

7 APRILE 2001

GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE MENTALE

SALUTE MENTALE:
CONTRO IL
PREGIUDIZIO, IL
CORAGGIO DELLE
CURE



Promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
Coordinata per l'Italia dai Centri Collaboratori OMS per la Salute Mentale,
dalla Società Italiana di Psichiatria e dall'Unione Nazionale delle
Associazioni per la Salute Mentale.
Con il patrocinio del Ministero della Sanità.

Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure

- [G. H. Brundtland - Messaggio](#)
- [B. Saraceno - Messaggio](#)
- [Comitato Nazionale per la Bioetica - Psichiatria e salute mentale: raccomandazioni](#)
- [M. Tansella - La diffusione dei disturbi mentali nella comunità](#)
- [M. Maj - Le depressioni](#)
- [G.B. Cassano - I disturbi d'ansia](#)
- [C. Munizza - La schizofrenia](#)
- [M. Maj - Anoressia nervosa e bulimia nervosa](#)
- [G.B. Cassano - I disturbi da abuso di sostanze](#)
- [G. Racagni - La malattia di Alzheimer](#)
- [S. Garattini - Uso razionale degli psicofarmaci](#)
- [G. Racagni - I nuovi farmaci per i disturbi mentali](#)
- [P.L. Morosini - Efficacia delle psicoterapie](#)
- [G. Dell'Acqua - L'esperienza di Trieste](#)
- [C. Munizza - I servizi di salute mentale in Italia oggi](#)
- [Gruppo Mario Negri - Dai manicomi alla nuova residenzialità psichiatrica in Italia](#)
- [G. Dell'Acqua, F. Rotelli - L'impresa sociale](#)
- [M. Tansella - Il ruolo del medico di medicina generale](#)
- [E. Muggia - Il ruolo delle associazioni dei familiari](#)
- [Testimonianze](#)
- [P.L. Morosini - Quindici regole per stare meglio con se stessi e con gli altri](#)



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 [clicca qui](#)



Versione completa
del sito in Microsoft Word

7 Aprile 2001

Giornata Mondiale della Salute Mentale

"Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure"

Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure

Messaggio

GRO HARLEM BRUNDTLAND

Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra

Il 7 aprile 2001, tutti i popoli e i governi del mondo celebreranno la Giornata Mondiale della Salute. Quest'anno essa è dedicata alla salute mentale. Concentriamo l'attenzione sulla salute mentale in riconoscimento del carico che i disturbi mentali e cerebrali comportano per le persone e le famiglie che ne sono colpite, e con lo scopo di mettere in luce gli importanti progressi compiuti dai ricercatori e dai clinici nel ridurre la sofferenza e la disabilità che l'accompagna. Il nostro è un messaggio di preoccupazione e di speranza.

La strada che abbiamo davanti è lunga. Essa è ingombra di miti, segreti e vergogna. Poche sono le famiglie che non avranno un incontro con i disturbi mentali o che non avranno bisogno di assistenza e cura in un periodo difficile. Eppure, noi fingiamo di non sapere o evitiamo intenzionalmente di prendere in considerazione questo fatto. Ciò perché, forse, non abbiamo dati sufficienti per incominciare ad affrontare il problema. In altre parole, non sappiamo quante sono le persone che oggi non ricevono l'aiuto di cui hanno bisogno - un aiuto che è disponibile, un aiuto che può essere ottenuto ad un costo non elevato. E, poiché non abbiamo questa conoscenza, non abbiamo fatto abbastanza per affrontare i disturbi mentali e cerebrali. Non riconoscendo questa realtà, noi perpetuiamo un circolo vizioso di ignoranza, sofferenza, privazione e persino morte. Noi abbiamo la capacità - dentro di noi - di fronteggiare la nuova sfida. Tra le persone, nelle società, nei governi. Insieme dobbiamo lavorare per attuare il cambiamento.

Si stima che oggi vivano 400 milioni di persone affette da disturbi mentali o neurologici o da problemi psicosociali come quelli legati all'abuso di alcool e droghe. Molte di loro soffrono in silenzio. Molte di loro soffrono in solitudine. Al di là della sofferenza e della mancanza di assistenza ci sono le frontiere dello stigma, della vergogna, dell'esclusione e, più spesso di quanto ci preoccupiamo di sapere, della morte.

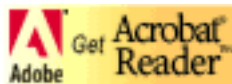
La semplice verità è che noi abbiamo i mezzi per trattare molti disturbi. Noi abbiamo i mezzi e le conoscenze scientifiche per aiutare le persone nella loro sofferenza. I governi sono stati negligenti in quanto non hanno fornito strumenti adeguati di trattamento alla loro gente. E la gente ha continuato a discriminare coloro che soffrono di questi disturbi. Le violazioni dei diritti umani negli ospedali psichiatrici, l'insufficiente disponibilità di servizi di salute mentale nella comunità, gli schemi di assicurazione iniqui e le pratiche di impiego discriminatorie sono soltanto alcuni esempi. Per caso o per volontà, noi siamo tutti responsabili di questa situazione, oggi.

Ora è il momento di affrontare il problema. Consideriamo questa giornata un'opportunità ed una sfida. Una giornata per riflettere su ciò che rimane da fare e su come possiamo farlo. Usiamo questa giornata e le settimane a venire per fare il punto e per promuovere da un lato nuove politiche e dall'altro nuovi atteggiamenti. Insieme ai nostri Stati Membri, impegnamoci a lavorare perché venga un giorno in cui una buona salute significherà anche una buona salute mentale.

Il secolo scorso ha visto cambiamenti spettacolari nel modo in cui viviamo e pensiamo. L'intelletto umano e la tecnologia sono arrivati insieme a proporre soluzioni che non avremmo osato immaginare cinquant'anni fa. Abbiamo sconfitto malattie che una volta sembravano invincibili. Abbiamo salvato milioni di persone dalla morte prematura e dalla disabilità. E la nostra ricerca di soluzioni migliori per la salute pubblica è, come deve essere, senza sosta. Le soluzioni per i problemi di salute mentale non sono difficili da trovare; molte di esse sono già con noi. Ciò che ci serve è concentrare l'attenzione su questo aspetto come una priorità assoluta. Noi dobbiamo inserire in maniera sistematica le soluzioni e i rimedi per la salute mentale nella nostra ricerca di una vita migliore per tutti. Soltanto allora i nostri successi saranno più significativi. In questa giornata, il nostro impegno è: "Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure".



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) clicca qui



Versione completa
del sito in [Microsoft Word](#)

7 Aprile 2001

Giornata Mondiale della Salute Mentale

"Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure"

Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure

Messaggio

BENEDETTO SARACENO

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenza da Sostanze, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra

Lo stigma non ha senso. La discriminazione è ingiusta, se non immorale. Il trattamento è possibile. Esso deve essere reso disponibile. In un tentativo di richiamare l'attenzione sullo stigma e la discriminazione che circondano la salute mentale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sta incitando i governi, gli operatori sanitari e tutti gli individui, qualunque sia stato il loro percorso di vita, a rispondere alla sfida posta dalle persone con disturbi mentali e cerebrali.

"Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure", dice l'OMS in un messaggio che brevemente riassume la campagna annuale che culminerà in un Rapporto sulla Salute nel Mondo, riguardante specificamente la salute mentale, la cui pubblicazione è prevista nel corso di quest'anno.

Si stima che oggi vivano 400 milioni di persone affette da disturbi mentali o neurologici o da problemi psicosociali come quelli legati all'abuso di alcool o droghe. Eppure, poche ricevono una diagnosi corretta e ancora meno ricevono un trattamento. La maggior parte della loro vita è caratterizzata da una sofferenza ingiusta, dalla disabilità e, a volte, dalla morte prematura.

"Per caso o per volontà, noi siamo tutti responsabili di questa situazione, oggi", ha affermato Gro Harlem Brundtland, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. "I governi sono stati negligenti in quanto non hanno fornito strumenti adeguati di trattamento alla loro gente. E la gente ha continuato a discriminare coloro che soffrono di questi disturbi", ella ha aggiunto.

Le autorità della sanità pubblica dicono che lo stigma e la discriminazione sono i principali ostacoli che le persone con disturbi mentali debbono affrontare oggi. Poche sono le famiglie che non hanno un incontro con i disturbi mentali, eppure quasi universali sono la vergogna e la paura che impediscono alle persone di cercare aiuto. Le gravi violazioni dei diritti umani negli ospedali psichiatrici, l'insufficiente disponibilità di servizi di salute mentale nella comunità, gli schemi di assicurazione iniqui e le pratiche di impiego discriminatorie sono soltanto alcune delle prove che le persone con problemi di salute mentale debbono affrontare. Gli individui e le istituzioni hanno la responsabilità del perpetuarsi di queste pratiche.

L'OMS dice che i disturbi mentali e cerebrali come la depressione o l'epilessia possono essere trattati con successo. Importanti progressi scientifici sono stati compiuti nel ridurre la sofferenza e la disabilità che l'accompagna. Sono stati identificati metodi efficaci per coinvolgere la famiglia e la comunità nel favorire l'integrazione.

La Giornata Mondiale della Salute cercherà di stimolare l'azione e la riflessione su come migliorare l'accesso al trattamento.

Il problema sarà posto nell'incontro annuale dei 191 Stati Membri dell'OMS durante l'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2001. Quattro tavole rotonde ministeriali discuteranno la povertà, la discriminazione e i diritti umani e di equità sessuale inerenti alla salute mentale. Inoltre, i vincitori del concorso scolastico mondiale dell'OMS sulla salute mentale saranno invitati a parlare all'Assemblea del loro lavoro.

Il Rapporto 2001 sulla Salute nel Mondo coprirà argomenti quali la frequenza dei disturbi mentali, l'organizzazione e il finanziamento dei programmi di salute mentale, le carenze del trattamento, le strategie di prevenzione, e le tendenze previste per il futuro.

Noi sappiamo che cosa è sbagliato, sappiamo dove sono le soluzioni - noi abbiamo la responsabilità di spingere per cambiamenti sia nelle politiche che negli atteggiamenti.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) clicca qui



Versione completa
del sito in [Microsoft Word](#)

Psichiatria e salute mentale: raccomandazioni

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

- **Destinare e utilizzare da parte delle istituzioni nazionali e regionali**, anche tenendo conto dell'importanza che l'OMS attribuisce alla salute mentale, i **Fondi sanitari nazionali e regionali necessari ad istituire almeno tutti i servizi previsti dal Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998-2000**.
- **Dare maggior diffusione a informazioni semplici e corrette sulle malattie mentali** anche nelle scuole ed evitare il rischio di interpretazioni riduzionistiche della malattia mentale. Più in generale, si raccomandano l'equilibrio e la comprensione della complessità bio-psicologico-sociale della malattia mentale.
- **Promuovere una campagna nazionale periodica di lotta allo stigma e al pregiudizio** nei confronti delle persone affette da disturbi e disagi psichici al fine di rendere effettivo il rispetto dell'uguaglianza, del diritto all'informazione e la lotta alla discriminazione.
- **Riesaminare il concetto di "incapacità"** collocandolo nel continuum compreso tra gli estremi della normalità e della perdita totale di ogni abilità cognitiva. Anche sotto il profilo giuridico infatti va osservato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici riducono ma non aboliscono la capacità di intendere e di volere. Si raccomanda di conseguenza la revisione degli istituti civilistici dell'interdizione e dell'inabilitazione per realizzare forme di tutela più flessibili rispetto alle attuali, che tengano conto delle nuove esigenze di protezione del sofferente psichico e ne evitino la stigmatizzazione. In particolare si sottolinea l'opportunità, alla luce dell'esperienza degli altri paesi europei, di introdurre anche nell'ordinamento italiano l'istituzione della figura dell'amministratore di sostegno.
- **Concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati**. Occorre tuttavia valutare in ogni singolo caso che le alternative nate dall'esigenza di far fronte all'emergenza non conservino di fatto caratteristiche ancora manicomiali. Va inoltre sottolineato come la presenza, attualmente, di 9 manicomi privati che contengono circa duemila internati non abbia, ad oltre venti anni di distanza dall'avvio della de-manicomializzazione a seguito della legge 180, alcuna giustificazione sotto il profilo etico e clinico.
- **Assicurare alla famiglia un supporto sufficiente** ad assumere, in collaborazione con l'équipe curante, se indicato, un ruolo attivo nel programma terapeutico/riabilitativo del congiunto, in un percorso di autonomizzazione dello stesso. Garantire una organizzazione di riferimento, anche notturno e festivo, per le emergenze.
- **Svolgere un'attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale/affettivo** a cominciare dagli aspetti biologici e affettivo-relazionali partendo dal periodo perinatale e per tutto il ciclo di vita, assicurando le migliori condizioni educative, lavorative, di sicurezza sociale, di assistenza sanitaria; formulare una diagnosi precoce e presa in carico dei giovani dai primi sintomi significativi; attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con le famiglie che, senza suscitare ingiustificati allarmi e rischi di "psichiatrizzazione", aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale. Le patologie psichiatriche dell'adulto, infatti, hanno quasi sempre le loro radici nell'età evolutiva ed i problemi psichiatrici in età adulta saranno più o meno rilevanti in rapporto alla qualità delle cure fruite in quella fase della vita. Simili iniziative sono quindi indispensabili alla concreta realizzazione del diritto alla salute (che si attua anche grazie alla prevenzione), all'accesso alle cure, e a sostenere e promuovere la solidarietà verso i soggetti a rischio.
- **Garantire una particolare attenzione ai segnali diretti e indiretti del disagio mentale dei soggetti in età evolutiva**, al fine di rilevare il disagio sommerso; dare garanzia di diversi livelli di assistenza delle situazioni acute e la riabilitazione per i quadri consolidati. Per l'età evolutiva, favorire le attività assistenziali di day hospital e di ambulatorio, limitando il ricorso alla degenza. Purtroppo è necessario garantire un numero adeguato di posti letto per l'emergenza-urgenza psichiatrica e per le acuzie che richiedono assistenza continua e osservazione prolungata, in strutture, diverse dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, idonee alle necessità assistenziali e di protezione, ma anche ai bisogni e ai diritti specifici di questa fascia di età.
- **Garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili** anche quando il trattamento non viene accettato dai diretti interessati. Si richiamano in tal senso i principi generali di tutela della dignità del malato mentale, il parametro rischi/benefici come regola generale dei trattamenti evitando gli estremi dall'accanimento terapeutico e dell'abbandono.
- **Definire i parametri nazionali di accreditamento per le strutture per la salute mentale**. Il controllo della qualità dei servizi è infatti esso stesso un criterio di garanzia di un equo trattamento e di congrua allocazione delle risorse destinate alla salute. Le 65 case di cura neuropsichiatriche (con 7149 posti letto autorizzati di cui 6144 accreditati o convenzionati, cioè finanziati dalle Regioni) devono essere indirizzate a evitare che si produca una cronicizzazione dei malati e a riconvertirsi, per quanto possibile, in strutture riabilitative residenziali e aperte, che abbiano un rapporto operativo possibilmente con uno o due dipartimenti di salute mentale.
- **Impegnare e sostenere i "medici di famiglia"** in considerazione dal fatto che molti pazienti si rivolgono ad essi per problemi più o meno rilevanti di salute mentale. Il medico di medicina generale deve essere posto in grado di riconoscere la condizione di sofferenza mentale, di saperne valutare natura e gravità, e di potersi rivolgere ai servizi psichiatrici sia per consulenze, sia per individuare precocemente le situazioni più serie che richiedono interventi specialistici.
- **Assicurare la formazione dei medici, dei pediatri di base, degli operatori psicosociali, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, degli educatori professionali e volontari**. A tal fine è necessario accrescere le conoscenze bioetiche di tutti gli operatori e definire alcuni obiettivi minimi affinché una formazione possa dirsi efficace ed eticamente fondata, tra cui: ai bisogni di salute degli utenti deve essere garantita maggiore attenzione che non alle esigenze degli operatori; deve essere mantenuta un'apertura all'integrazione delle competenze e dei contributi delle diverse figure professionali; devono essere forniti strumenti adeguati alla gestione, da parte degli operatori, delle diverse dimensioni dell'individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità, nonché alla promozione della salute mentale nella comunità quali l'elaborazione e realizzazione di specifici programmi di salute mentale; particolare attenzione, inoltre, deve essere dedicata alla ricerca e alla formazione sui problemi bioetici della tutela della salute mentale.
- **Riconoscere il diritto alla sessualità dei pazienti psichiatrici** pur nell'opportunità di studiare modalità di intervento per l'informazione e la responsabilizzazione nei confronti della loro vita sessuale.
- **Rivedere il sistema dei ticket sui farmaci** per garantire che i farmaci di nuova generazione (come gli antipsicotici atipici) che hanno provata efficacia e minori effetti secondari, siano accessibili a tutti.
- **Rivedere la natura e i compiti delle istituzioni "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" e delle leggi relative** e promuovere un intervento del Ministero della Giustizia affinché attivi una convenzione con strutture specifiche per i minori autori di reato e affetti da patologie psichiatriche. Più in particolare, va sottolineato che gli attuali Ospedali psichiatrici giudiziari sono sia dal punto di vista istituzionale che sanitario in netta contraddizione con la legge 180 e con un moderno modo di concepire l'intervento in salute mentale.
- **Prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale** con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente.
- **Provvedere a che i Dipartimenti di salute mentale**, come stabilito dal recente DGL. 239/99, **svolgano il servizio di assistenza sanitaria in carcere**. La tutela dell'integrità psico-fisica del detenuto è infatti un elementare dovere di giustizia e, inoltre, condizione indispensabile ad ogni possibile riabilitazione. Le carceri dovranno essere luoghi in cui la vita quotidiana non divenga essa stessa causa di disagio e disturbo mentale e che rendano possibile fornire aiuto psichiatrico. Va osservato inoltre che le alternative al carcere - incluso l'affidamento al Dipartimento di salute mentale - si sono rivelate, nei paesi che le hanno adottate quali ad esempio la Svezia, molto efficaci quali misure sostitutive alla detenzione.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

La diffusione dei disturbi mentali nella comunità

MICHELE TANSELLA*, GIOVANNI DE GIROLAMO**

* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona

** Progetto Nazionale Salute Mentale, Laboratorio di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma

1. I risultati delle ricerche internazionali

2. Le differenze tra i sessi e tra i gruppi di età

3. La frequenza dei disturbi mentali in Italia

4. La frequenza della schizofrenia

5. Fattori sociodemografici di rischio

6. La salute mentale autopercepita

1. I risultati delle ricerche internazionali [Su](#)

I disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica per vari motivi: essi presentano un'elevata frequenza nella popolazione generale, in tutte le classi d'età; sono associati a significativi livelli di menomazione del funzionamento psicosociale (cioè, di difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, ecc.); sono all'origine di elevati costi sia sociali che economici, per le persone colpite e per le loro famiglie.

A livello internazionale, dalla metà degli anni '70 ad oggi, oltre 45 studi realizzati su campioni rappresentativi della popolazione generale, sia in paesi industrializzati che in paesi in via di sviluppo, hanno evidenziato una frequenza in genere elevata (ed in alcuni casi estremamente elevata) dei disturbi mentali. Circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, nel corso di un anno, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo.

Inoltre, nei 13 studi in cui è stata valutata la frequenza dei disturbi mentali nell'intero arco della vita dei soggetti considerati, è emerso che il 41% degli uomini ed il 30% delle donne avevano sofferto almeno una volta di un disturbo mentale o da abuso di sostanze o di alcool.

A queste percentuali va aggiunta la quota di soggetti, pari a circa il 10% della popolazione adulta, che soffrono di un cosiddetto 'disturbo di personalità', come è stato messo in luce da 8 ricerche condotte in diversi paesi. In questo caso si tratta di un disturbo che insorge in età giovanile, è radicato nelle modalità di relazione e di comportamento della persona ed è quasi sempre all'origine di significative difficoltà nella vita familiare e sociale.

Naturalmente, non tutte le persone con un disturbo mentale hanno sofferto o soffrono le stesse conseguenze a causa del disturbo, né tutti i disturbi mentali richiedono necessariamente un trattamento medico. Da ricerche condotte con i registri psichiatrici dei casi, in vari paesi compresa l'Italia (studi eseguiti nel nostro paese utilizzando il registro psichiatrico di Verona-Sud, che funziona dal 1979), è emerso che solo il 2,0-2,5% della popolazione adulta, nel corso di un anno, viene trattato dai servizi psichiatrici pubblici o privati. Poiché, come abbiamo detto, circa il 20-25% della popolazione soffre in un anno, almeno una volta, di un disturbo mentale, ciò significa che i servizi specialistici trattano solo il 10% delle persone affette.

Le ripercussioni che un disturbo mentale può avere sulla vita di una persona sono estremamente variabili: in alcuni casi (ad esempio, nel caso di alcune fobie o depressioni lievi) l'impatto sul funzionamento nella vita quotidiana è pressoché trascurabile; in altri casi (si pensi alla schizofrenia, al disturbo bipolare, o anche alle depressioni gravi, ad alcune gravi forme di disturbi d'ansia, o ancora all'anoressia, ad alcuni tipi di disturbi di somatizzazione, ecc.) le conseguenze sono molto profonde, investono tutte le aree della vita di un individuo e ne possono condizionare profondamente le realizzazioni in campo familiare, lavorativo, sociale, ecc. La ricerca è oggi impegnata a chiarire quali sono le variabili che maggiormente incidono nel far sì che un disturbo abbia conseguenze più o meno rilevanti sulla vita della persona affetta.

2. Le differenze tra i sessi e tra i gruppi di età [Su](#)

Sebbene le percentuali relative ai disturbi mentali nel loro insieme siano simili nei due sessi, vi è una significativa differenza nella distribuzione dei vari tipi di disturbi tra uomini e donne. Negli uomini sono molto più frequenti, specie nelle prime decadi della vita, i disturbi da abuso di sostanze e di alcool, così come il disturbo di personalità antisociale. Tra le donne i disturbi depressivi e quelli d'ansia, i disturbi di somatizzazione ed i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) si manifestano con frequenza doppia o tripla rispetto agli uomini. E' verosimile che tali differenze dipendano da un intreccio di fattori, alcuni di natura biologica, altri di natura squisitamente psicosociale.

Da oltre 50 studi condotti a livello internazionale emerge che circa l'8% dei bambini e degli adolescenti soffre di un disturbo mentale, che è quasi sempre fonte di difficoltà sia sul piano interpersonale (in famiglia e con i coetanei) che sul piano scolastico. Inoltre, recenti ricerche hanno mostrato che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi nell'età infantile e soprattutto adolescenziale; in genere, questi disturbi iniziali non vengono riconosciuti né tantomeno trattati. Questi dati offrono significative e realistiche opportunità di prevenzione, che dovranno essere oggetto di più accurate ricerche.

Per quanto riguarda infine gli anziani, sembra che in essi alcuni disturbi (come la depressione e l'ansia) siano meno frequenti che negli adulti. Tuttavia, si deve ricordare che l'età avanzata comporta un elevato rischio di patologie specifiche, a cominciare dalle varie forme di demenza, il cui numero, in parallelo all'aumento della quota di popolazione anziana, si sta significativamente ampliando.

3. La frequenza dei disturbi mentali in Italia [Su](#)

In Italia, sino ad oggi, un solo studio (non ancora pubblicato) ha esplorato la frequenza dei principali disturbi mentali in un campione casuale della popolazione generale: esso è stato condotto in un comune vicino a Firenze (Sesto Fiorentino). In altri due studi, condotti rispettivamente a Firenze ed in Sardegna, è stata indagata solo la prevalenza dei disturbi depressivi, con tassi (frequenza relativa ad un mese) pari allo 1,3-7,5% nei maschi ed al 4,1-12,5% nelle femmine.

Nello studio condotto a Sesto Fiorentino è stato selezionato, dalle liste degli assistiti di 18 medici di medicina generale, un campione complessivo di 2.366 persone, che sono state poi intervistate da clinici appositamente addestrati. E' risultato che complessivamente il 13% dei soggetti di sesso maschile ed il 27% di quelli di sesso femminile avevano sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo mentale significativo; la percentuale totale, relativa all'intero campione, era pari al 21%. Tali percentuali sono in linea con quelle emerse in altre ricerche condotte a livello internazionale con una metodologia simile, se si eccettua la percentuale eccezionalmente bassa di soggetti di sesso maschile che nel campione di Sesto Fiorentino sono risultati affetti da un disturbo da abuso di sostanze o di alcool (la qual cosa può essere spiegata con la peculiarità dell'area in cui l'indagine è stata realizzata, piuttosto che con una limitata frequenza di questi disturbi nella popolazione italiana).

Per quanto riguarda le specifiche classi di disturbi, l'11% della popolazione maschile ed il 21% di quella femminile di Sesto Fiorentino risulta aver sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo (categoria che comprende la depressione maggiore, gli episodi maniacali, la distimia, la ciclotimia e la depressione non altrimenti specificata). La frequenza dei disturbi d'ansia risulta parimenti elevata e differente nei due sessi (rispettivamente 9% nel sesso maschile e 22% in quello femminile). Il disturbo d'ansia generalizzata, riscontrato nel 4% del sesso maschile e nel 9% del sesso femminile, costituisce la categoria diagnostica specifica con la più elevata frequenza. La frequenza dei disturbi psicotici (categoria che comprende la schizofrenia e alcuni disturbi dello 'spettro' schizofrenico) è risultata pari allo 0,5% nel sesso maschile ed allo 0,9% nel sesso femminile. Ben il 60% delle persone con una storia personale di patologia mentale aveva sofferto, nel corso della propria vita, di più di un disturbo, con una media di 2,1 diagnosi psichiatriche a persona, la qual cosa conferma che la presenza di un disturbo mentale rappresenta un significativo fattore di rischio per l'insorgenza di altri disturbi mentali nel corso della vita.

In questo campione italiano, la grande maggioranza delle persone affette da un disturbo mentale aveva ricevuto un qualche trattamento. In 2/3 dei casi il trattamento era stato erogato da un medico di medicina generale e solo in 1/3 dei casi da uno specialista.

4. La frequenza della schizofrenia [Su](#)

La schizofrenia, che rappresenta senza dubbio uno dei più gravi disturbi mentali, presenta un'incidenza annuale (numero dei nuovi casi per anno) molto omogenea nei diversi paesi e contesti socio-culturali, come è stato chiaramente dimostrato dagli studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: essa oscilla tra 16 e 42 casi per 100.000 abitanti (in età compresa tra 18 e 54 anni). Anche per quanto riguarda la prevalenza (numero dei casi presenti in un determinato momento nella popolazione), dai numerosi studi condotti emerge una sostanziale omogeneità tra i vari paesi: circa lo 0,5% della popolazione è affetto da un disturbo di tipo schizofrenico, con una frequenza simile tra i due sessi. Nello studio di Sesto Fiorentino, lo 0,3% della popolazione studiata aveva sofferto di schizofrenia nel corso della propria vita.

Si può stimare quindi che in Italia circa 245.000 persone siano affette da un disturbo di tipo schizofrenico; di essi, la maggior parte sono, o sono stati, in trattamento presso un servizio psichiatrico.

5. Fattori sociodemografici di rischio [Su](#)

Molte ricerche hanno mostrato che numerose variabili di tipo socio-demografico rappresentano dei fattori di rischio significativi per l'insorgenza di un disturbo mentale, in particolare per quanto riguarda i disturbi affettivi ed i disturbi d'ansia.

Si è già notato che il sesso femminile soffre di questi disturbi in percentuale almeno doppia rispetto al sesso maschile. Per quanto riguarda lo stato civile, gli uomini coniugati e mai divorziati tendono ad avere, nella maggior parte delle ricerche, i tassi di insorgenza più bassi, mentre le donne divorziate, particolarmente quelle con figli e con una situazione coniugale insoddisfacente, presentano i tassi più elevati.

I disturbi depressivi sono, inoltre, più frequenti tra i disoccupati, tra i residenti in aree urbane rispetto ai residenti in aree rurali, tra le persone affette da malattie fisiche gravi o invalidanti, tra i sofferenti di handicap, oltre che tra i familiari di soggetti affetti da depressione (con un rischio di malattia 2-3 volte maggiore rispetto ai familiari di soggetti non affetti dal disturbo). Incerto è invece il rapporto tra frequenza di depressione ed economicità, in quanto alcune ricerche hanno riscontrato maggiori tassi di depressione tra i ceti socialmente ed economicamente più svantaggiati, mentre altri studi hanno messo in evidenza l'opposto.

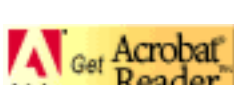
Fondate evidenze dimostrano che la frequenza della depressione è aumentata negli ultimi due-tre decenni, anche in Italia.

6. La salute mentale autopercepita [Su](#)

Dall'ultima rilevazione dell'ISTAT (trimestre settembre-dicembre 1999) emerge che il 3,8% della popolazione italiana lamenta soggettivamente un disturbo psichico (quale depressione, anoressia, bulimia, ecc.): questa percentuale corrisponde a circa 2.170.000 persone, cifra superiore a quella che spontaneamente riferisce di soffrire di altre patologie di rilievo per la sanità pubblica, quali diabete, disturbi cardiovascolari gravi, ulcera, ecc.



Versione completa del sito in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat Reader 4.0 clicca qui



Versione completa del sito in Microsoft Word

Le depressioni

MARIO MAJ

Istituto di Psichiatria, Università di Napoli SUN

1. Tristezza "normale" e depressione

2. Non "la depressione", ma "le depressioni"

3. Le "cause" delle depressioni

4. La "cura" delle depressioni: pillole o parole ?

5. Come comportarsi con le persone depresse?

1. Tristezza "normale" e depressione [Su](#)

Nel corso della loro vita, tutti gli esseri umani vanno incontro ad uno o più periodi di tristezza "normale", a seguito di perdite, delusioni o insuccessi. La durata di questi periodi può essere di giorni, settimane o mesi, e corrisponde al tempo necessario all'individuo per adattarsi all'evento spiacevole. La forza del carattere, la buona volontà, le distrazioni, i viaggi, l'affetto e il calore dei familiari e degli amici favoriscono questo adattamento. I farmaci antidepressivi non hanno alcun effetto. In questi casi, non si deve parlare di depressione.

La depressione propriamente detta è, invece, una condizione patologica, a cui va incontro nel corso della sua esistenza tra il 5 e il 15% degli esseri umani. Essa può insorgere anche del tutto spontaneamente (cioè, può non essere preceduta da alcun evento spiacevole). In altri casi, un evento scatenante c'è, ma la reazione della persona appare sproporzionata, per intensità e/o durata, rispetto all'evento. Il quadro clinico non comprende soltanto la tristezza, ma anche diversi altri aspetti (vedi oltre). Il funzionamento sociale e lavorativo è compromesso in maniera più o meno significativa. Le distrazioni e i viaggi non hanno alcun effetto sullo stato d'animo della persona oppure hanno un effetto molto limitato. Un adeguato trattamento farmacologico e/o psicoterapeutico è in grado invece, nella grande maggioranza dei casi, di migliorare in maniera molto significativa o di risolvere la situazione.

