

## Valutazione della Efficacia

**vs Venlafaxina XR 225 mg/die**

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

## Studi di confronto

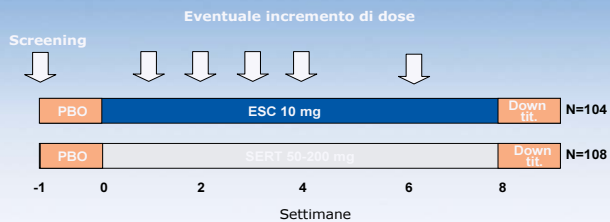
- Escitalopram vs Sertralina



## Disegno

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

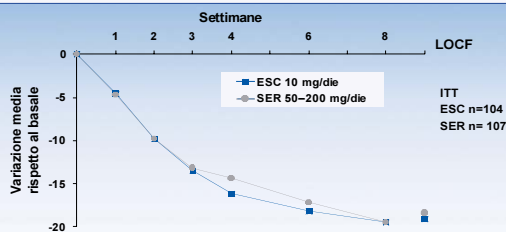
## Escitalopram vs Sertralina



Alexopoulos et al, ACNP 2003

## Escitalopram vs Sertralina: Punteggi MADRS

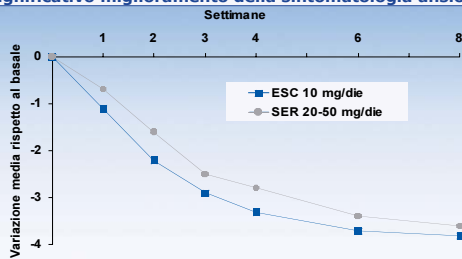
Sia escitalopram che sertralina hanno determinato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva



ESC	10	10	10	10	10	10
SER	50	75	102	123	142	144

## Escitalopram vs Sertralina: Punteggi HAMD-ansia

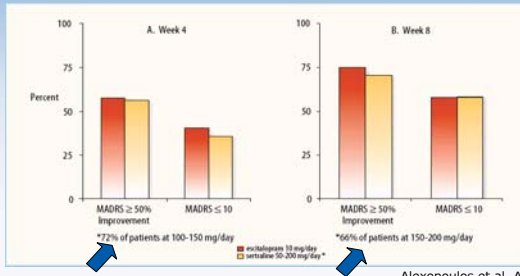
Sia escitalopram che sertralina hanno determinato un significativo miglioramento della sintomatologia ansiosa



Dose media	ESC	10	10	10	10	10	10
(mg/die):	SER	50	75	102	123	142	144

## Escitalopram vs Sertralina: Frequenza di risposta e remissione

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



Alexopoulos et al, ACNP 2003

## Valutazione della Efficacia

vs Sertralina 50-200 mg/die

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

**Efficacia antidepressiva**  
**Miglioramento della sintomatologia ansiosa**



## SPM - PMDD



## SSRI e SPM

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

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

E. W. Freeman 2004

## Disegno

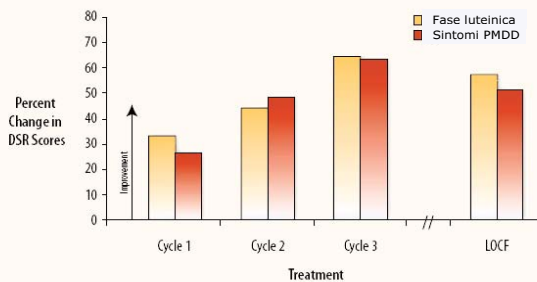
- Studio in doppio cieco randomizzato della durata di 3 cicli mestruali
- 27 donne affette da Disturbo Disforico Premestruale (PMDD)
- Dose flessibile  
escitalopram 10-20 mg/die  
placebo
- N= 13 escitalopram o placebo durante tutta la fase luteinica  
N= 14 escitalopram o placebo solo all'insorgenza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

