

IGIENE MENTALE E PREVENZIONE IN PSICHIATRIA

Luigi Frighi 2005 © SU WEB

1. CONCETTI GENERALI

Come l'igiene generale tende alla promozione della salute fisica, così l'igiene mentale ha per fine la promozione della salute psichica.

Tuttavia, questo enunciato, dall'apparenza concettuale molto semplice e comprensibile, mostra la sua debolezza quando si voglia definire ciò che si intende per salute psichica.

Per quest'ultima, infatti, non si può ricorrere, sic et simpliciter, ad una generica assenza di malattia, bensì a qualcosa di più vasto e profondo che potremmo chiamare benessere psicologico, tenendo presente che in esso vanno inclusi sia la gioia di vivere e la spinta al soddisfacimento del piacere, sia l'interesse per la creatività o, per lo meno, alla realizzazione delle proprie potenzialità.

Resta inoltre il quesito se il benessere psicologico debba valutarsi in senso subbiettivo, oppure come dato obbiettivo.

Se il riferimento al piano subbiettivo può apparire, psicologicamente parlando, una limitazione, dal momento che non sempre si è soggettivamente consapevoli della razionalità e liceità di certi comportamenti o condotte, altrettanto può dirsi di quello obbiettivo che deve necessariamente ancorarsi a concetti di norma labili e mutevoli.

1.1 CRITERI DI NORMA IN TEMA DI SALUTE PSICHICA

Di solito, nel nostro campo, si può fare riferimento a criteri derivati da norme di valore (come ci si immagina che l'individuo psichicamente sano dovrebbe essere), da norme reali (come ci si rappresenta la media delle persone sane mentalmente) e, infine da norme empirico-statistiche.

Per quel che riguarda la norma di valore, si deve sottolineare che detto criterio non può essere che apodittico e ampiamente legato alle gerarchie personali di valore dell'esaminatore.

Inoltre, considerata dal punto di vista collettivo, detta norma appare soggetta a profonde modifiche a seconda delle condizioni culturali, del momento storico e delle strutture sociali.

Come esempi cogenti si può pensare all'estrema variabilità del concetto di norma nell'ambito del comportamento sessuale, sensu lato, o al fatto specifico dell'omosessualità che, nel 1975, è stata deliberatamente tolta dalla lista ufficiale dei disturbi psichici (elencati nel manuale statistico diagnostico DSM-III) dove figurava tra le deviazioni sessuali, nel gruppo delle nevrosi o in quello dei disturbi della personalità.

Comunque la si consideri, la norma di valore presuppone sempre una formulazione assiomatica, indimostrabile sul piano scientifico.

Se si esamina il concetto di norma reale, relativo all'adempimento, più o meno ottimale, da parte dell'uomo, delle funzioni a lui proprie nel campo della famiglia, del lavoro, della vita relazionale, ecc., ci si accorge che, in questo caso, si corre il rischio di collegare il concetto di norma all'adattamento speculare dell'uomo con la società in cui si trova a vivere.

In questo caso, il conformismo socioculturale potrebbe venire assunto come attributo normativo della sanità mentale.

La scarsa validità della norma empirico-statistica dipende, in parte, dalle critiche intrinseche allo stesso metodo (opinabilità sulla scelta del campione, impossibilità di definire il punto della curva di frequenza in cui il normale trapassa nell'anormale), ma soprattutto nella difficoltà di valutare in termini statistici ciò che è espressione delle infinite possibilità di scelta dell'essere umano.

A complicare ulteriormente le cose concorre il concetto di relativismo culturale che, giustamente, si rifà alla diversa formulazione di norme in funzione degli ambiti culturali nei quali trovano espressione.

Dopo queste considerazioni abbastanza negative sull'efficacia di un ricorso a criteri di norma al fine di valutare la salute psichica di un individuo, si può proporre il parametro della sofferenza umana come discriminante sicura, seppur essa legata a sensazioni subbiettive e a mutevoli riscontri collettivi.

Il problema di cui si deve tener conto in questo caso è quello relativo alla possibilità reale di misurare la sofferenza psichica.

In altre parole, è giusto, dal punto di vista dell'igiene mentale, occuparci del malessere psicologico in genere, oppure soltanto dei disturbi psichici pertinenti a specifiche malattie mentali?

Anche limitando l'interesse teorico ed operativo a queste ultime, la situazione appare tutt'altro che chiara, dal momento che occorre far uso di modelli nosologici che possono essere di tipo categoriale, discreto, oppure di tipo dimensionale, continuo.

Nel primo caso si presuppone che ciascuna malattia psichica costituisca un'entità discreta, a sé stante, distinta nettamente dalle altre.

Si tratta di un modello nosologico che si rifà a quello per categorie di Sydenham e di Linneo.

Nel secondo caso si preferisce pensare ad un continuum dei disturbi psichici, disposti secondo uno spettro che misura più la gravità del disturbo che non la sua specificità.

Come si vede, la posta in gioco è tutt'altro che definita con chiarezza e la relativa confusione deriva dal fatto, semplice e complesso ad un tempo, che la sofferenza psichica non può esaurirsi in un ambito meramente bio-medico (categoriale, discreto) o medico-statistico (continuo, dimensionale).

A mò di esemplificazione, si può far ricorso alla differenziazione terminologica in uso nella letteratura medica anglosassone, nella quale si distingue il significato di tre parole ugualmente traducibili come malattia.

Il termine disease, che potremmo definire come morbo, esprime una prospettiva esclusivamente biomedica, mentre illness, che potremmo chiamare malattia, riguarda l'esperienza soggettiva di essa, accompagnata dalle reazioni interpersonali e socioculturali ad essa pertinenti.

L'ultimo termine chiamato in causa è quello di sickness che sottolinea la dimensione sociale, la percezione da parte degli altri dello stato di non salute del soggetto, da cui deriva la tolleranza o l'esclusione culturale di determinate condotte o aggregati di sintomi diversi.

Partendo quindi dal presupposto che l'uomo non è soltanto un essere biologico, ma un individuo biopsicosociale, si può postulare il concetto che l'igiene mentale si occupa della promozione della salute psichica attraverso la focalizzazione dell'interesse scientifico e operativo sui rapporti tra individuo e ambiente, là dove la sofferenza psichica e l'angoscia indicano le linee di frattura e di emarginazione del rapporto.

1.2 CENNI STORICI E SCIENTIFICI

Appare ora opportuno distinguere l'igiene mentale come movimento di opinione, con una storia particolare e come disciplina di studio con i suoi addentellati scientifici.

A questo proposito, è interessante rilevare che il termine igiene mentale fu coniato, agli inizi del secolo, da A. Meyer, psichiatra svizzero emigrato negli Stati Uniti dove assunse la direzione di uno dei più prestigiosi istituti psichiatrici del Paese: il John Hopkins di Baltimore, nel Maryland.

Con questo termine egli volle identificare un movimento di opinione a favore del miglioramento delle condizioni di ricovero e di trattamento dei pazienti psichiatrici di cui era stato promotore un certo Clifford Beers.

Quest'ultimo, affetto da ciclotimia, aveva iniziato, all'età di 24 anni, un itinerario psichiatrico in varie istituzioni che, per le condizioni di assistenza offerte ai degenti, contribuirono a rinsaldarlo nel proposito di dedicarsi interamente ad una riforma dei servizi psichiatrici del suo Paese.

Pensò, quindi, di scrivere un resoconto delle sue esperienze ospedaliere e delle sue idee di riforma.

Il risultato che ne conseguì fu la pubblicazione, nel 1908, del libro: A mind that found itself. An Autobiography (La mente che ritrovò se stessa. Un'autobiografia) che divenne un best seller con numerose ristampe.

Il contenuto del libro riscosse l'interesse e l'adesione entusiasta di notevoli personalità del mondo accademico, politico e religioso del Nord America, tra i quali, oltre al già citato A. Meyer, va menzionato il famoso filosofo e psicologo William James, fratello dello scrittore Henry.

Venne istituito un Comitato Nazionale per l'igiene mentale i cui scopi consistevano nell'aumento del livello di professionalità nel campo psichiatrico, nel miglioramento della qualità della terapia e della cura dei malati mentali e nella diffusione dei principi dell'igiene mentale nell'opinione pubblica.

Il Comitato ottenne un notevole successo e le idee riformatrici del movimento si estesero, via via, ad altri Paesi, sia in America che in Europa.

Anche in Italia venne costituita a Bologna, nel 1924, una Lega Italiana di Igiene e Profilassi mentale ad opera di un gruppo di psichiatri particolarmente sensibili alla necessità di riformare l'assistenza ai malati mentali.

