

GRUPPI DI VOLONTARIATO VINCENZIANO

AIC Italia

Consiglio Cittadino di Roma

ASSOCIAZIONE SOCIETÀ DI SAN VINCENZO DE PAOLI

Consiglio Centrale di Roma

FONDAZIONE FEDERICO OZANAM - VINCENZO DE PAOLI

I BISOGNI DI ASSISTENZA NEL SETTORE DEL DISAGIO MENTALE

Linee guida per alcuni settori

LA PUBBLICAZIONE È REALIZZATA CON IL CONTRIBUTO
DEL CENTRO DI SERVIZIO PER IL VOLONTARIATO DEL LAZIO SPES

Marzo 2008

PREMESSA

Dopo la prima pubblicazione del novembre 2007 dell'opuscolo: "I bisogni di assistenza nel settore del Disagio Mentale. Linee guida per gli interventi del Volontariato", vengono ora pubblicate queste "Linee guida per alcuni settori". I settori sono: l'Età evolutiva, i Giovani e gli Adulti, gli Anziani, accompagnati da annotazioni su sviluppi e interventi da parte delle strutture socio-sanitarie e assistenziali. Entrambi le pubblicazioni sono nate in occasione dei corsi di aggiornamento tenuti a Roma negli anni 2006 e 2007, rivolti ai volontari delle Associazioni vincenziane e ad altri. Esse traggono origine dalla ricerca sul tema: "I bisogni di assistenza nel settore del Disagio Mentale, i cui risultati sono stati pubblicati nel volume dal medesimo titolo nel 2006 dalle Edizioni ISRA di Roma. Il prof. Angelo Serio, che ha diretto la ricerca e curato la pubblicazione del volume e che ha coordinato i corsi di aggiornamento, riassume brevemente i risultati dell'indagine in Introduzione di questo opuscolo.

La Fondazione Federico Ozanam-Vincenzo De Paoli, che ha promosso la ricerca e la pubblicazione ha organizzato i corsi unitamente ai Gruppi di Volontariato Vincenziano e alla Società di San Vincenzo De Paoli. La Fondazione è lieta di offrire queste brevi pubblicazioni a quanti hanno interesse nel settore, che sotto il titolo di "LINEE GUIDA" vogliono rappresentare un appoggio pratico e immediato per i volontari che operano nel complesso e delicato campo dei bisogni del disagio mentale.

La Fondazione

INTRODUZIONE

*Principali risultati dell'indagine promossa
dalla Fondazione Federico Ozanam-Vincenzo De Paoli*

Prof. ANGELO SERIO*

Le malattie mentali e, più in generale, i problemi psicopatologici sono spesso causa e/o conseguenza di un particolare stato di disagio che provoca alterazioni più o meno gravi delle relazioni interpersonali le quali, a loro volta, aggravano la condizione derivante dal disturbo di base per quanto riguarda l'ambiente familiare e sociale di vita.

Ne derivano particolari e complesse esigenze di intervento da parte delle strutture assistenziali pubbliche e private, delle famiglie e del volontariato, e pertanto non si può prescindere dalla valutazione di questi problemi nel predisporre i programmi di attività assistenziale.

L'integrazione tra queste tre diverse componenti è necessaria per perseguire i seguenti obiettivi:

- realizzare interventi coordinati e orientati in relazione alle specifiche situazioni;
- evitare duplicazioni di attività e spreco di risorse;
- coprire le ampie aree nelle quali si manifesta la necessità di sostegno verso i malati, i loro familiari e l'ambiente nel quale vivono od operano.

Come avviene in tutti i settori dell'assistenza, ma specie in un campo che presenta notevoli difficoltà come quello del disagio mentale, affinché gli interventi siano appropriati ed efficaci occorre acquisire adeguate informazioni sui problemi più importanti e prioritari, sui reali bisogni di assistenza e sull'entità delle risorse disponibili.

Dati che possono presentare particolare interesse a tal fine sono stati acquisiti mediante una speciale indagine statistica promossa dalla *Fondazione Federico Ozanam-Vincenzo De Paoli per la promozione cul-*

* Professore di Statistica Medica, già docente presso le Scuole di Specializzazione in Psichiatria dell'Università "La Sapienza" di Roma.

turale della solidarietà sociale (Ente Morale ai sensi del D.M.27.1.2000) sul tema dei bisogni di assistenza nel settore del disagio mentale; l'indagine che si è svolta a Roma nel periodo di tempo compreso tra il 1999 e il 2004, è stata rivolta ad alcuni obiettivi specifici che possono essere definiti mediante alcune parole chiave:

CHI SONO le persone con problemi di disagio mentale;

QUANTI SONO coloro che presentano questi problemi;

DI COSA HANNO BISOGNO in relazione alle loro condizioni di salute e alle specifiche situazioni familiari e sociali.

Il termine "disagio mentale" indica che la persona che dobbiamo aiutare presenta una sofferenza psicologica che non sempre è espressione di una vera e propria malattia psichiatrica ma che influisce in senso negativo sui processi di adattamento e di integrazione dell'individuo nel contesto sociale. Rientrano in questa definizione le difficoltà di inserimento nell'ambiente familiare e lavorativo alle quali talvolta fa riscontro da parte della comunità di appartenenza un atteggiamento di rifiuto che può giungere nei casi più gravi a forme di emarginazione (il cosiddetto "stigma") e determinare un completo isolamento della persona interessata.

L'indagine si è svolta mediante la distribuzione di questionari all'uopo predisposti ai Dirigenti e agli operatori dei servizi di assistenza (definiti "interlocutori privilegiati" per la loro particolare conoscenza ed esperienza nel settore) sulle persone di età uguale o maggiore di 14 anni affette da disturbi mentali di diverso tipo e gravità da loro seguite; ulteriori informazioni, in particolare per i soggetti in età evolutiva, sono state acquisite mediante apposite elaborazioni dei dati provenienti dalle fonti ufficiali.

Il numero complessivo delle persone alle quali si riferiscono i risultati dell'indagine è di circa 40.000 che, rapportate alla popolazione della città di Roma, costituiscono un quoziente di 14,5 su 1.000 abitanti.

Non si sono rilevate particolari differenze di distribuzione rispetto all'intera popolazione per quanto riguarda il sesso, l'età e il livello di istruzione (quest'ultimo dato smentisce un'errata e diffusa opinione in materia), mentre è risultata più elevata la frequenza di due particolari condizioni di stato

civile (celibi/nubili e divorziati/separati) e più ridotta quella delle altre due categorie (coniugati/e e vedovi/e); è inoltre minore la frequenza di coloro che svolgono un'attività lavorativa e, soprattutto, delle persone che vivono in famiglia (70% contro l'86% nella restante popolazione).

Si può fondatamente ritenere che lo stato di isolamento familiare e sociale sia al tempo stesso causa e conseguenza del disagio psichico in quanto esso può determinare o aggravare le condizioni di non buona salute mentale ma anche provocare un atteggiamento di rifiuto verso queste persone e quindi di isolamento nel loro stesso ambiente di vita e di lavoro.

Per quanto riguarda le diverse forme patologiche, in base ai risultati dell'indagine si è osservato che i casi più gravi presentano una ridotta frequenza (25-30% del totale), mentre nella maggior parte delle persone seguite si tratta di condizioni che richiedono prevalentemente un trattamento extra-ospedaliero; questa situazione presenta il vantaggio di non rendere necessario allontanare queste persone dalle loro famiglie e dal loro ambiente sociale e relazionale ma richiede anche un'adeguata disponibilità di strutture assistenziali extra-ospedaliere (centri diurni, strutture residenziali e semi-residenziali, assistenza domiciliare) che sono in genere carenti.

In base ai risultati dell'indagine la categoria più frequente è quella dei *disturbi d'ansia ed altri disturbi nevrotici* (43% delle persone seguite); al secondo posto si collocano i *disturbi dell'umore* che comprendono soprattutto le forme di *depressione* (presenti nel 20%); frequenti sono pure i *disturbi del sonno* (20% circa) e quelli *dell'adattamento* che consistono in manifestazioni emotive o di alterato comportamento a seguito di fattori stressanti (17%), mentre le forme patologiche più gravi come la *schizofrenia* e *gli altri disturbi psicotici* e il *delirium, demenza ed altri disturbi cognitivi* rappresentano rispettivamente il 20% e il 7% delle patologie riscontrate nelle persone seguite.

La frequenza dei disturbi si modifica notevolmente a seconda dell'età della popolazione esaminata: negli *adolescenti e giovani* (fino a 21 anni) sono frequenti i *disturbi dell'alimentazione come anoressia e bulimia* (22%); tra gli *adulti* (22-65 anni) prevalgono i *disturbi nevrotici* (52%) seguiti con pari frequenza dai *disturbi dell'umore, dell'adattamento e del sonno* (39%)

mentre tra gli anziani (65 anni e oltre) sono particolarmente frequenti i *disturbi dell'umore* (48%) seguiti dai *disturbi del sonno* (38%) e, com'era da prevedersi, dai *disturbi cognitivi* (*malattia di Alzheimer e altre sindromi demenziali*) che sono molto frequenti nelle età più avanzate.

Altri importanti dati sono emersi dall'indagine per quanto riguarda i problemi più frequentemente rilevati tra coloro che sono affetti da disagio mentale: al primo posto in ordine di frequenza vi sono le difficoltà legate all'ambiente sociale (scarso supporto, vivere da soli, discriminazione, ecc.) che sono presenti nel 34% di queste persone; seguono i problemi economici (povertà, supporto assistenziale inadeguato, ecc.) nel 30%, i problemi con il gruppo di supporto principale generalmente costituito dalla famiglia (disgregazione, abusi, disaccordi, ecc.) nel 26%, i problemi lavorativi (disoccupazione, rischio di perdere il lavoro, insoddisfazione nel lavoro, ecc.) nel 24% e, infine, i problemi di istruzione nel 10%.

Da questi dati emerge chiaramente la necessità di adeguati interventi sul piano assistenziale e sociale nonché l'importanza dell'azione che può essere svolta dal volontariato allo scopo di ricostruire una rete di supporto sociale ed un valido reinserimento nel tessuto lavorativo ed economico.