## Baseline Characteristics

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

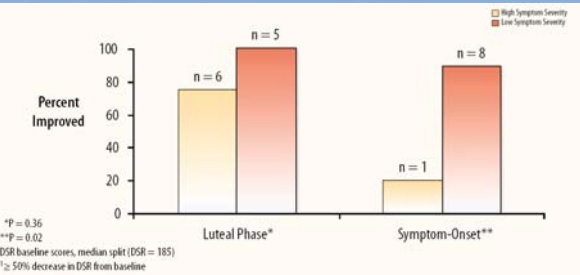
<sup>1</sup>Age range, 20-44 years; <sup>2</sup>Age range, 27-40 years

## Percent Change From Baseline in Total Premenstrual DSR Scores





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



### Valutazione dell'Efficacia

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



### MENOPAUSA

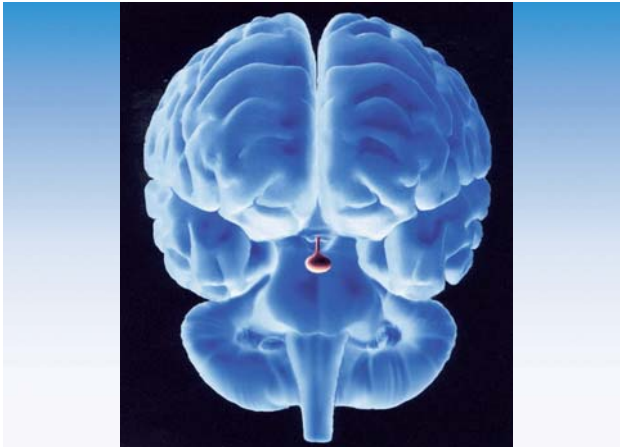




**EFFICACY OF CITALOPRAM AS A MONOTHERAPY OR AS AN ADJUNCTIVE TREATMENT TO ESTROGEN THERAPY FOR PERIMENOPAUSAL AND POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH DEPRESSION AND VASOMOTOR SYMPTOMS**

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

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



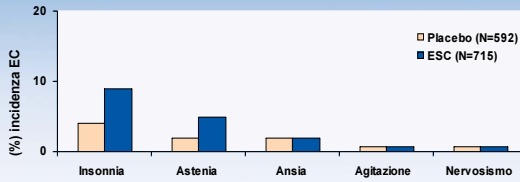
**Orientarsi nel trattamento della depressione: la Tollerabilità**





## Effetti collaterali a livello SNC vs placebo

Pooled data provenienti da diversi studi controllati vs placebo



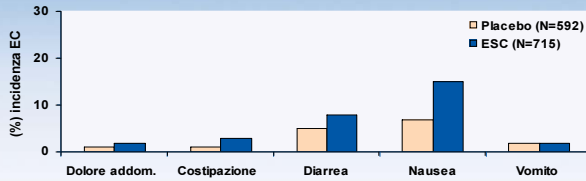
Nessun effetto collaterale a livello SNC è occorso con una incidenza superiore al 10% nei pts. trattati con escitalopram

Hakkarainen et al., WCBP 2001



## Effetti collaterali a livello GI vs placebo

Pooled data provenienti da diversi studi controllati vs placebo



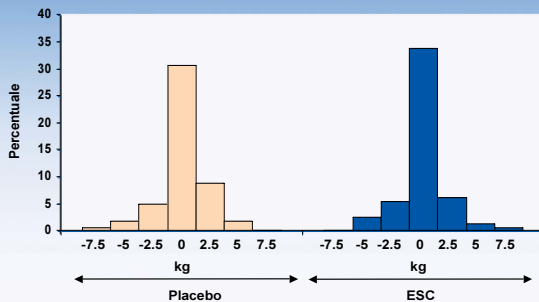
Un solo effetto collaterale è occorso con una incidenza superiore al 10% nei pts. trattati con escitalopram: nausea