Tra questi ricordiamo: G. C. Ferrari, E. Medea, Sante De Sanctis e C. Tumiat i cui si deve la seguente frase, di per sé rivelatrice: "quanto non seppero e non poterono fare gli alienisti europei, lo poté fare un alienato americano" (15).

Il primo congresso internazionale sull'igiene mentale venne celebrato a Washington nel 1930 e ad esso parteciparono circa tremila delegati in rappresentanza di 41 Paesi.

Fino allo scoppio della seconda guerra mondiale, Clifford Beers, figura carismatica ed esempio vivente di riabilitazione psichica, ebbe un'enorme influenza sulle sorti dell'igiene mentale a livello mondiale.

Le vicende della lunga guerra segnarono una pausa d'arresto in questo campo, ma, nel 1948, a Londra, venne fondata la World Federation of Mental Health, erede del movimento d'igiene mentale e, come tale, considerata organo non governativo, aperto a tutte le associazioni scientifiche, professionali e laiche interessate ai problemi dell'igiene mentale.

La Lega Italiana, costituitasi nel lontano 1924 come associazione multiprofessionale, aperta non solo agli addetti ai servizi di stretta pertinenza psichiatrica, bensì anche agli altri insegnanti, agli operatori dell'assistenza in genere, agli amministratori della cosa pubblica e a quant'altri fossero interessati alla promozione della salute psichica degli individui, fa tuttora parte della Federazione Mondiale per la Salute Mentale, sopra menzionata.

Dopo aver, delineato, a grandi linee, la storia dell'igiene mentale come movimento d'opinione, si può riflettere sull'igiene mentale come disciplina di studio e forum interdisciplinare e multiprofessionale, nel quale discutere problemi di interesse comune e di rilevanza sociale.

In questo caso, si potrebbe considerare l'area specifica di indagine come un territorio di frontiera poiché esso si incunea in campi di ricerca comuni ad altre discipline scientifiche e, nello stesso tempo, subisce incursioni da parte di studiosi con competenze diverse.

Infatti, l'igiene mentale, al pari della psichiatria, si occupa dei disturbi psichici, ma li osserva, li studia e li misura nell'ottica privilegiata della prevenzione e dei gruppi a rischio, programmando i possibili interventi mediante l'apporto di altre discipline scientifiche, quali, ad esempio, la psicologia, la sociologia, l'antropologia, la statistica e l'economia (4).

Il percorso dell'igiene mentale procede, per definizione o, meglio, per sua stessa natura in senso innovativo, simile ad un itinerario in continuo sviluppo, aperto a nuove frontiere.

2. PREVENZIONI E GRUPPI A RISCHIO

Si può affermare che l'orientamento attuale della medicina sia rivolto, almeno per quanto risulta dagli interventi dichiarati, alla soluzione dei problemi della prevenzione.

Compito piuttosto arduo, perché in questo campo è piuttosto facile perdere di vista il rapporto con la realtà, sia nei termini di concrete possibilità d'intervento che delle risorse disponibili.

La prevenzione va distinta, anche nell'ambito psichiatrico, in primaria, secondaria e terziaria, pur tenendo presente l'impossibilità, sul piano pratico, di considerare separati e non articolati i vari momenti (6).

2.1 PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria è diretta all'eliminazione dei fattori che si presume possano provocare o favorire l'insorgenza dei disturbi psichici.

Si tratta di un'operazione tutt'altro che facile, prima di tutto perché detti fattori, sulla cui importanza non v'è unanime consenso, sono molteplici, non facilmente isolabili dal contesto e, soprattutto, non sempre passibili di modificazioni.

A illustrazione di questo punto, si può riflettere sul fatto che detti fattori, per lo meno quelli riconosciuti come tali, si trovano operanti nel contesto delle cosiddette istituzioni primarie: famiglia, scuola, lavoro, ambiti nei quali la prevenzione primaria dovrebbe maggiormente esplicarsi.

E' chiaro che, al fine di provocare qualche modifica a livello di siffatte istituzioni, è necessario il concorso non solo di psicoigienisti che potrebbero, al limite, trovarsi relegati nel ruolo di profeti clamanti nel deserto, bensì di altri operatori: genitori, insegnanti, datori di lavoro, sindacalisti e, non ultimi, gli

amministratori della cosa pubblica cui compete, in modo precipuo, la programmazione di interventi per il benessere psicofisico dei cittadini.

Se poi si considera che le risposte disponibili per i programmi di prevenzione sono, di solito molto limitate, risulta ancor più evidente lo scarto tra le intenzioni positive e la realtà operativa.

Si può, infatti, dare per scontato che se per prevenzione primaria si intende qualcosa che, eliminando a monte le cause di malattia, possa portare ad una loro totale scomparsa, nel senso di eliminare il male ancor prima che si manifesti, si cade decisamente nell'utopia, nell'aspirazione a un desiderio impossibile.

Per questo si può tranquillamente affermare che l'attuazione globale della prevenzione primaria non è riuscita in alcun paese.

Tuttavia, pur tenendo in debito conto il forte richiamo alla realtà del possibile, sarebbe estremamente ingiusto e disdicevole, sul piano umano, abbandonare la spinta verso questo ideale, tanto più che esso coincide con l'educazione a operare in senso critico e creativo.

2.2. PREVENZIONE SECONDARIA

Essa va intesa come quell'insieme di misure e interventi che servono a ridurre la prevalenza dei casi psichiatrici, mediante la diminuzione della durata media dei disturbi psichici che si può ottenere con una diagnosi precoce, un trattamento efficace e l'identificazione di soggetti a rischio.

La riduzione della prevalenza, misura epidemiologica nella quale vanno inclusi tutti i casi di malattia riscontrati (i casi nuovi e quelli già in trattamento) in una determinata popolazione, può, infatti, ottenersi attraverso il concorso a forbice di due interventi: l'uno teso a diminuire l'insorgenza dei casi nuovi, mediante una modifica dei fattori che ne determinano o ne facilitano la comparsa, l'altro volto ad abbreviare il decorso clinico dei disturbi, a mezzo di un trattamento il più efficace possibile.

Il primo genere di intervento rientra nel campo della prevenzione primaria, mentre il secondo dovrà svolgersi in un secondo tempo e risulterà tanto più efficiente quanto maggiormente precoce ed esteso numericamente.

La possibilità di formulare una diagnosi precoce presuppone un continuo affinamento dei procedimenti diagnostici e un riferimento precoce, attraverso l'identificazione di sintomi iniziali sia da parte del paziente stesso che di chi gli sta vicino (familiari, amici, ecc.) sia, soprattutto, da parte del medico di base.

Per quanto riguarda l'affinamento degli strumenti diagnostici, si tratta di un'operazione che va riportata, in prima istanza, alla capacità formativa delle scuole di specializzazione in psichiatria.

Il riferimento precoce dei pazienti presuppone, a sua volta, una vasta opera di educazione sanitaria e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul piano del riconoscimento di sintomi funzionali o di turbe del comportamento e su quello dell'eliminazione dello stigma legato ai disturbi psichici.

In questa fase della prevenzione secondaria il medico di base è chiamato direttamente in causa attraverso la sua provata capacità di sceverare l'organico dal funzionale, la lamentazione ipocondriaca dalla vera sofferenza somatica, il cattivo umore dall'incipiente stato depressivo.

Tutto questo presuppone un'adeguata qualificazione professionale durante il corso di studi in medicina che dovrebbe essere sempre più mirato al medico di base, in modo da fornirgli gli strumenti del sapere adatti all'opera di prevenzione cui è chiamato.

Una delle funzioni che egli può svolgere in questo ambito è costituita dal riferimento precoce del paziente psichiatrico ai presidi sanitari in grado di curarlo adeguatamente e tempestivamente.

Ugualmente dicasi delle richieste di consultazione psichiatrica (psichiatria di liaison) in ambiente ospedaliero per le quali l'urgenza trova giustificazione nella possibilità di instaurare provvedimenti terapeutici a breve termine.

L'efficacia del trattamento, altro cardine della prevenzione secondaria, viene misurata, in termini reali, attraverso il numero dei pazienti che riesce ad aiutare

in modo soddisfacente, mentre le opinioni sui vari metodi di trattamento sono sovente frutto di pregiudizi, di assunti ideologici, di mode del momento.

Appare quindi indubbio che nei centri preposti alla prevenzione secondaria occorre avere a disposizione, se si vuole essere veramente in grado di aiutare molti pazienti di diverso tipo, una gamma sufficientemente ampia di trattamenti sia farmacologici che psicoterapici.

