

# **Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire**

**Palazzo Ducale-Sala Maria Luisa-**

**Provincia di Lucca**

**10 maggio 2003**

**“Prevenzioni e percorsi terapeutici”**

Seconda giornata: “Prevenzioni e percorsi terapeutici”

## **Gemma Del Carlo -Presidente F.A.S.M.**

### ***Relazione introduttiva***

Buongiorno a tutti e benvenuti alla seconda giornata di questo convegno 'Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire. Iniziamo con i ringraziamenti che sono doverosi e importanti: si ringrazia per il Patrocinio e la collaborazione la Provincia che tra l'altro oggi ci ospita, il Comune di Lucca, l'Azienda USL 2, l'Arcidiocesi di Lucca, la Società italiana di Psichiatria, il C.S.A. (Ufficio Scolastico) di Lucca e la Regione Toscana. Inoltre si ringrazia per il contributo la Fondazione della Cassa di Risparmio di Lucca, la ditta Delca S.p.a., l'organizzazione Caccia e Pesca e Ambiente, i Gruppi Donatori di sangue FRATES di Massa Pisana e di Gragnano, le Circoscrizioni 2 e 4, le Parrocchie di San Vito e di Porcari, il Centro Nazionale del Volontariato, La Fondazione Banca Del Monte di Lucca, la Cooperativa Icaro, tutti i soci e i volontari e gli amici sostenitori che sono tanti.

Il primo incontro di sabato 29 marzo 2003, che si è svolto nell'Auditorium della Pia Casa, ha fatto registrare una notevole partecipazione. E' stato un confronto costruttivo sulle malattie mentali che dagli ultimi studi risultano non essere più patologie croniche, ma guaribili o comunque migliorabili. Lo scopo di questo convegno è quindi quello di infondere fiducia e speranza in chi ne è colpito, nei familiari, negli operatori e nell'opinione pubblica. Questo primo incontro ha rappresentato un momento di costruttivo confronto con tutti gli enti coinvolti. L'importanza di un lavoro interdisciplinare e di interventi coordinati è stata messa in evidenza da Maria Giuseppina Cabras della Regione Toscana; Oreste Tavanti, Direttore dell'Azienda U.S.L. 2 di Lucca; Ornella Vitali, Assessore al Sociale del Comune di Lucca; Maria Eletta Martini, Presidente del Centro Nazionale del Volontariato.

L'Ass. **Ornella Vitali** auspica che il convegno non si riempia di sole belle parole, di grandi promesse, di fiducie e di aspettative che non devono assolutamente rimanere ferme lì.

La Dirigente Area Integrazione socio sanitaria e progetto obiettivo Salute Mentale **Maria Giuseppina Cabras** assicura che la Regione sostiene questa nostra iniziativa in quanto ha centrato quanto prevede il Piano Sanitario relativamente ai percorsi di cura e dà la parola al Direttore Generale dell'Az. U.S.L. 2 che è quello che ci dovrà sostenere concretamente.

Il Direttore Generale **Oreste Tavanti** anticipa che alla fine di queste tre giornate verrà fatta una riflessione con i vari dirigenti, per capire se quello che fanno è in linea con quello che vuole la gente.

La questione della qualità dei servizi sul territorio lucchese è stata trattata in modo non esauriente dai dirigenti per la salute mentale dell’Azienda USL 2 Pierangelo Scatena, Enrico Marchi. Incoronata Favatà.

Un importante contributo è stato poi fornito dagli altri qualificati relatori, i quali hanno evidenziato la possibilità di uscire dal tunnel: il Presidente Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Carmine Munizza, lo Psichiatra dell’Az. USL 2 Mario Betti, il Vicario Generale dell’Arcidiocesi di Lucca Monsignor Fausto Tardelli, il Presidente del Coordinamento Toscano Associazioni Familiari e Utenti Eduardo Pavone, il Presidente Nazionale dell’Unione Associazioni Salute Mentale Ernesto Muggia, Pierluigi Morosini dell’Istituto Superiore di Sanità e Remigio Raimondi dell’Azienda USL di Massa.

Un momento fondamentale è stato infine quello delle testimonianze dei familiari e degli utenti, i quali hanno evidenziato aspetti positivi e problemi dell’attuale situazione. La loro è stata soprattutto una voce di speranza e di fiducia.

Dall’incontro è emerso uno sforzo comune sui temi della salute mentale, che potrebbe rappresentare una premessa ad una collaborazione sempre più stretta fra istituzioni, associazioni e cittadini, all’insegna della condivisione e della partecipazione.

Se si può uscire dal tunnel, in questo incontro vedremo come. Iniziamo quindi la mattinata e trattiamo il tema della prevenzione e dei percorsi di cura terapeutici. Diamo prima la parola per i saluti al Vice Presidente della Provincia e Assessore alle politiche sociali e al lavoro Antonio Torre

## **Antonio Torre**

### **Assessore alle politiche sociali e al lavoro Provincia di Lucca**

#### ***Saluti***

Mi scuso perché me ne devo andare subito per una manifestazione organizzata in occasione dell’anno della disabilità che ricorre proprio quest’anno e dovrò essere presente anche lì. Intanto porto i saluti della Provincia, ribadendo anche la soddisfazione di aver potuto contribuire alla realizzazione di questa bella e interessantissima iniziativa promossa dalla F.A.S.M. che mi pare ben articolata e che tocca tutti i problemi inerenti alla salute mentale e che offre un quadro molto vasto e esauriente. Questa giornata,

come diceva la Sig.ra Del Carlo, riguarda un aspetto importante che è quello della prevenzione e dei percorsi terapeutici. Credo che ci sia la possibilità di avere un contributo molto significativo dalla nostra azienda sanitaria che offrirà dei motivi importanti per un confronto. Per quanto riguarda alcune tematiche più inerenti al ruolo della Provincia, posso dire che abbiamo un intervento che sarà previsto nell'ulteriore giornata del 7 giugno e che riguarda il problema dell'inserimento delle persone con problematiche relative alla salute mentale. Visto che anche questo convegno è collocato nell'ambito in cui tutti siamo a riflettere sulle problematiche dei diversamente abili, e dato che deve essere un anno ricco di confronti ma che porti anche a dei risultati concreti, mi vorrei permettere di evidenziare alcuni percorsi che come amministrazione provinciale cerchiamo di mettere in campo in questo anno. Mi pare che sia significativo l'emergere sul nostro territorio di molte iniziative come questa promosse dall'associazionismo che ci invitano ad una riflessione precisa e anche a degli impegni precisi legati alle problematiche della disabilità. Per quanto riguarda l'amministrazione provinciale direi che l'iniziativa più importante, che noi prendiamo in questo anno, è quella di aprire una parte del nostro osservatorio provinciale sulle politiche sociali riguardo alla tematica complessiva sull'handicap. Questo lo facciamo in un progetto di area vasta che coinvolge le province di Massa Carrara, Pisa e Livorno; lo scopo di questo osservatorio è quello di avere uno strumento di analisi precisa sulle tematiche sull'handicap, attraverso l'integrazione di centri per l'impiego, osservatori scolastici, l'azienda sanitaria, i comuni e tutta la rete del terzo settore ; quello che ci interessa è offrire strumenti facilitatori che riguardino tutta l'integrazione complessiva sociale. Siamo inoltre promotori di processi di cittadinanza attiva, attraverso un monitoraggio dell'universo legato all'handicap con particolare attenzione ai campi dell'inserimento in ambito educativo, scolastico e lavorativo. Infine abbiamo un'analisi di tutti i dati rilevati. Questo credo che sia molto utile sia per le istituzioni sia per coloro che dovranno decidere tutte le programmazioni legate ai progetti di integrazione sociale, sia per il vasto mondo dell'associazionismo e del volontariato e di tutti coloro che lavorano e sono i soggetti principali di questa problematica. In questo senso noi abbiamo cercato di dare la nostra adesione a progetti presentati su richiesta di finanziamenti ( sapete che c'è stato un bando del Consiglio dei Ministri che permette di avere finanziamenti legati a progettazione proprio in quest'anno 2003); ci sono stati diversi progetti presentati da associazioni sul territorio che riguardano tutti le problematiche della cittadinanza e l'integrazione sociale del mondo della disabilità e noi abbiamo dato la nostra adesione a

quattro o cinque progetti. In più una data molto importante è quella del 21 maggio in cui la Provincia organizza un convegno dal titolo "Promuovere l'integrazione". La cooperazione tra scuola, enti e associazioni. Vi arriverà a tutti l'invito e credo che questo sia un momento molto importante di confronto, perché anche la problematica dell'integrazione scolastica, che è legata direttamente al problema del collegamento tra questo mondo e il quello lavorativo..., possa dare un contributo molto significativo sulla problematica complessiva dell'integrazione sociale e di tutte le azioni che possono essere messe in campo a favore dei soggetti con diversa abilità. Mi pare che il lavoro svolto in questi mesi sia molto significativo. E' chiaro che a fine anno andranno tratte delle conclusioni per capire se tutto ciò di cui parliamo arriverà a portare dei risultati concreti che è quello che noi tutti auspichiamo. Concludo qui ringraziando la F.A.S.M. per questa occasione che ci dà, perché mi sembra che interpreti in questo senso il ruolo vero dell'associazionismo che è quello di fare da stimolo e di evidenziare attraverso confronti le problematiche dei soggetti che intende rappresentare facendo far sì che coloro che hanno la disponibilità delle scelte possano essere indirizzate da questo lavoro molto significativo. Credo che siamo stati a fianco di molte iniziative che hanno coinvolto non solo l'associazione ma anche il dipartimento di salute mentale, ed è intenzione della Provincia continuare ad offrire questo sostegno per quanto ci sarà possibile.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Vice-presidente Torre per quanto ci ha detto e per il sostegno offerto dalla Provincia alla salute mentale. Ora passiamo la parola al Direttore Generale dell'azienda USL 2 Oreste Tavanti che apre questo secondo incontro.

## **Oreste Tavanti -Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. 2**

### ***Apertura dei lavori***

Buongiorno a tutti; siamo alla seconda giornata di questa iniziativa estremamente importante e significativa anche per il modo in cui è stata sviluppata. Un ringraziamento per questo va alla Signora Gemma Del Carlo che come sempre dimostra grande capacità nell'organizzare questi incontri. Oggi è una giornata centrale perché parliamo di percorsi di prevenzione e terapeutici che sono il cuore delle nostre attività ad un supporto determinante per affrontare queste tematiche. Ricordo che però questa è

una realtà complessa su cui non possiamo intervenire da soli. Per questo contiamo molto sull'apporto e sul contributo della realtà esterna. C'è stato un momento di confronto interessante che ha spaziato su temi più generali. In questa giornata invece l'argomento è più professionale, ma questo non vuol dire che non ci siano aspetti rilevanti da esaminare.

Parliamo della **prevenzione**: io credo che oggi noi nell'azienda siamo in un momento particolare di riflessione. Dopo anni di così detta aziendalizzazione siamo ad interrogarci per capire cosa è avvenuto in questi anni di attività sanitaria. La domanda che i cittadini ci pongono spesso è cosa sta accadendo a livello di territorio, mentre invece sotto i riflettori appare forse in modo eccessivo sempre la problematica dell'ospedale. L'ospedale assorbe il 50% circa delle risorse e indubbiamente svolge un compito molto importante perché offre risposte immediate e certe. Oggi invece vogliamo riflettere sulle problematiche del territorio. E proprio l'attenzione al territorio ha fatto sì che fossero individuate alcune responsabilità di vertice. Abbiamo individuato dirigenti nuovi per la zona distretto che sono due, mentre gli ospedali sono stati unificati in un'unica responsabilità. Vogliamo capire fra ospedale e territorio come affrontare quelle problematiche che non hanno un confine preciso fra sociale e sanitario. Questa mattina siamo impegnati in modo rilevante come Azienda. Avremo delle relazioni da parte di alcuni nostri dirigenti, vedremo poi il contributo dell'università, il confronto con le famiglie, infine avremo il Dott. Romeri che illustrerà come la Regione vede queste tematiche. Infatti la Regione sta riflettendo sulla organizzazione della salute mentale a livello aziendale per capire se l'attuale organizzazione risponde al meglio ai bisogni. La gente ci chiede giornalmente risposte certe e in questo settore il lavoro è veramente difficile. La sig.ra Gemma Del Carlo ha detto che abbiamo molti compiti e che le risorse non ci sono. In realtà il problema è che i bisogni stanno aumentando. Il compito nostro, ovvero dei Direttori Generali ma anche dei Sindaci, è quello di capire, rispetto ad una quantità di risorse predefinite, quali sono le priorità. I comuni devono mettersi quindi a fianco delle Direzioni Generali per definire le priorità. Siamo un po' preoccupati perché sembra che a livello centrale del Ministero ci siano difficoltà nel definire esattamente quale futuro ci aspetta. Non ci sembra chiaro su che tipo di sanità vogliamo andare. A livello più locale la volontà è quella di andare verso un coinvolgimento pieno delle associazioni, delle famiglie e su questo accettiamo il confronto e le critiche. Alla fine del percorso faremo anche una riflessione comune, ma

credo che siamo sulla strada giusta e quindi mi aspetto anche da questa giornata ulteriori spunti di riflessione e di sviluppo. Buona giornata.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Direttore Generale, vorremmo sottolineare che la F.A.S.M. da sempre sostiene che bisogna evitare gli sprechi, ma per evitarli bisogna fare interventi di qualità con progetti e obiettivi da raggiungere; noi sosteniamo e crediamo che la qualità a lungo andare porta ad un notevole risparmio.

Diamo ora la parola ai nostri responsabili dell'azienda ai quali facciamo la domanda: 'Quali servizi?'. Iniziamo con la Dott.ssa Lucia Corrieri Puliti Responsabile dell'Educazione alla Salute.

## **Lucia Corrieri Puliti -Responsabile dell'Educazione alla Salute**

### ***Quali servizi?***

Buongiorno a tutti, vorrei iniziare il mio intervento con una diapositiva dove sono illustrati i termini *matto, demente, scemo, solo*.