Hakkarainen et al., WCBP 2001



## Effetto sul Peso corporeo

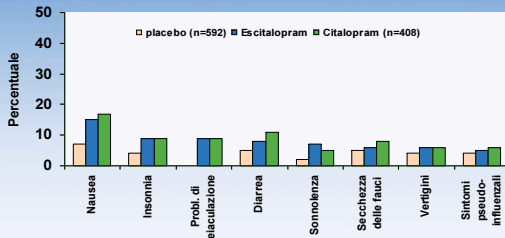
Studio europeo a dose fissa



Wade et al. Int Clin Psychopharmacol, 2002



## Incidenza degli eventi avversi più comuni vs citalopram



Effetti collaterali più comuni comparsi in più del 5% dei pazienti in trattamenti per 8 settimane con Escitalopram o Citalopram verso placebo. Dati provenienti dal database degli studi registrativi di Escitalopram. Problemi di eiaculazione: % di pazienti di sesso maschile (placebo n=188, Escitalopram n=225, Citalopram n=155)

Hakkarainen, WCBP 2001

## Tollerabilità vs Venlafaxina

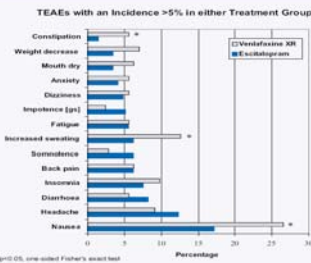
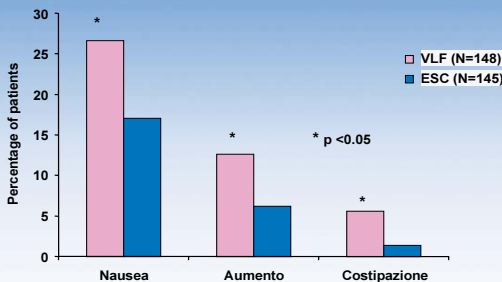


Figure 5. Treatment-emergent adverse events (TEAEs) with an incidence >5% of patients in either treatment group. Venlafaxine-treated patients had statistically significantly more nausea, increased sweating, and constipation.

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



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

Montgomery et al. SCNP, 2003

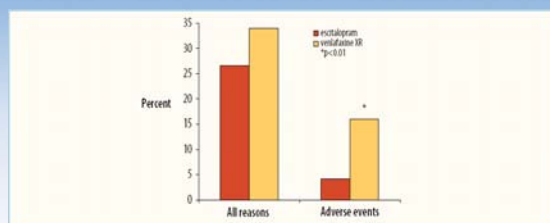
## Incidenza degli eventi avversi vs venlafaxina 225 mg/die

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

\*Percentuale di pazienti maschi

Bielski et al, ECNP 2003

## Incidenza degli eventi avversi vs venlafaxina



## Incidenza degli eventi avversi vs sertralina

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

Alexopoulos et al, ACNP 2003

## Valutazione della Tollerabilità

### ■ vs Venlafaxina 75-150 mg/die

Escitalopram 10-20 mg/die ha dimostrato differenze statisticamente significative favorevoli in termini di:

- percentuale di drop-outs
- incidenza di costipazione, sudorazione eccessiva e nausea

