
*Parigi 27 marzo 2009
Maison de L'Europe
35, rue de Francs-Bourgeois
75004 Parigi*

Les politiques normative et la sante mentale en Europe

La situazione in Italia ed il caso specifico dell'intervento coi minori in ambito psichiatrico

A cura del Dott. Orazio Pirro

Il quadro delle situazione italiana è caratterizzato da alcuni riferimenti istituzionali:

- 1) Legge 180/78 che definisce il processo di de-istuzionalizzazione, demanicomializzazione e territorializzazione dei servizi di psichiatria. Ancora oggi vi sono di tanto in tanto de tentativi di recrudescenza e di insofferenza verso questa impostazione che tuttavia non neppure clinicamente sostenibile.
- 2) Legge 184/83 sull'affidamento e l'adozione dei minori che assegna alcune funzioni importanti ai servizi del territorio
- 3) nel 2002 definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che fissano una base comune di risorse per tutti
- 4) Progressivo inserimento nel sistema politico ed istituzionale italiano del Federalismo (fiscale e gestionale a livello delle Regioni) che differenzia le azioni e le capacità di organizzazione e risposta ai problemi della salute mentale (ad esempio, vi è una grande differenza tra le risorse disponibili per le regioni del Nord e quelle minori disponibili al Sud Italia)

In questo quadro, che come detto definisce una situazione italiana non omogenea, va detto che sono state elaborate molte risposte ai bisogni di cura in ambito della salute mentale in base ad un sistema di "strutture intermedie": comunità, gruppi, servizi territoriali, ecc. che si collegano comunque alle istituzioni preposte.

In Italia, il servizio Pubblico ha la titolarità della "governance" e gestisce in parte diversi servizi mentre altri sono affidati all'esterno a partner quali: servizi sociali, enti del settore associativa, del privato sociale.

In Piemonte è il Dipartimento Materno Infantile a gestire il servizio di salute mentale ed ha titolarità sugli interventi per i minori in età evolutiva che comprende:

- a) neurologia
- b) psicologia
- c) disabilità
- d) riabilitazione

Nel caso di minori in situazione di criticità, il servizio di NPI si rivolge al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) ospedaliero adulti per mancanza di posti letto.

Tale soluzione è prevista in caso di "ricoveri brevi".

Qui, a differenza della situazione in Germania, la disposizione del medico NPI va poi convalidata da un medico dell'Ospedale che stabiliscono eventualmente un Trattamento

Sanitario Obbligatorio (TSO) che va inviato al Sindaco della Città che può portare opposizione al provvedimento.

Dopo l'eventuale ricovero breve si può aprire la cosiddetta "Filiera" di servizi e interventi sul territorio: rientro in famiglia, educativa territoriale di monitoraggio, comunità terapeutico o educativa.

Oggi il servizio di NPI è sempre più confrontato con problematiche di emergenze che riguardano gli adolescenti.

In generale si è di fronte ad un aumento dei casi di Disturbo della condotta e del comportamento dovuti a fattori psicosociali.

Ad una base psicologica si può innestare una combinazione multifattoriale.

La fragilità narcisistica, processi di atteggiamenti di onnipotenza, situazioni di abbandono emotivo, de-strutturazioni relazionali si mescolano con problematiche sociali, economiche.

I casi più frequenti sono di ragazzi e ragazze che operano ormai processi di dementalizzazione e di passaggio all'atto (aggressivo e distruttivo) con forti presenze di situazioni di tentativi anticonservativi.

Dall'altra parte assistiamo a casi di comportamenti depressivi.

Il servizio di NPI si rivolge quindi a minori:

- Soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo
- Soggetti con disturbi della condotta della sfera emozionale
- Ragazzi con sindromi depressive di grado medio-grave ed a rischio di breakdown psichico con possibile rischio di tentativi anticonservativi
- Minori che hanno subito abusi con gravi ripercussioni sul funzionamento psichico e gravi disturbi del comportamento alimentare
- Minori con disturbi psichici conclamati o in condizioni di rischio psicopatologico associati talvolta a disturbi comportamentali
- Infine, minori con necessità d'urgente intervento a fronte di crisi, da gestire anche all'interno dei reparti ospedalieri in modo da ridurre al minimo il ricovero stesso.