L'insulto peggiore è l'ultimo; è lo slogan usato dall' U.N.A.S.A.M. (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale) per significare come l'ignoranza, la paura e la vergogna che da secoli gravano sulla salute mentale sono i nemici peggiori. Cosa si deve fare? Si deve tagliare l'erba sotto i piedi dell'ignoranza, fare cultura, fare prevenzione a partire dalle scuole. Questo è l'obiettivo fondamentale di noi addetti all'educazione e promozione della salute. La dichiarazione di Giakarta già dal 1997 sulla promozione della salute nel XXI secolo, riflette la ferma intenzione di tutti i

partecipanti alla conferenza di ricorrere ad una vasta gamma di risorse per affrontare la questione dei determinanti di salute, i cui prerequisiti sono la pace, l'istruzione, la salute, la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, un reddito, un eco sistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani, l'equità. Nello specifico la condizione di benessere mentale è quella in cui si vive quando esiste un buon livello di soddisfazione dei bisogni insieme ad una soddisfacente qualità della vita, quindi di equilibrio, tranquillità, accettazione del proprio stato individuale e sociale, ma nello stesso tempo curiosità e spirito di iniziativa contraddistinguono questa condizione di salute mentale. Certamente non è uno stato che si raggiunge una volta per tutte e per sempre e anche per tutti uguale; nelle alterne situazioni dell'esistenza il benessere mentale è l'obiettivo verso cui tutti noi tendiamo costantemente. Per promozione della salute si intende un processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla; per conseguire un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo, ma non solo esso, anche il gruppo, devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni (soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente, adattarsi a questo ambiente). In questa ottica i requisiti e le potenzialità della salute non possono essere garantiti soltanto dal settore sanitario. Si rende necessario il coordinamento di tutti gli organismi interessati: i settori sociali, sanitari, economici, le autorità locali e le associazioni di volontariato presenti sul territorio. A questo proposito desidero complimentarmi con l'associazione F.A.S.M. per il ruolo importante che ha nella lotta allo stigma. Lo Stigma non ha senso, la discriminazione è ingiusta se non immorale; il nostro impegno maggiore sta nella lotta alle barriere; purtroppo siamo un po' abituati a pensare che eguaglianza significhi eliminazione del non uguale. In realtà dobbiamo abbattere ciò che tende a separarci, non solo perché questi aspetti materiali e morali della nostra vita sono discriminanti e odiosi, ma soprattutto perché sono falsi e mentono sulla nostra esistenza; i confini esistono e li dobbiamo conoscere, ma il nostro fine deve essere quello di attraversarli e non quello di costruire delle muraglie. L'unità operativa di educazione alla salute da me diretta, che lavora di concerto con tutti gli altri servizi e in questo caso con le unità funzionali di salute mentale, ha tra i suoi obiettivi l'acquisizione da parte dei cittadini di stili di vita e modi di essere legati all'assunzione di tali valori e in particolare con la scuola lavoriamo perché i ragazzi divengano promotori di valori impliciti nella salute, quali l'accoglienza, la generosità, la solidarietà. Una scuola quindi che è principale agenzia educativa e che insieme alla

famiglia deve creare le condizioni perché i giovani possano comprendere, riflettere e capire. Una scuola che non assista, ma che sia capace di individuare e valorizzare tutte le attività che vi sono all'interno, senza distinzioni, categorie e separazioni. La scuola deve essere sempre di più responsabilizzata e coinvolta in una progettualità di integrazione. Quindi qual è l'obiettivo nostro? Dovremmo costruire una città comunità in cui l'uomo è al centro e in cui qualsiasi politica, prassi e pensiero siano orientati alla promozione della salute mentale. Una città comunità in cui l'uomo abbia un nome e un volto unici e irripetibili. Una città comunità coraggiosa, che affronta le sfide di un mondo di mondi diversi. A questo proposito ho preso spunto da un convegno che si è tenuto in queste sale organizzato dalla Provincia di Lucca 'Il Forum della solidarietà dal titolo 'Un mondo di mondi diversi. Una città che riflette sulle vite senza dimora, sulle vite condotte sulla strada e segnate dall'abuso di sostanze, sulle vite spezzate da una solitudine profonda, sulle vite che invocano istanze di giustizia, di solidarietà e di speranza in un futuro possibile e in un senso dell'esistere ritrovato e condiviso. Una comunità che sia anche un luogo di incontri possibili, nella quale ognuno possa sentirsi parte attiva e riconosciuta di un tutto oltre che mantenere la propria individualità. E a questo proposito ringrazio la signora Del Carlo che nella giornata precedente ha dato voce non solo agli addetti al lavoro, ma anche a coloro che vivono il disagio e che sicuramente hanno aiutato noi operatori a vedere il problema con sfaccettature diverse. Il nostro impegno, con le istituzioni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio, è principalmente rivolto alla prevenzione del disagio, sensibilizzando la popolazione attraverso strumenti efficaci di comunicazione allo scopo di sviluppare una comunità competente nella gestione della propria salute, e quindi anche della salute mentale. Ho iniziato il mio intervento dichiarando che il problema più grosso di ognuno di noi è rappresentato dall'essere soli. Concludo affermando che l'integrazione sociale o meglio il vivere di una comunità attiva è un indice di misura della nostra civiltà, un indicatore di vivibilità.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie alla Dott.ssa Politi; condividiamo quanto ci ha appena detto, in particolare, con lo slogan dell'UNASAM che è anche il nostro slogan, in quanto aderiamo ad essa, ha centrato il problema: lasciar sole queste persone è l'insulto peggiore ed è ciò che non dovrebbe accadere, purtroppo....invece accade.

Andiamo avanti e chiamo la Dott.ssa Maria Lidia Muccioli Direttore dell’Unità Operativa di Psicologia.

## **Maria Lidia Muccioli -Direttore dell’Unità Operativa di Psicologia**

### ***Quali servizi?***

Il mio contributo sarà centrato sulla dimensione professionale che gli psicologi di questa USL hanno sviluppato in questi anni sui temi della prevenzione.

Per gli operatori della Psicologia che fondano la propria professionalità sulla conoscenza dell’evoluzione sana dell’individuo, massima è la considerazione verso i fattori che sostengono e favoriscono tale evoluzione.

### **Linee guida dell’intervento preventivo.**

La chiave interpretativa che propongo, in considerazione dell’impegno manifestato e dell’esperienza maturata negli anni dagli psicologi di questa USL, ha come focus l’attenzione posta sull’evoluzione sana dell’individuo e sulle condizioni che favoriscono il benessere.

Appare difficile individuare uno specifico oggetto del lavoro preventivo in quanto si tratta di un lavoro composto da una molteplicità di azioni tra di loro interdipendenti che si fondano su processi osservativi e sulla interpretazione della realtà operativa.

**La salute mentale può essere “salvaguardata” facendo grande attenzione a quelli che potremmo definire momenti cruciali o eventi critici del ciclo della vita dell’individuo, al contesto ambientale e ai possibili eventi traumatici che si verificano nella storia dell’individuo stesso.**

Per **momenti cruciali** si intendono quei momenti di passaggio del ciclo vitale in cui si verificano cambiamenti che rendono l’individuo e chi lo circonda più fragile e bisognoso di sostegno e di ascolto (ad esempio il passaggio dall’infanzia all’adolescenza, dall’individuo alla coppia, quando i figli se ne vanno di casa).

Per **evento traumatico** intendiamo un avvenimento della vita del soggetto definito dalla sua intensità, dall’incapacità di farvi fronte adeguatamente, dallo sconvolgimento e dagli effetti patogeni durevoli che provoca nella organizzazione psichica del soggetto.

Per comprendere ciò che avviene in un individuo non si può prescindere dalla sua storia e da quella della famiglia nei suoi passaggi intergenerazionali.

La famiglia si può considerare una unità dinamica soggetta a cambiamenti continui che possono manifestarsi a diversi livelli strettamente interdipendenti: individuale, interpersonale, gruppale e sociale. Poiché ciascun membro della famiglia evolve, cresce e si trasforma nel tempo, ogni famiglia dovrà confrontarsi e assecondare le trasformazioni relative allo sviluppo emotivo, cognitivo e fisico dei suoi diversi componenti.

Le trasformazioni più evidenti che mettono “alla prova” la famiglia riguardano il processo di crescita di un figlio e quello di invecchiamento di un genitore. Se la famiglia incontra eccessive difficoltà nel processo di cambiamento e riadattamento di fronte ai diversi eventi critici e compiti di sviluppo il ciclo vitale può bloccarsi e la famiglia e il singolo individuo possono incontrare notevoli problemi.

È evidente che altrettanta attenzione merita il contesto socio-ambientale nei suoi aspetti sia istituzionali-educativi che affettivo-relazionali con i quali l’individuo interagisce.

Il concetto di contesto ambientale è fortemente determinato da numerosi altri fattori (urbanistica della città, sistema produttivo, luoghi di aggregazione, qualità dei servizi ecc.) che rimandano a scelte sociali, economiche e politiche.

Circa l’importanza dei momenti cruciali ricapitolo brevemente qualche aspetto significativo di questi “snodi”, attraverso brevi flash.

### **- FORMAZIONE DELLA COPPIA**

Un primo momento che richiede grande attenzione è sicuramente la formazione della coppia e il suo sviluppo verso la genitorialità. Il processo di formazione della coppia inizia nel momento in cui due persone si scelgono, si innamorano e danno vita ai rituali tipici del corteggiamento e si concretizza con la costituzione di una specifica identità di coppia.

Per fare questo è necessario il passaggio dalla illusione alla disillusione ovvero il **passaggio da una** situazione in cui l’altro è percepito come **proiezione dei propri bisogni** alla situazione in cui l’altro è percepito **come persona autonoma** e quindi da conoscere.

È da considerare che il processo di formazione della identità di coppia è strettamente legato a quello individuale di costruzione della propria individualità.

### **- GENITORIALITA'**

**La nascita del primo figlio introduce la coppia in un nuovo stadio del ciclo vitale e fa entrare i coniugi a tutti gli effetti nell'età adulta.** Avere un figlio non implica soltanto un'acquisizione di ruolo, ma la creazione di una nuova relazione. Per far fronte ai cambiamenti che comporta la nascita di un bambino, ciascuno dei due coniugi deve **ridefinire i propri spazi e le proprie funzioni in modo da crearne altri per il nuovo venuto**; ciò è possibile soltanto se ciascun membro della coppia ha raggiunto un buon grado di differenziazione e svincolo dai propri genitori, e ha stabilito con il partner una relazione fondata sull'intimità e empatia vale a dire se sono stati sufficientemente assolti i compiti di sviluppo relativi alle fasi precedenti.

### **- INFANZIA**

L'imaturità psico-fisica del neonato e la sua assoluta dipendenza dalle figure genitoriali e dall'ambiente familiare, lo rendono particolarmente vulnerabile.

Nascita biologica e psicologica del bambino non coincidono nel tempo.

**E' nota la rilevanza che la presenza o l'assenza di una figura di attaccamento (la madre o il suo sostituto) nei primi anni di vita ha nello sviluppo della personalità individuale e i molteplici effetti nocivi (anche in età adulta), dovuti alle carenze materne in età precoce.**

Winnicott ipotizza una evoluzione che va dalla dipendenza assoluta alla dipendenza relativa fino all'indipendenza. **Questo processo è una conquista difficile, in genere destinata a realizzarsi solo in parte e se vi sono le condizioni giuste intendendo con questa espressione un contesto ambientale favorevole.** La madre o un suo sostituto nelle prime fasi di sviluppo dovrà rendersi disponibile senza essere intrusiva, buona ma non esageratamente buona, dovrà filtrare la realtà per permettere al suo bambino di avvicinarsi gradualmente in proporzione alle sue possibilità (frustrazioni). Risulta evidente che lo sviluppo, pur avendo una base biologica, **è un processo interpersonale** che richiede un'interazione con le menti degli altri (Fonagy) e che ha come obiettivo il raggiungimento della **capacità di mentalizzare**, cioè la capacità di **essere consapevoli delle relazioni affettive, della realtà esterna e del rapporto con sé stessi**, (cioè quella che Fonagy chiama *funzione riflessiva*).

Pertanto la capacità di riflettere su pensieri e sentimenti viene costruita attraverso un processo intersoggettivo tra bambino piccolo e genitore, tra bambino e adulto, bambino e fratelli.

## **- ADOLESCENZA E SVINCOLO**

Tutti sappiamo come spesso l'adolescenza si configuri come un momento sofferto, alla ricerca della propria identità e posizionamento nel mondo.

I cambiamenti nella vita mentale e nel fisico sottopongono l'adolescente a nuove situazioni di tensione e lo rendono più vulnerabile all'odio di sé e alla disperazione (Laufer).

L'importanza del periodo adolescenziale per il definitivo equilibrio psichico dell'individuo è legata al fatto che ormai **“sta diventando sempre più chiaro che il periodo dell'adolescenza può essere l'ultima occasione per riuscire a bloccare un disturbo mentale”** (Laufer).

L'adolescente che rimane “impigliato” nel proprio dolore sente questo periodo della sua vita come un tempo di private sofferenze in cui nessuno potrà ascoltarlo e capirlo e niente potrà evolversi. L'adolescente che si sviluppa normalmente può invece guardare al futuro come a un tempo in cui potrà riparare i propri odi privati e le proprie delusioni, un tempo in cui potrà avere la libertà interna che gli permetta di dimenticare i genitori del passato che inevitabilmente lo hanno in qualche modo deluso (Laufer).

Oggi la separazione e conseguentemente lo svincolo dalla famiglia si verifica frequentemente dopo l'adolescenza.

Novelletto dice che “si ha l'impressione che la separazione del giovane dal suo mondo originario sia più apparente che reale, cioè più giocata sugli oggetti esterni che interiore”. Infatti si sta delineando **un'ulteriore scansione del ciclo di vita tipico** delle culture con un elevato livello di complessità economica e sociale cioè quella di **“giovane adulto”**. Questa è una fase in cui la maturazione fisica e l'età fanno dell'individuo un adulto mentre la condizione affettivo-relazionale e/o economica lo rendono ancora dipendente determinando una situazione conflittuale che, a volte può produrre una sofferenza psichica non facilmente elaborabile.

**Quando nei momenti cruciali che abbiamo evidenziato si verificano cambiamenti importanti o traumatici quali separazioni coniugali, lutti, gravi malattie, grandi cambiamenti economico-sociali, i compiti evolutivi di queste fasi risultano più difficili e possono crearsi delle situazioni di rischio psicopatologico.**

**Da quanto detto emerge l'importanza delle vicende dell'infanzia e dell'adolescenza come fondamento della salute mentale dell'individuo. La scelta di privilegiare questa fase della vita per gli interventi preventivi risulta conseguentemente un “obbligo” non solo tecnico professionale ma anche etico.**

**In particolare sono le situazioni a rischio ed il disagio giovanile ad esigere il coinvolgimento di risorse e competenze molteplici. Intendo il disagio giovanile in una dimensione dinamica, non come uno stato, ma come un processo, un percorso, una serie combinata di difficoltà che deve essere gestita mettendo a frutto le proprie risorse e le opportunità offerte dall'ambiente. Per situazioni a rischio si intendono le situazioni in cui vengono negate o frustrate o mortificate le opportunità di soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona.**

### *Interventi preventivi*

Gli interventi preventivi nella nostra USL sono presenti nelle due zone Lucca e Valle del Serchio e vi partecipano operatori delle diverse U.F. Salute Mentale Infanzia/Adolescenza e Salute Mentale Adulti in collaborazione con il Ser.T. e l'U.O. Educazione alla Salute.

Da qualche mese è presente un coordinamento a livello dipartimentale che presenti operatori delle diverse Unità Funzionali al fine di coordinare i progetti, utilizzare le risorse in modo efficace, e migliorare le connessioni con gli operatori ed i servizi deputati alla cura.

L'esigenza di creare un continuum tra il momento della prevenzione ed il momento della cura è fortemente sentito dagli operatori che ritengono necessario strutturare dei servizi flessibili ed integrati in modo da rendere maggiormente agevole il percorso terapeutico soprattutto nella fase adolescenziale.

Il campo della prevenzione primaria è il campo delle relazioni sane e delle risorse umane e relazionali presenti in un determinato contesto e capace di fungere da fattore di protezione.

In questo senso la relazione insegnante-bambino, il gruppo dei pari o la funzione genitoriale stessa possono diventare, se opportunamente guidate e sostenute uno strumento efficace in una strategia preventiva.

Ciò comporta la creazione di **2 dimensioni di lavoro** nelle quali sono impegnati gli operatori dell'U.F.:

- 1 - una fitta rete di relazioni con gli educatori formali ed informali sul territorio;
- 2 - aree di incontro dove è possibile dialogare con genitori e/o con i giovani attorno a problematiche relative al disagio evolutivo.

