

I D E A

N O T I Z I E

PERIODICO TRIMESTRALE DELL'ISTITUTO PER LA RICERCA E LA PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE E DELL'ANSIA

ANNO 13 Numero 3 - OTTOBRE 2006

41

Attenzione
dal prossimo numero
"IDEA notizie" diventa
QUADRIMESTRALE

Volontari IDEA a Convegno

Sabato 9 e Domenica 10 Settembre si è svolto a Castel San Pietro Terme (Bologna) il Primo Convegno Nazionale dei volontari della Fondazione IDEA presso i locali dell'Accademia degli Ufficiali

di Stato Civile e con il patrocinio dell'Università degli Studi di Bologna "Alma Mater Studiorum".

L'iniziativa ha incontrato il favore dei volontari, che hanno partecipato numerosi ed hanno attivamente ed efficacemente contribuito al dibattito, confermando che l'approccio degli operatori di IDEA all'ansia e alla depressione si muove sempre sul doppio binario della solidarietà e del rigore scientifico.

La prima giornata è stata dedicata agli interventi scientifici ed i lavori sono stati aperti dalla coordinatrice nazionale della Fondazione, Dottoressa **Maria Maddalena Fiordiliso**, e moderati dal Prof. **Domenico Berardi**, Professore Ordinario di Psichiatria dell'Università di Bologna. La discussione ha riguardato i progressi compiuti dalla psichiatria grazie allo sviluppo delle neuroscienze, l'attua-



Gli ospiti ed i volontari di IDEA

le situazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, la storia dell'Auto Aiuto dalle origini ai giorni nostri, le prospettive di sviluppo dell'Auto Aiuto IDEA e l'influenza della relazione medico-paziente sui risultati delle cure.

Il Prof. **Giovanni Cassano**, Professore Ordinario di Psichiatria dell'Università di Pisa e padre fondatore di IDEA, ha tenuto un'interessantissima relazione in cui, con un linguaggio semplice tanto da poter essere facilmente seguito anche dai non addetti ai lavori, ha illustrato i più recenti progressi della ricerca in campo psichiatrico e le ricadute che questi hanno sulle possibilità di cura di chi soffre di ansia o depressione. Ha innanzitutto ricordato come la depressione coinvolga l'individuo nella sua globalità, dalla sfera affettiva (malinconia, pessimismo, perdita degli interessi) a quella cognitiva (perdita dell'auto-stima, insicurezza, idee di colpa o di rovina), da quella motoria (mancanza di energie, rallentamento nei movimenti e nel linguaggio) a quella somatica (alterazioni del sonno e dell'appetito). Ha quindi mostrato come, grazie a sofisticate tecniche in grado di "fotografare" il cervello mentre è in funzione, è stato possibile collegare ciascun gruppo di sintomi a specifiche alterazioni nel funzionamento di determinate aree del cervello. Ha

segue a pag. 2



Prof. Giovanni Battista Cassano - Direttore del Dipartimento di Psichiatria, Neurologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università degli Studi di Pisa

5 IDEA e la ricerca
parte seconda

6 Qualcuno vi ascolta

7 La sedia con tre gambe

8 Il Disturbo Borderline di Personalità

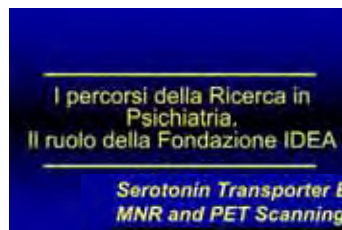
10 Notizie dal mondo

11 Buon Natale



Volontari IDEA a Convegno

segue da pag. 1



successivamente sottolineato i nuovi e complessi scenari aperti dai dati provenienti sia dalle ricerche genetiche, da cui risulta che ben il 50% dei 23 mila

geni che costituiscono il corredo genetico umano sono coinvolti nel funzionamento del cervello, sia da quelle biochimiche, dove sono state individuate cir-

ca 100 mila proteine attive nel cervello. Non meno stimolanti, ha sottolineato il Prof. Cassano, sono i risultati degli studi clinici da cui emerge che le categorie diagnostiche tradizionali, come "Depressione", "Disturbo di panico", "Disturbo ossessivo compulsivo", ecc., sono ormai insufficienti per descrivere in modo completo il quadro clinico della maggior parte dei pazienti. Per un inquadramento più preciso, che consenta di mettere a punto una cura più mirata e personalizzata, è necessario considerare anche le "manifestazioni di spettro", cioè i sintomi isolati, quelli meno tipici e quelli attenuati. Per individuare questi sintomi, che possono sfuggire ad un'analisi più superficiale, gli Istituti di Psichiatria dell'Università di Pisa e di Pittsburgh hanno elaborato specifici questionari che possono essere riempiti direttamente dal paziente (auto-valutazione) o con la collaborazione dello psichiatra (etero-valutazione). Per chi fosse interessato, i questionari sono reperibili in rete al sito www.spectrum-project.org. Il Prof. Cassano ha sottolineato che la Fondazione IDEA ha come obiettivo primario, accanto all'informazione per combattere pregiudizi e stigma e al supporto concreto a chi soffre di depressione o ansia, il sostegno alla ricerca scien-

tifica finalizzata alla prevenzione e al trattamento dei disturbi mentali. In conclusione ha illustrato i risultati dei numerosi studi, finanziati da IDEA e condotti presso centri di eccellenza nazionali ed internazionali (vedi l'articolo "IDEA e la ricerca" di Paola Rucci in questo numero e nel numero di Luglio di IDEA Notizie), ricordando che solo la ricerca scientifica consentirà un futuro migliore a chi è affetto da disturbi mentali.

La seconda relazione, tenuta dal Dott. **Giovanni De Girolamo**, del Dipartimento di Salute Mentale AUSL Bologna, ha riguardato lo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e i problemi delle famiglie. A partire dal 1978, anno in cui è stata approvata la riforma dell'assistenza psichiatrica nota come "legge 180", i posti letto per pazienti psichiatrici in Italia sono diminuiti del 75%; una tendenza simile, ma meno marcata, si è verificata anche in altre nazioni. La disponibilità di posti letto psichiatrici per pazienti acuti negli ospedali generali in Italia è oggi inferiore a quella degli altri paesi europei, ad eccezione di Grecia e Spagna, e varia da regione a regione essendo più bassa nel Sud dove la durata dei ricoveri è più breve ed il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio è più frequente. La disponibilità di Strutture Residenziali, previste dalla "legge 180" come luoghi di riabilitazione e recupero, è ancora limitata (sono 1.370 su tutto il territorio nazionale) e, contrariamente allo spirito della legge, queste strutture accolgono soprattutto pazienti gravi per lunghi periodi. A conclusione del suo intervento il Dott. De Girolamo ha sottolineato che, da studi condotti dall'Università di Napoli, risulta che l'onere più pesante dell'assistenza ai pazienti con patologie mentali oggi ricade sulle famiglie di origine la cui vita, soprattutto per quanto riguarda le attività sociali e ricreative, viene fortemente condizionata per cui sono necessari interventi specifici di sostegno come, per esempio, i gruppi di Auto Aiuto.