2. Non "la depressione", ma "le depressioni" [Su](#)

Alla gente arrivano continuamente due messaggi contrastanti per quanto riguarda la depressione. Da un lato, viene sostenuto che la depressione è una "malattia del cervello", su base biologica, che si cura soltanto con i farmaci e su cui le psicoterapie non hanno alcun effetto. Dall'altro, viene affermato che la depressione è una condizione di disagio esistenziale, su cui i farmaci possono avere a volte un effetto puramente sintomatico, ma hanno sempre il grave effetto avverso di non consentire all'individuo di prendere consapevolezza dei suoi problemi, la qual cosa è invece possibile con un intervento psicoterapeutico. Questi messaggi divergenti stanno avendo l'effetto di disorientare l'opinione pubblica e, quel che è peggio, le persone depresse e i loro familiari.

Qual è, dunque, la verità? La verità è che non esiste "la depressione", ma esistono "le depressioni", cioè una varietà di condizioni depressive, che si manifestano in maniera differente, che vengono prodotte da combinazioni differenti di fattori biologici, psicologici e sociali, e che si curano in maniera differente.

Questa varietà di condizioni depressive può essere rappresentata come un "continuum" (cioè, una gamma o uno spettro), che porta agli estremi due quadri tipici: da un lato la depressione maggiore melanconica e dall'altro la depressione minore ansiosa. Nella pratica clinica noi incontriamo diversi quadri depressivi che si avvicinano più o meno esattamente all'una o all'altra di queste due condizioni tipiche, ma anche diversi quadri che presentano caratteristiche intermedie o miste (e che si dispongono quindi idealmente nei vari punti del "continuum" compresi fra i due estremi).

La tipica depressione maggiore melanconica è caratterizzata dai seguenti aspetti:

1) **Profonda depressione del tono dell'umore.** La persona esprime verbalmente e manifesta con la mimica e il comportamento un vissuto di profondo dolore psichico, prostrazione e disperazione. Questo vissuto è insensibile alle influenze esterne (ad esempio, una parola di incoraggiamento o di conforto di un familiare o di un amico non è in grado di alleviarlo) e differisce dalla tristezza "normale" non solo dal punto di vista quantitativo (cioè, per la sua intensità e durata), ma anche sul piano qualitativo (cioè, per la sua natura; la persona riferisce che il suo vissuto attuale è cosa completamente differente da ciò che egli ha provato in passato a seguito, per esempio, della morte di una persona cara).

2) **Marcata riduzione o scomparsa dell'interesse e del piacere in tutte le attività.** Tutto ciò che abitualmente interessa quella persona e gli piace (la compagnia del partner e degli amici, la musica, lo sport, ecc.) non gli provoca più alcuna emozione significativa.

3) **Marcato rallentamento psichico e motorio.** La persona parla poco, risponde a monosillabi, si muove poco e lentamente (più di rado si osserva invece affollamento delle idee nella mente ed agitazione).

4) **Mancanza di energia; affaticabilità.**

5) **Sentimenti di inadeguatezza, di inutilità, di disperazione.** Nei casi più gravi, ci possono essere idee di colpa (la persona si accusa di gravi azioni che in realtà non ha commesso) o di rovina (il soggetto si convince che egli stesso e i suoi familiari siano destinati al fallimento).

6) **Mancanza di appetito e perdita di peso** (più raramente può aversi invece aumento dell'appetito e del peso).

7) **Disturbo del sonno** (in genere insonnia, per lo più consistente in un risveglio mattutino precoce; più raramente aumento della durata del sonno).

8) **Difficoltà a concentrarsi e a ricordare.**

9) **Pensieri di morte.** Nei casi più gravi, ci sono propositi e al limite tentativi di suicidio, in genere assai determinati (cioè, il soggetto vuole realmente togliersi la vita, e se non ci riesce è soltanto per caso o perché lo strumento che ha scelto non era efficace quanto egli pensava).

10) **Variazione diurna della sintomatologia** (peggioramento mattutino).

11) **Decorso episodico** (la patologia si presenta, cioè, in periodi circoscritti, con un inizio ed una fine abbastanza ben distinguibili). Spesso gli episodi non sono preceduti da eventi scatenanti. Oltre ad uno o più episodi depressivi, la persona può avere, nel corso della sua vita, uno o più episodi di eccitamento maniacale (con euforia immotivata, iperattività, loquacità eccessiva, idee grandiose, affari incauti o spese esagerate, aumento del desiderio sessuale), nel qual caso si parla di "disturbo bipolare".

La tipica depressione minore ansiosa è caratterizzata dai seguenti aspetti:

1) **Depressione del tono dell'umore meno marcata rispetto alla forma precedente.** Il vissuto depressivo può essere parzialmente e transitoriamente sensibile alle influenze esterne (cioè, una parola di incoraggiamento o di conforto di un familiare o di un amico può alleviare in parte e brevemente lo stato d'animo della persona). Inoltre, il vissuto differisce dalla tristezza "normale" sul piano quantitativo (cioè, è più intenso e duraturo e compromette in maniera significativa il funzionamento sociale e lavorativo) ma non dal punto di vista qualitativo (cioè, per la sua natura).

2) **Ansia accentuata** (in parte somatizzata, cioè espressa attraverso dolori e fastidi fisici a varia localizzazione, di cui il soggetto si lamenta ripetutamente ed appare assai preoccupato).

3) **Irrequietezza motoria.**

4) **Tendenza ad autocompiangersi e ad incolpare gli altri delle proprie condizioni.**

5) **Pessimismo; sentimenti di incapacità ed inutilità** (ma mai idee di colpa o di rovina).

6) **Astenia e affaticabilità.**

7) **Insonnia** (per lo più, difficoltà ad addormentarsi e fragilità del sonno, con incubi e risvegli frequenti).

8) **Irritabilità ed apprensività.**

9) **Disturbi della concentrazione e sensazione di "mente vuota".**

10) **Assenza della variazione diurna della sintomatologia** (oppure peggioramento nelle ore pomeridiane e serali).

11) **Decorso continuo o subcontinuo** (con esacerbazioni e remissioni in rapporto ad eventi esistenziali).

3. Le "cause" delle depressioni [Su](#)

Le depressioni sono patologie "complesse" o "comuni", come i tumori e le coronaropatie. Esse non hanno una "causa", ma riconoscono una serie di "fattori di rischio", che intervengono in misura differente da caso a caso e spesso non sono esattamente ricostruibili nel singolo caso. Più esattamente, nel caso delle depressioni, noi distinguiamo fattori predisponenti, fattori scatenanti e fattori protettivi.

I più importanti fattori predisponenti sembrano essere, allo stato attuale delle conoscenze : 1) la familiarità; 2) gli eventi di perdita e di separazione che intervengono nella prima infanzia; 3) uno stile di pensiero caratterizzato da una visione negativa di se stesso, del mondo e del futuro.

I più importanti fattori scatenanti sembrano essere: 1) gli eventi di perdita, separazione e insuccesso che intervengono nel corso della vita; 2) le malattie fisiche gravi e/o croniche; 3) alcune fasi della vita riproduttiva della donna (puerperio, menopausa); 4) l'uso di alcuni farmaci (alcuni anti-ipertensivi, i cortisonici, i contraccettivi orali).

I più importanti fattori protettivi (la cui presenza riduce la probabilità che si manifesti una condizione depressiva) sembrano essere: 1) il supporto sociale di cui la persona dispone; 2) una vita affettiva e lavorativa soddisfacente.

Quanto più il quadro clinico si avvicina al prototipo della depressione maggiore melanconica, tanto più importanti sembrano essere la familiarità e i fattori scatenanti di natura biologica. Quanto più il quadro clinico si avvicina al prototipo della depressione minore ansiosa, tanto più significativo sembra essere il ruolo dei fattori predisponenti e scatenanti di natura psicosociale.

4. La "cura" delle depressioni: pillole o parole ? [Su](#)

La terapia della depressione non può essere la stessa in tutti i casi. Non ha senso dire che "la depressione si cura con i farmaci" o che "la depressione si cura con le psicoterapie". Il trattamento deve essere personalizzato, cioè va impostato in ogni singolo caso sulla base di una serie di elementi, tra cui: 1) le caratteristiche del quadro clinico; 2) le malattie fisiche disponibili circa il ruolo dei vari fattori predisponenti, scatenanti e protettivi nel caso specifico; 3) le attuali condizioni fisiche della persona depressa; 4) la risposta che la persona ha presentato ad eventuali trattamenti precedenti.

Quanto più il quadro clinico si avvicina al prototipo della depressione maggiore melanconica, tanto più centrale è il ruolo dei farmaci. Tra questi, gli antidepressivi tricyclici (come l'imipramina, la clorimipramina, l'amitriptilina, la desipramina) sono i più potenti, ma presentano alcuni effetti collaterali frequenti e fastidiosi (come la bocca secca, la stitichezza e i disturbi nella visione da vicino), possono causare abbassamento della pressione arteriosa e sono pericolosi in caso di sovradosaggio. Altri farmaci in genere meglio tollerati sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram), la venlafaxina, la reboksetina, la mirtazapina, la mianserina, il trazodone, la S-adenosilmetionina. L'identificazione del farmaco più appropriato nel singolo caso richiede a volte vari tentativi successivi. Nel caso del disturbo bipolare, allo scopo di prevenire i nuovi episodi depressivi e maniacali, si attua in genere un trattamento a lungo termine con uno o più farmaci stabilizzatori dell'umore (litio, valproato, carbamazepina).

Quanto più il quadro clinico si avvicina al prototipo della depressione minore ansiosa, tanto più importante è il ruolo delle psicoterapie. Le psicoterapie oggi utilizzate nelle depressioni sono di tre tipi: 1) ad orientamento cognitivo, 2) ad orientamento interpersonale, 3) ad orientamento psicodinamico. Le psicoterapie ad orientamento cognitivo si propongono di identificare e correggere gli schemi mentali della persona (visione negativa di se stesso, del mondo, del futuro) che possono aver contribuito a produrre la condizione depressiva. Le psicoterapie ad orientamento interpersonale mirano ad identificare e correggere i problemi nelle relazioni interpersonali attuali che possono aver precipitato la condizione depressiva. Le psicoterapie ad orientamento psicodinamico si propongono di ricostruire gli eventi ed i conflitti di vecchia data che possono aver predisposto l'individuo alla depressione.

5. Come comportarsi con le persone depresse? [Su](#)

I familiari e gli amici di una persona depressa possono aiutarla: 1) ascoltandola con pazienza; 2) ripetendole che uscirà dalla sua attuale situazione; citando statistiche o casi di altre persone che sono venute fuori dalla depressione; 3) convincendola a rivolgersi ad uno specialista; offrendosi di prendere l'appuntamento e di accompagnarla; 4) controllando che la persona segua regolarmente la terapia e si presenti ai controlli o alle sedute. E' invece opportuno evitare di: 1) esortare la persona depressa a "reagire", a "metterci la buona volontà", a "distrarsi" (queste esortazioni danno alla persona depressa la sensazione di non essere compresa e possono accentuare il suo senso di colpa); 2) incoraggiare la persona depressa a cambiare il lavoro, la casa o il partner (tutte decisioni che non vanno prese finché è presente la depressione); 3) manifestare incertezze o perplessità sulla terapia in corso (queste, se esistono, vanno comunicate direttamente al terapeuta).



Versione completa del sito in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat Reader 4.0 clicca qui



Versione completa del sito in Microsoft Word

I disturbi d'ansia

GIOVANNI B. CASSANO

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

1. Che cos'è l'ansia?

2. Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD)

3. Il disturbo di panico (DAP)

4. Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

5. La fobia specifica

6. La fobia sociale (FS)

7. Il disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

1. Che cos'è l'ansia? [Su](#)

L'ansia è uno stato di attesa apprensiva, con anticipazione di eventi negativi mal definiti verso i quali il soggetto si sente indifeso e impotente.

In condizioni normali, l'ansia costituisce una reazione di difesa dell'organismo (correlata con l'istinto di conservazione), volta ad anticipare la percezione del pericolo prima che questo sia chiaramente identificato. Essa è accompagnata da un aumento della vigilanza e dall'attivazione di tutta una serie di meccanismi fisiologici (fra i quali l'aumento della frequenza cardiaca, del respiro e del tono della muscolatura), che predispongono l'organismo alla difesa o all'attacco. E' un "sistema di allarme" fisiologico ed utile alla sopravvivenza della specie.

Quando questo meccanismo è mal regolato, l'ansia diviene una risposta sproporzionata o irrealistica a preoccupazioni relative all'esistenza o all'ambiente ed assume la connotazione di un vero disturbo mentale. In tal caso, invece di favorire l'adattamento della persona all'ambiente, lo peggiora e rende necessario un intervento terapeutico.

In passato inclusi nell'ambito delle nevrosi, i disturbi d'ansia sono disturbi mentali molto diffusi, inquadrati dalla moderna psichiatria nelle seguenti categorie: disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, fobia specifica, fobia sociale, disturbo post-traumatico da stress.

2. Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) [Su](#)

Questo disturbo si manifesta con eccessiva ansia e preoccupazione per eventi ed attività della vita quotidiana (come prestazioni lavorative o scolastiche), in un clima di attesa apprensiva non facilmente controllabile. Ad esse si associano irrequietezza, stancabilità, difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno e sintomi fisici non gravi ma persistenti, quali nausea, mal di stomaco, difficoltà digestive, sudorazione, palpitazioni.

L'esordio può avvenire in età infantile o giovanile, in modo sfumato o a seguito di eventi stressanti, con un aumento dell'apprensività per possibili disgrazie, tensione motoria, tremori, incapacità a rilassarsi, sudorazione, tachicardia e respiro frequente. Se il disturbo si aggrava, l'individuo perde totalmente la tranquillità, è sempre "in pensiero", in stato di vigilanza ed allarme, in costante attesa di un evento negativo. La sirena di una ambulanza, un banale ritardo, la notizia di un incidente stradale costituiscono la certezza di una disgrazia occorsa a qualcuno dei familiari. Questo stato di tensione interferisce col funzionamento generale e determina sempre nuovi motivi di infelicità. I tentativi di rassicurare la persona, minimizzando le sue preoccupazioni, sono in genere inefficaci o determinano un sollievo di breve durata.

Spesso il GAD è complicato da abuso o dipendenza da farmaci o sostanze (ansiolitici, antidolorifici, alcool), assunti dalla persona come impropria automedicazione. La continua attesa apprensiva può complicarsi con uno stato depressivo, o associarsi a complicanze fisiche come ipertensione, ulcera peptica, malattie cardiache.

Il GAD si avvale di un trattamento sia farmacologico (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, antidepressivi triciclici, benzodiazepine, trazodone, beta-bloccanti, buspirone) che psicoterapico (di tipo cognitivo, comportamentale, psicodinamico, interpersonale, di sostegno). Risultano anche indicate tecniche di rilassamento quali il training autogeno, il biofeedback, l'ipnosi e la meditazione trascendentale.

3. Il disturbo di panico (DAP) [Su](#)

Questo disturbo si manifesta con l'insorgere di stati di ansia improvvisi, "a ciel sereno", privi di causa apparente, denominati attacchi di panico, caratterizzati da intensa apprensione, paura o terrore, spesso con sensazione di catastrofe imminente. Ci si sente soffocare, si teme di morire, di impazzire o di perdere il controllo. Spesso si presentano sintomi come tachicardia, palpitazioni, senso di oppressione toracica, tremori, tensione muscolare, formicolii, senso di instabilità, vertigini, a volte nausea, vomito, vampate di caldo o freddo, sudorazione, visione offuscata, senso di irrealtà e di estraneità rispetto all'ambiente.

In genere l'attacco inizia con un sintomo, al quale seguono, nell'arco di 10 minuti, gli altri sintomi "a cascata". Spesso l'esordio è in vicinanza con eventi importanti (matrimonio, cambiamento di casa o di lavoro, perdita di una persona cara, laurea, ecc.). L'insorgere dell'attacco determina una reazione angosciata ed un'immediata richiesta di soccorso (medico di base, pronto soccorso), sostenuta dal timore di una grave malattia. Se il disturbo non viene riconosciuto e trattato, gli attacchi si susseguono con conseguenze spesso invalidanti.

Gli attacchi di panico possono presentarsi in forma piena (4 o più sintomi), in forma attenuata (2-3 sintomi) o in forma di sintomi isolati. Possono essere spontanei (senza causa apparente) o situazionali (scatenati da particolari situazioni). Se non vengono curati, determinano l'insorgere della cosiddetta ansia anticipatoria (la paura della paura, la paura costante di un nuovo attacco).

Il DAP non curato può complicarsi con:

1) Agorafobia - Si teme di uscire non accompagnato; si evitano i luoghi chiusi o quelli troppo aperti o affollati; ci si sente in difficoltà a guidare l'automobile o ad utilizzare mezzi pubblici; si evitano autostrade o superstrade o gallerie. Se gli attacchi si susseguono, la paura aumenta e le uscite avvengono soltanto con un accompagnatore fidato. Vengono evitate le situazioni dove in caso di un attacco il soccorso sarebbe difficile o imbarazzante per la presenza di estranei. I luoghi dove si sono già verificati attacchi divengono proibiti. In questo modo si rinuncia ad una vita normale ed autonoma.

2) Polarizzazioni ipocondriache - Ci si preoccupa per la propria salute. Piccoli sintomi, come fitte, dolori, formicolii, in passato inosservati, sono interpretati in modo catastrofico. Per un piccolo dolore al petto si pensa all'infarto; una fitta o un formicolio alla testa preannuncia l'ictus. Il timore delle malattie può anche esprimersi col timore di impazzire (tipica la paura di divenire schizofrenici). Queste preoccupazioni, momentaneamente sensibili alla rassicurazione (di amici e parenti, soprattutto del medico), finiscono per divenire un pensiero continuo e per togliere alla persona qualsiasi serenità.

3) Demoralizzazione secondaria - Subentra uno stato di depressione; l'energia si esaurisce, le prospettive per il futuro si chiudono.

4) Dipendenza da farmaci e sostanze - Una prolungata terapia con ansiolitici, un tempo ritenuta il trattamento di prima scelta, può determinare dipendenza. Il disturbo può inoltre complicarsi con abuso o dipendenza da alcool.

5) Fobia per i farmaci - E' frequente la paura dei farmaci e la particolare sensibilità ai loro effetti collaterali.

Il trattamento si avvale di interventi sia farmacologici che psicoterapici. I farmaci più utilizzati sono i serotonergici (paroxetina, citalopram e sertralina); gli antidepressivi triciclici (imipramina, clorimipramina, trimipramina); le benzodiazepine, per periodi limitati (1-3 settimane); gli inibitori delle monoamino-ossidasi (fenelzina).

4. Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) [Su](#)

Questo disturbo è caratterizzato da ossessioni e compulsioni.

Con il termine ossessione si indica una idea, un pensiero, una parola, un ricordo, una immagine mentale o un impulso, che si intramette nella mente e che non si riesce ad allontanare pur riconoscendone l'irragionevolezza. L'idea o pensiero causa profonda ansia e disagio e il soggetto tenta perciò di neutralizzarlo con altri pensieri o azioni.

Per compulsione si intende una spinta o un impulso ad agire, che si mette in atto in risposta a un'ossessione (ad esempio, la persona si sente costretta a lavarsi per ore, ritenendosi contaminata per aver toccato qualcosa). Questo comportamento, volto a ridurre la tensione generata dall'idea ossessiva o a prevenirne con modalità scaramantiche eventi temuti, si presenta in forma rituale. A tutti capita di tornare indietro per controllare se si è chiuso il gas o la porta di casa o di lavarsi le mani se sporche. Le persone con DOC possono ripetere queste azioni per ore senza riuscire a trattenersi, pur rendendosi conto della loro inutilità. Talvolta le ossessioni spingono a "non fare": non si entra in chiesa per paura di sentirsi costretti a bestemmiare o a pensare cose sconvenienti sul piano sessuale, o si evita di prendere i coltelli per paura di sentirsi costretti a colpire il proprio figlio. Sebbene la ripetizione dei rituali possa attenuare lo stato di ansia e di tensione interna, il paziente non trae piacere dalla loro esecuzione.

Spesso si presentano idee e pensieri ricorrenti di contaminazione (causata da germi, sostanze tossiche, veleni, radiazioni, ecc.), che determinano rituali consistenti in una minuziosa ed esasperata pulizia della propria persona e nella disinfezione dell'ambiente. Frequenti anche le ossessioni dubitative, con il timore di non aver eseguito correttamente piccole incombenze quotidiane, e quelle di ordine esistenziale, filosofico o religioso. Comuni sono i rituali di ordine, rappresentati dal ripetersi di azioni volte a riordinare (allineare i libri o i soprammobili, mettere in ordine i cassetti o gli abiti prima di coricarsi) e i rituali di simmetria (raddrizzare i quadri appesi, disporre in modo simmetrico gli oggetti sul tavolo o rendere simmetrici i propri movimenti, ad esempio nel camminare) o di controllo (controllare anche per ore se si sono chiuse le finestre o se si è spenta la luce). Un altro elemento centrale nel DOC è costituito dal dubbio in cui si viene a trovare la persona nel valutare diverse possibilità, tanto che le sue decisioni risultano paralizzanti.

Il DOC può determinare in breve tempo una compromissione dell'adattamento lavorativo (ad esempio, per i ritardi causati dall'esecuzione dei rituali), familiare e sociale.

Ritenuto in passato uno dei disturbi mentali resistenti ad ogni tipo di trattamento, il DOC si avvale oggi dell'impiego di farmaci (quali la clorimipramina e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e di un intervento psicoterapico (soprattutto di tipo cognitivo e comportamentale).

5. La fobia specifica [Su](#)

La fobia specifica è caratterizzata da una paura intensa ed irrazionale di particolari oggetti, animali o situazioni (stimoli fobici), la cui presenza determina invariabilmente una risposta ansiosa, commista a sentimenti di repulsione e disgusto. Si sviluppano condotte di evitamento, più o meno invalidanti a seconda della diffusione e delle possibilità d'incontro con gli oggetti e le situazioni temute. Si ha la consapevolezza che il pericolo è minimo o inesistente, ma ciò non riduce la paura. Il solo pensiero di un possibile contatto con la situazione o con l'oggetto fobico scatena una risposta ansiosa.

Le fobie più comuni sono quelle per animali (topi, cani, gatti, insetti, ragni); per ambienti naturali (altezze, temporali, acqua); per situazioni (aeroplani, luoghi chiusi, ascensori); per sangue, iniezioni e ferite. Ve ne sono poi altre, quali la paura di vomitare, di soffocare e di contrarre una malattia.

Gli stimoli alla base delle fobie hanno in genere un significato ancestrale per la sopravvivenza; in altre parole, gli uomini sono predisposti a sviluppare paure ed evitamento verso oggetti e situazioni potenzialmente pericolosi per la specie. Di qui la fobia per serpenti, ragni, felini, ecc.. Spesso la fobia specifica può essere riconducibile a precedenti esperienze traumatiche (ad esempio, essere stato aggredito da animali o essere rimasto rinchiuso in un ascensore).

Questa condizione va distinta dal disturbo (nel quale le compulsioni di evitamento sono mirate a quelle situazioni in cui è difficile ricevere aiuto), dal disturbo ossessivo-compulsivo (in cui l'evitamento è collegato alle idee ossessive) e dalla fobia sociale (in cui a scatenare l'ansia sono le situazioni in cui si può essere esposti al giudizio degli altri).

Dal punto di vista terapeutico, la fobia specifica ha una risposta favorevole alla terapia comportamentale, basata sulla esposizione progressiva alle situazioni temute.

6. La fobia sociale (FS) [Su](#)

In questa condizione l'ansia, talmente intensa da divenire invalidante, si presenta nelle situazioni nelle quali si è esposti al giudizio degli altri. Queste situazioni vengono evitate per il timore di apparire imbarazzati, goffi, ridicoli o di agire in modo umiliante.

Anche se assomiglia ad una timidezza esagerata, la FS è qualitativamente differente. Una persona timida può provare tensione prima e durante le situazioni di socialità, ma è in grado di percepire negli altri un'accettazione positiva. Al contrario, un soggetto con fobia sociale è incapace di cogliere segnali positivi dal prossimo e si sentirà comunque deriso o rifiutato.

Questo disturbo può determinare una significativa compromissione dell'adattamento relazionale, lavorativo e sociale. Se si è affetti da fobia sociale, oltre a presentare una eccessiva sensibilità al giudizio altrui, si ha una bassa autostima, una percezione negativa degli altri (vissuti come critici e disapprovanti), la tendenza a divenire ansiosi anche solo immaginando la situazione temuta (ansia anticipatoria).

La paura, eccessiva o irragionevole, risulta incontrolabile e le situazioni sociali o prestazionali temute sono sopportate con intensità o disagio. In esse si manifestano facilmente rossore al volto, sudorazione, palpitazioni, vertigini, tremori, che creano gravi difficoltà sul piano relazionale e socio-lavorativo, ed innescano condotte di evitamento.

Le circostanze più temute nella fobia sociale sono costituite dal telefonare, mangiare o bere in pubblico, prendere la parola o svolgere attività di fronte ad un pubblico, lavorare o scrivere quando si è osservati, urinare nei bagni pubblici, entrare in una stanza quando tutti sono già seduti, sostenere un esame, esprimere disaccordo a persone poco conosciute, presentare una relazione ad un gruppo di persone, tentare di conoscere qualcuno e partecipare ad incontri di piccoli gruppi.

La FS viene distinta in specifica (riferita ad una singola situazione temuta ed evitata) e generalizzata (estesa ad ogni situazione sociale che comporti prestazioni pubbliche o che preveda dall'altro).

Spesso la FS si associa ad abuso di sostanze o alcool, messo in atto a scopo autoterapico nel tentativo di alleviare l'ansia per le situazioni temute.

Una corretta diagnosi e ad un trattamento specifico sono spesso ostacolati dal fatto che la persona non si rende conto di presentare un disturbo mentale trattabile e non richiede cure.

Il trattamento si avvale di farmaci, come gli inibitori delle monoamino-ossidasi (fenelzina), i beta-bloccanti (atenololo), gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (paroxetina, fluvoxamina, citalopram), le benzodiazepine (alprazolam e clonazepam) e gli antidepressivi triciclici, nonché di un approccio psicoterapico comportamentale, con tecniche quali la "desensibilizzazione sistematica" e il "social skills training", volti alla riorganizzazione cognitiva e all'orientamento della persona nei confronti dei propri disturbi.

7. Il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) [Su](#)

Questo disturbo si osserva a seguito di crimini (rapimenti, violenze sessuali, ecc.), disastri naturali (terremoti, inondazioni, ecc.), gravi incidenti, periodi di prigionia, guerre. E' caratterizzato dalla ripetuta esperienza di vivere l'evento, sotto forma sia di sogni o incubi notturni, che disturbano notevolmente la qualità e la durata del sonno, sia di ricordi improvvisi e vividi, vissuti come invasivi.

Ci si trova costantemente in uno stato di allarme e di ipervigilanza, con ipersensibilità alle stimolazioni ambientali, in cui si inseriscono improvvise esplosioni di collera e di aggressività. Ci si sente irritabili, nervosi, e si tende ad evitare tutti gli stimoli che possono rievocare l'evento. Si avverte inoltre un distacco sul piano emozionale, che fa sentire estranei a quanto accade intorno.

La frequenza del disturbo, generalmente bassa, aumenta fino all'85% nelle popolazioni esposte a calamità naturali (inondazioni, guerre, ecc.).

La terapia si avvale in prima istanza di un intervento psicoterapico (le tecniche maggiormente utilizzate sono la psicoterapia di gruppo, la psicoterapia cognitiva e l'ipnosi), associato ad una terapia farmacologica a base di benzodiazepine a breve durata d'azione, antidepressivi e stabilizzanti dell'umore.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

La schizofrenia

CARMINE MUNIZZA
Dipartimento Salute Mentale ASL 4, Torino

1. Una malattia rara ed incurabile?

2. L'esordio della malattia

3. I sintomi

4. Le "cause"

5. Le cure

6. ...E gli altri?

1. Una malattia rara ed incurabile? [Su](#)

La maggior parte delle persone ha la convinzione che la schizofrenia sia una malattia rara ed incurabile. Entrambe queste opinioni sono ingiustificate. Infatti, la schizofrenia colpisce una persona su duecento, in tutto il mondo, in qualsiasi classe sociale. Questo significa che in Italia vi sono circa 245.000 persone che soffrono di questo disturbo. Coloro che si ammalano appartengono a tutte le classi sociali. Non si tratta, pertanto, di un disturbo causato dall'emarginazione o dal disagio sociale.

Secondo i dati riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa un terzo delle persone che si ammalano di schizofrenia guarisce, tornando a svolgere la vita precedente alla crisi senza ulteriori ricadute. Un terzo guarisce con difetto: deve continuare a prendere farmaci e ha una riduzione del rendimento sul lavoro e nella qualità della vita sociale. Un terzo infine ha un'evoluzione verso la cronicità: ha difficoltà molto serie a lavorare e a mantenere una rete di relazioni sociali al di fuori della propria famiglia e dell'ambiente sanitario.

2. L'esordio della malattia [Su](#)

La malattia si manifesta di solito in età giovanile, tra i 18 e i 28 anni. L'esordio può avvenire in modo brusco e improvviso, oppure essere preceduto da un periodo di lunghezza variabile in cui la persona si chiude in se stessa, appare sempre meno interessata al mondo circostante, lascia senza motivo amici e relazioni sentimentali, perde il lavoro o interrompe la scuola.

E' molto importante riuscire a fare una diagnosi precoce, perché il trattamento farmacologico tempestivo e una rapida presa in carico possono influenzare il decorso della malattia. In molti casi i primi sintomi sono difficili da distinguere rispetto ad una "normale" crisi adolescenziale. Inoltre, le persone non sono in grado di riconoscersi come malate: per loro, la realtà in cui vivono è molto più certa di quella in cui siamo immersi noi.

3. I sintomi [Su](#)

La distinzione principale è tra sintomi "produttivi" e sintomi "negativi". I primi comprendono sintomi come i deliri e le allucinazioni, che non appartengono alle esperienze normali; i secondi (appiattimento affettivo, anedonia, ritiro sociale) esprimono l'assenza o la riduzione di un aspetto del funzionamento mentale. In linea generale, si considera la prevalenza di sintomi "produttivi" come un indicatore favorevole per l'andamento della malattia. Al contrario di quanto si può immaginare, le crisi ad esordio brusco e con presenza di sintomi imponenti sono più facilmente superabili di quelle subdole e prolungate nel tempo.

I sintomi più comuni della malattia sono i seguenti:

1. **Deliri.** Il delirio è un'idea o una convinzione che non ha nessun fondamento nella realtà e non è condivisa dalle altre persone. Un fatto percepito correttamente, ad esempio essere osservati da qualcuno alla fermata del tram, viene interpretato in maniera distorta (ad esempio, diventa la prova di un complotto). I deliri più frequenti nella schizofrenia sono quelli persecutori, di grandezza, di riferimento, di lettura del pensiero.