Gli interventi più significativi riguardano:

- Interventi di formazione per gli insegnanti di ogni ordine e grado.
  - • Interventi di formazione per i genitori.
  - • Interventi sui gruppi classe in riferimento a varie problematiche (scuole medie superiori).
    - Educazione affettiva - sex
    - Educazione alimentare
    - Dinamiche di gruppo
    - Focus-group
    - Interventi centrati sulla promozione di iniziative da parte dei giovani su temi di loro interesse
  - Interventi di orientamento - consulenza ed ascolto rivolto agli insegnanti, genitori ed alunni (soprattutto delle Scuole Medie Superiori).
  - • Interventi volti a migliorare la qualità della vita dell'ambiente scolastico o dell'ambito di aggregazione dei giovani tramite la consulenza all'organizzazione.
  - Sono inoltre presenti dei progetti specifici orientati all'educazione etico-sociale dei ragazzi ed al superamento dello stigma psichiatrico che vedono giovani, operatori e pazienti coinvolti in attività a carattere culturale e ludico.
  - Di particolare interesse è l'attività di prevenzione secondaria che avviene nell'ambito della diagnosi precoce dei disturbi neurologici della prima infanzia.
  - Progetto MI. RI. AM. finalizzato alla prevenzione degli abusi sessuali e del maltrattamento all'infanzia. Questo progetto vede coinvolti uno psicologo e un Neuropsichiatra infantile dell'U.F. Infanzia/Adolescenza, e prevede, tra gli altri interventi di sensibilizzazione e formazione rivolti ai docenti referenti delle scuole di ogni ordine e grado del territorio aziendale.
  - Un settore di attività con elevata funzione protettiva e preventiva viene svolta nei confronti dei minori a rischio in stretta collaborazione con i servizi sociali comunali e il Tribunale dei Minorenni nell'ambito del progetto dell'Affido familiare, del sostegno minorile, della formazione di giovani tutor. (U.F. S.M. Infanzia/Adolescenza)
- Infine per quanto riguarda un aspetto centrale della prevenzione primaria voglio ricordare la pluridecennale attività relativa ai corsi di preparazione alla nascita dove opera psicologi della Salute Mentale, che si rivolge alle donne ed alle coppie in attesa di

un bambino al fine di contribuire al benessere della nascita ed allo sviluppo della funzione genitoriale.

### **Valenza preventiva nell'operare terapeutico**

Oltre gli interventi preventivi mi preme evidenziare alcuni aspetti qualificanti del nostro operare terapeutico che ritengo a forte valenza preventiva.

Tali aspetti che considero vere e proprie linee tecnico-operative, sono:

- L'importanza dell'ascolto al primo manifestarsi del disagio.
- La valorizzazione delle risorse e caratteristiche dell'individuo.
- La considerazione del contesto affettivo e socio-ambientale.

Per quanto riguarda il lavoro clinico individuale, cioè l'ascolto alla sofferenza delle persone fornito all'interno della relazione terapeutica, gli operatori della Psicologia sono da tempo impegnati in maniera significativa per consentire ad una fascia sempre più ampia di popolazione di accedere ad un trattamento psicoterapico qualificato.

Il dolore psichico costituisce una sorta di impedimento a rappresentare e dar voce alle proprie emozioni, è una mancanza di speranza verso il futuro che blocca il presente.

Ciascuno di noi senz'altro ha sperimentato eventi o momenti critici, non è necessario riferirci alla patologia mentale per comprendere la natura e le basi emozionali da cui si sviluppa il dolore mentale. E' certo che grande rilevanza assumono significative e ripetute esperienze di fallimenti relazionali soprattutto nel corso dell'infanzia e adolescenza, che possono determinare un vero e proprio **crollò della fiducia in se stessi e quindi della possibilità di realizzare un progetto di vita.**

**Il lavoro psicoterapico va visto allora come una esperienza relazionale che può mettere in scena un legame affettivo nuovo all'interno del quale è possibile sperimentare quell'ascolto, quel contenimento quella continuità che possono aver subito brusche e catastrofiche interruzioni nella vita affettiva precedente.** E' da qui che può riattivarsi la speranza e che può ricominciare un cammino.

Il disagio psichico e la patologia mentale sono in forte aumento, per molteplici cause, anche di origine sociale che hanno progressivamente condizionato stili di vita stressanti e che si riflettono sulle condizioni di accudimento dei figli producendo fallimenti relazionali. A fronte di questo aumento della patologia è aumentata anche la

domanda di psicoterapie pervenute agli psicologi ma forse non proporzionalmente all'aumento del problema.

Si assiste in questi ultimi tempi ad un vivace dibattito circa l'uso e/o l'abuso degli psicofarmaci. Senza entrare nel merito della questione, e al di là delle implicazioni di natura economica relative a questo fenomeno, mi preme evidenziare il fatto che la vita “di corsa” come potremmo definire quella attuale non consente facilmente la continuità e la costanza richiesti da una psicoterapia.

Inoltre si è creata una cultura che potremmo definire “tecnologia dell'azione tutto e subito”, che scoraggia il pensare, così indispensabile in un psicoterapia e presenta invece il farmaco come soluzione che risparmia al soggetto l'impegno emotivo del sentirsi implicato come persona nel processo terapeutico.

La diffusione della cultura e della pratica psicoterapeutica nei servizi psichiatrici ha avuto invece il merito di valorizzare la dimensione soggettiva della sofferenza individuale rispetto ad un'idea di malattia come dato oggettivo.

\*\*\*\*\*

*“Abbiamo ampie prove del fatto che gli esseri umani di ogni età sono più sereni e in grado di affinare il proprio ingegno per trarne un maggior profitto se possono confidare nel fatto che al loro fianco ci siano più persone fidate che verranno loro in aiuto in caso di difficoltà.*

*L'esigenza di una figura di attaccamento come base sicura non è limitata solo ai bambini, anche se è più evidente a causa della sua urgenza nei primi anni di vita. Vi sono buoni motivi per credere, comunque, che tale esigenza possa essere riferita anche ad adulti maturi.*

*Per tali ragioni e per motivi derivanti dai valori della cultura occidentale l'esigenza da parte degli adulti di una base sicura tende spesso ad essere trascurata se non denigrata”*

***John Bowlby***

## **Gemma Del Carlo**

Grazie alla Dott.ssa Muccioli, vorremmo ribadire quanto è utile e terapeutico il servizio psicologico nei ragazzi e negli adulti e nella famiglie. Dal servizio d'ascolto che l'associazione offre è emerso che le famiglie, che hanno fatto un percorso accompagnato da un buon servizio psicologo, affrontano molto meglio i problemi.

Passiamo adesso la parola al Dott. Pietro Lastrucci Direttore del S.P.D.C. di Lucca.

## **Pietro Lastrucci - Direttore U.O. Psichiatria**

### ***Quali servizi?***

Buongiorno, nel lucido che viene mostrato vi è la suddivisione dei pazienti per numero di ricoveri nel SPDC dell'Osp. di Lucca nel periodo 2000-2002(tre anni).

Il numero di pazienti ricoverati è stato di 637, mentre il numero di ricoveri è stato di 1102.

Ebbene, dei 637 pazienti ricoverati in questo periodo, hanno avuto un unico ricovero 460 pazienti pari al 72,2 %. Nel periodo 1996-1999 non cambia il quadro di riferimento e se si va anche a vedere chi ha avuto due o tre ricoveri, si nota che c'è una certa costanza di tali percentuali nel tempo.

Abbiamo preso le schede di ammissione e dimissione del reparto e le abbiamo inserite nel computer. Poi abbiamo fatto la stessa aggregazione di ricoverati per numero di ricoveri e siamo andati a vedere se i dati erano effettivi, prendendo i dati ufficiali dell'ASL, cioè quelli derivanti dalla scheda di dimissione ospedaliera. Abbiamo fatto un lavoro anche con il servizio informatico stesso in modo che questi dati non fossero aleatori.

Nei venti anni dal 1978 al 1999, la percentuale di persone che hanno avuto un unico ricovero è ancora del 64,5%, cioè su 4073 pazienti ricoverati, 2628 hanno avuto un solo ricovero in questi venti anni. Inoltre se andiamo a sommare le percentuali dei pazienti che hanno avuto da uno a sei ricoveri nello stesso periodo, otteniamo una percentuale del 93,4% sul totale dei ricoverati.

Penso che nessuno crederebbe a questi risultati, se non fossero numeri inequivocabili, cioè un nome che compare una volta sola, in questo periodo di venti anni, nel 64,5% dei casi, due volte nel 14,5%, tre volte nel 6,5%, quattro volte nel 3,5%, cinque volte nel 2,4%, sei volte nel 2,0%.

## **Gemma Del Carlo**

Ma dove sono andate queste persone?

## **Pietro Lastrucci**

Non pretendo di esaurire la problematica, che questi dati possono suscitare. Faccio solo un intervento che, secondo me, è molto importante in quanto mette in evidenza dei risultati ancora sconosciuti sia nella nostra esperienza pratica che in letteratura. Poi l'interpretazione, lo sviluppo successivo e come si può prendere in esame questo aspetto è un discorso sicuramente molto più lungo. Quello che posso aggiungere è che, pur ammettendo che una percentuale minore di questi pazienti sia stata ricoverata da qualche altra parte, senza ombra di dubbio scaturisce da questi dati un concetto diverso sulla malattia mentale: questa non è intrattabile e ripetitiva come si è ritenuto in genere, almeno per quanto riguarda le sue manifestazioni di acuzie. Un soggetto che ha avuto un disturbo mentale avrà la sua vita, forse più difficile di altri, ma le crisi acute della malattia nella maggioranza dei casi non si ripetono, come tutti abbiamo sempre pensato.

Questo è un primo aspetto importante che riguarda la percezione diffusa della malattia mentale e come questo disturbo è tuttora erroneamente considerato, forse anche in assenza di dati oggettivi, come quelli sopra esposti.

Una considerazione conseguente è quella che è possibile sfatare la credenza popolare e professionale che il ricovero psichiatrico sia un fenomeno di revolving-door, cioè sono sempre i soliti pazienti che si ricoverano e vengono dimessi. Questo è smentito dalla realtà. Sarebbe utile e scientificamente interessante fare altre aggregazioni dei dati che abbiamo come per diagnosi, per età, per sesso, per residenza ecc.

Un altro aspetto molto importante, a cui voglio accennare, è quello che la legge 180, con l'abolizione dei manicomi, ha permesso di avere questi dati, mentre prima non era possibile. Prima della 180 queste persone sarebbero state ricoverate in manicomio e le loro vite sarebbero state stroncate da un'ospedalizzazione lunga e deprimente, talora anche fino alla morte. Si sa infatti che erano necessari due certificati medici per inviare il paziente dalla divisione di neuro-psichiatria dell'Ospedale di Lucca all'Ospedale di Maggiano.

Questo significava che l'acuzie psico-patologica non finiva più, era interminabile. Adesso non succede più.

Cosa hanno fatto queste persone una volta dimesse dall'ospedale?

Io ne vedo tante in giro, vivono la loro vita che è come la vita di tutti, la vita che ognuno di noi cerca di fare.

Infine nei nostri dati ci sono dei pazienti che hanno avuto oltre 10 ricoveri nel periodo considerato ed anche fino a 100 ricoveri. C'è un 3-4% di ricoverati che purtroppo hanno avuto ripetuti ricoveri negli anni. Questi pazienti necessitano di un discorso a parte, in quanto portatori di disturbi più difficilmente trattabili sia per condizioni cliniche, sia ambientali disperate, sia per cause iatrogene ; la cronicità è sì, in alcuni casi, un dato di andamento della malattia, dovuto ad una serie di condizioni che potrebbero essere meglio trattate da un'integrazione maggiore dei servizi.

Lo studio è appena iniziato e servono degli approfondimenti .

Concludo dicendo che mi ha fatto piacere scoprire un dato oggettivo, su cui ragionare, che andrà approfondito e confrontato, ma credo che possa rappresentare un ottimo materiale di riflessione, importante per tutti noi operatori e per chi ricorre alle nostre cure.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott.Lastrucci, ma gli avevo già detto in precedenza che questi dati non dicono niente. Se non sappiamo dove sono finiti questi pazienti, questi dati dicono poco. Per avere delle certezze si deve seguire il paziente in tutte le sue fasi; il fatto che queste persone non siano più tornate per ricoverarsi non è possibile considerarle guarite, potrebbe significare insoddisfazione e fuga verso privati o verso la vicina clinica psichiatrica di Pisa. Avremmo voluto che ci spiegasse cosa viene fatto nel S.P.D.C. quali percorsi di cura vengono applicati, che terapeuticità ha il contenimento che tuttora viene praticato a Lucca.

Passiamo la parola alla Dott.ssa Branka Vujovic, Direttore sanitario dell'azienda che forse ci chiarirà anche questo.

## **Branka Vujovic -Direttore Sanitario Az. U.S.L. 2**

### ***Quali servizi?***

Buongiorno. Ringrazio per l'invito a queste giornate di studio, che permettono un confronto con operatori, utenti, associazioni e enti locali sul tema della Salute Mentale.

Mi sembra importante iniziare precisando il concetto di salute.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito **la salute** come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto quindi come assenza di malattia o infermità.

Credo che sia importante ribadire nella salute in generale, ma ancor di più nella salute mentale, che - oltre alla responsabilità del singolo - esiste anche una responsabilità collettiva.

A questo punto diventa fondamentale fare un passaggio che non è facile per operatori e istituzioni, ma neanche per noi quando da semplici cittadini ci troviamo di fronte ad un disagio e spesso non siamo capaci di gestirlo.

**Accogliere, ascoltare, conoscere e comunicare** devono diventare i normali caratteri della convivenza, per passare dal pregiudizio alla cittadinanza.

E’ difficile lavorare su questa problematica, soprattutto se si ragiona in termini di prevenzione. Il tema non riguarda soltanto gli psicologi, gli psichiatri, gli infermieri psichiatrici, ma un po’ tutti, a partire naturalmente dai medici di famiglia, senza contare che il generico cittadino è comunque sempre responsabile della propria salute.

In particolare, tutti noi dobbiamo essere sensibili al tema della prevenzione.

Spesso infatti siamo abituati ad affrontare la malattia mentale soltanto quando è conclamata. Parliamo meno della prevenzione, che non riguarda solo chi è già nella fase della malattia, ma potenzialmente tutti noi che con l’attuale stile di vita possiamo attraversare dei momenti di forte crisi, ad esempio per la perdita del lavoro o di una persona cara e così via.

Ma cosa stiamo facendo in questo momento?

I nostri obiettivi sono essenzialmente:

- il miglioramento del sistema educativo scolastico attraverso consulenze e formazione degli educatori;
- la riduzione dei fattori di rischio e il rafforzamento dei fattori protettivi in relazione alle fasi critiche del ciclo vitale;
- l’elaborazione di iniziative di sensibilizzazione per il superamento dello stigma;
- una sempre maggiore attenzione alle politiche socio-sanitarie intese come fattore determinante della salute mentale della comunità;
- l’integrazione dei servizi psichiatrici con la medicina di base e interventi di salute mentale per i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri, nonché con i servizi socio-sanitari distrettuali;

- la promozione di modelli operativi integrati fra le varie agenzie della comunità, coinvolte nella gestione della salute mentale.

Questo è in sintesi ciò che stiamo facendo ma ci sono ovviamente degli ambiti di miglioramento, perché in sanità non esiste mai l'obiettivo raggiunto.

Il problema non è tanto se le aziende sanitarie funzionano o non funzionano. E' necessario coinvolgere tutti quelli che lavorano su questi temi, trovare dei momenti di coordinamento, così come i servizi psichiatrici devono coinvolgere tutti coloro che operano sul territorio.

Da evidenziare ancora una volta, in questo ambito, il ruolo fondamentale del medico di medicina generale: la famiglia o il singolo, quando hanno un problema, prima di rivolgersi ad uno specialista vanno dal proprio medico curante e di lì partono i percorsi diagnostici-terapeutici.

Il problema è che quando i problemi sono di carattere psichiatrico improvvisamente i fili si rompono. Anche per il paziente psichiatrico vanno ricercate sinergie. Infatti non si capisce perché un medico di famiglia possa lavorare nell'area materno-infantile oppure per una malattia organica e non possa invece fornire un contributo alla prevenzione della salute mentale.