L'età dei minori può ovviamente variare. Nel corso degli ultimi anni l'intervento si è attestato sui minori tra i 12 ed i 17 anni. Il caso dei pre-adolescenti e degli adolescenti affetti da problematiche complesse (disagio sociale, spesso causato da carenze familiari, intrecciato a patologie psichiche) che implicare potenziali devianze è dunque molto evidente.

Il servizio entra sempre di più a contatto con soggetti che possiamo definire "gravi":

- Ragazzi con sindromi depressive di grado medio-grave ed a rischio di breakdown psichico con possibile rischio **di tentativi anticonservativi**
- Minori che hanno subito **abusi con gravi ripercussioni** sul funzionamento psichico e gravi disturbi del **comportamento alimentare**
- Minori con **disturbi psichici conclamati** o in condizioni di rischio psicopatologico associati talvolta a disturbi comportamentali
- In un altro punto di parla di evitare **"la manicomializzazione"** silenziosa per indicare l'esigenza di non sottovalutare casi gravi che rischierebbero l'oblio cronicizzate.

La sottolineatura è nostra per indicare 5 tipologie precise: ragazzi a rischio di suicidio, ragazzi che hanno subito abusi, minori con disturbi alimentari (anoressia/bulimia), minori psichiatrici (psicotici), casi gravi cronici.

La presa in carico di minori affetti da **gravi patologie** rappresenta senza dubbio uno degli aspetti più importanti del nostro servizio che permette effettivamente di:

- ❑ Contrastare processi affrettati di istituzionalizzazione
- ❑ Fornire strumenti di aiuto e sostegno anche per i familiari
- ❑ Elaborare strategie di cura che valorizzino gli aspetti positivi del minore

Aumento della povertà, insicurezza sociale, immigrazione, trasformazione delle famiglie, emergere di nuove tendenze ed esigenze in età adolescenziale sono tutti fattori che generano dialetticamente devianza, disagio, disturbo delle condotte. La sempre maggiore presenza di criticità legate al disagio psichico dei minori non è più così nascosta. Per quanto riguarda la città di Torino e la sua area una fonte autorevole è l'analisi condotta nel 2006 dal Servizio Regionale di Epidemiologia "Verso un profilo di salute" che ha rilevato una specifica situazione di precarietà psichica degli abitanti della città in rapporto ad alcuni indicatori che hanno dimostrato una certa ricaduta sui servizi di NPI. In particolare, nel rapporto, vengono messi in rilievo:

- a) un tasso di popolazione straniera in città del 7,8 % contro il 4,8% della media piemontese
- b) il 17,7% di famiglie monoetoriali contro il 16,9% delle media del Piemonte
- c) il rapporto coniugati-divorziati di 18 a 1 contro 26 a 1 del Piemonte
- d) una mortalità per overdose quasi doppia rispetto alla regione
- e) un'incidenza di ricoveri psichiatrici per gli uomini di 245 per 100.000 abitanti, contro 194 per 100.000 del Piemonte.

Questi dati non solo attestano che la vita di città ha una sua problematicità maggiore, ma sono indicatori di una condizione globale della popolazione che si traduce in una maggiore richiesta d'interventi per la NPI sul territorio della città (6,9%) rispetto a quanto accade nel resto della Regione (4,5%). Il rapporto citato mette anche in rilievo come particolare attenzione vada posta ai disturbi della condotta che rappresentano una delle richieste più frequenti d'intervento per i ragazzi sotto i 18 anni con percentuali che oscillano tra il 6% ed il 16% per i maschi ed il 2% ed il 9% per le femmine. Tra l'altro viene sottolineata una stretta relazione tra disturbi della condotta e della sfera emozionale associati a fattori psico-sociali. Analogamente è rilevata una connessione tra fattori psico-sociali e disturbi della personalità. Inoltre la psicopatologia grave (psicosi, disturbi della personalità, sindromi dissociative) è più rilevante sul territorio di Torino che nel resto della Regione.

Purtroppo il disturbo maggiore viene evidenziato nelle famiglie in cui un genitore presenta lui stesso disturbi nella condotta o nel comportamento.

I disturbi nei minori sono anche associati a condizioni ambientali sfavorevoli quali: situazioni conflittuali tra i genitori, insuccessi scolastici ed è chiaro che i nuclei familiari multiproblematici e multi-carenziali sono i più esposti a tali fattori di disturbo.

Ovviamente questa situazione si acuisce quando si tratta adolescenti. La complessità delle emergenze adolescenziali lascia capire, secondo questo studio, che esse non possono

essere affrontate con interventi parziali o soltanto con misure tampone, ma si richiede una visione più globale del problema.