### ■ vs Venlafaxina 225 mg/die

Escitalopram 20 mg/die è significativamente meglio tollerato

### ■ vs Sertralina

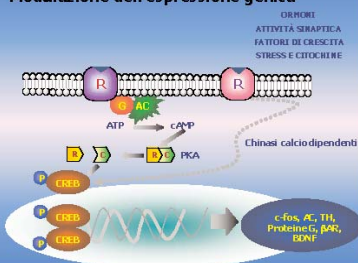
Profilo di tollerabilità sovrapponibile

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

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

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

### Modulazione dell'espressione genica



Biggio G, 2004

## Il Punto di Vista del Paziente

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





## Efficacia e tollerabilità: un altro punto di vista

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

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

*Come reagisce ?*



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

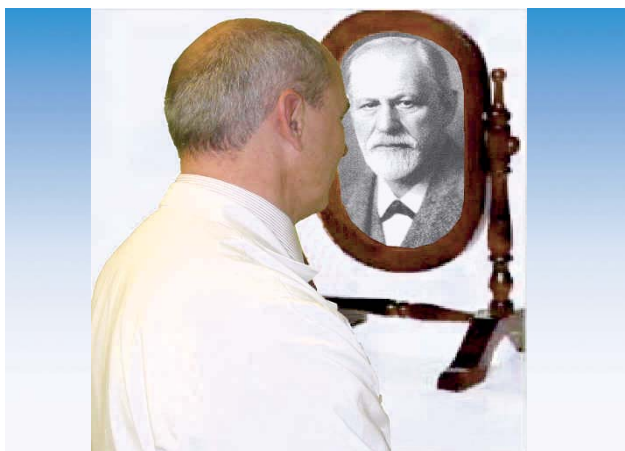


## La Soddisfazione del Paziente



## Maggiore Attenzione alla Soggettività di chi abbiamo in cura

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



### **Quando ti chiedo di ascoltarmi**

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

*Irene Whitehill*



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

*(Nazir Hikmeth)*



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

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



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

Hirschfeld RMA, J Clin Psychiatry, 2000



## Interventi psicosociali

- Psicoterapia interpersonale
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoeducazione
- Autoaiuto

# A

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

ALDA PELLEGRÌ

Neuropsichiatria infantile, Presidente de "La Nostra Famiglia"

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

### A) Problematiche

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

1.  
Caratteristiche  
cognitive, emotive,  
affettive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## B) Cura

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **C) Accompagnamento**

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



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

I fattori problematici che angosciano i genitori sono fondamentalmente due:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## Bibliografia

1. ALBANESI VINICIO, "Quei piccoli del Vangelo che vivono con handicap mentale" da Jesus maggio 2006 pag 34.
2. GANDIN TEMPLE, "Pensare in immagini", Ed. Erickson 2001.
3. RAO GIUSY, "Il ritardo mentale. Cos'è e cosa bisogna fare". [http://www.edscuola.it/archivio/psicologia/ritardo\\_mentale.htm](http://www.edscuola.it/archivio/psicologia/ritardo_mentale.htm)
4. SPINETOLI BRUNO, SCHEDA sul RITARDO MENTALE. <http://www.psychomedia.it/pm/answer/handyret/spineto1.htm>
5. TOTANO FRANCESCO, "ETICA PER LE PROFESSIONI", "Il fondamento del lavoro: la persona" N. 2 - 2005 pag. 9-16
6. WILLAMS DONNA, "Nessuno in nessun luogo", Ed. Guanda, 1992
7. LINEE GUIDA SINPIA 2005.



