

*A nonno Vincenzo,  
Mi manchi*

## INDICE

INTRODUZIONE .....	1
OBIETTIVO DELLO STUDIO .....	2
ABSTRACT .....	4
MATERIALI E METODI .....	4
1. BACKGROUND TEORICO .....	6
1.1 Definizione della malinconia e la gestione infermieristica <sup>[1]</sup> .....	6
1.2 Definizione dell'angoscia e gestione infermieristica.....	10
2. IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE.....	13
2.1 La componente filonarrativa della depressione .....	13
2.2. Il disturbo depressivo maggiore e le sue manifestazioni .....	15
3. L'ADOLESCENZA E LE SUE FORME.....	18
3.1 Adolescenza e psicopatologia.....	18
3.2 Adolescenza e senso di colpa.....	20
4. DEPRESSIONE E ADOLESCENZA .....	24
4.1 La questione del disturbo depressivo maggiore a livello mondiale.....	24
4.2 La depressione in adolescenza.....	26
4.3 Psicofarmacologia dei disturbi dell'umore in adolescenza.....	30
5. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	34
5.1 Promozione alla salute .....	34
5.2 Prevenzione alla salute mentale.....	36
Dalla sanità comunitaria alla prevenzione .....	37
Legislazione e prevenzione.....	40
6. TIPOLOGIE DI PREVENZIONE E PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE ....	42
6.1 Prevenzione primaria .....	42

6.2 Prevenzione secondaria.....	43
6.3 Prevenzione terziaria.....	45
6.4 Prevenzione quaternaria.....	45
6.5 Prevenzione alla salute mentale in adolescenza .....	47
7. INTERVENTO SPERIMENTALE .....	52
7.1 Introduzione .....	52
7.2 Abstract.....	53
7.3 Materiali e metodi.....	53
7.4 La figura dell'infermiere scolastico.....	53
7.5 Discussione dei risultati dell'intervento di promozione della salute .....	60
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	66
Allegato n.1.....	69
Allegato n.2.....	72
Allegato n.3.....	74
Allegato n.4.....	75
RINGRAZIAMENTI.....	76

## **INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni la medicina moderna ha assistito ad un sensibile aumento dell'incidenza delle patologie psichiche, soprattutto all'interno della popolazione adolescenziale e in età scolare. Questo ha portato, com'era prevedibile, ad un aumento degli effetti collaterali tipici di tali disturbi, nel mondo giovanile: suicidi, disturbi dell'alimentazione, isolamento sociale, mancata interazione con i compagni.

Andando a ricercare le motivazioni di tale aumento, all'interno della letteratura di riferimento, si è visto che, non solo in ambito infermieristico non era mai stata presa in considerazione la questione, ma che a livello nazionale non si erano mai svolti programmi di prevenzione primaria e secondaria e di promozione della salute, a carattere sanitario.

Il presente lavoro, quindi, nasce innanzitutto come ricerca e come revisione narrativa di una letteratura soprattutto anglosassone, e cerca di capire il motivo per cui in Italia non vengono investite risorse nella promozione della salute e nella prevenzione all'esposizione a fattori di rischio, che aumentano il tasso di incidenza di tali disturbi.

La popolazione giovanile, in questi anni, è stata particolarmente coinvolta in un disagio adolescenziale, che va oltre a quello meramente fisiologico, tipico di questo periodo di crescita e di transizione. Secondo le banche dati nazionali, l'età media di diagnosi di un disturbo depressione sta scendendo sempre di più, e occorre capire il motivo di tale declino.

All'interno di questo testo, si è ipotizzata una mancanza di informazione e di formazione, una mancata divulgazione scientifica in merito: probabilmente se la popolazione tutta, e in particolar modo gli adolescenti, sapessero quali siano i fattori di rischio correlati, le caratteristiche definenti il disturbo psichico e le conseguenze di tali patologie, il tasso d'incidenza potrebbe essere inferiore. Questo argomento è particolarmente caro alla figura infermieristica, chiamata ad intervenire non solo sul singolo ma sull'intera comunità, dal momento che la salute collettiva va oltre la salute del singolo. L'infermiere, essendo un professionista della salute e potendo intervenire non solo a livello curativo e palliativo, ma anche riabilitativo e preventivo, potrebbe essere l'incaricato del reinserimento sociale del soggetto con diagnosi di disturbo psichico, e il responsabile di divulgare l'educazione sanitaria in merito.

La seconda parte di questo lavoro riguarda, invece, lo studio a carattere sperimentale. Dopo aver ricercato nella letteratura di riferimento, attraverso una revisione letteraria

della letteratura, si è proceduto con la programmazione e l'attuazione di uno studio sperimentale preventivo sul campo e sulla comunità.

Lo scopo di tale intervento è portare la figura infermieristica in un luogo frequentato dalla popolazione, ritenuta dalla letteratura "a rischio": da questo momento, quindi, si concretizza l'idea di portare educazione sanitaria nelle scuole, come progetto approvato dal Collegio Docenti, sul tema della depressione adolescenziale e sui disturbi depressivi a cui si potrebbe andare incontro, in questi anni della vita così delicati e complessi.

Portare l'infermiere all'interno della scuola, per intervenire a livello di prevenzione primaria e secondaria, e per fare progetti di promozione della salute, sarebbe un vero e proprio traguardo. È doveroso sottolineare un aspetto: questo è un intervento del tutto innovativo, sia per quanto riguarda la sensibilizzazione alla tematica della depressione e della patologia mentale, sia riguardo l'introduzione di una figura professionale, quale l'infermiere, all'interno dell'Istituto Scolastico.

Un professionista della salute potrebbe fare educazione sanitaria in modo olistico, a tutte le classi e in modo trasversale, non solo riguardo l'ambito psichiatrico, ma anche riguardo il mondo delle patologie sessualmente trasmissibili, prevenzione all'igiene pubblica (es. vaccinazioni obbligatorie immunità di gregge, ecc.), educazione alle grandi patologie, diffuse soprattutto nel modo adolescenziale come mononucleosi, meningite, diabete, epilessia, educazione agli interventi precoci in emergenza (RCP durante infarto acuto del miocardio, manovre di disostruzione delle vie aeree durante ostruzione completa da corpo estraneo).

L'infermiere, in futuro, potrebbe essere anche inserito all'interno di una equipe multidisciplinare, coadiuvato da logopedisti, ostetrici, assistenti sociali, educatori professionali, fisioterapisti: si darebbe, in questo caso, agli studenti un'informazione molto più ampia, più dettagliata e più precisa delle varie tematiche, aumentando il livello di formazione scolastica e educazione sanitaria.

## **OBIETTIVO DELLO STUDIO**

Lo scopo di tale lavoro è, innanzitutto quello di capire la motivazione di una crescita così esponenziale riguardo il malessere in ambito psichiatrico. Per fare questo si è proceduto

con una revisione narrativa della letteratura scientifica di riferimento, e con la lettura dei capisaldi della psicanalisi moderna, in particolare modo Recalcati, Borgna e Bonomi.

La lettura e la ricerca all'interno di questi testi magistrali ha promosso l'instaurazione del nostro primo obiettivo, che costituisce il primo capitolo, ovvero l'analisi del background teorico attorno alla depressione, al malessere esistenziale e all'angoscia.

Una volta definito il nostro campo di interesse, da un punto di vista prettamente culturale, siamo passati ad analizzare il disturbo depressivo maggiore, con accezione clinica e specialistica, attingendo al DSM-V e ai testi degli psichiatri come Bernardo Nardi. Questo ha costituito il secondo obiettivo dello studio, descritto nel secondo capitolo: vi era la necessità di uniformare il sapere e la ricerca attorno alla depressione, dando un taglio maggiormente scientifico e, soprattutto, approfondendo la componente assistenziale della clinica.

A questo punto ci siamo interrogati su quale popolazione concentrare la nostra ricerca e, stando ai dati INSTAT, si è assistito ad un esponenziale aumento di disagio psichico tra gli adolescenti del nostro Paese. Il nostro terzo obiettivo si è concretizzato quindi ai capitoli numero 3 e numero 4, con lo studio dell'adolescenza, della psicopatologia adolescenziale e del senso di colpa, tipico di questa fase. Inoltre, abbiamo cercato di correlare la sintomatologia depressiva con la fase adolescenziale, attingendo soprattutto ad articoli scientifici RCT e a revisioni sistematiche della letteratura di riferimento.

Ricercando e chiedendo pareri agli esperti, siamo giunti alla conclusione che la depressione e la sua sintomatologia sono così diffuse, soprattutto nei giovani, perché non vengono prevenute: se venisse fatta una prevenzione primaria e secondaria, con programmi di screening e programmi di promozione della salute, l'incidenza di tale malattia sarebbe sicuramente meno impattante. Il quinto e il sesto capitolo si propongono, infatti, di analizzare la definizione di promozione e prevenzione della salute, le varie tipologie che esistono in campo medico, e la loro applicazione nel mondo psichiatrico.

La seconda parte del presente lavoro incomincia al capitolo settimo, in cui vi è come obiettivo principale l'applicazione di un progetto: si cerca di portare la figura infermieristica all'interno di un istituto scolastico per effettuare un intervento di promozione della salute in ambito psichiatrico.

## **ABSTRACT**

Il presente lavoro si propone di raccogliere le indicazioni, riguardo la prevenzione e la promozione della salute in ambito psichiatrico, in una revisione letteraria della letteratura. Se la letteratura italiana risulta essere scarna e povera in tale argomento, il mondo anglosassone offre invece spunti interessanti riguardo la prevenzione, soprattutto quella primaria, da implementare nel nostro Paese. La popolazione di riferimento è quella adolescenziale, in cui si è assistito un aumento sensibile del rischio di sviluppare una qualche patologia psichica, in modo particolare riguardo la depressione. La conclusione di tale ricerca, infatti, ruota attorno al fatto che in Italia non viene investita alcuna risorsa, in termini di promozione della salute psichiatrica; questo potrebbe essere anche il risultato di una mancata informazione e formazione della popolazione a riguardo.

**Parole chiave:** Adolescenza, Depressione, Prevenzione primaria, Promozione della salute.

## **MATERIALI E METODI**

La ricerca riguardo le manifestazioni depressive in età adolescenziale nasce, innanzitutto da una revisione narrativa della letteratura. Dopo aver creato una stringa di ricerca, si è proceduto alla sua applicazione su database a carattere scientifico, quali Pubmed, Google Scholar, Cinhal Plus. Sono stati ricercati gli articoli in full text e con anno di pubblicazione dal 2010 in poi, e quelli che rispondevano in modo più completo al quesito di ricerca. Sono stati inseriti nella bibliografia e nella revisione della letteratura, anche articoli risalenti ad anni precedenti, ma che costituivano fonti essenziali, per la comprensione del fenomeno.

Per quanto riguarda la parte prettamente teorica della depressione, della malinconia e dell'inquietudine esistenziale, si è partiti dallo studio dello psicoterapeuta Massimo Recalcati, per poi continuare nella lettura di autori del passato e attuali, incrociando le varie poetiche e le varie concezioni riguardo la salute mentale e i diversi approcci possibili.

L'attenzione si è poi spostata sulla figura e il ruolo infermieristico all'interno della salute mentale, sulla gestione del paziente e i diversi metodi di intervento, oltre alla definizione

della popolazione target (adolescenti 14-19 anni), su cui intervenire. A questo punto abbiamo quindi cercato di definire la dicotomia perentoria che vi è tra il disagio adolescenziale e il disturbo depressivo maggiore, cercando di definire segni e sintomi di entrambi le situazioni, sottolineando quanto il primo sia del tutto fisiologico, mentre il secondo abbia dei connotati patologici. Nel proseguire con lo studio, abbiamo anche ricercato quelli che sono gli interventi durante le fasi acute, la gestione infermieristica di questi pazienti, la terapia e i trattamenti disponibili, e la riabilitazione.

Ciò che ci premeva, d'altronde, fin dall'inizio della ricerca, era l'ambito preventivo; si è quindi ristretto il ventaglio della ricerca in campo psichiatrico, attorno alla prevenzione primaria e secondaria nell'ambito depressivo adolescenziale.

La revisione narrativa della letteratura è stata concretizzata e schematizzata attraverso un foglio Excel, così da creare una tabella riassuntiva delle parti più salienti degli articoli presi in considerazione per tale ricerca (Allegato 1).

Ci siamo rivolti al CSM di Ancona, contattando il coordinatore Alessandro Pazienza, per avere maggiori informazioni riguardo la depressione adolescenziale, e i relativi programmi preventivi: anche in questo caso, come temevamo, non sono mai stati attuati programmi di prevenzione primaria sul territorio, ma al contrario è nata un'associazione, chiamata Argento Vivo, che risponde alla forte esigenza di trattamento, essendo aumentati i casi di patologie acute mentali tra gli adolescenti. Anche in questo caso, quindi, l'unica prevenzione che viene messa in atto, è quella terziaria all'interno dei programmi di follow up del CSM, oppure all'interno della struttura Casa Rosa, ad Ancona.

# 1. BACKGROUND TEORICO

## 1.1 Definizione della malinconia e la gestione infermieristica

Il 1900 viene considerato dallo psichiatra Massimo Recalcati, come il secolo della *grande paranoia*, come un dramma per la nostra memoria storica. Senza dubbio, infatti, sono stati anni pieni di *cosmo e caos* come direbbero gli antichi greci, in preda ai totalitarismi, alle insurrezioni contro di essi, il tutto governato da una filosofia dedita alla massificazione. Sono gli anni della propaganda, dell'uso della parola come plagio per la massa, della tirannia vista come unico strumento per riportare l'ordine, dopo la Grande Guerra. Il popolo era ignorante e facilmente governabile, non si poneva domande e gli uomini potenti lo gestivano come animali al pascolo. La filosofia, l'arte, la letteratura, la moda, i giornali, ogni materia della vita quotidiana suggeriva regole e stili di vita, modelli di riferimento ai quali il cittadino *doveva* aderire, per avere ancora il diritto di essere chiamato tale.

Oggi, invece, abbiamo raggiunto senza dubbio la *libertà*, principio su cui viene fondata la democrazia: il popolo non viene più visto come una *massa* ma come un insieme di persone aventi uguali diritti, ma ognuna differente in quanto tale. Questo in un'epoca priva di ideali ha portato alla teoria dell'*atomizzazione*, la società diventa *liquida*<sup>1</sup>, vi è un *culto freneticamente nichilistico del consumismo*<sup>2</sup>. La società ha perso la propria dimensione compatta, che l'aveva caratterizzata nel secolo precedente, e si trova quindi *sola* di fronte ai nuovi problemi quotidiani. Non esistono più ideali dietro i quali nascondersi, l'individuo deve accettare le proprie responsabilità e non ne è capace.

Si parla quindi della *clinica del vuoto*, ovvero uno studio dell'uomo vuoto, senza inconscio, smarrito, avido, impersonale. Ha ottenuto la libertà che tanto desiderava dopo i grandi totalitarismi, per poter espandere i propri orizzonti e, nonostante questo, rimane

---

<sup>1</sup> Zygmunt Bauman: Per Bauman tra le caratteristiche di questo presente in stato nascente si può annoverare la crisi dello Stato (quale libertà decisionale rimane agli stati nazionali di fronte ai poteri delle forze supranazionali?). Scompare un'entità che garantiva ai singoli la possibilità di risolvere in modo omogeneo i vari problemi del nostro tempo, e con la sua crisi ecco che si sono profilate la crisi delle ideologie, e dunque dei partiti, e in generale di ogni appello a una comunità di valori che permetteva al singolo di sentirsi parte di qualcosa che ne interpretava i bisogni.

<sup>2</sup> M.Recalcati (2019), *Le nuove melanconie Destini del desiderio in tempo ipermoderno*. Raffaello Cortina Editore.

fermo. È come un animale che, essendo in gabbia, urla e si dimena per poter uscire e correre fuori, ma che poi una volta sollevate le sbarre rimane fermo nella gabbia perché è troppo stanco per camminare. Questo è l'uomo delle *nuove melaconie*, un uomo che non vede argini e non vede limiti, e quindi non sente la necessità di varcarli.

La mancanza di argini porta, secondo Recalcati, ad una nuova *angoscia epidemica*: la postura del soggetto non è propositiva verso l'altro ma è una *chiusura* verso l'autoconservazione. Il soggetto si richiude in sé per paura dell'altro, per non farsi ferire dall'altro, per non farsi male. È un sentimento del tutto neo-melanconico. Secondo Recalcati, dunque, l'uomo del nuovo millennio, per questi motivi è destinato a vivere, entro le nuove melanconie, nuove forme di paranoia: da una parte troviamo il delirio morale, di codificazione freudiana; dall'altra l'emergenza dell'esistenza. Il primo è incentrato sul senso di colpa e sulla presenza di una legge interna (Super Io) sadica ed inflessibile. Vi è un continuo auto-rimprovero del soggetto. *La melanconia è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterni, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilito del sentimento di sé che si esprime in auto-rimproveri e auto-infurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione*<sup>3</sup>.

L'autore, quindi, riporta le diverse manifestazioni della malinconia, che si affacciano al nuovo millennio: in questo capitolo verrà fatto cenno al soggetto melanconico propriamente detto e al soggetto anoressico.

Il primo tipo ha la *colpa dell'esistenza*, vive in una continua ed assoluta angoscia. Il soggetto si sente sempre colpevole senza però avere effettivamente colpe, e di questo ne è consapevole. Viene definito da Recalcati un *masochismo morale*, l'uomo è assoggettato da una violenza sadica del Super-Io, che diventa ipermorale e ultrapotente. Questa colpa di esistere viene generata dalla scissione tra esistenza e senso dell'esistenza: il soggetto si sente confinato a vivere nel proprio mondo, e allo stesso tempo lo mortifica.

Il soggetto anoressico, invece, è l'incarnazione della mortificazione simbolica e reale del proprio corpo e del proprio ambiente. Per assecondare il desiderio di morte il soggetto ripudia la propria linfa vitale, ovvero il cibo (in questo caso). Il corpo risulta essere la

---

<sup>3</sup> S.Freud (1915-1917), Lutto e malinconia, Boringhieri, Torino, edizione 1976.

conseguenza dell'inattività insignificante, qual è la vita. Si assiste all'abbandono assoluto dell'uomo a qualcosa che è più grande di lui. È una sconfitta vera e propria.

La domanda di fondo è la seguente: cosa può fare l'infermiere per entrare in relazione con questi individui e continuare ad apportare il proprio aiuto, non per "curare" la patologia psichiatrica di fondo, ma per essere portatore di un'assistenza continua e olistica?

La figura infermieristica, negli ultimi anni, sta acquisendo sempre più competenze specifiche, sempre più accurate e ben delineate. L'infermiere diventa quindi per lo più autonomo nelle proprie attività, scavalcando la completa sottomissione al volere medico: queste attività si fondano sulla formulazione di diagnosi infermieristiche e l'attuazione del processo di nursing, che deve essere di tipo sartoriale, per ogni specifico caso clinico. In questo caso, però, la patologia che interessa il paziente, non è fisica, bensì psicologica: come fa dunque l'infermiere, con i propri strumenti, a costruire il proprio processo infermieristico?

È fondamentale innanzitutto sottolineare che l'infermiere dovrebbe basare il proprio processo di nursing sulla natura educativa e relazionale del proprio profilo professionale: non è questa una professione solo pratica, fatta di procedure e di skills da seguire, è una professione colma di filosofia, di psicologia, di psicanalisi: per essere un buon infermiere, occorre sapersi prendere cura non solo del corpo, ma anche della psiche del soggetto, per assicurare un'assistenza olistica alla persona. L'infermiere deve avere un ruolo emotivamente attivo, in nome della comprensione, dell'empatia, nella modalità di ascolto e nel supporto psicologico al paziente.