In un'articolata relazione il Prof. **Massimo Clerici**, del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Milano, ha innanzitutto ricordato le origini e gli scopi delle associazioni di volontariato che possono essere finalizzate alla salvaguardia degli interessi dei pazienti (autonomia di scelta dei trattamenti fino al loro rifiuto) o dei familiari (miglioramento dei servizi e delle prestazioni) oppure all'erogazione di forme concrete di sostegno. Queste ultime nascono dalla necessità di sgravare, almeno in parte, i familiari dal peso della gestione dei pazienti, soprattutto quando è richiesto un trattamento a lungo termine o quando questo non offre i risultati sperati. In questi casi, infatti, i familiari sono logorati sia da problemi emotivi, come sensi di col-

pa, demoralizzazione, disagio, ansia, disturbi somatici, sia da problemi concreti, come conflitti, limitazione delle attività sociali e ricreative, difficoltà economiche e lavorative. I gruppi di Auto Aiuto costituiscono una delle forme più valide di sostegno concreto ai pazienti e ai loro familiari in quanto migliorano la capacità di fare fronte al carico emotivo che la malattia comporta, attivano alcuni fattori protettivi verso le ricadute e allargano la rete sociale di sostegno. Dai dati della letteratura, ha concluso il Prof. Clerici, emerge che si avvantaggiano dalla partecipazione agli incontri coloro che sono disponibili e motivati, riescono a stabilire buone relazioni interpersonali ed hanno una disposizione per il lavoro di gruppo; al contrario non sono adatti coloro che hanno un disturbo in fase acuta, che hanno difficoltà ad immedesimarsi nei problemi degli altri o che tendono a stabilire rapporti conflittuali ostacolando il lavoro di gruppo.



Il Prof. **Antonio Tundo**, Responsabile Scientifico di IDEA Roma, ha esordito ricordando che è stata IDEA, 13 anni fa, ad introdurre in Italia l'Auto Aiuto per chi soffre di depressione e ansia e che oggi sono attivi 48 gruppi distribuiti in 8 regioni. E' quindi il momento giusto, ha ribadito, per andare oltre la fase pionieristica e avviare una riflessione sulle esperienze di questi anni per migliorare i servizi offerti ed utilizzare al meglio le risorse umane ed economiche disponibili, senza disperderle. Ha tracciato quindi un primo identikit di coloro che partecipano ai gruppi: si tratta prevalentemente di donne (80%), con un'età media 50 anni, che nella metà dei casi svolge un lavoro remunerato ed ha buoni rapporti familiari e sociali. La permanenza media nei gruppi è di circa un anno e mezzo, anche se il 10-20% dei partecipanti continua a tempo indeterminato. L'esperienza viene giudicata nella quasi totalità dei casi all'altezza delle aspettative ed i suoi punti di forza sono considerati la possibilità di discutere in gruppo e liberamente della propria patologia, la conoscenza di altre persone in cura, la lettura di materiale scientifico ed una più approfondita conoscenza del proprio disturbo. Il Prof. Tundo ha successivamente sottolineato che colonna portante dell'Auto Aiuto sono i facilitatori i quali giorno dopo giorno portano avanti l'iniziativa con abnegazione e sacrificio personale. Da qui la priorità di dedicare maggiore attenzione alla loro formazione e al loro aggiornamento che dovrebbe seguire uno standard nazionale in modo da garantire la stessa qualità di intervento in tutti i gruppi di Auto Aiuto IDEA. Per i prossimi corsi formativi, che si terranno solo presso le sedi di Milano, Bologna e Roma, sono previsti nuovi criteri di selezione: potranno partecipare anche i familiari e saranno valutate la capacità di comunicazione e di gestione del gruppo e l'empatia, la capacità cioè di immedesimarsi nelle problematiche altrui. I corsi, durante i quali saranno trattati anche nuovi temi come "tecniche di comunicazione" e "motivazione al volontariato", saranno seguiti da un percorso di formazione permanente con tirocinio, supervisione e scambio di informazioni tra i facilitatori delle sedi diverse. Il Prof. Tundo ha infine illustrato uno studio scientifico, probabilmente il primo al mondo, nato dalla collaborazione di IDEA con l'Istituto di Sanità. Questo studio, i cui risultati saranno disponibili a breve, è durato 4 mesi, ha visto la partecipazione di 10 gruppi di Auto Aiuto e di 20 facilitatori ed è finalizzato a valutare se e quanto l'Auto Aiuto migliora le condizio-



Il sindaco del Comune di Castel San Pietro Terme ed i relatori del convegno

ni mentali e la qualità di vita dei partecipanti. Il Dott. **Giuseppe Berti Ceroni**, membro della Società Italiana di Psicoanalisi, non è potuto intervenire personalmente ma ha fornito il suo contributo inviando una dotta relazione, ricca di citazioni letterarie, in cui ha affrontato il tema dell'empatia, della sua origine e di quanto essa possa influenzare positivamente l'efficacia delle cure ed il raggiungimento di uno stato di benessere. Per empatia si intende la particolare capacità di "condividere e comprendere lo stato psicologico di un'altra persona", di "mettersi nei panni dell'altro" e richiede vicinanza, sforzo ed attenzione. Ma come si fa ad essere empatici?, perché non tutti lo sono? Alcuni recenti studi hanno dimostrato che nel nostro cervello ci sono delle aree specifiche che ci permettono di riconoscere prontamente lo stato d'animo dell'altro e di rispondere adeguatamente. Tuttavia, continua il Dott. Berti Ceroni, non si può considerare l'empatia una semplice e meccanica operazione del cervello umano verso la quale alcuni hanno una specifica predisposizione ed altri no. Alla sua costruzione contribuiscono anche fattori ambientali, come l'esperienza acquisita nell'infanzia e quella che si costruisce progressivamente nel corso della vita, per cui tutti, e soprattutto coloro che operano nel settore dell'aiuto, possono e devono migliorare le proprie capacità empatiche. Un rapporto empatico, infatti, è alla base del successo di ogni trattamento, in medicina come in psichiatria, perché migliora la disposizione ad eseguire gli accertamenti richiesti, ad assumere le cure anche a lungo termine ed è forse di per se un fattore terapeutico specifico. La relazione del Dott. Berti Ceroni si è conclusa illustrando un progetto di ricerca, sostenuto da IDEA e condotto da 26 terapeuti di Bologna, Pisa e Imola, sulla possibilità di massimizzare l'efficacia di un intervento terapeutico utilizzando la relazione terapeutica ed i cosiddetti fattori terapeutici specifici comuni (vedi l'articolo "IDEA e la ricerca" di Paola Rucci nel numero di Luglio di IDEA Notizie).

Particolarmente interessante si è dimostrato inoltre l'unico intervento non scientifico del meeting, tenuto dalla **dottorssa Fiordiliso**, in cui sono state annunciate novità nella struttura organizzativa di IDEA che, nata nel 1993 come Associazione, si è poi trasformata in Fondazione regionale nel 1997. L'esperienza accumu-



Gli ospiti ed i volontari di IDEA

lata in circa 13 anni ha evidenziato la necessità di un ulteriore adeguamento legato allo sviluppo del "terzo settore" ed alla diffusione dell'attività svolta che tende ad estendersi, grazie all'opera dei volontari, su tutto il territorio nazionale.