2. **Allucinazioni.** Le allucinazioni sono delle percezioni in assenza di oggetto (cioè, la persona sente o vede cose che in realtà non esistono). Le più tipiche nella schizofrenia sono le allucinazioni uditive: la persona sente voci che la minacciano o la insultano o commentano le sue azioni o le comandano di fare determinate cose.

3. **Disordine del pensiero.** E' alterata la sequenza logica nella costruzione del pensiero, per cui il discorso della persona appare disorganizzato e frammentato.

4. **Affettività inappropriata o appiattita.** Le manifestazioni affettive della persona possono essere inappropriate rispetto alla situazione, oppure può esserci una riduzione della capacità di manifestare le proprie emozioni.

5. **Anedonia e ritiro sociale.** Si ha una progressiva perdita d'interesse per ogni contatto sociale, che può arrivare fino al totale isolamento.

Solo nei casi più gravi questi sintomi sono costantemente presenti nel paziente. Molto più spesso, invece, si distinguono fasi acute, in cui i sintomi sono evidenti, e fasi di compenso, in cui i sintomi sono sotto controllo e l'individuo può condurre una vita più o meno normale. In queste ultime fasi, la persona può mantenere un'eccessiva sensibilità agli stimoli del mondo esterno, in particolare a quelli che possono creare una situazione di confusione o di stress.

4. Le "cause" [Su](#)

La maggior parte degli esperti ritiene che la schizofrenia non abbia una causa unica, ma che siano necessari molti fattori per produrre la malattia.

Alcuni aspetti legati al corredo genetico o a traumi nel parto possono creare nel soggetto una predisposizione (vulnerabilità) a sviluppare la malattia se sottoposto a particolari situazioni di stress nel suo ambiente (cioè, a situazioni che richiedono un aumento delle prestazioni affettive e cognitive al limite delle sue possibilità di sopportazione).

La schizofrenia non è causata da fatture, maledizioni o interventi magici. Anche se per alcune persone il mondo della magia è reale quanto quello della scienza, è necessario ribadire che la schizofrenia è una malattia, che va curata dai medici e dagli specialisti. Il ricorso a maghi e personaggi dell'occulto è uno spreco di denaro che può avere conseguenze pericolose per il paziente, rinforzando i suoi deliri e le sue allucinazioni.

L'uso di droghe non causa di per sé la schizofrenia, anche se può agire come effetto scatenante. Le droghe più pericolose sono l'eroina, la cocaina, l' LSD e in generale tutte le sostanze che hanno effetti allucinogeni. Alcuni soggetti usano le droghe nei primi periodi della malattia, perché possono per un certo tempo avere un effetto calmante, ma in breve esse hanno conseguenze devastanti.

Le delusioni affettive, come essere lasciati dal partner, o sociali, ad esempio problemi durante il servizio militare, oppure perdere il lavoro, non sono la causa della malattia, ma rappresentano in molti casi la classica goccia che fa traboccare il vaso; sono cioè situazioni che in una persona già fragile e predisposta possono scatenare la crisi.

5. Le cure [Su](#)

Una componente centrale nel trattamento della schizofrenia è la terapia farmacologica. I farmaci utilizzati da più di trent'anni nella pratica per il controllo dei disturbi caratteristici della schizofrenia sono gli antipsicotici. Nella pratica e nella ricerca è stata dimostrata l'efficacia di questi farmaci sui sintomi "produttivi" (deliri, allucinazioni), mentre finora gli stessi risultati non si sono ottenuti con i sintomi "negativi" (appiattimento affettivo, anedonia, ritiro sociale). Circa il 25% dei pazienti risponde a questi farmaci in maniera insoddisfacente.

Un discorso a parte meritano i cosiddetti antipsicotici atipici, che, oltre ad agire sui sintomi "produttivi", migliorano anche quelli "negativi", e sono meglio tollerati rispetto agli antipsicotici di prima generazione.

Nella schizofrenia sono utilizzate varie forme di psicoterapia, sia individuale che di gruppo. Quelle di tipo cognitivo-comportamentale mirate ai deliri e alle allucinazioni hanno un'efficacia documentata dalla ricerca.

Gli interventi riabilitativi aiutano la persona a recuperare le capacità sociali che si sono perse durante la malattia. Dopo la crisi, il paziente deve essere aiutato a recuperare la capacità di spostarsi autonomamente, a riprendere o trovare un lavoro che sia adatto alla sua attuale condizione, a recuperare l'abitudine ad avere rapporti sociali, con amici o con l'altro sesso.

Un discorso particolare va fatto per l'intervento psicoeducativo, che riguarda tutta la famiglia e che aiuta a trovare una maniera di stare assieme, superando le difficoltà del passato e creando un ambiente più sereno per tutti.

Il trattamento della schizofrenia richiede spesso l'intervento di più figure professionali tra loro coordinate. Pertanto è consigliabile il ricorso ad una struttura, pubblica o privata, che possa garantire una presa in carico articolata. In molti casi è necessario, nelle fasi acute, il ricovero. In Italia non esistono più i manicomi e il ricovero è sempre temporaneo, spesso anche breve, presso reparti collocati in ospedali generali. Il trattamento prosegue poi presso strutture (ambulatori, centri diurni, servizi di riabilitazione) situate nel territorio.

6. ...E gli altri? [Su](#)

Il problema della schizofrenia non può essere affrontato solo dai servizi sanitari, né, tantomeno, le famiglie possono essere lasciate sole nelle loro difficoltà. Un grande aiuto può essere fornito da tutti quelli che, a vario titolo, sono in grado di essere vicini e di condividere l'esperienza della malattia con il paziente e con i suoi familiari. Parliamo dei parenti, degli amici e anche del volontariato sociale. Una persona che soffre di schizofrenia non è solo un malato, ma è anche un individuo che patisce la solitudine, l'isolamento sociale, le difficoltà nel rapporto con il resto del mondo. Del resto, la famiglia del paziente sperimenta spesso le stesse situazioni. Le persone che hanno questi problemi hanno bisogno soprattutto di vivere dei rapporti "naturalisti", con persone che non sono "costrette" a stare con loro in quanto familiari o specialisti pagati per curare.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Anoressia nervosa e bulimia nervosa

MARIO MAJ, PALMIERO MONTELEONE, ARMIDA MUCCI
Istituto di Psichiatria, Università di Napoli SUN

1. [Che cos'è l'anoressia nervosa?](#)

2. [Che cos'è la bulimia nervosa?](#)

3. [Quanto sono diffuse l'anoressia e la bulimia nervosa?](#)

4. [Le "cause" dell'anoressia e della bulimia nervosa](#)

5. [La cura dell'anoressia e della bulimia nervosa](#)

1. [Che cos'è l'anoressia nervosa?](#) [Su](#)

L'anoressia nervosa è una condizione caratterizzata dai seguenti aspetti:

1) **Distorsione dell'immagine corporea e paura patologica di ingrassare.** La persona si sente grassa anche se è obiettivamente sottopeso, oppure percepisce come "troppo grasse" alcune parti del proprio corpo (in genere l'addome, le cosce, i glutei). Di conseguenza, per dimagrire, osserva digiuni prolungati, cerca di sbarazzarsi del cibo ingerito (attraverso il vomito e/o l'uso improprio di lassativi, enteroclisti o diuretici), o intraprende un'attività fisica eccessiva. Il risultato è un calo del peso corporeo al di sotto del livello minimo considerato normale per l'età e la statura.

2) **Eccessiva influenza del peso e della forma corporea sui livelli di autostima.** L'immagine distorta e negativa del proprio corpo influenza negativamente i livelli di autostima, per cui la persona prova sentimenti di incapacità e inadeguatezza, compensati solo in parte dalle sensazioni positive derivanti dall'attuazione di un rigido controllo della propria fame. Tali sentimenti possono spingere il soggetto ad un progressivo isolamento sociale, favorito anche dalla necessità di nascondere le abitudini alimentari incongrue.

3) **Alterazioni organiche secondarie alla denutrizione.** La perdita di peso è spesso accompagnata da problemi fisici, derivanti dall'inadeguata nutrizione. Il segno più caratteristico è la scomparsa delle mestruazioni (o il ritardo nella loro comparsa, nel caso di ragazze in età prepubere). Possono essere presenti, inoltre, demineralizzazione ossea, alterazioni cutanee, disturbi gastrointestinali, danni muscolari. Nei casi molto gravi, può subentrare la morte per turbe della funzionalità cardiaca.

4) **Sindromi psichiatriche associate.** Il quadro psicopatologico si può complicare per la comparsa di sindromi depressive, a volte con ideazione suicidaria, e disturbi d'ansia.

L'esordio avviene quasi sempre dopo una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilo di troppo. Nelle fasi iniziali, la persona prova una sensazione di euforia vittoriosa per il raggiungimento dell'obiettivo del dimagrimento; poi, con l'andare del tempo e col proseguire del calo ponderale, arriva un momento in cui la persona perde completamente il controllo sulla propria alimentazione, per cui il dimagrimento prosegue senza alcuna possibilità di arrestarlo volontariamente.

Il decorso può essere limitato ad un singolo episodio di malattia o, più frequentemente, è di tipo cronico con andamento continuo o subcontinuo.

2. [Che cos'è la bulimia nervosa?](#) [Su](#)

La bulimia nervosa è una condizione caratterizzata dai seguenti aspetti:

1) **Frequenti abbuffate alimentari.** La persona prova, in vari momenti della sua giornata, un irresistibile desiderio di cibo, che sfocia in episodi di iperalimentazione incontrollata (abbuffate), durante i quali ingerisce quantità massicce dei più svariati alimenti ed ha la sensazione di non essere in grado di smettere di mangiare. L'abbuffata può essere innescata da sensazioni di tensione, noia, solitudine o tristezza. Essa termina perché la persona si sente estremamente piena o nauseata o perché teme di essere scoperta o perché ha esaurito le scorte di cibo. Anche se l'abbuffata può allentare la tensione e gli altri sentimenti negativi che l'hanno precipitata, i sentimenti di colpa che assalgono la persona dopo l'episodio di iperalimentazione sono tali da generare nuova ansia e tensione che, a loro volta, possono portare ad una nuova abbuffata.

2) **Ricorrenti e inappropriati comportamenti di compenso.** La persona tenta di mitigare gli effetti ingrassanti del cibo ingerito durante le abbuffate, mettendo in atto uno o più dei seguenti comportamenti: 1) vomito autoindotto; 2) uso improprio di purganti; 3) lunghi periodi di digiuno; 4) uso di farmaci ad effetto anoressizzante o dimagrante (estratti di tiroide); 5) esercizio fisico eccessivo.

3) **Eccessiva influenza del peso e della forma corporea sui livelli di autostima.** Analogamente alle persone anoressiche, anche quelle bulimiche sono eccessivamente preoccupate per la forma e il peso del loro corpo e hanno una distorta immagine di sé che influenza negativamente i livelli di autostima. Frequenti sono, quindi, i sentimenti di incapacità e inadeguatezza.

4) **Sindromi psichiatriche associate.** Frequentemente il quadro bulimico coesiste con disturbi depressivi e ansiosi. In diversi casi si instaura abuso di alcool e/o di altre sostanze.

Differentemente dalle persone anoressiche, le bulimiche hanno un peso normale o sono lievemente sovrappeso. Inoltre, le conseguenze organiche dell'alterato comportamento alimentare non sono, in genere, così gravi come nell'anoressia nervosa.

3. [Quanto sono diffuse l'anoressia e la bulimia nervosa?](#) [Su](#)

La diffusione dell'anoressia e della bulimia nervosa è andata progressivamente aumentando nel corso degli ultimi decenni. Oggi si stima che l'anoressia nervosa interessi lo 0,2-0,8% e la bulimia nervosa l'1-2% della popolazione. Il sesso femminile è colpito in maniera preponderante rispetto a quello maschile, con un rapporto di 9:1. L'età di insorgenza si colloca generalmente nell'adolescenza o nella prima giovinezza. Entrambi i disturbi sono più frequenti nelle culture occidentali, nella razza bianca e in particolari gruppi a rischio nei quali sono enfatizzati la snellezza e la forma fisica quali prerequisiti per il successo (modelle, danzatrici, atlete).

4. [Le "cause" dell'anoressia e della bulimia nervosa](#) [Su](#)

Non esiste una causa unica alla base dell'anoressia e della bulimia nervosa. Oggi si ritiene che a determinare queste condizioni concorrano più fattori: a) alcuni aspetti della personalità (estrema dipendenza dell'autostima dal giudizio altrui e dai risultati raggiunti; perfezionismo); b) relazioni familiari distorte; c) possibili disfunzioni a carico dei sistemi implicati nella modulazione delle sensazioni di fame e sazietà; d) fattori socio-culturali (messaggi dei mass-media che enfatizzano la magrezza quale prerequisito per il raggiungimento del successo e della felicità).

5. [La cura dell'anoressia e della bulimia nervosa](#) [Su](#)

Al momento, si ritiene che le maggiori probabilità di successo terapeutico siano garantite dalla contemporanea pratica di un counselling dietetico-nutrizionale, di una psicoterapia e di una farmacoterapia.

Il counselling dietetico-nutrizionale mira alla correzione delle abitudini nutrizionali scorrette, attraverso il monitoraggio quotidiano dell'alimentazione (diario alimentare) e l'osservazione di una dieta individualizzata. La psicoterapia si avvale di numerose tecniche, anche se attualmente gli indirizzi ritenuti più adeguati sono quello cognitivo-comportamentale (che mira a correggere gli schemi mentali del paziente - bassa stima di se stesso, distorsione dell'immagine corporea - che hanno favorito la strutturazione di comportamenti alimentari incongrui) e quello sistemico-relazionale (che mira ad intervenire sulle relazioni familiari distorte). La farmacoterapia prevede, nel caso della bulimia nervosa, la somministrazione di composti (quali fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram) efficaci nel controllo delle crisi bulimiche, mentre nel caso dell'anoressia nervosa mira soprattutto alla cura delle eventuali patologie psichiatriche associate (depressione e disturbi d'ansia) e a correggere le disfunzioni organiche conseguenti alla denutrizione.

Nei casi senza complicanze organiche e in cui si può contare sulla piena disponibilità della persona ad accettare la cura e sulla collaborazione dei familiari, il trattamento è di tipo ambulatoriale. Qualora la collaborazione del paziente e/o dei familiari non sia ritenuta sufficiente, si preferisce un trattamento in day-hospital. Il ricovero ordinario in un reparto di degenza si rende necessario soprattutto nei casi di anoressia nervosa con calo ponderale estremo e/o totale rifiuto a rialimentarsi, per cui si deve procedere all'alimentazione mediante sondino naso-gastrico o per via parenterale. Il ricovero è altresì indicato nei soggetti a rischio di suicidio o quando è necessario allontanare il paziente dal proprio ambiente familiare. Una volta raggiunto lo scopo terapeutico primario (correzione del regime dietetico-alimentare, scomparsa delle abbuffate e del vomito, mantenimento di un adeguato peso corporeo), è necessario seguire a lungo la persona per prevenire le eventuali ricadute.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 [clicca qui](#)



Versione completa
del sito in Microsoft Word

I disturbi da abuso di sostanze

GIOVANNI B. CASSANO

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

1. Generalità e fattori predisponenti

2. Eroina

3. Alcool

4. Ecstasy e allucinogeni

5. Cocaina e amfetamine

6. Cannabis

7. Inalanti

1. Generalità e fattori predisponenti [Su](#)

I disturbi da abuso di sostanze sono un grave problema di salute pubblica, con costi sociali rilevanti, sia per le attività di prevenzione e di trattamento che richiedono, sia per i problemi di assenteismo, perdita di produttività, criminalità che comportano.

Nella loro forma più grave, le dipendenze, si caratterizzano per i seguenti aspetti: 1) progressiva perdita di controllo sull'assunzione della sostanza; 2) presenza di una sindrome da astinenza più o meno grave a seguito della sospensione della sostanza; 3) necessità di aumentare le dosi per ottenere lo stesso effetto iniziale (assuefazione); 4) presenza del "craving" (la fame per la sostanza, che ne determina la continua ricerca); 5) perdita di controllo sul comportamento, che è rivolto alla sola ricerca della sostanza; 6) elevata frequenza di ricadute dopo le fasi di disassuefazione; 7) compromissione del funzionamento lavorativo, familiare e sociale.

Alla base del fenomeno della dipendenza sembra essere un meccanismo presente nel cervello, denominato "brain rewarding system" (BRS) o "sistema cerebrale della gratificazione". Questo sistema funziona in modo da premiare i comportamenti utili all'adattamento, generando sensazioni di euforia e di appagamento ogni volta che una persona mette in atto questi comportamenti con successo. Quindi, le sensazioni di soddisfazione ed euforia provate per un esame superato o per la conquista di un partner sentimentale costituiscono un premio, un "rinforzo positivo". Queste sensazioni sono determinate da sostanze presenti nel cervello, denominate beta-endorfine, le quali stimolano il BRS. In alcuni individui il sistema delle endorfine risulta carente ed il BRS non è adeguatamente stimolato. Queste persone sono sempre sottilmente scontente, indifferenti di fronte a qualsiasi risultato e incapaci di provare sensazioni piene di gioia ed appagamento. Sovente tentano un "surplus" di stimolazione del BRS attraverso la ricerca di forti emozioni, attività rischiose e continui cambiamenti nello stile di vita. Se la carenza è lieve, può essere colmata da piccole dosi quotidiane di sostanze ad effetto euforizzante e rasserenante. Se la carenza è grave, si scatena la ricerca continua di una fonte di soddisfazione esterna più potente, più rapida, con il consumo di sostanze che "ingannano" il cervello producendo effetti che imitano ed amplificano quelli dalle endorfine. Da una "sniffata" di cocaina si può derivare la stessa soddisfazione ottenuta da una conquista sessuale, con un dispendio di energie molto minore ed un effetto in termini di euforia più intenso. Come vedremo, l'uso continuativo di queste "scorciatoie" presenta rischi che non vale la pena di correre. Un altro elemento importante nella spinta all'abuso e alla dipendenza da sostanze è costituito dalla presenza di disturbi mentali, anche in forma lieve.

Un importante fattore di rischio di abuso negli adolescenti è dato dalla presenza di modelli di comportamento che prevedono l'uso di sostanze come una normale consuetudine. L'uso di sostanze da parte dei genitori si correla con un elevato rischio di abuso di sostanze nei figli: questo rischio risulta maggiore in ambienti ove l'abuso è accettato ed incoraggiato, ma paradossalmente anche in ambienti ove si pratica una rigida e totale astensione. I fratelli possono agire sia come modelli negativi sia, più attivamente, come fornitori di sostanze, soprattutto se maggiori di età e di sesso maschile. La mancanza di intimità, di interesse, di protezione e di contenimento delle angosce da parte dei genitori può favorire l'esordio di una patologia d'abuso in età adolescenziale. La cultura trasmessa dai mass-media tende infine a incoraggiare l'uso di determinate sostanze d'abuso lecite (alcool e tabacco), attribuendo ad esse il significato più o meno esplicito di elementi validi a determinare un'immagine vincente.

2. Eroina [Su](#)

L'eroina è una sostanza derivata dalla morfina, che induce dipendenza con una rapidità dieci volte superiore a quest'ultima. Essa può essere "sniffata", iniettata in vena o fumata. La dipendenza si instaura in genere senza che il consumatore se ne renda conto (fase "della luna di miele"). Il rapido instaurarsi dell'assuefazione rende necessarie dosi sempre maggiori e più frequenti (fase "delle dosi crescenti").

Il trattamento può comprendere le seguenti componenti:

1) **Mantenimento metadonico.** E' una terapia protratta con un farmaco agonista, che toglie effetto all'eroina e, adeguatamente dosato, ne annulla il desiderio. E' indicata in pazienti che continuano ad assumere quotidianamente eroina, che non hanno presentato negli ultimi 2-3 anni fasi di astensione spontanea dalla sostanza e che sono a rischio di malattie infettive o di comportamenti illegali.

2) **Trattamento con buprenorfina.** E' una terapia con farmaco agonista/antagonista che toglie effetto all'eroina annullandone il desiderio. Meno potente rispetto al metadone, presenta però minori effetti collaterali e induce una dipendenza più blanda.

3) **Trattamento con naltrexone.** E' una terapia con un farmaco antagonista, ed è rivolta a pazienti con una breve storia di dipendenza, con un nucleo familiare ancora integro e collaborativo, che mantengono relazioni e legami di amicizia, che studiano o lavorano, che sono stati in grado di sospendere per qualche tempo l'uso di eroina.

4) **Trattamento socio-riabilitativo.** Viene attuato nelle comunità terapeutiche ed è volto ad ottenere l'astensione dalla sostanza con l'allontanamento dalla situazione di origine. Si avvale di un'ergoterapia diretta a riabilitare il paziente al rispetto delle regole, al lavoro, al corretto rapporto con gli altri.

5) **Trattamento psicoterapico.** Di tipo psicodinamico, cognitivo, comportamentale, interpersonale, può essere associato a tutti i trattamenti precedentemente elencati laddove si ravveda un sufficiente livello di consapevolezza e di motivazione ad esplorare i propri meccanismi interiori.

6) **Counseling.** Consiste in un'attività di informazione attuata da personale specializzato (psicologi, infermieri, educatori), volta a rinforzare la motivazione e migliorare l'adesione alla terapia.

3. Alcool [Su](#)

L'alcool è la sostanza d'abuso più diffusa nella società occidentale. Il suo uso quotidiano è tollerato e spesso incoraggiato nella nostra società, che associa l'uso di alcolici con una immagine di classe e di glamour. Il suo eccessivo consumo provoca gravi alterazioni nell'intero organismo (danni cerebrali, neuropatie periferiche, cirrosi epatica, ulcere gastroduodenali). Spesso le persone abusano di alcool per la presenza di disturbi mentali quali la depressione o l'ansia, nella inutile ricerca di effetti euforizzanti in realtà sempre fugaci. Nell'intossicazione acuta, si ha una fase iniziale di disinibizione ed euforia, seguita da una fase depressiva con difficoltà a mantenere l'equilibrio, abbassamento della temperatura corporea, perdita della sensibilità. Nei casi di intossicazione grave si può arrivare al coma. L'iniziale sensazione positiva di euforia e benessere e la riduzione delle capacità critiche portano a sottovalutare difficoltà e rischi e sono causa frequente, insieme alla minor efficienza dei riflessi, di incidenti stradali. Frequenti sono i comportamenti aggressivi.

L'intervento terapeutico si avvale di ansiolitici, antiepilettici, fenotiazine (clorpromazina) e disulfiram (terapia dell'attaccamento all'alcool), talvolta in associazione a gruppi di sostegno psicologico quali l'Associazione Alcolisti Anonimi e i Club Alcolisti in Trattamento (CAT). Questi ultimi rappresentano un valido aiuto per coloro che hanno gravi danni, fisici e sociali, in rapporto al loro trascorso da alcolisti e che per questo sono più motivati a trovare una soluzione definitiva al loro problema.

4. Ecstasy e allucinogeni [Su](#)

L'Ecstasy (o MDMA), derivato dell'amfetamina, si è rapidamente diffuso nelle discoteche d'Europa. Essa scioglie la timidezza, fa sentire più attraenti, seduttivi, loquaci, affabili, spensierati per almeno 4-6 ore. Elimina il senso della fatica, della fame e della sete e consente di ballare per nottate intere. Viene assunta negli ambienti spesso caldi e mal aerati delle discoteche, dove la temperatura del corpo può salire anche per il ritmo forsennato della danza e per la scarsa disponibilità di acqua. All'esaurimento delle scorte di serotonina del cervello si attribuisce la fase del "down", caratterizzata da stanchezza, tristezza e sonnolenza, responsabile di un gran numero di incidenti stradali, spesso mortali, che seguono l'uscita dei giovani dalle discoteche. Nei soggetti più vulnerabili, l'uso di ecstasy può scatenare quadri depressivi, ansiosi o psicotici (con deliri, allucinazioni, comportamenti violenti), scarsamente sensibili ai trattamenti.

Gli allucinogeni sono droghe antichissime, utilizzate da millenni in riti divinatori ed in cerimonie religiose. Nell'era moderna gli allucinogeni più diffusi sono l'LSD (diethylamide dell'acido lisergico) e la PCP (fenciclidina). Sotto l'effetto dell'LSD, la persona presenta imponenti alterazioni percettive: ad occhi aperti luci, ombre e colori appaiono brillanti e bizzarri; ad occhi chiusi si verificano visioni sconvolgenti con immagini a carattere geometrico, caleidoscopiche, o con scene occaltiche. A volte si verificano i "bad trips" o "esperienze infernali", con angoscia, umore depresso, allucinazioni a contenuto terrificante, convinzioni persecutorie, senso di deformazione del proprio corpo. Possono aversi gravi effetti a breve e lungo termine: i primi sono costituiti dall'attivazione di disturbi mentali gravi, con sintomi psicotici (deliri ed allucinazioni) che non si risolvono alla sospensione e che si rivelano resistenti ai comuni trattamenti antipsicotici; i secondi sono costituiti dai cosiddetti "flashback", che consistono nel ripetersi dell'esperienza allucinatoria anche a distanza di mesi dall'ultima assunzione. La PCP, o "polvere d'angelo", è una sostanza a rapida azione che produce un effetto complesso di stimolazione associata alla comparsa di deliri ed allucinazioni.

Gli allucinogeni, nonostante i loro effetti deleteri, non provocano dipendenza fisica né sindrome da astinenza. Nel caso di uso continuativo, può essere sufficiente un intervento ambientale volto ad interrompere le condizioni che fanno da sfondo e rinforzano lo stimolo all'assunzione. Tuttavia, le condizioni psichiche prodotte dall'assunzione protratta necessitano di terapia specifica.

5. Cocaina e amfetamine [Su](#)

La cocaina, una delle sostanze più antiche e diffuse nella popolazione mondiale, può essere masticata, bevuta, inalata, fumata ed iniettata in vena. La maggior parte degli effetti della sostanza è legata alla sua azione stimolante sull'attività della dopamina a livello del sistema nervoso centrale. All'inizio, si verifica una esaltazione estremamente piacevole: aumentata la fiducia in se stessi e la volontà di lavorare, diminuiscono i problemi esistenziali, ci si sente euforici. Questa sensazione viene percepita come un "rush" (intensa e transitoria sensazione di piacere) che dura alcuni secondi ed è seguito da alcuni minuti di euforia persistente, che gradualmente scompare per lasciar posto a irritabilità e a alternanza rapida dell'umore tra depressione e allegria estrema. Questi modi di sentire, definiti "rinforzi positivi e negativi", portano alle fasi di alternanza (eccitazione-run, inibizione-down), che caratterizzano l'assunzione cronica. In alcuni casi, specialmente per consumo di elevate quantità, si può sviluppare un quadro caratterizzato da umore persistentemente irritabile e tematico di persecuzione, associato a condotta aggressiva.

Le amfetamine sono stimolanti sintetici simili alla cocaina, con effetto più prolungato e più contenuto. Sul piano fisico determinano aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, della temperatura corporea e della pressione arteriosa, stimolazione psichica e soppressione dell'appetito. Per questo, uno dei loro più frequenti impieghi è come anoressizzanti. L'uso protratto di amfetamine può determinare depressione con aumento del sonno (letargia).

La terapia della dipendenza da cocaina si avvale di farmaci che riducono la spinta all'assunzione della sostanza (anti-craving) e di un intervento psicoterapeutico e psicosociale.

6. Cannabis [Su](#)

La cannabis è la più diffusa tra le sostanze d'abuso illecite. Considerata una "droga ricreativa", produce, per consumo saltuario, una varietà di effetti, tra i quali euforia, rilassamento e una lieve disinibizione del comportamento. Determina inoltre un rallentamento del tempo di reazione, un maggior controllo sui movimenti ed un deficit nell'attenzione, nella memoria e nelle associazioni tra le idee. Può dar luogo a dipendenza con una sindrome da astinenza lieve ma ben riconoscibile. Nell'assunzione cronica si possono verificare mutamenti nella personalità, con perdita di progettualità e di irritabilità, con motivazione al raggiungimento degli obiettivi (sindrome amotivazionale). Questo tipo di effetti è in genere dose-dipendente: si può verificare in chiunque assuma dosaggi elevati per tempi lunghi e in soggetti predisposti per piccoli dosaggi. Talvolta l'assunzione si complica con l'attivazione di sintomi psicotici: in quel caso si ha l'impressione di essere osservati dagli altri, si hanno allucinazioni uditive e visive fugaci e transitorie. Possono poi comparire attacchi di panico, con ansia, paura di morire o esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione (un senso di irrealtà della propria persona e del mondo esterno). Possono inoltre presentarsi brevi episodi depressivi con elevato rischio di suicidio.

Il trattamento dei disturbi da uso continuato, in assenza di farmaci specifici, è basato sull'interruzione del consumo, seguita di regola dalla remissione graduale dei sintomi. In questa fase può essere indicato un programma psicoterapeutico volto a fornire al soggetto le chiavi interpretative del proprio malessere e a suggerire modelli di comportamento alternativi al ricorso alle sostanze.

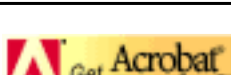
7. Inalanti [Su](#)

Si tratta per lo più di sostanze volatili (colle, propellenti di bomboletti spray, benzina) che producono vapori dotati di effetti sulla psiche. Per il loro bassissimo costo, vengono utilizzati dai quartieri poveri delle metropoli. Hanno effetti psicostimolanti e allucinogeni. Il rischio principale nell'assunzione acuta è rappresentato da aritmie cardiache potenzialmente letali. L'assunzione cronica conduce prevalentemente a irritazione delle mucose aeree e digestive, ma gli effetti possono esprimersi anche a livello viscerale, con dolore addominale diffuso, danno renale, turbe generalizzate del metabolismo.

Il trattamento di queste forme di abuso, al di fuori delle condizioni di emergenza, appare al momento di interesse prevalentemente psicosociale, dal momento che l'abuso sembra derivare da situazioni di disagio sociale in soggetti con capacità critica ridotta, quali bambini e giovani adolescenti. Talvolta la spinta all'uso deriva da una patologia mentale associata (ad esempio, disturbi dell'umore o d'ansia), che necessita di trattamento specifico.



Versione completa del sito in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat Reader 4.0 clicca qui



Versione completa del sito in Microsoft Word

La malattia di Alzheimer

GIORGIO RACAGNI, MARCO RACCHI, STEFANO GOVONI
 Centro di Neurofarmacologia, Università di Milano, e Dipartimento di Farmacologia
 Sperimentale ed Applicata, Università di Pavia

1. [Che cos'è la malattia di Alzheimer?](#)

2. [Qual è la causa della malattia?](#)

3. [Quali sono i sintomi della malattia?](#)

4. [Esistono farmaci per la malattia di Alzheimer?](#)

5. [Che cosa si può fare per i disturbi del comportamento nella malattia di Alzheimer?](#)

6. [Qual è il ruolo dei familiari dei pazienti?](#)

1. [Che cos'è la malattia di Alzheimer?](#) [Su](#)

La malattia di Alzheimer è una malattia degenerativa del cervello che si manifesta principalmente con un disturbo della memoria e che comporta un progressivo decadimento cognitivo (demenza) ed una conseguente difficoltà, e poi un'impossibilità, di svolgere le comuni attività quotidiane, con una grave riduzione dell'autonomia personale.