Tra i risultati dell'indagine particolare interesse presentano quelli che si riferiscono al supporto che queste persone ricevono dalle loro famiglie: indipendentemente dal fatto che vivano soli o in famiglia il 75% di loro riceve un valido aiuto dai propri familiari e, tra quelli che non hanno tale aiuto, nel 66% dei casi i familiari non possono e nel 34% non vogliono fornire l'aiuto.

Questa particolare situazione potrebbe essere attribuita a scarsa sensibilità o, addirittura, a mancanza di affetto ma occorre anche considerare la frequente e oggettiva situazione di difficoltà che si può determinare nei familiari a causa della gravità dei problemi che si trovano a dover affrontare e di cui il rifiuto di assistenza verso i propri congiunti diventa un'estrema conseguenza.

In conclusione, quindi, nel settore del disagio mentale si richiedono una serie di interventi coordinati e integrati tra le famiglie, le strutture assistenziali e il volontariato nell'ambito dei quali ciascuna di queste entità deve

svolgere un proprio specifico ruolo; in particolare compito fondamentale della famiglia è quello di assicurare le indispensabili forme di assistenza e di riabilitazione in relazione alle peculiari esigenze della persona con disagio mentale ma sempre nell'ambito di un insostituibile clima di affetto e solidarietà intrafamiliare. Da parte sua il volontariato, operando in stretto collegamento con le strutture assistenziali e specialistiche, anche allo scopo di evitare interventi non appropriati in relazione alle specifiche condizioni cliniche, può offrire un valido aiuto alle persone interessate e alle loro famiglie assicurando alle prime sostegno psicologico e occasioni di relazioni interpersonali e alle famiglie il supporto necessario affinché possano assistere i loro congiunti e conciliare questa esigenza con tutte le altre normalmente presenti in un nucleo familiare. In alcuni casi può essere necessario orientare il malato e la sua famiglia verso il ricorso alle strutture socio-sanitarie più idonee in relazione alla specifica condizione clinica e sociale; dai dati dell'indagine è emerso infatti come in un notevole numero di casi le famiglie non siano a conoscenza dell'esistenza delle strutture pubbliche idonee per l'assistenza ai loro congiunti.

Infine, nei casi in cui la famiglia non possa o non voglia interessarsi del proprio congiunto il volontariato, sempre operando in stretto collegamento con le strutture assistenziali specialistiche, può entro certi limiti vicariare il ruolo della famiglia cercando al tempo stesso di favorire in ogni modo possibile il ricongiungimento.

I bisogni di assistenza nell'età evolutiva

ANNA MARIA LANZA*

Accenno brevemente a quanto pubblicato di recente nell' *Am. J. Psychiatry* 2007, 164: 1668-75 e 1625-7, da cui risulta che circa il 50% dei giovani adulti arrestati per comportamenti criminali ha una storia personale con disturbi psichiatrici nell'infanzia: i più violenti fra loro tendono a presentare disordini sia emotivi che comportamentali, come ansia e depressione, unite spesso ad abuso di sostanze, e disordini della condotta. Ciò finora non era stato mai documentato ed è possibile attualmente valutare in modo affidabile questi disturbi in età infantile e provvedervi, con i trattamenti efficaci di cui si è in possesso.

Si osserva inoltre come convenga molto di più, anche da un punto di vista economico, trattare il disturbo in età evolutiva che pagare il carcere in età adulta.

Quanto sopra, per sottolineare l'importanza del monitoraggio effettuato nel 2006 sul *disagio mentale* dalla Fondazione Federico Ozanam-Vincenzo De Paoli, a cura del prof. Angelo Serio, che presenta un quadro dettagliato della distribuzione dei vari disagi psichici presenti nella popolazione di Roma e del Lazio.

Nella popolazione dei minori osservata, abbiamo il 42% di *disturbi dello sviluppo affettivo-relazionale (disturbi della sfera emozionale)*, il 35% di *disturbi settoriali dello sviluppo* in cui prevalgono i *disturbi del linguaggio e dell'apprendimento*, il 30% dei *disturbi globali dello sviluppo* comprensivi del *ritardo mentale lieve/medio* e del *ritardo mentale grave*. Vale a dire un numero significativo di soggetti, dalla prima infanzia alle soglie della maturità cronologica, con disturbi nevrotici (emozionali), depressivi, psicosomatici, psicotici,

* Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta; Professore Aggregato Ricercatore di "Sapienza Università di Roma", Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva. Via dei Sabelli, 108 - Roma.

borderline cognitivi e psichici, con inibizioni e/o con insufficienze intellettive. A tali numeri si aggiungono i numerosissimi casi che non approdano, per i più svariati motivi, alla valutazione di specifiche strutture pubbliche o private, e che costituiscono, insieme agli altri, un'ingente schiera di bambini e adolescenti, e delle loro famiglie, bisognosi di aiuto.

Sorge spontanea la domanda: quali sono le cause di tanta sofferenza, di tanto disagio? Vediamone insieme qualcuna, senza la pretesa di essere esaustivi.

- L'accelerazione subita dal ritmo della vita in questi ultimi anni, da farsi risalire all'impennata della ricerca scientifica in ambito tecnologico, cui non può corrispondere una pari accelerazione della maturazione psicoaffettiva dell'essere umano, che richiede tempi fisiologici *individuali, specifici e scanditi nel tempo*. Basti pensare che da sempre un bambino per nascere "a termine" necessita di 40 settimane di permanenza nel grembo materno e che acquisirà la deambulazione autonoma intorno ai 12 mesi, e confrontiamolo con il fatto che oggi in tempo reale possiamo connetterci con ogni luogo del pianeta e spaziare e visualizzare ogni regione della terra.
- La crisi, nella società, dei valori fondamentali, quali il rispetto della vita, dell'altro come persona, del "diverso" sia come soggetto deficitario che come "straniero", del debole, della natura stessa. Il prevalere di una concezione della vita "consumistica" o "di immagine", comunque poco incline a ciò che non ha un utile immediato, che non rappresenti la conquista di un potere e di una visibilità, poco incline a ciò che trascende il sensibile (il trascendente) e l'emozionale, porta inevitabilmente a considerare tali valori come un ostacolo ad una malintesa "realizzazione di sé"¹.
- L'annebbiamento di ideali, siano essi religiosi, politici, sociali che hanno illuminato nei secoli – non senza tragiche deviazioni – generazioni e

¹ Vale la pena di ricordare che lo stesso S. Freud (1929), a torto considerato come materialista e libertario, in ordine agli istinti, inizia *Il disagio della civiltà* con le parole accorate: "Non ci si può sottrarre all'impressione che gli uomini di solito misurino con falsi metri, che aspirino per sé al potere, al successo, alla ricchezza e ammirino queste cose negli altri, sottovalutando i veri valori della vita". (*Opere*, vol. X, Torino Boringhieri, 1978, p. 537).

- masse di popoli, capaci di muoversi insieme per raggiungere obiettivi di giustizia, di pace, di solidarietà, di partecipazione, e tali da sollecitare la capacità creativa e il desiderio di conoscere e di condividere.
- La crisi della famiglia, spesso basata, più meno consciamente, sull'aspirazione a conseguire un beneficio individuale e tangibile piuttosto che sul valore della collaborazione e della crescita insieme: valori che richiedono comunque sacrificio e rinuncia e che si basano su di una valenza donativa di sé, non necessariamente di ispirazione religiosa.

Sempre più frequentemente le famiglie si costituiscono senza basi psicologicamente solide, a causa dell'immaturità, se non della psicopatologia mascherata o conclamata dei partner, che sono portatori, per parlare in generale, di aspetti narcisistici della personalità, nelle infinite varianti in cui il proprio Sé impedisce di cogliere il bisogno dell'altro, perché troppo dolorosamente impegnati nel tentativo di rispondere ai propri bisogni profondi rimasti insoddisfatti.

Ne derivano pertanto, nei figli, un'infanzia ed un'adolescenza che non trovano tempi adeguati e modalità ambientali tali da permettere e facilitare una crescita serena, che permetta un'armonizzazione ed un'integrazione delle istanze psichiche e delle esperienze via via acquisite, come base di una solida struttura di personalità: soggetti che nei primi anni di vita, i fondamentali, non trovano risposte soddisfacenti ai propri bisogni, alle proprie richieste, ai propri dubbi e che spesso ricevono dall'ambiente spinte più al *fare* che all'*essere*, al *sentire* e al *pensare*.

Ed ecco pertanto un aumento della sofferenza psichica, che va dal semplice disturbo d'ansia, alla depressione il più spesso mascherata specie nei bambini, alle varie forme di dipendenza da sostanze (droghe) o da un gruppo deviante, nel tentativo di trovare un *pieno* per difendersi dal *vuoto* angosciante interno e della realtà esterna: fino alla più grave psicopatologia nelle sue varie forme e conseguenze, a seconda delle diverse fasce di età. Spesso il disagio psichico non è rilevato, *specie nelle forme che non disturbano il sociale*, ma il bambino soffre in silenzio e fatica enorme nel suo processo di crescita. Tale disagio è talvolta celato in una "inibizione" (non insufficienza) intellettuale, per cui il bambino o l'adolescente non può rendere

in proporzione alle proprie potenzialità, o celato in patologie somatiche dalle più svariate forme, a segnalare un "corto-circuito corpo-mente" il più delle volte misconosciuto anche dai pediatri: le energie residue possono essere spese solo nel far fronte alla sofferenza psichica e ai conflitti interiori.

Altre volte assistiamo al susseguirsi di una molteplicità di sintomi, dai disturbi nell'alimentazione, all'enuresi, all'encopresi ai tic, ai disturbi fobico-ossessivi, ai disturbi comportamentali e della condotta, che allarmano i genitori, i quali chiedono una consulenza non sempre mossi da un reale desiderio di capire e di aiutare il proprio figlio, ma perché in qualche modo "disturbati" dal suo comportamento o perché sollecitati dalla scuola.

Non diversamente nelle più gravi psicopatologie, dove spesso si chiede l'intervento magico di un farmaco o un aiuto per un intervento espulsivo dalla famiglia, pur di ripristinare nel più breve tempo possibile un'omeostasi di apparente normalità.