Tale cambiamento, che consiste nell'avvenuto riconoscimento della Fondazione a livello nazionale e nelle modifiche apportate allo statuto, relativamente agli ambiti istituzionale ed organizzativo, consentirà di adattare le regole di vita della Fondazione alle nuove problematiche che sarà chiamata ad affrontare potendo contare su maggiore flessibilità di gestione con minore burocrazia e minori costi.

La seconda giornata è stata dedicata all'approfondimento dei problemi specifici dei responsabili dei Nuclei, dei facilitatori dei gruppi di Auto Aiuto e dei referenti scientifici.

I partecipanti si sono divisi in tre gruppi di lavoro paralleli, coordinati rispettivamente dalla Dott.ssa Fiordiliso, dalla Sig.ra Necci e dal Prof. Tundo, ed hanno avuto modo di discutere a fondo su quanto è stato fatto e su cosa e come dovrebbe essere cambiato creando i presupposti in questo modo per elaborare le possibili linee di sviluppo della Fondazione per i prossimi anni.



Avvocato Sergio Camerino
Presidente della Fondazione IDEA

Cari volontari,

Spero che il Convegno di Castel San Pietro Terme, della cui convinta e nutrita partecipazione ancora Vi ringrazio, abbia suscitato in Voi l'interesse che in esso riponevate e che abbia contribuito in larga parte a dissolvere alcune fondate e giuste perplessità legate al "cambiamento".

Nel Convegno, come avrete potuto constatare, sono state sottolineate ed esaltate le due componenti fondamentali di IDEA: L'obiettivo cardine della ricerca e la valorizzazione del volontariato.

E' grazie ad un bilanciamento virtuoso che la nostra Fondazione si identifica e si differenzia, così come ha giustamente sottolineato anche il fondatore di IDEA, Giovanni Battista Cassano, che ringrazio assieme agli altri medici intervenuti, prof. Berardi, il prof. Clerici, il prof. De Girolamo e il prof. Tundo, per aver impresso al Convegno un alto profilo scientifico, riuscendo nel contempo a dare il giusto riconoscimento e galvanizzare tutti i volontari.

Come abbiamo detto durante il Convegno, il cambiamento è in atto e percorreremo insieme tutto il cammino necessario all'insegna di una nuova unità e di una più proficua autonomia.

Lungo il percorso che ci porterà all'attuazione del nostro progetto conforme al nuovo statuto, così come illustrato dal Prof. Florian, dalla Dott.a Ceppi e dalla Dott.a Fiordiliso Grimaldi, Vi ricordo che Milano, Bologna e Roma saranno disponibili per ogni discussione e chiarimento Vi fosse utile o necessario.

A presto rivederci

Il Presidente
Avv. Sergio Camerino

Un ringraziamento

Come Coordinatrice Nazionale di IDEA, voglio ringraziare innanzitutto il Sindaco del Comune di Castel San Pietro che ci ha gentilmente ospitati e l'Università degli Studi di Bologna per aver patrocinato la nostra iniziativa.

Vorrei ringraziare, in secondo luogo, i responsabili scientifici, i responsabili delle sedi, i volontari ed i facilitatori dei Gruppi di Auto Aiuto che hanno partecipato alle riunioni di domenica 10 settembre 2006.

Per quanto riguarda in particolare i Gruppi di Auto Aiuto, questa giornata ha segnato un momento molto importante nella storia della nostra Fondazione, ha permesso per la prima volta a volontari e facilitatori di IDEA, provenienti dalle diverse città d'Italia, di potersi riunire, per conoscersi e per poter parlare assieme liberamente delle problematiche che spesso sorgono nella conduzione di un gruppo di auto aiuto, venendo, così, incontro a quell'auspicata esigenza di collegamento e di collaborazione sempre più stretta di cui si è più volte parlato nel corso di queste due giornate.

A tale riguardo, vorrei rivolgere un particolare ringraziamento alla dottoressa **Roberta Necci**, per il ruolo di Coordinatore della Riunione fra i Facilitatori svolto nell'ambito del Convegno e per la sua accurata relazione riassuntiva sui principali temi che hanno formato oggetto di discussione nel corso di questa riunione, accom-

pagnati da una serie di osservazioni, possibili soluzioni e linee guida da seguire per cercare di garantire la massima efficienza possibile al funzionamento dei gruppi.

Così come si evince dalla relazione della dottoressa, relazione che abbiamo provveduto ad inoltrare a tutti i gruppi, durante l'incontro sono stati toccati diversi temi molto importanti che non possiamo qui elencare per motivi di spazio.

Riportiamo solamente, utilizzando le sue stesse parole, la conclusione che evidenzia la necessità, da tutti sentita, di una migliore comunicazione: *"Mi sembra fondamentale accorciare le distanze.... Se ognuno di noi si dotasse di un indirizzo di posta elettronica, potremo davvero costruire una rete che ci consentirà di mantenere un dibattito costante, di porre una domanda, di chiedere un suggerimento, un'informazione... e tutto questo funzionerà come aggiornamento in tempo reale. Poi sarà importante incontrarci, organizzare altri incontri ma, nell'intervallo tra l'uno e l'altro, saremo riusciti a mantenere un filo fra di noi".*

Condivido il suo pensiero e spero che al più presto tutti riusciremo ad "attrezzarci" per ottimizzare i nostri rapporti.

Buon Natale a tutti.

Il Consigliere Nazionale
Maria Maddalena Fiordiliso Grimaldi

IDEA e la ricerca

Concludiamo l'articolo dello scorso numero in merito alle ricerche che la fondazione IDEA ha in corso

Paola Rucci*

"Depressione: ricerca dei fenotipi rilevanti per il trattamento"

Sebbene negli ultimi decenni siano stati condotti molti studi clinici sulla depressione, non esiste ancora un trattamento 'ideale' che porti ad una remissione completa e protratta dei sintomi. La nostra conoscenza riguardo ai fattori che determinano la risposta, la remissione, la guarigione e la ricaduta rimane in gran parte inadeguata.

Lo studio "Depressione: ricerca dei fenotipi rilevanti per il trattamento" si propone di identificare i pazienti che beneficiano maggiormente della farmacoterapia, della psicoterapia interpersonale o della combinazione dei due trattamenti, raggiungendo una remissione piena e protratta dei sintomi ed un buon funzionamento.

La psicoterapia interpersonale (IPT) è una psicoterapia pratica, di durata limitata (12-16 settimane), incentrata sulle relazioni interpersonali ed orientata ai problemi attuali. L'efficacia dell'IPT, sia nel trattamento acuto che nella prevenzione della depressione, è stata valutata negli USA in molteplici studi.

L'IPT mette in relazione l'insorgenza e il perdurare della depressione con gli eventi interpersonali stressanti che coinvolgono il paziente. L'obiettivo iniziale della terapia è la riduzione dei sintomi depressivi ma lo scopo più generale è quello di migliorare la qualità delle relazioni interpersonali ed il funzionamento sociale del paziente.