E' importante promuovere e rendere sinergici i rapporti con le varie agenzie e con tutti coloro che possono essere coinvolti in questo processo. Da questo punto di vista torno a sottolineare che si può fare di più e meglio.

In salute mentale ogni intervento ha sempre un carattere terapeutico-preventivo e non soltanto riparativo o riabilitativo. Deve avere una valenza deistituzionalizzante, evitando forme di dipendenza dai servizi, rispettando la soggettività dei pazienti.

Un altro concetto fondamentale sul quale cerchiamo di ragionare è quello di lavorare con le famiglie dei pazienti, non abbandonarle, non farle sentire mai da sole.

Non vorremmo creare delle condizioni di dipendenza - le famiglie non devono cioè dipendere da noi - ma è importante esserci, forse non tanto nella fase della prevenzione quanto nella fase successiva della riabilitazione che sarà affrontata successivamente, in una delle prossime giornate di studio organizzate dalla F.A.S.M..

Non è soltanto una questione di risorse (avere un medico in più ecc.) - un aspetto comunque da non sottovalutare - ma di unità d'intenti: dobbiamo far operare tutti con la stessa testa e con la stessa logica, perché se ci sono degli approcci diversi si rischia di non avere il risultato che ci si attende.

Per questo noi vogliamo lavorare insieme con voi familiari, tanto è vero che proponiamo un tavolo aziendale con la partecipazione di chi rappresenta il cittadino sul fronte delle politiche di tutela della salute mentale.

Il nostro impegno per il futuro è quindi quello di rafforzare le politiche preventive e di promozione della salute mentale:

- facendo sì che i servizi deputati alla salute mentale sviluppino appieno la loro missione e non si limitino a dare risposte esclusivamente psichiatriche;
- favorendo l'integrazione con gli altri dipartimenti: materno-infantile, dipendenze, servizi per gli anziani. Questo per sviluppare servizi forti, al fine di rispondere più efficacemente ai bisogni espressi dai cittadini;
- definendo indicatori di rischio predittivi dei disturbi mentali che consentano di programmare interventi mirati;
- riducendo il ritardo tra esordio clinico e presa in carico efficace in ogni tipo di patologia;
- promuovendo il dialogo con le associazioni presenti sul territorio.

Sono fondamentali anche le collaborazioni, come quella attivata con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che si occupa di ricerca.

Abbiamo impostato un lavoro sui livelli di risposta che diamo ai cittadini in questo campo, con la volontà di analizzare ciò che stiamo facendo. Dallo studio è emerso che impegniamo parecchie risorse e che diamo degli interventi coordinati.

In futuro apriremo una fase successiva, attraverso un metodo di focus, che significa aprire la lente di ingrandimento su chi utilizza i servizi.

Stiamo lavorando con la Scuola Sant'Anna per capire come procedere (una ricerca di questo tipo è stata fatta solo in un'azienda a Roma) per elaborare un metodo efficace, che produca risultati veri. L'obiettivo finale è quello di avere da una parte l'analisi di quello che stiamo facendo e dall'altro la percezione da parte dei cittadini.

A cosa può servire tutto questo se non ad un processo continuo di miglioramento? E' evidente che questa metodica non può coinvolgere solo il cittadino o il genitore, ma anche chi rappresenta il cittadino.

Queste sono le problematiche sulle quali ci stiamo impegnando e si tratta di linee condivise da tutti noi.

Ci stiamo muovendo nella consapevolezza di procedere in un percorso di responsabilità e di impegno, che potrà essere aperto in certe circostanze a problemi che sono espressione quotidiana della vita aziendale.

La nostra convinzione è che **favorire percorsi per la salute mentale coincide con l'estensione dell'esercizio dei diritti di cittadinanza.**

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Direttore Sanitario che sicuramente ci ha detto delle cose importanti, e ci auguriamo che vadano in porto. Vorrei sottolineare il fatto che queste persone devono essere accolte, e per fare ciò devono essere messe in condizione di essere accettate dalla società. E' logico che ci sia emarginazione, prendiamo i casi più complessi che sono a Santa Maria Del Giudice: i pazienti vanno al bar e chiedono l'elemosina; è chiaro che poi vengono cacciati dalle persone, è necessario che siano quindi accompagnati da persone che sappiano educarle. Ovviamente sto parlando dei casi più gravi. Stessa cosa vale per il reparto psichiatrico dell'ospedale, **non si può dire che si va volentieri a trovare qualcuno ricoverato al S.P.D.C., perché è un posto emarginante di per sé, anche nel suo aspetto strutturale. Si parla tanto di integrare, di accettare e di accogliere, ma per fare questo tutto quello che ruota attorno a queste persone deve avere un aspetto diverso ed invitante. Spesso si associa la persona con problemi mentali a quella che sfascia tutto e in realtà non è così.**

Passiamo adesso alla parte più specifica e chiamo la Dottoressa Musetti di Pisa che ci parlerà dell'efficacia del farmaco.

**Laura Musetti**

**Dip. di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologia**

**Università degli Studi di Pisa**

***L'efficacia del farmaco***



Nella giornata odierna, dedicata a “ Prevenzione e Percorsi terapeutici”, il mio compito è quello di fornire alcune informazioni sugli sviluppi della psico-farmacologia, avvenuti negli ultimi anni. A partire dagli anni '50, infatti, con l'introduzione nella pratica clinica della clorpromazina, si è aperta una nuova era nel trattamento dei disturbi mentali che ha condotto a profondi cambiamenti nell'operatività psichiatrica. Vorrei fare una breve carrellata storica su le varie tappe dell'introduzione dei farmaci in psichiatria, valutandone l'impatto nella pratica clinica, con un particolare riferimento all'area dei disturbi dell'umore, e d'ansia.

“ La psichiatria è la branca della medicina che negli ultimi decenni ha realizzato i più importanti progressi terapeutici ”

National Institute of Mental Health, 1999

La psichiatria è l'area della medicina che negli ultimi decenni ha realizzato i più importanti progressi terapeutici. Quali sono state le conseguenze dell'introduzione degli psico-farmaci in psichiatria? Innanzitutto è stato l'avvio alla cura di malati mentali, anche gravi, al di fuori di strutture protette e quindi la possibilità, per molti pazienti, di ricevere trattamenti specifici rimanendo all'interno del proprio ambiente e delle proprie famiglie. Un altro importante risvolto dell'introduzione degli psico-farmaci è stato il progresso nelle conoscenze del funzionamento del cervello: lo studio dei meccanismi di azione di numerosi composti, infatti, ha condotto alla formulazione di alcune teorie sulla etiopatogenesi di vari disturbi mentali. Infine un'altra importante conseguenza della disponibilità di trattamenti efficaci per i disturbi mentali è stata quella di iniziare a considerare la psichiatria come una branca della medicina. Quindi, l'attenzione di clinici e ricercatori è stata rivolta alla formulazione di criteri utili per la diagnosi dei diversi disturbi mentali ed allo studio di interventi terapeutici mirati.

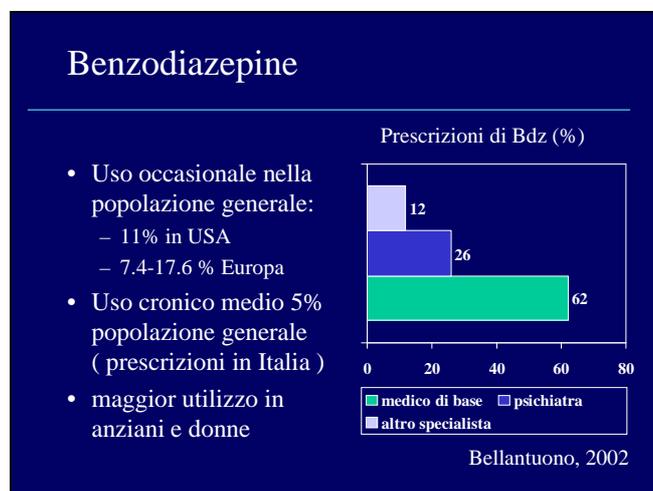
Progressi della farmacoterapia		
Clorpromazina	1952-1960	↓ Ammissioni ospedale
Antidepressivi	1957	↓ Ammissioni in acuto
Ansiolitici	1954 - 1961	Terapia ambulat. ansia
Litio-Antiepilettici	1960 - 70	Terapia preventiva
Neurolettici “depot”	1970	Ter. amb. psicosi gravi
Nuovi antidepress.	1980	Ter. in giovane/anziano
Antipsicotici atipici	1990	Schizofrenia resistente, D. Bipolare

Vediamo quali sono state le tappe più significative della farmaco-terapia. A partire dagli anni '50 con l'osservazione dell'azione anti-psicotica del primo neurolettico, la clorpromazina, si è aperta una nuova era nella cura di pazienti gravi non più trattati solo in un ambiente di ricovero, ma anche al di fuori di una struttura. Negli anni '70, poi, con l'introduzione dei neurolettici a rilascio prolungato, sono stati fatti ulteriori passi in avanti nella terapia ambulatoriale di psicotici gravi. La vera e propria rivoluzione in questo campo, tuttavia, è avvenuta negli anni '90 con l'introduzione degli antipsicotici atipici, che hanno permesso di curare quadri clinici sino ad allora ritenuti resistenti ed appartenenti non solo all'abito della schizofrenia, ma anche allo spettro bipolare. Sempre negli anni '50, con l'osservazione dell'azione antidepressiva dell'imipramina, nasce anche una nuova era nel trattamento della depressione che ha poi

visto un'ulteriore rivoluzione intorno agli anni '80 con la sintesi degli antidepressivi di nuova generazione, più maneggevoli e con minori effetti collaterali. Un altro importante passo avanti nel trattamento dei disturbi dell'umore è avvenuto negli anni '60-'70 con l'osservazione dell'efficacia sulla prevenzione delle ricadute di alcuni farmaci, in particolare dei sali di litio: l'attenzione del medico non viene posta solo alla fase acuta di malattia, ma il soggetto viene seguito nel tempo per evitare che vada incontro a successivi periodi di disagio.

Sostanza	Introduzione
alcool	epoca imprecisata
sostanze vegetali	epoca imprecisata
Bromuri	prima metà XIX sec.
Cloralio idrato, paraldeide	seconda metà XIX sec.
Barbiturici	1903
Meprobramati	1955
<i>Benzodiazepine</i>	<i>1957</i>
Ansiolitici non bdz	1985

La ricerca di composti che allevino l'ansia e l'angoscia si perde nella notte dei tempi. Una delle prime sostanze naturali usate a questo scopo, ad esempio, è l'alcol: ne abbiamo testimonianza a partire dalle civiltà etrusche, nel medioevo, fino ai nostri giorni. All'utilizzo dell'alcol ha fatto seguito quello di altre sostanze vegetali, come le foglie di coca, la marijuana fino a ad arrivare, nella prima metà del novecento, all'impiego dei barbiturici. Intorno agli anni '50 le benzodiazepine, i comuni ansiolitici, hanno iniziato a far parte dell'armamentario del medico.



Abbiamo alcuni dati che mostrano come l'uso occasionale degli ansiolitici nella popolazione generale raggiunga l'11% negli Stati Uniti, mentre in Europa le percentuali vanno dal 7,4% in Belgio al 17,6% nei Paesi Bassi. I dati che si riferiscono all'Italia sono relativi ad un uso cronico (per un tempo superiore ai sei mesi), rilevato nel 5% della popolazione, con un maggiore impiego da parte degli anziani e delle donne. Sempre in Italia questi composti vengono prescritti prevalentemente dal medico di famiglia, seguito dallo psichiatra e da specialisti di altre branche: questi farmaci, infatti, non servono solo per controllare l'ansia e l'angoscia, ma vengono utilizzati anche in altri settori della medicina, vedi la preanestesia o l'uso negli esami endoscopici. Negli ultimi anni, tuttavia, la migliore conoscenza delle benzodiazepine ha condotto ad un ridimensionamento nell'impiego delle stesse: la dimostrazione del fenomeno della tolleranza (necessità di incrementare nel tempo la dose di benzodiazepine per ottenere lo stesso effetto terapeutico) ne suggerisce un utilizzo episodico, seguito da una riduzione lenta e graduale.



Veniamo adesso all'altra classe di farmaci che ha rivoluzionato il trattamento in ambito psichiatrico: gli antidepressivi. I primi dati sull'efficacia di questi composti risalgono agli anni '50 con l'osservazione casuale di un'azione antidepressiva dell'iproniazide un farmaco fino ad allora utilizzato per la cura della tubercolosi; analogamente è stata casuale l'osservazione dell'efficacia antidepressiva dell'imipramina, capostipite della classe degli antidepressivi triciclici. Negli anni successivi la ricerca di composti che fossero dotati di un minor numero di effetti collaterali ha portato alla sintesi degli antidepressivi di seconda generazione tra i quali gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina. Qual è stato l'impatto nella pratica clinica di questi farmaci? Soprattutto quello di iniziare a considerare la depressione

come un disturbo curabile, come un problema medico suscettibile di una soluzione e non più come un dramma esistenziale che il soggetto viveva nel proprio isolamento, talora con conseguenze drammatiche.

Epidemiologia dei Disturbi dell'Umore	
Depressione Maggiore	5 - 7%
Disturbo Bipolare	0.4 - 1.2%
Ciclotimia	0.4 - 3.5%
Distimia	2.3 - 3.8%

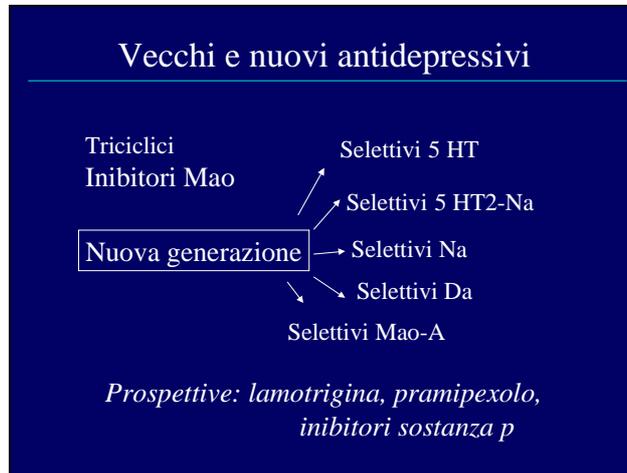
*National Institute of Mental Health*

L'importanza di avere a disposizione strumenti per la cura della depressione è evidente, se si considera quale è la diffusione di questo disturbo: la depressione maggiore colpisce il 5-7% della popolazione; la distimia, che è una forma di depressione con manifestazioni sintomatologiche attenuate ma con un andamento protratto nel tempo, colpisce il 3% dei soggetti. Inoltre, se consideriamo le forme bipolari, in cui la depressione si alterna a fasi in cui l'umore è euforico, la percentuale dei soggetti che possono avere bisogno di un intervento terapeutico aumenta vertiginosamente.



La disponibilità degli antidepressivi di nuova generazione ha rivoluzionato e modificato il trattamento non solo della depressione, ma anche di tutta una serie di

patologie, che vanno dal disturbo di panico, al disturbo ossessivo-compulsivo, ai disturbi della condotta alimentare (bulimia e anoressia), patologie di cui oggi sempre più sentiamo parlare. Gli antidepressivi si utilizzano inoltre nella cura della fobia sociale, dell’ansia generalizzata, del disturbo somatoforme o da stress post-traumatico.