In questi casi si tratta per lo più di famiglie carenti, non tanto sul piano economico, che pure negli ultimi anni sono cresciute di numero, quanto sul piano psicoaffettivo: l'immaturità dei genitori, il disturbo narcisistico di personalità, che caratterizza il rapporto di coppia e la struttura psichica dei partner, i loro bisogni arcaici rimasti insoddisfatti non consentono a questi di cogliere i bisogni primari del bambino o i bisogni dell'adolescente, alle prese con il difficile compito di affrontare i destabilizzanti cambiamenti fisici e psichici del momento, volti alla definizione del Sé e del processo di individuazione e di identità personali.

Il bambino o l'adolescente è spesso lasciato solo con le sue angosce, le sue paure e i suoi fantasmi terrifici, che vanno a riempire un vuoto misconosciuto, e che non può essere percepito, come detto sopra, da chi è già impegnato a *fare*, anche per non entrare dolorosamente in contatto con il vuoto interno, piuttosto che a *sentire*, forse pure il dolore connessovi.

Spesso è la scuola che segnala il disagio: è come riuscire, pur fra tanto frastuono, a riconoscere il grido silenzioso di aiuto che un bambino esprime per es. attraverso le sue difficoltà di concentrazione e la scarsa attenzione, o attraverso altro comportamento sintomatico. Accogliere tale richiamo è già rispondere in qualche modo alla richiesta di un'urgenza, di

una sofferenza sino a quel momento ignorata: se ciò non avviene, tutti conosciamo le conseguenze di una mancata risposta, che produce effetti psicopatologici.

Purtroppo si assiste, in questi ultimi anni nel nostro paese, al discusso fenomeno della somministrazione eccessivamente disinvolta di psicofarmaci ai minori, come nei casi della cosiddetta Sindrome da ADHD (il Ritalin: metilfenidato, stimolante anfetaminosimile, e lo Strattera: atomoxetina, inibitore selettivo del trasportatore presinaptico della noradrenalina e dei circuiti dopaminergici-monoamine), aventi non pochi effetti collaterali sul sistema nervoso centrale e periferico, sul tratto gastrointestinale, sul sistema cardiovascolare, sui parametri della crescita ecc.

Certo l'effetto di un farmaco può essere spesso più immediato, il bambino può migliorare nel comportamento e nel rendimento scolastico in tempi accettabili per i genitori e per la scuola. Possiamo però contentarci di avere accanto a noi un bambino che non disturba, un bambino che rispetta i parametri di efficienza e di rendimento richiesti per la sua età, ma che non può assaporare l'esperienza di un Sé realmente integrato? E ciò perché non gli è stata data la possibilità di riandare le esperienze precoci più o meno dolorose e non ha potuto risignificare, attraverso nuove esperienze emotive e relazionali, come può avvenire nel corso di un buon trattamento analitico, quello o quelli che sono stati i traumi più o meno silenziosi che l'hanno portato a segnalare attraverso vari sintomi la sua rabbia, la sua delusione, la sua disperazione.

Non meravigliamoci quindi di tanti *breakdown* in adolescenza. Possiamo considerarli, appunto, come l'essere giunti ad un punto critico, in cui sono drammaticamente venute meno le energie psichiche vitali di un piccolo essere umano, lasciato in qualche modo solo ad affrontare la fatica di crescere. E i Servizi pubblici predisposti per la salute mentale, sempre più oberati sul piano delle richieste e sempre più carenti sul piano di una risposta adeguata alla domanda, sia per la carenza numerica di operatori, sia per la carenza di personale preparato, non sanno né possono far fronte in modo soddisfacente ai bisogni di tanti bambini, di tanti ragazzi, di tante famiglie.

Tutto ciò, anche per l'esiguità di un adeguato sostegno economico da

parte delle Istituzioni e per la mancanza di concreti progetti di programmazione e previsione a medio e lungo termine, costituisce un grave *impingement* per una vera ed efficace prevenzione del più grave disagio psichico, che quasi inevitabilmente troverà modo di esprimersi nel giovane e nell'adulto, con più significativo dispendio di risorse umane e materiali. Basti pensare alla quasi totale mancanza, nei vari Servizi per l'Età Evolutiva, di psicoterapeuti per l'infanzia e l'adolescenza e per le figure genitoriali, ed il ricorso, quando vi siano le possibilità, a professionisti privati. E le famiglie che non possono sostenere l'impegno economico di una psicoterapia per un loro bambino?

Ecco la necessità pertanto di pensare a come sostenere ed aiutare i due universi principali in cui un bambino è inserito sin dalla sua nascita: la *famiglia* e la *scuola*.

Certo, la sanità e la pubblica istruzione dovrebbero provvedere a favorire la crescita psichica in questi settori, ma si conoscono (anche se non si giustificano) le carenze presenti attualmente in tali ambiti, considerati come strutture "a carico" della società e non come custodi e patrocinatori di una ricchezza-uomo che è la vera ricchezza del mondo, da incrementare e da portare, se può usarsi l'espressione, "a giusto regime".

Ciò implica che altre istituzioni sopperiscano, senza peraltro sostituirsi, alle carenze istituzionali, offrendo modalità di intervento efficaci, come alcune Associazioni di volontariato.

Cosa fare?

Per la famiglia

– Corsi di "formazione" (*non solo di informazione*), cioè corsi che aiutino a interiorizzare quanto viene proposto: una sorta di "Gruppi Balint, come è accennato nella realizzazione del prof. Filippi, per coppie di fidanzati, sulla dinamica di coppia e sui principi psicoaffettivi del mondo interno di ogni essere umano (realtà che possono essere comprese appieno solo cogliendole in se stessi: come appunto nei Gruppi Balint). È evidente che gli animatori di tali Gruppi non potranno essere dilettanti, ma *psicoterapeuti, volontari*.

- Corsi di aggiornamento e di formazione per coppie di genitori (anche questi a tipo di Gruppi Balint, ove sia possibile), sul ruolo genitoriale, sullo sviluppo psicoaffettivo del bambino, sui bisogni (fisici e psichici) di un figlio, sulle premesse di una buona qualità della relazione genitori-figli nelle varie fasi evolutive.
- Gruppi di sostegno per genitori di figli con disagio psichico conclamato (*idem*).
- Aiuto, mediante la presenza fisica giornaliera o plurisettimanale, nelle famiglie con bambini e adolescenti problematici, del "compagno adulto": tale presenza allevia lo stress psichico e fisico, spesso ulteriormente patologizzante, dell'adulto; ma soprattutto può aiutare il bambino o l'adolescente a modulare e a mediare rapporti affettivi carenti o distorti.

Una prima indicazione generale, appunto, per la presenza di tale operatore si pone a livello della possibilità di spostamento e di ripartizione dell'investimento affettivo in rapporto ad un effetto traumatico potenziale dell'oggetto, ponendosi come una variante al quadro terapeutico tradizionale. Il compagno adulto può farsi inoltre carico di un ruolo attivo, gestendo in parte gli aspetti di una realtà esterna, vissuta spesso come rifiutante o pericolosa e persecutoria.

Va considerata l'importante funzione di accrescimento dell'autostima e del consolidamento di un'immagine più positiva di sé: il "fare con", lo svolgere attività concrete in presenza di un giovane adulto, fornisce un rapporto affettivo stabile, che può assumere una funzione di reataurazione narcisistica. Dimensione questa che rimanda al piacere di agire sulla realtà in presenza dell'oggetto, nel senso inteso da D.W. Winnicott. Il bambino, ed ancora di più l'adolescente, necessita di oggetti esterni per sostenersi e per far loro giocare il ruolo di organizzatori del mondo interno, che possano permettere il riavviarsi o addirittura l'avviarsi di un processo identificatorio. E ciò in particolare quando le figure significative del contesto familiare non hanno potuto offrire al piccolo o al ragazzo l'esperienza di condivisione emozionale del gioco, del lavoro, l'esperienza di quello "stare insieme", che pone le basi sicure per il futuro strutturarsi della personalità.

Concretamente, il giovane adulto può costituire un aiuto, per esempio, nell'accompagnare un bambino alle sedute di psicoterapia, di riabilitazione, ad attività sportive, ad incontri con i coetanei, a condividere un'attività ludica, a sostenerlo nei compiti, costituendosi "il compagno adulto" come compagno di viaggio che allieva la solitudine e il vuoto interno, come mediatore tra una realtà interna angosciata e timorosa ed una realtà che spaventa.

- Creazione di spazi esterni alla famiglia, ove il bambino e l'adolescente possano esprimere attraverso attività ludiche, ricreative e creative, e attraverso il costituirsi di legami affettivi nuovi e significativi tra patiti e con altri adulti, quelle parti positive del Sé, rimaste congelate o comunque inibite dalla sofferenza psichica.

Per la scuola

- Corsi di aggiornamento e di formazione per insegnanti sugli aspetti psicoaffettivi dello sviluppo, sulle dinamiche di gruppo, sulla dinamica delle relazioni interpersonali (anche questi, possibilmente, a tipo Gruppo Balint).
- Gruppi di lavoro per insegnanti centrati sui casi-problema o che comunque comportino difficoltà di gestione, sia sul piano dell'apprendimento che del comportamento (*idem*).
- Gruppi di discussione e confronto con gli alunni (scuole medie e superiori), per assecondare e rispondere al bisogno di comunicare, così forte nei ragazzi di questa fascia di età.

Per gli operatori

- Formazione permanente.
- Supervisione del lavoro svolto.
- Reclutamento di professionisti del campo sensibili e disponibili.

I bisogni di assistenza tra i giovani e gli adulti

Luigi Silvano Filippi*

Quando si parla di disagio psichico, si affaccia subito alla mente lo spettro della follia. Dobbiamo smitizzare questo pregiudizio: il malato mentale è molto più vicino a noi di quanto pensi l'opinione pubblica. I casi di pazienti pericolosi, di cui frequentemente i *media* ci parlano, anche con insistenza morbosa, si contano sulla punta delle dita.

Ciò che ci fa paura in realtà è quel pizzico di follia che è "normale", nel senso che, chi più chi meno, un po' tutti l'abbiamo. Ciò perché la mente, cioè la psiche – il mondo interiore dell'essere umano, fatto di pensieri, sentimenti, emozioni, ricordi ecc. – ha un versante *cosciente* e uno *inconscio*; e nell'inconscio continua a vivere, per così dire, il/la bambino/a che fummo, che talvolta emerge alla coscienza, producendo comportamenti incongrui per una persona adulta.