I fenotipi rilevanti per la scelta del trattamento sono definiti mediante un insieme di aspetti che caratterizzano i pazienti ed i trattamenti. Centrali per loro definizione sono le valutazioni cliniche innovative 'di spettro' sviluppate presso la Clinica Psichiatrica di Pisa nell'ambito di un progetto collaborativo internazionale. Scopo finale dello studio è produrre algoritmi decisionali per il trattamento della depressione mediante farmacoterapia, psicoterapia, o la combinazione dei due. Lo studio è condotto in parallelo con l'Università di Pittsburgh e coinvolge 290 pazienti afferenti agli ambulatori delle cliniche psichiatriche delle 2 università. I pazienti sono seguiti settimanalmente nella fase acuta del disturbo e mensilmente dal momento in cui raggiungono la remissione dei sintomi, per un periodo complessivo di 9 mesi. Attualmente, a Pisa sono stati reclutati 116 sui 130 pazienti previsti.

'Valutazione di pazienti con disturbi dello spettro psicotico in corso di trattamento'

Una valutazione diagnostica il più possibile esatta delle malattie mentali nel corso delle quali compaiono sintomi psicotici può essere un metodo valido per mettere a punto strategie individualizzate di trattamento farmacologico e di riabilitazione. A questo scopo è stato realizzato uno studio in cui si intendeva fornire un quadro accurato delle diagnosi secondo i criteri diagnostici attualmente in

uso (DSM-IV). Sono stati inoltre indagati i sintomi di spettro psicotico, dell'umore, di ansia e di uso di sostanze. I sintomi di spettro sono sintomi attenuati, tratti o comportamenti che possono precedere un disturbo, costituire una sequela anche dopo che questo si è risolto, oppure rimanere in sottofondo senza mai dar



luogo ad un disturbo in forma piena. Abbiamo poi analizzato gli esiti dei trattamenti utilizzati ed i pattern di trattamento psicofarmacologico utilizzati nei Centri di Salute Mentale, con l'obiettivo di contribuire alla definizione di linee guida per la terapia dei pazienti con disturbi psicotici. Lo studio si è svolto presso la Clinica Psichiatrica di Pisa e in altri 9 Centri di Salute Mentale in Toscana: Empoli, Grosseto, Lucca, Massa, Montecatini, Pisa, Pistoia, Pontedera, e Viareggio. Sono stati valutati 260 soggetti affetti da disturbi mentali con manifestazioni psicotiche, trattati da almeno un anno con terapia farmacologica, psicoterapia e terapia della riabilitazione presso le strutture del territorio. Nel corso dello studio è emerso che alcuni pazienti sfuggono al rapporto con i Centri di Salute Mentale e alle cure ritenute efficaci. La "resistenza ai trattamenti" è riportata in percentuali del 10 - 50% nei soggetti con disturbi mentali, e si ritiene essere legata alla mancanza di consapevolezza di malattia, alla presenza di effetti collaterali, e ad un rapporto carente tra pazienti, familiari e Centri di Salute Mentale. I risultati dello studio evidenziano la necessità di elaborare nuove strategie di monitoraggio e di riduzione di questo fenomeno, che causa da un lato grande sofferenza nei pazienti, dall'altro è responsabile di pesanti costi in termini economici sul Sistema Sanitario Nazionale, sia come spese dei trattamenti, sia come mancata produttività e utilizzo delle risorse dei Centri di Salute Mentale.

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

Qualcuno vi ascolta

(Risponde Prof. Antonio Tundo, Istituto di Psicopatologia, Roma)



Cara IDEA,

mi chiamo Luca, ho venticinque anni e vi scrivo questa lettera perché sono disperato e non so più cosa fare e a chi rivolgermi.

Ho iniziato ad avere delle crisi nervose ed esistenziali a diciannove anni e, nella speranza di un cambiamento, mi sono allontanato da casa andando a vivere in una regione del nord, ma non è servito a nulla: sono finito diverse volte in ospedale, l'ultima una settimana fa, ho perso la persona che amo e ho tentato persino il suicidio. Ho seguito diverse cure psicologiche ma senza successo: sono sempre punto e a capo, sono frustrato, depresso e, quel che è peggio, sono stufo di me stesso. Ora vivo con i miei, ma non mi ritrovo con la mentalità del mio paese e quindi i problemi e le frustrazioni aumentano.

Ho scritto questa lettera perché vorrei sapere se c'è qualcuno disposto ad aiutarmi a cambiare, soprattutto aiutarmi ad acquisire fiducia in me stesso, a relazionarmi con la gente, ad acquistare una sicurezza che non ho mai avuto. Che mi aiuti a cambiare vita!

So che c'è gente che sta peggio di me e so che ci sono problemi più gravi... ma io sono stufo, non mi piaccio, mi faccio schifo e più passa il tempo e più mi deprimi. Forse chi leggerà tutto questo non lo prenderà in considerazione, comunque grazie per l'attenzione.

Lettera firmata



Inviare le vostre lettere per posta ordinaria al Prof. Antonio Tundo - Idea Bologna, Via Barberia 18 • 40123 Bologna o per E-mail: idearisponde@tin.it

In questa rubrica saranno pubblicate quelle che contengono richieste di informazioni o quesiti clinici di interesse comune

Caro Luca,

perché non dovrei prendere in considerazione il tuo caso? La condizione che descrivi, anche se pesante e difficile, è comune a molte persone e la Fondazione IDEA si occupa proprio di aiutare e di supportare coloro che si trovano a soffrire come te. La tua lettera è un'ulteriore testimonianza di come la depressione possa interferire con la capacità di avere una continuità sul lavoro, mettere in crisi i rapporti familiari e affettivi, minare l'autostima e creare uno stato di sfiducia e disperazione tale da spingere al suicidio.

Sono però convinto che tu abbia molte possibilità di uscire da questa condizione, basta fare i passi giusti. Innanzitutto ti consiglio di rivolgerti ad un centro specializzato per il trattamento dei disturbi dell'umore dove potrai ricevere una diagnosi più precisa e una cura mirata. Oggi, non mi stanco di ripeterlo, ci sono terapie specifiche (farmaci da integrare, se necessario, con una psicoterapia cognitivo-comportamentale o interpersonale) che mirano a risolvere l'episodio depressivo e a bloccare le ricadute. Superata la fase acuta si assiste di solito ad un recupero dell'auto-stima e ad un ritorno della progettualità con conseguente ricaduta positiva sulle capacità di rapporto con gli altri e di continuità nel lavoro. Parallelamente al trattamento specialistico ti potrà essere sicuramente di supporto frequentare un Gruppo di Auto-Aiuto formato da persone che soffrono di ansia e depressione che si incontrano settimanalmente per ricevere e dare sostegno, supporto, consigli, informazioni.

Se hai difficoltà a individuare un centro clinico adatto o per conoscere la dislocazione dei Gruppi di Auto-Aiuto IDEA - la Fondazione ne ha istituiti in molte regioni di Italia- puoi collegarti al sito www.fondazioneidea.it e troverai dettagli più precisi.

GRAZIE

RINGRAZIAMO tutte le aziende ed i privati che hanno scelto di destinare un contributo alla Fondazione IDEA per festeggiare tutti i loro amici in occasione di questo Natale e ringraziamo anche i loro amici per averci regalato quest'opportunità.