I triciclici e gli inibitori della monoamminossidasi sono stati i primi antidepressivi che abbiamo avuto a disposizione; tutta una serie di studi successivi ha portato alla sintesi di nuovi antidepressivi che, agendo in maniera selettiva (inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina, di noradrenalina, dopamina, monoamminossidasi di tipo A), sono più maneggevoli e con minori effetti collaterali. Il lavoro non si è fermato qui: la ricerca tutt’ora in corso sta valutando nuove prospettive, quali l’impiego come antidepressivi di composti che sono nati con indicazioni diverse. Tra questi la lamotrigina, ad esempio, farmaco per l’epilessia che sembra avere un’efficacia nelle forme di depressione che appartengono al disturbo bipolare; oppure il pramipexolo, farmaco utilizzato nel morbo di Parkinson, che sembra poter costituire una prospettiva nella cura della depressione resistente. Infine la ricerca è impegnata in studi clinici per valutare l’efficacia e la tollerabilità di nuovi composti (ad esempio gli inibitori della sostanza P) che potrebbero costituire strumenti terapeutici innovativi nel trattamento della depressione.



Vediamo in cosa si distinguono vecchi e nuovi antidepressivi: a parte il dato sull'efficacia, che non distingue in assoluto le classi di farmaci, i triciclici e gli inibitori delle amminominoossidasi mostrano, nei confronti dei nuovi antidepressivi, maggiori effetti collaterali ed una maggiore tossicità se assunti in dosi eccessive e sono controindicati in quei soggetti che, oltre alla depressione, presentano malattie cardiache, glaucoma, ipertrofia prostatica e insufficienza epatica e/o renale. La disponibilità dei nuovi antidepressivi ha reso possibile la cura del disturbo dell'umore in fasce di età (vedi l'anziano o il giovane) in cui l'utilizzo di composti meno maneggevoli era precluso o comportava maggiori rischi. Questo ha importanti ripercussioni pratiche: nel giovane, infatti, è fondamentale un intervento precoce che coincide con la prevenzione di ulteriori complicanze. D'altro lato la possibilità di utilizzare i nuovi antidepressivi nel paziente anziano è importante perché oggi, con l'aumento della vita media, è sempre più frequente il rilievo di depressione in fasce di età avanzata in cui si sommano vari fattori, dall'invecchiamento fisiologico del cervello, alla presenza di stress di natura psico-sociale o di altre altre malattie di carattere neurologico, endocrino, metabolico.

Depressione e suicidio: fattori di rischio

- Demografici e psicosociali
  - sesso maschile
  - età avanzata
  - isolamento
- Anamnestici
  - pregressi tentativi di suicidio
  - familiarità per suicidio
- Diagnostici
  - comorbidità (patologie fisiche, abuso sost, ecc)
  - melanconia, sintomi psicotici

10-15% dei depressi mette in atto tentativi autolesivi

Andreasen, 2001

Avere a disposizione strumenti terapeutici che possono essere impiegati anche nel giovane o nell’anziano è di grande utilità se consideriamo che la più grave e drammatica complicanza della depressione è il suicidio e che il 10-15% dei depressi mette in atto gesti autolesivi. Numerosi studi clinici dimostrano che l’età avanzata e la condizione di isolamento, unitamente al sesso maschile, sono tra i principali fattori di rischio per suicidio in corso di depressione. Altri fattori di rischio comprendono la presenza di pregressi gesti autolesivi, la familiarità positiva per suicidio, così come la concomitanza della depressione con altre patologie fisiche o mentali. In presenza di queste condizioni, quindi, è fondamentale un precoce intervento farmacologico, unitamente ad un valido supporto psicosociale.

Disturbi dell’umore e criminalità giovanile

	No	(%)
No diagnosi	12	(24)
Disturbi della condotta	30	(60)
Disturbo oppositivo	12	(24)
ADHD	9	(18)
Depressione maggiore	10	(20)
Mania	10	(20)
Stato misto	1	(2)
Tot. Disturbi dell’umore	21	(42)

Pliszka, 2000

Di notevole importanza è anche la depressione nel giovane, che, se non curata in maniera adeguata, può assumere un decorso protratto o ricorrente. Inoltre, il disturbo dell’umore (soprattutto di tipo bipolare) molto spesso si associa nell’adolescenza a condotte di abuso, ad esempio di alcolici o di altre sostanze; quindi l’intervento di cura

del disturbo dell'umore nel giovane corrisponde anche ad un intervento di prevenzione di quadri di dipendenza da sostanze. Alcuni studi, inoltre, mostrano come nel 42% dei giovani che hanno compiuto atti criminali sia possibile diagnosticare un disturbo dell'umore di tipo bipolare: la cura precoce di questo tipo di patologia ha pertanto importanti implicazioni. Inoltre, se consideriamo che il disturbo tende a ripresentarsi e che ogni nuovo episodio facilita la comparsa di ulteriori episodi, riducendo la risposta alle cure, ci rendiamo conto dell'importanza di un trattamento a lungo termine volto alla profilassi delle recidive e alla prevenzione di conseguenze sul piano dell'adattamento sociale, familiare, lavorativo e/o scolastico

Stabilizzanti dell'umore	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sali di litio</li><li>• carbamazepina/ oxcarbamazepina</li><li>• acido valproico</li></ul>	<i>Trattamenti sperimentali:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lamotrigina</li><li>• Topiramato</li><li>• antipsicotici atipici</li><li>• ca-antagonisti</li></ul>

Nella categoria “stabilizzatori dell'umore” sono compresi farmaci, appartenenti a classi diverse, impiegati nella prevenzione delle ricadute del disturbo bipolare. Tra questi il litio, elemento che si trova in natura e che viene utilizzato come farmaco in forma di sale (carbonato o glutammato di litio); numerosi studi ne dimostrano l'efficacia a lungo termine nel ridurre le ricadute ed il rischio di suicidio in soggetti con disturbo bipolare. Accanto al litio altri composti, quali carbamazepina o acido valproico, appartenenti alla classe degli antiepilettici, vengono impiegati nella prevenzione delle ricadute. Infine, alcuni antipsicotici atipici o nuovi antiepilettici sono studiati per confermarne la reale efficacia come stabilizzatori dell'umore.



Gli psico-farmaci sicuramente esercitano un ruolo fondamentale all’interno della psichiatria moderna e, al pari degli antibiotici, gli antidiabetici o dei farmaci attivi sul sistema cardiovascolare, costituiscono strumenti in grado di aumentare le aspettative di vita e di migliorarne la qualità. Se però vogliamo ridurre la sofferenza soggettiva che fa parte del disturbo mentale e migliorare il livello di prestazioni e l’adattamento sociale del soggetto che ne è affetto, dovremo integrare l’azione del farmaco con supporti di tipo psicologico, socio-familiare ed interventi di riabilitazione.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie alla Dott.ssa Musetti per l’esauriente relazione che ci ha fatto. Vediamo che il farmaco mette il paziente in condizione di poter attivare e realizzare tutti gli altri interventi; molte volte però i percorsi si limitano solo alla somministrazione dei farmaci, forse perché non è possibile attivare altro per la mancanza di risorse disponibili, ma in questo modo si rischia di dover ricominciare tutto da capo.

Proporrei a questo punto di prenderci una pausa per il caffè.

***BREAK***

## **Gemma Del Carlo**

Passiamo adesso all’intervento di Rolando Paterniti che ci parlerà della vulnerabilità e della causa del malessere.

## **Rolando Paterniti**

### **Psicoterapeuta Dipartimento Salute Mentale Firenze**

#### ***La vulnerabilità e la causa del malessere***

Il problema della causa delle malattie mentali ha sempre suscitato forti dibattiti nell'ambito delle diverse correnti di pensiero psicologico e psichiatrico. Storicamente, a seconda dell'orientamento teorico, si è fatta prevalere una determinata spiegazione che, da sola, non è mai riuscita a cogliere le cause stesse nella loro totalità. La concezione biologica tende a vedere i disturbi psichici come causati dall'alterazione o dal deficit di processi biochimici, da correggere con i farmaci; quella psicoterapica ritiene che all'origine vi siano processi intrapsichici conflittuali o distorti, da interpretare e correggere; infine, quella prevalentemente sociologica considera i disturbi psichici dovuti a squilibri e degenerazioni dei sistemi sociali e familiari, su cui si deve intervenire. Negli ultimi tempi, tuttavia, sta finalmente prevalendo una visione multifattoriale, secondo la quale vanno prese in considerazione tutte le ipotesi (biologica, psicologica, sociologica), che devono essere integrate in modo coerente ed applicate ad ogni singolo caso, per agire di conseguenza nel modo più appropriato.

Per la maggior parte dei disturbi psichici tuttavia vale il cosiddetto principio della "vulnerabilità individuale", per cui quello che eventualmente si eredita è la "predisposizione" ad ammalarsi di un certo disturbo psichico. In altre parole, non è detto che durante tutto l'arco della vita l'individuo, per quanto "vulnerabile" a quel determinato disturbo, debba per forza manifestarlo. Ciò dipende dal livello più o meno alto di vulnerabilità e dalle circostanze di vita più o meno sfavorevoli (cosiddetti eventi stressanti): in sostanza, maggiore è la vulnerabilità e più intenso è l'evento stressante, maggiore sarà la probabilità di andare incontro ad uno scompensamento psichico.

Le **psicosi** (schizofrenia e depressione grave) sono tra le situazioni mediche che causano maggiore spesa sociale, poiché colpiscono persone giovani, nel pieno delle loro potenzialità lavorative. La **schizofrenia** è presente mediamente nell'1% della popolazione in tutto il mondo. Più tecnicamente si parla di un'incidenza bassa (1/10.000 persone all'anno) e di una prevalenza nel corso della vita alta (1% della popolazione) e priva di rilevanti variazioni nelle diverse aree geografiche.

La schizofrenia interessa circa 1 per cento della popolazione, tuttavia la relativa severità e persistenza si ripercuotono su tutto il sistema di servizio medico-sanitario per la salute mentale. La schizofrenia è contrassegnata tramite le alterazioni profonde nella cognizione e nell'emozione. I sintomi includono frequentemente le voci interne o avvertimento di altre sensazioni non collegate ad una fonte evidente (allucinazioni) e l'assegnazione di importanza insolita o significative agli eventi normali. Il corso della malattia nella schizofrenia è abbastanza variabile, con la maggior parte della gente che ha periodi di esacerbazione e di remissione. La schizofrenia, si pensava una volta, avesse un decorso uniformemente in peggioramento, ma la ricerca recente dissipa questa prospettiva. Gli studi longitudinali del followup indicano che molti individui con la schizofrenia migliorano significativamente ed alcuni recuperano .

Anche se le cause della schizofrenia non sono sufficientemente conosciute. La ricerca indica un ruolo preminente dei fattori genetici e un effetto dovuto alle influenze ambientali avverse durante lo sviluppo iniziale del cervello. I nuovi trattamenti farmacologici sono efficaci, e vi sono inoltre trattamenti farmacologici con pochi effetti secondari disturbanti. Il trattamento efficace della schizofrenia si estende ben oltre la semplice terapia farmacologica: include interventi psicosociali, interventi sulla famiglia e la riabilitazione professionale e psicosociale. Per quei pazienti che sono frequenti utenti del servizio sanitario, il trattamento dovrebbe essere coordinato da una squadra interdisciplinare che fornisca i servizi ad alta intensità e basati sulla psicologia di comunità .

Più di un terzo del carico globale di malattia è prevenibile se riusciremo a modificare i comportamenti che aumentano il rischio di malattia, una sfida che richiederà interventi sociali su larga scala utilizzando i media, le istituzioni di pubblica istruzione ed il sistema della medicina di base.

Oggi appaiono più fattibili interventi di prevenzione sulla base dei fattori di vulnerabilità alla psicosi. Modificazioni di fattori di rischio relativi all'ambiente di vita del paziente, la sua famiglia, la comunità, la riduzione degli atteggiamenti discriminatori, l'aumento delle conoscenze da parte dei familiari sulla malattia mentale e la via da seguire per accedere alle cure, si sono dimostrati efficaci nel facilitare la guarigione sociale del paziente e nel ridurre le ricadute del disturbo e il numero delle ospedalizzazioni . In sintesi, l'**educazione pubblica** sulle psicosi e sulle strategie terapeutiche è in grado di favorire la **diagnosi** ed il **trattamento precoci**, abbreviando i tempi che intercorrono tra l'esordio dei sintomi di sofferenza psichica e l'ammissione ad

un centro di salute mentale e di rendere possibile la “guarigione sociale”, diminuendo gli atteggiamenti discriminatori e allargando la rete sociale delle persone affette da schizofrenia.

Per mettere in atto un intervento di educazione pubblica sulle psicosi risulta pertanto necessario passare attraverso uno studio preliminare dei casi di psicosi di recente esordio (per mettere in luce i fattori ambientali che giocano un ruolo rilevante nel favorire l’esordio dei disturbi psichici gravi ed i fattori che condizionano il ritardo diagnostico), una valutazione degli atteggiamenti discriminanti e delle conoscenze nella comunità sui disturbi mentali gravi e un’identificazione dei problemi dei familiari dei pazienti psicotici (ad esempio del carico obiettivo e soggettivo, della rete sociale, etc.). Uno dei maggiori obiettivi per un programma di promozione della salute mentale è aumentare le conoscenze della comunità sulla malattia mentale e sulla via da seguire per accedere alle cure. Inoltre bisogna raggiungere il largo spettro di professionisti, in particolare gli insegnanti, a cui si rivolgono i giovani per ricevere aiuto, incoraggiandoli a frequentare programmi di educazione e training.

**La lotta contro lo stigma** che circonda la malattia mentale, combattendo la reticenza dei giovani e delle loro famiglie a rivolgersi ad un servizio di salute mentale, è il target principale di un’azione di promozione della salute mentale.

### **Teoria della vulnerabilità**

La schizofrenia non è un processo autoctono e programmato bensì uno sviluppo dinamico nel quale intervengono la qualità e la quantità degli stimoli ambientali, l’ambiente emozionale della famiglia e della comunità, le richieste della società, il tipo di trattamento tutte cose che interagiscono con l’intrinseca vulnerabilità neurofisiologica, concorrendo a modellare la prognosi di questa malattia.

Per vulnerabilità si intende l’insieme di quei fattori che caratterizzano e predispongono l’individuo ad andare incontro ad un particolare scompensamento in qualunque momento della vita.

Il modello di riferimento è quello della Vulnerability-stress-coping-competence.

Il concetto di vulnerabilità ha alcuni vantaggi :

- 1) si sfuma la divisione sano/malato ;

- 2) si sottolinea una lettura dimensionale del sintomo che viene interpretato come rottura di un equilibrio nella organizzazione preesistente, all'interno del percorso evolutivo della vita del soggetto ;
- 3) evita etichette diagnostiche che incrementano la stigmatizzazione e la spersonalizzazione del soggetto ;
- 4) focalizza l'attenzione su manifestazioni più comprensibili quali lo stress, la confusione, l'angoscia ;
- 5) suggerisce sul piano terapeutico un approccio integrato a vari livelli : i farmaci, la dimensione psicosociale e l'intervento psicoterapico.

Il modello su cui poggiano le ipotesi relative alle cause della malattia mentale è oggi quello che fa interagire lo stress e la vulnerabilità: esso in particolare afferma che esistono tre elementi che possono condurre ad un disturbo mentale e che possono provocare la malattia, all'inizio abbiamo il fattore di una vulnerabilità psico-biologica, poi gli eventi stressanti della vita e dell'ambiente e infine la capacità di fronteggiare le avversità della vita. Vediamole tutte e tre insieme. La vulnerabilità biopsicologica è una sorta di predisposizione ad ammalarsi ed ha delle caratteristiche di tipo ereditario che sono, in un certo senso, acquisite cioè hanno a che fare con qualcosa che è al di fuori della nostra possibilità di intervenire; probabilmente questa predisposizione e vulnerabilità è associata ad alterazioni metaboliche o di neuro-trasmettitori cerebrali che fanno comunque riferimento al patrimonio genetico di ciascuno di noi, ai traumi perinatali, alle malattie infettive e alle disfunzioni cerebrali, ai deficit neuro-psicologici.

