni di un tempo, che, per quanto faticoso e doloroso, può restituire significato all'esistenza intera;
– abilita all'accoglienza compiuta di tutta l'esistenza, propiziando e promuovendo condizioni di vivibilità e appartenenza a chiunque chieda assistenza, cura e riabilitazione, in quanto riconosce nella malattia un evento della vita carico di significati, messaggi e annunci, seppure non sempre immediatamente decifrabili;
– sa accogliere il malato nella sua unicità e irripetibilità.

Nei numeri successivi di questo secondo capitolo, la Nota insiste sul tema della "umanizzazione" del mondo sanitario, convinta della valenza evangelizzatrice di tutti i gesti e iniziative intesi a imprimere un volto più umano all'esistenza e alla cura dei malati. Su questo tema sarà sempre necessario richiamare la distinzione e al tempo stesso il raccordo tra l'evangelizzazione e la promozione umana dentro il contesto della difesa della vita e del bene comune. Come appare sempre necessario accompagnare l'ammalato con amore e competenza (cfr n. 30), facendo si che l'approccio globale dell'impegno sanitario colleghi tra di loro i temi della professionalità e della dedizione evangelica.

Al n. 36 la Nota riprende il tema della vita umana, da difendere dal concepimento fino al suo naturale tramonto, con riferimento alla Lettera Apostolica "Novo Millennio Ineunte" di Papa Giovanni Paolo II.

"Una modalità specifica per testimoniare la speranza cristiana nel mondo della salute è data dalla presenza delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche. Esse mantengono la loro ragione di essere all'interno di un orizzonte sanitario sempre più complesso e attraversato da numerosi problemi. Presenze ecclesiali, luoghi in cui si è chiamati a lodare Dio servendo il malato, le Istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono l'attuazione storica di quell'"albergo" a cui il Buon Samaritano della parabola evangelica affida, perchè venga debitamente curata, la persona ferita, raccolta sulla strada di Gerico, simbolo della strada percorsa da ogni uomo, anzitutto del più povero, superando ogni divisione di popoli.

Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche possono offrire, in un clima di dialogo e di collaborazione, un significativo contributo al mondo della sanità per una cura più umana della persona. Esse, infatti, non sono da considerarsi "sanità di parte", bensì componente integrante nella programmazione del sistema sanitario nazionale, per cui è giusto che godano degli stessi diritti e abbiano gli stessi doveri delle altre Istituzioni sanitarie.

Sono molti gli interrogativi che vengono rivolti a tali istituzioni nel momento storico presente: come essere fedeli al mandato di Gesù e alla grande tradizione dell'"hospitalis", nata nella Chiesa quale espressione del suo amore per l'uomo? Come tradurre in termini moderni i carismi delle diverse famiglie religiose, senza rinunciare a qualificarsi come centri tecnologici polispecialistici, come richiesto dal Servizio Sanitario Nazionale? Come coniugare ricerca scientifica e opzione di fede, efficienza economica e cura etica, puntando a una sanità di eccellenza, autenticamente umana?" (cfr nn. 38-40).

La Nota chiede sia alla società civile che alla comunità ecclesiale qualche passo in avanti che consenta a queste istituzioni di continuare a rendere il loro prezioso servizio. Ai nn. 42 e ss la Nota dice: "Affinchè la presenza delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche possa esercitare un influsso positivo sulla comunità ecclesiale e sulla società, occorre che vengano compiuti alcuni passi. Il primo porta le istituzioni a superare l'isolamento, rendendole sempre più visibili nella comunità ecclesiale. La popolazione del territorio deve poter riconoscere in esse un punto di riferimento, uno strumento di sensibilizzazione ai problemi della salute, della morte, della vecchiaia e della disabilità. Ciò costituisce il compito carismatico dei religiosi che le gestiscono: la missione loro affidata di servire i malati e di promuovere la salute appartiene a tutta la Chiesa. A loro incombe il dovere di aiutare la comunità ecclesiale a diventarne maggiormente consapevole. Vi è poi un passo che spetta alla comunità ecclesiale territoriale, chiamata a sentire come proprio l'ospedale, la residenza di anziani o la casa di accoglienza presenti nel proprio territorio. Spetta anzitutto ai vescovi e ai parroci animare, incoraggiare e coinvolgere i cristiani nei programmi assistenziali. Un terzo