L'infermiere, nella relazione d'aiuto con il paziente malinconico, potrebbe trovarsi in una posizione estremamente favorevole: è importante entrare nella stessa ottica di pensiero del paziente, e cercare di vedere il mondo attraverso le sue lenti. Non è saggio, in questo caso, dimostrare a tutti i costi alla persona che ciò che crede sia sbagliato, che la sua ansia di fallimento sia in realtà fallace, in modo troppo autoritario e drastico. Occorre, d'altra parte, mettersi empiricamente nei panni del soggetto, capire il perché di questa sua frustrazione ed esserne in un primo momento complici. In questo modo il paziente capirà di non essere solo nella sua dimensione, e allo stesso tempo ascolterà l'operatore sanitario, che gli dovrà proporre (all'interno del rapporto infermiere-paziente), altre dimensioni di pensiero. Se il soggetto riuscirà a capire che il senso di colpa che prova è in realtà

totalmente infondato, la sua patologia melanconica sarà destinata a svanire. Il questo modo si riuscirà anche, ad esempio, ad aumentare la compliance del paziente verso la terapia, non solo puramente farmacologica, ma anche relazionale e educativa.

Il soggetto anoressico, d'altra parte, ha un comportamento e quindi un quadro assistenziale totalmente differente. Secondo il DSM-IV, vi sono tre criteri diagnostici per identificare l'anoressia su base nervosa: restrizione calorica, in relazione alla necessità; intensa paura di aumentare il peso e diventare grassi; alterazione del modo in cui viene vissuto il peso e il proprio corpo. Questo tipo di disturbo alimentare è l'unico che ancora non ha trovato trattamenti basati sull'evidenza, ma vi sono altre strategie di approcci terapeutici, tra cui le psicoterapie, somministrazione di psicofarmaci, introiti alimentari forzati (alimentazione parenterale), la psicoterapia della famiglia. Questo sta a significare quanto in realtà sia complessa la gestione dell'anoressico, sia a livello clinico, sia a livello familiare. Tale condizione clinica non è infatti una sola espressione della psiche del soggetto che, essendo nauseato dal proprio corpo e dal proprio ambiente, raggiunge tale mortificazione simbolica. È una vera e propria sindrome che abbraccia molti targets medici, e che necessita di un'assistenza in ogni campo della vita futura del soggetto. Occorre tenere presente che molto spesso ci troviamo di fronte ad un adolescente (spesso femmina), in preda ai possibili disturbi che possono essere provati fisiologicamente da qualunque ragazzo che viva questa fase. Quindi oltre alla patologia di base (ovvero il rifiuto del cibo, inteso come linfa vitale, e quindi atto di suicidio prolungato nel tempo), vi sono altri elementi da tenere in considerazione, come l'accettazione sociale, l'accettazione verso sé stessi, la gratificazione vedendo il proprio peso abbassarsi, al confronto di quello dei coetanei. Tra gli outcomes dell'infermiere, vi è sicuramente l'aumento del peso e il giusto introito calorico e glucidico; inoltre va considerato il soggetto un immunodepresso per definizione (in quanto l'anoressia porta alla demolizione di quelle che sono le proteine, gli amminoacidi, gli anticorpi), ed è importante quindi agire sempre in una condizione asettica. Oltre a questi aspetti puramente pratici, l'infermiere dovrebbe implementare la voglia della persona a riprendere in mano la propria vita, capire i motivi che l'hanno spinto fino a questo stadio della melanconia sociale, e cercare di eradicarli. È importante che l'infermiere non si sostituisca alla figura dello psicologo, ma che al tempo stesso aumenti la compliance del

soggetto al rispetto delle terapie, cerchi di migliorare il suo umore e a gestire eventuali ricadute.

## 1.2 Definizione dell'angoscia e gestione infermieristica

Per trattare l'argomento dell'angoscia esistenziale e la relativa gestione infermieristica, si fa riferimento al testo *Essere e tempo* di Heidegger<sup>4</sup>, in particolare al capitolo 40.

L'angoscia risulta essere un fattore determinante per l'Essere e per l'Esserci del soggetto, soggetto che vede la propria *sostanza* fuggire da sé stessa. Vi è quindi una "fuga dell'Essere" (forse per paura), che viene vissuta dalla persona come una chiusura, che diventa al contempo una privazione di un'apertura. Si ripercorre quindi nuovamente il topos del "muro", del "confine", oltre il quale il soggetto non riesce a vedere nulla, ha la vista annebbiata e vede l'esterno come un possibile pericolo, per cui si rifugia in sé stesso. Occorre a questo punto fare una distinzione tra angoscia e paura, sentimenti troppo spesso confusi e dalla definizione ambigua, sebbene tra i due nominativi vi siano molteplici affinità fenomeniche. La *paura* è un ente intra-mondano, è un connotato dell'essere umano e della società. Un sentimento di questo tipo può essere "condiviso" da un gruppo, avendo un oggetto comune per cui provare paura. L'Essere conosce bene questa situazione che appare nociva e cerca di evitarla e di fuggirla. L'*angoscia* è, invece, una condizione tipica del soggetto e di nessun altro. Non può essere condivisa da altri, ma solo dall'individuo in prima persona. Non esiste sentimento ematico per entrare nella stessa onda di pensiero del soggetto che prova angoscia: non può essere "capita" dall'esterno. L'angoscia rende originariamente possibile il sentimento della paura, è qualcosa "a monte" della paura stessa. L'esserci dell'angoscia è l'essere nel mondo come tale, è vivere. Si prova angoscia proprio perché si vive.

Non è intra-mondana come la paura, la mondanità e la società in questo campo diventano irrilevanti. È una dimensione che è indipendente dalla minaccia nociva, non vi è un capro espiatorio, un danno a cui attribuire la causa dell'angoscia. Nulla che esiste nel mondo attuale ha senso ed è utile al fine dell'angoscia, che sprofonda in sé stessa. È dunque un sentimento altamente disinteressato, a differenza della paura: l'angoscia è sufficiente a sé

---

<sup>4</sup> M. Heidegger (X edizione 2019), *Essere e tempo*, capitolo 40, Nuova edizione italiana a cura di Franco Volpi sulla versione di Pietro Chiodi.

stessa, un po' come un'opera d'arte oppure una letteratura inutile. È quindi il sentimento più puro che possa esistere: il soggetto lo prova per qualunque cosa, oppure può vivere senza mai averla mai davvero provata, ma non vi è una finalità.

La paura ha un valore pedagogico: fin dagli uomini primitivi, la paura serviva per fuggire il pericolo, per mettere in azione quei meccanismi di “attacco-fuga” che fisiologicamente il soggetto mantiene tutt'oggi. L'angoscia non serve per fuggire, per mettere in salvo l'individuo. Non serve a nulla, eppure esiste e viene provata da tutta la società, pur non potendo dividerla. È quindi utile nella sua inutilità: serve per sentirsi uomini, per Esserci, nel hic et hoc. Viene infatti oppressa dalla possibilità di essere utilizzata in senso lato. Il nulla di utilizzabilità si fonda nel qualcosa di assolutamente necessario nel mondo: è l'angoscia che apre il mondo in quanto tale in senso primordiale. La sola “potenza” di essere sfruttato come sentimento, diventa atto quando si cerca di entrare in modo empatico con essa stessa.

Volendo dare un'ulteriore definizione all'angoscia, il *Dizionario di Filosofia* propone un atteggiamento dell'uomo di fronte alla sua situazione del mondo. Questo termine viene introdotto da Kierkegaard nel Concetto dell'Angoscia (1844). La radice dell'angoscia è l'esistenza come possibilità. A differenza del timore e di altri stati analoghi che si riferiscono sempre a qualcosa di determinato, l'angoscia non si riferisce a nulla di preciso: era è il puro sentimento della possibilità. L'uomo nel mondo vive di possibilità giacché la possibilità è la dimensione del futuro e l'uomo vive continuamente proteso verso il futuro. Vi è in questo quindi una continua attesa per qualcosa che deve ancora palesarsi e per la quale il soggetto non è ancora ontologicamente pronto. Infatti, le possibilità che si prospettano all'uomo non hanno alcuna garanzia di realizzazione. Solo per una pietosa illusione esse gli presentano come possibilità piacevoli, felici o vittoriose. In realtà come possibilità umane, esse non offrono alcuna garanzia e celano sempre l'alternativa immanente dell'insuccesso, dello scacco e della morte. Kierkegaard afferma: “Nel possibile tutto è possibile”, il che vuol dire che una possibilità favorevole non ha maggiore sicurezza della possibilità più disastrosa ed orribile. Pertanto, l'uomo che si rende conto di questo, riconosce la vanità di ogni accortezza e non ha di fronte a sé che due vie: o il suicidio o la fede, ovvero il ricorso a colui al quale tutto è possibile (ovvero Dio). È dunque per il filosofo parte essenziale della spiritualità che è propria dell'uomo, sicché

se l'uomo fosse angelo o bestia non conoscerebbe l'angoscia. In questa accezione l'angoscia si mostra quindi come sintomo di umanità.

È questo un uomo che non si sentirà mai al sicuro, né con sé stesso, né con gli altri, continuerà a vagabondare ed a errare nel mare delle infinite possibilità, senza mai essere sicuro della propria scelta e della propria condizione. Come può quindi un infermiere, con le proprie competenze cliniche e relazionali, aiutare nella dimensione della cura questa tipologia di paziente? La Cura viene definita come una dimensione ontologica, all'interno della quale l'Essere trova una dimensione in cui rimanere un unicum senza frantumarsi di fronte all'angoscia esistenziale, che lo porterebbe a spaccarsi di fronte alla prima scelta, di fronte al primo bivio. La cura quindi, intesa nell'accezione di "aver cura" e di "prendersi cura", diventa una dimensione primaria, di ogni comportamento o situazione. È proprio attraverso questa dimensione della cura, del prendersi cura dell'altro, che l'infermiere dovrebbe intervenire, non tanto dal punto di vista farmacologico o clinico (non è suo obiettivo quello di "curare" il soggetto dall'angoscia), bensì dal punto di vista relazionale, entrare in una dimensione in cui il soggetto possa sentirsi al sicuro nel dialogo tra paziente e infermiere.

*L'infermiere - filosofo*, in questo caso, deve prendere atto dell'isolamento sociale e intellettuale, di cui il proprio paziente è vittima, e cercare di rendere meno ampia la distanza tra le proprie categorie di pensiero e quelle del soggetto. Ripeto, non esiste tecnica precisa, ma sicuramente l'infermiere dovrà armarsi di empatia, di ascolto attivo, di pazienza. Altro pilastro di tale condizione è la mancanza di sicurezza, e in questo caso l'infermiere potrà sicuramente essere molto più attivo nelle proprie attività. È proprio di questa professione far sentire il paziente al sicuro nonostante sia costretto a passare intere giornate su un letto di ospedale, costretto a vivere le notti del reparto, piene di rumori strani alle sue orecchie, di grida degli altri pazienti, di campanelli che suonano interrottamente. In questa dimensione, l'uomo invaso dall'angoscia, se provava un senso di insicurezza a casa propria, sarà sicuramente terrorizzato dal nuovo setting. Per questo motivo è importante calmare il soggetto, fargli capire la propria condizione clinica e il motivo per cui vengono fatti determinati trattamenti: non serve solo il consenso all'atto, serve anche la collaborazione del paziente, dopo un'educazione sanitaria adeguata, se fosse necessario.

## 2. IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

### 2.1 La componente filonarrativa della depressione

Per lo studio e la ricerca di questo argomento, si fa riferimento a due testi magistrali, ovvero *Elogio della depressione*<sup>5</sup> e *La cura dell'infelicità*<sup>6</sup>.

Etimologicamente la depressione deriva dal latino *deprimere*, ovvero “premer giù”, significa quindi essere oppressi o essere abbattuti. Accanto a questo termine prendono posto altre accezioni come malinconia, tristezza, nostalgia, angoscia mortale (vedi sopra) e disperazione. Al circolo semantico di depressione non è estranea, del resto, l'esperienza dell'infelicità o quella del naufragio esistenziale: del venire meno del senso della vita e del dilagare del vuoto interiore. Non vi è depressione nella sua connotazione psicologica e clinica che non abbia a che fare con i sentimenti e con le emozioni. Ci stiamo muovendo in un campo del tutto irrazionale. Secondo Galimberti, la depressione (per lui sinonimo di malinconia) è un'alterazione del tono dell'umore verso forme di tristezza profonda con riduzione dell'autostima e bisogno di autopunizione. Quando l'intensità della depressione supera certi limiti o si presenta in circostanze che non la giustificano, diventa di competenza psichiatrica. La depressione è quindi un disturbo distimico<sup>7</sup> che ha nell'euforia il suo contrario. Depressione e mania possono presentarsi in fasi o cicli di settimane intervallati da periodi di benessere e allora si parla di ciclotimia. L'equilibrio tra il sintomo depressivo e l'euforia è uno dei più delicati della psicologia umana.

La depressione può essere anche identificata come una pena, una punizione, dettata da una legge del contrappasso del tutto moderna, che fa riferimento ad un decennio di sfrenato edonismo, colossale crisi economica e sociale. È dunque l'incontrollata crescita sociale che fornisce gli elementi per la depressione, da cui essa può prendere le proprie origini. Il rischio è quello però di far diventare questa patologia, del tutto personale, in una “malattia giornalistica”, dotata di un dolore spettacolarizzante.

---

<sup>5</sup> Borgna e Bonomi (2014), *Elogio della depressione*, Einaudi.

<sup>6</sup> Bellantuono, Borgna, Callieri, Crepet, D'Agostino, Trevi (1994), *La cura dell'infelicità*, Theoria.

<sup>7</sup> Possiamo definire la distimia come una depressione cronica più lieve nei sintomi rispetto alla depressione maggiore, ma prolungata nel tempo. Può comparire sin dall'adolescenza, ma si riscontra più frequentemente nella fascia di età che va dai 18 ai 45 anni e spesso sopraggiunge dopo uno o più episodi di depressione maggiore.

Il problema, dunque, non è tanto il *parlare* di depressione, quanto il *come* farlo: il diffondere e approfondire questa tematica ha una valenza catartica, vi è una piena considerazione e consapevolezza del proprio status quo, ponendo quindi le basi per accettarlo in primis, per poi superarlo. Socrate parlava di maieutica, il principio rimane assolutamente attuale: evitare di far diventare la depressione, un tabù, è il primo grande passo per affrontarla. Dall'altra parte non si deve in alcun modo entrare nell'intimità del dolore, un dolore estremamente intimo e difficile da capire attraverso la sola empatia.

Il problema della nostra società attuale è l'alterazione della sfera emotiva ed affettiva, il dolore (come d'altronde qualunque altro sentimento) non ha più il privilegio di essere considerato proprio dell'individuo, ma anche le patologie vengono condivise con la comunità circostante. Da questo elemento emergono diverse considerazioni; da una parte la crisi del modello economico (degli anni '80) ha generato paura e ansia di perdere ciò che si possiede, ciò che si è o perdere addirittura la speranza di divenire altro. Vi è quindi la paura della perdita di sé, dettata dall'arroganza, definita come valore sociale, e dall'io individualistico. Si vede quindi nella società e nella costante condivisione un modo per esorcizzare la pena della solitudine. Si richiede solidarietà. Dall'altra parte il cambiamento dell'atteggiamento collettivo verso i disturbi mentali ha dato maggior rilievo e spessore ai mass-media, i quali hanno come scopo il rendere pubblico ciò che prima era considerato privato. Con questo si cambia il modo di approcciarsi ad ogni forma di disagio mentale.

Per i motivi sopra elencati, potremmo definire la depressione come una *malattia sociale*, equamente condivisa, non solo dal soggetto patologico ma anche da chi gli vive attorno. Questo è dettato anche dal fatto che una malattia, qualunque patologia (non solo a livello mentale), è vissuta allo stesso modo da tutti i componenti della famiglia, dai colleghi al lavoro, dal gruppo degli amici (quello che era considerato il *gruppo dei pari*), dalla società più ampia.

La prima descrizione di una sindrome depressiva viene data da Qohelet, nel secondo secolo avanti cristo, definendola come una *condizione dell'esistenza umana*, che può essere fruita come una forma d'arte. Nella depressione sono presenti gli aspetti del confine invalicabile, del limite che non può essere oltrepassato, dal momento che servirebbe una forza interiore, che l'individuo depresso non ha. La ragione e la volontà sono imponenti di fronte a questa patologia, ogni progetto di vita risulta impossibile. In

questo senso la depressione può essere, paradossalmente un'apertura ad una ricerca di senso personale, una riflessione interiore, alla stregua di un dialogo con il proprio Io primordiale. Nel momento in cui viene superato il limite narcisistico e l'egocentrismo, con una ristrutturazione della propria personalità, tale patologia potrebbe diventare da una parte l'espressione della sofferenza umana e della disperazione, come una vera e propria malattia mortale, dall'altra una possibilità di riscatto e di autenticità, come elemento da cui ripartire. Infatti, quando il soggetto si accorge di quello che è e di quello che sta diventando, sente come se "avesse toccato il fondo": è una scelta unica, intima e personale del soggetto, scegliere di rimanere sul fondo e morire, oppure risalire e sfruttare il suo stato d'animo come elemento di ripresa, di superamento delle leggi di natura.

## 2.2. Il disturbo depressivo maggiore e le sue manifestazioni

Occorre innanzitutto compiere una distinzione tra episodio depressivo e la condizione di tristezza: il "sentirsi tristi, depressi" può colpire tutti noi, con diversi livelli di intensità. È spesso provocato in seguito di alcuni eventi, come un lutto o il non raggiungimento di determinati obiettivi prefissati. La depressione è invece un vero e proprio disturbo della sfera affettiva.

Il problema è che tra le due condizioni molto spesso il confine è molto labile e confuso: spesso, infatti da un sentirsi triste cronico, si passa ad una depressione accertata e franca. È un meccanismo del tutto fisiologico ma quando al soggetto viene diagnosticata tale patologia è indispensabile che venga trattata farmacologicamente e con un percorso psichiatrico.

I segni e i sintomi dell'episodio depressivo sono stati delineati dall'OMS nel 1992, in un ordine ben preciso sono i seguenti: umore depresso, apatia, astenia, riduzione della concentrazione, riduzione dell'autostima e della fiducia di sé, idee di colpa e di inutilità, visione pessimistica del futuro, insonnia, diminuzione o perdita dell'appetito (anoressia o bulimia) e, infine, idee e comportamenti autolesivi (suicidio).

Inoltre, possiamo distinguere l'episodio depressivo secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: lieve (quando sono presenti almeno 2 dei primi 3 sintomi e 2 degli altri); moderata (quando sono presenti 2 dei primi 3 sintomi e almeno 3 degli altri); grave (quando sono presenti tutti i primi 3 sintomi e almeno 4 degli altri). Nelle forme più gravi

possono inoltre essere presenti sintomi psicotici, come delirio, allucinazioni, rallentamento o agitazione psicomotoria ed un elevato rischio di suicidio.