Così quando, dopo un dissapore con qualcuna/o, diciamo: "Basta! Ho chiuso! Questa persona non voglio più vederla!": è come quando eravamo bambini e dopo un bisticcio dicevamo: "lo non ci gioco più con te!". È infatti una generalizzazione infantile, un'applicazione della "legge del tutto o niente", che è la prima modalità di funzionamento psichico che tutti abbiamo avuto; allo stesso modo quando, dopo un insuccesso o un errore diciamo: "Sono una frana! Sbaglio sempre!". Accade il contrario se conserviamo *da adulti* la rappresentazione enfatica, onnipotente (narcisistica) di noi stessi che avevamo, fisiologicamente, quando eravamo bambini: essa ci impedisce di ammettere i nostri errori e in genere ci danneggia più o meno seriamente.

* Psichiatra psicoterapeuta, già prof. associato di Psicologia clinica nella Fac. di Medicina di "Sapienza Università di Roma".

Ma vediamo più da vicino chi sono i malati mentali, nel cui ambito si svolge il lavoro del volontariato.

Per avere una patologia mentale conclamata, occorre la presenza di diversi sintomi, più o meno intrecciati tra loro: quelli più importanti sono *la sofferenza soggettiva*, per es. dell'angoscia, della depressione, dell'ossessività ecc., che può portare il soggetto a rivolgersi spontaneamente allo psichiatra per essere aiutato; *un comportamento improduttivo o dannoso a sé o agli altri*, come nella mania (eccitamento maniacale), nell'autolesionismo ecc.; infine *l'assenza di libertà interiore*, cioè l'evidente condizionamento interno cui il soggetto soggiace, anche se non se ne rende conto (G.C. Reda 1993)¹.

È importante aver presente che la sofferenza (certo incolpevole) dell'individuo esprime o diventa, senza colpa di nessuno, la sofferenza del gruppo o dei gruppi di appartenenza (famiglia, scuola ecc.), che sono gli ambiti in cui più facilmente il volontario può prestare il suo aiuto, *in collaborazione con gli specialisti*.

Al medico o allo psicologo specialista spetta il compito di stabilire la diagnosi, cioè di inquadrare la sintomatologia del paziente in un determinato "disturbo", servendosi delle classificazioni nosografiche, e di proporre la terapia: mediante i farmaci (*farmaco-terapia*) e/o mediante la psiche (*psico-terapia*) [notare che un errore frequente è ritenere che psicoterapia significhi terapia "della" psiche anziché "mediante" la psiche, cioè mediante attività psichiche come l'ascolto, il colloquio, in definitiva la *relazione interpersonale con lo psicoterapeuta*, su cui torneremo].

Per avere un'idea sommaria dell'ambito del disagio psichico, una classificazione rapida (che un po' ricalca quella classica di Kraepelin, 1915) divide i disturbi psichici in *psicosi*, che si ha quando il soggetto è completamente fuori della realtà, sicché non è capace di lavorare, di avere rapporti sociali adeguati, per lo più di provvedere a se stesso (es. schizofrenia e psicosi maniaco-depressiva); *nevrosi*, quando l'individuo vive in parte nella realtà, in parte fuori della realtà (come quando presentiamo da grandi dei comportamenti infantili), ma ciò è compatibile con una vita sociale

¹ Presentazione della 1^a ediz. (1982) del trattato *Psichiatria*, UTET, Torino 1993, pag. V.

sufficientemente adeguata (es. nevrosi d'ansia, fobia semplice ecc.); *caratterialità o psicopatia (!)* (Disturbi di personalità), in cui la personalità si è strutturata in modo patologico (narcisista, antisociale ecc.). Un discorso a parte meritano le *sindromi psico-organiche*, legate a lesioni cerebrali (tumori, traumi, demenze, Alzheimer ecc.) o a stati infettivi e di intossicazione (es. il delirio della febbre alta) e le *tossicodipendenze*, con grave dipendenza fisica e psichica dall'alcol, tabacco o da altra droga e comparsa di *sindrome da astinenza* in caso di interruzione improvvisa di questa: negli stadi più avanzati il soggetto organizza tutta la sua vita nella ricerca della droga, e diviene incapace di vita sociale, sicché la sua condizione somiglia a quella delle psicosi.

Conviene anticipare che, trattando di queste cose, va evitato un atteggiamento rimproverante, aggressivo: il disturbato è la prima vittima del suo disturbo; l'esortazione a desiderare ed a operare vigorosamente per guarire può essere fatta, da chi di dovere e al momento giusto, ma con tono esortativo e rassicurante (un tempo si diceva: "Prende più mosche una goccia di miele che un barile di aceto").

La diagnosi sia del tipo di disturbo, sia della sua intensità fino a qualche decennio fa era molto legata alla discrezionalità del medico e alla cultura di appartenenza, sicché nei lavori scientifici e nelle statistiche non si era certi che gli autori si riferissero alla medesima patologia, pur chiamandola con lo stesso nome. Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò l'*International Classification of Diseases* (ICD), ora giunto alla 10^a edizione (ICD-10), che al cap. V elenca "Sindromi e disturbi psichici e comportamentali", fissando criteri rigidi per ogni diagnosi. Per fare un esempio, si può porre la diagnosi di "Sindrome post-traumatica da stress" solo se il paziente che è stato esposto a una situazione estremamente spaventosa o catastrofica, sviluppa *entro sei mesi* la seguente sintomatologia: 1) rivive di continuo tale evento, con flashback intrusivi, sogni ricorrenti ecc.; 2) tende a evitare circostanze simili o associate all'evento stressante, cosa che non faceva prima; 3) non ricorda aspetti importanti del periodo di esposizione all'evento *oppure* presenta due dei seguenti cinque sintomi: difficoltà di addormentarsi o risvegli notturni, irritabilità o

scoppi di rabbia, difficoltà a concentrarsi, ipervigilanza (diminuzione delle ore di sonno), reazione di allarme esagerata.

Analoghi criteri usa il *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) edito dall'American Psychiatric Association con la collaborazione di psichiatri di tutto il mondo e di cui è prossima la V edizione. Essa si prevede che attenuerà la rigidità delle edizioni precedenti, facendo più attenzione ai vissuti del soggetto ed ai suoi contenuti o "dimensioni", come la dimensione amorosa oppure ostile, la tendenza all'attività o alla passività, il bisogno del potere o della sottomissione, l'autotrascendenza o la difficoltà di andare oltre il bisogno immediato, la cooperatività o l'egocentrismo e via dicendo. Ma la sostanza dei disturbi psichici non potrà cambiare, comunque li si chiami.

Come si è detto, quelli accennati nell'esempio suesposto sono criteri molto rigidi: e con la stessa modalità l'ICD e il DSM hanno ridefinito tutti i disturbi psichici. Come del resto tutte le classificazioni, essi sono poco adatti a cogliere le sfumature dei singoli individui, che sono unici e irripetibili (come gli abiti confezionati, che possono andare ad alcuni un po' stretti, ad altri un po' larghi). Tali classificazioni tuttavia offrono il vantaggio di uniformare le definizioni ed anche i concetti scientifici: occorre contentarsi dei risultati possibili, avendo presente che, comunque, è l'unico modo per avere delle statistiche attendibili. Ecco perché la poderosa ricerca animata dal prof. Serìo con il sostegno della Fondazione Ozanam-De Paoli (ed i cui risultati sono riportati nel volume *I bisogni di assistenza nel settore del disagio mentale. Indagine statistica a Roma e nel Lazio*), con la sua esemplare serietà offre una visione sufficientemente certa del disagio psichico nella nostra Regione.

I principali quadri nosografici (cioè descrittivi) delle singole malattie, ottenuti seguendo i criteri dell'ICD 10 e del DSM IV-TR (text revision) sono, per le età adulta e senile: *delirium* (= confusione mentale, da non confondere con il *disturbo delirante*, v. avanti), presente nel 10% delle circa 40.000 persone seguite in Roma dai Servizi di salute mentale; *schizofrenia e altri disturbi psicotici*, presenti nel 16 %, tra cui appunto il *disturbo delirante* (già detto paranoia); *disturbi dell'umore* depressivo, maniacale e bipolare (40%); *disturbi*

d'ansia (46%), tra cui le fobie (=paure immotivate), gli attacchi di panico con i loro sintomi somatici [di cui bastano 4 soli su 13, a tipo di sudore freddo, tachicardia, senso di soffocamento, sensazione di svenimento ecc.], il disturbo ossessivo-compulsivo in cui l'individuo vorrebbe liberarsi di una idea ripetitiva che sente estranea a se stesso, ma non riesce, il disturbo post-traumatico da stress già citato; disturbi somatoformi, per lo più dovuti a una somatizzazione (= spostamento sul corpo, dal greco soma, corpo) dell'ansia: questa può somatizzarsi su qualunque organo o apparato, senza produrre alterazioni anatomiche (almeno per lungo tempo): tra i disturbi somatoformi la ipocondria – ricordare "Il malato immaginario" di Molière, che in realtà è malato, ma nella immaginazione; disturbi dissociativi, dell'identità (personalità multiple) e disturbo di depersonalizzazione, in cui il soggetto si sente come estraneo a se stesso e all'ambiente che lo circonda [non confondere i disturbi dissociativi con quelli dello spettro schizofrenico, come per eufemismo venivano e talora vengono chiamati questi ultimi]; parafilie (deviazioni sessuali), cioè esibizionismo, feticismo, masochismo e sadismo sessuali (non "psichici"), voyerismo, pedofilia, feticismo di travestimento (travestitismo) e via dicendo: notare che nelle parafilie non è compresa l'omosessualità. A questo proposito va notato che in ognuno di noi vi è una identificazione, in genere prevalente, con il genitore dello stesso sesso ed una identificazione parziale con il genitore dell'altro sesso, per cui ognuno di noi è di fatto bisessuale; ma se nell'età adulta fosse del tutto prevalente l'identificazione con il genitore dell'altro sesso, tanto da sentirsi a disagio con la propria identità sessuale anatomica, si parla di disturbo dell'identità di genere (transessualismo). Parafilie e disturbi dell'identità di genere si presentano con i primi sintomi sin dall'infanzia e vanno curati sin da allora, affinché la terapia sia efficace; disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia) (5,1%); disturbi del sonno per difetto o per eccesso (34%), che possono costituire essi stessi ciò di cui soffre la persona oppure essere sintomi di un altro disturbo, come più spesso avviene; disturbi dell'adattamento cioè da distress (28%): depressione reattiva e altro; disturbi di personalità: paranoide, schizoide, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico, dipendente, ossessivo-compulsivo ecc.; e vari altri disturbi.