L'ultimo (non certo per importanza) strumento su cui poggia la prevenzione secondaria è rappresentato dal reperimento della popolazione a rischio psicopatologico.

Si tratta, in concreto, di giungere all'identificazione di gruppi di individui a rischio per il fatto che, per varie ragioni connesse con determinate fasce d'età (infanzia, adolescenza, vecchiaia), con condizioni sociali specifiche (soggetti economicamente svantaggiati, barboni, ecc.) con problemi relativi alla cultura dominante (minoranze etniche, religiose, ecc.), essi sono esposti, più degli altri, all'effetto devastante di agenti stressanti verso i quali sono maggiormente indifesi.

Si è, infatti, constatato che, per certe categorie di individui, è presente una vulnerabilità particolare in funzione di fattori di rischio connessi alle condizioni di vita presenti in quel momento.

Senza voler entrare in un'area maggiormente pertinente alla psichiatria clinica, appare opportuno accennare a due settori di notevole sviluppo, collegati entrambi alla prevenzione secondaria: le crisi emozionali (con relativa psichiatria d'urgenza) e la psichiatria di consultazione e di collegamento.

Le osservazioni epidemiologiche, infatti, inducono a ritenere che luoghi privilegiati per la prevenzione psichiatrica, soprattutto secondaria, siano gli ambulatori e i reparti di medicina generale e specialistica, sia per i disturbi psicopatologici preesistenti al ricovero o alla consultazione, sia per quelli che possono insorgere in seguito alle vicende di una malattia somatica e alle terapie ricevute.

Si potrebbe attribuire il termine "consultazione" al lavoro clinico svolto direttamente con i pazienti e le loro famiglie, mentre il "collegamento"

potrebbe riferirsi alle attività di insegnamento e formative dirette ai medici del reparto o dell'ambulatorio sugli aspetti psicosociali del loro lavoro e sulla complessità del rapporto medico-paziente.

2.3 PREVENZIONE TERZIARIA

Allo scopo di ridurre il grado di sofferenza, invalidità e incapacità sociale dovute ai disturbi mentali cronici e di promuovere il riconoscimento, lo sviluppo e l'utilizzazione delle capacità funzionali residue.

Caplan (1) distingue la riabilitazione, in senso stretto, intesa come intervento sul singolo individuo, dalla prevenzione terziaria considerata come complesso di interventi e progetti medico-sociali che investono intere comunità e sono rivolte ai pazienti psichiatrici cronici come categoria complessiva.

Fa parte della prevenzione delle riacutizzazioni e delle ricadute, concetti clinici non sempre facili da distinguere nella pratica, la cui frequenza, gravità e durata finiscono per essere correlate con il grado di incapacità e di emarginazione sociale dell'individuo.

I pazienti vengono, di solito, considerati cronici in base a tre parametri: severità della diagnosi, lungo decorso della malattia, grave invalidità funzionale e sociale.

Quest'ultima può essere valutata in base alle inabilità in alcune aree del comportamento, tra le quali si possono citare: la cura di sé e l'igiene personale, l'espressione del linguaggio e l'interesse a comunicare, la capacità di condurre una vita autonoma, la ricchezza delle relazioni interpersonali, ecc.

In altri tempi la maggior parte di questi pazienti era candidata a lunghe e, in molti casi, permanenti ospedalizzazioni psichiatriche e la cronicità veniva misurata proprio dal numero dei ricoveri e dal complessivo trascorso in ospedale.

Negli anni ottanta è comparsa una figura nuova: il paziente cronico adulto giovane, vissuto nell'epoca della de-istituzionalizzazione psichiatrica.

Questo sottogruppo, cui è stato dato il nome di nuova cronicità, comprende non soltanto psicotici, ma anche personalità borderline, tossicodipendenti, alcolisti, individui senza fissa dimora, emarginati sociali.

Caratteristica comune ai nuovi pazienti psichici cronici è quella di non essere mai stati istituzionalizzati o di avere avuto soltanto brevi ricoveri in fase acuta.

L'onere principale della cura di questi pazienti ricade, spesso, sulle loro famiglie, anche per il fatto che tra loro è molto frequente il rifiuto verso trattamenti sistematici di lunga durata o di appoggio presso centri e servizi di salute mentale ed è anche comune una scarsa "compliance" ai farmaci (si è parlato di "obbiettori della terapia farmacologica").

Un destino frequente è rappresentato dal progressivo degrado esistenziale, dall'isolamento e dalla emarginazione sociale.

I suicidi, l'abuso di droghe e alcol, i comportamenti dissociali e violenti, sono più frequenti nel gruppo dei "nuovi cronici" che nei vecchi.

Un paziente mentale cronico ha bisogno di una rete di interventi di varia natura: medico-psichiatrici, riabilitativo-educativi e di assistenza sociale.

E' difficile formulare principi generali, dal momento che gli interventi dovrebbero essere personalizzati al massimo, attraverso una valutazione iniziale e successivi controlli, a intervalli frequenti.

E' bene ricordare che l'handicap psichico è sempre qualcosa che coinvolge l'individuo e la comunità.

Un ultimo argomento è quello che si riferisce alla prevenzione dei disturbi psichici dei medici, in particolare quelli legati allo stress da lavoro.

E' noto che tra i medici la frequenza dei suicidi è più elevata che in altre categorie professionali ed è pure noto che complesse motivazioni inconscie sottendono la scelta della professione medica. Come sempre, è importante per una soddisfacente realizzazione di sé, che tali fattori funzionino come molle e non agiscano come trappole nel percorso dell'esistenza.

Un certo grado di consapevolezza della propria “equazione personale” e del senso psicologico della scelta di lavoro compiuta e dello stile di lavoro seguito può essere d’aiuto sia per l’equilibrio personale che per la qualità del rapporto con i pazienti.

Uno dei rischi psicologici ai quali sono esposti i medici, soprattutto quando lavorano in reparti e servizi particolarmente pesanti per il carico dei malati o per la gravità della loro diagnosi, oppure, al contrario, quando essi operano in situazioni monotone e poco gratificanti, è la comparsa della cosiddetta sindrome del burn out, caratterizzata dalla progressiva perdita d’interesse nel proprio lavoro, tendenza all’assenteismo, irritabilità, insofferenza, chiusura ai rapporti relazionali, depressione, ecc.

Una trama di attività indirizzate alla formazione permanente, con aspetti sia di sostegno emotivo che di stimolo intellettuale (incentivazione delle ricerche, ad es.), può rappresentare un utile strumento di prevenzione di questa forma di usura personale e professionale.

3. PROBLEMI EMERGENTI D'IGIENE MENTALE NEL CONTESTO SOCIO-CULTURALE ATTUALE

Dalla storia del movimento d'igiene mentale, dall'insieme delle caratteristiche che ne costituiscono una specifica disciplina di studio, dal precipuo attributo di preventivo che ne caratterizza l'essenza programmatica e operativa, si può ricavare una ridefinizione dell'igiene mentale come indagine, ricerca e studio propositivo dei problemi dell'uomo in crisi con il suo ambiente sociale e culturale.

Naturalmente, questo comporta una dilatazione sempre più ampia degli ambiti di interesse della materia, per cui, nell'impossibilità di occuparsi di tutto, appare necessario operare una scelta degli argomenti da trattare, usando come parametro di selezione quello basato sull'attualità delle relative problematiche.

Quest'ultime potrebbero essere indicate come relative a:

- soggetti con disabilità psichica e connessa nuova cronicità;
- soggetti senza fissa dimora;
- emigrazione;
- patologie ambientali (degrado urbano, disastri);
- qualità della vita ed etica della salute.

3.1 NUOVA CRONICITÀ

Nel paragrafo dedicato alla prevenzione terziaria si è brevemente discusso del problema legato alla riabilitazione dei disabili psichici e si è anche accennato alla cosiddetta "nuova cronicità" costituita da pazienti giovani adulti cronici, cresciuti nell'epoca della de-istituzionalizzazione.

Restano da prendere in considerazione i programmi riabilitativi e i mezzi necessari per tradurli in realtà operativa.

Lo spostamento dell'assistenza psichiatrica dall'ospedale al territorio e alla comunità, implica la costruzione e la messa in atto di una serie di "alternative" all'ospedale vecchia maniera che possono essere: centri psico-sociali, sedi delle attività ambulatoriali e del coordinamento dell'attività domiciliare; centri residenziali di terapia psichiatrica, preposti al completamento del ciclo terapeutico e propedeutici al reinserimento dei pazienti nel loro contesto familiare e sociale; comunità protette, costituite da comunità alloggio, case-famiglia, laboratori di attività pratica, che permettano una discreta autonomia dei pazienti e una loro occupazione durante la giornata.