Infine, possiamo classificare le varie tipologie di depressione, secondo l'ICD-10 dell'OMS. La prima che viene presa in considerazione è la depressione bipolare: si parla di depressione bipolare o di sindrome affettiva bipolare quando l'episodio depressivo si alterna nella vita di un paziente a uno o più episodi di eccitamento maniaco o ipomaniaco. Anche in questo caso sono comuni periodi più o meno lunghi di completo benessere, se gli episodi depressivi vengono adeguatamente trattati. Altra tipologia di depressione è quella nevrotica, ovvero una condizione depressiva che presenta una minore gravità e una maggiore durata rispetto alla depressione ricorrente o bipolare. In molti casi presenta un decorso cronico, spesso accompagnata da altri sintomi di tipo nevrotico quali ansia, fobie, ipocondria. Si presenta di solito in personalità tendenti al pessimismo e laddove esistono condizioni esistenziali insoddisfacenti. In questo caso assume un ruolo determinante la struttura di personalità dell'individuo, il tipo di esperienze esistenziali e la presenza di situazioni conflittuali. Si interviene con la psicoterapia, dal momento che il ruolo dei farmaci è estremamente irrilevante. Terza accezione di tale patologia è la depressione ricorrente: gli episodi depressivi possono ripresentarsi nel corso degli anni: in alcuni casi sono separati da molti anni di benessere, in altri gli episodi sono molto ravvicinati. Può manifestarsi anche in assenza di una condizione scatenante e in persone che non presentano particolari situazioni conflittuali nell'ambito sociale, familiare e lavorativo. Per questo motivo è considerata una forma di depressione di origine prevalentemente biologica (infatti in passato veniva delineata con il termine depressione endogena). Infine, troviamo una serie di reazioni depressive, che possono avere una durata variabile da alcune settimane a diversi mesi, presentano le caratteristiche di un episodio depressivo di gravità lieve o moderata. In queste forme è sempre identificabile un evento scatenante (di solito una perdita). L'evoluzione in genere è favorevole.

La depressione, ogni depressione, è una malattia del tempo: in essa la dimensione temporale dominante è quella del passato che non ha se non brecce di speranza, e cioè di futuro, dinanzi a sé; e in alcuni casi ha perduta ogni trascendenza del futuro.

A questo punto occorre delineare quelle che sono le due facce della psichiatria, la sua duplice natura: la scienza umana e la scienza naturale. La legge di riforma psichiatrica,

del maggio del 1978 ha consentito di consegnare questa distinzione dicotomica della psichiatria una radicale importanza: sottraendola alla sola distinzione teorica, viene finalmente calata nella clinica medica. La depressione come malattia si nutre di emozioni che nascono dal cuore: la malinconia, la nostalgia, l'inquietudine dell'anima, l'attesa e la speranza, il desiderio dell'infinito (in senso leopardiano). In ogni depressione queste emozioni si dilatano, si accrescono e si trasformano.

La sintomatologia depressiva deve essere quindi presa in considerazione in base ai seguenti elementi: rapporto con la personalità globale, rapporto con l'essere in relazione alle personalità, rapporto con la realtà esterna (regole sociali, condizionamenti culturali, leggi biologiche). La valutazione che segue è connotata dal pregiudizio (verità oggettiva), la diagnosi può essere fatta quindi sia con metodo medico-scientifico sia con metodo psicologico. Nel primo caso viene presa in considerazione l'oggettività, come qualcosa di verificabile grazie all'esperienza concreta. Rende intelleggibile qualsiasi aspetto della realtà, e l'uomo può governarla. Nel secondo caso l'accadimento psichico viene ricostruito dall'interno, attraverso una connessione intima. In questo caso l'interlocutore cerca di immedesimarsi nel soggetto depresso attraverso l'empatia.

### 3. L'ADOLESCENZA E LE SUE FORME

#### 3.1 Adolescenza e psicopatologia<sup>8</sup>

L'adolescente possiede, per sua fortuna, a livello del suo spazio interno, risorse sufficienti a gestire i conflitti in modo relativamente autonomo: questo è di fondamentale importanza in quanto questa è la fase più complessa dal punto di vista educativo e di sviluppo, e senza una buona base psichica, i conflitti che emergono inevitabilmente all'interno del soggetto rischiano di ingigantirsi, a tal punto da ostacolare la normale formazione del ragazzo.

Se non vengono risanati infatti questi conflitti intrapsichici rischiano di far emergere una dimensione altra del ragazzo, con un'espressione essenzialmente comportamentale, che coinvolge l'ambiente. Questi casi richiedono una preliminare costituzione di una cornice di contenimento, che possa placare i loro conflitti e dargli un senso. Chi si prende cura dell'adolescente, che siano i genitori, psicologici, psichiatri, deve fare i conti con questo senso di evasione che il ragazzo prova inevitabilmente quando tali conflitti non riescono ad essere sanati con il semplice equilibrio psichico. L'adolescenza, infatti, è spesso il momento in cui la bilancia può pendere in un senso, oppure nell'altro: ciò che avviene in adolescenza può determinare il modo in cui il soggetto utilizzerà le sue potenzialità, verso una direzione che possa assicurargli di mantenere una sufficiente stima di sé, oppure verso una direzione differente, che lo porta a costruire delle condotte negative di autosabotaggio delle proprie potenzialità. L'orientarsi verso l'una o l'altra di tali modalità dipende in larga misura dalla natura degli incontri dell'adolescente con il mondo che lo circonda e con le persone che lo compongono.

La crisi che incombe sulla propria autostima inizia non a caso in questo periodo della vita, il soggetto non crede nelle sue potenzialità e nei suoi punti di forza, si auto-ostacola, ponendosi dei limiti, oppure al contrario valicando ogni confine possibile, in atteggiamento di sfida, per dimostrare agli altri (e ancor prima a sé stesso) che ne è ancora capace. Potremmo quindi definire l'adolescenza come un "organizzatore dell'apparato psichico", dal momento che svolge un importante ruolo rivelatore del mondo interno del bambino che sta crescendo e dei suoi equilibri intrapsichici. L'apparato psichico del soggetto è in fondo ciò che prende il posto dei genitori e costituisce il filtro essenziale tra

---

<sup>8</sup> Philippe Jeammet (1992), *La psicopatologia dell'adolescenza*, Casa editrice Borla.

l'individuo e le fonti d'eccitazione, sia interne che esterne. È compito suo gestire le tensioni così come i piaceri, e assicurare l'equilibrio tra la salvaguardia di una differenza minimale e la soddisfazione del bisogno di contatto e di assimilazione con gli altri.

Il fulcro di tutta questa analisi, infatti, è appunto capire che l'adolescente è in costante ricerca di una propria identità e di una nuova rappresentazione di sé stesso, ed è particolarmente sensibile all'immagine che gli altri si fanno su di lui. Vi sono elementi di edonismo, narcisismo e modalità istrioniche, che portano il ragazzo ad essere disposto a tutto, pur di essere considerato positivamente dai suoi compagni. Questo effetto specchio lo rende dipendente da categorie nelle quali il suo comportamento, già labile per natura, può confinarlo. Sotto questo aspetto ogni categorizzazione da parte degli adulti è pericolosa (ad esempio considerare il soggetto un delinquente, un drogato ecc.), perché non fa altro che favorire la formazione di ghetti, in cui il ragazzo possa riconoscersi e sentirsi apprezzato. Inoltre, pensiamo anche al fatto che l'adolescente ha una forte propensione ad esprimere la sua sofferenza e i suoi confini attraverso disordini agiti del comportamento, quali appunto atti delittuosi, disturbi delle condotte alimentari, tossicomanie, tentativi di suicidio, fughe. Anche il vissuto depressivo si esprimerà più facilmente attraverso comportamenti di rifiuto, passività attivamente espressa, interruzione di ogni attività, piuttosto che attraverso l'espressione manifesta di una sofferenza interna. Non è quindi cosa rara l'espressione di una sintomatologia simil-depressiva, in un adolescente che ha vissuto oppure vive in una dimensione di caos, interna o esterna, e che non sa come gestire. Spesso, infatti, tali disturbi psichici emergono proprio dalla sensazione di inadeguatezza, di incapacità a gestire qualcosa che "è più grande di lui": pensiamo ad esempio ad una malattia importante, ad un lutto familiare, oppure alla continua derisione e continuo bullismo a cui un ragazzo potrebbe essere sottoposto quotidianamente.

L'adolescente deve compiere un percorso, che lo vede uscire dal mondo dell'infanzia per affacciarsi nel mondo dell'adulto. Oltre a tutti quelli che sono i cambiamenti fisici, dettati dalla produzione ormonale e da tutto il sistema neuroendocrino, il soggetto deve compiere anche un percorso evolutivo in termini psichici e sociali: deve infatti passare dalla totale dipendenza infantile, all'autonomia e all'affermazione dei propri bisogni, che lui stesso può soddisfare, senza la necessità di un aiuto esterno. Questo percorso è però disseminato di insidie, e l'adolescente è minacciato nel suo cammino da molti pericoli: il familiare

rischia di essere troppo protettivo e di non riconoscere una tale autonomia al ragazzo, oppure ci potrebbe essere una rottura troppo precoce dei rapporti cosiddetti viscerali, senza una presa di consapevolezza graduale del soggetto. In questo modo il ragazzo si trova investito improvvisamente di un ruolo e di una responsabilità che ancora non sente di dover assumere su di sé, e vi è il rischio che non lo riconosce. Se qualunque soggetto non riconosce il proprio ruolo, conferitogli dalla società, inizierà ad assumere comportamenti devianti, inizialmente sfumati e poco apprezzabili, ma con il passare del tempo si potrebbero affermare con maggior impatto e portare il soggetto a sviluppare disturbi della personalità e dell'umore. Le condotte devianti e i sintomi psicopatologici, infatti, possono rappresentare altrettanti tentativi di colmare il rischio di vuoto relazionale e di rottura della continuità. Per evitare questa possibile complicanza è necessario che il distacco viscerale dai genitori, ad esempio, avvenga in modo graduale, progressivo e naturale, senza forzare il percorso fisiologico dell'adolescenza, ma senza nemmeno ostacolare il corso delle cose.

Il ragazzo inoltre trova conferma che qualcosa sta cambiando, che i suoi comportamenti e le sue relazioni stanno mutando, proprio perché anche il suo corpo fisicamente compie lo stesso suo percorso. Di volta in volta il ragazzo potrebbe avvertire la sua dimensione corporea familiare, oppure estraneo, oggetto di cambiamento e luogo per eccellenza delle trasformazioni puberali, con le quali il soggetto dovrà imparare a familiarizzarsi, pena lo stabilirsi di una frontiera mortifera tra psiche e soma, che impedirà l'integrazione della nuova immagine del corpo adulto sessuato, facendone piuttosto un corpo estraneo sul quale si dirigeranno gran parte dei movimenti aggressivi.

### 3.2 Adolescenza e senso di colpa<sup>9</sup>

Partiamo innanzitutto da una considerazione: il senso di colpa viene vissuto dalla persona come emozione originaria, giustificata, nata con l'uomo stesso e quindi incontrovertibile. Dall'altra parte però viene anche percepita come sofferenza e fastidio per aver ricevuto un'accusa o una colpa immeritate, per le quali non si riconosce alcuna responsabilità effettiva e consapevole.

---

<sup>9</sup> Edoardo Giusti e Riccardo Bucciarelli (2011), *Adolescenza e senso di colpa*, Sovera.

Questi due elementi, ovvero il peccato originario e il senso di colpa disadattivo, caratterizzano in modo prorompente la crescita delle persone, strutturandone la personalità. Il dilemma, infatti, sorge quando la persona non riesce a distinguere le proprie colpe, diventando quindi un ostacolo al proprio sviluppo personale: il senso di colpa dovrebbe invece aiutare la persona nella sua crescita, aumentando e strutturando il suo senso di responsabilità.

Questi meccanismi percettivi si strutturano dalla prima infanzia per poi accompagnarci, in modi diversi nel corso dell'intera esistenza. Il rapporto necessario tra esistenza individuale non integrata e colpa può essere rappresentato solamente sulla base di un presupposto, definito *principio materno*. Durante l'infanzia, il genitore, in questo caso la figura materna, sfrutta il senso di colpa attraverso il suo stimolo propositivo, che permette al bambino di riflettere sulle conseguenze delle proprie azioni, di capire dove ha sbagliato, stimolando quindi l'assunzione di responsabilità, imponendo in tal modo anche un freno alle pulsioni distruttive. Il bambino, quindi, comincia molto presto a sentirsi in colpa nei confronti dei propri genitori quando manifesta i propri desideri o la propria aggressività, magari trasgredendo ai divieti genitoriali.

Tutto questo rende la colpa uno dei temi dominanti della cultura occidentale. La psicanalisi moderna ha offerto infatti una chiave di lettura inedita e per molti versi rivoluzionaria, ponendo la colpa al centro delle dinamiche che regolano l'inconscio umano. La spiegazione psicanalitica del senso di colpa è genetica, cioè basata sull'individuazione del processo tramite il quale si formano nel bambino le condizioni mentali che rendono possibile il sentirsi in colpa, ovvero il concetto del "Super-Io". Il soggetto inizia ad avvertire un conflitto interiore, fra i desideri e i relativi divieti e regole che la persona ha interiorizzato fin dalla prima infanzia. Nella versione psicanalitica è come se si dovesse pagare un prezzo, ovvero quello della colpa, in termini di sofferenza psichica, per aver osato desiderare qualcosa di proibito. Il pensiero infantile è capace di considerare allo stesso modo un comportamento e un pensiero in quanto il pensiero può incidere direttamente sulla realtà. Il senso di colpa nel bambino è sempre seguito da un elemento connotato dalla paura dell'abbandono, oppure paura di perdere l'amore dei genitori o l'approvazione di un altro significativo.

Mentre nella pre-adolescenza il ragazzo ha subito delle importanti modifiche sia somatiche che psicologiche, perdendo quindi quelle più proprie del periodo infantile

nell'adolescenza tutte le fondamentali trasformazioni sono di fatto avvenute. Possiamo distinguere il periodo adolescenziale in tre grandi fasi.

La prima è la *prima adolescenza*, con abilità sociali come contenuto principale delle rappresentazioni. Le strutture organizzative in questa fase sono interconnesse con etichette, astrazioni, pensiero del tipo tutto o nulla. Il soggetto ha una attenzione fluttuante verso l'interiorizzazione di standard diversi e di opinioni diverse a seconda dei diversi contesti sociali.

La seconda è la *media adolescenza*: abbiamo un'ulteriore differenziazione degli attributi associati a ruoli diversi e a diversi contesti relazionali. I legami iniziali avvengono tra strutture singole, poi tra strutture opposte con conflitto cognitivo, preoccupazione su quale sia il vero Sé (disturbi di personalità).

La terza fase è la *tarda adolescenza*, con attributi che riflettono standard, convinzioni, valori personali, conciliazione degli attributi di ruoli diversi. Avviene in questa fase una selezione tra le guide di sé alternative, con una conseguente costruzione dei propri standard come guida delle scelte personali. Iniziano ad essere creati dei primi ideali a cui possa aspirare il soggetto.

Uno dei principali cambiamenti in questa fase della vita è quello sessuale, sia nei suoi caratteri primari, ovvero degli organi riproduttivi, sia nei caratteri secondari, ovvero nei tratti distintivi della sessualità in età matura, quali lo sviluppo del seno per le donne, e la crescita della barba per gli uomini. È importante in questa fase di scoperta delle proprie pulsioni e della propria corporeità non colpevolizzare i ragazzi riguardo la loro sessualità: questo potrebbe far innescare un conflitto interiore al soggetto, che si troverà sempre in un continuo bivio tra il bisogno di ridurre la tensione delle proprie pulsioni sessuali e il senso di colpa provato per esse.

Questo è un periodo in cui il soggetto perde totalmente l'equilibrio raggiunto in età precedente, iniziando una ricerca di un nuovo rapporto con sé stesso, sperimentandosi in modi sempre nuovi con la realtà sociale ed ambientale in cui è inserito e riflettendo sul proprio essere al mondo, presente e futuro. Allo stesso tempo l'adolescente inizia anche a giudicare sé stesso e il proprio aspetto, il proprio comportamento, il proprio atteggiamento: ecco come il ragazzo può diventare in poco tempo e in modo molto facile il peggior tiranno accusatore di sé stesso. Questo meccanismo poi, se il soggetto è particolarmente fragile, non lo proietta verso sé stesso, perché ne è incapace, ma lo

proietta all'esterno, e quindi giudica gli altri per sentirsi meglio con il proprio essere, per riconoscersi in qualche spettro.

Un altro passaggio cruciale di questa fase è il passaggio da un controllo da parte dei genitori all'autonomia. Tale fondamentale processo di emancipazione non può non generare contrasti. Il ragazzo adolescente sente fortemente il bisogno crescente di autonomia, di conquista dei suoi spazi, sia psicologici che fisici. L'adolescente deve scegliere "che tipo di persona vuole diventare": per fare questo deve basarsi su un sistema di valori e di ideali che non sempre collima con quello che viene trasmesso dai genitori. L'emancipazione dal controllo genitoriale e dalla loro dipendenza emotiva dipende in grande parte dall'atteggiamento che i genitori hanno avuto. Se c'è stata un'attenzione allo sviluppo dell'autonomia e dell'autoregolazione dei suoi processi interno è più probabile che l'adolescente sviluppi un atteggiamento di fiducia in sé stesso, nelle proprie capacità. Se invece ha prevalso il controllo e la tendenza a mantenere una posizione di dipendenza emotiva, sarà anche probabile che l'adolescente sviluppi un senso di colpa per il proprio desiderio di distacco, che potrà essere in seguito in isolamento e ritiro, ma anche nell'uso di droghe o nell'atteggiamento antisociale o ribelle.

Infine, parliamo del passaggio verso la vita adulta, dove l'adolescente è chiamato a fare un ulteriore sforzo, ovvero emanciparsi anche dal controllo emotivo da parte dei genitori, tagliare il cordone ombelicale. I genitori, anche inconsapevolmente, possono mettere in atto meccanismi che minano l'autonomia degli adolescenti, in particolare alimentando un senso di colpa capace di legarli ad una dipendenza affettiva, colpevoli di aver sognato il distacco e la crescita. Quindi i primi che soffrono sono i genitori, che si accorgono del fatto che il figlio ha assunto un pensiero critico proprio, riesce ad assumere delle scelte consapevolmente, senza essere più dipendente dal loro aiuto. Il ragazzo deve essere forte in questa fase, tanto da far capire ai genitori che è pronto a camminare con le proprie gambe.

## 4. DEPRESSIONE E ADOLESCENZA

*Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. La salute mentale è importante ma, a livello mondiale, dobbiamo lavorare ancora molto per garantirle il giusto spazio. Questo piano d'azione globale riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa infatti su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione<sup>10</sup>.*

La salute mentale, come sottolinea la Dott.ssa Margaret Chan, ha un ruolo fondamentale nella definizione di salute, essendo questa uno stato di completo benessere fisico, psichico, sociale e spirituale. Assume quindi una fondamentale importanza, non solo per lo sviluppo e il benessere del singolo, ma anche per la comunità tutta: tale patologia, infatti, rappresenta un enorme impedimento nell'evoluzione della società e uno spreco di risorse immane (economiche ed umane). Assumendo un'ottica del tutto ideale, considerando una popolazione con una buona salute psicologica e psichica, si potrebbe pensare ad una popolazione che evolve e si articola, in una direzione sicuramente più sana.

Per questo motivo, l'OMS è promotrice di programmi di prevenzione e promozione della salute in ambito psichiatrico, coinvolgendo medici e operatori sanitari, spronandoli ad uscire dai reparti e a promuovere l'educazione alla salute sul territorio.

### 4.1 La questione del disturbo depressivo maggiore a livello mondiale

Il disturbo mentale, che più attanaglia la popolazione mondiale, è sicuramente il disturbo depressivo maggiore e la distimia: sono entrambi disturbi dell'umore, con fluttuazioni negative, che impattano enormemente sulla vita quotidiana del soggetto. Se nelle forme più lievi ed iniziali, i sintomi depressivi si limitano alla tristezza, mancanza di autostima

---

<sup>10</sup> Dott.ssa Margaret Chan, Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Prefazione al Piano d'Azione per la Salute Mentale, 2013 - 2020.

e mancanza di speranza, le forme più gravi avanzano a tal punto da instaurare nel soggetto l'idea del tentato suicidio o del suicidio vero e proprio. *Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio, persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Esso è la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale<sup>11</sup>.*

Secondo i dati più recenti dell'OMS<sup>12</sup>, vi sono più di 264 milioni di persone nel mondo affette da depressione, e circa 800 mila persone tentano il suicidio ogni giorno. Sebbene esistano trattamenti efficaci per questo disturbo mentale, tra il 76 e l'85% delle persone nei Paesi a basso e medio reddito non riceve alcun trattamento per la loro condizione. Tra gli ostacoli che si frappongono ad un'assistenza efficace, si annoverano la mancanza di risorse economiche e di operatori sanitari qualificati.