Il secondo elemento è dato dagli eventi stressanti della vita e questi fattori ambientali possono essere divisi in eventi stressanti comuni e eventi stressanti insoliti; i primi sono quelli che tutti noi nella vita sperimentiamo, (lo stress che viviamo nell'ambiente domestico, di lavoro o scolastico, lo stress che deriva dal condurre delle semplici attività sociali e ricreative e a mantenere delle amicizie o farne di nuove, Purtroppo ancora oggi non è stata misurata l'intensità di questo stress correlata al lavoro e alle relazioni sociali, non ci sono studi approfonditi per questo, ma ad esempio sappiamo quanto sia stressante occuparci della casa, oppure accudire un bambino piccolo oppure essere disoccupato o mantenere una relazione sentimentale tra un compagno e una compagna; ognuno di noi nella vita di tutti i giorni affronta in maniera diversa questi eventi che gli producono stress : un semplice trasloco di casa, un

cambiamento di città e di quartiere, la nascita di un figlio, un divorzio, il servizio militare, la rottura di un legame affettivo importante, ecc.

Accanto a questi eventi stressanti comuni che fanno parte della vita di ciascuno di noi ci sono anche gli eventi stressanti insoliti e rari che non tutti sperimentano e che hanno un impatto drammatico ( per esempio la perdita di un genitore quando siamo ancora molto piccoli oppure la perdita di un figlio o rimanere coinvolto in un gravissimo incidente o trovarsi in una situazione di calamità naturale o essere coinvolto in una guerra o subire una grave violenza fisica. Tutti questi sono eventi stressanti per fortuna insoliti, cioè non alla portata di tutti. Come vedete quindi lo stress si sviluppa su questo doppio binario, da una parte lo stress quotidiano di tutti noi, basato su esperienze consuete e dall’altro uno stress più insolito; ciascuno di questi eventi stressanti può favorire lo sviluppo di molti disturbi mentali, in particolare disturbi dell’area schizofrenica, dell’umore, e anche d’ansia.

Naturalmente non è sufficiente avere subito gravi stress per sviluppare queste malattie gravi: è necessario anche che il soggetto abbia una percezione soggettiva di questi eventi in maniera tale che si senta incapace di affrontarli come se non riuscisse in qualche modo a fronteggiarli, ed ecco il terzo aspetto che si va ad aggiungere alla vulnerabilità di base e agli eventi stressanti e cioè la personale capacità di fronteggiare lo stress ( coping). Quindi ecco il terzo elemento e cioè la capacità di coping, cioè la capacità di fronteggiare e di cavarsela nelle diverse situazioni della vita quotidiana. Infatti le persone che sviluppano disturbi mentali gravi hanno una scarsa capacità di fronteggiare le difficoltà della vita.

Possiamo dunque affermare che un disturbo mentale si sviluppa quando c’è una vulnerabilità di base, (una sorta di predisposizione genetica, un qualcosa che è stato trasmesso ereditariamente) unita ad un evento stressante abbastanza forte, intenso e prolungato nel tempo, ma anche una scarsa capacità di fronteggiare questo stress.

Alcune persone possono avere i primi due elementi, ma disporre di una capacità di reggere lo stress e trovare vie alternative per non perdere l’equilibrio psichico e in questo caso non sviluppano un disturbo mentale.

Questa è la teoria più accreditata oggi da tutti i diversi studi, ma mi sembra anche utile perché ci dà anche la misura di come un servizio di salute mentale possa organizzare il proprio lavoro. Per curare le persone che hanno disturbi mentali è necessario diminuire l’intensità e l’importanza di questi tre fattori, soprattutto vedere quali sono gli strumenti di cui disponiamo per intervenire; ad esempio sulla vulnerabilità di base al di là di

interventi farmacologici abbastanza mirati e settoriali non è che possiamo fare molto, perché è qualcosa di acquisito e difficilmente modificabile dall'esterno. Molto di più possiamo fare sul secondo aspetto che è quello che riguarda il tenere basso lo stress quotidiano e proteggere dagli elementi stressanti introducendo nel nostro programma di cura dei fattori di protezione significativi, rivolti non solo al paziente, ma a tutta la famiglia che convive con il paziente.

Per ridurre lo stress e aumentare le competenze dei soggetti più fragili si utilizzano programmi di riabilitazione intensiva, di collocamento residenziale temporaneo, la psico-terapia, l'inserimento in un lavoro protetto, il collegamento con la rete sociale e l'ampliamento delle opportunità di utilizzare il tempo in maniera adeguata.

Un intervento specifico e particolare che ha dato ottimi risultati è rappresentato dai Training psicoeducativi rivolti alle famiglie dei pazienti : è una esperienza che conduciamo da diversi anni e che si basa sulla teoria della Emotività Espressa che vi verrà illustrata dopo dal Dott. Tafuro.

Concludo dicendo che è necessario agire su piani diversi contemporaneamente: non è possibile che oggi un servizio di salute mentale eroghi un solo piano di trattamento, non è possibile che dia solo farmaci o che parli solo con i pazienti o che li metta solo a lavorare, ci vogliono tutte e tre queste cose. E' necessario che l'intervento venga sviluppato su diversi fattori, e condotto da più operatori, oltre allo psichiatra e allo psicologo, sono fondamentali gli infermieri e gli educatori, come pure i servizi sociali per lo sviluppo di progetti riabilitativi. L'intervento di cura e di aiuto al paziente e alla sua famiglia deve essere, come dice il piano sanitario regionale multifattoriale e multidisciplinare . In conclusione il servizio di salute mentale deve avere a disposizione un ventaglio di possibilità per rispondere alle singole esigenze di ciascuno, coniugandole a seconda della persona ma anche della famiglia, che deve essere assolutamente coinvolta nel progetto di cura, non può più essere messa al margine o colpevolizzata come succedeva una volta, ma considerata agente stesso di terapia sia per se stessa, ma anche per il soggetto che presenta disturbi mentali.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott. Paterniti che ci ha puntualizzato l'importanza di capire le cause di questo malessere, cioè di capire che cosa può aver scatenato la malattia. Vorrei ringraziare l'azienda Usl per il corso psico-educazionale, da essa offertoci , rivolto ai

familiari, tenuto dal Dott. Paterniti stesso e dal Dott. Tafuro che ci parlerà adesso della psico-educazione alle famiglie e al quale diamo la parola.

## **Francesco Tafuro -Psicologo Dipartimento. Salute Mentale Firenze**

### ***La psico-educazione alle famiglie***

Ringrazio gli organizzatori di questo convegno per la opportunità che, in questa giornata, ci offrono per confrontarci su di un metodo, **la psico-educazione**, che ha ottenuto riconoscimenti di efficacia in molte realtà del vasto mondo della sofferenza psichiatrica.

Come ogni percorso riabilitativo, anche quello psico-educativo non pretende di risolvere tutti i problemi emergenti nei contesti socio-familiari toccati dal disagio psichiatrico, ma prova a indicare strategie possibili per comprenderli e, comprendendoli, prevenirne alcuni, attenuare la portata dei più gravi, risolverne altri.

I programmi psico-educativi, quindi, provano a facilitare l’acquisizione di alcune abilità nell’area della comunicazione e della soluzione dei problemi, per nuovi stili comportamentali che rendano più vivibili i contesti familiari e sociali, sia per i pazienti, sia per i familiari.

Il dott. Paterniti, riferendosi alla qualità della vita delle famiglie con un pesante “carico” psichiatrico, parlava dello stress che ne è alla base e lo distingueva tra quello legato alla vita quotidiana e quello generato da eventi eccezionali, come la morte di una persona cara o l’abbandono di uno dei coniugi.

Com’è evidente, mentre su quest’ultimo, non c’è molto da fare, nella quotidianità è possibile prevenire i ripetitivi eventi stressanti, sostituendo gli stili comportamentali che li sostengono con altri più funzionali.

E’ sempre necessario inserirsi in un preciso contesto per favorire le variazioni desiderate e, in questo caso, il riferimento è quello familiare.

Il metodo psico-educativo, ritiene la famiglia una risorsa primaria che collabora con i servizi di salute mentale per i progetti curativi e riabilitativi dei pazienti psichiatrici.

Il concetto di famiglia come risorsa non è un concetto nuovo, tuttavia ad un certo momento della sua storia, la famiglia, è stata spesso considerata unicamente come la principale colpevole della patologia del paziente psichiatrico.

Nel suo intervento, il dott. Paterniti ha sottolineato che non c’è mai nessuna intenzione da parte dei familiari di nuocere al proprio figlio, fratello e viceversa ,

ciascuna persona fa quello che ritiene “giusto” fare: si tratta di vedere se quanto si ritiene giusto, sia anche efficace.

Accade così che possano sfuggire le ragioni per cui non si riesca a spiegare un punto di vista, a comunicare le proprie emozioni, a rapportarsi con l’altro in una maniera diversa da quella “giusta”, che è quella nostra, a capire opinioni e comportamenti degli altri, distanti dai nostri ecc..

Com’è evidente, l’esperienza di scorgere e superare tanta inadeguatezza può alleviare il carico familiare correlato alla malattia mentale, al punto da determinare, nei fatti, un calo significativo di ricoveri in S.P.D.C. dei pazienti. Come è stato evidenziato da studi condotti in molti continenti.

Cos’è il carico familiare? Esso è costituito da tutta quella congerie di situazioni frustrative, sensazioni di impotenza, di indegnità, di vergogna, inutilità ... che conducono, naturalmente, i familiari dei malati psichiatrici a vivere la propria condizione esistenziale in modo insostenibile ed esasperante.

Gli interventi psico-educativi si collocano nello spazio definito dai rapporti quotidiani familiari del paziente, fatto di difficoltà e di modalità comunicative disfunzionali.

Vorrei citarvi un esempio per chiarire quanto ho cercato di dirvi, riferendomi a un recente incontro con un gruppo di familiari della nostra zona, ma anche per sottolineare che, parlando di stress siamo portati a pensare sempre a qualcosa di drammatico come morte, distruzione... trascurando comportamenti elementari, neutri in contesti stabili, ma che all’interno di un contesto sofferente, assumono un’importanza molto vasta.

Non vorrei annoiarvi, ma sapete qual’era un elemento di grave stress familiare? Il fatto che il paziente, andando in bagno, faceva la pipì fuori dal WC.

Questo fatto mandava *continuamente* in crisi il padre che, *continuamente* arrabbiato, richiedeva *continuamente*, al figlio di fare attenzione a fare la pipì centrando il vaso; la moglie, più tollerante, interveniva *continuamente* contro il babbo, dicendo che sarebbe stato un guaio insistere su questa strada, estremamente severa, perché tanto c’era lei che poteva pulire. Il babbo, insistendo, si scontrava *continuamente* con la moglie affermando, invece, che a 35 anni il figlio doveva imparare a essere più accorto e *continuava* a rimproverare il figlio, che.....

Da qui, le frequenti discussioni su chi poteva aver maggiori responsabilità nei fallimenti del figlio.

Com'è evidente un problema non gravissimo veniva affrontato con modalità prevalentemente aggressive e colpevolizzanti : del padre verso il figlio e della madre verso il marito, ma anche del marito verso la moglie. Ovviamente, il figlio sempre più intimidito e con crescente senso di inadeguatezza, con la preoccupazione di non centrare il WC, finiva col farla costantemente di fuori.

E tutto ricominciava esattamente come il solito, secondo una logica circolare. Cosa sfuggiva, di essenziale, all'attenzione dei due genitori da non consentire la soluzione di quel problema? Un fatto che sfugge frequentemente a molti di noi : non riuscire a *definire* il problema, ma rilevare esclusivamente le difficoltà ad esso connesse, esprimendo un giudizio, quasi sempre negativo sull'accaduto. Un percorso generalmente inefficace.

Se, invece, si riesce a trasformare la difficoltà che disturba, nel problema corrispondente, è sempre possibile trovare una o, anche, più soluzioni efficaci , esplorando nuove modalità e utilizzando altre strategie di soluzione.

Ci si può accorgere, ad esempio, che a fronte di problemi nuovi si propongono soluzioni e rimedi vecchi o, in presenza dello stesso problema, si insiste con la stessa risposta, incuranti della evidente inefficacia in entrambi i casi.

Ovviamente, si deve trattare di *problemi* e non di compiti o obiettivi impossibili.

Per operare in questo senso sono necessarie sia abilità di comunicazione efficaci, non aggressive, né colpevolizzanti, sia la conoscenza delle modalità strumentali del “Problem Solving”, o soluzione dei problemi.

La psicoeducazione fornisce indicazioni e strumenti operativi su questi argomenti, utili per i familiari dei pazienti psichiatrici.

Nell'esempio citato, si poteva partire dalla definizione del problema e dalla condivisione dello stesso da parte di tutti i membri della famiglia, provando a formulare soluzioni, tra cui scegliere quella/e possibili.

Se , cioè, l'inconveniente del bagno sporco di pipì è rilevato solo dal padre e non dalla madre , che asciuga volentieri il pavimento, considerandolo un atto naturale per la mamma, per questa , il problema non esiste, ma non esiste nemmeno per il figlio che non comprende la rabbia del padre, il quale, paradossalmente, diventa un problema per moglie e figlio. Una bella confusione, non c'è dubbio!

Nel nostro lavoro di gruppo abbiamo provato a rilevare che, di là dal pavimento bagnato di pipì, che generava uno stress quotidiano notevole in quella famiglia era necessario definire il problema che lo generava e dividerlo. Successivamente attraverso il

metodo del *Problem Solving*, abbiamo cercato risposte che potevano risolverlo nel modo più efficace possibile.

Nel corso di un'ora di discussione, seguendo il metodo appreso, sono scaturite almeno una decina di soluzioni con note simpatiche da parte di qualche padre che ammetteva di non centrare, ogni tanto, il WC e di dovere, tutte le volte, prendere lo straccio e pulire.

La tensione si è allentata e tra le soluzioni indicate ne sono state scelte due che , poi, sono state applicate, verificandone la validità.

I problemi non trovano soluzione imponendone una, ma condividendoli e cercando insieme.

Così pure, non esiste possibilità d'ascolto se comunichiamo in maniera aggressiva e colpevolizzante, né possiamo fornire una immagine realistica di noi, agli altri, se non comunicando ciò che desideriamo , o che ci dispiace, rinunciando al presupposto che debbano essere gli altri a doverlo sapere, quasi fossero indovini.

Cos'è che accade, quindi, nelle famiglie? Spesso e più in generale risulta difficile comunicare in maniera adeguata ed efficace tra i vari membri. Va ancora peggio nelle situazioni in cui esiste una sofferenza psichiatrica.

A una prima riflessione, sembra impossibile, ma è abitudine rara lodare o ringraziare per comportamenti collaborativi, positivi, di merito, o esprimere piacere o gratitudine.

Nove volte su dieci, si interviene su ciò che non va, su quello che è sbagliato, su quanto che si sarebbe dovuto fare e non su quanto si è potuto fare ed è stato fatto.

In questo esempio ritroviamo tutti gli elementi della **Emotività espressa**: *l'ipercriticismo, l'ostilità*

*e l'ipercoinvolgimento* che, quando sono presenti a livelli e frequenze elevati, determinano un del peggioramento clima familiare e delle condizioni del paziente..