# malati mentali: problematiche, cura e accompagnamento

GIANFRANCO PALMA - Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL RME



## I MALATI MENTALI: PROBLEMATICHE, CURA E ACCOMPAGNAMENTO

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

Gianfranco Palma - CEI Pastorale della Sanità - Chianciano 06.06.06



## UNO SGUARDO ALL'INTERO SISTEMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

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

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



## ALCUNE CRITICITA' NEL SISTEMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

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



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

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



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

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



## ATTUALI LINEE DI “RIORIENTAMENTO” DEL SISTEMA SANITARIO (3)

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



## I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (1)

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



## I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (2)

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

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



## I MALATI MENTALI E LE PROBLEMATICHE PREVALENTI (3)

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

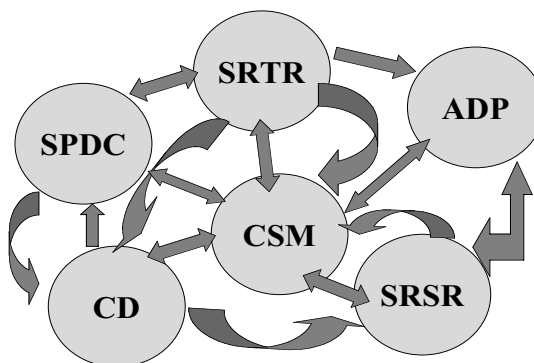


## LA CURA E L'ASSISTENZA

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



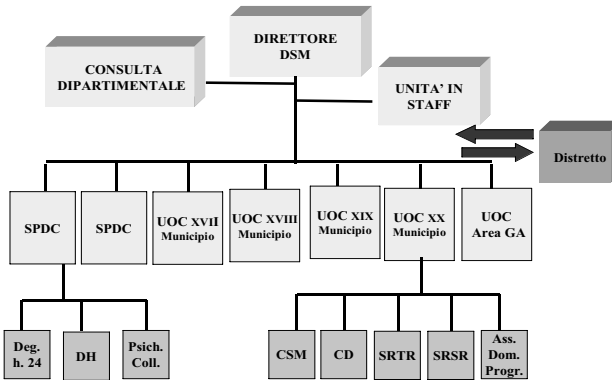
## RETE E NODI DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE



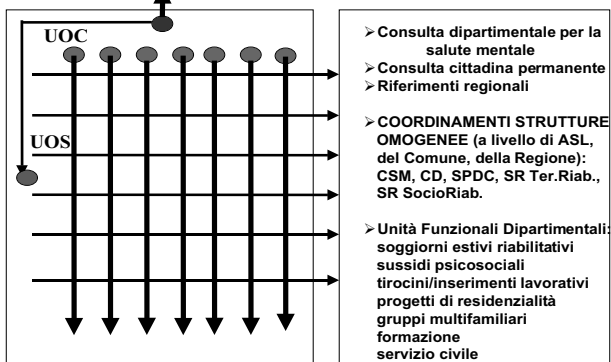
## IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

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

### DSM ASL RM E



### MODELLO ORGANIZZATIVO A MATRICE





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

- Mancanza di nuovi traccianti ideali
- Depauperamento di risorse per i servizi pubblici
- Assenza di riferimenti normativi certi
  
- Aumento della distanza tra bisogni e risposte
- Crisi di alleanza strategica tra utenti, famiglie, servizi, istituzioni
- Alta disomogeneità nell'offerta
  
- Settorializzazione e frammentazione degli interventi
- Tendenza difensiva e autoreferenziale dei servizi
- Isolamento individuale degli operatori e attivazione di meccanismi corporativi
  
- Perdita di valore emulativo, di amplificazione e di generalizzazione delle molte esperienze positive e di alta professionalità presenti.



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

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



### LA BENEFICIALITA' DEI PROCESSI DI CURA E DI ASSISTENZA

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



## COSTRUIRE LA RETE

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





## LE SFIDE ATTUALI

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



## QUALI SINERGIE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEI MALATI

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

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

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



**Psychiatry CEDD**

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

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

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



### Le malattie psichiatriche: una sfida ed una missione

Le malattie psichiatriche...

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

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

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



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

2



## Le malattie psichiatriche: causa di disabilità nel mondo

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

DALY = Disability Adjusted Life Year  
 WHO - Global Burden of Disease - Leading causes of disability in DALYs estimate for 2005  
 Colin D. Mathers, Dejan Loncar - Updated Projections at January 2006



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

3



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

Previsioni al 2030 sulla popolazione di età compresa fra i 15 e 44 anni	% DALY
HIV/AIDS	20.7
Bipolar depressive disorders	8.8
Road traffic accidents	5.5
Other unintentional injuries	4.1
Tuberculosis	4.0
Violence	3.6
Maternal conditions	2.8
Alcohol use disorders	2.7
Schizophrenia	2.6
Self-inflicted injuries	2.5
Bipolar disorder	2.4
Hearing loss, adult onset	2.3
Cataracts	2.0
War	1.8
Diabetes mellitus	1.5
Asthma	1.3
Ischemic heart disease	1.2
Drug use disorders	1.2
Panic disorder	1.1
OPD	1.1

DALY = Disability Adjusted Life Year  
 WHO - Global Burden of Disease - Leading causes of disability in DALYs estimate for 2030  
 Colin D. Mathers, Dejan Loncar - Updated Projections at January 2006



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

4



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

Ansia  
 Depressione  
 Schizofrenia  
 Dipendenze da droghe d'abuso



Treatment farmacologico oggi,  
 limiti e nuovi approcci



## Il Disturbo dell'Ansia Generalizzato

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

- **Panico, disordini ossessivi-compulsivi, Stress post-traumatico, disturbo di ansia generalizzato**
  