Naturalmente, la lista delle alternative è destinata ad allungarsi in funzione sia di una sempre migliore conoscenza e comprensione dei bisogni del paziente psichiatrico cronico, sia della fantasia creativa degli psichiatri.

A questo proposito non va dimenticato che il paziente cronico può essere fonte di notevoli frustrazioni per chi lo ha in cura e che il burn out professionale che ne deriva può mietere diverse vittime se non si cerca di sostituire il pessimo prognostico incombente e la routine demotivante con un affinamento continuo delle metodologie poste in atto attraverso un loro confronto e verifica con quelle usate da altre équipes di assistenza.

Va, inoltre, tenuto presente che i programmi riabilitativi, per quanto buoni, non possono essere mai generalizzati, mentre, il più delle volte, il trattamento del paziente deve essere personalizzato sui suoi effettivi bisogni e possibilità di recupero (6).

3.2 SOGGETTI SENZA FISSA DIMORA

E' facile rendersi conto dell'ingravescenza del fenomeno osservando, lungo le strade o in luoghi di aggregazione particolari (stazioni ferroviarie, ecc.) delle

nostre città, soprattutto delle metropoli, soggetti accovacciati per terra, coperti da stracci o da cartoni, del tutto indifferenti a ciò che li circonda, sordi e talvolta ostili verso chiunque si avvicini, pur con le intenzioni più benevole.

Il loro numero è in continuo aumento e soltanto a Roma essi assommano a due-tremila.

Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna le cifre complessive raggiungono i due-tre milioni di soggetti che la letteratura anglosassone denomina homeless (senza casa).

Una volta da noi erano chiamati “barboni” e in Francia “clochards”.

Su di loro si è impiantata una letteratura d’ambiente e una produzione cinematografica ad hoc.

Tuttavia, i barboni di vecchio stampo hanno poche somiglianze con quelli di oggi, anche se la definizione di persone socialmente disadattate che vivono senza lavoro e senza domicilio possa andar bene per entrambi.

I barboni “classici” erano in media più anziani, con età superiore ai 40 anni, erano in maggioranza maschi (M/F=2/1), avevano uno stile di vita rigidamente cristallizzato e, inoltre, avevano quasi sempre operato una scelta volontaria di vita.

Una loro caratteristica, condivisa in parte anche dai soggetti senza fissa dimora attuali, era di essere afflitti da quella che, con espressione felice, è stata dominata “anoressia istituzionale” (10) che descrive molto bene la difficoltà sostanziale che presentano molti di questi soggetti ad usufruire di strutture di assistenza pubblica, pur essendone estremamente bisognosi, allo stesso modo che l’anoressica rifiuta il cibo di cui è, nel profondo, famelica.

I “nuovi barboni” hanno un’età compresa tra i 25 e i 35 anni, sono soprattutto maschi (M/F=4/1), conducono uno stile di vita maggiormente plastico e chiedono aiuto più facilmente.

Il termine barbone è ora desueto ed il fenomeno si riferisce più propriamente agli homeless, soggetti senza fissa dimora.

Una loro definizione come di “qualsiasi persona singola senza casa propria” risultò ben presto inadeguata, dal momento che sulla strada comparvero anche

intere famiglie (specie donne con bambini) e non era stato posto nel giusto rilievo l'emarginazione sociale in cui detti soggetti versavano.

Una seconda definizione della Mental Health Administration inglese stabiliva come soggetto senza fissa dimora chiunque mancasse di rifugio adeguato, di risorse e di legami comunitari.

Sono state proposte diverse classificazioni degli homeless: temporale, geografica e tipologica.

La prima distingue i senza fissa dimora in cronici (in prevalenza soggetti con disturbi mentali), episodici (giovani "difficili" da trattare, che alternano periodi di vita a domicilio ad altri sulla strada), transitori (sfrattati e vittime di una crisi situazionale acuta).

La classificazione geografica comprende persone che dormono per strada, altre che frequentano gli ostelli e i dormitori pubblici, altre ancora alloggiate in piccoli alberghi e pensioni (spesso famiglie in collocazione che da temporanea finisce per prolungarsi indefinitamente), ecc.

La classificazione tipologica riconosce tra i soggetti senza fissa dimora: gli "street people" (persone che vivono stabilmente per strada); i senza casa cronici; i soggetti con disturbi psichici cronici; gli alcolisti cronici; le persone in crisi situazionali acute (gli sfrattati, le vittime di disastri); le famiglie senza casa (nel 70% dei casi facenti capo a una figura femminile); i giovani senza casa e senza legami relazionali; le donne senza casa (con o senza figli).

A parte i senza fissa dimora intenzionali, cioè per scelta volontaria, la cui percentuale sarebbe del 4% sul totale, per gli altri è necessario tener conto dei diversi fattori che possono facilitare la deriva verso questa condizione di vita.

Dagli USA e dalla Gran Bretagna, paesi nei quali il fenomeno è stato maggiormente studiato, provengono le seguenti percentuali collegate ai vari fattori che favoriscono il fenomeno degli homeless.

I fattori economici (povertà, disoccupazione, penuria di alloggi, sfratti) inciderebbero per il 13% e, in questo settore, le minoranze etniche sarebbero le più colpite.

I fattori relativi alla salute psichica e fisica risulterebbero determinanti nel 25-30% dei casi.

I soggetti con disturbi psichici sono, per lo più, psicotici cronici (vedi paragrafo precedente sulla “nuova cronicità”) e soggetti con gravi disturbi della personalità.

In questo ambito si possono distinguere tre sottogruppi di cui il primo comprende i soggetti con disturbi mentali che presentano una storia di ricovero in ospedale psichiatrico per malattie mentali gravi e che diventano senza fissa dimora qualche tempo (circa trenta mesi) dopo la dimissione.

Poiché le cifre ufficiali degli homeless, sempre relative agli USA e Gran Bretagna, sono raddoppiate nel periodo 1979-88 coincidente con una politica di rapida e massima dimissione dagli ospedali psichiatrici, si è discusso a lungo sull'importanza del fattore de-istituzionalizzazione sulla crescita del fenomeno, giungendo alla conclusione che si tratti di qualcosa di additivo, piuttosto che di direttamente causativo.

Il secondo sottogruppo riunisce adulti giovani che non hanno mai ricevuto trattamenti psichiatrici e la cui sofferenza psichica (sia essa espressione di un disturbo di personalità, di un deficit organico o di una psicosi) può aver contribuito alla deriva sociale.

Il terzo sottogruppo, infine, raccoglie quei soggetti i cui problemi di salute mentale sono piuttosto una conseguenza dell'essere homeless oppure hanno interagito nell'aumentare il possibile sviluppo di problemi di ordine psicosociale a loro volta diretti responsabili del fenomeno.

Da ultimo, dopo i fattori economici e quelli relativi alla salute psichica, vengono menzionati i problemi sociali riferiti, per il 42%, al rifiuto di genitori, parenti e amici di alloggiare in modo permanente individui che diventano, in questo modo, candidati a non fruire di fissa dimora, per il 40%, a tensioni matrimoniali.

Gli aspetti generali del fenomeno sono rappresentati dall'entità dei bisogni primari che rimangono insoddisfatti (alloggio, vitto assicurato, cure sanitarie),

dall'isolamento sociale ed affettivo e dalla progressiva tendenza al deterioramento psichico e fisico.

Le categorie principali a rischio di questa particolare deriva sociale sono costituite da persone che hanno trascorso molti anni in istituzioni totali (ospedali psichiatrici, carceri, istituti per minori), da malati psichici cronici, da tossicodipendenti e alcolisti, da disoccupati e sfrattati e, infine, da immigrati emarginati.

Sempre stando alle valutazioni riportate dalla letteratura anglosassone, si rileva che i soggetti senza fissa dimora presentano una comorbidità psichiatrica e tossicofilica (droghe e alcol) molto elevata e un tasso di malattie fisiche (tubercolosi, malattie dermatologiche, ulcere peptiche) di proporzione superiore a quella dei residenti a domicilio.

Le storie di vita di questi soggetti riferiscono che la maggior parte di loro ha avuto occupazioni saltuarie, una resa lavorativa discontinua, con bassa tenuta (il 30% per meno di due anni) e poca specializzazione.