Si tratta della più frequente forma di demenza nei paesi occidentali (circa il 60% di tutti i casi). Il rischio di sviluppare la malattia aumenta costantemente con l'età: essa infatti colpisce circa il 5% delle persone oltre i 65 anni, ma raggiunge il 20-40% dopo gli 85 anni. Meno dell'1% degli individui al di sotto dei 65 anni ne risulta affetto; tuttavia esiste una piccola percentuale di soggetti che sviluppa la malattia fra i 30 e i 50 anni. Queste ultime forme sono dette ad esordio precoce e sono determinate dalla presenza di mutazioni in alcuni geni. In questi soggetti e nelle loro famiglie la malattia ha una chiara ereditarietà dominante, ma si tratta di casi molto rari. In un maggior numero di casi si riscontra una certa predisposizione genetica, testimoniata dalla presenza di qualche altro familiare, anche lontano, colpito dalla malattia. Sono stati individuati alcuni geni (ad esempio apolipoproteina E nella sua forma E 4) che aumentano il rischio di malattia.

2. [Qual è la causa della malattia?](#) [Su](#)

La malattia è stata descritta per la prima volta nel 1907 dal medico tedesco Alois Alzheimer, che descrisse la presenza delle tipiche lesioni (placche senili e gomitoli neurofibrillari) nel cervello di una donna di 51 anni affetta da demenza progressiva. Su questi indicatori della malattia si è sviluppata la ricerca nel corso degli ultimi 15 anni.

Oggi nessuno sa ancora esattamente che cosa causa la malattia di Alzheimer, ma sono stati fatti passi importanti nella conoscenza dei fattori più importanti che contribuiscono al suo esordio. Entrambe le lesioni che si riscontrano nel cervello (placche e gomitoli) sono costituite da proteine anormali che si depositano dentro e fuori le cellule nervose, provocandone la morte e quindi determinando il malfunzionamento del cervello. Una di queste proteine, conosciuta come beta-amiloide, poiché la sua struttura al microscopio ricorda quella dell'amido, viene ritenuta una delle cause principali del danno alle cellule nervose. E' per questo che la ricerca più avanzata sta cercando di individuare nuove molecole in grado di impedire la formazione di beta-amiloide ovvero di impedire che questa proteina si depositi nel cervello e danneggi le cellule nervose.

3. [Quali sono i sintomi della malattia?](#) [Su](#)

I soggetti affetti dalla malattia hanno un declino delle funzioni cognitive ed alterazioni del comportamento. I sintomi iniziali sono spesso attribuiti all'invecchiamento, allo stress oppure a depressione. L'anziano può presentare modificazioni del carattere, essere meno interessato ai propri hobby o al proprio lavoro, oppure essere ripetitivo. Talvolta l'inizio della malattia è contrassegnato dalla sospettosità nei confronti di altre persone, accusate di sottrarre oggetti o cose che il malato non sa trovare. Spesso i familiari tendono ad attribuire ad un evento (un trauma o un intervento chirurgico) la causa della malattia. In realtà queste evenienze costituiscono eventi stressanti che rendono evidente e manifesta una malattia cerebrale già presente. Nella gran maggioranza dei casi, solo a distanza di 1-2 anni dall'esordio della malattia il disturbo della memoria è tale che i familiari ricorrono all'aiuto di uno specialista.

Ci sono dei segnali premonitori la cui presenza dovrebbe suggerire al soggetto che li manifesta e ai familiari che li osservano la necessità di una visita dal medico di fiducia:

1) **Perdita di memoria che influenza le capacità lavorative.** E' normale che ci si dimentichi di una scadenza sul lavoro o del nome di un collega, ma se la comparsa di questi episodi diventa frequente o se si manifesta un'inspiegabile confusione a casa o sul posto di lavoro bisogna rivolgersi al medico.

2) **Difficoltà nello svolgere compiti comuni.** Le persone impegnate si distraggono di tanto in tanto: per esempio, ci si può dimenticare qualcosa sui fornelli più a lungo del necessario o dimenticarsi di servire qualcosa in tavola. I pazienti con malattia di Alzheimer preparano il pasto, ma non si dimenticano solo di servirlo: si dimenticano anche di averlo fatto.

3) **Problemi di linguaggio.** Tutti hanno talvolta problemi nel trovare la parola giusta, ma una persona con Alzheimer può dimenticarsi delle parole semplici o sostituirle con parole inappropriate rendendo la frase difficile da comprendere.

4) **Disorientamento nel tempo e nello spazio.** E' normale dimenticarsi brevemente del giorno della settimana o di quello di cui si ha bisogno dopo essere entrati in un negozio, ma le persone con malattia di Alzheimer possono perdersi nella via in cui abitano senza sapere dove sono, come ci sono arrivati e come tornare a casa.

5) **Alterazione della capacità di giudizio.** Un errore comune è dimenticarsi di portare un maglione o una giacca in una serata fredda. La persona con malattia di Alzheimer si veste in modo più chiaramente inappropriato: ad esempio, usando un accappatoio per andare a fare la spesa o diversi indumenti pesanti uno sull'altro in un giorno d'estate.

6) **Problemi con il pensiero astratto.** Fare calcoli su un estratto conto può essere un'operazione complessa per molti anziani, mentre per il malato di Alzheimer anche riconoscere i numeri e fare semplici conti diventa impossibile.

7) **Perdere le cose.** Tutti qualche volta abbiamo perso temporaneamente il portafoglio o le chiavi dell'auto. Un malato di Alzheimer può mettere questo tipo di oggetti in posti inappropriati: ad esempio un ferro da stiro nel freezer o l'orologio nel contenitore dello zucchero, e poi non ricordare di averceli messi.

8) **Alterazioni nell'umore e nel comportamento.** I malati di Alzheimer esibiscono cambiamenti di umore improvvisi senza una ragione apparente.

9) **Cambiamento di personalità.** La personalità di un individuo può cambiare con l'età, ma un soggetto con Alzheimer cambia in modo molto marcato e talvolta improvvisamente. Così, una persona normalmente tranquilla e rilassata può diventare aggressiva, sospettosa o paurosa.

10) **Perdita di iniziativa.** E' normale essere stanchi del lavoro domestico, del lavoro d'ufficio o di obbligazioni sociali, ma molte persone anziane continuano a coltivare i propri interessi. La persona con Alzheimer diventa disinteressata e non cerca il coinvolgimento in quelle attività che di solito la interessavano.

Oggi non esiste un singolo test diagnostico che permetta di identificare una persona affetta dal morbo di Alzheimer. I metodi clinici standard includono una combinazione di analisi cliniche e neuropsicologiche con l'aiuto del paziente e di chi lo assiste. Vi sono strumenti a disposizione dei medici che permettono di porre una diagnosi clinica accurata al 90%. Il processo diagnostico prevede l'intervento per primo del medico di famiglia e poi di uno specialista come un neurologo o uno psichiatra. La valutazione delle funzioni cognitive mediante test può aiutare a distinguere la demenza dalla depressione e fornisce un bilancio preciso delle capacità intellettive del malato. La TAC o la risonanza magnetica cerebrale permettono di escludere altre cause di demenza (lesioni vascolari, tumori, ecc.). In singoli casi possono essere utili altri esami a giudizio dello specialista.

La malattia ha un decorso progressivo. La durata media è circa 10 anni, ma presenta una notevole variabilità individuale (dai 2 ai 20 anni).

4. [Esistono farmaci per la malattia di Alzheimer?](#) [Su](#)

Si è detto in precedenza che tra le cause riconosciute dello sviluppo della malattia di Alzheimer vi è l'accumulo di proteine anomale nel cervello, tra cui la beta-amiloide, e lo studio di queste proteine rappresenta il futuro bersaglio della ricerca farmacologica per una più efficace terapia. Già da tempo, però, è noto che nella malattia di Alzheimer qualcosa causa il cattivo funzionamento della comunicazione tra le cellule nervose: le ricerche hanno dimostrato che non c'è sufficiente acetilcolina nel cervello. Perciò, inibendo l'enzima che distrugge normalmente l'acetilcolina, chiamato acetilcolinesterasi, gli scienziati sperano di mantenere nel cervello una più elevata concentrazione della sostanza e di migliorare la memoria aumentando la comunicazione tra le cellule nervose.

I farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi possono migliorare la comunicazione tra le cellule nervose, ma purtroppo non sembrano impedire la morte delle cellule né rallentare significativamente o arrestare il decorso della malattia. Nell'attesa che vengano sviluppati farmaci che proteggano o riparino le cellule nervose danneggiate, essi forniscono, comunque, un primo aiuto per migliorare alcuni sintomi della malattia di Alzheimer.

Due di questi farmaci, il donepezil e la rivastigmina, sono stati approvati dalle autorità regolatorie italiane per il trattamento della malattia di Alzheimer in fase lieve o moderata. Altri (galantamina) stanno per essere messi in commercio.

Gli effetti collaterali più comuni di questi farmaci sono diarrea, nausea, vomito, insonnia, affaticamento, mancanza di appetito. Nella maggior parte dei casi questi effetti diminuiscono o scompaiono con l'uso continuo.

Non tutti i pazienti beneficiano degli effetti positivi di questi farmaci, ma purtroppo non si è ancora in grado di stabilire se un paziente risponderà alla terapia oppure no.

Vale detto con forza che esistono farmaci mirati alla cura della malattia di Alzheimer, come purtroppo spesso viene riportato dai giornali e specialmente su Internet. Vi sono prodotti che vengono presentati come cure efficaci e addirittura in grado di prevenire la malattia. Molti di questi prodotti sono di origine vegetale e spesso vengono propagandati come sicuri, ma è importante sottolineare che nella maggior parte dei casi non esiste una sufficiente evidenza scientifica sulla loro efficacia e tollerabilità.

5. [Che cosa si può fare per i disturbi del comportamento nella malattia di Alzheimer?](#) [Su](#)

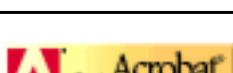
Nella malattia di Alzheimer il danno al cervello può portare il malato a manifestare sintomi come ansia, aggressività, comportamenti sospettosi, allucinazioni, insonnia. Questi problemi comportamentali spesso causano disagio sia nel paziente che nelle persone che ne hanno cura. Se questi sintomi si manifestano, il medico dovrebbe innanzitutto cercare di stabilire se essi derivano da una situazione di malessere che il malato non riesce ad esprimere (effetti collaterali dei farmaci, infezioni, disidratazione, alterazione della vista o dell'udito). Quando queste cause sono state escluse, esiste la possibilità di intervenire con tecniche non farmacologiche e con farmaci specifici come gli ansiolitici, gli antidepressivi o gli antipsicotici atipici, tutti farmaceutici che richiedono una particolare sensibilità e attenzione da parte del medico curante.

6. [Qual è il ruolo dei familiari dei pazienti?](#) [Su](#)

Va sottolineata la necessità di formare i familiari che assistono il malato di Alzheimer. Essi sono depositari di informazioni importanti e sono coloro che meglio possono apprezzare le piccole variazioni prodotte dal progredire della malattia e dagli interventi terapeutici. In questo senso un grande sforzo assistenziale ed educativo viene attuato oggi dalle associazioni dei familiari.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

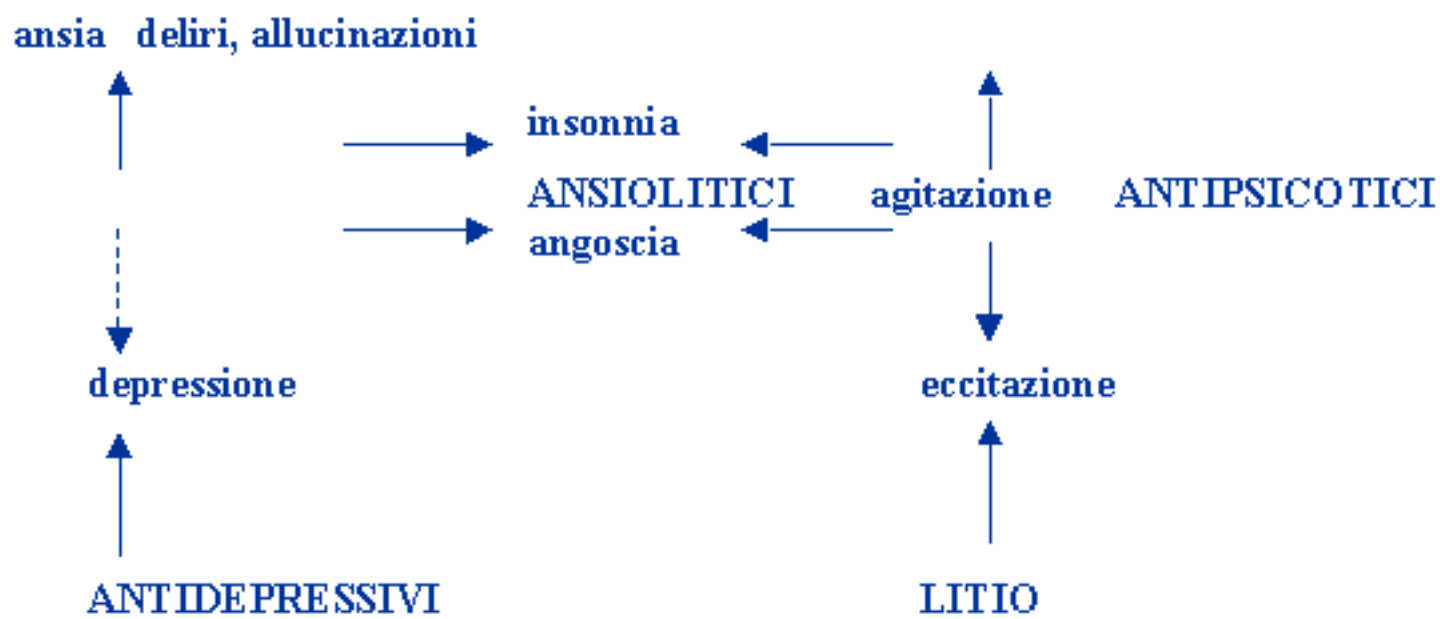
Uso razionale degli psicofarmaci

SILVIO GARATTINI, CORRADO BARBUI
Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale,
Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

- [1. Che cosa sono gli psicofarmaci?](#)
- [2. Come si studiano gli effetti degli psicofarmaci?](#)
- [3. Gli psicofarmaci eliminano i disturbi per sempre?](#)
- [4. Come avviene la scelta del farmaco da assumere?](#)
- [5. Gli psicofarmaci provocano effetti collaterali?](#)
- [6. Gli effetti collaterali degli psicofarmaci sono irreversibili?](#)
- [7. Gli psicofarmaci sono "droghe"?](#)

1. Che cosa sono gli psicofarmaci? [Su](#)

Con questo nome si indica una classe di farmaci che agiscono sul sistema nervoso. Esistono diversi tipi di psicofarmaci che, a seconda del loro effetto terapeutico, vengono chiamati ansiolitici (o tranquillanti minori), antidepressivi e antipsicotici (o neurolettici o tranquillanti maggiori). A questi possiamo aggiungere il litio come rappresentante dei composti utilizzati come stabilizzanti dell'umore. L'effetto di questi quattro gruppi di psicofarmaci è indicato in questo schema:



Lo schema tende a semplificare un po' le cose, ma rende conto di come vengono usati gli psicofarmaci nella pratica di tutti i giorni.

Come riescono questi farmaci a diminuire l'ansia, l'angoscia o l'eccitazione? A questa domanda è difficile rispondere. Quello che oggi è noto è che tutti gli psicofarmaci agiscono modulando la comunicazione tra le cellule del sistema nervoso. In particolare, essi modificano i livelli delle sostanze che permettono alle cellule di comunicare tra loro, oppure modificano la sensibilità delle cellule a queste sostanze. Questi effetti sono reversibili: cioè, nel momento in cui si smetta di assumere un determinato farmaco, cessa anche la modulazione della comunicazione e dell'attività cellulare.

2. Come si studiano gli effetti degli psicofarmaci? [Su](#)

Gli psicofarmaci, come tutte le altre classi di farmaci, si studiano in laboratorio in una prima fase e nella pratica clinica in una fase successiva. In laboratorio si mette in evidenza il meccanismo d'azione del composto, cioè dove e come esso agisce per determinare un certo effetto. Questi studi preliminari si effettuano prima in vitro, cioè in provetta, e successivamente in vivo, cioè nell'animale da esperimento. I test nell'animale sono essenziali per capire come il farmaco si distribuisce nei vari tessuti ed organi e per osservare se esso induce particolari effetti, positivi o negativi, che le analisi in provetta non avevano evidenziato. Solamente dopo aver superato questa prima fase si passa allo studio nell'uomo. Inizialmente si valuta, nei volontari sani prima e nei pazienti poi, quali sono i dosaggi e le modalità di somministrazione migliori, nonché le reazioni dell'organismo al nuovo composto.

A questo punto bisogna rispondere ad una domanda cruciale: questo nuovo farmaco è utile nella pratica clinica di tutti i giorni? E' efficace nelle persone che soffrono di un particolare disturbo? Per esempio, se si tratta di un farmaco per aiutare a prendere sonno, bisogna capire se esso sia migliore, cioè più efficace, di quello vecchio che abbiamo già a disposizione. Si procede in questo modo: si seleziona un gruppo di persone che soffrono di insonnia e a metà viene somministrato il farmaco vecchio, all'altra metà quello nuovo. L'attribuzione delle persone al composto vecchio o nuovo avviene casualmente. A questo punto si seguono i due gruppi di persone nel tempo, valutando, ad esempio, dopo un mese quante persone dormono bene e quante hanno avuto dei disturbi, cioè degli effetti collaterali. In questo modo si può fare un "bilancio" degli effetti del nuovo farmaco rispetto a quello vecchio, che tenga conto sia dell'efficacia che degli effetti collaterali. Tanti studi di questo tipo possono portare alla conclusione che effettivamente il nuovo farmaco per indurre il sonno è più efficace di quello vecchio e magari provoca anche meno effetti collaterali, e dunque deve essere usato al posto del vecchio per chi ha problemi di insonnia.

3. Gli psicofarmaci eliminano i disturbi per sempre? [Su](#)

Certamente no. Quando assumiamo un ansiolitico perché la sera faticiamo a prendere sonno togliamo un sintomo, l'insonnia appunto, ma non togliamo il motivo per cui il sintomo è comparso, una giornata particolarmente faticosa e stressante, per esempio. Così, se anche il giorno successivo sarà faticoso e stressante è possibile che l'insonnia si ripresenti. Questo porta ad una regola generale molto importante: tutti gli psicofarmaci posseggono un'azione sintomatica, sono in grado cioè di colpire alcuni sintomi, quali l'ansia, l'insonnia, l'angoscia o l'umore depresso, però non sono in grado di eliminare i motivi per cui questi sintomi sono comparsi. Questo modo di considerare gli psicofarmaci non vuole dire che essi sono poco utili; al contrario, è importantissimo avere qualcosa per dormire se siamo sempre svegli o qualcosa che ci tolga l'angoscia se ne siamo preda. Tuttavia, esso pone l'accento sul fatto che è sempre un errore considerare gli psicofarmaci come l'unico intervento terapeutico a disposizione. Dobbiamo sempre chiederci: che cosa stiamo facendo per stare meglio oltre a prendere dei farmaci che ci aiutano a diminuire i sintomi? Magari, per tornare all'esempio del sonno, se, oltre a prendere per alcuni giorni un ansiolitico, imparassimo ad organizzare la nostra giornata lavorativa in maniera più razionale e meno caotica, alla sera saremmo meno stressati e riusciremmo a dormire più facilmente. Questo è lo sforzo che tutti noi dobbiamo compiere per riuscire a vivere sempre meglio e con meno angosce. Contemporaneamente, lo sforzo del mondo della ricerca è rivolto a sviluppare farmaci che possano essere in grado di colpire con precisione sempre maggiore i meccanismi coinvolti nella genesi dei disturbi.

Una conseguenza pure piuttosto importante dell'effetto sintomatico degli psicofarmaci è che appare inutile prendere contemporaneamente due o più farmaci appartenenti alla stessa classe. Bisogna infatti ricordare che esistono tanti antidepressivi, tanti ansiolitici e tanti antipsicotici. Ma non è razionale assumere due ansiolitici o due antidepressivi o due antipsicotici contemporaneamente, proprio perché l'effetto sintomatico è sempre lo stesso per tutti i farmaci all'interno di ogni classe. Il punto è rilevante perché associare due o più farmaci della stessa classe non porta ad alcun vantaggio, ma ci espone ad un rischio aumentato di insorgenza di effetti collaterali. Questa regola è generale, tuttavia riconosce alcune eccezioni in particolari situazioni: per esempio, quando si stia passando da un farmaco ad un altro vi è inevitabilmente un periodo in cui si assumono entrambi.

4. Come avviene la scelta del farmaco da assumere? [Su](#)

Se tutti gli ansiolitici, tutti gli antidepressivi e tutti gli antipsicotici posseggono lo stesso effetto, quale criterio bisogna utilizzare nella scelta del farmaco? Esistono alcuni criteri di buon senso comune. Il più importante riguarda il profilo degli effetti collaterali, che non è lo stesso per i vari farmaci a disposizione. Così, se per esempio è indicata l'assunzione di un antidepressivo, nel caso di persone molto agitate, tese, ansiose e con problemi di insonnia è opportuna l'assunzione di un farmaco con un profilo sedativo; invece, nel caso di eccessiva sonnolenza, rallentamento psicomotorio e stanchezza è più indicata l'assunzione di un antidepressivo meno sedativo. Un altro criterio importante si riferisce alla storia personale: se è noto che una persona, in passato, è migliorata sensibilmente utilizzando un determinato farmaco, sarà indicato somministrare nuovamente lo stesso farmaco nel caso di un ritorno dei sintomi. In aggiunta, la scelta del farmaco deve tenere in considerazione eventuali malattie fisiche ed eventuali altri farmaci assunti, data la possibilità di interazioni farmacologiche del farmaco con altri farmaci contemporaneamente.

5. Gli psicofarmaci provocano effetti collaterali? [Su](#)

Purtroppo sì. L'uso di tutti i farmaci dovrebbe sempre essere il risultato di un attento bilancio che consideri sia i possibili effetti benefici e positivi in termini di riduzione dei sintomi, che il rischio di effetti indesiderati; questi ultimi si possono manifestare immediatamente dopo l'assunzione del farmaco, ma anche dopo molto tempo, mesi o addirittura anni. Proprio per questo motivo, grande cautela bisogna riservare nell'esprimere giudizi troppo ottimistici nei confronti dei nuovi farmaci che continuano ad essere introdotti nel mercato: questi composti, proprio per il fatto di essere nuovi, non sono conosciuti tanto bene quanto quelli vecchi, usati da molte persone per molti anni. E i farmaci non bene conosciuti sono farmaci rischiosi.

A questo proposito vale la pena ricordare la "strana storia" di un farmaco antipsicotico oggi giorno molto utilizzato, la clozapina. Nel 1958, quindi molti anni addietro, questo farmaco è stato riconosciuto potenzialmente utile come antipsicotico. E' stato studiato prima in vitro, in provetta, il meccanismo d'azione, e poi, nel 1961 in Svizzera, è stato condotto il primo studio clinico in un gruppo di 34 soggetti che non rispondevano al trattamento con i vecchi antipsicotici. I risultati sono stati incoraggianti, e questo ha stimolato studi successivi che hanno ulteriormente confermato una buona efficacia e minori effetti collaterali rispetto ai vecchi farmaci. La clozapina è stata quindi introdotta nel mercato di molti paesi. Nel 1975, tuttavia, dopo la commercializzazione in Finlandia, si verificarono 16 casi di progressiva diminuzione dei globuli bianchi nel sangue di persone che assumevano la clozapina, di cui sei così gravi da essere letali. Fino a quel momento, nessuno aveva notato che la clozapina poteva provocare questo effetto collaterale. Dopo queste segnalazioni, il farmaco fu ritirato dal commercio in molti paesi. Negli anni successivi furono comunque portati a termine altri studi, i quali hanno confermato che il rischio di diminuzione dei globuli bianchi è effettivamente maggiore per la clozapina rispetto agli altri antipsicotici; tuttavia, se si controllano periodicamente i valori ematici dei globuli bianchi, il rischio può essere tenuto sotto controllo. Negli anni '90 la clozapina è stata reintrodotta nel mercato di molti paesi in quanto farmaco efficace, con l'obbligo tuttavia di controllare i valori dei globuli bianchi settimanalmente per i primi 40 giorni di trattamento e successivamente ogni mese. Questa "strana storia" insegna ad essere molto cauti nell'esprimere giudizi sui nuovi farmaci, soprattutto per quanto riguarda il profilo degli effetti collaterali, che diviene chiaro solamente quando un grande numero di persone è in trattamento da molto tempo.

6. Gli effetti collaterali degli psicofarmaci sono irreversibili? [Su](#)

Nonostante praticamente tutti gli psicofarmaci possano provocare effetti collaterali, questi sono reversibili, cioè cessano alla sospensione del trattamento, nella grande maggioranza dei casi. Un'eccezione è rappresentata dalla discinesia tardiva, un effetto collaterale in genere al trattamento protratto per anni con farmaci antipsicotici di prima generazione. Esso si manifesta con contrazioni della muscolatura della lingua e della bocca e dei muscoli masticatori. L'importanza di questo effetto collaterale risiede nel fatto che per ogni 100 persone che ne sono colpite, 30 continuano a manifestare i sintomi anche dopo la sospensione del trattamento.

7. Gli psicofarmaci sono "droghe"? [Su](#)

Molto spesso l'avversione nei confronti dell'uso degli psicofarmaci risiede nella generica convinzione che si tratti di droghe, cioè di sostanze di cui, una volta iniziato l'uso, non si riesce più a fare a meno. In aggiunta, spesso si ritiene che essi possano danneggiare irrimediabilmente il "cervello". Entrambe queste affermazioni sono scorrette. Infatti, l'effetto degli psicofarmaci sulla trasmissione cellulare nel sistema nervoso è reversibile, cioè cessa alla sospensione del trattamento. E questo senza lasciare conseguenze irreversibili. Pertanto, alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente a disposizione, si può tranquillamente affermare che gli psicofarmaci non danneggiano il nostro sistema nervoso, non danneggiano cioè il cervello. Rispetto al timore, una volta iniziato il trattamento, di non essere più in grado di interromperlo, cioè di sviluppare dipendenza, vale la pena ricordare che questo problema si pone soltanto per i tranquillanti minori, gli ansiolitici. Questo è legato a due fattori: in primo luogo si tratta di farmaci a cui ci si "affeziona", vista la loro capacità di togliere sintomi fastidiosi come l'insonnia, l'ansia e la tensione, per cui interrompere il trattamento diviene faticoso; in secondo luogo la sospensione brusca della terapia provoca una sintomatologia caratterizzata da ansia, irritabilità, nervosismo, insonnia e talvolta agitazione psicomotoria.

Nonostante tutte queste informazioni siano note da tempo, le stime della frequenza d'uso degli ansiolitici continuano a confermare un uso importante, spesso prolungato, sia nella popolazione generale che negli anziani. Grosso modo, su ogni 100 soggetti in carico alla medicina generale ve ne sono 10 che assumono ansiolitici, e di questi 5 sono utilizzatori cronici. Ogni 100 anziani ve ne sono 20 che utilizzano questi farmaci. Le variabili che si associano all'uso sono l'età avanzata, il sesso femminile e l'insonnia. In altre parole, tutte le volte che il medico di medicina generale prescrive un farmaco per dormire ad una persona anziana esiste un rischio non trascurabile che l'assunzione del farmaco si prolunga per più di un anno. Per questo motivo, l'utilizzo di ansiolitici dovrebbe essere sempre ben valutato e discusso con il proprio medico di famiglia; il rischio che si corre è di continuare a prendere dei farmaci non tanto perché continuano ad essere presenti i sintomi, quanto piuttosto per il timore che la loro interruzione possa causare effetti indesiderati.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

I nuovi farmaci per i disturbi mentali

GIORGIO RACAGNI
Centro di Neurofarmacologia, Università di Milano

1. I farmaci antidepressivi

2. I farmaci antipsicotici

3. I farmaci stabilizzatori dell'umore

4. I farmaci ansiolitici

1. I farmaci antidepressivi [Su](#)

I farmaci antidepressivi attualmente in uso nella pratica clinica possono essere suddivisi nelle seguenti classi:

- triciclici (tra cui l'imipramina, l'amitriptilina, la clorimipramina, la desipramina e la nortriptilina);
- inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram);
- inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (reboxetina);
- inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (venlafaxina);
- altri farmaci con meccanismo misto serotoninergico e noradrenergico (mianserina, mirtazapina);
- altri farmaci serotoninergici (trazodone, nefazodone);
- farmaci dopaminergici (amisulpride, bupropione);
- inibitori reversibili delle monoamino-ossidasi (moclobemide);
- composti fisiologici (S-adenosilmetionina, estratto di iperico).

La prima regola da seguire nell'impostazione di un trattamento antidepressivo è quella di prescrivere il farmaco a cui il paziente ha mostrato in passato una buona risposta terapeutica. Si tratterà quindi di raccogliere un'accurata storia psicofarmacologica che recuperi le informazioni sui farmaci assunti in passato, il loro dosaggio e tempo di assunzione, gli eventuali effetti collaterali ed i tempi di risposta. Questo porterà ad identificare le molecole efficaci ed anche quelle che non hanno avuto alcun effetto.

Per i pazienti al primo episodio di malattia o che per la prima volta giungono all'osservazione medica, è possibile a volte ricorrere alla storia clinica di familiari affetti e prescrivere un farmaco la cui attività sia sovrapponibile a quella della molecola dimostrata efficace nel parente ammalato.

Un altro aspetto da tenere in debita considerazione è che deve entrare nella scelta del farmaco è costituito dall'eventuale presenza di patologie concomitanti. La presenza di problemi a carico del sistema cardiocircolatorio, di glaucoma ad angolo chiuso o di ipertrofia prostatica controindicano l'uso dei triciclici, a meno di non effettuare la terapia sotto controllo medico quotidiano ed in regime di ospedalizzazione. La presenza di ulcera peptica o una storia di gastriti ricorrenti sconsiglia l'uso degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, benché in diversi casi la terapia con questi farmaci possa essere portata avanti senza problemi ricorrendo ad un'adeguata protezione gastrica.

Di fronte ad una depressione caratterizzata da un'importante componente ansiosa è preferibile scegliere un farmaco dotato di attività sedativa (ad esempio, fluvoxamina, sertralina, citalopram, trazodone, mirtazapina). Se prevale la componente inibitoria con associata ipersonnia diurna e rallentamento cognitivo, può essere indicata la prescrizione di paroxetina, fluoxetina, venlafaxina o reboxetina.