Inoltre, vi è ancora un fortissimo impatto dello stigma sociale, nei confronti dei soggetti con una qualche patologia psichiatrica. A distanza, infatti, di 43 anni dalla Legge Basaglia, la comunità mantiene ancora un certo scetticismo nei confronti delle patologie psichiche, non dando loro la giusta dignità che meriterebbero; le Organizzazioni Sanitarie tutt'oggi preferiscono investire sulla prevenzione e sulla riabilitazione delle patologie "fisiche".

Nonostante i manicomi siano ormai stati chiusi, nonostante si siano fatti passi enormi in campo scientifico, riguardo la diagnostica e il trattamento in ambito psichiatrico, la salute mentale rimane ancora, per molti, un tabù, e questo non fa che accrescere un certo sentimento di distacco verso la gestione del paziente psichiatrico.

Un altro ostacolo ad un'assistenza efficace è la *inaccurate assesment* (o valutazione inesatta). I soggetti depressi, spesso, non sono correttamente identificati e non vengono, di conseguenza nemmeno trattati; d'altra parte, vediamo soggetti con sintomatologia simile a quella depressiva, che vengono identificati come depressi e vengono trattati con antidepressivi, senza averne davvero bisogno. La diagnosi e il riconoscimento inefficace

---

<sup>11</sup> Considerazione n.11, Piano d'Azione per la Salute Mentale, 2013-2020 (p. 07).

<sup>12</sup> World Health Organization, *Depression*, Articolo del 30 Gennaio 2020.

sono dovuti alla sbagliata anamnesi e ai deficitari programmi di screening che vengono fatti sulla popolazione.

Il peso della depressione e di altre condizioni di salute mentale è in aumento, a livello globale. La World Health Assembly, riunita nel maggio 2013, ha infatti chiesto la collaborazione delle grandi potenze mondiali, per affrontare le patologie psichiche, la loro prevenzione, il loro corretto trattamento, e la loro riabilitazione (*recovery*). Da questo, è emerso il Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 (*Gap Action Programme mhGAP*): esso si compone di una serie di obiettivi da raggiungere entro il 2020, rispetto a questo capitolo della sanità pubblica, in cui la depressione assume un ruolo prioritario. Questo programma mira ad aiutare i Paesi, per incrementare i servizi destinati alle persone affette da disturbi mentali e neurologici, attraverso l'assistenza fornita dagli operatori esperti nel campo.

#### 4.2 La depressione in adolescenza

Se questa patologia inficia a tal punto sulla vita della persona adulta, si pensi quanto potrebbe influire su un soggetto che si sta sviluppando e sta evolvendo. L'adolescenza, essendo il periodo più critico e delicato della vita della persona, diviene in questo caso un fattore di rischio preponderante, per lo sviluppo di una sintomatologia depressiva; inoltre, si è visto che più precocemente avviene l'esordio della malattia, più la prognosi tende ad essere infausta, facendo scaturire altre problematiche e co-morbidità.

La depressione, quindi, patologia che da sempre è stata ascritta al mondo adulto, è ora considerata come un persistente e reale problema per il mondo adolescenziale. Questo disturbo unipolare dell'umore può interessare qualunque adolescente, indipendentemente dalla razza, dall'etnia, dalla cultura e dalle disposizioni socioeconomiche in cui vive.

Dati ISTAT<sup>13</sup> mostrano che in Italia, oltre il 5,4% della popolazione soffre di depressione, e lo 0,6% è rappresentato dalla classe di età dai 15 ai 17 anni; ancora, il 2,5% della popolazione italiana ha avuto una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, e l'1% di questa categoria è rappresentata dagli adolescenti (15-17 anni). Oltre alla sintomatologia depressiva, possono infatti presentarsi anche altri disturbi psicologici e

---

<sup>13</sup> ISTAT, Centro diffusione dati, "La salute mentale nelle varie fasi della vita", periodo di studio 2015-2017, data di pubblicazione 26 luglio 2018.

psichiatriche, come ad esempio l'ansia cronica grave (rappresentata dal 4,2% della popolazione italiana, il cui 0,5% è rappresentato dalla classe adolescenziale). La presente patologia rappresenta, oggi, la seconda causa di morte nella popolazione giovanile, dai 15 ai 24 anni.

Questi numeri hanno un enorme impatto sull'economia e la società del Paese, dal momento che molti di questi adolescenti hanno avuto la comparsa del disturbo depressivo maggiore entro il quattordicesimo anno di età. Il costo della depressione, quindi, interessa la maggior parte della vita di questi soggetti, non solo per quanto riguarda il sostegno psicologico, psichiatrico, e i farmaci antidepressivi, ma anche, e soprattutto, per quello che riguarda le patologie ad essa associate: il soggetto depresso tende a diventare sempre meno autosufficiente, avrà quindi necessità di un sostegno domiciliare (ADI), se non addirittura in strutture apposite del CSM (centri diurni, RSA, ecc).

Una revisione della letteratura del 2012<sup>14</sup> ha dimostrato come sintomi depressivi emersi durante l'adolescenza, rappresentano un potente fattore di rischio per l'evoluzione, negli anni successivi, di un disturbo depressivo maggiore. Secondo la APA (American Psychiatric Association)<sup>15</sup>, sintomi quali diminuzione del piacere, aumento del peso, fluttuazioni dell'umore, difficoltà a prendere sonno, agitazione psicomotoria o, al contrario, rallentamento dei movimenti, pensieri suicidi, e una diminuzione della performance accademica, potrebbero appunto portare ad un quadro clinico preoccupante, per la salute mentale del ragazzo. Tale condizione potrebbe includere anche una sintomatologia psico-fisica, come ad esempio forte emicrania continua e duratura, disturbi gastrici ed intestinali, irritabilità e una propensione più accentuata per comportamenti violenti e aggressioni. Secondo la letteratura, i criteri per la diagnostica di una depressione in questa fase sono rappresentati dall'esibizione di almeno cinque sintomi, per la maggior parte del giorno, tutti i giorni, per due settimane consecutive. Questo potrebbe causare forti squilibri per la crescita adeguata, non solo psichica, ma anche fisica, del ragazzo, e uno scarso sviluppo nella socializzazione con il gruppo dei propri pari.

Alcuni studi hanno anche sottolineato la differenza di genere del quadro sintomatologico: le donne, infatti, tendono a manifestare un atteggiamento negativo, un'anedonia e una

---

<sup>14</sup> Teresa D. Carnevale, MSN, RN (2012), *Universal Adolescent Depression Prevention Program: A Review*, The Journal of School Nursing.

<sup>15</sup> APA (American Psychiatric Association), 2000, and, K.Lenz, K. Coderre and M.D.Watanabe (2009), *Overview of Depression and Its Management in Children and Adolescents*.

condotta errata nei propri confronti. I ragazzi invece, espongono la loro frustrazione interiore, la loro scarsa autostima e la loro insicurezza, nelle relazioni con gli altri: questi infatti tendono ad avere atti violenti, rabbiosi, aggressivi<sup>16</sup>. Vediamo infatti che la depressione adolescenziale risulta essere fortemente influente nei tre quadri di interesse, che ruotano attorno al soggetto, ovvero la scuola, la casa, e la propria salute mentale. Accademicamente, il ragazzo perde la concentrazione, vede i risultati scolastici essere sempre più scarsi e meno soddisfacenti, non riesce a mantenere il focus dei suoi obiettivi, e avverte un senso continuo di frustrazione. Nell'ambiente domestico, luogo in cui il soggetto dovrebbe sentirsi protetto e accolto, è avvertito dall'adolescente come un ambiente ostile, tanto da innescare in lui comportamenti errati: irritabilità, violenza (contro gli oggetti e contro le persone, infine contro sé stesso), continui litigi con i componenti del nucleo familiare, abuso di sostanze e atti delinquenti. Infine, a livello psichico, ritroviamo tutta quella sintomatologia che ruota attorno al disturbo dell'umore, e che porta il soggetto ad avere sempre meno autostima nei suoi confronti, fino a provare un vero e proprio disprezzo per quello che è e che rappresenta.

Quando questi tre quadri iniziano a compenetrare tra loro, il ragazzo non riesce a mantenersi saldo e fermo nelle proprie convinzioni, viene completamente svuotato del proprio essere, e potrebbe anche avere dei deliri o allucinazioni se la depressione ha raggiunto gradi elevati. Tutto questo spinge il soggetto al suicidio: oltre il 60% degli adolescenti, con diagnosi di depressione maggiore, hanno tentato il suicidio, di questi oltre il 70% riesce nella sua impresa.

Gli studiosi si sono, quindi, chiesti come poter prevenire questo altissimo tasso di soggetti adolescenti depressi, e questa incidenza sempre più alta di morte per suicidio. La risposta potrebbe essere riscontrata, ancora una volta, in una revisione della letteratura<sup>17</sup>, che include nel suo studio 16 articoli, pubblicati dal 1987 al 2011. L'obiettivo dello studio era quello di capire quali interventi sono stati descritti e validati in letteratura, per prevenire l'insorgenza della depressione in ambito adolescenziale, e per identificare delle nuove strategie per questa patologia.

---

<sup>16</sup> V. Hamrin and M. Magorno (2010), *Assessment of Adolescents for Depression in the Pediatric Primary Care Setting*, Primary Care Approaches.

<sup>17</sup> Jenna L. Buchanan (2012), *Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature*, Archives of Psychiatric Nursing, Vol.26.

Dati risalenti al 2009<sup>18</sup>, hanno messo in evidenza che, su una popolazione di 80121 studenti, il 14,9% hanno avuto in passato una diagnosi di depressione infantile/adolescenziale; di questi il 32% ha ricevuto tale diagnosi durante l'anno scolastico precedente, il 24,5% sono tutt'ora in cura con farmaci antidepressivi (e aumentano le dosi quando vedono la loro concentrazione nello studio calare). L'altra parte dei soggetti esaminati, escludendo quindi quel 14,9% di ragazzi "etichettati" come depressi, vede un proprio 9% considerare seriamente il suicidio, un 62,1% sentirsi infelice e senza speranza, e un 43% sentirsi "so depressed it was difficult to function". Infine, l'1,3% di questi soggetti, che non sono stati identificati come soggetti depressi, o che comunque non hanno ricevuto una diagnosi specifica da uno specialista, ha tentato il suicidio.

La prevalenza della depressione e di altre condizioni psicopatologiche è in aumento, soprattutto tra gli studenti. Due progetti di Gallagher<sup>19</sup>, i *National Survey of Counseling Center Directors* del 2004 e del 2009, hanno evidenziato che su un campione di 302 studenti, l'85,8%, nel 2004, era stato trattato, o era attualmente in cura, per problemi psicologici; nel 2009, sempre sullo stesso campione di soggetti, la percentuale di questi ragazzi è salita all'89,4%.

Oltre al suicidio, la depressione in questi soggetti è associata ad altre molteplici condizioni morbose, quali l'aumento delle infezioni acute, l'aumento del tasso dell'uso di tabacco, l'aumento del consumo di alcol, l'aumento dei livelli di ansia, l'aumento dei comportamenti autolesionisti, e la diminuzione della produttività scolastica<sup>20</sup>.

Questa revisione sistematica della letteratura si conclude con una serie di raccomandazioni, rivolte ai direttori dei vari college americani presi in considerazione: è importante investire in strategie per la prevenzione della depressione adolescenziale ed

---

<sup>18</sup> *Data Summary from the ACHA's 2009 NCHA Survey Results*. La ACHA (American College Health Association) è un'associazione americana che si occupa della prevenzione e della promozione della salute, degli studenti che sono iscritti ai vari college negli USA. I loro dati, nel 2009, sono stati implementati dalla NCHA (National College Health Assessment), per identificare i disturbi mentali e psichiatrici più frequenti negli studenti presi in considerazione.

<sup>19</sup> R. Gallagher, *National Survey of Counseling Center Directors*, International Association of Counseling Services, 2004 e 2009. L'Università di Pittsburgh ha emanato, dal 1981, una serie di indagini sui direttori dei centri di consulenza universitari, degli Stati Uniti e del Canada, andando ad indagare il loro livello di preparazione e di competenza, nei confronti dei bisogni degli studenti.

<sup>20</sup> Hysenbegasi, A., Hass, S. L. & Rowland, C. R (2005), *The impact of depression on the academic productivity of university students*. Journal of Mental Health Policy & Economics.

incrementare la consapevolezza di questa tematica. Inoltre, risulta essere fondamentale intervenire periodicamente con programmi di screening nella popolazione studentesca, essendo questa identificata come un importante fattore di rischio per la depressione. Infine, una volta individuati i soggetti particolarmente a rischio di sviluppare sintomi depressivi, o già portatori di una possibile depressione, è doveroso (secondo gli autori) che l'università si prenda carico di questi ragazzi, li segua in un percorso psicologico, e li sostenga con servizi per la salute mentale.

Occorre tenere presente anche che, l'adolescente che soffre di depressione potrebbe manifestare dei comportamenti, i quali potrebbero essere un campanello d'allarme. In uno studio del 2018 dell'University of Exeter<sup>21</sup>, viene sottolineato come anche la frequenza scolastica scarsa, o addirittura assente, potrebbe essere correlata con uno stato depressivo del ragazzo. La meta-analisi condotta sulla base di questa premessa ha appunto portato alla costruzione di un albero meta-analitico, che sottolinea l'esistenza di una correlazione, statisticamente significativa, tra la depressione e l'assenteismo scolastico ( $r=0,11$ ; intervallo di confidenza 0.07-0.15, al 95%), e tra la depressione e le assenze ingiustificate ( $r=0,15$ ; intervallo di confidenza 0.13-0.17, al 95%). Si potrebbe, quindi, utilizzare tale indice, ovvero la frequenza scolastica, come indice di rischio per lo sviluppo di una possibile patologia depressiva.

#### 4.3 Psicofarmacologia dei disturbi dell'umore in adolescenza<sup>22</sup>

Studi epidemiologici condotti nei paesi occidentali rilevano, in soggetti di età 8-16 anni, una prevalenza dal 5 al 10% di disturbi della condotta (disturbi del comportamento), caratterizzati da tali problematiche, dirompenza ed aggressività. La terapia di tali problematiche impone il ricorso a tutte le risorse terapeutiche disponibili, considerando non solo il carico di sofferenze attuali, che esse comportano per il soggetto e il suo contesto, ma anche per il rischio di evoluzione in età adulta verso disturbi strutturati, e verso l'abuso di sostanze.

---

<sup>21</sup> K Finning et al. (12 Novembre 2018), *The association between child and adolescent depression and poor attendance at school; a systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorder.

<sup>22</sup> Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci (2005), *Approccio all'adolescente difficile*, Asur quaderni.

I disturbi della condotta possono essere associati a svariati disturbi mentali: disturbi schizofrenici, bipolari, disturbo post-traumatico da stress, disturbi da abuso di alcol e sostanze, ritardo mentale. Essi, inoltre, caratterizzano in gran parte i disturbi da deficit dell'attenzione e da comportamento dirompente descritti nel DSM-IV. È difficile a questa età fare una diagnosi precisa: la presentazione clinica in età evolutiva in particolare dei disturbi psicotici e dell'umore assume peculiarità tali da rendere difficile un inquadramento diagnostico secondo i criteri diagnostici dettati dal DSM. Il disturbo mentale si sovrappone alla naturale evoluzione dell'individuo, ed il decorso risente delle potenzialità evolutive ed adattive della fase di vita in cui si manifestano. Si ritiene comunemente che il disturbo della condotta ad esordio più precoce tende a mantenersi durante il periodo evolutivo, anche esitando in condotte devianti nell'età adulta, mentre i disturbi della condotta esordienti in adolescenza avrebbero un decorso autolimitante a questa specifica fase della vita. Infine, va comunque ricordato che la diagnosi di tali patologie è fortemente correlata al rapporto con l'ambiente circostante, inteso come la rete di rapporti che il soggetto ha con la famiglia, con il gruppo dei pari e, più in generale, con il contesto sociale (scuola, gruppi di attività sportiva). Tali rapporti influenzano la condotta dell'adolescente.

*Quando iniziare una terapia farmacologica?* Le potenzialità evolutive dell'adolescente ed il significato relazionale dei disturbi della condotta inducono a ritardare l'intervento farmacologico, sino a quando non sia chiara l'inefficacia di trattamenti alternativi di tipo educativo, psicoterapico e psicosociale. Un intervento psicofarmacologico prematuro comporta il rischio di scotomizzare la possibilità di interventi alternativi, ugualmente efficaci, così come di esporre troppo precocemente il soggetto al rischio di effetti avversi. Particolare attenzione va però prestata alla presenza di sintomi definiti, gravi e sistematici, tali da determinare una compromissione funzionale severa e perdurante. In tal caso anche l'intervento psicofarmacologico potrà essere attuato precocemente rispetto all'esordio clinico. Ideale sarebbe la possibilità di identificare un disturbo ben definito, per cui l'intervento farmacologico si sia dimostrato efficace. Va tenuto presente che un intervento farmacologico precoce, quando esso sia indicato, presenta diversi vantaggi in termini di miglioramento della prognosi e di possibilità di ricorso a strategie meno aggressive. La scelta di intraprendere una terapia farmacologica dovrebbe rispettare degli obiettivi precisi. È opportuno innanzitutto individuare una specifica area sintomatologica oggetto

del trattamento. Va attuato un adeguato periodo di osservazione preliminare, al fine di stabilire un livello basale rispetto a cui riportare le modificazioni nel tempo. È importante inoltre l'anamnesi farmacologica, e la valutazione del rischio di effetti collaterali, come anche una valutazione dell'atteggiamento familiare, le aspettative rispetto alla terapia psicofarmacologica, e l'eventuale necessità di una rete che garantisca l'assunzione del farmaco da parte dell'adolescente. Il presupposto ideale per iniziare una terapia farmacologica è ovviamente avere una diagnosi precisa del disturbo mentale del soggetto. Le classi di farmaci che andremo a prendere in considerazione sono le seguenti: antipsicotici, stabilizzanti dell'umore e antidepressivi.