- **Trattamenti attuali:**
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina
  - Benzodiazepine
  - Agonisti parziali recettori 5HT1a
  
- **Nuovi approcci terapeutici:**
  - Modulatore selettivo trasmissione GABAergica (sub. Alfa2 e/o alfa3)
  - Modulatore trasmissione Glutamatergica (agonisti mGluR2/3)
  - Antagonisti selettivi recettori neuropetidi: SP e CRF



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

6



## Depressione

**Depressione:**

- **Disturbo dell'umore ricorrente**
- **Effetti sul fisico, sull'umore e sul pensiero**
- **Combinazione di sintomi che impediscono la normale abilità di ogni persona**
  
- **Trattamenti attuali:**
  - Antidepressivi triciclici
  - Inibitori MAO
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina
  - Inibitori Selettivi Reuptake Serotonina e Noradrenalina
  - Inibitori Selettivi Reuptake Dopamina e Noradrenalina
  
- **Nuovi approcci terapeutici:**
  - Inibitori tripli Serotonina, Noradrenalina e Dopamina
  - Antagonisti recettori Glucocorticoidi
  - Antagonisti recettori Neurochinina 1
  - Antagonisti CRF1
  - Antagonisti recettori Melatonina e Serotonina 2c



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

7



## Schizofrenia

**Schizofrenia:**

- **Malattia debilitante cronica che presenta diversi domini:**
  - Sintomi positivi (allucinazioni, delusioni, disorganizzazione del pensiero)
  - Sintomi negativi (calo abilità di iniziare attività, di parlare, esprimere emozioni)
  - Sintomi cognitivi (problemi attentivi e di memoria)
- **Percezione voci che possono controllare la sua mente**
- **Ridotta compliance ai trattamenti farmacologici**
- **Spesso comorbida con droghe da abuso**
  
- **Trattamenti attuali:**
  - Antipsicotici tipici (Antagonisti recettori D2)
  - Antipsicotici Atipici (Antagonisti recettori D2,3 e Serotonina 2A,C + altri)
  
- **Nuovi approcci terapeutici:**
  - Antagonisti recettori 5HT2A e D2
  - Agonisti parziali recettori D2
  - Antagonisti selettivi D2,3 - 5HT2A,C - 5HT6
  - Modulatore recettori glutamatergici
  - Agonisti recettori Nicotinici (alfa 7)
  - Antagonisti recettori Neurochinina 3



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

8



## Dipendenze da Droge da Abuso

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

- 32 milioni dipendenza alcol in G7
- 1200 milioni dipendenza nicotina nel mondo
- Necessita' di educare!!
- Trattamenti attuali:
  - Dipendenza da nicotina: NRT o inibitori reuptake Dopamina
  - Dipendenze da alcol: disulfiram - acamprostate
  - Dipendenza oppiacei: Naloxone
  - Dipendenze cocaina: nessuno disponibile
- Nuovi approcci terapeutici:
  - Modulatore selettivo sistema Dopaminergico (D3 antagonisti)
  - Modulatore trasmissione GABAergica (GABA B)
  - Modulatore recettori Cannabinoidi (CB1 ant)
  - Immunoterapia

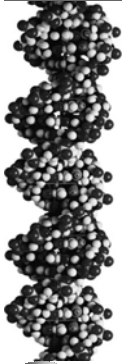


Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

9



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



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

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

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



Fragilità psichica e mentale - Chianciano, 6 giugno 2006

10



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

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





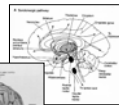
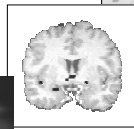
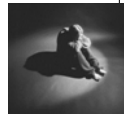
**Se si comprendono i bisogni delle persone che soffrono, si possono individuare anche i trattamenti farmacologici più corretti. E si può contribuire affinché la persona con sofferenza mentale possa recuperare la possibilità di rimanere nella comunità delle persone, di lavorare e condurre una vita dignitosa**