Una volta selezionato il farmaco antidepressivo, questo andrà somministrato inizialmente a basso dosaggio per due o tre giorni e successivamente portato in modo progressivo al dosaggio minimo efficace o, se esistono informazioni adeguate, al dosaggio terapeutico per quel singolo paziente. Questa modalità consente di ridurre al minimo gli effetti collaterali, che altrimenti potrebbero indurre la sospensione del trattamento.

La terapia va mantenuta a dosaggio pieno, anche dopo la remissione della sintomatologia, per almeno altre quattro settimane. Nel caso di pazienti con disturbo bipolare, all'uscita dall'episodio occorrerà prestare particolare attenzione al rischio di viraggio verso la fase maniacale, che il trattamento con antidepressivi può indurre. La sospensione precoce della terapia può causare la ricomparsa della sintomatologia depressiva.

La sospensione del trattamento non richiede particolari cautele. È comunque buona norma procedere ad una riduzione progressiva del dosaggio. Nei pazienti che hanno avuto più episodi depressivi, è opportuno valutare attentamente la possibilità di un trattamento preventivo a lungo termine.

I più comuni effetti indesiderati del trattamento antidepressivo sono:

- triciclici: bocca secca, stitichezza, visione offuscata, tachicardia, tremore, ipotensione arteriosa;
- inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina: nausea, riduzione dell'appetito, diarrea, disturbi sessuali, ansia, tremore, insonnia;
- reboxetina: bocca secca, stitichezza, sudorazione, insonnia;
- venlafaxina: disturbi gastrointestinali e sessuali;
- mianserina e mirtazapina: sedazione eccessiva, sonnolenza, aumento di peso;
- trazodone e nefazodone: sedazione eccessiva, sonnolenza, ipotensione arteriosa, nausea, stitichezza;
- amisulpride e bupropione: agitazione, tremore, insonnia, bocca secca;
- moclobemide: nausea, mal di testa, insonnia;
- S-adenosilmetionina ed estratto di iperico: irritazione gastrointestinale.

2. I farmaci antipsicotici [Su](#)

I farmaci antipsicotici attualmente in uso nella pratica clinica comprendono:

- i neurolettici standard (come l'aloiperidolo, la clorpromazina, la tioridazina, la flufenazina, la clotiapina, la pimozide);
- gli antipsicotici di nuova generazione o "atipici" (clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina).

L'uso dei neurolettici standard è associato abbastanza frequentemente alla comparsa di effetti indesiderati: effetti neurologici (tremore, rigidità muscolare, crisi distoniche acute, nella fase iniziale del trattamento; la discinesia tardiva, consistente in movimenti involontari prevalentemente a carico del distretto bucco-linguo-masticatorio, a seguito di trattamento a lungo termine); effetti endocrini (iperprolattinemia, che può manifestarsi clinicamente nella donna con galattorrea e amenorrea e nell'uomo con diminuzione della libido); sedazione eccessiva e ipotensione arteriosa. Inoltre, questi farmaci risultano attivi sui sintomi "produttivi" della schizofrenia (deliri, allucinazioni), ma molto meno su quelli "negativi" (apatia, asocialità).

I farmaci antipsicotici di nuova generazione non producono o producono in misura meno accentuata gli effetti neurologici ed endocrini suddetti. Inoltre, esistono evidenze secondo cui essi sono più attivi dei neurolettici standard sui sintomi "negativi" e possono migliorare la funzionalità cognitiva dei pazienti con schizofrenia. Nel caso della clozapina, l'effetto collaterale più temibile è l'agranulocitosi (0,6-0,9% dei casi): per identificarla tempestivamente, è prescritta l'effettuazione dell'esame emocromocitometrico ogni settimana nelle prime 18 settimane di trattamento ed ogni mese successivamente. Altri effetti collaterali comuni della clozapina sono l'ipotensione arteriosa, l'aumento di peso, l'aumento della salivazione, la sedazione eccessiva e la tachicardia. Gli effetti collaterali più comuni degli altri antipsicotici di nuova generazione sono: insonnia, agitazione e mal di testa per il risperidone; sonnolenza, stitichezza, bocca secca, vertigini ed aumento di peso per l'olanzapina; sonnolenza, agitazione e bocca secca per la quetiapina.

La scelta del farmaco antipsicotico si basa innanzitutto sulla risposta del paziente a trattamenti precedenti. In assenza di tale informazione, se il quadro clinico è già prevalentemente di tipo deficitario (cioè, se prevalgono i sintomi "negativi"), è opportuna la scelta di un antipsicotico di seconda generazione.

Una precauzione comune a tutti i farmaci antipsicotici disponibili è quella di iniziare il trattamento con piccoli aumenti di dose giornalieri nella prima settimana, per la possibilità di effetti collaterali precoci legati alla sensibilità individuale e imprevedibili senza informazioni dettagliate sulla storia del paziente.

3. I farmaci stabilizzatori dell'umore [Su](#)

Si dicono stabilizzatori dell'umore i farmaci attivi nel trattamento dell'episodio maniacale e nella prevenzione delle recidive (cioè, dei nuovi episodi) del disturbo bipolare. Essi comprendono il litio ed alcuni farmaci anche usati come antiepilettici (valproato, carbamazepina, lamotrigina, gabapentin, topiramato).

La risposta dei pazienti con disturbo bipolare al trattamento a lungo termine con questi farmaci è molto variabile: in alcuni casi si ottiene la soppressione completa degli episodi maniacali e depressivi; in altri soltanto una riduzione della loro frequenza e/o intensità e/o durata; in altri casi ancora, purtroppo, la risposta è modesta o assente.

Il farmaco di prima scelta rimane il litio. Nel paziente in trattamento con questo farmaco, è prescritto il monitoraggio regolare dei livelli plasmatici, allo scopo di prevenire l'insorgenza di effetti tossici. Anche alle dosi terapeutiche, il litio induce abbastanza frequentemente effetti indesiderati (di cui i più comuni sono l'aumento della diuresi e della sete, il tremore e l'aumento di peso).

I più comuni effetti indesiderati degli altri stabilizzatori dell'umore sono i seguenti: disturbi gastrointestinali e tremore per il valproato; astenia, nausea, vertigini, mal di testa per la carbamazepina; vertigini, disturbi del sonno ed eruzioni cutanee per la lamotrigina; sonnolenza, vertigini ed astenia per il gabapentin; vertigini, tremore e disturbi dell'eloquio per il topiramato.

4. I farmaci ansiolitici [Su](#)

Il trattamento dei disturbi d'ansia è stato dominato negli ultimi 30 anni dalle benzodiazepine: questi farmaci sono estremamente efficaci nell'alleviare la sintomatologia ansiosa e posseggono un profilo di effetti collaterali molto favorevole.

Accanto alle proprietà ansiolitiche, le benzodiazepine posseggono attività ipno-inducente (cioè, inducono il sonno), miorelassante e anticonvulsivante.

Per il controllo delle condizioni di ansia in cui è giustificato un trattamento farmacologico, è consigliabile utilizzare, nella maggior parte dei casi, benzodiazepine a rapida eliminazione (ad esempio, lorazepam, oxazepam, alprazolam). I vantaggi di impiego, questa classe di benzodiazepine sono l'assenza di fenomeni di accumulo a seguito di somministrazioni ripetute, con minima rischio di provocare effetti indesiderati (stati di eccessiva sedazione, alterazioni significative delle prestazioni cognitive e psicomotorie); l'assenza di interazioni con altri farmaci; il minore carico metabolico da parte del fegato in caso di alterata funzionalità epatica.

Per il trattamento dell'insonnia, sono indicate benzodiazepine caratterizzate da rapidità sia d'azione che di eliminazione, affinché si instauri rapidamente il sonno e non vi siano effetti residui (sonnolenza, astenia, stordimento) nella mattinata successiva alla somministrazione. I composti ad emivita plasmatica breve o ultra-breve (ad esempio, triazolam, temazepam, estazolam) sono oggi ritenuti quelli che meglio soddisfano i requisiti sopra esposti. Ciò è particolarmente utile nei soggetti in cui non è richiesta un'azione sedativa durante la giornata.

È oggi un dato acquisito che tutte le benzodiazepine possono indurre un effetto ansiolitico o ipnotico a seconda del dosaggio impiegato. Pertanto, nelle condizioni cliniche in cui l'ansia e l'insonnia coesistono nello stesso paziente, la stessa benzodiazepina potrebbe essere utilizzata durante la giornata per il controllo dei sintomi ansiosi e, a dosaggi più elevati, alla sera per indurre un effetto ipnotico.

Il dosaggio da utilizzare per il controllo di una sindrome ansiosa e/o dell'insonnia, così come i tempi della somministrazione, devono essere sempre individualizzati tenendo conto delle esigenze del singolo paziente. Non esistono, pertanto, schemi posologici prefissati; è quindi considerata una pratica poco razionale quella di utilizzare per tutti i pazienti dosaggi e modalità di somministrazione "standard".

In generale viene ritenuto adeguato per la terapia farmacologica di un disturbo d'ansia acuto un programma di trattamento che preveda un periodo iniziale della durata di 4-5 settimane alla fine del quale si dovrà rivalutare l'opportunità di proseguire la somministrazione della benzodiazepina.

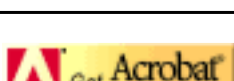
La maggiore limitazione dei trattamenti con benzodiazepine è legata alla capacità di questi farmaci di indurre dipendenza. Pertanto, essi non possono costituire la terapia d'elezione nei disturbi d'ansia cronici. Questo problema ha portato di recente ad una riduzione delle prescrizioni di benzodiazepine nelle terapie a lungo termine e ha dato impulso alla ricerca di trattamenti dell'ansia cronica con farmaci non benzodiazepinici.

Evidenze cliniche hanno di recente dimostrato che alcuni farmaci antidepressivi (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, venlafaxina, alcuni triciclici) esercitano una potente ed efficace azione ansiolitica nei trattamenti cronici di alcuni disturbi d'ansia nonché nei pazienti in cui la sintomatologia ansiosa è associata ad episodi depressivi.

Nel trattamento dell'insonnia, sono oggi utilizzati anche alcuni farmaci non benzodiazepinici, come lo zolpidem, lo zopiclone e lo zaleplon.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Efficacia delle psicoterapie

PIER LUIGI MOROSINI *, PAOLO MICHIELIN **

* Progetto Nazionale Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

** Past-President, Ordine Nazionale degli Psicologi; ASL Treviso

1. Introduzione

2. Principi di valutazione dell'efficacia di un intervento terapeutico

3. Difficoltà di applicazione dei principi suddetti nel caso delle psicoterapie

4. Psicoterapie la cui efficacia è al momento documentata dalla ricerca

5. Commento e conclusioni

1. Introduzione [Su](#)

Molte persone non addette ai lavori, anche colte, sono convinte che vi sia una sola forma di psicoterapia, la psicoanalisi nelle sue varianti (freudiana, junghiana, ecc.). In realtà esistono centinaia di forme diverse di psicoterapia: secondo alcuni circa 200, secondo altri circa 700.

La valutazione scientifica dell'efficacia delle psicoterapie è indispensabile, non meno importante di quella dei farmaci. Lo scetticismo diffuso sulla possibilità di attuare questa valutazione è secondo noi ingiustificato. Di fatto molti interventi psicoterapeutici sono stati oggetto di valutazione e recentemente sono comparse molte pubblicazioni che fanno il punto della situazione.

Diversi fattori inducono a dubitare delle affermazioni degli psicoterapeuti sull'efficacia della loro forma particolare di psicoterapia: se tali affermazioni non sono sostenute da evidenze scientifiche. Questi fattori si possono così sintetizzare:

1) **Miglioramento o remissione spontanei.** Molte forme di disturbo psichico migliorano o si risolvono spontaneamente. Ad esempio, più di un terzo degli episodi depressivi si risolve senza alcun tipo di trattamento entro un anno.

2) **Effetto placebo.** I miglioramenti possono essere la conseguenza non del particolare intervento, ma semplicemente delle reazioni positive del paziente al fatto di sentirsi curato, sostenuto. L'effetto placebo si verifica anche con i farmaci: possiamo migliorare anche dopo aver preso una pillola contenente solo amido o comunque sostanze sicuramente inattive, se siamo convinti che la pillola ci farà bene. L'effetto placebo è verosimilmente maggiore con gli interventi psicoterapeutici.

3) **Selezione dei casi.** Quando uno psicoterapeuta illustra un caso clinico, non possiamo sapere se e quanto il caso sia rappresentativo di tutti i casi che vede. Si può trattare di un caso tipico, ma anche di un caso che è andato particolarmente bene, molto meglio degli altri. Lo stesso quando presenta una casistica. Ci si può chiedere legittimamente se si tratta di tutti i pazienti che ha trattato o solo di quelli che hanno continuato la cura perché soddisfatti del suo andamento.

4) **Soggettività nell'interpretazione dei risultati.** Tutti noi tendiamo a vedere la realtà come ci aspettiamo che sia. Non può meravigliare quindi che i risultati (il tipo e l'entità dei miglioramenti e degli eventuali effetti collaterali) possano essere valutati in modo più favorevole da chi ha attuato l'intervento e crede nella sua efficacia rispetto ad un osservatore indipendente.

2. Principi di valutazione dell'efficacia di un intervento terapeutico [Su](#)

I principi che dovrebbero guidare la valutazione di qualsiasi intervento terapeutico sono i seguenti:

1) **Confronto.** L'efficacia di un trattamento (anche di una psicoterapia) non può essere giudicata in casi singoli, ma solo confrontando i risultati osservati in gruppi di pazienti trattati in modo diverso. Idealmente il nuovo trattamento dovrebbe essere confrontato con il migliore trattamento disponibile o, nel caso di un intervento psicoterapeutico, almeno con un trattamento in cui si dedichi altrettanto tempo e attenzione ai pazienti. Il confronto serve anche a non farsi ingannare dall'effetto placebo a cui si è accennato sopra. Se si confrontano due o più trattamenti, si parla di "studi controllati".

2) **Confrontabilità dei gruppi.** I gruppi a confronto dovrebbero essere simili per tutti i fattori capaci di influire sui risultati del trattamento: ad esempio, età o gravità della malattia o del problema in esame.

3) **Confrontabilità delle rilevazioni.** Le rilevazioni dei risultati dovrebbero essere effettuate nello stesso modo nei gruppi a confronto, così da non essere influenzate dalle aspettative sulla maggiore o minore efficacia dei trattamenti. E' soprattutto importante che la rilevazione dei risultati non venga attuata da chi ha somministrato la terapia, ma da osservatori indipendenti, che idealmente dovrebbero essere in condizioni di "cecità", cioè non dovrebbero sapere quale dei trattamenti a confronto abbiano ricevuto i pazienti.

4) **Rilevanza dei risultati.** Dovrebbero essere valutati i risultati importanti per la qualità di vita della persona (ad esempio, aumento dell'autonomia, della autostima e del funzionamento sociale).

5) **Completezza del follow-up.** Per follow-up si intende il seguire i pazienti nel tempo. Si dovrebbero conoscere i risultati ottenuti in tutti i pazienti dei due gruppi a confronto. Infatti, i risultati nei pazienti persi di vista potrebbero essere molto diversi da quelli dei pazienti seguiti fino alla fine dello studio. Inoltre, lo studio dovrebbe avere durata sufficiente, ad esempio almeno un anno per condizioni come molti disturbi psichici; infatti, ai benefici iniziali potrebbero seguire peggioramenti. E' importantissimo che si sappia di quanti pazienti trattati non si conoscono i risultati e che se ne tenga conto nell'interpretare i dati.

6) **Adeguatezza della descrizione dei trattamenti.** I trattamenti devono essere ben descritti, in modo che siano replicabili anche da altri operatori in altri contesti. Inoltre ci si dovrebbe guardare dai cosiddetti co-interventi, cioè dal fatto che i gruppi di pazienti a confronto ricevano in modo diverso altri trattamenti oltre a quelli oggetto di studio. Ad esempio, per quanto riguarda gli interventi psicoterapici, i pazienti di un gruppo potrebbero prendere farmaci diversi da quelli dell'altro, o ricevere un miglior sostegno sociale.

7) **Analisi statistica dei dati.** Nell'interpretare i risultati, va data importanza alla variabilità casuale, cioè al fatto che le differenze osservate potrebbero essere dovute al caso. E' quindi necessaria un'analisi statistica dei dati.

Alla luce dei principi precedenti, il disegno ottimale per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici è rappresentato dallo studio controllato randomizzato. In questo tipo di studio i soggetti vengono assegnati a caso ai due trattamenti che si vogliono confrontare, supponendo che sia etico farlo e che lo studio abbia ottenuto l'approvazione di un comitato etico.

3. Difficoltà di applicazione dei principi suddetti nel caso delle psicoterapie [Su](#)

Ci sono molte difficoltà nell'applicare i principi che stanno alla base degli studi controllati randomizzati alla valutazione delle psicoterapie. Queste difficoltà non sono però insormontabili, tanto che sono ormai parecchie centinaia gli studi controllati randomizzati sulle psicoterapie.

Rispetto alla valutazione dell'efficacia di un nuovo farmaco, le difficoltà che si incontrano nel caso delle psicoterapie si possono così riassumere:

1) **Maggiore influenza delle caratteristiche e della personalità del terapeuta,** in particolare per quanto riguarda la sua capacità di stabilire un buon rapporto di sostegno e di comprensione con i pazienti.

2) **Maggiori cambiamenti nel tempo degli interventi.** Le psicoterapie sono in costante evoluzione e, quando uno studio finisce, soprattutto se i risultati sono negativi, ci si può sentire dire che lo studio non serve a niente, poiché ormai si fanno cose diverse.

3) **Maggiori difficoltà ad applicare in modo uniforme gli interventi,** cioè ad ottenere che tutti coloro che li praticano, almeno nello studio, li attuino più o meno uniformemente e in modo replicabile da altri.

4) **Difficoltà della "cecità".** Coi farmaci si può ottenere anche una triplice "cecità": dei pazienti, dei professionisti che li hanno in cura e dei valutatori dei risultati, se diversi dai professionisti. Negli interventi psicoterapeutici, le prime due forme di "cecità" sono ovviamente impossibili, ma è molto difficile anche la terza, quella dei valutatori dei risultati, poiché può essere facile capire dalle espressioni dei soggetti quale sia il trattamento che hanno ricevuto. Per tutte le difficoltà suddette sono stati messi a punto dei rimedi e delle contromisure, più o meno convincenti (ad esempio, valutazione del rapporto con il terapeuta mediante domande rivolte ai pazienti, controllo dell'adesione del terapeuta a un "manuale" della terapia in esame, ecc.).

4. Psicoterapie la cui efficacia è al momento documentata dalla ricerca [Su](#)

Viene qui proposto un elenco delle psicoterapie la cui efficacia è documentata dalla ricerca. Esso è basato sulla consultazione delle seguenti fonti: 1) i documenti dell'American Psychological Association (l'associazione che riunisce gran parte degli psicologi americani); 2) il volume di A. Roth e P. Fonagy "What works for whom: a critical review of psychotherapy research" (Guilford, New York, 1997; traduzione italiana: "Psicoterapia e prove di efficacia", Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998); 3) il volume di P.E. Nathan et al. "Treating mental disorders: a guide to what works" (Oxford University Press, New York, 1999); 4) gli ultimi cinque numeri della rivista Evidence-Based Mental Health.

Il fatto che un intervento non figuri in questo elenco non significa che non funziona, ma solo che la sua efficacia non è stata studiata in modo rigoroso, con i metodi indicati nelle sezioni precedenti.

Schizofrenia. Trattamento psicoeducativo familiare. Addestramento alle abilità sociali. Avviamento lavorativo. Psicoterapia cognitivo-comportamentale dei deliri e delle allucinazioni.

Depressione. Psicoterapia cognitivo-comportamentale. Psicoterapia interpersonale. Psicoterapia psicodinamica strutturata breve. Psicoterapia di soluzione dei problemi sociali. Psicoterapia del benessere, dopo trattamento farmacologico, per la prevenzione della recidiva in pazienti con più episodi depressivi.

Disturbo di panico, agorafobia, fobia sociale, fobia specifica. Rilassamento ed esposizione graduale. Psicoterapia cognitivo-comportamentale. Semplice rilassamento.

Ansia generalizzata. Psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Disturbo post-traumatico da stress. Psicoterapia di esposizione con insegnamento della gestione dell'ansia. Psicoterapia cognitiva. Psicoterapia psicodinamica strutturata. Desensibilizzazione e riprocessamento mediante movimento degli occhi.

Disturbo ossessivo-compulsivo. Psicoterapia comportamentale (esposizione e prevenzione della risposta). Psicoterapia cognitivo-comportamentale (ristrutturazione cognitiva in combinazione con prevenzione della risposta).

Anoressia. Psicoterapia cognitivo-comportamentale, inclusa la gestione della dieta. Psicoterapia familiare (particolarmente quando offerta a pazienti giovani).

Bulimia. Psicoterapia cognitivo-comportamentale. Psicoterapia interpersonale.

Disturbi somatoformi. Psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Insomnia. Terapia di igiene del sonno. Controllo dello stimolo. Rilassamento.

Disturbo di personalità evitante. Insegnamento di abilità sociali.

Disturbo di personalità borderline. Psicoterapia dialettica comportamentale.

Disturbi di personalità misti. Psicoterapia psicodinamica breve. Psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Tabagismo. Psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo, specie se accompagnata da esercizio fisico.

Alcolismo. Psicoterapia comportamentale mirata a aumentare l'adattamento sociale, incluso l'insegnamento di abilità sociali e di gestione dell'impulso a bere. Psicoterapia comportamentale di coppia. Brevi interventi educativi, inclusa l'intervista motivazionale. Gruppi di auto-aiuto. Formazione dei familiari per aumentare il ricorso al trattamento di bevitori non motivati. Negoziazione di specifici obiettivi seguita da visite domiciliari e coinvolgimento dei familiari.

Impotenza. Psicoterapia cognitivo-comportamentale mirante a ridurre l'ansia sessuale e a migliorare la comunicazione.

Vaginismo. Interventi basati su dilatazione e controllo muscolare.

Eiaculazione precoce. Tecnica specifica di rinvio dell'orgasmo.

Demenza. Orientamento specifico alla realtà.

5. Commento e conclusioni [Su](#)

Solo una piccola parte delle psicoterapie praticate nel mondo è stata oggetto di valutazione rigorosa. Come si è già sottolineato, ciò non significa che quelle non valutate non siano efficaci.

Qualsiasi giudizio scientifico sull'efficacia di qualsiasi intervento, anche farmacologico, è di natura probablistica. Cioè, si può affermare che in media i soggetti con il problema in esame ne hanno un beneficio, ma non si può garantire che ciò si verifichi in tutti.

Per quanto riguarda i trattamenti psicoterapici, si sa ora che spesso sono efficaci anche interventi brevi, di durata inferiore ai sei mesi con solo una seduta settimanale, e interventi di gruppo, che permettono ovviamente di migliorare il rapporto tra benefici e costi.

Tra i diversi approcci, si sono dimostrati spesso efficaci tra emozioni ad impostazione cognitivo-comportamentale, basati sul riconoscimento delle emozioni e del collegamento tra emozioni, pensieri e comportamenti, sull'insegnamento di migliori abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi, sulla definizione di obiettivi personali, sulla esposizione graduale alle situazioni temute, su tecniche di rilassamento muscolare e di respirazione lenta, sulla prevenzione delle risposte non volute e sul controllo dei comportamenti impulsivi, sull'approfondimento dei problemi del qui e dell'ora piuttosto che sull'indagine di quanto avvenuto in passato.

Le psicoterapie psicodinamiche brevi, strutturate, si sono dimostrate promettenti nel trattamento di alcune depressioni e del disturbo post-traumatico da stress.

Nel campo dei psicosi, sono ormai di consolidata efficacia gli interventi familiari psicoeducativi, basati anch'essi sull'insegnamento di abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi e sulla definizione di obiettivi personali, oltre che sul riconoscimento dei segni precoci di crisi. Si sono dimostrati promettenti gli interventi psicoterapeutici diretti a insinuare dubbi sui deliri e a concordare col paziente strategie per far fronte alle allucinazioni.

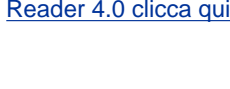
Si è detto che esistono più di 200 forme di psicoterapia diverse. Ripetiamo ancora una volta che non si può dire che tutte le psicoterapie la cui efficacia non è stata documentata siano inefficaci, o meno efficaci di altre. Ma ci sembra che i professionisti che le praticano debbano sentire il dovere deontologico e sociale di valutare in modo rigoroso quello che fanno, senza rifugiarsi dietro considerazioni fumose sull'ineffabilità del loro operato e sull'impossibilità di valutarne i risultati.

Le forme di psicoterapia sono molte, ma forse quelle che funzionano, al di là delle diverse origini e dei diversi nomi, funzionano tutte per le stesse ragioni. E' quindi estremamente interessante cercare di capire non solo se un intervento funziona, ma anche perché funziona, quali sono le componenti più importanti nell'influenzare in senso favorevole i risultati.

E' ora anche di cominciare a discutere pubblicamente sui rapporti tra interventi psicoterapeutici e farmacologici, sulle condizioni in cui gli interventi psicoterapeutici di provata efficacia debbono necessariamente affiancare quelli farmacologici e sulle condizioni in cui essi debbono rappresentare l'alternativa di prima scelta.



Versione completa del sito in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat Reader 4.0 [clicca qui](#)



Versione completa del sito in Microsoft Word

L'esperienza di Trieste

GIUSEPPE DELL'ACQUA
Dipartimento Salute Mentale ASL 1, Trieste

Agosto 1971. Franco Basaglia assume la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste. Nell'accettare l'incarico si adopera per costituire un gruppo di lavoro formato da giovani: medici, psicologi, assistenti sociali, volontari, studenti. Molti di questi sono attratti a Trieste dalla conoscenza della precedente esperienza di Gorizia e dall'importanza che il discorso intorno alla psichiatria e alle istituzioni totali va assumendo in quegli anni a livello dell'opinione pubblica, degli organi di informazione e del dibattito politico.

Franco Basaglia muove dalla consapevolezza, più volte dichiarata, che l'ospedale psichiatrico non ha alcuna valenza di cura, anzi è di per sé produttore di malattia.

Il modello della comunità terapeutica, che Basaglia stesso ha sviluppato in maniera originale nell'ospedale psichiatrico di Gorizia nel precedente decennio, dovrà essere superato attraverso la progressiva apertura e trasformazione dell'ospedale di Trieste, con lo scopo di costituire una rete di servizi territoriali alternativi e sostitutivi dell'ospedale stesso.

Al 31 dicembre 1971 risultano ricoverate a Trieste 1182 persone. Il turnover in un anno è di circa 2500 pazienti, dei quali più del 90% subisce un ricovero coatto (legge 36/1904) e solo la restante percentuale gode del ricovero volontario introdotto di recente nella legislazione italiana (legge 431/1968). A Trieste l'uso del ricovero volontario viene enfatizzato. Esso rappresenta per i pazienti un aumento delle possibilità di movimento all'interno e fuori dell'ospedale psichiatrico e un miglioramento progressivo della qualità della vita e delle cure.

Nel corso dei primi quattro anni di lavoro molta attenzione viene riservata al cambiamento degli spazi interni e ai sistemi di comunicazione e scambio tra le gerarchie all'interno del gruppo di lavoro e tra questo e i pazienti. Vengono attivate riunioni quotidiane nei reparti e periodiche assemblee di tutti i pazienti. Particolare attenzione viene data alla partecipazione e alla formazione degli infermieri, affinché progressivamente abbandonino la tradizionale funzione di custodi, per assumere invece un ruolo attivo e prezioso nel processo di trasformazione.

Vengono aperte le porte di tutti i reparti e soppresse le terapie di shock e ogni forma di contenzione fisica. Si favoriscono le uscite in città, suscitando attenzione e spesso allarme da parte della cittadinanza.

Nel corso dei primi anni di lavoro l'interesse di Basaglia e della sua équipe si concentra, più che sulla malattia psichiatrica, sulle storie personali dei pazienti, sui loro bisogni, nel tentativo ricomporre un'esistenza frammentata e di ricostruire un rapporto con la comunità di provenienza. Si organizzano gruppi di convivenza (gruppi appartamento), dapprima all'interno dell'ospedale, poi in città.

Nelle assemblee i pazienti incominciano a organizzarsi tra di loro, fino a dare vita alla prima cooperativa, che associa circa 60 persone, addette a mansioni di pulizia dei reparti, delle cucine e del parco: ognuno ha un regolare contratto sindacale, risultato dell'impegno di quei primi anni di lotta contro l'ergoterapia. Uno sciopero precede il contratto con la cooperativa neofornata. Il contratto e la cooperativa anticipano, siamo nel 1973, quelli che saranno i percorsi che porteranno alle cooperative sociali 20 anni dopo.

I gruppi appartamento e le cooperative di lavoro rendono evidente quanto lo statuto giuridico e amministrativo di malato (ovvero di internato), non la disabilità o la malattia, sia di ostacolo a qualsiasi reale costruzione di percorsi riabilitativi. Si apre, pertanto, una vertenza con l'amministrazione dell'ospedale affinché la cura e l'ospitalità siano riconosciuti come diritto anche per quei pazienti non più bisognosi di ricovero ospedaliero, ma ancora residenti in ospedale come ospiti di un gruppo appartamento.

Il cancello del parco dell'ospedale psichiatrico si apre alla città: si organizzano concerti e feste promossi da associazioni politiche e culturali della città, che richiamano un numeroso pubblico di studenti, giovani e gente comune.

Nel primo reparto vuoto si organizza un laboratorio di pittura, scultura, teatro, scrittura. Si costruisce Marco Cavallo, un grande cavallo azzurro fatto di legno e cartapesta, simbolo del desiderio di libertà di tutti gli internati, che viene portato per le vie della città in testa a un corteo consistente e molteplice l'ultima domenica di marzo del 1973.

Sempre più frequentemente si organizzano per i pazienti soggiorni in località di villeggiatura e uscite in gruppo per partecipare alle normali attività della città.

Fin dal 1972 la stessa organizzazione interna dell'ospedale viene cambiata: al criterio di sistemazione dei pazienti nei reparti per gravità (agitati, violenti, sudici, infermi, cronici) viene sostituito un criterio che raggruppa i pazienti per provenienza territoriale, in base a una ripartizione dell'area urbana in cinque zone (corrispondenti oggi ai quattro distretti sanitari della Provincia di Trieste ed agli attuali quattro centri di salute mentale).

Tutti gli operatori, a loro volta, vengono divisi in cinque gruppi, ciascuno operante in un'area di riferimento ben delimitata. Si dà inizio in tal modo al lavoro sul territorio, che ha come obiettivo la dimissione e il sostegno del paziente a casa, la presa in carico dei nuovi casi, la ricerca di un rapporto operativo con le istituzioni e i cittadini di quell'area di riferimento.