Gli aspetti preventivi di questo fenomeno si intrecciano con quelli relativi ai vari fattori contributivi dei quali si è fatta menzione e, naturalmente, la priorità degli interventi verterà sulla soddisfazione dei bisogni primari (alloggio, cibo, vestiario, igiene personale) per cui, data la carenza istituzionale pubblica a provvedere in modo adeguato e globale ad essi, il vero problema consisterà nel prevenire che i soggetti senza fissa dimora transitori finiscano per stabilizzarsi nella cronicità.

Attualmente, tre linee di tendenza caratterizzano l'evoluzione del fenomeno:

- l'età media tende a diminuire;
- la presenza percentuale di donne tende ad aumentare;
- la presenza di casi psichiatrici è in aumento.

4. EMIGRAZIONE

4.1 ASPETTI GENERALI E DATI SULL'IMMIGRAZIONE EXTRACOMUNITARIA IN ITALIA

Da sempre esistono cicli migratori e la tipologia di suddivisione degli immigrati in: lavoratori con contratto, in transito, pendolari o permanenti, clandestini e rifugiati ha, probabilmente, radici storiche molto lontane (4).

Vi è, inoltre, una pressoché infinita varietà dell'esperienza umana e dei processi sociali, spaziali e temporali, impliciti nell'emigrazione per cui nessuna situazione può essere considerata esattamente simile all'altra, tuttavia il fenomeno è sempre stato associato con pericoli e conflitti ai due poli della partenza e dell'arrivo, come pure durante il tragitto.

L'emigrazione ha da sempre inscritto nel vissuto dell'uomo il dolore della separazione, la nostalgia della patria, il fascino dell'ignoto.

Nonostante la continuità e le analogie storiche, la situazione migratoria nel mondo, nel corso degli ultimi trent'anni, è stata caratterizzata da notevoli cambiamenti qualitativi e quantitativi.

Ad esempio, le grandi direttrici spaziali dei flussi migratori, dapprima rivolte principalmente da est verso ovest (dall'Europa alle Americhe), sono state soppiantate da altre inserite in un percorso privilegiato sud-nord, per cui paesi esportatori di lavoratori sono diventati luoghi di immigrazione, pur mantenendo forti contingenti di popolazione all'estero.

Nello stesso tempo è aumentato drammaticamente il numero di persone che sfuggono a situazioni pericolose, vengono espulse con violenza dai loro Paesi per conflitti politici, etnici e religiosi e quindi entrano nello stato di rifugiati.

Risulta perciò evidente che quando si affronta il tema dell'emigrazione, si ha sempre a che fare con un fenomeno molto complesso, per cui, anche limitando

lo sguardo sul campo nazionale, sarà difficile offrire una visione, una panoramica onnicomprensiva del fenomeno stesso, in tutte le sue dimensioni.

Le ondate di emigrazione verso l'Italia hanno cominciato a manifestarsi quando la vecchia emigrazione dal nostro Paese andava spegnendosi.

Dalla fine della seconda guerra mondiale fino alla metà degli anni sessanta, dall'Italia emigravano in media, per anno, 370.000 persone e ne rientravano dall'estero circa 150.000, con un saldo passivo dell'ordine di 220.000 persone per anno.

In seguito, le emigrazioni sono diminuite fino a che, nel 1973, sono diventate inferiori alle immigrazioni; in quell'anno, per la prima volta nella storia italiana recente, il saldo dei movimenti migratori con l'estero ha cambiato segno.

A ridosso di quell'anno, nella seconda metà degli anni settanta, fa la sua prima comparsa l'immigrazione da Paesi del terzo Mondo che assumerà dimensioni rilevanti solo negli anni ottanta in concomitanza con la politica di chiusura all'immigrazione da parte di alcuni Paesi europei e alle nuove esigenze di un mercato del lavoro in trasformazione.

Come spesso avviene, fenomeni tanto importanti come quello dell'immigrazione vengono difficilmente compresi sin dall'inizio, nella loro interezza e vastità.

I tempi per una reale percezione di fenomeni di questo tipo sono sempre stati estremamente lunghi e in ritardo con la formulazione dei progetti migratori da parte degli immigrati.

E poiché uno dei requisiti per l'avvio di politiche nei confronti dell'immigrazione è costituito dalla percezione e dal riconoscimento del carattere permanente della presenza straniera, le ondate di immigrati negli anni ottanta hanno colto l'Italia del tutto impreparata sul piano legislativo.

La prima legge sui lavoratori stranieri è, infatti, del dicembre 1986, mentre una seconda legge sull'immigrazione, più ampia e maggiormente esplicativa, risale al febbraio 1990.

Inoltre, la logica del tempo differito nella percezione del fenomeno come entità permanente ha fatto sì che, nelle fasi iniziali, ci si preoccupasse esclusivamente

di occupazione e lavoro, senza alcun interesse per i bisogni umani e sociali degli immigrati (11).

Con buona approssimazione si può ritenere che il numero complessivo degli immigrati in Italia da Paesi extracomunitari (inclusa America del Sud e Asia) si aggiri sul milione duecentomila unità, tenendo conto della quota di clandestini che non dovrebbe superare i trecentomila soggetti.

L'Africa assomma circa il 30% di tutti gli stranieri, mentre, nel suo interno, i Paesi del bacino mediterraneo (Marocco, Algeria, Tunisia ed Egitto) totalizzano il 61% dell'intero continente (2).

Senegal, Ghana, Etiopia e Somalia raggiungono un altro 24,5%.

Per quel che riguarda l'Asia, le Filippine raggruppano il 27% del totale, India, Pakistan, Bangladesh e Sri Lanka totalizzano il 27%, mentre la Cina rappresenta, con circa 20.000 presenze, il 13% degli asiatici.

Una sola comunità, quella marocchina, rappresenta il 10% circa delle presenze, al secondo posto si colloca quella Tunisia, poi l'ex Jugoslavia (4,8% del totale), le Filippine, il Senegal, l'Egitto, la Cina, la Polonia e, via via, tutte le altre.

I nomadi residenti sono circa 100.000 di cui 25-30.000 provenienti dalla Jugoslavia.

Il 70% circa degli immigrati si colloca in un'età compresa tra i 19-40 anni, mentre i maschi rappresentano il 57% del totale (in Italia la percentuale dei maschi, secondo i dati del censimento 1991, è rappresentata dal 48,5% del totale), mentre, all'inizio, assommavano al 70%.

La crescente femminilizzazione della popolazione immigrata è un indice che è ormai iniziato il tempo dell'immigrazione e che, d'ora in avanti, si tratterà sempre più di famiglie che non di singoli.

L'analfabetismo appare minimo (3,4% nei maschi e il 2,7% nelle donne) e l'istruzione superiore prevale su quella inferiore e numerosi sono i laureati.

La regione con il maggior numero di immigrati è il Lazio che assorbe il 25% del totale, seguito da Lombardia ed Emilia Romagna, mentre il Veneto, per la sua vicinanza alla ex Jugoslavia, ha subito il maggior incremento di presenze in questi ultimissimi anni.

Roma assorbe il 90% circa del totale regionale con duecentomila presenze regolari alle quali devono essere aggiunti i clandestini che si pensa assommino a circa 100.000 nella Capitale.

Come ultima osservazione sul quadro generale, si può asserire che la presenza degli immigrati appare, al giorno d'oggi, abbastanza visibile in alcune città e aree rurali, ma che la densità della loro popolazione che si aggira, su tutto il territorio nazionale, sull'1,3% è ancora nettamente inferiore alla media comunitaria che è del 4,6%, con punte del 10% in Belgio, del 4,7% in Germania e del 6,8% in Francia.

4.2 TUTELA DELLA SALUTE FISICA E MENTALE DEGLI IMMIGRATI

Per quel che riguarda quest'ultimo argomento, occorre premettere che l'ultima legge sui lavoratori stranieri in Italia, la n°39 del 1990, ha disposto l'assistenza gratuita per tutti i regolarizzati, mentre una variante successiva ha riservato un trattamento di favore per i disoccupati stranieri con permesso di soggiorno, i quali non sono tenuti al pagamento di alcun contributo sanitario.

Tuttavia, le difficoltà burocratiche che sono immancabili presso il Servizio Sanitario pubblico, unite al fatto che sono molto numerosi gli immigrati senza permesso di soggiorno stabile, hanno favorito il diffondersi su tutto il territorio nazionale, oltretutto di centri di accoglienza, di strutture sanitarie autonome, gestite dal volontariato sia laico che religioso.

A Roma, ad esempio, è in funzione un ambulatorio polispecialistico gestito dalla Caritas e sito in via Marsala, a ridosso della Stazione Centrale, luogo molto frequentato dagli immigrati.