Il ricorso agli antipsicotici per il trattamento del disturbo della condotta negli adolescenti è da alcuni studiosi considerato un intervento di seconda scelta, cui ricorrere solo dopo il fallimento sia di interventi non farmacologici sia di terapia con stabilizzanti del tono dell'umore. Per gli autori del testo a cui si fa riferimento, invece, sono considerati un trattamento di elezione, o comunque un trattamento di provata efficacia. Va comunque considerata la scarsità di evidenze sperimentali circa l'efficacia degli antipsicotici per i disturbi della condotta, nel quadro della più generale carenza di studi clinici randomizzati controllati adolescenziali. Le linee guida per il trattamento con antipsicotici redatte dal National Institute for Clinical Excellence consigliano il ricorso agli antipsicotici atipici (piuttosto che ai classici) nei pazienti per cui sia necessario instaurare una prima terapia per psicosi oltre a consigliare il passaggio a molecola atipica nel caso la terapia con antipsicotici si riveli inefficace (anche nella prevenzione delle ricadute) o scarsamente tollerata. Va inoltre ricordato che gli antipsicotici presentano un effetto positivo sulle funzioni cognitive, in maniera maggiore rispetto ai tipici, fattore di notevole importanza se si tiene conto delle necessità di apprendimento/maturazione dell'adolescente. Il prototipo degli antipsicotici atipici, ovvero la clozapina, trova indicazione nelle forme psicotiche e bipolari resistenti al trattamento, considerando il profilo degli effetti collaterali, fra cui spiccano: agranulocitosi, convulsioni, effetti metabolici (aumento di peso, iperglicemia, ipertrigliceridemia, elevazione della PA). Devono essere ricordati anche gli eventi avversi legati all'alterazione della conduzione cardiaca, in particolare la possibilità dello sviluppo di una torsione di punta, disturbo per lo più autolimitante, ma talora letale. La manifestazione di questa problematica è più significativamente associata ad un allungamento del tratto QT all'ECG, condizione che può essere non solo iatrogena,

ma anche congenita, ed aggravata da farmaci fra cui gli antipsicotici. La clozapina è stata generalmente utilizzata fra i 180 e i 200mg/die. È raccomandato iniziare una terapia a basse dosi e, se possibile, incrementare la posologia più lentamente rispetto alla terapia medesima in un soggetto adulto. L'incremento posologico va seguito con particolare attenzione, anche perché si sono osservati viraggi ipomaniacali, o francamente maniacali, in corso di terapia con antipsicotici.

L'interesse per gli stabilizzanti del tono dell'umore discende dall'osservazione della frequenza del disturbo della condotta in corso di disturbo bipolare adolescenziale. Va però notato che, seppure si ritenga comunemente che gli adolescenti presentino agli stabilizzanti la stessa risposta degli adulti, ciò non può ritenersi provato, ed anzi molti ritengono che gli stabilizzanti convenzionali (litio, acido valproico, carbamazepina) presentino una scarsa efficacia in età pediatrica. Relativamente ai dosaggi, possiamo individuare 20 mg/Kg/die per l'acido valproico, e 10-20mg/Kg/die per la carbamazepina. Il litio può essere utilizzato agli stessi dosaggi indicati per gli adulti, ma con maggiore cautela nella fase di introduzione della terapia.

Durante il corso degli anni, molti studi hanno dimostrato le limitazioni importanti degli antidepressivi, utilizzati in un paziente adolescente. È stata dimostrata infatti un'aumentata tendenza al suicidio, anche se molti atti erano dei tentati suicidi, non conclusivi. È comunque importante monitorizzare il soggetto in cura con una terapia antidepressiva, soprattutto all'inizio del trattamento, per il rischio di insorgenza di comportamento suicida, autolesionismo e ostilità. L'atomoxetina, ad esempio, ha dimostrato una buona efficacia anche verso le condotte iperattive e impulsive, sia nell'individuo adulto sia nell'adolescente.

Per concludere, il trattamento farmacologico dei disturbi della condotta nell'adolescente risente della scarsità di dati derivanti da studi clinici e spesso gli approcci terapeutici derivano da una estrapolazione dei risultati di trattamenti per patologie analoghe negli adulti.

## **5. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

### **5.1 Promozione alla salute**

Sul tema della promozione della salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha avvertito la necessità di esprimersi, durante questi anni, tramite Conferenze degli Stati membri, che hanno ratificato Dichiarazioni interazioni, riguardo la promozione della salute.

La prima Dichiarazione che viene espressa è quella di Alma Ata sull'Assistenza primaria alle cure, datata 1978. Pochi anni dopo, nel 1986, ad Ottawa, viene rilasciata una Dichiarazione, specifica per la promozione della salute e sulla sua diffusione di interventi preventivi e promotori in tutto il mondo.

Secondo la Carta di Ottawa<sup>23</sup>, la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o un gruppo di individui devono essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è, quindi, vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo, che valorizza le risorse personali e sociali, e allo stesso tempo anche le abilità fisiche. La promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

Le condizioni e le risorse necessarie per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, il reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Occorre, per entrare in azione, secondo tale Carta, sostenere la causa della salute, essendo questa una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è una dimensione importante per la qualità della vita.

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute: si dovrebbe ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. In questo quadro, si apre il capitolo delle disuguaglianze nella salute: la ricerca e i dati in questo ambito mostrano con chiarezza che la disuguaglianza socioeconomica porta ineluttabilmente all'ineguaglianza sanitario e sullo stato di salute,

---

<sup>23</sup> Ottawa Charter for Health Promotion. Prima conferenza internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-12 novembre 1986.

determinando l'impatto più rilevante sulla salute. Sono stati condotti degli studi, riguardo la speranza di vita alla nascita per genere e titolo di studio (anno 2012): da questi dati emerge che i divari sociali di sopravvivenza, in Italia, fanno sì che un cittadino può sperare di vivere 77 anni circa, se ha un livello di istruzione basso, e 82 anni se possiede almeno una laurea. Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una malattia cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo basso di studio e al 3,2% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età, nella classe 45-64 anni è il 23,2% tra le persone con licenza media, e l'11,5% tra i laureati. I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale, poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni.

Occorre anche tener presente che questi prerequisiti e il sostegno della causa della salute, non può essere garantito esclusivamente dal settore sanitario. È doveroso che la promozione della salute richieda un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: il governo, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative, il volontariato, le autorità locali. La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria: essa colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e ad ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute. Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli.

La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale, fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute. È essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, ma ancora più importante sarebbe intervenire direttamente nel luogo nato per la divulgazione scientifica e letteraria della conoscenza, ovvero la scuola. Per questo motivo, si rende necessaria l'istituzione e l'implementazione della figura dell'infermiere scolastico, che possa conciliare l'assistenza, la cura e la riabilitazione, con la prevenzione e la promozione della

salute. In questo modo si potrebbe *sviluppare, applicare e monitorare le strategie intersettoriali locali e nazionali per il rafforzamento dell'health literacy, in tutte le popolazioni e in tutti i contesti di istruzione ed educativi*<sup>24</sup>. La Dichiarazione di Shanghai, istitutrice dell'Agenda 2030, chiama all'azione, concludendo con la seguente citazione: *Riconosciamo che la salute è una scelta politica e contrasteremo gli interessi dannosi per la salute e rimuoveremo le barriere che ostacolano l'empowerment, soprattutto per le donne e per le ragazze. Incoraggiamo i leader politici dei diversi settori e di differenti livelli di governance, del settore privato e della società civile, a unirsi a noi e alla nostra determinazione nel promuovere la salute e il benessere in tutti gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibili. Promuovere sale richiede un'azione forzata coordinata da parte di tutti coloro che vi partecipano, poiché è una responsabilità condivisa.*

## 5.2 Prevenzione alla salute mentale

Con il termine *prevenzione* si intende l'insieme di azioni finalizzate ad impedire (o a ridurre) che si verifichino eventi dannosi per la salute. È un concetto di carattere operativo e negativo: si opera contro un qualcosa che potrebbe determinare un danno, si assume un atteggiamento di difesa nei confronti dei determinanti della perdita di salute, che siano essi esterni, oppure interni.

Nel passato la Sanità pubblica era orientata alla prevenzione e al controllo delle sole patologie infettive, mediante interventi diretti sulla persona e sull'ambiente circostante, come l'isolamento, l'educazione sanitaria sull'igiene personale, la lotta alla denutrizione, l'areazione e lo smaltimento dei rifiuti. Oggi la Sanità pubblica invece basa tutte le sue risorse all'educazione sanitaria, riferita ai comportamenti e agli stili di vita della popolazione, attraverso interventi di sorveglianza sulla persona, sulla comunità e sull'ambiente. Tutto questo viene svolto attraverso l'analisi e lo studio di ampie basi epidemiologiche e valutazioni continue sui fattori di rischio.

La sanità pubblica infermieristica o Public Health Nursing (PHN) si concentra principalmente sulla prevenzione primaria e sulla prevenzione della salute: sono ambiti in cui è fondamentale che vi sia una buona collaborazione tra la comunità e la sanità, per

---

<sup>24</sup> Dichiarazione di Shanghai sulla promozione della salute nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile 21-24 settembre 2016.

poter affrontare i maggior problemi socio-sanitari. Occorre tener presente che la PHN si è sviluppata in maniera del tutto distinta dalla professione infermieristica canonica, in un contesto scientifico sempre più fertile e all'insegna dell'EBM: gli infermieri di sanità pubblica sono stati identificati come professionisti, con un ruolo di fondamentale importanza, ovvero quello di migliorare le condizioni sanitarie e sociali delle popolazioni più vulnerabili.

### *Dalla sanità comunitaria alla prevenzione*

Il passaggio dalla sanità pubblica alle malattie cliniche è evidente nello sviluppo storico del concetto della prevenzione.

Un articolo di Starfield et al<sup>25</sup>, del 2007, esamina le incoerenze che si sono susseguite nello sviluppo di una definizione, di carattere mondiale, della prevenzione in sanità. Questa, infatti dovrebbe seguire un orientamento demografico, con una considerazione esplicita del rischio attribuibile e dovrebbe essere finalizzata alla riduzione della malattia. Lo scopo della prevenzione si è modificato nel corso del tempo. Nel 1967 si affermava che *“prevenire, in senso stretto, significa scongiurare lo sviluppo di uno stato patologico. In un senso più ampio, comprende tutte le misure, che limitano la progressione della malattia in qualsiasi fase del suo corso”*<sup>26</sup>. Sempre in quegli anni è stata fatta una distinzione tra: interventi che evitano la comparsa di malattie (prevenzione primaria) e interventi che arrestano o rallentano la progressione di una malattia o delle sue sequele in qualsiasi momento dopo il suo inizio (prevenzione secondaria).

Nel 1978, le distinzioni tra i tipi di prevenzione si erano estese fino ad includere la prevenzione primaria, per promuovere la salute ancor prima dello sviluppo di malattie, la prevenzione secondaria per rilevare la malattia nelle fasi iniziali asintomatiche e la prevenzione terziaria per intervenire, arrestare o ritardare la progressione della malattia<sup>27</sup>. Né le definizioni del 1967 né quelle del 1978, usavano la terminologia del “fattore di rischio”, ma nel 1998 l’OMS, nell’affrontare il tema della prevenzione della malattia, ha dichiarato che essa copre, non solo le misure volte a prevenire la comparsa di malattie,

---

<sup>25</sup> B. Starfield et al. (2008), *The concept of prevention: a good idea got astray?* Jech Online, j. Epidemiol. Community Health.

<sup>26</sup> Clark DW (1967), Preventive Medicine, Boston.

<sup>27</sup> Nightingale EO et al, (1978), Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States, Washington, Institute of Medicine.

come la riduzione del *fattore di rischio*, ma anche per arrestare il suo progresso e ridurre le sue conseguenze.

L'Australian National Public Health Partnership ha designato la prevenzione come "*un'azione volta a ridurre o eliminare l'insorgenza, le cause, le complicazioni o la recidiva di una malattia*"<sup>28</sup>. Vennero quindi definiti diversi livelli di prevenzione: prevenzione primordiale (prevenire l'emergere di condizioni sociali e ambientali predisponenti che possono portare alla causa della malattia), prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria (per migliorare la funzionalità, minimizzare l'impatto e ritardare le complicanze). Il Dictionary of public Health ha definito, però, questa distinzione più artificiale che reale.

Una recente modificazione della teoria ha introdotto il concetto di prevenzione quaternaria: la WONCA (*World Organisation of Family Physicians*) ha definito questo quarto tipo di prevenzione come un'azione intrapresa per identificare un paziente a rischio di sovra-medicalizzazione, per proteggerlo dalla nuova invasione medica e per suggerirgli interventi eticamente accettabili. Altri hanno definito la prevenzione quaternaria come un debriefing, garanzia della qualità e processi di miglioramento, che completa il ciclo di prevenzione raccogliendo informazioni sui processi, analisi multidisciplinari dei dati, conclusioni, rivolta a tutti gli organismi coinvolti.

La medicina clinica, pur adottando sempre più la prevenzione nel proprio campo di attività, non ha ancora fornito una definizione del concetto preventivo. L'OMS non ha incluso il termine prevenzione, in funzione dei sistemi sanitari, che sono definiti come tutte le attività il cui scopo primario è quello di promuovere, ripristinare e mantenere la salute<sup>29</sup>.

A seguito dei notevoli cambiamenti, intervenuti nell'organizzazione dei servizi sanitari e dell'aumento delle conoscenze sulla genesi e sulla gestione delle malattie, vi sono buoni motivi per mettere in discussione la differenziazione della prevenzione, da altri aspetti dell'assistenza sanitaria. I maggiori cambiamenti, sia in campo politico che in campo sanitario, che interessano gli interventi preventivi, dovrebbero riguardare la riduzione delle disparità sanitarie nella popolazione. Inoltre, questi interventi dovrebbero

---

<sup>28</sup> National Public Health Partnership (2001), *Prevention chronic disease: a strategic framework*, Australia.

<sup>29</sup> World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. Switzerland.

considerare quando è più efficace (e forse più efficiente) dare priorità ad azioni volte all'individuo, piuttosto che alla comunità intera. Occorre quindi privilegiare il miglioramento della salute in modo generico (come la riduzione dei tassi di mortalità complessivi e specifici per età), anziché considerare sempre e solo la presenza della malattia.

Se l'obiettivo è quello di abbattere ogni differenza che contraddistingue gli individui, e implementare un'equità di fronte al tema della salute, è necessario svolgere interventi, rivolti a fattori di rischio comuni a tutta la popolazione, e non a fattori di rischio per la singola patologia. Un esempio calzante potrebbe essere quello della mancata ricchezza economica: una società che vive in condizioni finanziarie scarse, è più esposta allo sviluppo di molteplici patologie e condizioni di rischio. Allo stesso modo pensiamo a quanti individui fanno uso di tabacco: intervenire, facendo educazione sanitaria, sul fumo di sigaretta, potrebbe portare miglioramenti, che non si limitano alla prevenzione di patologie cardiovascolari, ma anche respiratorie, endocrine, intestinali, pancreatiche e così via.

Lo studio sopracitato evidenzia il fatto che sprecare risorse (economiche, umane, temporali), svolgendo interventi volti alla prevenzione, per fattori di rischio circoscritti, è del tutto inutile per portare salute nella popolazione. Una società trattata con una prevenzione clinica capillare non è, oggi, sinonimo di sanità pubblica; quest'ultima, infatti si afferma in un approccio sociale per il miglioramento della salute, mentre una prevenzione specifica che determinate patologie, interviene su singoli pazienti, rischiando di non essere clinicamente rappresentativa.

Un nuovo approccio alla prevenzione dovrebbe, quindi, prendere in considerazione quei fattori di rischio che hanno maggior impatto sulla popolazione, e che sono un rischio per lo sviluppo di una multi-mobilità. Esiste oggi un'urgente necessità di misure sanitarie che interessino tutte le categorie patologiche maggiori, che aumentino la compliance e l'informazione della popolazione: occorre prendere come riferimenti i tassi di mortalità, i tassi di invalidità, il basso peso alla nascita, le misure di aspettativa di vita adeguata alla salute e alla disabilità.

In conclusione, dunque, una rinnovata concettualizzazione della prevenzione potrebbe prendere in considerazione la popolazione, secondo il rischio clinico, il rischio attribuibile, il rischio individuale, il rischio relativo.

### *Legislazione e prevenzione*

La figura professionale dell'infermiere ha subito una serie di modifiche ed evoluzioni considerevoli nel corso dei decenni. Fino al 1999 l'operato dell'infermiere era sancito da un mansionario, ovvero una lista di ciò che poteva e non poteva fare; il paradosso nasce nel 1994, quando il legislatore elabora il profilo professionale dell'infermiere, con il decreto ministeriale N.739. All'articolo 1, comma 1 della presente legge, viene riportato che *“l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”*. Al comma 2 si legge che *“l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”*.

Ciò significa che l'infermiere, pur avendo ancora un mansionario che regola la sua attività lavorativa e che risulta ancora valido a livello civile e penale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, che si compone di una parte curativa, una parte palliativa, una parte riabilitativa e una parte preventiva. Questo decreto definisce quindi l'infermiere come il responsabile della prevenzione nei confronti della società con interventi tecnici, relazioni ed educativi; dato che viene ripreso anche nel comma 2 che l'infermiere ha come principale funzione la prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria, oltre all'assistenza diretta dei malati.

Al comma 3 viene, inoltre, riportato che l'infermiere *“identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività”* e che *“svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale”*. Al comma 5 si parla della formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate, e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche, in diverse aree, tra cui la sanità pubblica.

La contenzione legislativa tra mansionario e profilo professionale viene eliminata con una legge del 26 febbraio 1999, N.42: con questa viene abrogato il mansionario, andando a definire l'infermieristica come una professione sanitaria con un ruolo di alta responsabilità e autonomia.

L'anno successivo a questa, viene emanata dal legislatore un'altra legge fondamentale nell'evoluzione della figura infermieristica, la 251/2000. Con l'emanazione e l'entrata in vigore della Legge 251/2000, che disciplina la nostra categoria e le varie Professioni Sanitarie, si sancisce definitivamente la legittimità dell'agire professionale dell'Infermiere. Il legislatore parte dal presupposto che oggi è necessario avere un professionista della salute, che sia capace, autonomo e responsabile delle sue azioni. L'art.1 ribadisce che *“gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”*. Viene riconosciuta la capacità esclusiva dell'infermiere nell'identificazione dei bisogni assistenziali, per i quali pianifica interventi per il raggiungimento di determinati obiettivi. Dal momento che l'infermiere riconosce una diagnosi infermieristica, a cui corrisponde degli interventi per la sua gestione, dovrebbe riconoscere anche quali sia i fattori di rischio per la sua prevenzione, e lavorare su questi. *“L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca”*<sup>30</sup>. Come professionista della salute, promuove stili di vita sani, diffonde il valore della cultura della salute, ed educa la popolazione alla salute stessa. La parola educare deriva dal latino *“educere”*, ovvero *“tirare fuori”*, *“esportare”*: educare significa tirare fuori dalle menti della collettività la coscienza critica e la consapevolezza nei confronti della cultura della salute, e l'unico mezzo per arrivare a questo è l'informazione.

Lo scopo di questo intervento è quello di promulgare la salute e il benessere dell'individuo, sia in contesti ospedalieri sia in contesti extra-ospedalieri (con attività di prevenzione primaria). Alcune attività infermieristiche possono essere indirizzate a fornire informazioni circa la necessità di programmare la prevenzione sia primaria che secondaria, e ad individuare quelli che sono i punti deboli della società. Occorre quindi chiamare in causa le politiche comunicative e informative, riferite alla salvaguarda della salute per la comunità intera, dai neonati agli anziani.

---

<sup>30</sup> Codice Deontologico dell'Infermiere, Art. 2, 2019, FNOPI.

## **6. TIPOLOGIE DI PREVENZIONE E PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE**

### 6.1 Prevenzione primaria

Per parlare di prevenzione e promozione della salute, dobbiamo innanzitutto riprendere la definizione di Salute. Tra i diritti fondamentali del cittadino, viene riportato all'interno della Costituzione italiana anche il diritto alla salute. L'articolo 32 recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Prima della stesura di questo articolo, si faceva riferimento alla salute, come unica condizione in assenza della malattia, in una visione squisitamente bio-medica e paternalistica. Oggi invece si parla di una *“dinamica condizione di benessere, fisica, psichica, sociale e spirituale”*, andando a definire la salute come una situazione dinamica, andando a considerare l'individuo in senso olistico, e non come portatore della singola patologia.

*“L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività”*. Essendo gli individui al centro degli interventi sanitari, sia che essi abbiano una valenza curativa, sia riabilitativa, che preventiva, è fondamentale intervenire con un'informazione e un'educazione educazione sanitaria capillare. Di conseguenza, se la popolazione è consapevole di quali siano i fattori di rischio per le patologie maggiori, diventa molto più agevole per i professionisti della salute, intervenire in senso preventivo (che sia primario, secondario o terziario).