UN CARO SALUTO - Vogliamo ricordare con affetto un caro amico di IDEA, il Dott. Donato Madaro, prematuramente scomparso nel 2003. Il dott. Madaro, laureatosi a Pisa discutendo una tesi del prof. Cassano dal titolo "Polarità del primo episodio e successivo decorso in 236 pazienti con disturbo bipolare", era impegnato dal 2000 presso l'Ospedale Sacco di Milano dopo aver ottenuto una borsa di studio IDEA. IDEA ringrazia la famiglia per averci permesso di ricordarlo e per la donazione alla sua memoria.

IDEA RINGRAZIA gli amici di Giorgio Nurisso, che hanno voluto ricordare il loro amico, scomparso il 9 gennaio 2006, dedicando alla sua memoria una manifestazione che si terrà il 12 gennaio 2007 presso il Teatro Comunale di Porto San Giorgio (AP), con la collaborazione del Liceo Classico A. Caro di Fermo ed il patrocinio dell'Assessorato alla Cultura del Comune di Porto San Giorgio. Scopo di questa manifestazione vuole essere anche quella di raccogliere fondi da devolvere a favore della lotta contro la terribile malattia di cui Giorgio ha sofferto ed IDEA è stata scelta come destinataria di questa donazione. GRAZIE DI CUORE!

La sedia con tre gambe

Testimonianza

Enea Roversi*



Il pugile suonato barcolla sul ring, sotto i colpi incessanti dell'avversario, cercando di aggrapparsi alle corde per tirare il fiato. Non ce la fa più, aspetta soltanto il segnale dell'arbitro che metta fine all'incontro eppure, con patetico orgoglio, eccolo che rialza la testa, mena colpi nel vuoto alla vana ricerca del volto del rivale il quale, implacabile, lo raggiunge di nuovo con un'altra scarica di fendenti. Ora è disteso a terra: saprà rialzarsi da solo o dovrà aiutarlo qualcuno?

Questa immagine penso possa riflettere abbastanza fedelmente lo stato d'animo che provavo quando ero al culmine della depressione: anch'io

barcollavo e cercavo di colpire, ma l'avversario aveva risorse infinite ed io mulinavo le braccia inutilmente. I miei pugni non facevano male neppure all'aria e quelli che subivo, al contrario, lasciavano ferite profonde. La sensazione più dolorosa però era di non avere attorno a me alcuna corda a cui tentare di aggrapparmi: come e quando sarei riuscito a risollevarmi? Ogni cosa mi appariva inutile, priva di senso; persino gli interessi che avevo sempre coltivato e dai quali avevo sempre tratto piacere mi sembravano svuotati del loro significato, come se un'entità sconosciuta e maligna si fosse divertita con un'enorme siringa a risucchiare la linfa vitale.

I rapporti con le persone erano pessimi, non avevo voglia di parlare con nessuno né tanto meno di ascoltare qualcuno; per strada camminavo come un fantasma, cercando di restare rasente ai muri per evitare il più possibile ogni contatto fisico. Ero ingrassato e non era piacevole guardarsi allo specchio: di fronte a me vedevo un quarantenne goffo e gonfio, con l'espressione spenta, senza più voglia di vivere.

La situazione psicofisica era davvero preoccupante, il disagio verso me stesso e verso gli altri aumentava, insieme al senso di colpa per il sentirsi di peso nei confronti delle persone più care.

Quando il male oscuro ti avvolge nel suo abbraccio, è difficile divincolarsi perché la depressione è dura e violenta, ma sa essere anche melliflua e suadente.

Sei al buio, inerme e soprattutto ti senti solo, distante da tutto e da tutti, incapace di vivere nel mondo nel quale esisti e del quale fai parte.

A questo punto il confine tra uscire dal tunnel e peggiorare è piuttosto labile e bisogna avere la forza per trovare la giusta via d'uscita, che secondo me è una soltanto: il coraggio di chiedere aiuto. Io, fortunatamente, quando giunsi a questo confine capii che ero arrivato ad un punto di non ritorno, che peggio di così non avrei potuto stare, che avrei dovuto ad ogni costo cercare il modo per uscire e trovai il coraggio di chiedere aiuto.

Il primo aiuto, fondamentale, è venuto dalla famiglia: mia moglie e mio figlio sono stati la prima corda a cui mi sono aggrappato, la ragione di vita che mi ha dato la forza di continuare e mi rendo conto che purtroppo in molti casi la depressione colpisce con maggiore violenza laddove l'individuo è solo, senza qualcuno che lo possa aiutare nel quotidiano.

Il secondo aiuto è stato il medico di famiglia il quale, compresa la serietà della situazione, mi indirizzò al Centro di Salute Mentale della Asl, dove ho trovato un ulteriore appoggio nelle figure di una psichiatra ed una psicologa competenti e sensibili.

Le cure iniziavano a fare effetto, ma ancora non ero del tutto a posto; **mi sentivo come una sedia con tre gambe e mi mancava la quarta per darmi stabilità** (ricordo che questa immagine della sedia piacque alla psicologa che la trovò particolarmente efficace).

Ed ecco che, nel marzo del 2005, riuscii a trovare la quarta gamba della sedia ed a ritrovare un po' per volta quella stabilità che mi mancava da tempo: **IDEA, era questa la gamba mancante.**

Nei gruppi di auto-aiuto ho riscoperto la voglia di parlare con gli altri e la capacità di ascoltare gli altri, di stare insieme a persone con cui condividere qualche cosa, seppure questa cosa sia un'esperienza il più delle volte assai dolorosa. Ed è proprio nella condivisione che sta secondo me la forza principale di Idea, è grazie a questa condivisione, a questo continuo interscambio di esperienze e testimonianze che ci si sente aiutati e si riesce ad aiutare e sono convinto che dall'esperienza di un gruppo di auto-aiuto ne escono arricchiti sia i fruitori che i facilitatori.

Fin dal primo incontro cui ho partecipato mi sono reso conto della serietà che sta alla base di Idea e della disponibilità da parte di chi vi opera ad ascoltare chi soffre e proprio quest'ultimo punto è secondo me assai importante perché ascoltare gli altri non è facile, non tutti ne siamo capaci, condizionati forse da una società in cui molte persone tendono ad emergere, spesso ignorando o addirittura prevaricando il prossimo.

Mi resi conto un po' per volta che qualcosa dentro di me stava cambiando, che quell'uomo taciturno, ombroso ed insopportabile che ero diventato dava segni di migliora-

mento: la sedia si stava dunque assestando, l'equilibrio era un po' meno precario di quanto fosse in precedenza.

Ho frequentato il gruppo per circa otto mesi, poi ho dovuto abbandonare per impegni di lavoro, ma a quel punto mi sentivo finalmente guarito; naturalmente il merito non va esclusivamente alla frequentazione del gruppo di auto-aiuto, il trattamento con gli psicofarmaci dapprima e la psicoterapia poi, sono stati determinanti per la guarigione e senza di essi il calvario sarebbe stato sicuramente più lungo e doloroso.

Però mi sento di poter affermare senza alcun dubbio che quegli incontri settimanali, nella stanza della Fondazione Idea, insieme a persone che inizialmente non conoscevo e che poi ho considerato amiche, ebbene quegli incontri sono stati importanti ed hanno contribuito a scalfire quella patina di grigio che mi aveva ricoperto.