Notare che, per ovviare alla rigidità di questa categorizzazione dei disturbi mentali, alla fine della classificazione di ciascun disturbo sia l'ICD dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che il DSM dell'American Psychiatric Association aggiungono un tipo "non altrimenti specificato" (NAS) del Disturbo in oggetto.

L'attività di volontariato

Dunque l'attività di volontariato in questo settore mette a contatto con questi problemi psichici, spesso seri, sempre ansiogeni. Generalmente è preferibile che il/la volontario/a non operi isolatamente, ma appartenga ad un Gruppo, che è punto di riferimento e fonte di sostegno psicologico [in termini psicodinamici, il gruppo fornisce ai suoi membri un Ego (Io) ed un Super-Ego (Super-Io) ausiliari]. Ciò aiuterà tra l'altro a "non fare il passo più lungo della gamba", a causa per esempio dell'ardore del/la neofita o della commozione di un caso particolarmente drammatico. Un atteggiamento eccessivamente entusiastico danneggerebbe gli assistiti e noi stessi – attenzione al *burn-out*, cioè al bruciarsi, all'"esaurirsi": non confondere un sano ottimismo, sempre positivo, con l'entusiasmo enfatico, il quale potrebbe accecarci sulle reali difficoltà sia emotive che pratiche della situazione.

A questo proposito occorre fare attenzione a non promettere, *con il proprio comportamento*, qualcosa che poi non si potrà mantenere, sicché saremo costretti a sospendere la prestazione e ciò arrecherà al paziente e alla famiglia l'ennesima frustrazione, l'ennesimo *distress*. Da qui l'utilità di questi corsi di formazione, come pure della serena discussione in gruppo del proprio operato, fino a pensare a una Supervisione sistematica o a dei "Gruppi Balint" veri e propri, mediante i quali si *favorisce la maturazione psico-affettiva e umana* globale dei partecipanti².

² Michael Balint (1896-1970), psicoanalista ungherese trapiantato a Londra, diede vita a Gruppi per Operatori sanitari, in cui venivano affrontati i problemi emotivi coscienti e inconsci incontrati nella propria attività professionale. Tale tipo di esperienza sarebbe estremamente utile a tutti gli Operatori sociali (genitori, insegnanti, assistenti sociali, volontari (oltre ai medici, psichiatri, psicologi ecc.).

In definitiva l'attività (concordata – è bene ribadirlo – con lo psichiatra o gli assistenti sociali già eventualmente in azione, *ai quali non dobbiamo mai sostituirci*) potrà consistere anzitutto nel segnalare *incisivamente* ai Servizi Sociali della ASSSL o del Comune o della Provincia, se non fosse già stato fatto, i casi a rischio o il soggetto o la famiglia di cui ci si occupa, anche in vista di ottenere le prestazioni di un/una giovane *capace*, che fa il Servizio Civile. Potremo assicurare una presenza *discreta, e non impositiva né invasiva*, in famiglie con soggetti malati, le quali spesso non ce la fanno più, per lo stress continuo cui sono sottoposte: anche aiutando, se lo permettono, nel rimettere in ordine o nel pulire la casa o nella cura della persona (cose che abitualmente sono moltotrascurate) o a studiare, se l'utente frequenta la scuola o l'università. Potremo accompagnare gli utenti all'ambulatorio o alla psicoterapia o al lavoro (protetto) o a fare una passeggiata o un'attività sportiva o a sbrigare delle pratiche come il riscuotere la pensione di invalidità, fare una raccomandata o anche andare in farmacia e così via. Il volontario ben preparato conosce anche gli Enti da cui si possono ricevere sostegno e sussidi e indirizza o accompagna gli assistiti in tal senso, dal momento che questi spesso non ne sono a conoscenza. Nel campo della tossicodipendenza occorre *muoversi con particolare saggezza*, cercando di motivare al trattamento (SERT) o a uscire dalla droga (comunità terapeutica); non indulgere alle droghe cosiddette leggere (spinelli), che negli ultimi tempi sono diventati sempre più pesanti e comunque sono sintomo e causa di fragilità psichica. Naturalmente, come ogni buon cittadino il volontario non mancherà occasione per sensibilizzare l'opinione pubblica all'accettazione dei "diversi" di ogni tipo: anzitutto con l'esempio, che sempre produce fenomeni di *imitazione* o di *identificazione*, nel bene e purtroppo anche nel male. Comunque ognuna di queste attività si svolge attraverso *la relazione interpersonale*. Conviene dunque fermarsi a riflettere su detta relazione.

La relazione interpersonale

- è costitutiva (o ricostitutiva) della vita psichica.
- entrambi i soggetti si influenzano a vicenda: può essere fonte di reci-

- proco "arricchimento" o di reciproco "sfruttamento" psicologico (per lo più, nella umana realtà: l'uno e l'altro).
- la relazione volontario-soggetto o -famiglia è un caso particolare della relazione "operatore sociale-utente-familiari-organizzazioni sociali".
 - *nelle professioni basate sul rapporto interpersonale vi sono sempre un aspetto tecnico-professionale ed uno tecnico-relazionale.*
 - Fattori che influenzano la relazione:
 - *ambiente fisico*: decoroso o fatiscente, pulito o sporco, luminoso o buio ecc.
 - *fattori (psico)biologici*: età, sesso, razza, aspetto fisico, salute o malattia, gravità di questa ecc.
 - *psicologici*: personalità dell'operatore (maturità psicoaffettiva, cioè livello di "motivazioni" che abitualmente ne ispirano il comportamento); fenomeni di "transfert" e di "controtransfert" (v. avanti), ecc.
 - *psicosociali*: "cultura" di appartenenza (lingua madre e lessico, cultura agricola o cittadina ecc.), condizione economica e sociale, grado di istruzione, religione, appartenenza politica ecc.
 - *"Neutralità" dell'operatore*:
 - è l'equidistanza, giusta e imparziale, dal mondo dei sentimenti e delle passioni (Es o Id), dal mondo razionale (Ego o Io) e da quello delle norme acritiche di comportamento (Super-Io) del soggetto.
 - è la componente principale della cosiddetta "distanza professionale" dal paziente, necessaria tecnicamente per un coinvolgimento emotivo adeguato (né carente né eccessivo) con esso. . *Molto pericoloso lo stato d'animo: "Io ti salverò!..."*, che è espressione di un nostro residuo di "onnipotenza" infantile (il bambino non ha il senso dei propri limiti). Può perfino finire - ed è accaduto - che l'utente "converta" noi, per esempio alla droga!...
 - consente di trattare persone di qualunque età, sesso, cultura, religione, in quanto non parteggia né osteggia alcuna componente del soggetto.
 - non confondere con l'indifferenza ai valori morali, sociali ecc. né con un atteggiamento freddo e distaccato: occorre pur sempre un atteggiamento empatico.

- *Empatia*: una capacità di identificarsi con l'altro senza perdere la propria identità (mettersi nei panni dell'altro, dal greco *en*, dentro e *pathos*, sentimento).

Donde: rapporto "neutrale" ma benevolo.

- L'ideale, che non è di questo mondo, sarebbe che il/la volontario/a, anzi ogni operatore sociale, fosse dotato delle "tre a" (v. avanti).

Il transfert

- *Transfert*: spostamento sull'operatore, come su qualsiasi persona significativa, dei sentimenti non risolti nell'infanzia, nei confronti delle figure genitoriali. Si tratta di sentimenti di amore, di ostilità o di amore e ostilità simultanei (ambivalenza affettiva, l'"odi et amo" di Catullo). Sono rimasti nell'inconscio con caratteristiche infantili (totalità, esclusività, bisogno di presenza fisica e via dicendo) poiché, come abbiamo visto, nell'inconscio continua a vivere il/la bambino/a che fummo.

Il transfert amoroso non va né respinto né "agito", in particolare quando assume caratteristiche (reciprocamente) seduttive; così pure quello aggressivo (non ricambiare aggressività con aggressività: fare il materasso di gomma-piuma che "assorbe" il colpo, certo senza approvarlo).

- Il *controtransfert* è la risposta affettiva dell'operatore al transfert del soggetto. Tuttavia usualmente il termine *controtransfert* è usato per indicare *l'insieme dei sentimenti dell'operatore* nei confronti dell'utente (indotti dal transfert del soggetto, dalle circostanze reali e dal proprio personale transfert).
- Notare che più l'utente è disturbato, più il suo transfert è divoratore (ambivalente) e totale, esclusivista. Ecco perché occorre particolare maturità psicoaffettiva per lavorare con i soggetti psicotici, tanto più che

spesso sono soli o comunque soffrono di grande senso di solitudine, sicché investono per transfert in modo totale.

- Perciò è particolarmente importante conservare la “distanza professionale” e provvedersi di una qualche supervisione. Come già visto, è *molto pericoloso lo stato d’animo: “lo ti salverò!...”*, che è espressione di un nostro residuo di “onnipotenza” infantile (il bambino non ha il senso dei propri limiti), che è attivato dal nostro transfert verso l’utente; può perfino finire – ed è accaduto - che l’utente “converta” noi, per es. alla droga!...

Le tre “a” dell’operatore sociale

- L’operatore sociale deve comunicare (con i fatti) all’utente che “si fa carico”, “si prende cura” di lui (M. Balint, D.W.Winnicott ecc.). Ciò calma le ansie dell’utente e ottimizza il rapporto professionale, con beneficio anche del Sistema immunitario, che è preposto ai processi di prevenzione e di guarigione delle malattie.
- Le tre “a” dell’operatore sociale sono:
 - *affidabilità*: costanza di presenza e coerenza di comportamento; scala di valori ispirata alle virtù greche della saggezza, giustizia (correttezza), fermezza (forza d’animo, coraggio), moderazione (capacità di contentarsi);
 - *autenticità*: amore genuino alla professione; “vero Sé” anziché “falso Sé” (Winnicott);...
 - *adattabilità*: tolleranza alla frustrazione; capacità di “contenere” l’angoscia del paziente senza disorganizzarsi emotivamente; accettazione della realtà;
- L’analisi del profondo consente di affinare le tre “a” e, comunque, di risolvere i propri problemi emotivi, per non coinvolgerne il paziente e per non scompensarsi nel rapporto con questo. Importanza della *supervisione* e

della *discussione in gruppo* del proprio lavoro (eventualmente Gruppi Balint).