Purtroppo, i mezzi comunicativi fanno poco riferimento alla “vera prevenzione”, quella primaria. Infatti, mentre la prevenzione secondaria e terziaria si riferiscono alla sola malattia e alla gestione dell'offerta sanitaria, la primaria si riferisce alla salute e alla gestione della domanda di salute (salute che va mantenuta, tutelata e promossa). La

primaria risulta essere, ad oggi, la maniera più efficace per tutelare la salute della collettività.

Emerge da questo una questione, ancora irrisolta: se davvero la prevenzione primaria protegge a tal punto la popolazione e i loro determinanti di salute, perché si continua ad investire sul trattamento clinico-chirurgico, sulla farmacologica, sulla ricerca riguardo i pazienti acuti? D'altronde è grazie agli investimenti, fatti per garantire e promuovere l'igiene pubblica (ad esempio l'acqua potabile), che dalla seconda metà dell'800 la vita media si è notevolmente allungata. La salute è condizionata per il 40-50% da fattori socio-economici e dagli stili di vita degli individui, per il 20-30% dalle condizioni ambientali, per il 20% dall'eredità genetica e solamente per il 10% dai servizi sanitari.

A rigor di logica, si dovrebbero quindi stanziare molti più fondi per andare a sanare i fattori sociali ed economici, rispetto alla gestione e all'organizzazione sanitaria. La visione economicista, che sta pervadendo la sanità, induce a puntare sulla quantità, piuttosto che sulla qualità; infatti è solo riducendo la domanda sanitaria tramite la prevenzione primaria, che si aiuta a risolvere la cronica emergenza sanitaria.

“La prevenzione, infatti, è come i *carmina: non dat panem, né tangenti*. Non incrementa il consumo di farmaci, anzi suo scopo è, tendenzialmente, di ridurne l'impiego. Dunque, non interessa alle case farmaceutiche (salvo a quelle che producono vaccini, ma si tratta di ben modesto mercato). Non incrementa i ricoveri ospedalieri, anzi, se funzionasse, ci sarebbero meno malati e perciò meno ricoverati. Dunque, non è per nulla considerata dagli imprenditori edili, dai venditori di macchinari diagnostici, dai manager e dai clinici con libera professione intra-extramuraria. Non distribuisce lenimenti e conforti, non esibisce risultati né clamorosi né immediati; e non procaccia consensi. Talvolta costringe a interventi strutturali, anche costosi. Dunque, è meno che mai in auge tra i politici, cui arride il belletto e l'apparenza, non il rigore e la sostanza. È un'arte povera, una disciplina scalza, una pratica a suo modo sovversiva”<sup>31</sup>.

## 6.2 Prevenzione secondaria

La figura professionale dell'infermiere dovrebbe avere il compito fondamentale di professare una capillare educazione sanitaria nella popolazione, per sensibilizzare la

---

<sup>31</sup> Giorgio Ferigo, *Il certificato come sevizia*, 2001

società ad adottare strategie che possano risultare efficaci per mantenere un buon stato di salute del singolo. Dal momento che il singolo individuo mantiene una posizione di salute e di benessere, in una dimensione del tutto teorica e utopica, tutta la comunità dovrebbe essere nella stessa condizione, ed evitare così gli eventi acuti.

Il problema che sorge è che, appunto, siamo di fronte ad una dimensione utopica: esisteranno sempre patologie più o meno gravi, con più o meno fattori di rischio correlati, e con più o meno incidenza e prevalenza nella popolazione. In questo caso, quindi, non è sufficiente andare a portare cultura, informazione, educazione ai cittadini dello Stato, ma è necessario intervenire fisicamente, con degli strumenti diagnostici, per poter evitare il decorso di una patologia che si sta affermando.

Si pensi ad esempio ad un tumore al polmone: ci sono soggetti che, pur sapendo l'incidenza e la mortalità di questa patologia, pur non fumando e non esponendosi ad altri fattori di rischio (come gas nocivi, amianto ecc.), hanno comunque sviluppato una neoplasia polmonare, e in quel caso dobbiamo intervenire con un altro tipo di prevenzione, che vada ad arrestare o a quanto meno, rallentare il decorso della patologia. In questo caso l'infermiere ha il compito di educare la popolazione definita a rischio e sensibilizzarla a sottoporsi a quelli che vengono definiti "strumenti di screening", per effettuare una diagnosi precoce (si parla più che altro dell'ambito oncologico), e quindi avere un margine più ampio per intervenire. Con lo screening del cancro al colon retto, ad esempio, viene fatta diagnosi di lesione neoplastica sulla popolazione considerata a rischio (tutti i cittadini che compiono 50 anni hanno il diritto di sottoporsi allo screening), ancor prima che insorga la sintomatologia, e questo elemento, senza dubbio, favorisce la prognosi.

Andando quindi a definire nel dettaglio, lo screening è una strategia utilizzata per identificare una patologia, nella patologia a rischio, che si reputa sufficientemente frequente da giustificare la spesa e lo stress di cercarla. È sempre un'operazione che viene fatta in massa, condotta con razionalità e obiettivi precisi.

Come ogni test diagnostico medico, ogni test di screening ha la propria specificità e sensibilità, andando quindi ad avere una percentuale (seppur minima) di falsi positivi e falsi negativi. È quindi opportuno saper riconoscere e stabilire l'errore del test diagnostico, andando ad approfondire il caso. Sempre all'interno dell'esempio dello screening del cancro al colon retto, il primo test di screening che viene effettuato è il

Sangue Occulto nelle Feci (SOF); solo successivamente, se questo risulta essere positivo, viene sottoposto il paziente alla coloscopia, indagine assai più approfondita. La scelta di sottoporre l'intera popolazione italiana che abbia scelto di aderire allo screening, ad un test che risulta essere decisamente meno efficace e meno specifico per la diagnosi precoce, è dettata essenzialmente da un aspetto economico. Anche la prevenzione secondaria, infatti, subisce scelte di carattere finanziario, organizzativo ed economico, che sono del tutto legittime.

### 6.3 Prevenzione terziaria

Sebbene la prevenzione secondaria sia enormemente d'aiuto al riconoscimento della malattia nelle sue fasi precoci, non è sufficiente ad arrestare le patologie ai primi stadi. Purtroppo la comunità universale, nonostante tutti gli accorgimenti che si possa avere in ambito sanitario, continuerà ad ammalarsi, ed è in questi ambiti che interviene la prevenzione terziaria. Siamo ad un terzo livello appunto, in una fase in cui la malattia è ben visibile e presente, la sintomatologia è avvertita dal paziente e si sono susseguiti nel tempo gli eventi acuti, a cui porta quella determinata patologia. Una volta superato l'evento acuto, però, è di fondamentale importanza adottare tutte quelle precauzioni che possano evitare, o comunque rallentare il più possibile, l'insorgenza di un nuovo evento acuto.

In molti quadri clinici, ad esempio nello scompenso cardiaco cronico, ad ogni evento di scompenso acuto, si assiste una diminuzione in termini di prognosi e quindi di sopravvivenza. Stesso meccanismo lo possiamo ritrovare nell'insufficienza renale, nello scompenso respiratorio, nella BPCO.

La prevenzione terziaria, quindi ha il compito di migliorare la prognosi, e l'infermiere interviene attraverso i follow up, ovvero dei controlli periodici sul paziente che soffre di una patologia cronica, e che tende alla ri-acutizzazione se non monitorata.

### 6.4 Prevenzione quaternaria

Quando il paziente, nonostante tutti gli interventi precedenti, raggiunge una fase di non ritorno, in cui è palese l'impossibilità ad un suo miglioramento, l'infermiere deve essere in grado di prevenire l'eccessiva medicalizzazione.

Con prevenzione quaternaria si intende la prevenzione della medicina non necessaria. Il termine è stato introdotto alla fine degli anni'80, in seguito alla diffusione di una percezione di incertezza sul proprio stato di salute, anche tra persone sane, che spesso porta a richiesta maggiore di esami diagnostici (check up generali in assenza di sintomi o di fattori di rischio) o di interventi di prevenzione e terapia inutili o dannosi. È un concetto che nasce soprattutto da un fraintendimento della prevenzione sia secondaria che terziaria: le strategie preventive per i singoli pazienti sono state estese a gruppi sempre più grandi dell'intera popolazione e così facendo si sono screenate molti più soggetti del dovuto. Stesa cosa avviene nella prevenzione terziaria, quando fatta in modo non appropriato, ad esempio quando vengono somministrati anti-aritmici nel periodo post-infartuale: è vero che si prevencono le aritmie, ma così facendo si aumenta anche la mortalità del paziente<sup>32</sup>.

L'infermiere, oltre ad avere un obbligo relativo alla propria responsabilità professionale, è anche eticamente portato ad assolvere questi interventi di prevenzione quaternaria, soprattutto quando è il paziente a chiederlo. *“L’Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa”*<sup>33</sup>.

Vien da sè che questa tipologia di prevenzione è direttamente collegata alla cura nel fine vita, e al rispetto della volontà di limite agli interventi. *“L’Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.*

*L’Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto”*<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Carlos Martins, et al. *Quaternary prevention: reviewing the concept*, European Journal of General Practice, 2018

<sup>33</sup> Codice Deontologico dell’Infermiere, art. 25, 2019 FNOPI.

<sup>34</sup> Codice Deontologico dell’Infermiere, art. 24, 2019, FNOPI.

## 6.5 Prevenzione alla salute mentale in adolescenza

Se gli interventi preventivi risultano difficili da applicare e non sempre portano agli outcomes desiderati, si pensi a svolgere ed applicare questi stessi interventi sulla popolazione adolescenziale. L'adolescenza è, di per sé, un momento della vita complesso, basato su una serie di comportamenti fisici e psicologici, che spesso portano il ragazzo allo sviluppo di comportamenti problematici. È un'epoca in cui il corpo del soggetto cambia, si sviluppa, in risposta alla progressiva stimolazione ormonale, e con questo mutano anche gli schemi del pensiero: il ragazzo deve riuscire a saper affermarsi in un gruppo di suoi pari, deve ricercare la loro attenzione e la loro approvazione. È un'età di transizione tra il mondo infantile e il mondo adulto; viene chiesto all'individuo di trovare sé stesso, di conoscersi, e quindi automaticamente di formarsi.

In anni così complessi, risulta fondamentale l'istruzione, la formazione e l'educazione, che viene impartita, non solo all'interno della famiglia, ma anche, e soprattutto, a scuola, nelle palestre, nei doposcuola, nelle associazioni. Se viene a mancare una solida istruzione su cui costruire forti basi, sarà inevitabile vedere nel ragazzo comportamenti forvianti, fatti per affermarsi agli occhi degli altri, o solo per dimostrare a se stesso fino a che punto può spingersi. Occorre tenere presente che l'adolescente tende ad avere, a livello del tutto fisiologico, dei pensieri inclini al disturbo narcisistico e istrionico, e questo continuo auto-compiacersi tende a trasmetterlo anche agli amici, e tutto il gruppo che lo circonda. È fortemente influenzato da quelli che vengono considerati "luoghi comuni", o le "mode", ed è per questo motivo che molti ragazzi, per sentirsi adulti o semplicemente per sentirsi superiori agli altri componenti del gruppo, cadono nell'uso e abuso di tabacco, sostanze stupefacenti e in comportamenti alimentari. Non è un caso, infatti, che quasi la totalità dei soggetti ricoverati in neuropsichiatria per anoressia o bulimia, siano adolescenti (dagli 11 ai 16 anni), e spesso sono ragazze.

Conoscendo ora il background, risulta scontato come una capillare informazione e adeguata educazione sanitaria sia necessaria, per prevenire questi comportamenti problematici (definiti in inglese "*problem behaviors*"). Dobbiamo tenere presente che essere adolescente è un fattore di rischio per un ampio ventaglio di patologie fisiche, psichiche e sociali, che possono interessare qualunque ragazzo: dal diabete mellito di I tipo, alla depressione adolescenziale, all'isolamento sociale.

Nel 2016 l'American Academy of Social Work and Social Welfare ha evidenziato 12 fondamentali "sfide", all'interno del progetto Grand Challenges<sup>35</sup>: una di queste era appunto garantire lo sviluppo alla gioventù. Lo sviluppo sanitario comprende, ovviamente, una variegata gamma di obiettivi, uno dei quali si riferisce ai comportamenti problematici, che potrebbero compromettere lo sviluppo del fisico, sociale, cognitivo, morale ed emotivo del soggetto adolescente. Questo obiettivo comprende anche la prevenzione all'infezione del virus HIV, all'abuso di sostanze stupefacenti, alla delinquenza, all'uso di tabacco, alle gravidanze indesiderate.

L'approccio ai comportamenti problematici dovrebbe comprendere interventi preventivi, attraverso dei programmi pratici che possano portare ad un risanamento (l'autore parla di "bonifica del comportamento) delle attitudini del ragazzo, per poter rafforzare le forze positive nella sua vita.

Esistono due approcci fondamentali e generici, per esplicitare un programma di prevenzione ai *problem behavior*. Il primo approccio si basa sull'intervento diretto sulle variabili generali e individuali, che portano all'assunzione di determinati comportamenti; il secondo enfatizza, invece, un costruito comportamento-specifico, che si occupa delle determinanti uniche e specifiche per ogni comportamento problematico. Da una parte quindi, si interviene a livello generale, per modificare le basi e le radici del comportamento, modificando tutta l'impostazione del soggetto, dall'altra abbiamo un programma problema-specifico, ovvero ci si accorge di un fattore di rischio per una determinata condizione patologica e si interviene. Potremmo definire quindi il primo approccio come una prevenzione primaria, dal momento che si interviene sulla popolazione adolescenziale "sana"; nel secondo caso, intervenendo su un possibile fattore di rischio, si parla di prevenzione secondaria.

Questi due metodi dovrebbero essere applicati indistintamente a tutta la popolazione adolescenziale, e in contemporanea, ma risulta maggior vantaggioso intervenire solamente con la seconda tipologia di approccio. Questo framework fornisce una guida sufficientemente specifica per delineare gli immediati determinati del comportamento problematico adolescenziale. All'interno dello studio preso in considerazione, l'autore applica questo programma pratico a tre differenti casi in studio: il primo riguarda

---

<sup>35</sup> James Jaccard (2016), *The Prevention of Problem Behaviors in Adolescents and Young Adults: Perspectives on Theory and Practice*, New York University.

l'adozione di un'organizzazione specifica per le best practices, il secondo si focalizza sulla prevenzione ad errati comportamenti sessuali (soprattutto durante la prima adolescenza), il terzo si basa sulla prevenzione all'assunzione di alcol in adolescenti al college. L'autore si accorse durante lo studio che, applicando il programma a questi tre settori, risultava fondamentale intervenire non solo a livello specifico, e quindi, ad esempio, non solo in educazione sessuale, ma ci doveva essere un'informazione olistica, completa e generale, per focalizzare meglio la struttura di base del comportamento problematico.

Gli studiosi dello sviluppo hanno da tempo condotto una lunga ricerca, per identificare le cause del comportamento problematico in adolescenza. Alcuni sostengono che la modifica del comportamento in questa età sia dovuto ad un forte impatto sul soggetto, come la ricerca di nuove sensazioni, cambiamento del punto di vista, la regolazione delle emozioni, la classe sociale, la religione, i genitori e il contesto familiare, e l'esposizione ai mass media e online. Una nota versione è Jessor's Problem Behavior Theory, che identifica al centro dei determinanti del problem behavior, il sistema della personalità, il sistema ambientale e il sistema comportamentale.

È quindi fondamentale intervenire, a livello non solo sanitario, ma anche socio-psicologico e territoriale, in questi elementi che risultano essere determinanti per la salute giovanile; occorre tenere presente che fare prevenzione in un soggetto adolescente è davvero complesso. L'infermiere o il professionista sanitario deve saper instaurare una buona relazione d'aiuto con l'individuo, per aumentare l'aderenza e la compliance ai trattamenti.

La domanda a cui si cerca di rispondere, a questo punto, è la seguente: è possibile prevenire la depressione? I risultati di una revisione meta-analitica di interventi psicologici, riguardo la prevenzione dell'insorgenza della depressione grave<sup>36</sup>, hanno mostrato che tali interventi preventivi hanno ridotto l'incidenza della depressione del 21% nel gruppo dei casi sperimentali, rispetto a quello dei controlli. Una riduzione di questo spessore è però possibile, sempre secondo l'albero meta-analitico proposto dallo studio, solo se vi è un NNT<sup>37</sup>, abbastanza alto (NNT = 20 nel complesso analisi). Considerando

---

<sup>36</sup> K.Zoonen et al, (2013), *Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions*, International Journal of Epidemiology.

<sup>37</sup> Il NNT è il numero di persone che dovrebbero ricevere un intervento preventivo, al fine di prevenire un nuovo caso di malattia, in questo caso di depressione.

l'impatto che i disordini depressivi hanno sulla vita sociale, economica e fisica e la rilevanza clinica, è un risultato statisticamente significativo. È quindi incoraggiante. L'unico limite dello studio sopracitato riguarda il follow-up: dal momento che questi soggetti sono stati poi seguiti, dopo l'intervento di prevenzione, per solamente 9 mesi, non è ben chiaro se effettivamente questi interventi siano efficaci per evitare la sintomatologia depressiva, oppure se la rallentino solamente. In ogni caso, secondo gli autori, è comunque clinicamente rilevante anche una riduzione dell'incidenza depressiva, che si potrebbe abbassare di molto, ogni anno. La prevenzione dei disturbi depressivi è possibile e, oltretutto, potrebbe essere l'unico modo per ridurre l'impatto e il peso di tale patologia sulla popolazione.

Innanzitutto, occorre capire come intervenire con una prevenzione primaria, ovvero una serie di strategie per prevenire l'insorgenza della malattia, andando a lavorare su soggetti sani. Partendo dal presupposto che, è difficile implementare la consapevolezza della popolazione, senza una buona divulgazione scientifica, il metodo più efficace (ed anche più utilizzato) è sicuramente l'educazione sanitaria. Infatti, solamente attraverso una buona educazione ed informazione in ambito sanitario, è possibile andare a costruire una consapevolezza comune, un rispetto consolidato nei confronti delle patologie più frequenti e con maggior incidenza. D'altra parte, è chiaro che, lo studio e la ricerca facciano maturare un pensiero critico nei fruitori dell'intervento: in questo modo si potrebbe andare ad abbattere quello stigma, che ruota attorno alle patologie psichiatriche. Una domanda a questo punto sorge spontanea: perché intervenire sui giovani e non sugli anziani? In effetti, una delle categorie più a rischio per lo sviluppo della depressione è proprio la classe over 65 anni. Secondo i tabulati del 2015, emessi dall'OMS, vediamo infatti che in Italia, la percentuale dei soggetti con 65 e più anni, che soffrono di depressione, è dell'11,6%, a fronte del 3,5%, rappresentata dalla classe 15-64 anni. Quello che però è importante sottolineare è che, innanzitutto un ragazzo di 15 anni ha un'aspettativa di vita molto più lunga rispetto ad un ultra sessantacinquenne, e quindi sarebbe più "logico" investire su questa parte della popolazione; inoltre, un soggetto che ha un esordio così precoce della sintomatologia depressiva, come si legge anche nelle pagine precedenti, ha molta più probabilità di sviluppare un disturbo depressivo maggiore in futuro, e gravare enormemente sulla famiglia, sulla sanità, sull'economia del Paese. Un soggetto giovane che non è in grado di lavorare, perché non più autosufficiente o

autonomo, perché invalidato da un disturbo così opprimente come la depressione, è un soggetto che richiede enormi costi alla sanità pubblica, senza però essere in grado di implementare l'economia statale.