Uno studio ivi effettuato, nel periodo 1983-93, su circa 12.000 pazienti, ha dimostrato che tra le malattie infettive riscontrate, quelle di importazione sono soltanto una piccola parte e certamente non rappresentano un rischio per la popolazione ospite (2).

Viene così sfatato il mito dell'immigrato come fonte di infezione e portatore di malattie esotiche.

Per quel che riguarda il discorso sulla salute mentale degli immigrati, va innanzitutto superato il concetto dell'emigrato dotato di una personalità psichica particolarmente fragile per presunte instabilità e insicurezze interiori precedenti la partenza o per il fatto stesso della migrazione, ritenuta fattore morbigeno di per sé.

Al fine di una valutazione obbiettiva, occorre, invece, tener conto dei fattori precedenti l'emigrazione sociale in cui essi vengono a trovarsi nel Paese ospite.

I dati che la letteratura internazionale riporta sui risultati di ricerche epidemiologiche effettuate sui migranti sono molto spesso discordanti.

Questo avviene per una serie di fattori riferibili: agli strumenti di screening usati (questionari, rating, scales, ecc.) che non sono stati tarati transculturalmente; al fatto che gli immigrati, molto spesso, vengono considerati come una categoria omogenea, mentre sarebbe necessario distinguerli per etnia; a problemi di comunicazione verbale; a pregiudizi culturali e, infine, al carattere vago e mal definito del concetto stesso di "disturbi psichici"(7).

Quello che si può affermare è che non esistono disturbi psichici specifici degli emigrati e che la sintomatologia riscontrata rientra, per lo più, nei quadri clinici dell'ansia, della depressione e dei disturbi somatoformi.

Dall'esperienza diretta del Servizio d'igiene mentale inserito nell'ambulatorio Caritas di Roma e dalla frequentazione psicosociale con gli immigrati, è stato possibile formulare un modello di approccio medico-antropologico, secondo il quale la relazione medico-paziente immigrato dovrebbe basarsi sui seguenti punti:

1. la rappresentazione mentale della malattia, specifica di una data cultura e il comportamento da malattia (illness behavior) che ne deriva;
2. il significato latente della somatizzazione dei sintomi;
3. la diversa esperienza del tempo;
4. l'interazione individuo-comunità di appartenenza;

5. la situazione psicosociale sottesa all'espressione sintomatologica.

Sul primo punto vi è da osservare che per molti immigrati l'eziologia dei disturbi psichici è centrata sull'intervento di cause di ordine soprannaturale, da cui deriva la constatazione che i referenti per la cura di questo tipo di disturbi vanno ricercati tra i guaritori tradizionali piuttosto che tra gli psichiatri.

Questo fatto costituisce una delle ragioni del sottoutilizzo dei servizi d'igiene mentale da parte degli immigrati, con una notevole eccezione per quelli provenienti dal Sud America.

Per quel che riguarda la somatizzazione dei sintomi, sarebbe sin troppo facile attribuire la prevalenza di lamentazioni somatiche a difficoltà di comunicazione linguistica, mentre risulta maggiormente utile comprendere che la somatizzazione appare, in qualche modo, collegata alla ricerca di un corpo che si è antropologicamente perduto nel tentativo di mantenere la propria identità culturale (5).

E', infatti, noto che all'immigrato viene riconosciuta importanza essenzialmente in rapporto alla forza-lavoro che è capace di produrre, a prescindere dagli altri valori umani connessi con la sua persona.

Non è quindi difficile capire come l'immigrato, attraverso il suo corpo sofferente, possa esprimere problematiche profonde connesse con le fluttuazioni della sua personalità continuamente posta in uno stato di crisi.

Sentirsi identici a se stessi e, nello stesso tempo, partecipi di una continuità storica, è impresa difficile per molti, ma risulta estremamente improbabile per categorie di persone che, come gli immigrati, devono far fronte alla morte simbolica del gruppo di origine ed alla ricostruzione degli oggetti interni perduti.

Per quanto riguarda l'esperienza del tempo, è facile immaginare la diversa esperienza temporale di chi vive, ad esempio, in paesi rurali africani e che sperimenta il ritmo accelerato e confusivo delle nostre città.

Come conseguenza dell'interazione individui-comunità di appartenenza, occorre usare la massima prudenza, nel corso di colloqui con immigrati, nel

proporre modelli di comportamento di tipo occidentale, basati sull'autonomia e l'individualismo, a soggetti molto più inclini a preferire un rafforzamento dei legami familiari e di clan.

L'ultimo punto sottolinea la necessità di considerare la situazione psicosociale che sta sotto l'espressione dei sintomi, dal momento che è molto probabile che condizioni abitative estremamente precarie, condizioni igieniche al limite della decenza, lavori saltuari e di bassa qualità, contribuiscano in modo cospicuo alla sofferenza psichica degli immigrati.

Questa è una delle ragioni per cui è difficile programmare un servizio d'igiene mentale senza il supporto di un'estesa rete di assistenza sociale.

Per quel che riguarda gli errori professionali nella pratica psichiatrica con gli immigrati, il primo è relativo alla difficoltà di comunicazione per il cui rimedio si dovrebbero approntare e inserire stabilmente nell'équipe clinica, i cosiddetti bilingual workers (operatori bilingui), con un training specifico sul piano psicologico.

Il secondo tipo di errore rientra in quelli diagnostici d'origine culturale che possono venire diminuiti a seguito dell'incremento di una competenza specifica transculturale e di una maggiore consapevolezza delle trappole insite nel razzismo etnocentrico.

Il terzo errore può derivare dalla prescrizione di psicofarmaci senza tener conto della variabilità culturale nella risposta alla farmacoterapia (etnopsicofarmacologia) (9).

I problemi psicosociali emergenti a carico degli immigrati nel nostro Paese si identificano con la necessità di fornire adeguata assistenza sanitaria e sociale alle madri nel periodo pre e post natale, nell'assistenza ai bambini, specie quelli che non vivono con la madre o in famiglia, ma in istituti pubblici e privati, o sono affidati a famiglie italiane.

Il nodo centrale è quello di rendere operativo anche per i bambini stranieri il principio fondamentale del diritto del minore a crescere nella propria famiglia.

Anche se i minori in Italia rappresentano, per ora, soltanto il 3% circa del totale, bisogna prevedere un loro massiccio incremento legato ad un maggior dinamismo nell'accettazione delle pratiche di ricongiungimento familiare.

E' ormai prossimo a manifestarsi il fenomeno adolescenziale per gli immigrati di seconda generazione, con tutte le problematiche d'identità che esso andrà inevitabilmente a proporre.

Come proposizione conclusiva, appare opportuno sottolineare che per l'inserimento degli immigrati nel nostro Paese è meglio tendere verso una loro integrazione che lasci spazio alla loro identità culturale, piuttosto che verso una loro assimilazione, tout court.

Per raggiungere questa meta, il percorso non sarà né facile, né breve, tuttavia esso rappresenta l'unico modello di convivenza possibile in una società che si dichiara multietnica.

Va ricordato che questo processo di acculturazione implica la messa in atto di propositi e, soprattutto, di azioni da parte di entrambe le popolazioni interessate,

quella degli immigrati e quella del Paese ospite.

5. PATOLOGIE AMBIENTALI

5.1 ECOLOGIA URBANA

Le patologie ambientali vanno inserite nel vasto capitolo dell'ecologia psichica che comprende le implicazioni del rapporto uomo-ambiente, inteso quest'ultimo nell'eccezione più ampia e complessa di spazio vissuto.

L'incremento demografico della popolazione mondiale ha provocato ovunque fenomeni di inurbamento massivo tale per cui è previsto, nell'arco di pochi decenni, una concentrazione urbana di circa un terzo della popolazione totale e una conurbazione progressiva senza soluzioni di continuità tra i diversi agglomerati cittadini.

Questo fenomeno, conseguente o concomitante allo spopolamento delle zone rurali ha creato innumerevoli problemi a livello di alloggi, dei cambiamenti di stile di vita, dell'appropriazione di modelli culturali troppo velocemente assorbiti senza i tempi necessari per un loro metabolizzazione efficace.

E' quindi naturale che le città vengano spesso rappresentate come il risultato di crescite tumorali o terremoti del tessuto relazionale umano e non manchino, in proposito, illustrazioni evidenti a livello della criminalità, dell'indifferenza e dell'isolamento sociale, dell'invivibilità ingravescente.

Le antiche città venivano fondate attraverso un rito sacro di inaugurazione ed erano limitate, nella loro crescita, dal perimetro delle mura che seguiva l'andamento di disegni di derivazione celeste, cosmica: il quadrato e il circolo (13).