**Psychiatry CEDD**

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

## Dalla scienza....alla persona





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

Don ROBERTO VESENTINI

Direttore diocesano Ufficio per la pastorale della salute di Verona

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

## 1. "Buttarsi"

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

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

## 2. Un mare di sofferenze

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

### 3. Gesù

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

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

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

### 4. Sinodali

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

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

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

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

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

### 5. Discepoli

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

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



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

#### **6. Compagni di viaggio e solidali**

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

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

#### **7. Due esperienze**

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



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

AMEDEO BEZZETTO

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

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

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

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

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

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

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

# A

## spetti clinici ed organizzativi nella cura delle psicosi in fase iniziale.

### Un'esperienza presso l'Unità di ricovero volontario per giovani adulti a Villa Armonia Nuova<sup>1</sup>

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

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

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

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

\* Psichiatra \*\* Psicologo

<sup>1</sup> Casa di Cura Villa Armonia Nuova, via dei Bevilacqua, 43 - 00163 Roma Tel. 06 66419000

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

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

## Luogo della cura

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

## Procedure di ammissione

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

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

I criteri di esclusione:

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

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

## Attività terapeutiche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Esperienze

LEONE MAGALINI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Innovazione

### **Elenco quelle che sono le azioni sperimentali che stiamo conducendo**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La carità**

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

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

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

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

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

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

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

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



# testimonianze

## La storia di Samuele

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

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



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

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

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

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



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



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

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



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

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







# testimonianze

## La storia di Chiara

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

**LA FAMIGLIA DI CHIARA:** come è composta e dove viviamo

- Chiara (10 anni) è la 3<sup>a</sup> nata: prima di lei ci sono Luca (14 anni) e Matteo (16 anni); con i fratelli ha un forte legame affettivo, le danno sicurezza e stimoli continui, ma non è per questo dipendente da loro.
- Abitiamo in Veneto nella frazione (900ab) di un piccolo comune (4000ab) della pianura trevigiana caratterizzato da una economia agricola ed artigianale (distretto del mobile)
- le comunità parrocchiali corrispondenti alla frazione ed al capoluogo sono guidate dallo stesso parroco, con momenti comuni e di scambio
- in questo contesto sociale le relazioni interpersonali sono favorite dal continuo intrecciarsi dei contatti tra persone (tutti si conoscono in paese).
  
- **CHIARA ALLA NASCITA:** per le conseguenze di una asfissia perinatale, ha subito lesioni neurologiche; è stata rianimata e sottoposta a terapia intensiva; stabiliti i parametri vitali accettabili è rimasta ricoverata per 60 giorni in neonatologia; è stata seguita da subito dall'equipe de La Nostra Famiglia di Conegliano.
- La forte preoccupazione dei genitori e dei medici che l'avevano in cura è stata la qualità della vita della bambina: sul suo futuro c'erano molte ombre e minime certezze.
  
- **CHIARA OGGI:** ritardo cognitivo di media gravità, difficoltà di equilibrio, eloquio, motricità fine.
- Manifesta stereotipie, livelli di attenzione bassi, discontinui.
- Esprime un forte desiderio di relazione, soprattutto con semplici forme verbali, anche se ha problemi nell'articolazione della parola e nella costruzione delle frasi; spesso ci chiede: "posso invitare la mia amica questo pomeriggio? oppure "domenica dove andiamo? Chi viene da noi?".

## INSERIMENTO SCOLASTICO

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

## Due EPISODI A CONFRONTO:

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

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

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

#### INSERIMENTO IN PARROCCHIA

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

#### PREPARAZIONE AI SACRAMENTI

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

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

#### CONCLUSIONE

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

#### **(a) Profilo socio civile.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### (c) Livello personale.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

## Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

---

**Rendere ragione  
della speranza nel  
mondo della salute**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### La pastorale della salute nella comunità

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

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

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

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

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

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

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

## Conclusioni

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

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



# onclusioni

Mons. SERGIO PINTOR

Direttore Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salute

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

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

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

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