Se quindi non fosse possibile intervenire sulla popolazione tutta, per lo meno sarebbe opportuno investire in prevenzione primaria nei ragazzi, negli adolescenti, negli studenti: questi, infatti, oltre a rappresentare una categoria a forte rischio per la depressione, rappresentano allo stesso tempo anche la nuova generazione. Se vogliamo abbassare l'incidenza, la prevalenza, la morbosità e la mortalità di questi disturbi psichici in futuro, è dunque necessario intervenire oggi, su questa fetta di popolazione.

## 7. INTERVENTO SPERIMENTALE

### 7.1 Introduzione

La seconda parte di questo lavoro riguarda, invece, lo studio a carattere sperimentale. Dopo aver ricercato nella letteratura di riferimento, attraverso una revisione letteraria della letteratura, si è proceduto con la programmazione e l'attuazione di uno studio sperimentale preventivo sul campo e sulla comunità.

Lo scopo di tale intervento è portare la figura infermieristica in un luogo frequentato dalla popolazione, ritenuta dalla letteratura "a rischio": da questo momento, quindi, si concretizza l'idea di portare educazione sanitaria nelle scuole, come progetto approvato dal Collegio Docenti, sul tema della depressione adolescenziale e sui disturbi depressivi a cui si potrebbe andare incontro, in questi anni della vita così delicati e complessi.

Portare l'infermiere all'interno della scuola, per intervenire a livello di prevenzione primaria e secondaria, e per fare progetti di promozione della salute, sarebbe un vero e proprio traguardo. È doveroso sottolineare un aspetto: questo è un intervento del tutto innovativo, sia per quanto riguarda la sensibilizzazione alla tematica della depressione e della patologia mentale, sia riguardo l'introduzione di una figura professionale, quale l'infermiere, all'interno dell'Istituto Scolastico.

Un professionista della salute potrebbe fare educazione sanitaria in modo olistico, a tutte le classi e in modo trasversale, non solo riguardo l'ambito psichiatrico, ma anche riguardo il mondo delle patologie sessualmente trasmissibili, prevenzione all'igiene pubblica (es. vaccinazioni obbligatorie immunità di gregge, ecc.), educazione alle grandi patologie, diffuse soprattutto nel modo adolescenziale come mononucleosi, meningite, diabete, epilessia, educazione agli interventi precoci in emergenza (RCP durante infarto acuto del miocardio, manovre di disostruzione delle vie aeree durante ostruzione completa da corpo estraneo).

L'infermiere, in futuro, potrebbe essere anche inserito all'interno di una equipe multidisciplinare, coadiuvato da logopedisti, ostetrici, assistenti sociali, educatori professionali, fisioterapisti: si darebbe, in questo caso, agli studenti un'informazione molto più ampia, più dettagliata e più precisa delle varie tematiche, aumentando il livello di formazione scolastica e educazione sanitaria.

## 7.2 Abstract

In questa seconda fase dell'elaborato viene riportato l'intervento effettuato, sulla base di quanto viene detto in letteratura. L'obiettivo è, dunque, quello di portare educazione sanitaria all'interno degli istituti scolastici, luoghi maggiormente frequentati dalla popolazione target dello studio. Dal momento che i soggetti definiti "a rischio" dalla letteratura sono gli adolescenti, dai 14 ai 20 anni, la scuola secondaria di secondo grado è sembrata quella più appropriata, in cui attuare tale intervento. È stato scelto il Liceo Classico Giulio Perticari di Senigallia.

**Parole chiave:** Adolescenti, Prevenzione e Promozione della salute, Intervento, Studio Sperimentale.

## 7.3 Materiali e metodi

L'incontro prevede un'introduzione da parte del Dott. Maurizio Mercuri sull'argomento, e da una lezione di promozione della salute di circa un'ora, in contemporanea alla proiezione di slides. Le classi prese in considerazione per il progetto sono la 5A e la 4A del Liceo Classico Giulio Perticari di Senigallia.

Al termine dell'incontro vengono somministrati due questionari: il primo (questionario A, allegato n.2) è necessario per la comprensione di quanto detto dalla popolazione degli studenti; il secondo questionario (questionario B, allegato n.3) è, invece, necessario per capire quanto l'incontro sia stato incisivo, quanto il materiale fornito sia stato completo ed accurato e quanto sia stata chiara e lineare l'esposizione.

Per l'analisi dei dati raccolti, è stato utilizzato il programma Excel: sono stati sintetizzati i dati attraverso una tabella a doppia entrata (allegato n.4), suddividendo gli elementi nei due questionari somministrati e facendo la somma delle risposte totalizzate.

## 7.4 La figura dell'infermiere scolastico

Molte evidenze scientifiche sostengono e confermano la necessità di aver presente, all'interno degli istituti scolastici, professionisti che possano gestire il processo

assistenziale e l'analisi dei bisogni di salute della comunità scolastica, a garanzia della continuità assistenziale, della promozione della salute e del benessere degli studenti.

La scuola rappresenta un luogo di confronto imprescindibile per il mondo sanitario in quanto, può istruire e formare a vivere in modo più sano rendono possibile anche un'efficace promozione della salute sul luogo di lavoro, a beneficio degli studenti e di tutto il personale che in essa opera. Le scuole, secondo la Letteratura, che promuovono la salute, come diritto fondamentale del cittadino, sostengono migliori processi di insegnamento e di apprendimento, lavorando con l'intera comunità per rafforzare il capitale sociale e l'alfabetizzazione alla salute.

Portando educazione sanitaria nelle scuole, come progetto interno alla didattica stessa, si coinvolge l'intera cittadinanza, e si implementa quella che si potrebbe definire come "morale comune". Risulta, dunque, fondamentale affiancare al personale dei docenti, un professionista che sappia guidare dal punto di vista sanitario, comportamenti e azioni, che salvaguardino la salute e il benessere dei giovani e dell'intera popolazione.

Gli infermieri sono già presenti sul territorio: sia che lavorino in ambito di ADI, sia in strutture private, sia come liberi professionisti, hanno già fatto enormi passi in avanti, verso l'affermazione della propria autonomia, uscendo dai reparti ed operando direttamente con e sulla comunità. La novità sarebbe quella di estendere questo concetto all'ambito scolastico, portando l'infermiere nella scuola e rendendolo responsabile della salute dei soggetti e della loro educazione in ambito sanitario.

La *National Association of School Nurses*, definisce l'infermiere scolastico come una figura altamente specializzata della professione infermieristica, che promuove il benessere, il successo accademico e l'aspettativa di vita degli studenti. A tal fine gli infermieri scolastici facilitano le risposte positive degli studenti al normale sviluppo; promuovono la salute e la sicurezza; intervengono con problemi di salute reali e potenziali; forniscono servizi di gestione dei casi e collaborano attivamente con gli altri professionisti della salute per costruire la capacità degli studenti e della famiglia nell'adattamento, nell'autogestione, nell'autodifesa e nell'apprendimento<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> National Association of School Nurses. *Definition of School Nursing*. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses; 1999.

La figura dell'infermiere scolastico appare già conosciuta e affermata in Paesi europei ed extra-europei: una valutazione realistica<sup>39</sup>, condotta in Scozia nel 2018, ad esempio, riporta un excursus riguardo il proprio *school nurse*, com'era e com'è oggi, quali sono le sue competenze, e il suo impatto sulla popolazione scolastica. Storicamente, infatti, la figura dell'infermiere scolastico era stata designata dalla National Health Service (NHS), per implementare la salute pubblica; gli studenti, in questo modo, potevano comunicare un proprio bisogno di salute direttamente al professionista interno alla scuola, e questo era chiamato a riconoscere una inadeguata nutrizione dei ragazzi, una loro mancanza di igiene e altri elementi fisici.

Secondo uno studio<sup>40</sup> condotto dall'*American Academy of Pediatrics*, l'infermiere scolastico si dedica, oltre alla difesa della salute in condizioni acute e/o croniche, anche all'allestimento di servizi promotori della salute e servizi per screening per le maggiori problematiche della salute in pediatria. Inoltre, tutto questo deve essere accompagnato alla prevenzione primaria e terziaria.

La natura di questa figura ha, da sempre, giocato un ruolo importante nella salute e nell'educazione dei bambini. Si pensi, ad esempio, a quanto sia grande la fetta della popolazione scolastica con necessità sanitarie acute e/o croniche, e che hanno appunto bisogno di un professionista della salute, accanto a loro. Si pensi ai bambini affetti da diabete di tipo I, si pensi ad una educazione sessuale, ad una educazione sanitaria riguardo fumo, alcol, droghe, si pensi alla prima mestruazione di una ragazzina, si pensi alla prevenzione e promozione della salute dal punto di vista psicologico e psichiatrico, che potrebbe mettere in campo un professionista della salute, si pensi quanti programmi di screening si potrebbero mettere in atto con gli studenti. La valutazione realistica in questione conclude, infatti, che grazie all'implementazione dell'infermiere scolastico si sono diagnosticati dal 10 al 20% di disturbi in più nella popolazione adolescenziale scolastica, e che in ambito di salute mentale, è stata implementata la qualità della presa in cura di quei soggetti che soffrivano o potevano soffrire di disturbi psichici e/o psicologici

---

<sup>39</sup> D.Lawrence e al. *Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse program: a realist evaluation*, BMC Health Services Research, 2018.

<sup>40</sup> Council on School Health, *Role of the School Nurse in Providing School Health Services*, American Academy of Pediatrics, vol. 20, 2021.

L'infermiere scolastico gioca un ruolo particolarmente delicato sulla prevenzione di disturbi psicologici o psichiatrici, in quanto questa figura possiede l'esperienza e la competenza per potersi addentrare nei sistemi della relazione di cura e dell'educazione complicata con l'adolescente. Si stima<sup>41</sup> che l'infermiere scolastico dedichi il 33% del suo tempo alle problematiche di salute mentale che potrebbero presentarsi nell'Istituto in cui opera e lavora.

I disturbi e disordini mentali sono considerati, nella popolazione pediatrica gravi deviazioni dal previsto sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo<sup>42</sup>; nel 2015, uno studio condotto negli Stati Uniti ha appunto considerato l'enorme impatto che queste patologie a carattere psichiatrico, hanno sul bambino, sulla sua famiglia e sulla comunità, con una stima di costo totale annuale di oltre 247 milioni di dollari. Dal 13 al 20% dei bambini che vivono negli Stati Uniti hanno sviluppato o stanno sviluppando una sintomatologia patologica a livello psichiatrico, e si pensa che questa prevalenza continui ad aumentare nel corso degli anni. Meno della metà dei bambini con un disturbo psichico diagnosticato riceve assistenza presso servizi di salute mentale specializzati, con conseguente perdita di un'opportunità d'istruzione (ad esempio, si è visto che il 50% di questi ragazzi abbandonano la scuola), incarcerazione (il 70% dei ragazzi rinchiusi in strutture giovanili, come carceri minorili, sono affetti da un quale disturbo psichiatrico) o la morte precoce (il suicidio è la seconda causa di morte tra i più giovani, dopo gli incidenti stradali).

Un riconoscimento precoce dei fattori di rischio e della sintomatologia, accelerano la diagnosi; una diagnosi precoce lascia maggior margine per un trattamento efficace, con una prognosi notevolmente migliore. Per fare questo risultano fondamentali i programmi di screening, che devono essere di qualità e validati dalla Letteratura, e devono essere applicati in contesti facilmente accessibili e a bassa (se non nulla) stigmatizzazione, come le scuole e le strutture sanitarie primarie<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> J.H. Bohnenkamp et al, *Supporting student mental health: the role of the school nurse in coordinated school mental health care*, University of Maryland School of Medicine and National Association of School Nurse, Vol.52, 2015.

<sup>42</sup> U.S Department of Health and Human Services, 1999.

<sup>43</sup> Nel 2003 il presidente George W. Bush parla alla New Freedom Commission on Mental Health, con l'intento di implementare i servizi di psichiatria sul territorio, per trasformare alla radice l'assistenza in salute mentale in America. Durante il suo discorso, esprime le parole sopra riportate.

Gli infermieri scolastico sono spesso coinvolti nel soddisfare le esigenze di salute mentale degli studenti, attraverso la identificazione e la gestione dei fattori di rischio. È importante che ci sia, a questo punto, una buona collaborazione tra lo *school nurse* e gli specialisti, esterni alla scuola stessa, che possano prendere in carico il ragazzo. L'infermiere, in quanto professionista della salute, è capace di fare accertamento, identificare la relativa diagnosi infermieristica, pianificare gli obiettivi e i relativi interventi, ma ovviamente non può prendere in carico l'aspetto psicologico e psichico di un adolescente. Risulta quindi di estrema importanza avere una rete territoriale che supporti l'infermiere scolastico nel suo lavoro, che possa prendersi cura dei soggetti che ne necessitano. I disturbi del comportamento, i disturbi alimentari, i disturbi dell'umore sono tutti dei problemi collaborativi, e in quanto tali devono essere gestiti da un'equipe: se il primo step può essere effettuato dall'infermiere all'interno dell'istituto scolastico, non può essere comunque gestito dalle sole competenze infermieristiche.

La *New Freedom Commission on Mental Health*, nel 2003, ha sottolineato il ruolo chiave che viene ricoperto dalla scuola, per implementare l'assistenza sanitaria psichiatrica per i ragazzi: infatti, attraverso programmi scolastici di educazione sanitaria relativi alla salute mentale, e attraverso programmi di screening universalmente riconosciuti, si potrebbero appunto identificare precocemente i fattori di rischio della popolazione scolastica stessa. Nel 2013, anche il Presidente degli Stati Uniti d'America, B.Obama, ha espresso nel "The President's Plan" fattori che potrebbero favorire la protezione dei bambini, sia dal punto di vista sociale (violenze, abusi, soprusi ecc.) sia dal punto di vista sanitario, andando ad evidenziare in modo particolare l'aspetto della salute mentale. Secondo questo piano d'azione sopracitato, si dovrebbero rendere gli istituti scolastici, luoghi sicuri, creando un clima favorevole, in grado di fornire servizi per la salute mentale. La scuola, infatti dovrebbe garantire un ottimo ambiente di apprendimento, sicuro e soprattutto sano, per implementare il successo accademico; questo può essere fatto con una buona implementazione dei servizi di assistenza sanitaria psichiatrica (resi accessibili indistintamente<sup>44</sup>), per poter affrontare i bisogni psicologici dei soggetti, direttamente all'interno della scuola.

---

<sup>44</sup> L'articolo a cui si fa riferimento viene scritto negli Stati Uniti, in un ambiente in cui la sanità non è a carattere universalistico, bensì assicurativo. Facendo riferimento al discorso di B.Obama sulla protezione dei soggetti più fragili, tra cui i bambini, e sull'implementazione delle cure a

L'infermiere scolastico, in questo contesto, viene percepito dalla comunità tutta (studenti e famiglie comprese), come un professionista della salute, altamente specializzato nella gestione dell'adolescente e di tutti quelli che potrebbero essere i suoi bisogni: questa enorme fiducia che la popolazione ha nei confronti dello *school nurse*, aumenta di conseguenza la compliance degli studenti, e quindi intervenire sulla condizione degli alunni per implementare la salute potrebbe risultare molto più agevole. È importante da ricordare, secondo gli autori, che istruzione e sanità sono strettamente e imprescindibilmente collegate tra loro; sarebbe impensabile promuovere programmi di screening senza una corretta istruzione e educazione sullo stesso tema, come viceversa sarebbe poco impattante avere una buona conoscenza riguardo quella materia, senza poi saperla applicare. Per questo motivo, risulta centrale la figura dell'infermiere scolastico, perché è l'unica figura che può incarnare nella sua professione, sia elementi teorici e di educazione sanitaria (prevenzione primaria), sia elementi pratici (screening e quindi prevenzione secondaria).

L'infermiere scolastico, essendo promotore della salute e avendo specifiche conoscenze e competenze nella gestione degli adolescenti (dal momento che ha ricevuto una formazione specifica), è in prima linea nella gestione dei problemi di salute del ragazzo, e riesce ad identificare quali soggetti stanno combattendo con problemi fisici, mentali, psicosociali ed emotivi. Inoltre, gli infermieri scolastici hanno anche competenze nell'organizzazione di una presa in carico su più fronti, sfruttando la rete territoriale: possono fare educazione sanitaria alla famiglia, possono consigliare centri di recupero, centri di salute mentale, centri di prevenzione e promozione della salute.

Le Organizzazioni Nazionali degli USA, tra cui la AAP (*American Academy of Pediatrics*) e la NASN (*National Association of School Nurses*) hanno adottato misure per sostenere le scuole e gli stessi *school nurse*, nei progetti di implementazione per l'assistenza psichiatrica. Si sostiene infatti, che vi è una relazione bidirezionale tra la performance scolastica e i disordini della salute mentale: gli studenti che soffrono di una qualche patologia psichiatrica hanno un rischio più alto di avere uno scarso rendimento scolastico, avendo una ridotta capacità di concentrazione e di memoria. La NASN, infatti, sottolinea che la salute mentale risulta essere un fattore determinante nel successo

---

carattere psichiatrico, si vuole sottolineare l'importanza di rendere questi servizi di assistenza psichiatrica aperti e accessibili a tutti gli studenti, in modo indistinto.

scolastico del ragazzo, e la sua prevenzione è fondamentale. L'associazione americana dei pediatri (AAP) raccomanda di effettuare continue valutazioni psicosociali e comportamentali dei soggetti che compongono la popolazione scolastica; la raccomandazione parla anche degli screening specifici per la depressione, che dovrebbero essere somministrati già dall'età degli 11 anni di età, come parte integrante dell'assistenza preventiva pediatrica<sup>45</sup>.

Questa attività di screening potrebbe essere implementata già a livello scolastico, dove l'infermiere potrebbe andare ad identificare i possibili fattori di rischio (ad esempio continui rinvii disciplinari) e i possibili fattori protettivi (assetto stabile socio-emotivo) direttamente sui suoi pazienti.

Tutti questi programmi di promozione della salute riscontrano, come è intuibile, diverse problematiche nella loro completa attuazione: la famiglia dello studente potrebbe vedere questi interventi come una "perdita di tempo", che potrebbero togliere spazio alla didattica frontale. Inoltre, non bisogna sottovalutare tutta la questione legale, che ruota attorno ai minori e alle loro tutele in ambito scolastico: occorre tener bene presente, quando si articolano determinati programmi, la politica distrettuale e le leggi statali, accanto agli aspetti etici che non devono essere in alcun modo violati<sup>46</sup>.

Una volta riscontrati i fattori di rischio, una volta applicato un qualche intervento di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria, l'infermiere deve, a questo punto, pianificare i propri interventi su quella popolazione particolarmente a rischio di sviluppare disordini psichiatrici. Occorre innanzitutto dire che l'infermiere scolastico può intervenire sul singolo studente (che risulta positivo ad un test di screening per la depressione, ad esempio), oppure sull'intera comunità scolastica. Questa seconda modalità viene scelta dall'infermiere qualora si riscontri una grande percentuale di soggetti positivi al test, e quindi risulta più immediato come intervento.

---

<sup>45</sup> I programmi di prevenzione americana (Preventive Services Task Force), del 2009, parlano di iniziare ad implementare una prevenzione riguardo l'uso di sostanze stupefacenti, riguardo i disturbi alimentari, riguardo il rischio di suicidio negli adolescenti, e raccomandando lo screening per una possibile depressione maggiore in soggetti tra i 12 e i 18 anni di età.

<sup>46</sup> In alcun modo, si deve venir meno al Codice Deontologico infermieristico e alle leggi etiche che ruotano attorno ai diritti e ai doveri dell'essere umano. Per questo motivo, non è possibile applicare alcun tipo di intervento che riguarda soggetti, per lo più minorenni, senza l'approvazione di un comitato etico.