Il lavoro all'esterno dell'ospedale - tra resistenze, successi e conflitti - introduce i primi e più significativi cambiamenti nella pratica terapeutica e nell'assetto istituzionale, gerarchico e amministrativo ed è, di fatto, scuola di formazione sul campo per infermieri e medici.

All'inizio del 1975 i pazienti ricoverati sono 800. Circa un terzo ha già trovato collocazione all'esterno: in famiglia, in gruppi-appartamento, nelle case popolari. Nessuno viene trasferito in altre istituzioni.

I primi presidi territoriali vengono attivati tra il 1975 e il 1977. Si tratta di strutture preposte inizialmente al supporto di pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico e successivamente anche alla presa in carico di pazienti in crisi. Funzionanti come centri di riferimento diurno, producono una ulteriore sostanziosa diminuzione della popolazione dell'ospedale psichiatrico e la riduzione della durata dei ricoveri.

I primi centri di salute mentale sono in anticipo rispetto alla legge del 1978, con un regolamento frammentario e riferimenti legislativi poco saldi. Soltanto qualche riferimento alla già citata legge 431/1968 permette un'incerta validazione delle nuove strutture in analogia alla normativa dei centri di igiene mentale introdotti proprio da quella legge.

In questo periodo, mentre va prendendo forma la rete dei servizi territoriali, è ancora attiva l'organizzazione dell'ospedale psichiatrico. E' questo il momento più delicato del processo di trasformazione: convivono due modelli organizzativi e culturali differenti e confliggenti, due modalità di spesa, due orientamenti per la gestione degli infermieri. Il rischio è il blocco. Questo passaggio "cerniera" viene superato con una scelta radicale di investimento nel territorio, con la crescita ed il rafforzamento progressivo dei centri di salute mentale aperti 24 ore su 24.

Nel 1977 i ricoverati scendono a 132, di cui 51 coatti e 81 volontari; gli ospiti sono 433. Viene attivato un servizio volontario di guardia psichiatrica con reperibilità 24 ore su 24 presso il pronto soccorso dell'Ospedale Maggiore, con l'obiettivo di filtrare la domanda, di trovare soluzioni più adeguate alla crisi e di contrastare il ricorso burocratico al ricovero coatto. Tale servizio si trasformerà nel 1980 in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura con funzioni di pronto soccorso psichiatrico, di consulenza presso i reparti ospedalieri e di avvio della domanda ai centri di salute mentale competenti per territorio, aperti 24 ore su 24.

Vengono delimitate le cinque aree di riferimento (che diventeranno sette nel 1981, per stabilizzarsi a quattro nel 1996), con bacini di utenza di 50.000 circa abitanti ciascuno.

Ogni centro di salute mentale è dotato di 8 posti letto e di una mensa per il pranzo e per la cena sia per i pazienti in regime di ricovero che per quelli in day hospital. Si intraprendono attività di assistenza ambulatoriale e domiciliare e di supporto sociale.

Sostanziale è anche l'impegno dei centri di salute mentale all'interno del carcere: su autorizzazione del Ministero di Grazia e Giustizia, viene attivato un servizio di consultazione psichiatrica presso la Casa Circondariale di Trieste. Esso viene svolto dagli stessi operatori dei centri, con l'obiettivo di garantire la continuità terapeutica per i cittadini già portatori di disturbi mentali e detenuti per aver commesso un reato. Il servizio favorisce l'applicazione di misure alternative alla detenzione, evita l'induzione di pesanti carriere istituzionali e riduce l'automatismo degli invii in ospedale psichiatrico giudiziario.

In ciascuna delle zone in cui è ripartito il territorio vengono costituiti gruppi residenziali, per dare ospitalità sia a pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico, sia a pazienti senza alcuna esperienza manicomiale e, tuttavia, con situazioni familiari precarie o di pesante conflittualità. Si sviluppano attività riabilitative, di formazione e di avviamento al lavoro alle quali partecipano tutti gli utenti. Vengono costituiti luoghi specifici per attività ricreative e formative, quali laboratori di attività espressive, corsi di alfabetizzazione e scolarizzazione, e soprattutto si sviluppa l'opera di qualificazione ed inserimento lavorativo, attraverso la crescita e l'ampliamento delle capacità di intervento delle cooperative. Tali cooperative attivano lavori e imprese, cercando di essere sul mercato, rivolgendosi soprattutto a giovani con problemi psichiatrici, di tossicodipendenza, di marginalità.

Il 13 maggio 1978, sotto la spinta dei processi di deistituzionalizzazione in atto a Trieste e in altre parti d'Italia e sotto la minaccia di un referendum abrogativo della legge 36/1904 e di un conseguente vuoto legislativo, viene approvata la legge 180, che istituisce un modello di assistenza assolutamente innovativo, dando inizio di fatto alla fine del manicomio e dei fondamenti delle istituzioni totali.

Nel 1980 l'ospedale psichiatrico di Trieste cessa definitivamente le sue funzioni. Nell'agosto dello stesso anno muore Franco Basaglia.

Nel 1981 è ormai stabile la rete dei servizi psichiatrici. Alla struttura amministrativa dell'ospedale psichiatrico si sostituisce il dipartimento di salute mentale (DSM), che dal punto di vista operativo garantisce un unico momento amministrativo e progettuale per tutto l'insieme della rete dei servizi e delle attività ad esse connesse.

La direzione del DSM viene assunta da Franco Rotelli. L'organizzazione del DSM deve essere ulteriormente definita e rafforzata. Si avvia un significativo lavoro, teorico e pratico, che porterà allo sviluppo della cooperazione sociale, ancora più centrata sui programmi di emancipazione delle persone affette da disturbo mentale.

Oggi il parco del vecchio ospedale psichiatrico ospita 60 persone in diverse strutture residenziali. Dal 1980 nessun paziente è stato più ricoverato.

La rete dei servizi è costituita (gennaio 2001) da quattro centri di salute mentale per una popolazione di 248.000 abitanti. Dal 1999 la clinica psichiatrica universitaria è parte integrante del DSM e ha attivato un centro di salute mentale. Lo staff (compresa la clinica psichiatrica universitaria) è attualmente composto da 29 medici psichiatri (contro i 10 del 1971); da 180 infermieri (contro i 405 del 1971), da 6 psicologi (uno nel 1971), da 10 assistenti sociali e da 7 tecnici della riabilitazione psico-sociale. A questo nucleo vengono aggiunti circa 25 giovani operatori (accompagnatori, educatori), soci di cooperative sociali che gestiscono alcune residenze e i programmi riabilitativi ad esse connessi. Arricchiscono i gruppi di lavoro giovani studenti e volontari provenienti da ogni parte del paese e del mondo.

La spesa per l'assistenza psichiatrica si è dimezzata nel corso di questi anni: alla fine del 1971 il bilancio consuntivo dell'Amministrazione Provinciale relativo all'ospedale ammontava a più di 5 miliardi, circa 55 miliardi attuali. Di contro, a chiusura del bilancio dell'azienda sanitaria nel 2000, il DSM è costato poco meno di 27,5 miliardi.

La riduzione del personale impiegato registrata nel corso degli anni porta dalle 524 unità nel 1971 a 240 unità nel 2000.

I posti letto sono passati da 1.160 (posti letto ospedalieri) nel 1971 a 140 posti letto variamente distribuiti nel territorio e con funzioni differenziate. Il ricorso al privato è molto ridotto: 90 triestini, pari al 2% dell'utenza, sono stati ricoverati nel 1999 in cliniche private fuori regione.

Infine, un unico luogo di cura, il manicomio, è stato sostituito da poco meno di 50 differenti strutture con funzioni e compiti diversificati.

Se questi indicatori di risorse e di popolazione mostrano il cambiamento istituzionale e strutturale, alcuni risultati restituiscono il senso del processo di deistituzionalizzazione e disconfermano pregiudizi e luoghi comuni che si sono sedimentati intorno all'idea della chiusura dell'ospedale psichiatrico:

- Il numero di persone ricoverate in ospedale psichiatrico giudiziario (il pregiudizio della pericolosità), più di 24 nel 1971 e in media 20 negli anni 70, registra un solo caso nel 1999 e in media 0,5 nel corso degli ultimi 10 anni.
- Il numero annuale dei ricoveri coatti (il pregiudizio del rifiuto delle cure) era mediamente 150 negli anni 70. Ci sono stati 19 TSO nel 1999 e negli ultimi 20 anni la media si è tenuta intorno a 8 TSO per 100.000 abitanti per anno.
- Il numero dei suicidi (il pregiudizio dell'abbandono) si è mantenuto costante nel corso degli anni: erano 50 i suicidi registrati nel 1971, sono stati 43 nel 1999.

Da più di 20 anni Trieste vive senza manicomio e il numero delle persone che si riferiscono ai servizi nel corso di un anno è mediamente del 12 per mille della popolazione (3500 utenti/anno). Non è molto sviluppato il ricorso alla psichiatria mercantile, non si sono verificati fenomeni di assenteismo, se si è sviluppato il ricorso ai reparti di medicina generale e di geriatria di persone anziane affette da malattie organiche con disturbi mentali concomitanti.

Analogamente, dai primi anni 80, si è sviluppato il servizio per le tossicodipendenze (SERT), che si occupa con programmi appropriati di persone con problemi di dipendenza da alcool e droghe illegali. Molti di questi programmi sono sviluppati in collaborazione con il DSM (cooperative, laboratori, tempo libero, sport).

Valutando il lavoro territoriale degli ultimi 20 anni, l'indicatore che forse più di tutti dà ragione all'organizzazione territoriale dei servizi è della presa in carico della crisi e la sua evoluzione. L'approccio non burocratico a crisi, al di fuori del modello medico, ha ridotto e tende a ridurre, se non a rendere inuttile, il ricorso ai ricoveri, a favorire un più rapido ristabilimento di condizioni di equilibrio, a diminuire potenziali ricadute, a far sì che la crisi resti un evento che fa parte della storia delle persone e infine ad attivare e finalizzare risorse e legami che proprio attraverso la crisi vengono svelati.

Intendiamo qui riferirci ad atteggiamenti e stili operativi propri di un servizio territoriale che riesca a distanziarsi dal modello clinico. Stili di lavoro che si concretizzano nel disporre il servizio ad andare incontro al paziente, all'accoglienza al di fuori di tempi, spazi, filtri definiti e competenze rigide; nel valorizzare la rete dei rapporti sociali; nell'insistere sulla qualità e sulle abilità delle persone piuttosto che sui sintomi; a non definire protocolli e tempi di ricovero rigidi; a prestare la massima cura nel progetto; a mantenere elevata la qualità degli spazi (arredi, pulizia, cibo).

Nel corso degli ultimi cinque anni si sono stabilmente strutturati programmi che vedono gli utenti come protagonisti:

- gruppi di auto-aiuto che fanno capo a giovani associati in clubs con sede propria (il programma si è chiamato automaticamente "FUORI C'ENTRO")
- programmi di informazione e di organizzazione di aiuto reciproco per i familiari (carico familiare e disturbo mentale);
- un programma per le donne che fonda la sua attività sulla valorizzazione della differenza di genere.

Questi programmi, assieme al forte sviluppo delle cooperative sociali (impresa sociale) danno il senso della partecipazione e del nuovo protagonismo degli utenti dei servizi.

Un'altra area dei programmi, che si va evolvendo e strutturando e che rappresenta forse uno dei punti di maggior rottura con il passato e di fuga verso il futuro, riguarda la formazione. Questa spazia dall'informatica all'editoria, dalla comunicazione sociale all'educazione civica, dalla moda alla gestione di un'emittente radiofonica ... in una gamma che vuole diversificarsi e ampliarsi negli anni a venire; anni in cui, a nostro e non solo nostro parere, l'educazione avrà un ruolo preminente nella costruzione di percorsi di sviluppo sostenibile per le persone e il loro habitat.

Questi scenari - impresa sociale, auto-aiuto, partecipazione dei familiari, differenza di genere, formazione - costituiscono, all'interno della rete dei servizi, gli indicatori che meglio di altri restituiscono la tensione dei servizi e degli operatori verso la costituzione delle nuove istituzioni per la salute mentale.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

I servizi di salute mentale in Italia oggi

CARMINE MUNIZZA
Dipartimento Salute Mentale ASL 4, Torino

1. Premessa

2. La legge 180: la nuova normativa

3. Il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1994-1996

4. Le strutture del dipartimento di salute mentale e le loro funzioni

5. Il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998-2000

6. Conclusioni

1. Premessa [Su](#)

La cultura psichiatrica italiana è stata attraversata negli ultimi vent'anni da una profonda trasformazione, con la conseguente attivazione di un cambiamento radicale della assistenza a livello organizzativo e legislativo. Questa trasformazione è meglio comprensibile facendo riferimento ad un preciso percorso storico che, rispetto al trattamento dei pazienti psichiatrici, ha visto il passaggio da un intervento avente come obiettivi l'ordine pubblico e il controllo sociale ad un intervento volto alla promozione di tutte le attività necessarie di prevenzione, cura e riabilitazione. E' possibile vedere come punti nodali di questo percorso da un lato il vecchio manicomio e dall'altro il dipartimento di salute mentale.

2. La legge 180: la nuova normativa [Su](#)

Il processo di radicale cambiamento avvenuto negli anni 60 e 70 in campo psichiatrico è stato recepito dalla legge 180 del 1978, successivamente accolta nell'ambito della legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Essa ha sancito sul piano legislativo il passaggio da una organizzazione di assistenza fondata sull'ospedale psichiatrico a una organizzazione più complessa di tipo territoriale.

La nuova normativa inserisce la psichiatria nell'ambito sanitario e permette ai ricoverati di conservare tutti i diritti politici e civili anche nel caso di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

In termini organizzativi, tale insieme di nuove norme ha affermato la centralità dell'intervento a livello dei servizi psichiatrici territoriali (centri di salute mentale); ha sancito l'abolizione e la chiusura degli ospedali psichiatrici; ha collocato le strutture psichiatriche di ricovero negli ospedali generali con la istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC); ha caratterizzato gli interventi obbligatori come provvedimenti eccezionali e di breve durata, autorizzandoli per esigenze terapeutiche urgenti non affrontabili in alcun altro modo.

3. Il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1994-1996 [Su](#)

L'avvenuto passaggio dall'ottica custodialistica ad una visione più moderna dell'assistenza psichiatrica, centrata sulla copresenza di interventi preventivi, curativi e riabilitativi, ha trovato definitiva conferma nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" emanato per il triennio 1994-96 (G.U. n. 93 del 22/4/1994). Questo Progetto Obiettivo indica come prioritaria la costruzione in tutte le aziende sanitarie locali (ASL) del dipartimento di salute mentale (DSM).

4. Le strutture del dipartimento di salute mentale e le loro funzioni [Su](#)

Le strutture costitutive del DSM sono:

- 1) il centro di salute mentale, sede organizzativa dell'équipe degli operatori e punto di coordinamento dell'attività sul territorio;
- 2) il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
- 3) le strutture semiresidenziali: day hospital (in cui vengono attuati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine) e centro diurno (struttura indirizzata a pazienti che necessitano di trattamenti a lungo termine con attività tese a prevenire il ricovero);
- 4) le strutture residenziali (piccole strutture con non più di 20 posti letto atte ad accogliere pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici e cosiddetti "nuovi cronici").

Il **centro di salute mentale** è la sede di elaborazione del progetto terapeutico. In esso lavora una équipe a carattere multiprofessionale, che svolge molteplici attività di prevenzione, cura e riabilitazione tra loro integrate, ed in particolare: attività di valutazione delle richieste che giungono da utenti, familiari, servizi sociali e medici di medicina generale; attività di filtro e prevenzione dei ricoveri psichiatrici; visite ambulatoriali; visite domiciliari; colloqui di supporto psicologico; psicoterapie individuali e di gruppo; terapia psicofarmacologica; attività di sostegno infermieristico; attività riabilitative e risocializzanti; interventi socio-assistenziali per gli utenti in carico; proposte di ricovero nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura e nelle altre strutture convenzionate; attività di filtro e di invio ad altri servizi specialistici, come pure a strutture semi-residenziali, riabilitative e residenziali del DSM o convenzionate; consulenze specialistiche a istituti o altri servizi, sia territoriali che ospedalieri; collaborazione con enti preposti alla tutela della salute mentale dei minori a rischio. Nella maggioranza dei casi il centro di salute mentale è aperto al pubblico nei giorni feriali per 8-12 ore. In qualche situazione esso dispone di posti letto per situazioni di crisi o attività extraospedaliere di risposta all'emergenza, con orari di apertura più ampi.

Il **servizio psichiatrico di diagnosi e cura** è collocato in un ospedale generale. Esso accoglie pazienti per i quali si rende necessario il ricovero in ambiente ospedaliero, sia in forma volontaria (largamente prevalente) sia in regime di TSO. Durante il ricovero vengono impostate terapie farmacologiche; sono effettuati accertamenti internistici; viene valutata, con la collaborazione del personale del centro di salute mentale, la situazione personale e relazionale del paziente. Sono possibili interventi psicoterapeutici, sulle famiglie e di tipo socio-assistenziale.

Il **day hospital** rappresenta uno spazio di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve termine. E' collocato in strutture ospedaliere o esterne all'ospedale, ma collegate con il centro di salute mentale. Può permettere di ridurre la durata del ricovero e/o garantire l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici, nonché di avviare e monitorare interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi.

Il **centro diurno** è una struttura semiresidenziale con funzione terapeutico-riabilitativa, aperta almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Dispone di locali idonei ed attrezzati e si avvale di una propria équipe ed eventualmente degli operatori di cooperative sociali e delle organizzazioni del volontariato. I suoi compiti sono volti a favorire lo sviluppo, nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi, di abilità personali nella cura di sé e nelle attività quotidiane che si fondano sulle relazioni interpersonali.

Le **strutture residenziali** rappresentano uno strumento essenziale del DSM per portare a termine il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e per fornire una adeguata assistenza ai pazienti più gravi. Le esperienze finora realizzate sono diversificate e non possono essere ricondotte ad un unico modello. Inizialmente esse sono sorte per favorire il reinserimento nel contesto territoriale (quindi in case di normale abitazione) dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici, mentre successivamente la loro apertura ha rispecchiato la crescente necessità di offrire un contesto abitativo soddisfacente a quei pazienti gravi che non potevano vivere da soli o nelle famiglie di origine e che necessitavano di una assistenza continuativa.

Il Progetto Obiettivo precisa che le strutture residenziali non devono essere considerate soluzioni abitative definitive, ma devono essere concepite come uno spazio privilegiato per realizzare programmi riabilitativi individualizzati. Lo standard previsto è di un posto letto ogni 10.000 abitanti, con la possibilità di un posto letto aggiuntivo per specifiche situazioni locali, condizionate dalla chiusura degli ospedali psichiatrici.

5. Il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998-2000 [Su](#)

Il nuovo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale contiene obiettivi specifici di salute da perseguire anche al di là del suo triennio di validità nominale.

L'assetto delle strutture rielaborato dal precedente Progetto Obiettivo viene confermato. Le motivazioni per un nuovo Progetto Obiettivo non risiedono quindi nella necessità di ulteriori cambiamenti nell'organizzazione delle strutture che si occupano di salute mentale, bensì nella definizione di più incisivi interventi sul piano programmatico, allo scopo di definire in modo specifico la "missione" del DSM.

Il nuovo Progetto Obiettivo individua infatti gli obiettivi specifici del settore, completando quanto enunciato nel piano sanitario nazionale ed evidenziando gli interventi prioritari, le politiche e i programmi di salute mentale.

Fermo restando il compito di tutelare, in ogni sua forma, la salute mentale di tutti i cittadini, è obiettivo prioritario, in accordo con il piano sanitario nazionale, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da comprometterne l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza. A tale fine dovranno essere definiti e realizzati progetti che ricostruiscano il tessuto relazionale, sociale ed affettivo di queste persone, tramite interventi volti all'attivazione massima delle risorse.

A tale fine sono necessari, da parte dei servizi di salute mentale:

- un atteggiamento e una prassi non di attesa, con interventi attivi (a domicilio, nel luogo di lavoro), in collaborazione con associazioni di familiari, volontariato e altri servizi sanitari e sociali;
- la formulazione di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati con assegnazione di responsabilità precise e precise scadenze di verifica;
- l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e le relazioni affettive e sociali;
- l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia;
- il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nell'attuazione del piano terapeutico-riabilitativo (si sottolinea che tale coinvolgimento deve essere volontario e che la responsabilità della assistenza è del servizio e non della famiglia);
- il recupero degli utenti gravi che non si presentano agli appuntamenti o abbandonano il servizio, in modo da ridurre anche l'incidenza dei suicidi;
- il sostegno alla nascita di gruppi di auto-aiuto di familiari e pazienti e di cooperative sociali, specie quelle con finalità di inserimento lavorativo;
- iniziative di informazione rivolte alla popolazione in generale sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà.

E' opportuno inoltre che i servizi differenzino la propria attività clinica fornendo assistenza anche alle persone affette da disturbi meno gravi.

6. Conclusioni [Su](#)

Le leggi che hanno riformato l'assistenza psichiatrica in Italia hanno determinato cambiamenti profondi e generalizzati. Sebbene molte controversie e discussioni abbiano accompagnato in questi vent'anni la crescita del nuovo sistema territoriale e il progressivo abbandono dell'ospedale psichiatrico, le persone affette da disturbo mentale hanno vissuto un cambiamento radicale: dopo la ripresa del pieno diritto di cittadinanza possono oggi accedere a percorsi terapeutici, riabilitativi, emancipativi all'interno dei loro contesti familiari e sociali.

I dipartimenti di salute mentale sono presenti in tutte le regioni. I centri di salute mentale territoriali, i centri diurni, i servizi di diagnosi e cura in ospedale generale, le residenze comunitarie, i gruppi di convivenza sono diffusi e si affiancano ad iniziative di inserimento lavorativo permesse prevalentemente dalle cooperative sociali. Sono nate inoltre associazioni per la salute mentale formate da utenti, familiari e cittadini.

La situazione attuale relativamente alla disponibilità di strutture e di posti letto per gli utenti in Italia è la seguente:

	Strutture	Posti letto /utenti
SPDC	320	4.084
Case di cura	65	5.595
Strutture residenziali	1.341	17.343
Day hospital	257	942
Imprese sociali	433	3.942
Centri diurni	481	
Centri di salute mentale	695	

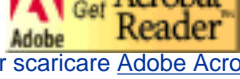
La situazione attuale relativamente agli operatori dei dipartimenti di salute mentale in Italia è la seguente:

	Numero
Medici	5.094
Psicologi	1.795
Sociologi	148
Terapisti della riabilitazione	138
Educatori	1.054
Assistenti sociali	1.544
Infermieri professionali	15.482

Pur essendo presente in psichiatria esistono, come negli altri settori, questi dati, disarmonie impegni assetti operativi, disomogeneità, diversità di investimento da una regione all'altra, questi dati indicano un impegno notevole di risorse umane e di strutture nel territorio nazionale; un impegno che può certamente tradursi nel miglioramento degli esiti del trattamento.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Dai manicomi alla nuova residenzialità psichiatrica in Italia

BARBARA D'AVANZO, CORRADO BARBUI, ANGELO BARBATO

Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

1. [Perché chiudere gli ospedali psichiatrici?](#)

2. [Che cosa erano gli ospedali psichiatrici?](#)

3. [Dove sono andati i pazienti dimessi?](#)

4. [Che cosa sono le strutture residenziali?](#)

1. [Perché chiudere gli ospedali psichiatrici?](#) [Su](#)

L'ospedale psichiatrico è un'istituzione nata e rafforzata nel corso dell'800 sulla base di due idee fondamentali: quella "umanitaria" della cura con mezzi medici e tecnici adeguati, e quella "di custodia", con un significato di protezione delle persone bisognose e allo stesso tempo di difesa dell'ordine sociale. E' evidente che l'idea di custodia comportava il rischio di reclusione e isolamento, senza vantaggi in termini di cura.

Negli ultimi decenni, in tutti i paesi industrializzati, con temi e modi diversi, si è espressa la tendenza a sostituire gli ospedali psichiatrici come unico luogo di cura dei disturbi mentali con una rete di servizi più piccoli, decentrati, flessibili e accessibili ai cittadini. A questa tendenza hanno contribuito studi che mettevano in evidenza come il manicomio producesse effetti invalidanti e disabilitanti, rendendo le persone sempre più dipendenti e isolate. Studi sulla possibilità di dimettere pazienti da lungo tempo chiusi nei manicomi e sui buoni risultati di queste operazioni di dimissione assistita hanno attribuito una funzione sempre più marginale all'ospedale psichiatrico.

Si è così avviato un duplice processo: lenta dimissione dei pazienti da lungo tempo ricoverati nei manicomi e cura dei nuovi pazienti senza ricorrere al ricovero in ospedale psichiatrico. La legge 180 del 1978 ribadiva l'inaccettabilità di luoghi in cui le persone siano indefinitamente isolate e la scelta di forme di assistenza che possano agire più efficacemente e senza ricorrere al ricovero prolungato. La legge indicava che la prevenzione, la riabilitazione e la cura dovessero essere svolte in servizi territoriali, e che il ricovero fosse un momento della cura e una scelta necessaria solo in alcune circostanze e per periodi circoscritti nel tempo. Non era più possibile ammettere nessuno in ospedale psichiatrico, a meno che ne facesse richiesta volontaria una persona che vi era stata precedentemente ricoverata. Dovevano essere realizzati servizi psichiatrici ambulatoriali decentrati e reparti di psichiatria con funzione di diagnosi e cura all'interno degli ospedali generali. La legge finanziaria del 1994 e le successive hanno poi imposto e regolato lo smantellamento definitivo degli ospedali psichiatrici e la dimissione dei pazienti che vi erano rimasti. Esse si ricollegavano alla legge 180, assumendo quindi l'esistenza di una rete territoriale di servizi che potesse far fronte ai problemi e alle esigenze di assistenza dei pazienti dimessi dai manicomi. Nel tentativo di evitare che i manicomi chiudessero solo "formalmente", le leggi hanno vietato l'uso delle aree dove essi sorgevano per qualunque forma di assistenza psichiatrica, e hanno consentito l'uso di tali aree per i pazienti anziani e disabili, a patto che la psichiatria non se ne occupasse più e li "cedesse", col personale e le strutture necessari, ai servizi socio-assistenziali delle Aziende Sanitarie Locali.

2. [Che cosa erano gli ospedali psichiatrici?](#) [Su](#)

Prima del 1978, la grande maggioranza dei pazienti che aveva bisogno di cure psichiatriche veniva ricoverata in ospedale psichiatrico. Dalla fine degli anni '70, è iniziata la progressiva riduzione del numero dei soggetti che vivevano in ospedale psichiatrico. La lenta ma costante diminuzione del numero di ricoverati è dipesa dal blocco delle ammissioni, dai decessi dei pazienti, e in misura minima dalle dimissioni, che avvenivano quasi esclusivamente con il ritorno dei pazienti in famiglia. Quando, nel 1994, la legge finanziaria ha stabilito il termine ultimo per la definitiva chiusura dei manicomi, vi erano ancora 20.000 pazienti in circa 67 ospedali psichiatrici, ma non si aveva idea di come questi luoghi venissero governati e come i pazienti vi fossero assistiti.

Nello stesso anno è iniziato il primo studio sistematico italiano sul processo di chiusura con una valutazione di 22 ospedali psichiatrici, collocati in quattro regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Liguria e Lazio). Lo studio puntava, oltre che a descrivere i pazienti e a seguirne le dimissioni, alla valutazione di tre aspetti: l'ambiente fisico, l'organizzazione della vita nei singoli reparti e le attività ricreative e riabilitative. I risultati di tale indagine hanno messo in evidenza che la quantità e la qualità degli ambienti di vita erano in generale gravemente inadeguate. Vi erano pochissime tracce di quella che doveva essere una delle funzioni dell'ospedale psichiatrico, ovvero l'offerta di contesti di lavoro protetti. Si osservavano numerosi segnali di una gestione fortemente istituzionalizzata: dalla chiusura delle camere da letto durante il giorno, alla scarsissima tendenza a creare luoghi di autonomia attraverso lo stimolo a usare spazi, oggetti e strumenti propri o all'erogazione quotidiana di paghette. La pratica della contenzione fisica era ancora diffusa.

I pazienti che vivevano in questi luoghi erano in egual misura maschi e femmine, e non erano particolarmente anziani (il 25% aveva 70 anni o più, ma il 20% meno di 50); il 40% aveva diagnosi di ritardo mentale o di disturbi mentali organici (in qualche caso non era mai stata formulata una vera e propria diagnosi). Il 48% dei pazienti risiedeva nel manicomio da oltre 30 anni e una quota intorno al 10% vi era entrato quando già le ammissioni non erano più consentite. Il 38% dei pazienti era completamente autonomo nelle attività della vita quotidiana, quali lavarsi, vestirsi, curare la propria persona e mangiare, ma il 25% necessitava di un aiuto in tutte le attività. Nel 67% dei casi non erano presenti rilevanti problemi comportamentali, quali aggressività, autolesionismo, tendenza a fuggire.

Quattro anni dopo, in una successiva valutazione dei reparti dei dodici manicomi della Lombardia, condotta con lo stesso metodo, emergeva che, nonostante fosse diminuito il numero di pazienti per reparto, la qualità complessiva rimaneva inadeguata nella metà dei reparti. Dal punto di vista dell'organizzazione della vita nei reparti e delle attività che vi si svolgevano, il 40% non era migliorato e quasi un terzo era peggiorato.

Tra il 1996 e il 1997, la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ha condotto un'indagine conoscitiva sulla situazione degli ospedali psichiatrici a processo di chiusura avviato, consistente in visite "improvvisate" in diversi manicomi italiani e nella raccolta di informazioni e audizioni, ed è arrivata a conclusioni simili a quelle dello studio sopra descritto. Essa rilevava "uno stato di abbandono e di inaccettabile degrado della condizione di vita dei ricoverati". Descriveva la vita dei pazienti come di qualità molto carente, rilevava l'assenza di assistenza personalizzata e di attività organizzate, e un'incuria generalizzata. Nelle conclusioni, il documento della commissione parlamentare prefigurava, tra gli altri, alcuni aspetti importanti: 1) il rischio della creazione di altri "piccoli manicomi" in cui venivano collocati i pazienti dimessi; 2) l'utilizzo di strutture private i cui requisiti per il trattamento dei pazienti psichiatrici non erano verificabili; 3) il rischio di una sorta di "concorrenza" tra i pazienti provenienti dagli ospedali psichiatrici e i pazienti del territorio per quanto riguarda l'utilizzo dei posti-letto nelle strutture residenziali psichiatriche.