passo deve essere realizzato nel confronto tra le varie Istituzioni Sanitarie Cattoliche. Un prezioso coordinamento è offerto al riguardo dall'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari). Una più efficace collaborazione tra le diverse istituzioni rende possibile la condivisione di esperienze, il sostegno reciproco soprattutto nei momenti di difficoltà economico-amministrativa, la messa in comune di risorse tecniche e personali, collaborazione in progetti a livello zonale o regionale, lo scambio di modelli gestionali e di operatori, interventi comuni per regolare i rapporti con le autorità politiche e amministrative. Un ultimo passo, infine, consiste in un maggiore coinvolgimento dei laici all'interno delle istituzioni sanitarie cattoliche. A questo fine i religiosi devono offrire ai laici opportune possibilità di condividere la spiritualità dei fondatori degli istituti, rendendoli anche più partecipi della responsabilità dell'istituzione. Da parte loro i laici sono chiamati a superare le barriere costituite da una lunga tradizione di passività, assumendo il ruolo che loro compete nell'ambito della comunità ecclesiale".

La pastorale della salute nella comunità

Nella terza parte la Nota pastorale intende richiamare gli elementi fondamentali dell'impegno della "comunità sanante" nei suoi diversi momenti di testimonianza, dalla "visita" agli ammalati e al mondo della salute, al ripensamento della comunità "guarita e sanante": "Il primo progetto da realizzare è la costruzione di una comunità guarita e sanante. Gesù, infatti, non solo ha curato e guarito i malati, ma è stato anche instancabile promotore della salute. Il suo contributo in quest'area del vivere umano si è rivelato attraverso la sua persona, il suo insegnamento e le sue azioni. Il suo agire, infatti, è teso non solo a colmare l'indigenza dell'uomo, vittima dei propri limiti, ma anche a sostenere la sua tensione verso la pienezza di vita: "Sono venuto perchè abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). Ne deriva che nella trasmissione della fede – insegnamento, catechesi, incontri di studio, ritiri e esercizi spirituali ecc. – non va solo instillata l'attenzione a tutte le categorie di malati, ma va anche compiuta un'azione preventiva, aiutando i giovani a un sano sviluppo umano e spirituale, accompagnando gli adulti nel superare con equilibrio le crisi della loro età, offrendo agli anziani risorse che li aiutino a vivere serenamente la vecchiaia.

Tale attività educativa di prevenzione libera dal mito dell'onnipotenza, difende dalla depressione, induce a trovare un senso alla vita e favorisce lo stabilirsi di rapporti interpersonali caratterizzati da collaborazione e fraternità. La promozione della salute intesa nella sua integralità apre alla comprensione dei valori della vita, esperienza da amare e rispettare in tutte le situazioni e i momenti, anche quelli della vulnerabilità e della morte" (n. 51).

Va sottolineato che accanto e prima della riflessione sulla comunità che accoglie e celebra (in particolare il sacramento dell'Unzione degli infermi), viene riproposto il tema per molti aspetti nuovo del "malato, lavoratore nella vigna del Signore", con riferimento al passaggio dal malato considerato come oggetto di cura, al malato soggetto responsabile della promozione del regno.

In questa sezione della Nota vengono citate tutte le categorie del popolo di Dio, dai laici ai religiosi, ai sacerdoti parroci o cappellani. Il n. 58 insiste in particolare sul ruolo della donna nella missione della Chiesa dentro la realtà del mondo sanitario.

L'organizzazione pastorale ai diversi livelli

Per quanto riguarda il livello nazionale, va rilevata (n. 62) la costituzione del "Tavolo nazionale" delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, con la finalità di collegamento e di sinergia facilmente intuibili.

Questi tavoli dovrebbero essere promossi almeno in via sperimentale a livello regionale o interregionale con riferimento alla Conferenza episcopale regionale e al vescovo delegato, oltre che alla Consulta pastorale regionale e al suo Responsabile.

Per quanto riguarda il livello diocesano, la Nota non registra particolari novità, ma insiste perchè l'Ufficio diocesano con la competente Consulta venga riproposto e rilanciato con le strutture operative necessarie, dentro un contesto di progettualità e di collaborazione sempre più necessario. Infine: la Parrocchia (con le Unità pastorali) e l'Ospedale (con i diversi presidi socio-sanitari) saranno chiamati sempre di più a collaborare dando ai cappellani e alle cappellanie effettiva possibilità di testimonianza cristiana nella cura del malato. Anche i consigli pastorali ospedalieri dovranno essere riproposti con convinzione.