Le città moderne hanno perso del tutto la memoria dell'antico rito fondante e mostrano uno sviluppo molto spesso dissacratore dei valori dell'uomo e della qualità della vita.

Per una troppo facile contrapposizione, si tende poi a credere che la campagna, l'ambiente rurale, rappresentino oasi idilliche cui sono risparmiati i disagi psichici che affliggono i cittadini.

Questo poteva essere parzialmente vero nei tempi passati, mentre oggi si stanno verificando fenomeni di spopolamento e di depauperamento progressivo in vaste zone agricole talmente imponenti e carichi di conseguenze a tutti i livelli, che il quadro idillico della vita dei campi si è attualmente rovesciato in una prospettiva di tensioni e frustrazioni sociali.

La città, al contrario, potrebbe costituire il paradigma del luogo da cui bandire il conformismo, l'idiosincrasia, l'intolleranza per il diverso e l'invidia che, spesso, caratterizzano i piccoli centri abitati.

La città moderna offre, invece, anche ad una osservazione superficiale, sacche evidenti di emarginazione sociale e psichica.

In alcune aree di essa si concentrano fenomeni appariscenti di disgregazione sociale (povertà, carenza di alloggi, microcriminalità, disoccupazione, prostituzione, ecc.) cui spesso si accompagnano preoccupanti addensamenti di soggetti con disturbi psichici (malati cronici, alcolisti, tossicodipendenti).

Questa commistione tra disgregazione sociale e patologia psichica, verificata in numerose ricerche, ha dato origine a due ipotesi esplicative, una sociogenetica e l'altra denominata deriva sociale.

Secondo la prima, le condizioni del luogo così socialmente deprivato sarebbero di per sé causative della patologia psichica ivi afferente, per la seconda ipotesi, invece, si tratterebbe di una specie di deriva di soggetti che, a causa delle loro condizioni mentali, sarebbero incapaci di mantenere il livello di produttività necessario per non farli planare, a poco a poco, oppure celermente, verso luoghi nei quali prevalgono l'indifferenza, l'isolamento sociale e l'anonimato.

Esistono, poi, altri fenomeni sociali come il pendolarismo (fenomeno abbastanza recente creato dal rapido declino dell'attività artigianale soppiantata dall'industrializzazione di massa) che possono favorire l'insorgenza di particolari malesseri psichici che, pur non essendo sinonimo di malattia,

possono rappresentare indizi inequivocabili di disagio sul piano psicologico e non concorrono certamente ad un miglioramento della qualità della vita.

Così, oltre alle dromopatie da pendolarismo, si possono ugualmente citare le cosiddette fobie sociali di cui è possibile avanzare una spiegazione sul piano socioculturale, nel senso che l'impatto con la folla anonima e indifferente della città può suscitare sia sentimenti di oppressione claustrofobica, sia l'esperienza di vertigine agorafobica causata dal vuoto interpersonale e dall'assenza di comunicazione (ricorda la folla solitaria descritta da Riesman)(12).

Ugualmente, la diffusione nel contesto cittadino, dei disturbi psicogeni delle condotte alimentari (bulimia e anoressia) può trovare una spiegazione nel fatto che la città offre una doviziosa mostra permanente di quel consumismo tipico di una società affluente cui è stato ascritto un ruolo preminente nella genesi di quei disturbi tanto da definirli sindromi specifiche dell'occidente opulento.

Detto questo e succintamente sul malessere psicologico che affligge l'habitat urbano, resta da sottolineare l'importanza di una intera serie di fattori economici, amministrativi e burocratici che stanno alla base dell'evoluzione negativa del contesto cittadino, per cui, alla fine, invece del progetto di costruire una città adatta all'uomo, si è cercato di adattare forzosamente l'uomo ad una città malata.

5.2 DISASTRI

Disastri di entità diversa sono avvenuti in tutte le epoche, tuttavia le società attuali sono, in realtà, esposte sia all'antica minaccia di calamità naturali, sia a quella, non meno grave, di eventi catastrofici provocati dall'uomo o legati ad attività umane.

Il termine disastro deriva etimologicamente da dis, prefisso che esprime un valore negativo e astro, quindi cattiva stella.

Catastrofe, dal significato greco di rivolgimento, equivale in pratica a disastro anche se la parola parrebbe esprimere un parametro temporale di subitanità.

Tra le varie definizioni di disastro, la più appropriata sembrerebbe quella di Kinston e Rosser di: situazione di stress massivo collettivo (3).

Una buona, ancorché sintetica, classificazione dei disastri ne riporta quattro tipi:

- naturali (Acts of God = atti di Dio);
- provocati dall'uomo (man-made disasters);
- tecnologici cronici (tipo Chernobyl);
- complex disasters (definizione dell'ONU) che comprendono eventi come: atti di terrorismo, guerre, conflitti etnici ed altre emergenze su base essenzialmente politica (tumulti, sommosse, ecc.).

Non è sempre facile distinguere tra loro i vari tipi di disastri perché ad eventi naturali possono sovrapporsi concause determinate dall'uomo, come quando ad un'alluvione (act of God) seguono eventi catastrofici provocati dalla deforestazione inferta dall'uomo a quel territorio.

In alcuni disastri tecnologici (tipo esplosione di centrale atomica) possono risultare vittime di quel disastro individui non ancora nati.

Elemento comune dei disastri è comunque la grande disorganizzazione sociale che ne consegue, per cui, nei Paesi maggiormente esposti ai disastri, si è andata sviluppando la consapevolezza di dovere non solo provvedere ai danni provocati, ma anche di giungere ad un maggior controllo di siffatti eventi, migliorando sia la capacità di previsione e di prevenzione, sia le strategie di primo intervento e di ricostruzione (in Italia, attraverso la Protezione Civile).

Nel panorama degli studi in questo ambito i problemi di salute pubblica occupano un posto centrale ed è nata una nuova disciplina: la medicina delle catastrofi.

Fra i capitoli di questa materia, sono oggetto di particolare attenzione e argomento di complesse controversie scientifiche (e talora medico legali) gli effetti, a breve e a lunga distanza di tempo, dell'esperienza di un disastro sulla salute psichica degli individui colpiti.

La letteratura scientifica pubblicata sulla psicologia e sulla psicopatologia delle reazioni post-disastro è, attualmente, molto abbondante.

I Centri di ricerca e di documentazione che, in vari Paesi del mondo, si occupano del problema sono ormai numerosi e, allo stesso modo, si moltiplicano i congressi sull'argomento.

Tra i territori della Protezione Civile e dell'Igiene Mentale esiste un'area di intersezione costituita dallo studio, teorico e applicativo, delle reazioni psichiche ai disastri e delle misure di prevenzione e cura delle sequele psicopatologiche, immediate e tardive.

La letteratura scientifica sul tema è in rapido aumento e impone un'opera continua di aggiornamento e di analisi critica dei dati forniti (3).

I limiti imposti alla stesura di questo paragrafo impediscono un'adeguata trattazione delle reazioni umane ai disastri, tuttavia può essere utile ricordare che dette reazioni possono essere di tipo collettivo o individuale.

A livello collettivo possono aversi reazioni sotto forma di inibizione-stupore, oppure di panico, o di esodo compulsivo e inebetito dai luoghi della catastrofe.

Sul piano individuale si possono avere reazioni aspecifiche nevrotiche o psicotiche, oppure la cosiddetta sindrome da disastro caratterizzata da: assenza di emozioni, inibizione della volontà, passività, indecisione, confusione o negazione completa dell'evento.

I sintomi post-disastro più frequenti e che trovano collocazione nel DSM-III R (manuale diagnostico statistico revisionato) tra i disturbi post-traumatici da stress, sono costituiti da raggruppamenti di sintomi facenti capo, rispettivamente, ad una fase di intrusione e ad una di evitamento e negazione.

Alcuni studiosi pensano che le due fasi si presentino in modo successivo, con quella d'intrusione come precedente, ma altri ricercatori negano questa sequenza e pensano a due fasi distinte soltanto per comodità descrittive, ma con sintomi molto intrecciati tra loro.

La fase di intrusione comprende, come lascia intendere il nome, pensieri intrusivi e ricorrenti riferiti al trauma, con disturbi del sonno e incubi angosciosi.

Esiste, inoltre, un'ipervigilanza con reazioni abnormi di allarme per stimoli improvvisi o allusivi al trauma subito.

La fase di evitamento implica ottundimento, torpore, sentimenti di irrealtà, coartazione del pensiero, depressione, inerzia, isolamento, amnesia (specie anterograda) e disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia).