3. [Dove sono andati i pazienti dimessi?](#) [Su](#)

Seguendo dal 1994 i 4492 pazienti degli ospedali psichiatrici prima descritti, si è rilevato che 642 sono morti prima che venisse organizzata per loro la dimissione, mentre i restanti 3850 sono stati variamente collocati: in istituti per lungodegenze, quali case di riposo o strutture per handicap (32%), in strutture costituite all'interno dell'ex-ospedale psichiatrico (24%); in strutture residenziali psichiatriche pubbliche (17%); in strutture residenziali psichiatriche private (9%); in famiglia (2%); in abitazione autonoma (1%). I pazienti anziani e con diagnosi non psichiatriche erano più spesso inviati in case di riposo o strutture per handicap, mentre i pazienti più problematici (soprattutto se aggressivi o con tendenze suicidarie, anche se molto rari nella popolazione manicomiale) venivano più spesso collocati nelle strutture residenziali psichiatriche pubbliche.

Nonostante in alcuni casi i responsabili degli ospedali psichiatrici si siano trovati a fronteggiare la definitiva chiusura in tempi molto ristretti, non vi è stato un impatto negativo sui pazienti in termini di spostamenti successivi alla prima dimissione: la gran parte dei trasferimenti riguardava pazienti collocati provvisoriamente in strutture interne ai manicomi che passavano successivamente nelle case di riposo o nelle strutture psichiatriche dei Dipartimenti di Salute Mentale, oppure pazienti che passavano dalle strutture psichiatriche residenziali alle case di riposo, spesso per motivi di salute fisica o per problemi assistenziali.

Un altro studio approfondito condotto nell'ospedale psichiatrico di Roma ha concluso che la quasi totalità dei pazienti era stata dimessa in strutture con un elevato livello di assistenza, fossero queste psichiatriche o per anziani e disabili. Il movimento dei pazienti successivo alla prima dimissione si è svolto qui soprattutto sfruttando le strutture psichiatriche che erano state preparate dai Dipartimenti di Salute Mentale. Lo studio mostrava anche che non vi era stata integrazione dei pazienti con il territorio e i suoi servizi, segnalando il rischio che le nuove strutture per l'accoglienza dei pazienti mantenessero una continuità con il manicomio in termini di isolamento dei pazienti.

Quello che è comunque ragionevole aspettarsi per i pazienti dimessi è un generale miglioramento delle condizioni cliniche e di vita. Importanti studi, soprattutto inglesi e nordamericani, mostrano chiaramente che i pazienti persi di vista o rimasti senza dimora o arrestati siano una porzione minima di coloro che escono dagli ospedali psichiatrici. Inoltre, nei pazienti dimessi migliorano la qualità della vita e la capacità di porsi in relazione con gli altri e di svolgere almeno le più semplici funzioni sociali. E' verosimile aspettarsi che la tendenza sia simile anche per i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici italiani. I risultati delle indagini disponibili mostrano che, nel corso delle dimissioni, non si è verificato l'abbandono dei pazienti, né il loro "scaricamento" sulle famiglie: i pochi dimessi in un'abitazione in condizioni di autonomia sono seguiti intensivamente dai servizi, e, soprattutto, sono prevalse le soluzioni che hanno collocato i pazienti in contesti ad alta protezione. Va sottolineato, tuttavia, che questi dati riguardano soltanto quattro regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Liguria e Lazio) e che il processo di dimissione e ricollocazione dei pazienti è avvenuto in modo disomogeneo nelle diverse regioni. Sarebbe quindi importante attuare in tutta Italia una descrizione accurata delle collocazioni dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici e delle loro attuali condizioni di vita.

4. [Che cosa sono le strutture residenziali?](#) [Su](#)

Le leggi sulla chiusura prescrivevano che i responsabili degli ospedali psichiatrici reperissero posti-letto sia nelle case di riposo, sia nelle strutture psichiatriche residenziali dei servizi territoriali. Secondo il Progetto Obiettivo per la Salute Mentale 1998-2000, una struttura residenziale è "... una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica ... con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa". In effetti, durante il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici, si è verificato un aumento di queste strutture.

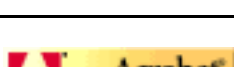
Un'indagine condotta a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità ha messo in evidenza che la gran parte delle strutture residenziali psichiatriche è stata creata a partire dal 1998 (oltre il 50% è sorto dopo il 1997). Le norme attuali prevedono tre tipi di strutture residenziali: a bassa, media e alta assistenza, a seconda delle ore di presenza del personale che si occupa dei pazienti, e solo quelle ad alta assistenza prevedono una presenza del personale nell'intero arco delle 24 ore. Di fatto, vi è stato che la tipologia prevalente è quella ad alta assistenza, in cui rientra circa il 70% delle strutture. Nel complesso, i posti sono oltre 17.000, con un numero medio per struttura di 12,5 soggetti, e un'offerta di 3,5 posti ogni 10.000 abitanti. Il 30% delle strutture è gestito dal privato sociale o imprenditoriale.

Secondo un'analisi più dettagliata condotta in Lombardia, i pazienti provenienti dai manicomi occupano quasi il 40% dei posti delle strutture residenziali. Ciò suggerisce che attualmente la disponibilità di posti è in buona parte saturata da questi pazienti. E' quindi importante che le strutture siano messe appena possibile a disposizione degli utenti del territorio.

E' infine opportuno chiedersi, di fronte al numero elevato di strutture ad alta assistenza, se non siano stati sottovalutati i vantaggi di una rete di strutture differenziate in grado di dare risposte flessibili e differenziate, e se, all'interno delle strutture ad alta assistenza, lo svolgimento del ruolo assistenziale non vada a discapito di quello terapeutico.



Versione completa del sito in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) [clicca qui](#)



Versione completa del sito in Microsoft Word

L'impresa sociale

GIUSEPPE DELL'ACQUA, FRANCO ROTELLI
Dipartimento Salute Mentale ASL 1, Trieste

1. Premessa

2. Che cos'è l'impresa sociale

3. Criteri per l'impresa sociale

4. Alcune conclusioni

1. Premessa [Su](#)

La maggior parte dei malati di mente che vivono nella società è completamente estranea alle attività produttive, e questi pazienti disoccupati sono forse i più alienati di tutti. Gli effetti sulla malattia possono essere determinanti.

Fino a tempi molto recenti "un'occupazione" per le persone con disabilità psicosociali era concepibile soltanto in termini di lavoro (non pagato) negli ospedali psichiatrici. Dopo la chiusura degli ospedali, la società deve affrontare il compito di trovare opportunità di impiego appropriate per queste persone. I laboratori protetti tradizionali esistenti offrono poche possibilità di creare delle opportunità di lavoro alla scala richiesta, né si considera auspicabile praticare la strada del laboratorio protetto quale opzione principale per le persone con disturbi mentali.

Le imprese di auto-aiuto, le ditte sociali o le cooperative integrate offrono interessanti prospettive di occupazione per un gran numero di persone disabili, anche se sono spesso concepite soltanto come strutture transitorie e luoghi di stabilizzazione e formazione. Esse richiedono di norma un minor sostegno statale rispetto ai laboratori protetti, offrendo al tempo stesso condizioni di lavoro più attraenti ed un livello salariale e contributivo più adeguato, oltre ad uno status sociale più elevato per il lavoratore.

2. Che cos'è l'impresa sociale [Su](#)

Con il nome di azioni di impresa sociale, si definiscono iniziative che hanno: come forma organizzativa principale, la forma cooperativa; come scopo dichiarato, l'integrazione sociale di persone svantaggiate; come mezzo, l'attività lavorativa e formativa.

E' "impresa" perché: a) si fonda sull'intraprendere anche a partire da bisogni marginalizzati e capacità "residuali"; b) si articola attraverso realtà giuridicamente autonome dai servizi e economicamente produttive nel mercato. E' "sociale" perché: a) ha come obiettivo il reinserimento sociale e lavorativo di persone marginalizzate; b) costituisce un'articolazione tra una comunità ed i suoi servizi istituzionali.

La forma organizzativa, gli scopi perseguiti e i mezzi utilizzati rispondono ad una "filosofia" che si rivela particolarmente interessante e appropriata nel caso di persone portatrici di disturbi mentali. Le strategie di impresa sociale tengono conto anche degli effetti positivi delle esperienze di comunità terapeutica e delle forme più attente di ergoterapia, riducendone nel contempo gli effetti negativi (induzione di attività non gratificanti, poco reali, non produttive).

La casistica intorno alle esperienze di imprese sociali è estremamente varia, per le differenti legislazioni nazionali e regionali in materia di imprese, di lavoro normale e di protezione del lavoro di persone svantaggiate; per i diversi contesti economici in cui esse sono nate; per la diversa filosofia di chi ne ha promosso lo sviluppo.

Ognuna di queste esperienze ha alcuni contenuti irripetibili e sembra prudente non utilizzarle come modelli: è la pratica locale e solo questa che può sostenere utilmente un'esperienza.

Non sembra fuori luogo sottolineare che un'esperienza di impresa sociale trae alimento in particolare da iniziative intese a promuovere strategie di auto-aiuto e dalle sinergie con servizi psichiatrici che hanno uno stile di lavoro fondato in primo luogo sulla promozione dei diritti sociali dei pazienti e su iniziative di carattere comunitario.

3. Criteri per l'impresa sociale [Su](#)

Le iniziative di impresa sociale possono essere considerate senz'altro ancora come "servizio", dal momento che sono un'impresa di "cura". Ma allo stesso tempo esse sono un laboratorio di formazione professionale e un sistema di creazione di lavoro, e dunque anche di possibilità di guadagno autonomo. L'obiettivo più evidente e comune a queste tre finalità intrecciate è la crescita di autonomia delle persone negli scambi sociali, nel rapporto con le istituzioni e perciò anche nel rapporto con gli stessi servizi psichiatrici: autonomia intesa sia in senso terapeutico per ognuno che partecipa all'impresa, sia come autosufficienza economica dell'impresa stessa e dei singoli in quanto soggetti economici.

Dell'impresa sociale proviamo ora a tracciare alcuni elementi caratterizzanti, che sono anche punti di un possibile progetto di sviluppo da costruire nel lavoro quotidiano.

1) **Le sinergie.** Sotto il profilo della "ragione sociale", l'impresa sociale è fatta di miscele di forme economiche diverse e di diverse fonti di risorse. Vi sono investiti finanziamenti pubblici e sovranazionali (ad esempio il Fondo Sociale Europeo); vi possono confluire i normali flussi della spesa sanitaria locale, con l'aggiunta di alcune forme inedite di trasferimento, come le borse di lavoro erogate dalle aziende sanitarie locali e dai comuni; vi vengono coinvolti e messi a frutto casi di iniziativa e professionalità private, così come esperienze di volontariato. E in più, ovviamente, ci sono gli utili dell'impresa: poiché pur sempre si tratta di un'impresa, e come tale opera nel mercato.

2) **Il rischio d'impresa.** L'impresa sociale - in quanto mira a costruire l'autonomia delle persone - ha anche un fondamentale obiettivo terapeutico. E' un'impresa di cura, o meglio un'impresa di salute mentale, impegnata a moltiplicare le risorse materiali e culturali, soggettive e istituzionali per la riproduzione sociale della gente. Il primo passo per la costruzione dell'autonomia delle persone è attribuire loro valore, sotto forma di credito. Perciò quest'impresa è governata su un principio opposto a quello dell'ergoterapia. Il rischio, connaturato ai cambiamenti che si producono e si vivono, è terapeutico; o meglio sono terapeutiche le condizioni materiali e culturali che rendono possibile correre i rischi del cambiamento, della ricerca continua che produce nuovi orizzonti.

3) **Formazione e lavoro.** Poiché - anche secondo le direttive della Comunità Europea - si tratta di creare situazioni economicamente autosufficienti in grado di assicurare la continuità lavorativa per i soci delle cooperative, i vari momenti del processo imprenditoriale - allestimento, formazione professionale, lavoro - sono di necessità non separabili tra loro. Soprattutto, la formazione professionale è organizzata in modo tale da avvenire nell'esercizio stesso della professione, cioè in pratica mentre si lavora. Ma ancor più la formazione non mira soltanto a fornire capacità professionali specifiche, un "mestiere", ma si pone l'obiettivo di innescare nei singoli partecipanti anche l'acquisizione di capacità manageriali (di sé stessi e dell'impresa).

4) **Diversificazione e moltiplicazione delle attività.** Nell'impresa sociale, la strategia di moltiplicazione e diversificazione delle attività crea possibilità effettive di inserire le persone in funzioni a loro congeniali, con la conseguenza di elevare l'interesse personale, l'impegno e quindi anche la produttività. Non la persona al posto giusto, ma uno spazio reale per ognuno.

5) **La piccola dimensione e la sinergia tra le diverse unità produttive.** La piccola dimensione deriva dalla scelta di innescare e alimentare il processo di costruzione dell'impresa, e delle sue singole iniziative, a partire dall'inventiva del singolo - operatore, utente, o altro. I bar, i ristoranti, le boutique o gestire una discoteca, guidare un camion, confezionare una borsa o un vestito, fotografare tutto per farne la pubblicità e venderlo meglio, ecc., diventano tasselli importanti per l'espressione e la costituzione dell'identità dei singoli. La piccola dimensione è dunque un punto di partenza con una serie di vantaggi: minori responsabilità gestionali rispetto al capitale globalmente investito, sia in termini finanziari che di risorse umane; minori complessità strutturali; una relativa orizzontalità e trasparenza del processi informativi e decisionali, con la conseguenza di aumentare il potere contrattuale di ognuno anche nei confronti dell'intera organizzazione e di facilitare il processo di formazione delle capacità manageriali. La scelta della piccola dimensione delle attività può presentare anche dei limiti (l'economia di scala interna limitata, un maggior peso relativo delle strutture organizzative di supporto), ma questi possono essere contrastati configurando una cooperazione tra diversi settori di attività (vedi: consorzi di cooperative sociali).

6) **La qualità del prodotto, dell'atmosfera e del luogo di lavoro.** Anzitutto, operare nel sistema economico attraverso piccole unità implica che ci si collochi in un mercato qualitativo; in secondo luogo, la qualità del prodotto - o del servizio offerto - non è solamente una scelta obbligata per ragioni direttamente economiche: lo è anche per la realizzazione dei punti precedenti. Il criterio della qualità del prodotto si riverbera sulla qualità del lavoro, dell'ambiente, dei modi e contenuti del lavoro. Riconoscere la qualità come bisogno di vita, di lavoro, produce un'attenzione particolare alla qualità del prodotto che si produce e si vende. L'attenzione alla qualità diventa provocazione, motore importante per la ricerca, l'attivazione e l'utilizzo delle migliori e più innovative risorse professionali e soggettive del territorio circostante.

7) **La trasformazione e il processo come fondamento della formazione professionale.** Come sappiamo già dall'organizzazione dei servizi, ogni organizzazione è un "sistema allentato" (loosely coupled system), un'anarchia organizzata. Invece di ridurre questo "allentamento", l'impresa sociale cerca di valorizzarlo come terreno di sviluppo e diffusione di una cultura d'impresa, che veda al suo centro il singolo come imprenditore, come colui che intraprende. L'organizzazione si forma dunque attraverso molte progettualità che possano diventare praticabili e circolare come patrimonio di tutti i componenti, dentro un progetto di innovazione, tentando di invertire una tendenza all'autodistruzione di tutta la società, che continua a scoprire il valore di ciò che ha rifiutato solamente quando deve porsi il problema del recupero. Questo significa anzitutto un rapporto tra rischio e sicurezza d'impiego a favore del primo, e che il lavoro non sia soltanto un mezzo di sostentamento, ma soprattutto spazio di autorealizzazione. Per realizzare questa prospettiva e far sì che ciascuno possa starci, diventa presupposto fondamentale la conoscenza della strategia aziendale da parte di tutti, e la conseguente partecipazione alla sua messa in opera e trasformazione, prendendosi i relativi rischi e raccogliendone i frutti.

8) **L'integrazione con le forze produttive fuori della psichiatria intensifica la mescolanza di saperi e professionalità.** Noi tendiamo a considerare la cooperazione come terreno per "giochi di reciprocità" nei quali le risorse degli altri non sono più minaccia, ma potenziale ricchezza complessiva. Come scrive Robert Axelrod, "ciò che rende possibile la nascita della cooperazione è l'eventualità che i due (partner) possano incontrarsi in altra occasione. Tale possibilità significa che la scelta operata oggi non soltanto determina l'esito di questa mossa, ma può anche influire sulle scelte future di entrambi i giocatori."

4. Alcune conclusioni [Su](#)

Per anni abbiamo parlato di "diritti di cittadinanza" dei pazienti psichiatrici. La questione adesso è riempire questo concetto in tutte le sue articolazioni materiali e concrete: diritto alla scuola, alla casa, al lavoro, alla socialità, all'affettività, ai rapporti. Di questo si tratta nell'impresa sociale.

L'accesso ai diritti è notoriamente molto limitato per persone con problemi psichiatrici, e in particolare per coloro che hanno gravi problemi di questa natura. L'impresa sociale comprende non solo l'attivare cooperativo di formazione e lavoro, ma l'insieme delle iniziative culturali, di collegamento di tutte le agenzie che costruiscono gradualmente nella città, nella comunità, il diritto di cittadinanza.

E' una proposta forte di attivazione di risorse. Non, ben inteso, di normali risorse di auto-mantenimento delle persone in un equilibrio precario; bensì di risorse straordinarie, innovative, di trasformazione: quelle che nella situazione data sono normalmente negate. Un passo in più, e più definito, nel nostro lavoro di ingegneria sociale.

Si può immaginare l'intero processo come una composizione di pezzi, molto diversificati, nella ricostruzione di un tessuto che abbiamo definito di scambio sociale. Le iniziative di trasformazione culturale, così come l'impulso dato alla ricerca della qualità, sono intrinseche a questa azione. La cooperazione e il lavoro costituiscono solo una parte dell'impresa sociale. E non ne sono, di per sé, la parte più viva ed autentica, se non quando riescono ad attivare nuove energie, a dinamizzare risorse, a rimettere in moto circuiti fino a quel momento bloccati.

Solo nella messa in comunicazione dei circuiti normali della produttività (della formazione e del lavoro), con quelli altrimenti implosivi e implodenti della malattia mentale, noi possiamo immaginare una risposta forte al problema del malessere, del bisogno e della sofferenza psichica nel tessuto sociale.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Il ruolo del medico di medicina generale

MICHELE TANSELLA *, GIOVANNI DE GIROLAMO **

* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona

** Progetto Nazionale Salute Mentale, Laboratorio di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma
e-mail: tansella@borgoroma.univr.it

1. Introduzione

2. Note storiche e primi studi sui disturbi mentali nell'ambito della medicina generale

3. I disturbi mentali nella medicina generale, alla luce delle ricerche più recenti

1. Introduzione [Su](#)

Disturbi mentali come la depressione, i disturbi d'ansia (fobie, attacchi di panico, ansia generalizzata, ecc.), i disturbi misti ansioso-depressivi, i disturbi psicologici che si presentano sotto forma di sintomi somatici ed altri (definiti dalla scuola inglese "disturbi mentali comuni") sono molto diffusi sia nella popolazione generale sia tra i pazienti che si rivolgono agli ambulatori di medicina generale. Ciò è stato dimostrato da numerose ricerche condotte in paesi e culture anche molto diverse tra loro. Questa grande diffusione rende impossibile, anche nei paesi più ricchi e che investono maggiori risorse in campo sanitario, il trattamento di tutti coloro che soffrono di quei disturbi da parte degli psichiatri e dei servizi di salute mentale (servizi di secondo livello), che sono molto più costosi di quelli di medicina generale (servizi di primo livello). Non è possibile neanche che gli psichiatri forniscano una consulenza diretta ai medici di medicina generale per tutti i loro pazienti che presentano disturbi mentali.

E' essenziale pertanto, per quanto riguarda molti dei "disturbi mentali comuni", assicurare il migliore trattamento possibile nell'ambito della stessa medicina generale, garantendo nel contempo la pronta disponibilità degli specialisti della salute mentale a fornire una consulenza in tutti i casi difficili, in tutti i casi complicati ed anche a prendere direttamente in carico i pazienti più problematici e che si dimostrano resistenti al trattamento.

Ciò avviene da tempo nei paesi come l'Inghilterra, nei quali la collaborazione tra i medici di medicina generale e i servizi di salute mentale vanta una lunga tradizione e si realizza mediante l'attivazione di collegamenti organici e di "progetti condivisi di trattamento". Invece, nel nostro paese, questi collegamenti, al di fuori di alcune aree geografiche dove da tempo psichiatri e medici di medicina generale lavorano in collaborazione, non sono ancora altrettanto sviluppati, ed è quindi necessario uno sforzo al fine di rendere tale collaborazione più estesa e fruttuosa.

2. Note storiche e primi studi sui disturbi mentali nell'ambito della medicina generale [Su](#)

Michael Shepherd, uno psichiatra inglese scomparso nel 1995, ha avuto il merito di dimostrare per primo l'importanza di studiare la diffusione e le caratteristiche cliniche dei disturbi mentali negli ambulatori di medicina generale, dimostrando così la necessità per gli psichiatri, che fino ad allora si erano occupati esclusivamente di ciò che vedevano negli ospedali psichiatrici e nei propri ambulatori specialistici, di allargare lo sguardo ad altre realtà sanitarie ed assistenziali.

L'impatto che questo cambiamento di prospettiva ha avuto sulla ricerca e sulla pratica psichiatrica può essere schematicamente riassunto in tre punti:

1) Ha fornito un contributo decisivo alla critica dei sistemi di classificazione dei disturbi mentali, nati all'interno delle istituzioni psichiatriche e, come tali, utilizzabili quasi esclusivamente per i pazienti che vengono curati in quei contesti. Ricordiamo che uno degli esiti di questo ripensamento critico è stato la recente messa a punto di versioni ridotte e semplificate della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10) e del Manuale Diagnostico-Statistico della Associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV), elaborate al fine di essere impiegate nella medicina generale ed entrambe disponibili ora anche in italiano.

2) Ha chiaramente indicato i limiti di tutti gli studi sull'efficacia dei trattamenti che sono condotti su campioni mal "selezionati", cioè non rappresentativi della popolazione a rischio per il disturbo.

3) Ha fortemente aiutato lo sviluppo della psichiatria territoriale, anche attraverso lo stimolo fornito agli psichiatri ad uscire dalle vecchie istituzioni asilari (i manicomi) per stabilire collegamenti e rapporti di collaborazione con gli operatori sanitari e sociali del territorio, a cominciare appunto dai medici di medicina generale.

Dall'indagine pionieristica di Shepherd sono emersi i seguenti dati principali:

1) Circa il 14% della popolazione studiata aveva consultato il medico almeno una volta nel corso di un anno per un disturbo psichico.

2) La maggior parte dei disturbi mentali era rappresentata da disturbi d'ansia e depressione, mentre i disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo bipolare, ecc.) ammontavano a meno del 5% del totale. Inoltre, la maggior parte dei disturbi mentali tendeva ad avere una durata prolungata e a presentare un decorso invalidante.

3) I pazienti con disturbi mentali presentavano livelli più elevati di patologie organiche concomitanti e consultavano il medico più frequentemente. Inoltre, riportavano livelli più elevati di disabilità familiare e lavorativa rispetto ai soggetti senza disturbi mentali.

4) Circa un terzo dei pazienti con disturbi mentali non riceveva alcun trattamento dal proprio medico, mentre i trattamenti più comuni erano rappresentati dalla prescrizione di psicofarmaci e dalla discussione dei problemi.

5) Il medico trattava in prima persona la maggior parte dei pazienti con disturbi mentali, ricorrendo all'invio del paziente allo psichiatra solamente nel 5% circa dei casi.

Senza togliere nulla all'importanza "storica" di quello studio longitudinale (ricordiamo che esso fu condotto su circa 15.000 pazienti, seguiti per un anno), va sottolineato che esso analizzò "solo" la patologia emotiva riconosciuta dai medici di medicina generale, dunque solo una parte della patologia esistente. È stato successivamente ben documentato che non tutti i pazienti con disturbi mentali e non tutti i disturbi mentali presenti vengono identificati e correttamente riconosciuti dai medici di medicina generale. Si deve a Sir David Goldberg, uno dei più brillanti allievi di Michael Shepherd, il merito di aver fatto progredire le nostre conoscenze in quella direzione ed in particolare di aver identificato i fattori che condizionano un corretto riconoscimento e di aver messo a punto programmi formativi per il miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche dei medici di medicina generale.

In Italia questo filone di ricerche e l'interesse per queste attività di collaborazione tra psichiatria e medicina generale sono iniziate all'inizio degli anni '80. Messi a punto strumenti di ricerca adeguati, è a Verona che sono state condotte le prime indagini su larga scala per valutare la frequenza e le caratteristiche dei disturbi mentali tra i pazienti afferenti agli ambulatori dei medici di medicina generale. Al gruppo di Verona si sono poi affiancati altri gruppi, tra i quali quelli di Reggio Emilia e di Bologna, che si sono distinti per la messa a punto di specifici progetti di collaborazione tra servizi specialistici e servizi sanitari di base.

Le esperienze di collaborazione tra servizi psichiatrici specialistici e servizi sanitari di base e l'interesse verso un modello assistenziale più integrato, in cui la medicina generale gioca un ruolo importante, si erano nel frattempo diffusi in molti altri Paesi, sia in quelli dotati di un Servizio Sanitario Nazionale sia in quelli, tra cui gli Stati Uniti d'America, che ne sono privi.

3. I disturbi mentali nella medicina generale, alla luce delle ricerche più recenti [Su](#)

Su 1.000 persone residenti in un'area determinata, all'incirca 230 si rivolgono nel corso di un anno al proprio medico di medicina generale presentando un disturbo psichico. In un po' più di 100 pazienti questi disturbi vengono correttamente riconosciuti dal medico, che decide di trattare direttamente la maggior parte dei casi. Solo poco più di 20 pazienti vengono inviati invece agli psichiatri ed ai servizi psichiatrici (dipartimenti di salute mentale), per ricevere un trattamento specialistico.

Un medico di base con 1.500 assistiti vede, nel corso di un anno, da 45 a 75 pazienti con depressione, 53-60 pazienti con disturbi d'ansia e 36-45 pazienti con disturbi situazionali e reattivi. Nello stesso periodo di tempo il numero di pazienti con disturbi mentali gravi è molto più ridotto: si stima che egli veda solo 2-3 pazienti con schizofrenia, 4-5 pazienti con psicosi affettiva (depressione grave o disturbo bipolare), 3-4 pazienti con demenza ed infine 3-4 pazienti con dipendenza da alcool o da droghe. Inoltre si presentano nel suo ambulatorio anche molti altri pazienti con disturbi mentali definiti "sottosoglia", cioè che non soddisfano completamente i criteri diagnostici inclusi negli attuali sistemi nosografici, ma che, ciononostante, presentano elevati livelli di sofferenza soggettiva e di disabilità, e necessitano pertanto di una assistenza adeguata e tempestiva.

Come abbiamo detto, non tutti i pazienti con disturbi clinicamente significativi, per i quali uno psichiatra farebbe le diagnosi elencate sopra, vengono riconosciuti e quindi trattati dai medici di medicina generale. Il medico riconosce correttamente tra il 50 ed il 75% dei casi che arrivano alla sua osservazione, con differenze significative a seconda dell'addestramento ricevuto. Questi dati sono stati abbastanza recentemente confermati dai risultati di un grosso studio multicentrico, condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in 15 paesi, tra cui l'Italia.

E' stato dimostrato che un'adeguata formazione (che preveda innanzitutto esercitazioni per migliorare l'efficacia della comunicazione medico-paziente, la capacità di 'ascolto' da parte del medico, la qualità dell'intervista medica e poi insegni un più puntuale riconoscimento dei sintomi) favorisce in modo significativo la corretta identificazione dei disturbi presenti. E' stato anche dimostrato che i pazienti con disturbi mentali riconosciuti e non trattati con adeguato dai medici di medicina generale (per un esito di discussione di quei casi tra medici di medicina generale, condotti da uno psicoterapeuta) non è stata invece valutata e non è pertanto provata.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) [clicca qui](#)



Versione completa
del sito in [Microsoft Word](#)

Il ruolo delle associazioni dei familiari

ERNESTO MUGGIA

Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM)

Mentre la cultura nei diversi settori della medicina avanza anche fra la gente comune, per effetto del continuo apporto dei media, che crea poi domanda di ritorno, è opinione diffusa che nel campo della salute mentale continui a persistere l'ignoranza più totale.

E' invece ben presente l'effetto del pregiudizio, come sempre avviene in questi casi, che va dalla paura all'inguaribilità, dalla vergogna alla colpa. La paura soprattutto è diffusissima nei confronti di un pericolo ignoto e indistinto, mentre vergogna e colpa colpiscono i famigliari. I media, purtroppo, invece di impegnarsi nella lotta al pregiudizio, ne sono anch'essi vittime, sempre come sono alla ricerca esasperata di sensazionalismo ad ogni costo.

Su questa situazione può piombare ad un certo punto la disgrazia di un congiunto colpito da malattia mentale con diagnosi severa, di schizofrenia o di altra psicosi grave. E qui inizia la difficoltà insormontabile del confronto con qualcosa che non si riesce a capire, con i pareri più diversi degli addetti ai lavori (farmaci vecchi e nuovi, ricoveri troppo spesso inesistenti, psicoterapie di varie scuole, prognosi reticenti...), con il peso maggiore che grava ancora su una famiglia impreparata e non in grado di reggerlo per varie ragioni (età avanzata, mancanza di risorse, conflittualità eccessiva, ecc.). A differenza di altre malattie o di un handicap fisico, la malattia mentale non concede tregua, non consente più una vita familiare degna di questo nome, poiché è molto distruttiva.

Bisogna quindi aiutare le famiglie, ma come? Prima di tutto con un'informazione semplice e alla portata di tutti, che tocchi i diversi aspetti legati alla malattia mentale, ipotesi relative all'origine, farmaci in uso, aspetti della terapia e della riabilitazione, accesso ai servizi pubblici.

Vanno anche toccati i problemi accennati sopra e riguardanti l'area del pregiudizio, liberando i famigliari dei malati anche dagli schemi ormai superati, che vedevano nelle famiglie e soprattutto nelle madri responsabilità e colpe correlate alla malattia dei figli.

Un secondo passo può essere quello di organizzare gruppi di parenti, dove essi possano ascoltare, ma principalmente condividere esperienze e sofferenze simili alle loro e apprendere dai terapeuti e dagli altri parenti modalità nuove e diverse di rapportarsi coi malati, aiutandoli nel difficile cammino della cura e della riabilitazione. "Occorre (H. Katschnig, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 4, 2, 1995) superare la tradizionale relazione asimmetrica fra il professionista attivo e "portatore di sapere" e il parente passivo. In effetti il professionista non sa poi così tanto e, mettendo ciò ben in chiaro ai parenti, per quanto all'inizio faccia crescere la loro ansia, aprirà la porta verso una partecipazione attiva e creativa dei parenti alla soluzione dei problemi. Un tipo nuovo di familiare farà così ingresso nei servizi per partecipare con un ruolo attivo nel processo di fronteggiare la malattia mentale e per contribuire con le sue idee e la sua energia al lavoro di un gruppo, non più passivo destinatario di consigli professionali".

Un altro punto, quello fondamentale, è la costruzione su tutto il territorio nazionale di una rete di servizi pubblici, in grado di effettuare quanto da anni si sta invano aspettando, cioè una vera presa in carico di questa sofferenza.