Conclusioni

Al n. 67 la Nota elenca le priorità che le comunità cristiane devono tener presenti:

- Far riscoprire ai fedeli la loro vocazione missionaria, attraverso la presa di coscienza del Battesimo.
- Promuovere una formazione adeguata degli operatori pastorali.
- Promuovere un coordinamento efficace delle Associazioni che operano nel settore sanitario e socio-sanitario presenti nel territorio.
- Valorizzare la "Giornata Mondiale del Malato, come occasione formativa della comunità.
- Favorire il sorgere o potenziare, se già esistono, microstrutture o concrete iniziative che mirino a realizzare luoghi di assistenza e accoglienza per gli anziani, i malati in fase terminale, i disabili, i bisognosi di cura, e a offrire ospitalità ai familiari dei malati ricoverati.

conclusioni

Mons. SERGIO PINTOR
Direttore Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salue

Quella di una pastorale della salute integrata nella pastorale globale è un'esigenza avvertita da tempo e ormai evidenziata con un rilievo non più trascurabile. Non vi sono molteplici e distinte tipologie pastorali; nel segno dell'unico Pastore, la sola azione pastorale della chiesa è chiamata ad attestare il chinarsi salvifico di Dio sulla fragilità umana, nelle diverse situazioni dell'esistenza. Nella parabola del Samaritano, non si specchiano soltanto quanti operano nel mondo della salute; tutta la chiesa scopre la sua identità nel misericordioso chinarsi di Dio sopra le tracce lievi delle umane fragilità. Un compito specifico, per la pastorale della salute, non può essere di esclusività o specializzazione, ma di profezia, educando l'intera azione pastorale a chinarsi sulla fragilità umana nelle diverse condizioni. Servizio alla vita e al suo significato più profondo, la presenza del cristiano accanto a chi soffre è segno eloquente, per tutti, che il terreno della fragilità cela le radici profonde del Vangelo. Fragilità davvero universale, presente nel nascere e nel morire, oltre che nelle molteplici e inevitabili "svolte" che rendono tortuosa ogni umana percorrenza.

Alcune parole-chiave possono accompagnare questo compito profetico per la pastorale della salute: ospitalità, prossimità, compagnia. In queste pietre miliari, lungo il cammino di ogni persona umana, è riconoscibile l'efficacia della speranza cristiana che non può restare nell'immobilità astratte di una qualche teoria. La speranza va riconosciuta e accolta da chi la vive ed è quindi nella condizione di poterla donare. Sorge una domanda rilevante: quale visione ha la chiesa delle realtà cui intende rivolgersi con spirito di profezia? Questa analisi necessita di incontri estremamente aperti: con chi lavora nelle ASL, con i medici, con chiunque: perché la questione è davvero universale e provoca fortemente quella speranza che i cristiani sono chiamati ad annunciare. Accostandosi con discrezione e cuore aperto, nelle singole situazioni, si cerca di scorgere i segni amorevoli di chi sa essere testimone della speranza, condividendo il dono della salvezza, nel nome di Gesù. Agire insieme nell'azione pastorale della chiesa significa riconoscere presenze ed energie, coordinate senza eccessiva rigidità organizzativa: attenti ai bisogni e ad alcuni obiettivi precisi e possibili.

Una suggestione, per un futuro convegno, potrebbe cogliere l'opportunità di uno spazio maggiore, e fecondo, riservato al dialogo e alla condivisione di esperienze. La redazione di alcuni fogli di lavoro a livello regionale e a livello diocesano, potrebbe accompa-

gnarne il cammino preparatorio, culminando in una documentazione di testimonianze, secondo il tema, offerte poi come scambio regionale o interregionale. Un procedimento del genere saprebbe forse generare delle ricadute preziose ad ogni livello, dalle diocesi alla nazione. Una maggiore attenzione ai sentieri feriali che solcano il territorio riconoscerebbe, infine, con maggiore eloquenza, le potenzialità locali e decentrate, più che presumere eccessivamente della vistosa efficacia di un dotto convegno.