E' difficile prevedere quanti, tra le vittime di un disastro, saranno colpiti da sintomi della sindrome post-traumatica da stress, perché, nella loro genesi e mantenimento, rivestono particolare importanza la vulnerabilità psichica dei soggetti colpiti e un'eventuale loro storia psichiatrica precedente.

Va anche sottolineato il fatto che, spesso, tra le vittime dei traumi post-disastro, compaiono anche i soccorritori, specie quelli addetti a funzioni penose, come la ricerca e la rimozione delle salme, o quelli sottoposti, per un tempo eccessivo, a stress difficilmente sopportabili.

6 QUALITA' DELLA VITA ED ETICA DELLA SALUTE

Ai giorni nostri si fa un gran parlare di aggiungere, anziché anni alla vita, qualità dell'esistenza umana.

E' ovvio che, in questo discorso, si prescinde dal fatto morboso per puntare verso il generico miglioramento del benessere psichico.

In questo ambito, si potrebbero, sin dall'inizio, privilegiare le qualità dello spirito, se non si tenesse conto del fatto che il soddisfacimento dei bisogni materiali dell'esistenza rimane pur sempre la condizione preliminare ad ogni ulteriore passo dello spirito.

Una riprova di questa affermazione si può ricavare dalla constatazione che i Paesi emergenti o in via di sviluppo, una volta affrontati e, in parte, risolti i problemi sanitari primari (mortalità infantile, epidemie, ecc.) si trovano di fronte a problemi derivanti dall'igiene mentale, come se l'innalzarsi delle qualità materiali della vita si riflettesse, in modo negativo, sulla salute mentale degli individui.

Nei Paesi occidentali, d'altro canto, la gestione improvvida del benessere economico ha finito per suscitare condotte di vita ancorate a una serie, continuamente rinnovantesi, di pseudobisogni che pongono ugualmente in crisi il binomio qualità della vita e benessere psicologico.

Per uscirne, resterebbe la soluzione soggettiva per cui ognuno dovrebbe cercare di farcela da sé nel tentativo di ritrovare quell'equilibrio mentale che le qualità materiali e spirituali della sua esistenza gli permettono.

Una soluzione del genere è, ovviamente, improponibile proprio perché riferita al singolo, mentre il discorso in atto è rivolto al collettivo e al sociale.

Un'ulteriore complicazione al problema è data dal fatto che le qualità della vita che si possono immaginare a sostegno del benessere psichico, variano con l'età dei soggetti, per cui l'ambiente ideale per il bambino, può esserlo in misura minore o addirittura negativa nei riguardi dell'adulto e del vecchio.

Allo stesso modo, non si possono considerare come ugualmente stressanti situazioni ed eventi che possono, invece, avere rilevanze subbiettive molto diversificate, come dimostra l'esperienza operativa delle rating scales sugli eventi di vita stressanti che, proprio a causa del carico diverso che lo stesso evento può avere sugli individui, si dimostrano tutte abbastanza opinabili o, per lo meno, da usare con l'aggiunta di correttivi critici.

I fattori stressanti o stressors, infatti, non colpiscono tutti allo stesso modo, dal momento che non si tratta, nel caso di soggetti umani, di reazioni semplici del tipo stimolo-risposta, bensì di reazioni complesse nelle quali tra lo stimolo e la risposta si interpongono elementi di mediazione di ordine emotivo e cognitivo.

Le difficoltà di reperire parametri abbastanza adeguati di misura degli stressors è facilmente rilevabile anche a livello di stimoli apparentemente semplici, come può essere la risposta a rumori eccessivi.

Indagini in questo campo hanno dimostrato che individui esposti, durante il lavoro, a rumori intensi di molti decibel senza riportarne eccessivi disturbi, una volta tornati a casa, diventavano intolleranti verso rumori filtranti attraverso le pareti domestiche, specie se costituite da voci umane.

E' come se la "privacy" familiare dovesse venire salvaguardata soprattutto dalle intrusioni dei vicini.

Non è possibile individuare qualità della vita che siano adatte al benessere psichico di tutti per cui sarà sempre necessario operare mediazioni e livellare eccessi.

Forse, il salto di qualità più importante occorrerà consumarlo negli stili di vita di ognuno di noi, acquisendo tolleranza, autonomia e responsabilità decisionale. La società, d'altro canto, dovrà anch'essa concorrere e rendere proponibile agli individui una gamma di alternative di scelta soddisfacenti per i bisogni materiali e spirituali dell'uomo.

In questo quadro viene ad inserirsi l'etica della salute i cui confini vanno continuamente dilatandosi a causa del progredire, nel campo medico, di tecnologie sempre più avanzate, invasive e coinvolgenti sul piano delle decisioni professionali e dall'emergere di nuove responsabilità individuali di

fronte alle malattie, sia sul piano della prevenzione (fumo, alcol, alimentazione, droghe, ecc.), sia su quello dell'autoriferimento precoce a indagini diagnostiche.

Trapianti, medicina fetale, tecniche di prolungamento indefinito della vita vegetativa di organismi umani, manipolazioni genetiche, metodiche di fecondazione tra le più disparate, sono alcune delle tematiche sempre più numerose sulle quali lo psicoigienista sarà chiamato a rispondere dal punto di vista etico (14).

Potranno allora confrontarsi posizioni ancorate a impostazioni mentali diverse, le une derivate da una specie di incantamento prodotto dalle nuove biotecnologie, le altre fondate sulla difesa a oltranza dei diritti dell'uomo.

Anche gli orientamenti attuali di molte psichiatrie sembrano decisamente spostarsi sul piano biologico, a scapito degli aspetti psicologici, relazionali e sociali della malattia

Occorre, perciò, salvaguardare, ad ogni costo, la visione antropocentrica della medicina per cui l'uomo non è solo un corpo biologico, ma un essere biopsicosociale.

BIBLIOGRAFIA

1. **Caplan G.:** *Principles of Preventive Psychiatry.*
Tavistock, London, 1964.

2. **Caritas di Roma:** *Immigrazione. Dossier Statistico 1993.*
Sinnos, Roma, 1993.

3. **Cuzzolaro M., Frighi L.:** *Reazioni Umane alle Catastrofi.*
Fondazione Adriano Olivetti, 1991

4. **Frighi L.:** *Manuale di igiene mentale.*
Bulzoni, Roma, 1984.

- " " *Argomenti di igiene mentale.*
Bulzoni, Roma, 1990.

5. **Frighi L.:** *Alla ricerca del corpo perduto.*
Riv. Sper. Freniatr., 11, 314-320, 1987.

6. **Frighi L., Cuzzolaro M.:** *Aspetti Preventivi della Psichiatria. Problemi di Igiene Mentale in: Trattato Italiano di Medicina Interna, diretto da P. Introzzi. III Vol. di Progressi 1985-1988 (a cura di M. Negri), 1301-1356, USES Edizioni Scientifiche, Firenze, 1989.*

7. **Frighi L., Mazzetti M.:** *Screening e psicodiagnosi in culture non occidentali: strumenti e problemi.*
Riv. Sper. Freniatr., 117, 179-202, 1993.

8. **Frighi L., Piazzini A., Mazzetti M.:** *Caratteristiche socio-demografiche, salute psichica e fattori di rischio psicopatologico dell'immigrazione extracomunitaria in Italia.*
Difesa Sociale, 72, 183-200,1993.
9. **Kalow W., Gedde H.W.,
Agewal D. P. (Editors):** *Ethnic differences in reaction to drugs and xenobiotics.*
Alan Lyss, New York, 1986.
10. **Labos:** *Essere barboni a Roma.*
T. E. R., Roma, 1987.
11. **Mottura G. (a cura di):** *L'arcipelago Immigrazione.*
EDIESSE, Roma, 1992.
12. **Riesman D.:** *La folla solitaria.*
Il Mulino, Bologna, 1956.
13. **Rykwert J.:** *L'idea di città.*
Einaudi, Torino, 1981.
14. **Schiavone C.:** *I confini della psichiatria. Aspetti epistemologici e deontologici.*
Patron Editore, Bologna, 1993.
15. **Tumiatì C.:** *Le prime riviste di Igiene mentale.*
Rivista Igiene Mentale, 1, 11-16, 1957.

16. **Warner R.:** *Guarigione e schizofrenia.*
Feltrinelli, Milano, 1992.
17. **Westermeyer J.:** *Psychiatric care of migrants: a clinical
guide.*
American Psychiatric Press, Washington,
1989.
18. **World Health Organisation, Schizophrenia: an International Follow-
up
Study.**
Wiley, Chichester, 1979.