- Tre “a”... ed una “u” (umiltà): questa conserva il senso dei propri limiti, senza negare le proprie doti e facilita la collaborazione, il lavoro di squadra.

Concludendo

Il volontariato, debitamente preparato, è un contributo prezioso al paziente, alla famiglia, alla società, ma anche a noi stessi, poiché stimola e realizza in noi una costante crescita in umanità.

Un modello italiano di assistenza al malato di Alzheimer

Luisa Bartorelli*

Premessa

L'approccio assistenziale al malato di Alzheimer deve qualificarsi per un alto livello di cure specifiche, mirate al mantenimento dello stato funzionale al massimo grado possibile, sia dal punto di vista cognitivo-affettivo, sia da quello clinico-motorio, dando il necessario supporto alle famiglie nei loro gravosi compiti.

Ideare, programmare, realizzare una rete assistenziale, per una tipologia di malati così complessa, è una sfida che richiede un considerevole sforzo culturale e di servizio da parte delle istituzioni e un altrettanto notevole impegno da parte degli operatori e dell'intera comunità.

Un'esperienza continua a contatto di questi malati rivela come, allo stato attuale delle possibilità terapeutiche, la loro qualità di vita e il loro destino sia legato alle situazioni ambientali, sia familiari che sociali, e alla disponibilità di servizi adeguati e di professionalità competenti.

Competenza, adeguatezza e disponibilità costituiscono tre parole chiave, una triade inscindibile di partenza, se si vogliono raggiungere obiettivi concreti e misurabili. Misurare l'efficacia degli interventi in questo campo è infatti un'altra difficile sfida, ma doverosa da perseguire in tempi altrettanto difficili per la sanità pubblica, proprio perchè tali malati e le loro famiglie non corrano il rischio di essere defraudati delle cure necessarie e sufficienti.

Ai compiti di coloro che assistono i pazienti, si aggiunge oggi, quindi, quello di trovare gli indicatori più idonei a valutare anche gli *small gains*

* *Presidente Alzheimer Uniti Roma ONLUS.*

(=piccoli successi), tuttavia così importanti per la qualità di vita, nell'ambito degli *outcomes* (=risultati) dell'assistenza fornita.

Si tratta di convogliare le varie professionalità su di un lavoro integrato, valutando i bisogni in modo multidimensionale, programmando e mettendo in atto interventi mirati, verificandone l'efficacia nel tempo.

A questo processo è necessario partecipino le Associazioni dedicate, per far sì che la loro vicinanza impedisca lo iatus tra i reali bisogni dei malati e delle loro famiglie e la tonalità degli interventi programmati.

I Servizi

a) Centri Esperti

Sono i "Centri di attrazione" accreditati dal Consensus dello Studio Comparativo dei Centri esperti europei (1999), secondo otto requisiti:

- *missione polivalente* – specialità del responsabile (geriatra o neurologo) e maggiormente rappresentata tra i medici; almeno 20% dei pazienti con accesso per disturbi cognitivi;
- *carattere multidisciplinare* (presenza di almeno sette professionalità o mestieri nell'équipe: medico, psicologo, infermiere, fisiokinesiterapista, ecc.);
- *largo raggio d'azione* (> di 30 Km);
- *popolazione anziana mista* (più della metà ultrasettantacinquenne e con sex ratio da 1,5 a 0,5);
- *valutazione multidimensionale* (bilancio biologico, psicometrico e sociale);
- *presa in carico della qualità di vita dei pazienti e delle famiglie* (possibilità di interventi a domicilio, di aiuto ai *caregivers*, di programmi di collocazione, di rieducazione funzionale e cognitiva, di utilizzo di volontari);
- *cooperazione* (con le altre strutture, comprese quelle di emergenza, con i medici di famiglia, con i servizi domiciliari, con le associazioni);
- *follow up nel tempo* (= controllo a distanza delle condizioni del paziente).

b) Ospedale

L'unità operativa ospedaliera non si configura come una risposta adeguata ai bisogni dei malati di Alzheimer, nemmeno nei momenti di crisi.

Il cambiamento d'ambiente, la sua restrizione, l'inadeguatezza quantitativa ma soprattutto qualitativa del personale di assistenza, l'organizzazione mirata in questi casi più a sedare che a riattivare (neurolettici, catetere, immobilizzazione, depressione, a volte perfino contenzione fisica incongrua), fanno sì che siano preferibili le altre forme di assistenza.

Se crediamo che il momento di crisi del demente sia l'espressione di un evento di natura ambientale, che si scontra con la vulnerabilità adattativa insita nella malattia, non possiamo che riservare il ricovero ospedaliero tradizionale ad alcuni reali momenti di necessità, come gli interventi chirurgici, per il più breve tempo possibile, seguiti dal Centro di riferimento con un programma specifico.

c) Day Hospital

È la struttura intermedia ideale per la diagnosi, la tipizzazione e la stadiazione della malattia, e l'impostazione delle cure, nella quale – in opposizione ai ritmi tradizionali ospedalieri – è anche più agevole e dignitosa l'accoglienza, particolarmente delicata per le persone malate e i loro *caregivers* (persone che curano l'assistenza ai malati), la prima fase in assoluto dell'approccio al malato. Infatti, egli non va subito invaso con esami obiettivi, test diagnostici o strumentali, ma visto nella sua interezza, permettendo le giuste pause di adattamento e l'instaurarsi così di una valida relazione di aiuto, oltre ad un programma assistenziale valido.

Accanto alla valutazione cognitiva e affettiva, particolare cura viene data alla patologia concomitante, ai deficit sensoriali e agli stressor (fatica, dolore, cambiamento di abitudini, stimolazioni psicosensoriali eccessive, ecc.), che provocano spesso un eccesso di disabilità, in parte reversibile. Particolare attenzione viene data anche all'anamnesi sociale e a quella farmacologica.

I pazienti ricoverati in Day Hospital devono poter ricevere anche un

approccio terapeutico-riabilitativo, sia dal punto di vista motorio, attraverso fisioterapia individuale e di gruppo, tesa a recuperare, per quanto sia possibile, la consapevolezza del proprio corpo e lo schema motorio a prevenzione delle cadute; sia dal punto di vista cognitivo, tramite esercizi di riattivazione della memoria computerizzati, per i casi lievi-moderati, e altre strategie.

La terapia di orientamento reale va effettuata con programmi e procedure personalizzate, a seconda dei gruppi di gravità, ed è necessaria una ripetizione ciclica dell'intervento, per il mantenimento degli *small gains* (piccoli successi) ottenuti.

d) Il Centro Diurno

Il Centro Diurno Alzheimer si inserisce nell'auspicata rete di servizi in risposta ai bisogni di tali pazienti, che dopo diagnosi, tipizzazione e stadiazione di malattia, l'avvio di terapia farmacologica e di riattivazione effettuati in day hospital, necessitano di continuare a cicli i trattamenti specifici, fornendo un sostegno qualificato alle famiglie nel grosso carico assistenziale che la gestione della malattia comporta.

Gli obiettivi principali del servizio sono quindi: diminuire il ricorso all'ospedale, evitare la istituzionalizzazione, diminuire lo stress dei *caregivers* e possibilmente l'uso degli psicofarmaci, migliorare il ritmo sonno-veglia.

Attività del centro diurno: cura della persona; attività della vita quotidiana; attività motoria e adeguato riposo; socializzazione, comunicazione; disegno, pittura, musicoterapia; giardinaggio; svago: canto, ballo; incontri di sostegno alla famiglia.

Il personale deve essere in particolare addestrato alla comprensione dei comportamenti, all'intervento nei momenti di crisi, anche tramite terapia di validazione, alla comunicazione verbale e non verbale, mettendo l'accento sul contatto visivo e tattile.

Inoltre, l'offerta di uno spazio-giardino controllato, protetto, delimitato può rivelarsi la scelta più congrua, dal punto di vista della efficacia dell'approccio terapeutico-riabilitativo, sia per la valorizzazione delle capacità

residue, sia per il contenimento emotivo, che per la dignità del paziente affetto da demenza.

Il Giardino Alzheimer può offrire alla sensorialità del suo fruitore una emozione controllata, rarefatta senza essere spenta, in modo tale che la sua forma non venga percepita come diversità ma come prolungamento: lo si pensi in questo caso come luogo di contenimento, rassicurazione, innocenza, evocatore di un *esprit d'enfance* (=spirito d'infanzia).

Va tenuta presente da un lato la propensione del paziente a camminare incessantemente (*wandering*), dall'altro il suo disorientamento spaziale e temporale: la fruizione dovrà prevedere mete o punti da raggiungere ben visibili

e) L'assistenza domiciliare

È possibile recare le prestazioni professionali necessarie a domicilio, trasformandole in attività efficaci a migliorare la qualità di vita di tutta la famiglia?

Osserviamo il nostro paziente, smemorato, disorientato nel tempo e nello spazio, che proprio per non aumentare tali deficit deve essere lasciato nella sua casa, che è il luogo delle sue memorie, in un rapporto neuropsicologico con lo spazio, laddove i suoi gesti avranno ancora per parecchio la misura giusta, dove più a lungo potrà mantenere una destrezza, dove potrà anche o seppure attraverso il wandering (=delirio) riempire il vuoto della sua ragione.

Un piano di intervento a domicilio dovrà mantenere il *caregiver* nel suo ruolo principale, anche se accompagnato da un operatore professionale di supporto. Si tratta infatti di un progetto di vita che riguarda allo stesso tempo chi è già malato (il paziente) e chi corre il rischio di diventarlo (il *caregiver*), mettendo in gioco tutte le risorse disponibili, quelle della famiglia e insieme quelle della comunità.