Mi è sembrato perciò naturale mantenere i contatti con Idea e nei mesi di gennaio e febbraio del 2006 ho frequentato il corso per facilitatori tenutosi presso la sede di Bologna, grazie al quale ho potuto approfondire le mie conoscenze sull'argomento depressione e soprattutto apprendere importanti e per me nuove cognizioni in materia.

Ora partecipo all'attività di Idea come volontario e nonostante la mia esperienza di facilitatore sia ancora quella del novizio, la ritengo altamente gratificante.

Cerco di mettere il massimo dell'impegno in questa attività, sperando che tale impegno possa essere sempre sorretto da due imprescindibili qualità: la già citata capacità di saper ascoltare e la sensibilità nell'affrontare una tematica così delicata come la depressione.

In fondo, guarire è possibile: l'importante è trovare la forza di chiedere aiuto, di uscire allo scoperto, senza avere paura di ciò che dice la gente.

Se il depresso riesce a trovare dentro di sé quella forza, allora potrà sperare di riappropriarsi della serenità perduta, potrà sperare di riavere quell'equilibrio che gli manca e magari, sentendosi guarito, alla fine festeggiare ad un'enorme tavola imbandita, attorniato di sedie, tutte doverosamente con quattro gambe.

* Volontario IDEA Nucleo di Bologna

Ringraziamo il Sig. Enea per la sua bella testimonianza, rinnovando l'invito a tutti i nostri gentili lettori ad inviarci articoli e testimonianze, personali o dei propri cari, affinché l'esperienza di chi ha sofferto possa essere di aiuto ad altri



Il Disturbo Borderline di Personalità

Antonella Benvenuti*

Verso la fine del diciannovesimo secolo, alcuni medici descrissero forme psicopatologiche che potevano situarsi a metà di un continuum fra normalità ed "insania". I pazienti affetti da questi disturbi presentavano una intensa instabilità della sintomatologia con rapide oscillazioni fra un comportamento "normale" e la psicosi conclamata, altri presentavano forme lievi, "temperamentali" di schizofrenia, con un decorso non maligno e non degenerativo. Il termine "borderline" (letteralmente "al limite") venne usato inizialmente in ambito psicoanalitico per descrivere forme di "nevrosi" particolarmente resistenti al trattamento e forme di "psicosi" che davano, invece, buoni risultati. Il concetto di borderline definiva, quindi, dei disturbi mentali che sembravano situarsi al confine fra nevrosi e psicosi. Le prime descrizioni cliniche di questi pazienti risalgono agli anni '30 del secolo scorso. I pazienti "borderline" venivano descritti come soggetti ipersensibili, narcisisti, con bassi livelli di autostima e la tendenza ad utilizzare meccanismi di difesa proiettivi. Soltanto alla fine degli anni '60 si sentì la necessità di individuare dei criteri diagnostici che permettessero di identificare i pazienti con questo tipo di disturbo ed indirizzarli ad un trattamento idoneo. Da allora le diverse scuole di pensiero hanno proposto ciascuna i propri criteri diagnostici sulla base delle distinte teorie sulla patogenesi e il trattamento del disturbo. Negli anni '80 gli autori del Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali

(DSM) decisero di considerare il disturbo borderline un disturbo di personalità e cercarono di mettere ordine fra le diverse definizioni e di individuare criteri diagnostici univoci. Il disturbo di personalità borderline, per come definito dall'ultima edizione del DSM, ha una prevalenza del 2% nella popolazione generale e del 10% in ambiente psichiatrico ambulatoriale che sale fino al 20% fra i pazienti ricoverati in cliniche specialistiche. Le femmine sono più colpite dei maschi (circa il 75%). **Questo disturbo di personalità si associa spesso a disturbi dell'umore, disturbi della condotta alimentare, disturbo da uso di sostanze e al disturbo post-traumatico da stress, dando luogo a quadri clinici complessi e difficili da trattare, sia con i farmaci, sia con la psicoterapia.**

Come gli altri disturbi di personalità, il disturbo di personalità borderline ha un esordio durante la prima età adulta, anche se molti pazienti manifestano i primi sintomi già durante l'infanzia, ed interferisce con l'adattamento familiare, sociale, scolastico e quindi lavorativo del paziente. E' caratterizzato da una intensa instabilità nel campo delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore, che si associa ad una marcata impulsività. Questi pazienti possono passare rapidamente da momenti di rabbia intensa, alla disperazione, al panico per poi tornare apparentemente sereni anche nell'arco di poche ore. La vita appare loro costantemente vuota, priva di emozioni, di interessi e di significato, hanno il costante bisogno degli altri e vivono nel terrore di essere abbandonati e lasciati a se stessi, spesso ossessionano amici, par-

terner e parenti con telefonate ripetute o rifiutando di allontanarsi da loro fisicamente. Nonostante la continua ricerca di aiuto non riescono a mantenere relazioni stabili e passano da folgoranti amicizie e passioni all'odio e al rancore. Le loro relazioni sono caratterizzate da litigi continui, rotture e rappacificamenti. Purtroppo, le strategie messe in atto per evitare l'abbandono e la modalità intensa di vivere i rapporti, anziché avvicinare partner ed amici finiscono il più delle volte per spaventarli e allontanarli. Spesso parenti, amici, datori di lavoro, terapeuti sono accusati di aver tradito la loro fiducia o di aver tramato alle loro spalle e i rapporti vengono bruscamente interrotti. Le storie di questi pazienti sono costellate di fallimenti sentimentali e lavorativi e da forti sentimenti di ambivalenza nei confronti dei partner o dei colleghi di lavoro ritenuti di volta in volta le vittime o la causa delle loro disavventure. **La sospettosità nei confronti degli altri può, talora, sfociare in veri e propri deliri di persecuzione** anche se, di solito, la comparsa di sintomi psicotici quali deliri o allucinazioni, si associa a forti stress, come un abbandono, o alla fase acuta di un disturbo dell'umore (depressione o eccitamento) o all'uso di sostanze. La capacità di percepire il "sé" e, di conseguenza, i livelli di autostima dipendono essenzialmente dal giudizio degli altri e dalle relazioni del momento, per questo, inevitabilmente, oscillano anche nell'arco della stessa giornata senza consentire al paziente di fare progetti duraturi per il futuro. L'impulsività può essere di due tipi: deliberatamente autodistruttiva con automutilazioni

(tagli, bruciature di sigarette), minacce di suicidio o tentativi di suicidio, oppure esprimersi in forme più generiche come l'uso di sostanze, abbuffarsi di cibo, spendere in modo eccessivo, guidare in modo spericolato. Anche l'uso di sostanze è spesso un modo per provare nuove esperienze, per vincere la noia o per essere accettati dal gruppo, così come i tatuaggi, i piercing, l'abbigliamento o il look eccessivi. Il suicidio si verifica nell'8-10% dei casi. I comportamenti autolesivi sono spesso precipitati dalla minaccia di una separazione, dal rifiuto, dalla necessità di assumersi responsabilità che vengono vissute dal paziente "borderline" come insormontabili e terrificanti. La comorbidità con disturbi dell'umore e disturbi da uso di sostanze aumenta il rischio suicidario e la mortalità.