Il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale è legge dello Stato, ribadisce giustamente i principi della legge 180 e prevede tutto quanto è ragionevolmente necessario: si tratta di passare ai fatti, di completare l'opera. E qui comincia il difficile, perché in Italia siamo sempre molto bravi a fare leggi avanzate, che il mondo magari ci copia, ma poi troppo sovente ci fermiamo lì. Occorre bloccare la via a nuove cronicizzazioni, prendere in carico il più precocemente possibile i giovani che si ammalano domani (e si tratta di circa 6000 nuovi casi all'anno), costruendo una nuova psichiatria di territorio forte, dotata di tutte le risorse necessarie - umane, strutturali ed economiche - e in grado di saper così coinvolgere le famiglie dei malati, senza scaricare tutto il peso su di loro, per una buona collaborazione che possa offrire ai giovani sofferenti tutto il supporto necessario fino a quando non avranno potuto raggiungere una sufficiente autonomia.

Nessuno si nasconde che questi obiettivi siano lontani e difficili da raggiungere, ma proprio per questo le famiglie non possono più restare a guardare per altri lunghi anni.

Le forze della conservazione anche in questo settore oppongono notevoli resistenze, la politicizzazione dei problemi produce solo danni strumentalizzando un'opinione pubblica ignorante e piena di pregiudizi, le Università continuano a sfornare giovani psichiatri secondo modelli ormai desueti e le nuove figure professionali esperte di tecniche riabilitative scarseggiano; i politici e gli amministratori locali messi di fronte a questi difficili problemi tendono a temporeggiare e a non assumersi responsabilità... Allora forse è necessario muoversi alla rovescia, partire con azioni di prevenzione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, perché faccia pressione sui politici e gli amministratori e questi a loro volta smuovano le resistenze dei potentati universitari ed ospedalieri.

Partendo da alcune delle considerazioni sopra esposte ed in seguito a condizioni locali anche diverse, gruppi di famigliari hanno cominciato a ritrovarsi e a discutere insieme. Lo scopo in tanti anni che sono ormai passati è sempre lo stesso: ottenere condizioni di vita più umane per i sofferenti di disturbi psichici ed i loro famigliari. Un'assistenza più consona a quanto la nostra civiltà sembrerebbe imporre, dimore protette, visite a domicilio, possibilità di lavoro e di abitazione. Insomma, affermare i diritti di cittadinanza elementari.

Purtroppo per molti anni alcune associazioni hanno anche lottato contro la riforma, contro la legge 180, attribuendo a questa legge colpe non sue, ma di chi, invece di applicarla come prescritto anche dalle leggi regionali, si ostina sulle posizioni ormai superate del vecchio manicomialismo, sia pure variamente mascherato.

Ma, tornando alle associazioni, quali sono le loro funzioni principali, quale è oggi il loro ruolo?

Prima di tutto va ricordata la condivisione della sofferenza, la rottura della solitudine in cui si trovano le famiglie abbandonate via via da tutti, anche purtroppo da parenti ed amici. Lo scoprire di non essere soli, il constatare anche presso altri lo stesso tipo di condizioni, di situazioni dolorose è di per sé un fatto terapeutico. Più avanti si potrà parlare di un vero e proprio auto-aiuto sia psicologico che pratico, ma già il fatto di ritrovarsi periodicamente è cosa di grande valore. Un'attività di informazione e di formazione vera e propria va di solito di pari passo. Segue un lavoro di difesa comune contro le emergenze di vario tipo, di rappresentanza presso le istituzioni, di collegamento in rete con altre associazioni consimili. Una presenza vigile a fianco dei servizi, possibilmente non solo rivendicativa e antagonista, ma come tramite di cultura e come risorsa con cui collaborare attivamente verso scopi comuni.

Ecco quindi sorgere diverse iniziative rivolte all'opinione pubblica, dibattiti, proiezioni di films, convegni. Oppure iniziative pratiche in collaborazione coi servizi locali, per organizzare attività di tipo lavorativo o ricreativo in strutture messe a disposizione da enti locali o da parenti stessi, sotto forma di centri diurni. Sono pure stati portati a buon fine momenti di vacanza protetti o viaggi o visite turistiche. Infine non vanno trascurate forme di attività più complesse e ancora più importanti, come la organizzazione e la gestione stessa di comunità a diversi livelli di protezione e con diverse modalità di collaborazione coi servizi pubblici.

Insomma, si sta diffondendo l'opinione che i famigliari organizzati sono una vera e propria risorsa, che deve essere sempre più valorizzata, che deve essere sempre presente nelle consultazioni dipartimentali e che in questi tempi di ristrettezza può dare molto in un percorso vicino a quello dei servizi, ma certamente diverso. Con pari dignità però e quindi col giusto rispetto dovuto a chi, pur nella sofferenza quotidiana, si vuole impegnare nella terapia, riabilitazione e reinserimento sociale dei malati più gravi da una parte, e dall'altra nella salvezza dei giovani che hanno la prima crisi e per cui va assolutamente impedita la cronicizzazione.

E qui va ricordato il ruolo salvifico del lavoro, che appare di questi tempi come il fattore di ripresa più importante a disposizione di chi si occupa di salute mentale. Esso è in grado di ridare un senso alla vita, di ridare dignità alla persona, anzi di farla ritornare una persona a pieno titolo, con diritti e doveri, inserita come gli altri nel contesto sociale. Ecco quindi l'ultimo compito per le associazioni: far sorgere possibilità di lavoro, sia cercando strade per inserimenti lavorativi protetti, sia fondando cooperative di tipo B, dove una parte rilevante dei soci sono persone portatrici di disagio.

"Meno posti letto e più posti di lavoro" potrebbe essere uno slogan significativo da adottare per riassumere un concetto ed una esperienza fondamentali che stanno già dando ottimi frutti in molte realtà del paese.

L'UNASAM (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale) è una associazione che si è costituita nel 1993, attraverso un processo pluriennale di contatti, incontri e consultazioni fra un grande numero di realtà italiane.

E' una aggregazione di associazioni e di coordinamenti regionali con gli stessi fini nel campo della sofferenza psichica, e con attività locali proprie ed autonome. Rappresenta pertanto in maniera unitaria le realtà aderenti nei confronti delle istituzioni e delle organizzazioni nazionali ed internazionali.

I suoi obiettivi sono:

- il pieno riconoscimento della dignità e dei diritti di base dei sofferenti di disturbi mentali e dei loro famigliari;
- una assistenza piena sempre, sia nelle fasi in evoluzione che in quelle di cronicità, che durante le acuzie e le emergenze;
- un buon lavoro di riabilitazione psicosociale, abitativa e lavorativa, con servizi di supporto (cure domiciliari, colf...) e tutto questo nella propria zona di residenza e con il coinvolgimento delle famiglie;
- una efficace attività di prevenzione e di diagnosi precoce nel campo della salute mentale, a partire dalle scuole;
- un uso moderato e razionale degli psicofarmaci;
- la messa al bando della contenzione fisica;
- la revisione della legge sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Le cose da cambiare sono:

- il permanere del pregiudizio, che impedisce la partecipazione attiva dell'opinione pubblica al perseguimento degli obiettivi;
- l'abbandono dei malati e delle loro famiglie in situazioni insostenibili;
- la solitudine dei buoni operatori che non possono sopperire personalmente a tutte le mancanze di uno stato che troppo sovente non c'è;
- una situazione sempre più logora di buone leggi che rimangono inapplicate;
- il permanere di una mancanza di regole e di parametri di accreditamento per le strutture della salute mentale;
- le carenze sempre attuali nella presa in carico dei casi gravi e con diagnosi multiple.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) [clicca qui](#)



Versione completa
del sito in [Microsoft Word](#)

7 Aprile 2001

Giornata Mondiale della Salute Mentale

"Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure"

Salute mentale: contro il pregiudizio, il coraggio delle cure

Testimonianza

IVANA MINA

Associazione Arcobaleno, Torino

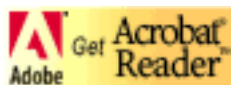
Testimonianza

MADIA MARANGI

Associazione ONLUS "Il Gabbiano", Martina Franca



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Tutti i diritti sono riservati. È possibile trasferire, distribuire, rivelare, salvare su disco e stampare copia del materiale contenuto nel sito Internet mentre non è consentito modificare tutto o in parte il materiale contenuto nel sito Internet.

Testimonianza

IVANA MINA

Associazione Arcobaleno, Torino

Nella mia disgrazia io ho avuto la fortuna di ammalarmi dopo l'avvento della legge 180, per cui non ho conosciuto l'orrore del manicomio. Tutto ciò, probabilmente, ha fatto sì che molte delle mie facoltà intellettuali siano rimaste integre e la mia mente, al di là dei problemi creatimi dalla malattia e dagli psicofarmaci che ottendono la memoria e la capacità di concentrazione, è ancora in grado di funzionare benino. La mia diagnosi è molto complessa: io soffro di "bouffées deliranti" con fasi di tipo maniacale paranoide. Le crisi mi portano ad interpretare la realtà, a rifugiarmi nel delirio quando la realtà è troppo stressante o traumatica. Io lo chiamo "passare lo specchio di Alice": passo dall'altra parte ed entro nel delirio che è diventato la mia realtà alternativa. Mi definirei una politraumatizzata mentale, nel senso che ho avuto un'infanzia difficile, piena di traumi anche grossi, ed un'adolescenza infelice e problematica, piena di difficoltà. Ecco, quello che tengo a sottolineare è che nessuno entra nella follia per troppa felicità. Negli undici anni in cui io sono in psichiatria ho scoperto che le persone si spezzano e perdono se stesse sotto il peso di sofferenze troppo grandi e logoranti per poter essere rette.

Io ho avuto la fortuna di essere accolta da un Servizio di Salute Mentale all'avanguardia per quello che riguarda il trattamento delle malattie mentali. Nel Dipartimento di Salute Mentale della mia A.S.L. il servizio esiste in relazione al paziente e ne fa il fulcro della sua esistenza. L'ascolto del paziente non si esplica circondandolo di assistenzialismo; il personale sanitario del mio servizio tratta i malati come cittadini portatori di diritti ma anche di doveri, mentre spesso noi malati mentali siamo privati del nostro diritto alla cittadinanza.

Siamo considerati cittadini di "serie B"; spesso viviamo con l'incombere dello stigma della vergogna della malattia mentale, mentre in una società veramente democratica dovremmo essere dei normali pazienti affetti da una patologia. Cittadini che hanno diritto alla cura senza segregazione e negazione, che hanno diritto al rispetto e non al pietismo o peggio al rifiuto e alla paura della società.

E' necessario un grande sforzo di educazione di tutta la società per togliere dalla malattia mentale quell'ombra di colpa e di maledizione divina che sta nella mente e nel subconscio del comune cittadino. Questo sforzo deve partire innanzitutto dai medici, che devono educarsi all'etica, spogliandosi di quell'idea, sbagliata, di sovranità sul malato. I medici devono diventare i tecnici della malattia, liberandosi da quella mentalità, che io chiamo sciamanica, in base alla quale si montano la testa, credendosi a torto intermediari e gestori di quanto c'è di divino nella paura umana della malattia e della morte. Nel sistema di cura che io auspico non c'è una medicalizzazione della malattia. I malati mentali non sono un insieme di organi, ma persone che vanno curate, persone a cui si dà credito e che vengono "ascoltate". Non dovrebbe esistere l'autoritarismo o la coercizione psicologica; soprattutto, e questo ci tengo a ribadirlo fortemente, non deve esserci la ricerca della "gestione del potere" sulla pelle dei pazienti, perché la professionalità dovrebbe essere talmente alta da non avere bisogno di cercare conferma nel "potere". Questa etica lontana dalla gestione del potere deve essere allargata ai familiari dei pazienti, che devono essere istruiti ad aiutare i loro cari ed a gestire i momenti di crisi con l'aiuto essenziale della presenza costante del terapeuta.

I medici coscienti che puntano alla cura e all'interesse dei loro pazienti non hanno bisogno di leggi e impianti megagalattici; bastano etica professionale, preparazione e sicurezza sul piano del sapere medico e rispetto e stima del e nel malato che hanno di fronte.

Un buon Servizio di Salute Mentale ben diffuso sul territorio può essere molto più efficace di tutti i manicomi se è capace di considerare i malati come coloro che interagiscono su un piano di parità con il personale sanitario nella programmazione del progetto di recupero e reinserimento sociale e che collaborano sul campo alla realizzazione del progetto formulato.

Ma i soli Servizi di Salute Mentale non bastano al benessere dei malati psichici. Collegate al Servizio di Salute Mentale è necessario che ci siano altre strutture aperte sul territorio. E' indispensabile che esista una cooperativa di tipo A che disponga di una figura di appoggio non educativa, non pedagogica che aiuti i malati.

Gli operatori di appoggio sono quelle figure che, libere dal peso dell'aura dell'autorità che grava sul personale sanitario, possono nell'immediatezza applicare la tecnica della maieutica socratica; affiancando i pazienti su un piano di parità possono più facilmente accompagnarli nell'esplicitazione dei loro bisogni e affiancarli nella realizzazione dei loro desideri. Facendo questo, contribuiscono a creare situazioni in cui il paziente diventa soggetto agente e finisce, sulla distanza, per riprendere in mano la propria vita e la gestisce in modo il più possibile autonomo.

Uno dei migliori strumenti di recupero della cittadinanza è l'indipendenza economica e per questo è necessaria l'esistenza di cooperative di tipo B, che però devono nascere da associazioni di utenti psichiatrici per poter attuare l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati di tipo psichiatrico. Nelle associazioni si possono realizzare - è il caso della realtà in cui io vivo - corsi di formazione al lavoro, tramite borse-lavoro regolarmente retribuite. Piccoli lavori comunque remunerati, che permettono al paziente di confrontarsi con se stesso, imporsi la disciplina della pulizia personale (perché si è a contatto con la gente), adeguarsi ad orari e compiti prestabiliti, addestrarsi all'uso di strumenti piccoli e semplici.

Se il percorso lavorativo funziona, la persona passa ai corsi di formazione finalizzati all'assunzione nelle varie attività delle cooperative di tipo B. Ad esempio, io sono socia e lavoro in una cooperativa di tipo B che si occupa di una mensa e di un guardaroba ed ha delle convenzioni con il Comune di Torino per un servizio di addetti di custodia (bidelli) e di pulizie in diverse scuole elementari. Inoltre, l'associazione di utenti, di cui anch'io sono socia, svolge un'attività che si chiama "Piano case" e che va incontro ai soci che abitano spesso in locande fatiscenti. Quando un paziente alloggiato in una pensione ne fa richiesta, gli si cerca una casa, che può essere di tipo individuale oppure in comune con altre persone. Si è appositamente creata una figura giuridica capace all'uopo di stipulare il contratto della casa che viene scelta dal socio e di garantire nei confronti del padrone di casa. Se il paziente ha delle difficoltà nella gestione della casa, nel fare la spesa, nel pagare le bollette, nella gestione delle pulizie, gli operatori di appoggio della cooperativa di tipo B programmano con il personale sanitario un piano di rieducazione alla gestione dei propri spazi.

Per me questo è un discorso molto serio. Il fatto di essermi rassegnata ad essere una malata cronica non vuol dire che io mi sono rassegnata a lasciar comandare la malattia, bensì che l'affronto e vivo la mia vita "malgrado" la malattia. Io sono il frutto di un lavoro di rete. Sono seguita da un Servizio di Salute Mentale che interviene con medici, infermieri, assistenti sociali, sussidi. Faccio parte di un'associazione di utenti che ascolta i miei bisogni. Una cooperativa di tipo A mi fornisce gli operatori non medicalizzati che intervengono quando sto male, dandomi l'assistenza di una persona (il mio delirio funziona solo quando sono da sola). Infine, una cooperativa di tipo B mi dà lavoro e indipendenza economica e di essa sono socia fondatrice.

Vivere con la malattia è difficile. Tuttavia è possibile resistere al tormento quotidiano nella caparbia serenità che non tutto è perduto.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

L'esperienza di un gruppo di auto-aiuto

MADIA MARANGI

Associazione ONLUS "Il Gabbiano", Martina Franca

L'associazione "Il Gabbiano" è nata nel 1997, dopo due anni d'esperienza come gruppo di auto-aiuto.

Una caratteristica del gruppo prima e dell'associazione poi è la partecipazione aperta non solo agli utenti psichiatrici, senza distinzione di patologia, ma anche ad operatori e volontari. Sin dall'inizio, infatti, abbiamo pensato che il modo migliore per cercare di diffondere una cultura nuova sul disagio mentale fosse quello di allargare il più possibile le "alleanze". Coinvolgere in pratica, oltre che le persone e i soggetti direttamente colpiti dal disagio, anche tutti coloro che siano interessati a scardinare il pregiudizio che circonda ancora oggi la malattia mentale.

Siamo partiti quindi dalla condivisione nel gruppo del nostro disagio e delle nostre esperienze nel servizio psichiatrico, per arrivare poi alla decisione di riunirci in associazione, in modo da dare una veste giuridica ben definita al nostro gruppo, e poter in tal modo avere la possibilità di collaborare non solo con il centro di salute mentale, ma anche con le altre realtà che operano a Martina Franca.

Ferma restando l'importanza dell'utilizzazione razionale del farmaco nei casi in cui esso è necessario (utilizzazione sulla quale molto spesso ci siamo confrontati all'interno del nostro gruppo), quello che maggiormente è emerso e continua sempre ad essere presente come argomento di discussione durante i nostri incontri è il forte isolamento in cui ognuno di noi, seppur in modo diverso, vive la sua esperienza di disagio.

Ma, riconosciuta l'influenza negativa del fattore sociale sul disagio mentale, e di contro, verificatane anche l'importanza per il superamento del disagio stesso, ci si chiede quale possa essere quella situazione sociale o comunitaria in cui fattori negativi e positivi si bilanciano in modo da creare un equilibrio tale da permettere a tutti i componenti della comunità il raggiungimento di una "sanità mentale".

Quella che è stata finora la nostra esperienza di gruppo di auto-aiuto ha dimostrato in pratica che la formazione di una "piccola comunità" - costituita da persone che nella vita hanno dato una risposta diversa a un non adeguato sostegno sociale (ossia utenti con patologie diverse), da persone che tale sostegno lo hanno ricevuto e sono disposte a darlo ad altri (ossia volontari) e da tecnici disposti a volersi mettere in discussione (ovvero operatori) - è il modo migliore per aprire un processo dialettico in cui volontari ed operatori si trovano di fronte a quella che è la realtà del disagio, ossia l'esperienza diretta degli utenti, e questi, a loro volta, hanno la possibilità di confrontarsi con ciò che vorrebbero essere, cioè persone "normali".

Sempre partendo dalla nostra esperienza pratica, è necessario tenere presente che il gruppo di auto-aiuto, così inteso, non può e non deve essere considerato come "eterno". Prima o poi, come è successo da noi, i singoli componenti prenderanno la loro strada portando con sé la contraddizione tra ciò che si è e ciò che si potrebbe essere, ma avendo la consapevolezza di poter essere migliori di quello che si è.

L'associazione nata poi nel 1997 ha come finalità principale quella di promuovere i gruppi di auto-aiuto, di diffondere una nuova cultura sul disagio psichico e di promuovere una pratica di servizi alternativi all'istituzionalizzazione.

La rete dei gruppi di auto-aiuto che inizialmente hanno fatto riferimento a noi, e con i quali continuiamo a mantenere i contatti attraverso l'associazione, comprende Crispiano, Massafra, Manduria, Cisternino-Fasano e Brindisi.

Nell'ottica delle alleanze con il servizio pubblico, e con la volontà di dare una visibilità esterna a quella che fino ad allora era stata solo un'attività riabilitativa e che come tale rischiava di diventare un'ergoterapia fine a se stessa, abbiamo deciso che il giornale prodotto all'interno del centro diurno Macondo diventasse lo strumento di informazione e di espressione della nostra associazione.

Abbiamo quindi legalmente registrato la testata al Tribunale di Taranto, ci siamo iscritti alla Camera di Commercio scegliendo l'editoria come attività marginale e abbiamo pubblicato, inizialmente a nostre spese e nell'ultimo anno con un contributo del dipartimento di salute mentale di Taranto, il giornale "Il pianeta di Ostut".

Nel novembre 1998 è stato approvato dalla Comunità Europea un progetto presentato nella primavera dello stesso anno dalla cooperativa sociale Eureka di Martina Franca. Tale progetto, della durata di un anno, nato dalla collaborazione tra centro diurno Macondo, associazione "Il Gabbiano" e cooperativa Eureka, ha come scopo quello di creare una rete tra centri diurni, servizi, associazioni e cooperative che operano in psichiatria e di utilizzare come mezzo di collegamento tra queste diverse realtà un giornale che, come il "Pianeta di Ostut", venga realizzato quasi per la totalità dagli utenti.

Il progetto "Pianeta Europa", questo il nome dato all'iniziativa, raccoglie i consensi di circa 60 realtà sparse in tutta Italia, e ancora oggi alcune di queste collaborano con la redazione del nostro giornale.

Risultato di un lavoro di rete è anche il libro fotografico "Viaggio nel Meridione - immagini di ordinarie utopie", da noi pubblicato nel febbraio del 2000, frutto di due anni di lavoro, necessari non solo per raccogliere il materiale fotografico, ma anche per lo svolgimento di dibattiti e confronti tra le tredici realtà che hanno partecipato alla sua realizzazione, nel duplice ruolo di committenti e autori. Le foto di Arnaldo Di Vittorio sono una testimonianza visiva, immediata e diretta di ciò che è possibile realizzare se vi è uno sforzo comune di tutti i soggetti coinvolti nelle problematiche della salute mentale.

La nostra associazione ha sì in questi anni assunto una posizione di collaborazione con il servizio pubblico, ma si è anche posta in un'ottica di critica costruttiva al fine di avvicinare il servizio a quelli che sono i reali bisogni delle persone.

La presenza di "oasi" sparse sul territorio dello stato italiano, in cui vi sono residenze, centri diurni e servizi territoriali che funzionano, non significa che bisogna abbassare la guardia. La sensazione che si ha negli ultimi tempi, infatti, è che ci troviamo di fronte ad una situazione di sempre maggiore emergenza. Troppo spesso manca innanzitutto la capacità di progettare all'interno dei dipartimenti di salute mentale. Ancora più spesso mancano le risorse umane realmente motivate ad un lavoro d'équipe, per cui i servizi rischiano di diventare degli ambulatori psichiatrici e i centri diurni dei luoghi dove gli utenti vengono solo parcheggiati.

Quello che succede in regioni come la Puglia dimostra che, lì dove le amministrazioni regionali non hanno avuto, e il più delle volte continuano a non avere, una reale volontà di attuare una politica di intervento sociale, il pericolo di ricreare dei "piccoli manicomi" è maggiore.

I continui tagli operati da alcuni dipartimenti di salute mentale ai fondi destinati ai centri diurni, la scarsa importanza attribuita da alcune aziende sanitarie locali all'operato delle cooperative sociali e la scarsa valorizzazione del loro lavoro, o addirittura il mancato pagamento delle commesse, diventano un modo indiretto per emarginare e isolare, un modo sottile per ricreare la separazione attuata in passato attraverso il manicomio.

La tendenza diffusa un po' in tutta Italia a creare gruppi di auto-aiuto specifici per ogni tipo di patologia richiama alla mente la divisione in padiglioni che veniva fatta negli ospedali psichiatrici.

In questo quadro in cui, sempre più spesso, gli operatori che lavorano in quelle "piccole oasi" di cui prima parlavamo vengono messi alle strette, e in qualche modo costretti a piegarsi alle regole del gioco, rimane solo da chiedersi se, e quando, anche loro si arrenderanno definitivamente e quelle "piccole oasi" saranno solo "illusioni ottiche".

Circa trenta anni fa Basaglia ebbe un'intuizione geniale, quella di vedere nella contraddizione chiusura/apertura la possibilità di sconfiggere nel lungo periodo la violenza insita nel concetto di manicomio.

E se questo, seppur in altre forme, viene ricreato da coloro che continuano a non voler riconoscere l'arricchimento che il confronto libero tra cosiddetti "normali" e "diversi" può dare a tutta la società, perché non pensare di utilizzare lo stesso strumento di allora per distruggere i nuovi manicomi?



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare Adobe Acrobat
Reader 4.0 clicca qui



Versione completa
del sito in Microsoft Word

Quindici regole per stare meglio con se stessi e con gli altri

PIER LUIGI MOROSINI
Istituto Superiore di Sanità, Roma

1. Per stare meglio con gli altri e farli stare meglio nel nuovo millennio

2. Per stare meglio con te stesso

3. Per concludere

1. Per stare meglio con gli altri e farli stare meglio nel nuovo millennio [Su](#)

- Tutte le volte che gli altri fanno qualcosa che ti piace, anche se è una cosa piccola, come portarti il caffè o cederti il posto in coda o fare bene qualcosa che sono tenuti a fare per il loro lavoro, diglielo. Non perdere l'occasione di fare un complimento sincero e di ringraziare con un sorriso.
- Assicurati che gli altri capiscano bene ciò che dici. Controlla se hai capito bene quello che gli altri hanno detto e quello che essi provano. Ad esempio puoi dire: "Vorrei essere sicuro di essermi spiegato bene. Dimmi quello che hai capito con le tue parole". Oppure chiedi: "Fammi un esempio, per favore". O ancora: "Mi sembra che tu stia male (oppure sia arrabbiato, ecc.) perché ti ho detto.... Ho capito bene?"
- Se proprio devi dire a qualcuno che qualcosa che ha fatto non ti è piaciuto, critica il suo comportamento specifico e non lui come persona. Non fare riferimento a regole generali morali ma al tuo modo di sentire. In questo modo è più facile che in futuro la persona si comporti diversamente. Comunque, eviterai offese e litigi.
- Ad esempio, un padre dovrebbe sforzarsi di non dire ad un figlio: "Sei il solito disgraziato che non sa stare al mondo. Nessuna persona deccente manca così ai suoi impegni". Potrebbe invece dire: "Sono deluso perché hai mancato al tuo impegno e non sei andato a quell'appuntamento. Cosa possiamo fare perché la cosa non si verifichi più in futuro?"
- E ad un amico che si intende continuare a frequentare ci si dovrebbe sforzare di non dire: "Sei una persona di cui non ci si può fidare e un mascalzone. Mi hai rotto le scatole davvero". Sarebbe meglio dire: "Sono arrabbiato con te perché hai detto a Luisa quello che ti avevo raccomandato di non dire a nessuno. Dimmi che cosa intendi fare per rimediare".

2. Per stare meglio con te stesso [Su](#)

- Fai con gli altri le cose dette sopra. Aiutare gli altri a stare meglio è forse il modo migliore per stare meglio con se stessi.
- Non stare troppo a pensare chi sei davvero e che cosa vuoi fare "da grande". Tutti noi siamo molte cose a seconda dei periodi della vita e delle circostanze, e vogliamo tante, forse troppe cose. Datti invece degli obiettivi realistici ma stimolanti da raggiungere entro sei mesi, un anno, tre anni. Ad esempio:
 - Tra un anno voglio essermi fatto due amici veri;
 - Entro tre anni voglio cambiare lavoro;
 - Voglio imparare a ballare i balli sudamericani;
 - Voglio entrare a far parte di un gruppo di autoaiuto;
 - Entro un anno voglio rileggere bene il Vangelo o leggere almeno tre libri di Bertrand Russell.

E comincia a pensare a cosa fare per raggiungere questi obiettivi.

- Cerca la compagnia e l'aiuto degli altri. Anche tu puoi trovare delle persone di cui puoi fidarti e con cui puoi stare bene. Se sei in difficoltà o vuoi migliorare la qualità della tua vita, prendi in considerazione la possibilità di iscriverti ad una iniziativa del tipo "banca del tempo" o a un gruppo di mutuo aiuto o ad un'associazione di volontariato o frequenta la tua parrocchia. Se hai necessità e te lo puoi permettere, paga uno studente o un pensionato o un disoccupato perché ti porti a passeggiare o a fare spese o ti accompagni dove vuoi andare.
- Impara a fare qualcosa o impara a fare qualcosa meglio. La gente di solito pensa che imparare qualcosa sia faticoso e noioso. Non è vero. Se sei tu che scegli di farlo, di solito è molto piacevole. Inoltre arricchisce la tua personalità, aiuta a far nuove conoscenze e nuovi amici e anche magari a trovare un lavoro o a migliorare la tua posizione nel lavoro che fai. Comincia subito. Ad esempio si può imparare a:
 - fare meglio il proprio lavoro, cucinare nuovi piatti, ballare, usare Internet, curare meglio il giardino o l'orto, suonare uno strumento, cantare in un coro, parlare una lingua straniera, riconoscere i funghi, scalare una parete di roccia, dipingere, fare lavori di grafica al computer, costruire mobili, fare le prime manovre di pronto soccorso, ecc.
- Uno dei vantaggi della società in cui viviamo è che, qualunque cosa vogliamo imparare, di solito si può trovare dove impararla. Molti comuni, ad esempio, organizzano ogni anno corsi gratuiti.
- Mantieniti attivo. L'esercizio fisico può aiutare molto se ti senti triste o in ansia. Trova qualcosa che ti piace fare (passeggiare, andare in montagna, andare in bicicletta, nuotare, ballare, fare sport) e fallo regolarmente.
- Non pensare troppo alle cose spiacevoli del passato. Impara dagli errori che hai fatto, ma guarda al futuro. Le persone che hanno sofferto e hanno sbagliato e sono riuscite a venire fuori sono spesso molto più interessanti di quelle che hanno avuto una vita per così dire normale. Pensa a come vorrebbero che ti sentissi le persone che ti hanno voluto bene e a cui tu hai voluto bene.
- Accettati per come sei e per come vuoi diventare. Tranne che in casi estremi, è già un gran privilegio poter respirare, ammirare le albe e i tramonti, odorare i fiori, giocare con un bambino o con un cucciolo di cane. Accettare se stessi aiuta a diventare migliori e a difendersi meglio dalle ingiustizie della società.
- Non essere troppo perfezionista. Ricordati che è meglio fare, anche con qualche imperfezione, che fare poco, o non fare, mentre si aspetta di poter fare meglio degli altri.
- Non badare troppo ai giudizi negativi degli altri. Pensa ai tuoi valori e ai tuoi obiettivi. Chi non ti rispetta, è lui che ha dei problemi.
- Non bere o bevi con moderazione. Bere per risolvere o cercare di dimenticare i tuoi problemi aiuta al momento, ma poi non fa che peggiorare le cose.

3. Per concludere [Su](#)

- Pensa ogni giorno: "Che cosa posso fare oggi per avere un momento di allegria?" "Come posso rendermi utile agli altri?"
- Regala a te stesso e agli altri qualche sorriso in più.



Versione completa del sito
in Acrobat 4.0



Per scaricare [Adobe Acrobat Reader 4.0](#) clicca qui



Versione completa
del sito in [Microsoft Word](#)