Infatti i punti cruciali per ottenere i risultati attesi sono una buona integrazione con i servizi sociali del territorio e la formazione, per l'assistenza domiciliare al demente, di nuove figure professionali, o di vecchie figure con nuovi compiti.

È inoltre necessario l'appoggio incondizionato del medico di famiglia alla valutazione d'accesso, al programma d'intervento e alla verifica dei risultati.

f) La residenza sanitaria assistenziale. Il Nucleo Alzheimer.

Il Nucleo è concepito a doppio binario, uno "senza ritorno", l'altro con la funzione di "respite beds" (=letti per il temporaneo sollievo della famiglia), nella convinzione che l'istituzionalizzazione totale sia l'ultima spiaggia per quei malati che non hanno alcun supporto familiare o sociale, mentre il dare respiro alle famiglie nei momenti di crisi del malato e del caregiver, tipicamente nelle fasi caratterizzate da disturbi del comportamento, sia fondamentale per poi riuscire a mantenerlo nel proprio ambiente.

Durante la fase di ricovero, considerata ottimale della durata di 20 giorni, occorre assicurare:

- il trattamento dei disturbi comportamentali, evitando l'uso di farmaci dannosi;
- il trattamento dell'eventuale patologia concomitante;
- un'adeguata nutrizione e idratazione;
- la stimolazione delle capacità residue;
- l'attività di riorientamento, di validazione, occupazionali,, motorie;
- un ambiente sicuro, rassicurante, stimolante.

g) Altre iniziative

A completamento della rete, il modello vuole offrire alcune circostanze, che siano di sostegno ai caregivers e in generale diano "respiro" a tutto l'ambiente familiare in difficoltà.

Dal telefono amico, ai gruppi di sostegno ai familiari, durante i quali si cerca di contenere l'emergente disagio emotivo, che mette in crisi valori, affetti e il sentimento di sicurezza interiore, con un conseguente prevedibile miglioramento del clima per il malato; ai corsi di formazione periodici destinati ai caregivers, anche extra-comunitari, o ad altre figure, come i volontari, che abbiano bisogno di acquisire competenza nel settore.

Il ruolo del caregiver e della famiglia

Il problema dell'assistenza al malato di Alzheimer è ormai arrivato a sensibilizzare vari strati della popolazione: coloro che vivono l'esperienza all'interno della propria famiglia e coloro che la temono; gli addetti ai lavori e quelli che con slancio solidale desiderano occuparsi di malati così coinvolgenti e perturbanti; infine molti altri, sensibili alla voce dei mass media che da qualche tempo si occupano con assiduità dell'argomento. Tale sensibilizzazione, pur auspicata da tutti gli addetti ai lavori, proprio a causa di questo allargamento degli interessi comporta il rischio di una banalizzazione degli interventi, che devono invece mantenere il livello di alta specificità e competenza che la complessità della malattia richiede. Altro punto strategico è che l'approccio al malato, per avere una sua forza riattivante, deve essere un approccio integrato a vari livelli: ospedale-territorio, azienda sanitaria-ente locale, operatori-famiglie, associazioni-istituzioni.

Sono ormai noti gli aspetti che rendono la demenza una patologia a carattere anche familiare.

La complessità della cura, l'impegno costante reso più problematico da una rete dei servizi ancora inadeguata, le implicazioni su di un piano relazionale ed emozionale, i costi economici diretti e indiretti, mettono a dura prova l'equilibrio psicofisico del caregiver e dell'intero nucleo familiare, a sua volta in continua evoluzione. La famiglia, infatti, è ancora il luogo privilegiato della cura nel nostro paese, ma non è più il "contenitore" stabile di un tempo.

La graduale riorganizzazione di tempi, spazi e ruoli richiesta dall'assistenza al demente, espone l'intero sistema familiare a pressioni e a confronti che rischiano di destabilizzarlo, anche in modo drammatico. Possono attivarsi nuovi conflitti, secondari a stanchezza, problemi economici o decisioni da prendere ma possono riattivarsi antiche tensioni che portano talora a fratture definitive. Certo è che la demenza modifica profondamente lo stile di vita del sistema familiare. I cambiamenti imposti dalla progressione della malattia pongono problemi diversi, nelle varie fasi, sia

da un punto di vista pratico e organizzativo, sia su di un piano emozionale.

Le reazioni dei familiari possono variare dalla comprensione alla negazione del problema (“sta benissimo, probabilmente è depresso” – “con una cura giusta e con un po’ di buona volontà sicuramente riprende”) o alla attribuzione esterna di responsabilità (“quel medico si è sbagliato – è lui che è troppo distratto”) con la peregrinazione tra diversi specialisti. Se il paziente è consapevole del suo stato di malattia e tende a deprimersi, anche il *caregiver* potrà a sua volta deprimersi.

Una paura costante, che si riaffaccia continuamente nei momenti più difficili è quella dell’ereditarietà. Il timore di essere portatore del “gene” della malattia, con tutto ciò che ne deriva, o di trasmetterlo ai propri figli emerge continuamente all’interno dei gruppi di sostegno ed è spesso oggetto di discussione.

In una fase più avanzata di malattia, la perdita di autonomia secondaria all’aumento di deficit cognitivi e funzionali, richiede una nuova riorganizzazione e il ricorso ad aiuti domestici o a “badanti” che provvedano alla sorveglianza o all’assistenza diretta del paziente, con nuovi costi economici ed emotivi. I costi fisici ed emotivi sono più elevati quando il *caregiver* non ha supporti esterni ed è impegnato costantemente in un’assistenza di 24 ore al giorno. Sembra che il grado di stress sia direttamente correlato all’aumento delle ore di assistenza e che la depressione sia secondaria più all’aumento di stress che alla gravità della patologia .

Il ruolo dell’operatore dei servizi di volontariato

L’operatore deve essere consapevole di inserirsi, con il suo intervento, in un sistema con delle regole e in un equilibrio messo a dura prova dai cambiamenti imposti dalla malattia. Quindi, la prima indicazione utile può essere quella di affinare le capacità di osservazione e di ascolto, prima di agire, al fine di raccogliere le informazioni necessarie ad identificare le modalità di intervento più idonee ed efficaci.

Nella prima fase di malattia l'ascolto può aiutare i familiari che hanno scarse conoscenze riguardo la malattia e le sue manifestazioni o che, ancora poco consapevoli di ciò che sta accadendo, sono angosciati, confusi e tendono a mettere in atto strategie di gestione inadeguate.

In una fase più avanzata la disponibilità di un operatore del volontariato permette al caregiver di esprimere dubbi, emozioni contrastanti, di chiedere indicazioni per dare senso ai comportamenti "illogici" del paziente, a volte segni di patologie somatiche sottostanti. L'operatore del volontariato può dare inoltre ai familiari informazioni utili a riorganizzare l'ambiente e a renderlo idoneo alle condizioni del paziente, o ancora indicazioni appropriate rispetto alla rete dei servizi. In questa fase il familiare spesso è stanco, esasperato, talvolta aggressivo: è fondamentale che l'operatore sia in grado di comprendere queste reazioni, senza sentirsi attaccato o squalificato.

Nell'ultima fase di malattia il malato richiede più assistenza infermieristica: nel caregiver e nei familiari vi è la preoccupazione per la situazione clinica, il dolore per la perdita della relazione, l'angoscia per l'idea della morte imminente. Un operatore attento può aiutare i familiari ad esprimere i loro timori e il loro dolore.

Un'ultima riflessione, ma non ultima per importanza, è la necessità che l'operatore impari a osservare ed ascoltare anche se stesso, per cogliere le proprie potenzialità, ma anche i propri limiti, al fine di ridurre il rischio di burn out¹.

¹ letteralmente "bruciarsi", espressione che si usa per indicare il danno che può derivare all'operatore o a chi assicura l'assistenza per il continuo contatto con i malati di mente.

Situazione attuale, possibili sviluppi e nuovi interventi da parte delle strutture socio-sanitarie ed assistenziali

Dott. Daniele Sadun*

La riforma psichiatrica sancita dalla Legge 180 del 1978, la cosiddetta Legge Basaglia, ha prodotto un profondo cambiamento nell'organizzazione, nelle finalità e nei modelli d'intervento delle strutture Psichiatriche Italiane:

Infatti il modello operativo, di tipo custodialistico, incentrato sul ricovero ospedaliero, che finiva per favorire o addirittura per causare i processi di esclusione e di emarginazione della persona con problemi psichiatrici, si è trasformato nell'intervento territoriale che mette al primo posto la necessità di affrontare e curare il disturbo mentale all'interno della Comunità.

Questo nuovo modo di operare mette in risalto soprattutto gli aspetti della complessità e dello stigma che invariabilmente sono legati al disturbo psichico.

Occuparsi della complessità psichiatrica significa prendere in considerazione tutti quei fattori, biologici, psicologici, sociali, che contribuiscono a determinare ed a mantenere lo stato di sofferenza mentale.

Le nuove teorie psichiatriche infatti sostengono che il disturbo psichiatrico viene causato da una serie di fattori negativi (eventi stressanti) che vanno ad incidere su una situazione di vulnerabilità, di fragilità della persona.

Per tale ragione a differenza delle vecchie teorie "riduzionistiche" che attribuivano ad una sola causa (biologica o psicologica) la genesi del disturbo, l'intervento deve avvenire in contesti diversi e con operatori con diversa preparazione professionale (multicontestualità e multidisciplinarietà dell'intervento).

* Direttore del DSM - ASL RMF

Lo Stigma, che deriva dal pregiudizio e dalla disinformazione riguardo alle patologie psichiatriche, rappresenta l'ostacolo maggiore al pieno reinserimento sociale e relazionale della persona. Inoltre è la causa più rilevante del processo di cronicizzazione e di istituzionalizzazione della persona con disturbi mentali gravi.

Per far fronte a queste problematiche le Aziende Sanitarie (AUSL) si sono dotate di una serie di strutture che operano per la tutela della salute mentale nei vari momenti che caratterizzano il disagio od il disturbo mentale. Una particolare attenzione deve essere rivolta alla prevenzione in quanto, come è facilmente intuibile è molto più difficile e costoso affrontare il disagio quando si è già manifestato con la prima crisi.

Quindi il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'organizzazione che comprende, coordina e indirizza tutti i servizi psichiatrici situati nel territorio di una AUSL.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) invece rappresenta il punto nodale dell'elaborazione e programmazione degli interventi terapeutici-riabilitativi che si realizzano tramite le équipes multidisciplinari.