Le cause del disturbo borderline di personalità sono complesse e diversi fattori interagiscono fra loro per determinarne l'esordio. E' stato ipotizzato che fattori genetici ed esperienze negative durante l'infanzia possano causare le tipiche alterazioni della sfera emotiva e l'impulsività che a loro volta si tradurrebbero sul piano comportamentale nelle difficoltà interpersonali e negli atteggiamenti autolesivi tipici del disturbo. Tuttavia gli studi genetici non sono a tutt'oggi in grado di identificare geni specifici responsabili del disturbo e il peso dell'ereditabilità non supererebbe il 50%. Al tempo stesso gli eventi negativi durante l'infanzia, fra i quali anche l'abbandono o l'abuso, non sembrano essere da soli necessari né sufficienti per lo sviluppo del disturbo.

Dal punto di vista neurobiologico il sistema serotoninergico è l'imputato principale per le oscillazioni del tono dell'umore, l'impulsività e l'aggressività. Da alcune sofisticate indagini strumentali sarebbero emerse alterazioni a carico delle regioni prefrontali

del cervello e dell'amigdala, aree deputate al controllo degli impulsi e alla regolazione dell'emotività. Non è tuttavia possibile stabilire con certezza se queste alterazioni, peraltro non presenti in tutti i pazienti, siano alla base del disturbo o se ne siano una conseguenza.

Il disturbo borderline di personalità è di difficile approccio terapeutico sia farmacologico che psicoterapico. Le difficoltà sono dovute in parte all'estrema variabilità del quadro clinico, in parte alla necessità di mantenere uno stabile e duraturo rapporto medico-paziente. **Il soggetto borderline passa infatti rapidamente dal ruolo di supplice, bisognoso di aiuto a quello del vendicatore di ipotetici torti subiti, diventa aggressivo, oppositivo, rifiuta o boicotta il trattamento.**

Fra le diverse tecniche psicoterapeutiche proposte, efficaci sono risultate alcune varianti della terapia cognitivo comportamentale e della terapia psicodinamica. L'approccio psicoterapico in questi casi punta sulla necessità di insegnare al paziente come controllare le proprie emozioni e sopportare gli stress emotivi fornendogli nuove e più funzionali strategie per affrontare i conflitti interpersonali. Particolare attenzione deve essere posta al problema del suicidio il cui rischio deve essere sempre attentamente monitorato.

Vista l'estrema varietà del quadro clinico, le linee guida per il trattamento farmacologico consigliano di valutare attentamente quali siano i sintomi dominanti. Diversi studi farmacologici hanno indicato l'efficacia degli antidepressivi serotoninergici nel controllare la depressione, la sensazione di vuoto, i sintomi d'ansia e l'impulsività. Gli stabilizzanti dell'umore sono stati utilizzati nel caso di spiccata aggressività e oscillazioni marcate del tono dell'umore, mentre i neurolettici a

basse dosi sembrano essere efficaci nel controllare la sospettosità e l'ostilità nei confronti degli altri. Purtroppo gli studi farmacologici su questi pazienti hanno numerose limitazioni: i pazienti scelti sono generalmente non gravi e un gran numero abbandona lo studio prima che sia stato possibile valutare l'efficacia

del farmaco.

La terapia combinata farmacologica e psicoterapica sembra a tutt'oggi essere la strada migliore per affrontare questo tipo di disturbo.

Il decorso del disturbo è caratterizzato da una fase iniziale di maggiore compromissione sociale e lavorativa con frequente ricorso a strutture sanitarie o per la salute mentale. In questa fase è più elevato il rischio di suicidio. Fra i 30 e i 40 anni la maggior parte dei pazienti raggiunge una maggiore stabilità nelle relazioni e nel funzionamento professionale, tanto che a 10 anni dal primo ricorso allo specialista il 75% dei soggetti non mostra più una modalità di comportamento che soddisfi i criteri per il disturbo. Purtroppo il disturbo borderline di personalità rimane comunque devastante per molti di questi soggetti che vedono definitivamente compromessa la possibilità di raggiungere i livelli di rendimento socio-lavorativo che ci si sarebbe aspettati se non avessero sviluppato il disturbo. Lo stigma sociale nei confronti di chi ha fatto uso di sostanze, anche se non continuativo, la perdita di anni di studio e il mancato raggiungimento degli obiettivi scolastici, l'instabilità in ambito affettivo e lavorativo spesso impediscono loro di integrarsi socialmente anche dopo aver ottenuto una remissione completa. Senza dimenticare l'elevato tasso di mortalità per suicidio (fino al 10%). Risulta, inoltre, difficile calcolare quanti di questi pazienti perdano la vita a seguito di incidenti stradali per guida spericolata, overdose, malattie infettive quali HIV ed epatiti virali. Alcuni pazienti porteranno per tutta la vita cicatrici e menomazioni più o meno gravi conseguenze dei gesti automutilanti.

Ancora molto resta da imparare sul disturbo borderline di personalità. La diagnosi è ancora troppo spesso tardiva e il paziente giunge all'osservazione del medico quando le sue capacità di adattamento socio-lavorativo sono già compromesse. Il riconoscimento precoce dei sintomi, che possono essere presenti anche durante l'infanzia, potrebbe favorire un più precoce intervento e una prognosi migliore.

Inoltre, accanto al trattamento del paziente, sarebbero auspicabili interventi di tipo psicoeducazionale rivolti ai familiari che consentano una loro partecipazione attiva al trattamento e che forniscano indicazioni utili per la gestione del paziente fra le mura di casa.

* Specialista in Psichiatria
Clinica Psichiatrica, Università di Pisa



Notizie dal Mondo

Pisa

I volontari di IDEA, provenienti dalle sedi di Milano, Bologna e Roma, hanno partecipato ad un interessantissimo Convegno tenutosi a Pisa lo scorso 8 e 9 novembre, rispettivamente sui temi "Adolescenza in crisi" e "L'amministratore di sostegno e la tutela dei diritti del paziente non competente".

I nostri volontari ritengono importante, a questo proposito, informare, coloro che non ne fossero già a conoscenza, che la **Legge 9 gennaio 2004** ha introdotto in Italia la

figura della "Amministrazione di sostegno", un nuovo istituto di protezione civilistica volto a tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana. Perciò, le persone che, a causa di tale infermità, si trovano nella situazione, anche solo temporanea, di non poter provvedere ai propri interessi o ad alcuni interessi specifici, possono essere assistite da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare, il quale provvederà anche ad indicare "quali operazioni" debbano essere compiute in nome e per conto dell'interessato. Per tutti gli atti non espressamente menzionati, il soggetto conserverà la sua piena capacità di agire.