I fattori di rischio delle emergenze psichiche dei minori sono quindi riassumibili in:

- povertà
- stress familiare
- conflitti familiari
- genitorialità debole
- deprivazione socio-culturale

In tale contesto, come detto, intervenire sulle emergenze vuol dire attivare una **rete di servizi** complessi che vanno dall'accoglimento del minore in ospedale, al passaggio in comunità terapeutiche e riabilitative, in Centri Diurni, al supporto di educatori professionali sul territorio in appoggio a percorsi di cura, come indicato dal presente servizio. Si tratta di un modello "pluri-istituzionale" e "pluri-professionale".

In questo quadro può essere utile distinguere tra **Urgenza ed Emergenza**.

L'urgenza ha due valenze: 1) rischio d'incolumità del paziente che necessita cure immediate; 2) pericolo d'integrità psichica del sé. In entrambi i casi è prioritaria la dimensione psichica.

L'emergenza rinvia a situazioni in cui l'elemento principale è il fattore psicosociale e non una patologia

La crisi è qui un blocco, una situazione di stallo che ha diverse possibilità evolutive.

Molto spesso l'urgenza coincide con la rottura del "funzionamento familiare" sulla base anche delle indicazioni di studi come quelli di Philippe Jeammet (cfr. Psicopatologia dell'adolescenza, Borla, 2004) che hanno mostrato come la famiglia sia uno "spazio psichico allargato" per il giovane. Qui non si deve parlare di "disagio" che non fa parte dell'urgenza, ma appunto di "esordio acuto di patologia" psichiatrica". E' con questo tipo di urgenza che siamo confrontati che non esprime solo una immediata "richiesta di aiuto", ma richiede "un processo reattivo" ad una condizione critica.

Come detto, i casi sono aumentati negli ultimi anni: si sa che sono quasi raddoppiati negli ultimi 4 anni i ricoveri per anoressia, psicosi, disturbi della condotta, situazioni di organizzazione borderline.

La psicopatologia acuta si manifesta in molti modi. I più evidenti sono: a) agitazione psicomotoria b) comportamenti aggressivi o violenti c) discontrollo degli impulsi d) sintomatologia produttiva. (Cfr. anche Filippo Muratori, Ragazzi violenti, Il Mulino, 2005)

Per non dimenticare i Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) che si articolano in anoressia nervosa restrittiva (AN-R) spesso presente in personalità narcisistiche e talora psicotiche; o in forme subcliniche parziali (AN-NAS) ad organizzazione di personalità borderline (cfr anche Massimo Cuzzolaro, Anoressie e bulimie, Il Mulino, 2004).

La crisi e l'urgenza mettono a fuoco due tipologie di adolescenti: a) quelli che possiedono risorse sufficienti per superare i blocchi (e sostenere ad esempio una psicoterapia); b) quelli che hanno difficoltà e che necessitano di contenimento ambientale più serrato.

L'esperienza ci mette di fronte a difficoltà da parte degli adolescenti del tipo:

-
- tendenza ad agire ed a non riflettere
 - difficoltà ad accettare il settino della relazione
 - violazione delle regole
 - difficoltà ad accedere al pensiero
 - ricorso al “fare”
 - interferenze dell’ambiente esterno
 - scarsa collaborazione della famiglia.

L’emergenza non è un dato abituale certamente, ma l’emergenza non è più l’eccezione: essa fa sempre più parte della complessità dei sistemi di cura che occorre predisporre specie per le patologie dell’adolescenza.

Per concludere va ricordato che la nuova emergenza dei disturbi della condotta e del comportamento porta verso l’emergere di fenomeni di devianza e di marginalizzazione dei giovani che sono una “porta aperta” verso la dimensione del Penale.

Solo a Torino sono presenti nel Carcere Minorile circa 200 minori e 1000 in Regione Piemonte sono affidati all’esterno sulla base di precisi provvedimenti.

Il problema della salute mentale s’intreccia così con la dimensione educativa e sociale, oltre che della cura come ovvio, ma rivela infine un problema ulteriore sul quale interrogarci: quello della devianza dalle norme di convivenza e dall’intervento del Potere Giudiziario.

Dott. Orazio Pirro
Primario Dipartimento
Neuropsichiatria Infantile
ASL Torino 1