Il CSM garantisce la presa in carico globale e la continuità terapeutica dell'intervento.

Nell'ambito dell'intervento territoriale, la famiglia risulta la risorsa principale per il sostegno dei nostri utenti. Infatti, in genere, il disturbo mentale si manifesta in età giovanile ed in persone che non hanno raggiunto una piena autonomia sia dal punto di vista economico che psico-affettivo.

Nell'organizzazione attuale invece il ricovero in ambito Ospedaliero, che pure è importantissimo sia per la situazione di difficoltà che vive l'utente sia perché spesso rappresenta il primo contatto con il Dipartimento, rimane ormai un momento del tutto eccezionale e transitorio nel processo di cura.

Il ricovero in un reparto ospedaliero psichiatrico (SPDC=Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) può avvenire o volontariamente o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Anche in quest'ultimo caso vengono però garantiti il rispetto della dignità della persona e la massima decisionalità ed autonomia dell'utente riguardo al trattamento terapeutico. Inoltre il

TSO, che di norma non può superare i sette giorni, deve essere trasformato in ricovero volontario appena se ne ravvisano le condizioni cliniche.

Tra l'assistenza della persona con problemi mentali nel proprio ambiente ed il ricovero in Ospedale che, come abbiamo visto deve costituire un avvenimento del tutto sporadico e limitato nel tempo, si situano idealmente tutta una serie di strutture psichiatriche che per questo motivo vengono definite "intermedie":

Tali strutture (Comunità terapeutiche -CT, Case Famiglia, Gruppi Appartamento, Centri Diurni-CD, ecc.) offrono un'assistenza più o meno intensa in base alla tipologia della struttura stessa ed al grado di autonomia personale raggiunta dall'utente.

A queste strutture di appartenenza al DSM si devono aggiungere quelle gestite dall'imprenditoria privata (Cliniche Neuropsichiatriche) o dal Privato Sociale.

Bisogna però rilevare che per queste strutture non si è ancora raggiunto quel livello di integrazione ottimale con il DSM necessario per assicurare l'omogeneità della risposta terapeutica-riabilitativa e la continuità terapeutica. Per effettuare l'integrazione infatti è necessario che le équipes del territorio e quelle delle strutture private si coordinino e collaborino attivamente per la stesura di progetti terapeutici riabilitativi comuni.

Per definire e per indirizzare l'intera organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale su tutto il territorio Nazionale, nel 1994 è stato emanato il Progetto Obiettivo Nazionale (PON) per la tutela della salute mentale. In questo documento venivano anche definiti gli obiettivi da raggiungere in un triennio e le risorse da assegnare ai singoli Dipartimenti per il raggiungimento di tali obiettivi.

In seguito la Regione Lazio approvava il proprio Progetto Obiettivo sulla Salute Mentale per il triennio 1999-2000 (successivamente rinnovato per un altro triennio) precisando i compiti, gli obiettivi e l'organizzazione dei DSM regionali.

Dobbiamo però constatare che nonostante questi strumenti normativi i DSM laziali non hanno ancora raggiunto gli standard previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti. Anzi dobbiamo rilevare che in questi ultimi

anni si sono verificati alcuni preoccupanti fenomeni involutivi che rischiano non solo di non far progredire la qualità dell'assistenza psichiatrica ma addirittura di vanificare i risultati finora raggiunti.

Tra i maggiori problemi segnaliamo la carenza di personale che si è andata accentuando negli ultimi anni perchè non sono avvenute le opportune sostituzioni nel caso di cessazione dall'attività o per trasferimento ad altri Servizi dell'Ausl. Tale carenza risulta particolarmente evidente nei DSM della Provincia raggiungendo, in alcuni casi il 25/30% in meno rispetto ai parametri previsti dal PON e dal POR. Ugualmente preoccupante risulta il degrado dei luoghi delegati alla cura ed alla riabilitazione del paziente psichiatrico che, generalmente, sono oggetto di scarse ed insufficienti opere di manutenzione e di ristrutturazione

Particolarmente precari appaiono gli SPDC che risultano insufficienti (mancano circa la metà dei posti letto previsti) deteriorati ed ubicati in posti angusti e poco gradevoli.

Ugualmente carenti risultano le case famiglia e tutte quelle strutture che abbiamo definito intermedie. Soltanto i posti presso le Comunità Terapeutiche sono aumentati considerevolmente negli ultimi anni anche se, per la mancanza di un possibile trasferimento degli utenti in altre strutture con minor intensità assistenziale, risultano anch'esse inadeguate e con uno scarsissimo turnover. Inoltre la maggior parte dei posti disponibili non appartengono al pubblico ma al privato convenzionato.

Ancora non è stato risolto il problema dell'intervento in condizioni di urgenza (non è stato ancora precisato con assoluta chiarezza chi lo deve fare e con quali modalità) che invece dovrebbe risultare il momento più importante e delicato dell'assistenza psichiatrica.

Altro aspetto importante è che non risultano sufficienti le risorse (di tutti i tipi: economiche, risocializzanti, formative e lavorative) per creare un supporto adeguato e prolungato alle persone con gravi o gravissime patologie psichiatriche. Secondo una ricerca svolta dal DSM RM/F gli utenti psichiatrici gravi tra tutta la cosiddetta "cittadinanza fragile" continuano ad essere i cittadini con meno disponibilità economiche, formative, abitative, lavorative e relazionali. Con queste scarse risorse l'inseri-

mento od il reinserimento sociale diventa un'utopia e spesso l'unica risposta possibile rimane il ricovero in una residenza Psichiatrica che spesso rappresenta una vera e propria espulsione della persona dal suo ambiente.

Attraverso apposite indagini abbiamo inoltre evidenziato un pericoloso aumento dell'insoddisfazione e del burn-out degli operatori che lavorano presso i DSM.

Pur essendo questo fenomeno di difficile e complessa valutazione possiamo affermare che il degrado dei luoghi di lavoro, la carenza di opportunità di formazione e di aggiornamento ed il mancato riconoscimento da parte dell'istituzione del lavoro svolto, rappresentano attualmente i principali motivi di frustrazione degli operatori psichiatrici. Spesso si sente ripetere che lo strumento di cura più efficace che ha un DSM è l'operatore stesso ma raramente l'Istituzione Sanitaria provvede perché questo "strumento" venga messo nelle condizioni di funzionare "al meglio".

A fronte di queste considerazioni non molto consolanti dobbiamo però ammettere che molti degli obiettivi che si proponeva la riforma psichiatrica sono stati raggiunti.

Si è ormai diffusa (e non solo tra gli "addetti ai lavori") la cultura dell'accoglienza nella comunità dell'utente psichiatrico mentre diminuiscono i fenomeni più eclatanti di intolleranza e di espulsione sociale. La rete territoriale dei servizi psichiatrici è stata (bene o male come abbiamo visto) quasi del tutto completata. È aumentato il livello di comunicazione e di collaborazione tra i vari servizi che si occupano della prevenzione e della cura del disturbo mentale.

Soprattutto la collaborazione, che si è andata accentuando progressivamente tra il DSM e le associazioni familiari negli ultimi anni, ha innescato delle iniziative sinergiche estremamente importanti e stimolanti.

Inoltre i recenti inserimenti dei programmi per la salute mentale nei Piani di Zona dei Distretti Socio Sanitari hanno permesso di attingere a nuove risorse e di allargare il numero di operatori coinvolti nella cura del disagio e del disturbo mentale.

Alla luce di queste esperienze siamo quindi convinti che il futuro della psi-

chiatra si baserà sulla costituzione e sul rafforzamento di una valida rete sociale in grado di aiutare la persona con problemi mentali nei vari momenti del suo percorso esistenziale.

Dobbiamo però sottolineare che per essere realmente efficaci i punti di snodo di questa "rete" dovranno essere sufficientemente prossimi all'utenza e facilmente accessibili (anche come tempi di accoglimento della richiesta).

Inoltre dovranno essere coordinati ed essere messi in condizione di comunicare tra di loro con fluidità. . Perchè questo si realizzi è però necessario che venga "creato" un nuovo tipo di operatore che sia in grado di uscire dalle strette logiche dell'intervento settoriale per affrontare la complessità del disturbo psichico. I nuovi operatori esperti nelle "relazioni d'aiuto" dovranno conservare ed aumentare le proprie competenze specifiche ma dovranno anche essere in grado di confrontarsi con altri operatori dei Servizi sanitari, dei servizi sociali, dell'istruzione, del lavoro, del mondo dell'associazionismo e del volontariato, dello sport ecc. per realizzare un intervento globale ed unificante.

Per concludere possiamo quindi dire che già ora l'utenza psichiatrica ed i familiari possono rivolgersi con fiducia alle strutture dei DSM con la consapevolezza di ricevere una risposta tempestiva da parte di persone competenti alle loro richieste.

Nel contempo gli operatori ed i componenti della Società Civile dovranno continuare a chiedere con molta fermezza l'impegno da parte dei politici e degli amministratori pubblici perché le strutture dei DSM vengano adeguate agli standard di un Paese culturalmente ed economicamente avanzato ed all'aumento della complessità dei bisogni manifestati dall'utenza. Inoltre tramite programmi scolastici e campagne informative dovrà essere ridotto lo stigma che ancora tende a considerare la persona con disturbi mentali inaffidabile, potenzialmente pericolosa e quindi non funzionale alla vita sociale.

Bisogna far capire a sempre più ampi strati di popolazione che il problema della "malattia" mentale riguarda tutti e non solo alcune persone sfortunate ed i loro familiari.

I segnali che soprattutto le nuove generazioni stanno dando riguardo alla tolleranza per gli aspetti più eclatanti del disturbo mentale sono estremamente incoraggianti; spetta a tutti noi far sì che queste risorse del nostro Paese non vengano disperse e vanificate da una politica sanitaria e sociale centrata esclusivamente sulla riduzione dei costi e sul contenimento della spesa pubblica.

(estratto da " I bisogni di assistenza nel settore del disagio mentale", Cap. 4. 4, a cura di Daniele Sadun)

Finito di stampare nel mese di Marzo 2008

NUOVA EDITRICE GRAFICA srl