GIORNATA DI STUDIO
L'amministratore di sostegno e la tutela dei diritti del paziente non competente

PROGRAMMA
9-9 20 Saluti delle autorità
Presentazione della giornata: Giovanni B. Cassano (Università di Pisa)
Prima Sessione: moderatori Enzo Invernizzi, Procuratore Capo (Pisa), Giovanni B. Cassano
9-30-11-00
-Vittorio Valentini, Psichiatra (BO) "Nuovo dibattito: i risvolti di merito in legge 62004"
-Marco Dell'Orto, Giudice tutelare (PI); Francesco Picardi, Giudice (PI) "Gli aspetti giuridici"
-Carla Marucci, Avvocato (LL) "La difesa dei diritti"
Discussione
11-15-11-30 Intervento
Seconda Sessione: moderatori Maria Guazzelli (Pisa), Giuseppe Zanda (Luzza)
11-30-13-00
Luigi Formanini, Psichiatra (Genova) "Aspetti deontologici ed etici"
Giuseppe Cecchi Coordinatore Sociale (Pisa) "Aspetti sociali"
Giulio Guili, Regione Toscana (Firenze) "La tutela dei diritti in Regione Toscana"
13-00-13-30 Discussione
13-30-14-30 Pausa pranzo
Terza Sessione: moderatori Corrado Rossi (Pisa), Annibale Fanali (Pisa)
14-30-16-00
Fabiano Pizzi, "Associazione I'Alba" (Pisa) "Dal punto di vista degli utenti"
Alessandra Arrighetti, Ceis (Livorno) "L'amministratore di sostegno nella dipendenza"
Renzo Ramondi, Psichiatra (Massa) "Il trattamento psichiatrico"
16-17 Diastico
Conclusioni, Giovanni B. Cassano

Lavori in corso informazioni sulle prossime iniziative dei nuclei locali

- | | | |
|---|--|--|
| <p>Nucleo di Bologna
Kermesse del cashmere (21/22 Ottobre 2006)
Torneo di burraco (13 Novembre 2006)
"Progetto Scuola", incontri - dibattito con studenti ed insegnanti di alcuni licei della città. Si articolerà in un corso per insegnanti (05/12/19 Febbraio 2007) presso la sede della Fondazione e in una decina di incontri con alunni, genitori e docenti.
Ciclo di incontri - conferenze con l'Ordine dei Farmacisti di Bologna/Rimini, patrocinato dall'Università. Gli incontri avranno inizio alla fine di gennaio 2007 e dureranno per tutto l'anno.
per maggiori informazioni consultare il sito "www.fondazioneidea.it" cliccando su "NUCLEI LOCALI di IDEA"</p> | <p>Nucleo di Genova
Ciclo di incontri-conferenze nel Foyer del Teatro della Corte sul tema depressione (9/16/23/30 novembre - 7 dicembre 2006)</p> <p>Nucleo di Milano
10 Novembre - Conferenza "L'ipocondria: una patologia tra ansia, psicosi e ossessività" (Dott.a E. Di Nasso) c/o Sala Consigliere
01 Dicembre - Conferenza "Gli sbalzi d'umore quando sono sintomo di malattia" (Dott.a E. Di Nasso) c/o Sala Consigliere</p> | <p>Nucleo di Roma
Sportello giovani: Tutti i giovedì, dalle 16.00 alle 17.00 c/o la sede è attivo uno Sportello Giovani, dedicato a persone che rientrano in una fascia d'età tra i 18 e i 30 anni circa. Ad esso si dedicheranno espressamente due volontari facilitatori.
Gruppo di lettura: Presso la sede, il venerdì dalle 17.15 alle 19.15, vi saranno incontri in cui i partecipanti leggeranno insieme opere dal contenuto attinente alle tematiche psicologico-mentali, sulle quali riflettere e meditare insieme.</p> |
|---|--|--|

Buon Natale!!!



La Fondazione IDEA vuole cogliere l'occasione dell'avvicinarsi delle prossime festività natalizie per ringraziare tutti i nostri volontari, i medici che si dedicano alla cura dei malati e i ricercatori che, attraverso il loro costante impegno ci consentono di portare avanti i nostri importanti progetti. Ringraziamo tutti i nostri affezionati lettori, i nostri fedeli benefattori, i nostri sponsor e tutti coloro che con un gesto e con una parola ci hanno sostenuto in tutti questi anni, con la speranza che possano essere sempre più numerosi per il futuro e

a tutti Voi, AMICI DI IDEA, AUGURIAMO UN FELICE E SERENO NATALE ED UN MERAVIGLIOSO 2007..... PERCHE' L'UMORE E' UNA COSA MERAVIGLIOSA!!!



“IDEArisponde...”



IDEArisponde: un servizio al paziente e alla sua famiglia. Un gruppo di volontari, che hanno seguito un apposito corso di formazione, risponde alle telefonate dei pazienti e dei loro familiari per dare ascolto, conforto, consiglio, informazioni.

IDEArisponde, in diretta:

Milano (Lunedì-Venerdì ore 9-18) 02 65.41.26

Roma (Lunedì-Venerdì ore 15.30-19) 06 48.55.83

Bologna (Lunedì-Mercoledì 16-19 e Giovedì 10-13) 051 64.47.124

Genova (Lunedì e Mercoledì 16-18, Martedì e Giovedì 10-12) 010 24.76.402

Numero verde Lombardia S.O.S. DEPRESSIONE 800122907

Condividere questa IDEA

Fondazione IDEA: un progetto da condividere, un aiuto che puoi dare

Diventa sostenitore della Fondazione IDEA. Contribuirai così a sviluppare le iniziative di IDEA ed entrare in una rete di scambi e di solidarietà.

€ 25,00 - € 50,00 - € 150,00 - € 250,00 ed oltre

La quota può essere inviata tramite:

- **Assegno non trasferibile** intestato ad IDEA
- **Versamento sul c/c postale** n. 25997206, intestato ad IDEA
- **Bonifico Bancario** sul c/c n. 37855/01001 della Banca Popolare Commercio & Industria, Ag. n.1, Via Moscova 33, Milano, CIN K, ABI 5048, CAB 01601; oppure sul c/c n. 44059 della Banca Popolare di Milano, Ag. n. 5, Piazza Medaglie d'Oro 1, Milano, CIN J, ABI 05584, CAB 01605.

Attenzione: nella causale del Bonifico scrivete anche il vostro nome e indirizzo altrimenti il vostro contributo arriverà anonimo e non sarà possibile iscrivervi, o confermarvi tra i nostri sostenitori.

Contributi da aziende: è detraibile dalle imposte fino al 2% del reddito di impresa.

I sostenitori riceveranno IDEA Notizie e altre comunicazioni per essere di continuo informati sullo sviluppo e le iniziative di IDEA.

Grazie per l'aiuto: è una buona IDEA!

I D E A

Direttore responsabile
Roberto Bianchin

Comitato di redazione
Antonio Tundo, Paolo Cioni, Enrico Poli

Coordinamento grafico/editoriale
ZAP srl - Roma

Presidente
Sergio Camerino

Tesoriere
Carla Ceppi

Pubblicazione trimestrale

Sede: Via Statuto 8 - 20121 Milano - Tel. 02 65.39.94 Fax 02 65.47.16
<http://www.fondazioneidea.it> - e-mail: idearisponde@tin.it

Nucleo Bologna • Via Barberia 18 - 40123 Bologna

Nucleo Brescia • Via Cimabue 16 - 25134 Brescia

Nucleo Genova • Piazza Stella 5/4 - 16123 Genova

Nucleo Macerata • Via Gramsci 30 - 62100 Macerata

Nucleo Napoli • Parrocchia SS. Redentore e S. Ciro
Via Carnaro, 2 - 80124 Napoli

Nucleo Roma • Via Frangipane 38 - 00184 Roma

Nucleo Trieste • Via Don Minzoni 5 - 34124 Trieste