Come voi potete vedere, una famiglia di questo tipo non è dissimile da ogni altra famiglia: c'è, in più, un carico eccessivo di difficoltà e una carenza di mezzi e metodi per farvi fronte, almeno per attenuarne la portata.

Permettetemi un riferimento ad una esperienza fatta in passato, quando una mamma , in un incontro con genitori di adolescenti , chiese “chi aiuterà noi genitori, così inadeguati, a non sbagliare? chi ci insegnerà a essere buoni genitori?”.

Tenendo ben ferma l'idea che , comunque, *il mestiere* di ogni genitore è continuamente a rischio di errore, rimane altrettanto chiara l'osservazione che i dati forniti dalla esperienza ci forniscono continue informazioni utili sulla efficacia delle nostre strategie educative. Se noi operiamo sempre gli stessi interventi , otteniamo sempre gli stessi risultati e, se questi sono negativi o peggiorativi, bisognerebbe cambiare strategia. Sembrerebbe più che naturale, ma succede molto di rado, in quanto solo pochi dispongono di strategie alternative.

Siamo abituati a utilizzare solo le modalità di comportamento di cui disponiamo, quelle che abbiamo consolidato nel corso del tempo e che ci sono familiari, le uniche in cui si ripone cieca fiducia.

Accade, inoltre, che noi riusciamo a comprendere ciò che accade, dentro e fuori di noi, solo attraverso i nostri schemi cognitivi, i significati, le convinzioni, i valori ecc... che possediamo e che sono estremamente stabili.

Tanta fissità è sempre all'origine di sofferenza, disagi e delusioni, in quanto impedisce i naturali processi di adattamento che le mutevoli condizioni personali, ambientali, socio-familiari suggerirebbero.

Riuscire ad ampliarne il corredo delle proprie idee, aggiornando le convinzioni, ricercando nuovi significati per gli eventi quotidiani , agire in maniere alternative, aiuterebbe a trovare anche qualche risposta alla domanda di quella mamma, di cui ho detto prima, e soluzioni ai problemi dei tanti pavimenti bagnati di pipì in altrettante famiglie, in tutti i giorni dell'anno.

Se, ora, si passa a osservare quanto accade nelle famiglie con pazienti psichiatrici, si nota che l'abitudine a riconoscere comportamenti collaborativi e positivi, tra i vari componenti, è ancora più bassa, solo una volta su cento. Nel 99% dei casi vengono rilevati e sanzionati solo gli errori, i comportamenti omissivi, le difficoltà di esecuzione ecc..... ( “sei pigro, non hai volontà, sbagli sempre, non capisci mai nulla, fai sempre sciocchezze...” sono alcune espressioni spesso utilizzate). Stili comunicativi siffatti non solo risultano inutili e mortificanti per il familiare con disturbo psichiatrico, ma lo sono altrettanto per chiunque ne sia destinatario.

I programmi psico-educativi, partendo dalle difficoltà descritte, hanno lo scopo di facilitare l'acquisizione di abilità che rendano efficace la comunicazione interpersonale e possibile la soluzione dei problemi quotidiani, in un tempo relativamente breve.

Risulta utile prevedere cicli di incontri , in tempi medio-lunghi, con contenuti di sensibilizzazione ai temi, apprendimento delle abilità, supervisione delle applicazioni.

Nell'ambito di ogni competenza umana, esistono carenze e inadeguatezze che, rilevate, motivano le persone a porvi rimedio, aggiornando conoscenze e metodi sul fare, sul dire, sul pensare....colmando lacune, o perfezionando comportamenti, metodi e strategie, con il contributo di qualcuno che possa dare indicazioni e stimoli utili.

Gli operatori della salute mentale che si occupano di queste materie, svolgono il loro lavoro con i familiari che denunciano la enorme difficoltà di confrontarsi con problemi che sembrerebbero di scarso rilievo, ma ai quali nessuno di loro mai si abituerà mai completamente. Sono i problemi che li accompagnano dalla mattina alla sera, ripetitivi, sempre puntuali: sperare sempre di vedere il paziente alzarsi all'ora giusta, rispondere alle richieste più semplici, provvedere alla cura di sé, mangiare in maniera congrua e appropriata, senza mai riuscirci, provando rabbia, delusione, impotenza, disperazione, colpa, vergogna , sfiducia e tanto ancora.

Nei corsi di psico-educazione diretti ai familiari dei pazienti, si propongono modi non aggressivi di comunicare, che non incolpano per quello che è stato fatto, abitano a parlare di sé e non dell'altro, utilizzando il pronome "Io", esplicativo, invece che "Tu", colpevolizzante per cui invece di: "tu non sei capace di fare niente", si può dire: "mi dispiace per quanto ti è successo, sarei contento/a di aiutarti in questo momento".

L'incapacità di esprimere le proprie opinioni in modo chiaro e inoffensivo può portare, come abbiamo visto, ad equivoci, a litigi, a comportamenti aggressivi. Nelle famiglie sotto stress sono apparse carenti le seguenti abilità di comunicazione e che, all'interno dei corsi di formazione , si propongono come obiettivi da migliorare, o da acquisire:

1. ESPRIMERE I PROPRI SENTIMENTI PIACEVOLI
2. ESPRIMERE I PROPRI SENTIMENTI SPIACEVOLI
3. FARE RICHIESTE IN MANIERA POSITIVA
4. ASCOLTO ATTIVO
5. SOLUZIONE DEI PROBLEMI (PROBLEM SOLVING)

I corsi hanno caratteristiche diverse, a seconda dei vari adattamenti. Quelli condotti dal dottor Paterniti e da me prevedono, solitamente, incontri quindicinali con gruppi di familiari di pazienti in carico ai servizi di salute mentale. Le sessioni contengono, in

varie combinazioni, parti descrittive e parti esperienziali con diretto coinvolgimento dei familiari con le loro problematiche.

Di seguito si riporta qualche esempio, in qualche battuta, per dare un’idea sui cinque punti indicati.

La prima abilità sottolinea e consente di sperimentare la differenza tra rivolgere un complimento ed esprimere la propria gioia e il non esprimerla, per qualcosa di desiderabile che il paziente(o il familiare) dice o fa.

Se non si comunica nulla di ciò che si prova, quella persona non saprà mai quanto sia stato gradito il suo comportamento positivo, confermando la propria convinzione di essere sempre e unicamente senza valore.

Un esempio sulla seconda abilità potrebbe riguardare la mancanza di puntualità a un appuntamento, che può generare disappunto

Esprimerlo in maniera diretta , contro *la persona* , generalizzando, con espressioni del tipo: ”sei il solito fannullone e maleducato che non rispetta mai gli impegni” ha un esito solo distruttivo.

Si nota chiaramente quanto sia distante l’espressione : “ il fatto che tu sia arrivato con tanto ritardo, mi ha preoccupato e fatto arrabbiare molto, la prossima volta sarei contento/a se tu fossi puntuale”.

In questo caso quello che comunico che il mio disappunto riguarda il suo comportamento di ritardare, distinguendo tra *persona e comportamento, tra questo ritardo, e il solito*, che potrebbe anche non esserci stato mai..

Negli interventi psico-educativi ci si chiede continuamente se sia possibile scoprire comportamenti alternativi, rispetto a quelli fissi e inefficaci adottati fino a quel momento, rompendo schemi tanto solidi quanto inattuali dell’agire quotidiano.

Sul tema del fare le richieste in maniera positiva, è esperienza comune a tutti, quanto sia difficile farle, in special modo nelle situazioni conflittuali.

Come si può fare una richiesta in maniera positiva? In breve, si può capire osservando il peso diverso che hanno le due espressioni seguenti : “Devi smettere di fare sempre casino con quello stereo” . Richiesta (urlata) aggressiva e colpevolizzante, rispetto all’altra: “mi fai un piacere se abbassi il volume perché vorrei riposare, perché vorrei riposare[...] ti ringrazio”.

Tali differenze, come si cerca di far vedere nei corsi, non sono solo sfumature tra stili.

Mai, come in questi casi, la forma della comunicazione ne costituisce la sua sostanza più vera.

L’ascolto attivo è, fra le quattro, l’abilità più difficile da perfezionare o acquisire: è quella che richiede maggior tempo.

Esso non coincide con lo stare in silenzio senza parlare, o con un ascolto passivo o distaccato, è un atteggiamento mentale, una intenzione di voler ascoltare, per imparare qualcosa dall’altro, capirlo avere il piacere di farlo e il tempo disponibile.

Si tratta di ascoltare, senza giudicare, valutare, ma accogliendo senza condizioni il punto di vista o lo stato d’animo espresso dall’altro, facendo domande di chiarimento quando un significato ci sfugge, verificando costantemente di aver capito quanto l’interlocutore ci va dicendo.

Il Problem solving suggerisce un metodo che consente di discutere nel gruppo familiare, seguendo un percorso strutturato in sei tappe per trovare soluzioni possibili alla gran parte dei problemi quotidiani.

Parlando di problemi si chiarisce che c’è la differenza tra questi e *i compiti impossibili* che generalmente coincidono con i desideri impossibili e non hanno soluzione.

Si osserva che tutti i problemi, proprio tutti, hanno una o più soluzioni, per definizione. Sono le soluzioni, talora, a presentarsi come sgradite, ma, anche in questo caso, il metodo consente la ricerca di alternative.

Noi abbiamo condotto i corsi psico-educativi tenendo conto essenzialmente delle abilità esposte. Aumentare il livello di informazioni dei familiari, osservando le condotte quotidiane e arricchirle o modificarle e favorire i percorsi adattivi.

Le abilità non sono realtà che possiamo ereditare, esse vanno costruite attraverso esperienze continue ma non sempre esistono condizioni favorevoli per riuscire a farlo.

Essere *responsabili*, letteralmente, vuol dire essere *abili* nel dare *risposte* che talora non abbiamo, né pur avendone oggi disponibilità, possiamo ritenerle efficaci anche per domani.

Imparare a ricercarle può aiutare ad attenuare il peso degli eventi stressanti e a vivere le esperienze familiari con maggior fiducia.

I metodi e le strategie suggeriti dalla psico-educazione non sono utili solo per quelle famiglie che sfortunatamente hanno una situazione psichiatrica grave, essi dimostrano la loro validità all’interno di ogni contesto relazionale, familiare e non.

Noi tutti abbiamo da migliorare continuamente la nostra possibilità di comunicare con tutti gli altri.

La famiglia diviene davvero una risorsa per i singoli membri, soprattutto, come è evidente, nelle situazioni difficili e la malattia psichiatrica rende difficili tutte le condizioni familiari.

Non più, da tempo, colpevolizzata essa, se dotata di strumenti conoscitivi adeguati, è la più importante risorsa terapeutica che si possa affiancare agli operatori psichiatrici al fine comune di elevare e migliorare i livelli di salute.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott. Tafuro e anche io come familiare credo che la famiglia se educata e supportata sicuramente può diventare una vera e propria risorsa.

### ***Ascolto e auto-aiuto tra familiari***

Adesso vi illustrerò il servizio di ascolto e di auto-aiuto che la nostra associazione offre alle famiglie.

Il **servizio di ascolto** individuale, che avviene di solito su appuntamento, è stato sperimentato e potenziato in questi ultimi anni dalla nostra associazione, essendosi rivelato come una strategia per fare uscire dall'isolamento la famiglia. L'ascolto individuale mette a proprio agio il familiare, perché è un incontro che possiamo definire alla “pari”, in quanto facilita l'apertura verso “chi ascolta”, facendo uscire fuori tutto ciò che per anni è stato tenuto nascosto e, in alcuni casi, c'è stata persino paura a ricordare quanto è stato vissuto. Da questo ascolto iniziale più individuale si passa ad un ascolto più collettivo tra familiari, così che insieme scopriamo che “da soli” ci perdiamo, mentre “insieme” possiamo tentare di farcela andando a programmare le strade da perseguire all'interno della famiglia, all'interno dei gruppi di auto-aiuto dall'associazione offerti, come pure nei confronti dei servizi sociali e sanitari. L'ascolto continua attraverso l'uso del telefono, in quanto in qualsiasi momento e da ogni luogo, si può raggiungere la persona, che ti ascolta e ti capisce. Avendo sperimentato su me stessa questa esperienza veramente positiva mi sento di portarla avanti con tutte le mie forze. Purtroppo raramente le famiglie giungono all'associazione indirizzate dai medici. Quando arrivano da noi sono alla fine di un percorso mentre sarebbe meglio se vi giungessero all'inizio.



Dal tunnel delle malattie mentali  
si può uscire

Il servizio di ascolto individuale è stato sperimentato e potenziato in questi ultimi anni dalla FASM.

E' una delle strategie per far uscire dall'isolamento la famiglia.

Adesso vi parlo più in dettaglio del servizio di auto-aiuto che noi offriamo ogni quarto mercoledì di ogni mese. E' una sorta di confronto e soprattutto un sostegno emotivo e reciproco. Le emotività sono condivise dai partecipanti del gruppo e di conseguenza si forma un'atmosfera di sostegno reciproco. Inoltre ogni partecipante al gruppo trova nello scambio di esperienze un modello da seguire per poi viverlo personalmente. Abbiamo inoltre come obiettivo comune quello di riuscire a riconquistare il ruolo di genitore e familiare poiché questa mansione si è persa per diversi motivi: a causa della malattia è più facile viziare che educare il proprio figlio o congiunto. Ulteriori informazioni che si sono rivelate utili al gruppo riguardano la somministrazione dei farmaci in quanto molte volte c'è la tendenza a cambiare le dosi senza consultare il medico, e questo è un errore molto grave, perché è necessario perseguire le indicazioni. Abbiamo inoltre discussioni sulle strategie migliori per affrontare il problema della malattia del familiare e di accettare la malattia per quella che è veramente. Partecipando al gruppo si scopre la gioia che aiutando gli altri aiutiamo anche noi stessi. Il mettersi in relazione con gli altri impone alle famiglie che hanno un figlio disabile una disponibilità ad aprirsi verso le persone che hanno vicino perché il disagio delle persone cosiddette normali è più forte del nostro disagio; stando nel gruppo si capisce che aprirsi verso gli altri fa sì che le persone ti parlino e ti chiedano di te ed è più facile andare verso l'integrazione. Infine si acquisisce la padronanza e il controllo su noi stessi. Concludo il discorso sull'auto-aiuto, ribadendo quanto sia importante accettare le malattie dei nostri cari e non colpevolizzarli, ma cercare di capire il loro malessere in quanto non hanno scelto loro di ammalarsi.

 <p><b>F.A.S.M.</b> Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire</p> <p><b><u>IL GRUPPO DELL'AUTO-AIUTO</u></b> <b><u>TRA I FAMILIARI</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) sostegno emotivo e reciproco;</li><li>2) fornire modelli da prendere come esempi;</li><li>3) una potente ideologia in cui credere;</li><li>4) una rilevante fonte di informazione da utilizzare;</li></ol>	 <p><b>F.A.S.M.</b> Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire</p> <p><b><u>IL GRUPPO DELL'AUTO-AIUTO</u></b> <b><u>TRA I FAMILIARI</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) strategie mirate per affrontare al meglio il problema;</li><li>6) l'opportunità di aiutare gli altri;</li><li>7) relazioni sociali;</li><li>8) senso di padronanza e di controllo che si acquisisce nella partecipazione ai gruppi.</li></ol>
---	---

Vorrei ringraziare l'azienda USL 2 che ci aveva offerto a noi famiglie un corso psico-educazionale che è stato tenuto dal Dott. Paterniti e dal Dott. Tafuro; vorrei suggerire che questi corsi dovrebbero essere fatti partecipare ai familiari all'insorgere della malattia, non aspettare quando una situazione è incallita perché è più difficile recuperare, mentre se si interviene prima possibile si può sperare in qualcosa di positivo. Quindi **i responsabili dei servizi dovrebbero far capire ai familiari che il partecipare ai gruppi di auto-aiuto e ai corsi psico-educazionali fa parte del percorso di cura del proprio caro.** In questo modo credo che le famiglie oltre a stare meglio potrebbero diventare una risorsa. Io l'ho sperimentato tutto ciò su me stessa e sulla mia famiglia.

Passiamo adesso la parola al Dott. Mario Romeri Coordinatore del Dip. Diritto alla Salute della Regione Toscana e ricordiamo che il diritto alla salute è un diritto di tutti e quindi anche dei nostri figli disabili psichici.

**Mario Romeri**

**Coordinatore Dip. Diritto alla Salute – Regione Toscana**

***Intervento Regionale***

Il mio ragionamento prescinde dal contenuto dell'azione di piano specifica. Di solito quando si interviene ad un'iniziativa come questa si puntualizzano i contenuti delle azioni che il piano e gli atti di programmazione individuano per il settore specifico. Volevo fare un ragionamento di carattere molto più generale perché mi sembra di cogliere in questa iniziativa, ed in una serie di iniziative sulle quali stiamo

lavorando insieme ( operatori, utenti e comunità), il tentativo di evitare di parlare di colpe. Dobbiamo smettere di colpevolizzare qualcuno mentre dobbiamo cominciare a parlare di diritti. Mi sono trovato ultimamente in un congresso in cui abbiamo affrontato con gli extra-comunitari alcuni problemi legati agli emigranti ed alla emigrazione. Gli “emigranti” non vogliono parlare dei loro problemi, vogliono parlare dei loro diritti, vogliono introdurre una serie di strumenti di comunicazione e di enunciazione di tali diritti. Il Piano Sanitario introduce sotto questo profilo alcuni elementi che hanno valenza generale; devo dire che nelle realtà delle iniziative questi elementi sono espressi con forza maggiore di quanto contenuto nelle pagine del Piano. Il Piano fa un’affermazione specifica: attrezzare la comunità per affrontare i problemi di salute. Attrezzare la comunità su tale aspetto non è solo legato a particolari problemi di salute, è un obiettivo che interessa tutte le azioni di piano. Il ragionamento fatto sull’intervento socio-educativo è rivolto alla comunità e alla famiglia e non verte sulla patologia: questo è elemento di assoluto rilievo. Attrezzare la comunità vuole anche dire dare ad essa gli strumenti per affrontare i problemi, vuol dire quindi, in prima battuta, essenzialmente ascoltare. I nostri servizi l’hanno capito perché da tanto tempo sono usciti dall’isolamento determinato dal chiuso delle problematiche di loro competenza. Da molto tempo essi stanno operando sul territorio, sulla comunità e ascoltando gli utenti; questa maniera di essere spesso si scontra con situazioni che sono comunque più forti dell’impegno profuso. La vostra associazione ha il pregio di essere diventata un forte momento di stimolo e di aggregazione. E’ molto importante ascoltare e dare un contributo per risolvere i problemi. L’associazione tende a creare momenti di sostegno alla risorsa vera che, anche in tema di tutela alla salute mentale, è la famiglia, comunità giusta sotto il profilo dell’attenzione, del non escludere, del ragionare dei diritti e non delle colpe. Credo che l’indirizzo generale del Piano, in questo settore specifico, consiste nel recuperare il concetto della salute all’interno della comunità riducendo lo stress. Spesso gran parte delle tensioni che inducono malattia e sofferenza psichica sono legate ai livelli di stress indotti dalla società. Pensiamo ad esempio allo stimolo continuo nei confronti dell’amico o del parente ad essere sempre “il primo della classe”; questo non aiuta mai nessuno a mantenere lo stato di salute generale. In questo momento critico un servizio che aveva dei riferimenti precisi, costituiti da utenti “confinati”, deve invece elaborare un progetto di intervento sulla comunità e sulla società: questo significa diventare parte attiva e di ricerca delle situazioni e degli utenti. Se noi sviluppassimo iniziative di comunicazione nei servizi scolastici, risolveremmo

momenti di abbandono in mezzo alle strade degli adolescenti. Purtroppo ci sono delle realtà periferiche in cui abbandoniamo i ragazzi nelle strade o peggio. Probabilmente dovremmo diventare anche dei soggetti che diventano manager da questo punto di vista. In questa prospettiva l'architetto dovrebbe diventare progettista della società, non delle strutture. La società e le piazze non le possono fare gli architetti o gli ingegneri, ci deve essere una forte presenza anche di operatori della sanità o comunque di professionisti della salute. Bisognerebbe noi addetti ai lavori, supportare la comunità - quindi a servizio della famiglia e delle associazioni degli utenti - la comunità nella sua maniera di governare il territorio. Il ragionamento sulla società della salute implica che anche i servizi devono farsi carico di intervenire e permeare alcuni processi decisionali, che non sono solo assistenziali, ma di vita, di salute e di benessere. Credo che questa attenzione riporti nel mirino giusto il "disagio dell'utente" e i problemi del vivere civile, come centrali non solo dell'intervento assistenziale, ma di quello preventivo e di promozione della qualità della vita. Noi siamo riusciti in collaborazione con le associazioni delle famiglie a creare un intervento di comunicazione che intendo proseguire in maniera costante perché ha dato dei risultati importanti, nei confronti dei servizi e degli operatori. Questo è uno degli aspetti, la comunicazione nella società deve essere fatta dagli attori e non dagli addetti ai lavori, che devono invece ascoltare e poi produrre degli strumenti di comunicazione. Un altro aspetto è quello di portare dentro gli utenti, le iniziative del teatro e delle manifestazioni e iniziative affidate agli utenti ci danno dei risultati decisamente superiori agli interventi classici terapeutici. Vediamo nascere una serie di considerazioni che sono all'inizio, prima dell'esigenza di curare la salute mentale; adesso sembra arrivato il momento di "curare" la salute mentale individuale e collettiva. Questo deve essere un impegno forte perché non è fuori dalla nostra portata, e credo che questa esigenza di attrezzare la comunità e gli operatori del servizio ad ascoltare ed intervenire nei processi di governo debba costituire uno stimolo per arrivare ad una fase in cui si potrà guarire in maniera definitiva. Grazie

## **Gemma Del Carlo**

Grazie al Dott. Romeri. Se si può guarire da queste malattie, la Regione, come lei ha detto, ha il dovere di fornire le attrezzature necessarie per arrivare a ciò.

Proseguiamo con le testimonianze. Chiamo l'infermiera professionale Anna Maria Vangelisti

## **Maria Vangelisti**

### **Infermiera Professionale dell'équipe di Sal. Mentale Adulti Distretto di Camigliano**

Vi parlo della storia di Alberto. Alberto è un uomo di 50 anni; l'insorgenza della malattia manifestatasi in modo cruento, risale a quando aveva 18 anni. E' riuscito comunque a conseguire la maturità alle scuole superiori, a prendere la patente di guida, si è iscritto all'università che non ha potuto frequentare. La diagnosi medica parlava di schizofrenia. Alberto, prima, era un giovane dolce, attento ai bisogni degli altri, efficiente nello studio ed aveva cura di sé. Con l'evolversi della malattia è diventato molto aggressivo, tanto da aver subito varie volte Trattamenti Sanitari Obbligatorii, fino ad arrivare a causa dei comportamenti aggressivi e pericolosi, alla proposta, di parte del Servizio, di allontanarlo da casa per l'inserimento residenziale in struttura protetta; i genitori hanno preferito tenerlo con loro, adeguandosi alle esigenze del figlio es. stanza con porte blindate in casa, dove rifugiarsi quando l'aggressività raggiunge punte molto elevate, rifiutare qualsiasi tipo di aiuto e di sostegno per la paura delle reazioni di Alberto. Questo ha determinato assenza e impotenza da parte del servizio. In seguito ad un ricovero in ospedale per una malattia organica è stato possibile iniziare una terapia Depot mediante iniezioni periodiche sostitutive della terapia giornaliera. Queste iniezioni venivano effettuate a domicilio dalla caposala dell'isolamento dove lui era stato ricoverato. Alberto è diventato meno rifiutante nei confronti del Servizio di Salute Mentale, comunque sempre molto prevenuto, tanto da non accettare altro che visite domiciliari infermieristiche senza **mai fidarsi di uscire con l'operatore** per paura di essere riportato in psichiatria. Negli ultimi anni è stato possibile inserire nella terapia altri farmaci; ma ormai **Alberto appare molto deteriorato e impoverito**; è chiuso, parla poco e a bassa voce senza mai guardare negli occhi, fa movimenti ripetitivi, va al bar varie volte al giorno per tornare subito a casa. Ci sono stati vari cambiamenti di personale nel Servizio di Salute Mentale, in seguito all'ultimo di questi, gli operatori hanno investito di nuovo su di lui, credendo nelle sue potenzialità. Si è iniziato a riconsiderare, nel gruppo di lavoro, la necessità di investire sulle residue capacità relazionali di Alberto. Piano piano ha iniziato ad aver fiducia partecipando a piccole uscite in auto con l'operatore, fino ad arrivare a frequentare alcune attività presso il Centro Attività Diurne di Casigliano. Questa evoluzione nella relazione ha impegnato due operatori in modo stabile per diversi mesi. Attualmente è stato possibile ridurre l'impegno di questi due operatori perché Alberto ha stabilito una relazione positiva

anche con gli operatori del CAD. Alberto ha dimostrato capacità di adeguamento insperate e riemergono comportamenti persi da decenni quali: rispetto delle norme di buona educazione a tavola, rispetto del divieto di fumo nei locali del CAD, partecipazione attiva in palestra insieme agli altri utenti, ed è tornato a scrivere in modo leggibile per raccontare di sé ad un operatore. Certo, permangono aspetti di chiusura soprattutto nella relazione con gli altri utenti, ma nei confronti degli operatori sembra essere diventato in grado di cogliere e apprezzare l'interesse che hanno verso di lui.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie all'infermiera professionale Maria Vangelisti per la sua testimonianza. Ora passiamo la parola a Raspi Maria Rosaria in rappresentanza del Centro Unione che è una via di mezzo tra il volontariato e il privato-sociale.

## **Raspi Maria Rosaria (Centro Unione)**

Buongiorno, sono Rosaria Raspi e opero come volontaria nel Centro Unione, associazione di assistenza per disabili anziani. Sono molto felice ed onorata di essere stata invitata a testimoniare a questo convegno che auspica una speranza meravigliosa: "Dal tunnel delle malattie mentali si può uscire" e proprio in questa giornata di incontri e di approfondimenti importanti in cui vengono approfonditi temi di prevenzione e percorsi terapeutici; è difficile stabilire quando si diventa volontari, è una scintilla che arde nel cuore da sempre e che poi trova il suo habitat e diventa fuoco nell'anima. Questa scintilla ha fatto scaturire dal cuore questa breve poesia:

*Il mio tempo è vostro tempo*

*Il mio spazio è vostro spazio*

*Il mio cuore è nel vostro cuore*

Durante questi due anni per cercare di operare in maniera adeguata ho frequentato insieme a mio figlio Antonio il corso organizzato dalla F.A.S.M. di accompagnatrice terapeutica che mi ha dato indicazioni e orientamenti preziosi per aiutarmi ad entrare in rapporto con persone affette da malattie mentali. A scadenze mensili ho partecipato con le mie colleghe ad importanti incontri di aggiornamento organizzati dal Dott. Marchi a Lido di Camaiore dall'Associazione Nazionale di Volontariato. Sto frequentando il corso di biodanza organizzato dalla F.A.S.M. Essere volontari secondo me significa incontrarsi con persone in difficoltà a cuore aperto senza dimenticare mai il percorso finalizzato da fare insieme guardando verso lo stesso punto e lo stesso orizzonte e la

stessa alba. Essere volontari ci invita a partecipare affettivamente e attivamente a momenti più delicati e più difficili e più densi di sofferenza delle persone che seguiamo, rispettando il loro silenzio e i loro momenti più difficili, a comprendere le loro emergenze stando a loro fianco e sostenendoli con un valido mutuo-aiuto, sempre illuminati da specialisti che sapranno orientarci adeguatamente rendendo il nostro sostegno finalizzato. Sentirmi volontaria mi ha dato modo di incontrare infinite opportunità di crescita e di arricchimento umano, di scambio e di mutuo-aiuto. Una delle emozioni più belle che ho provato in questi momenti è stato quando una persona mi ha preparato un regalo per un'altra persona che aveva conosciuto in psichiatria dedicandoglielo con grande affetto e augurandole di guarire come lei. E' scattata la catena dell'amore e della solidarietà e del gioire insieme senza confini. Vorrei tanto che stamani fossero con me le persone con cui ho lavorato in questi due anni, per dare di me una valutazione a cuore aperto. Forse mi comunicheranno a distanza il loro consenso, lo spero tanto e sono felice di continuare con loro un percorso di arricchimento umano. A questo punto vorrei esprimere la mia gratitudine alla Sig.ra Ester, al Dott. Marchi, alle infermiere psichiatriche all'amica Gemma e a tutti coloro che mi hanno sostenuto durante questi due anni di cammino a cuore aperto nel disagio. Vorrei chiamare vicino a me mio figlio Antonio che indirettamente ho coinvolto nella scia del volontariato e ha percorso e percorre con me sostenendo delle persone che gli sono state affidate in un tragitto di amore continuando verso orizzonti ricchi di opportunità e di vita, contribuendo ad accendere in loro la speranza. Grazie e scusate se sono stata un po' lunga.

## **Gemma Del Carlo**

Grazie di questa testimonianza, come vedete, avvicinarsi al disagio arricchisce dà anche delle soddisfazioni grandi. Se qualcuno ha delle domande siamo disposti all'ascolto.

## **Alessandro Scarpellini**

Sono Alessandro Scarpellini e sono studente all'Università di Pisa di neuropsichiatria infantile, per essere più precisi della Psicomotricità dell'età evolutiva. Mi interessa calcare la mano sull'età evolutiva, spesso i servizi di salute mentale si interessano della persona nel momento in cui ci sono delle esplosioni eclatanti e viene fatto un T.S.O.. Dal momento in cui la persona è nata a quel momento qualcosa è

successo, a parte problemi anatomici e biologici che nessuno discute, nel mezzo c'è qualcosa. Ci sono delle tappe che spesso non vengono prese in considerazione; spesso il bambino è stato visto come un adulto non ancora cresciuto, ha un'entità che sta crescendo ed è diverso; egli sviluppa tutto un suo meccanismo psicologico e neurologico che è a sé; è dalla nascita in poi che si devono a lui affiancare terapisti e psichiatri infantili perché già a questa età può sentire dei disagi, ad esempio da parte della madre e altri problemi che non vengono detti e parlati. C'è un dialogo tonico tra la madre e il figli che va tenuto in considerazione. Spesso a me viene detto, lavorerai sull'adulto, ma pensare che ci sono tante situazioni in cui è possibile dare le proprie capacità professionali nel momento in cui il bambino nasce mi rende consapevole dell'utilità di un intervento in tale età. Se ci sono bambini che sotto tre anni sono in psicosi pura vuol dire che al di là dei problemi biologici c'è qualcosa in più che va risolto prima. Grazie

## **Gemma Del Carlo**

Grazie ad Alessandro concordiamo su quanto ai appena detto e cioè l'importanza di intervenire precocemente ai primi sintomi per risolvere i problemi

Adesso se non ci sono altri interventi si chiudono i lavori di questa seconda giornata in cui è emerso chiaramente come si può uscire dal tunnel. Salutiamo tutti quanti e vi diamo appuntamento al sette giugno per l'ultima parte del convegno.

Grazie a tutti.