Il lavoro dell'infermiere deve riflettere la necessità di soddisfare le esigenze di salute mentale degli studenti, all'interno del contesto scolastico, ed è sviluppato sulla base dei dati rilevati, attraverso l'accertamento e la formulazione della diagnosi infermieristica (che può essere una diagnosi di rischio, una diagnosi di promozione della salute, o una diagnosi reale). Il ragazzo poi verrà preso in carico da un team di competenza specifica, composto dallo psichiatra, dall'assistente sociale, dall'educatore sanitario, e da un infermiere, che procedono con la diagnosi vera e propria della patologia e il suo trattamento.

Tutta la parte della prevenzione terziaria viene poi, ricondotta nelle mani dello *school nurse*: questo, infatti ha la competenza di gestire la cronicità della malattia, ed interviene con un follow up continuo, in quei soggetti altamente a rischio di sviluppare recidive. Inoltre, l'infermiere può aiutare il ragazzo nella gestione e nella somministrazione dei farmaci antidepressivi e ansiolitici. Nella somministrazione della terapia, è importante che l'infermiere abbia abilità superiori nel riconoscimento precoce delle possibili complicanze, e sappia intervenire in caso di urgenza/emergenza.

### 7.5 Discussione dei risultati dell'intervento di promozione della salute

L'intervento di promozione alla salute mentale è stato attuato al Liceo Classico Giulio Perticari, il giorno 14 ottobre 2021. Le classi coinvolte, su consiglio della Dirigente dell'Istituto e del Corpo Docenti, sono state la 4AL e la 5AL: classi in cui vi sono, di per sé, già presenti delle criticità a livello comunicativo ed emotivo. L'incontro consta di tre momenti salienti: innanzitutto è stata fatta un'introduzione alla tematica da parte del Dott. Maurizio Mercuri, successivamente sono state presentate le principali patologie mentali (tipiche dell'adolescenza), da parte mia, con l'ausilio di slides, con maggior attenzione al disturbo depressivo maggiore, ed infine sono stati somministrati i due questionari (vedi allegato n.2 e n.3).

Gli studenti sono rimasti piacevolmente colpiti dall'incontro e dalla modalità con cui sono stati trattati temi così importanti e delicati; tale progetto è stato considerato da alcuni fondamentale per la loro formazione e la loro educazione, e sarebbe doveroso estenderlo a tutti gli Istituti Superiori. Anche gli insegnanti che sono rimasti in ascolto dell'incontro, hanno apprezzato la discussione del tema, il modo di far domande e di esprimersi da parte degli studenti, e il soprattutto il modo in cui sono state accolte tali domande.

In allegato n.4, è presente la tabella Excel riassuntiva del numero di domande e di risposte ai due questionari. Il primo questionario è suddiviso in due parti: la prima parte presenta delle domande del tutto teoriche ed inerenti con quanto detto durante l'incontro, e con la sola funzione di capire quanto siano risultati chiari gli argomenti agli studenti. La seconda parte presenta delle domande più personali, che potrebbero offrire degli spunti di riflessione per i ragazzi; viene chiesto loro, infatti, se considerino le patologie psichiatriche un "tabù" o meno, se si sono riconosciuti o meno all'interno dei fattori di rischio presentati, e se hanno riconosciuto tali fattori di rischio nei comportamenti delle persone che li circondano (famiglia e amici).

Il secondo questionario è indicativo di come è risultato l'incontro agli occhi degli studenti, prendendo in considerazione la preparazione dei relatori e il modo di coinvolgere la classe, i contenuti (se opportuni ed esaurienti) e i risultati, ovvero se tali contenuti siano davvero applicabili alla loro vita quotidiana.

Le classi sono composte da 16 studenti (in 4°A) e 20 studenti (in 5°A), per un totale di 36 questionari compilati. Non erano presenti assenti e nessuna domanda è stata trovata priva di risposta.

La prima parte del primo questionario è stata risposta correttamente, per la maggior parte degli studenti. Alle domande relative alla componente teorica della prevenzione (domanda 1 e 9) gli studenti hanno risposto per lo più correttamente, anche se vi è comunque una percentuale abbastanza alta di errori. Parliamo infatti del 25% di risposte errate. Questo potrebbe essere dovuto ad una carenza di chiarezza, nel momento in cui venivano esposti tali argomenti. Lo stesso meccanismo è stato riscontrato per la domanda incentrata sulle fluttuazioni fisiologiche e patologhe dell'umore (domanda n.6, 25% di risposte errate) e per la domanda riguardante le differenze tra disagio mentale e disturbo mentale (domanda n.2, 30% di risposte errate).

La seconda parte è rappresentativa dello stato d'animo degli studenti, e del loro approccio ai diversi disturbi mentali. I risultati alla prima domanda, ove si chiedeva la conoscenza degli studenti, precedente all'incontro, sulle patologie psichiche presentate, sono stati sintetizzati nella seguente tabella.

*Numero di risposte, riscontrate alla prima domanda della seconda parte del primo questionario: “Conoscevi già le patologie psichiatriche di cui si è parlato durante l’incontro?”*

	Numero degli studenti
<b>Tutte le patologie presentate erano già conosciute</b>	2
<b>La maggior parte delle patologie erano conosciute</b>	10
<b>Solo qualche patologia era conosciuta, per lo più sconosciute</b>	22
<b>Nessuna patologia era conosciuta</b>	2
<b>TOTALE</b>	<b>36</b>

22 studenti su 36 conoscevano solo qualche sporadica patologia, prima dell’incontro di promozione della salute; tale dato, che rappresenta il 61% degli studenti intervistati, è indice della mancata formazione e educazione in questo ambito. 2 studenti sul totale di 36 alunni, non avevano mai sentito parlare di patologia psichiatrica

Altro dato risultato particolarmente sensibile e decisivo per la nostra ricerca, riguarda i fattori di rischio. Veniva chiesto alla seconda e alla terza domanda, di questa sezione del questionario, se gli studenti si riconoscessero nei fattori di rischio presentati in aula, e se riconoscessero tali fattori di rischio nei comportamenti dei loro conoscenti (genitori e amici nello specifico). I risultati sono stati rappresentati nella tabella sottostante.

*Numero di risposte, riscontrate alla seconda domanda (“Ti sei riconosciuto in qualche dei fattori di rischio presentati?”) e alla terza domanda (“hai riconosciuto qualche fattore di rischio nei comportamenti dei tuoi genitori/amici?”) della seconda parte del primo questionario.*

	Numero di studenti con tali fattori di rischio	Genitori/amici degli studenti con tali fattori di rischio
> 3 fattori di rischio	16	16
> 1 fattore di rischio	15	13
Non saprei	3	3
Nessun fattore di rischio	2	4
<b>TOTALE</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

16 studenti su 36 si sono riconosciuti in più di tre fattori di rischio e 15 studenti su 36 in almeno un fattore di rischio. 16 studenti hanno riconosciuto un comportamento di un proprio familiare o amico aderente a più di tre fattori di rischio, e 13 studenti hanno riconosciuto tale comportamento in almeno un fattore di rischio. Questo significa che 31 studenti su 36 (ovvero l'86% degli studenti intervistati) si sono riconosciuti o hanno riconosciuto un proprio conoscente in almeno un fattore di rischio per il disturbo depressivo maggiore. La percentuale, sebbene riscontrata in un campione del tutto indicativo e non rappresentativo della popolazione generale, è perfettamente in linea con i dati INSTAT e con i numeri dell'OMS, pubblicati nel 2020.

Infine, è stato chiesto agli studenti se sia ancora considerato un tabù confessare ai propri amici o ai propri genitori di aver bisogno di aiuto e, quindi, di un sostegno psicologico, attraverso un percorso di cura. Nella tabella qui di seguito, sono stati riportati i dati raccolti nelle due classi intervistate.

*Numero di risposte, riscontrate alla quarta domanda della seconda parte del primo questionario: "Dire di voler andare dallo psicologo è considerato da molti un tabù. Tu riusciresti a parlarne?"*

	<b>Numero degli studenti</b>
<b>Ne parlano con tutti senza problemi</b>	9
<b>Ne parlano con gli amici, ma non con i genitori</b>	16
<b>Ne parlano con i genitori, ma non con gli amici</b>	8
<b>Non ne parlano</b>	4
<b>TOTALE</b>	36

La richiesta di aiuto da parte degli studenti, verso uno psicologo, è ritenuta assolutamente normale per 9 studenti su 36; 16 studenti riuscirebbero a parlarne con i propri amici ma non con i propri genitori, 8 studenti preferirebbero parlarne con i propri genitori e non con i propri amici. Per 4 studenti la questione rappresenta ancora un tabù, aumentando quindi la difficoltà di comunicazione su tale argomento con i propri cari.

La totalità degli studenti intervistati ritiene che sia utile un progetto di educazione sanitaria e di promozione nelle scuole, perché potrebbe aiutare i ragazzi nel loro percorso

scolastico, nella loro crescita emotiva e nell'instaurazione di rapporti solidi e sani nei confronti dei loro compagni. Alcuni studenti ritengono che la scuola debba anche preparare e formare lo studente in questi ambiti e non solo sulle materie prettamente scolastiche. La totale aderenza degli studenti si è verificata anche per l'utilità di avere all'interno del proprio istituto un infermiere scolastico, che possa intervenire attraverso la prevenzione e la riabilitazione nella popolazione scolastica.

La maggior parte degli studenti considera i contenuti dell'incontro chiari, interessanti, coerenti con i propri bisogni ed aspettative, esaurienti e vicini alla realtà scolastica; considerano le metodologie didattiche utilizzate coinvolgenti, di aiuto nei processi di apprendimento e favorevoli al confronto e allo scambio di esperienze, oltre ad essere utili allo sviluppo di competenze personali. Le modalità organizzative, allo stesso modo, sono risultate adeguate, sia per quanto riguarda la tempistica che per la qualità dei materiali didattici. I relatori sono stati giudicati dalla totalità degli studenti intervistati preparati e competenti, e in grado di comunicare in modo chiaro e comprensibile.

L'incontro, nel complesso, è stato ritenuto utile per le informazioni fornite, le conoscenze acquisite e l'applicabilità dei contenuti alla vita quotidiana, da più di 28 studenti. Il progetto è risultato *“coinvolgente, facile da capire anche per chi si avvicina per la prima volta a questi argomenti”*, *“innovativo, ben strutturato e utile, sarebbe da portare in tutte le scuole”*, l'esposizione è stata giudicata *“molto chiara e coinvolgente, rendendo gli argomenti affrontati più leggeri”*. Nello spazio dedicato alla segnalazione di eventuali aspetti critici e positivi dell'incontro, è stato riportato questo commento: *“mi è servito molto, soprattutto in questo periodo per me abbastanza difficile; utile perché nessuno me ne parla e avrei anche timore a parlarne. Sono state spiegate conoscenze importanti da avere. Grazie mille”*. Un altro commento che credo sia degno di nota è il seguente: *“Penso che questo incontro sia stato fondamentale e molto interessante, perché spesso ci sono situazioni difficili da gestire e da affrontare”*. *“È strano quello che sento quando parlano di questi argomenti in classe, perché ancora oggi sembra essere un argomento lontano da noi. Dell'incontro mi è piaciuta la tranquillità con cui si è parlato dell'argomento”*. *“Ringrazio moltissimo la ragazza poiché mi ha fatto risultare l'incontro interessantissimo e dinamico. Mi ha fatto riflettere molto e soprattutto le informazioni sono state semplici e chiare. L'ho sentita molto vicino a me e apprendere così è il modo migliore!”*.

## CONCLUSIONE

La revisione narrativa della letteratura e il confronto con gli studenti hanno portato ad una conclusione precisa: il mondo adolescenziale è particolarmente predisposto per lo sviluppo di un disturbo depressivo maggiore, dal momento che sono esposti ai maggiori fattori di rischio. Durante questi anni, il ragazzo sperimenta nuovi aspetti della vita, modifica il proprio corpo e la propria psiche, ricerca la propria identità e la consapevolezza del proprio futuro. In questi anni, anche il più piccolo degli episodi può rappresentare un vero e proprio trauma per il ragazzo, con il rischio di intraprendere le scelte future essenzialmente sulla base di tale lacerazione della sua anima.

L'angoscia e la depressione sono realmente tangibili all'interno di questa categoria della popolazione, e questo lo dimostrano i dati raccolti all'interno dei questionari. Seppur il campione dello studio sia molto ristretto e mancante di casualità (le classi sono state scelte per convenzione, così come l'istituto scolastico in cui intervenire), tali dati sono rappresentativi di una porzione della società. Molti studenti hanno espressamente richiesto altri incontri, chiedendo maggior attenzione alla spiegazione della gestione di tali problematiche: "Mi sarebbe piaciuto avere indicazioni su come comportarmi in questi casi, in caso avessi questo tipo di problematiche o ce le avesse qualcuno vicino a me". A questo incontro di promozione della salute, i ragazzi hanno risposto con un grido di aiuto, perché non capiti dai loro docenti, dai loro genitori, dai loro amici.

Tale progetto ha portato ad una seconda conclusione: ha fornito la dimostrazione che è possibile fare educazione sanitaria nelle scuole ed è possibile intervenire sulla popolazione con una prevenzione primaria e secondaria rispetto alle patologie psichiatriche. Ciò significa che sarebbe possibile applicare progetti di prevenzione alla salute in ogni ambito, ed estenderli in ogni altro istituto.

Infine, la totalità dei 36 studenti intervistati ha definito la figura dell'infermiere scolastico particolarmente utile, per la prevenzione, per la riabilitazione e il trattamento di determinate patologie, non solo attinenti all'ambito mentale.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- M.Recalcati (2019), *Le nuove melanconie. Destini del desiderio in tempo ipermoderno*. Raffaello Cortina Editore.
- S.Freud (1917), *Lutto e malinconia*, Boringhieri, Torino, edizione 1976.
- M. Heidegger (X edizione 2019), *Essere e tempo*, capitolo 40, Nuova edizione italiana a cura di Franco Volpi sulla versione di Pietro Chiodi.
- Borgna e Bonomi (2014), *Elogio della depressione*, Einaudi.
- Bellantuono, Borgna, Callieri, Crepet, D'Agostino, Trevi (1994), *La cura dell'infelicità*, casa editrice Theoria.
- Philippe Jeammet (1992), *La psicopatologia dell'adolescenza*, Casa editrice Borla.
- Edoardo Giusti e Riccardo Bucciarelli (2011), *Adolescenza e senso di colpa*, Casa editrice Sovera.
- Dott.ssa Margaret Chan, Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Prefazione al Piano d'Azione per la Salute Mentale, 2013 - 2020.
- Considerazione n.11, Piano d'Azione per la Salute Mentale, 2013-2020 (p. 07).
- World Health Organization, *Depression*, Articolo del 30 Gennaio 2020.
- INSTAT, Centro diffusione dati, "*La salute mentale nelle varie fasi della vita*", periodo di studio 2015-2017, data di pubblicazione 26 luglio 2018.
- Teresa D. Carnevale, MSN, RN (2012), *Universal Adolescent Depression Prevention Program: A Review*, The Journal of School Nursing.
- APA, American Psychiatric Association (2000), and, K.Lenz, K. Coderre and M.D. Watanabe (2009), *Overview or Depression and Its Management in Children and Adolescents*.
- V. Hamrin and M. Magorno (2010), *Assessment of Adolescents for Depression in the Pediatric Primary Care Setting*, Primary Care Approaches.
- Jenna L.Buchanan (2012), *Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature*, Archives of Psychiatric Nursing, Vol.26.
- *Data Summery from the ACHA's 2009 NCHA Survey Results*.
- R. Gallagher, *National Survey of Counseling Center Directors*, International Association of Counseling Services, 2004 e 2009.

- Hysenbegasi, A., Hass, S. L. & Rowland, C. R (2005), *The impact of depression on the academic productivity of university students*. Journal of Mental Health Policy & Economics.
- K Finning et al. (2018), *The association between child and adolescent depression and poor attendance at school; a systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorder.
- Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci (2005), *Approccio all'adolescente difficile*, Asur quaderni.
- Ottawa Charter for Health Promotion. Prima Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-12 novembre 1986.
- Dichiarazione di Shanghai sulla promozione della salute nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (2016).
- B. Starfield et al. (2008), *The concept of prevention: a good idea got astray?* Jech Online, j. Epidemiol. Community Health.
- Clark DW (1967), Preventive Medicine, Boston.
- Nightingale EO et al, (1978), Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States, Washington, Institute of Medicine.
- National Public Health Partnership (2001), Prevention chronic disease: a strategic framework, Australia.
- World Health Organization (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Switzerland.
- Giorgio Ferigo (2014), *Il certificato come servizio*, Forum Edizione.
- Carlos Martins (2018), et al. *Quaternary prevention: reviewing the concept*, European Journal of General Practice.
- James Jaccard (2016), *The Prevention and Problem Behaviors in Adolescents and Young Adults: Perspectives on Theory and Practice*, New York University.
- K.Zoonen et al, (2013), *Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions*, International Journal of Epidemiology.
- National Association of School Nurses (1999). *Definition of School Nursing*. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses.

- D.Lawrence e al. (2018), *Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse program: a realist evaluation*, BMC Health Services Research.
- Council on School Health (2021), *Role of the School Nurse in Providing School Health Services*, American Academy of Pediatrics, vol. 20.
- J.H. Bohnenkamp et al (2015), *Supporting student mental health: the role of the school nurse in coordinated school mental health care*, University of Maryland School of Medicine and National Association of School Nurse, Vol.52.
- U.S Department of Health and Human Services, 1999.
- Codice Deontologico, FNOPI, ultima edizione del 2019.

# Allegato n.1

Numero	Autore/Co-autore (nome cognome)	Titolo della ricerca	Titolo	Autore/i	Revista (anno), volume, numero	Abstract (non reperibile in full text) reperibile solo in italiano	Design di studio	Obiettivo (i)	Contesto (area)	Partecipanti (numero e qualità), e caratteri (Paura, Fattori di rischio) in relazione agli effetti	Controlli (relazione con l'outcome di interesse)	Strumenti di misura (come validati, come costruiti)	Metodi principali	Limiti dello studio	Conclusioni
A1.1	Palmer	Depression, prevention, education	Prevalence of Depression in At-Risk Adolescents: Prevalence and Resilience of Adult Outcomes	Dr. V. Robin Wooding, PhD et al.	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 March; 57(3):292.		RCT	Valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione.	210 adolescenti (13-17 anni), 50% di genitori con depressione. Seguiti per 12 mesi per valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Il corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione.	I soggetti vengono analizzati secondo il principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di resilienza sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di resilienza sono stati valutati in base al DSM-5.	La depressione può essere prevenuta in modo significativo in adolescenti a rischio di depressione. La prevenzione della depressione in adolescenti a rischio di depressione è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.2	Palmer	Adolescence, depression, stress	The Role of Family Risk, Parental Psychopathology, and Stress for First-Onset Depression Among Adolescents	Kochanek M, Clayton, BA, et al.	J Affect Disord. 2016; June; 194:232-239.		Studio di epidemiologia analitica, studio di coorte	L'obiettivo dello studio è quello di esaminare la relazione tra la depressione e i disturbi psichiatrici parentali, i disturbi psichiatrici parentali, i disturbi psichiatrici parentali, i disturbi psichiatrici parentali.	Adolescenti (12-18 anni) con un primo episodio di depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	I risultati dello studio non possono essere generalizzati a tutti gli adolescenti con depressione. La depressione è associata a un aumento del rischio di depressione e a una riduzione della resilienza.		
A1.3	Geage Scholer	Health education, mental health, high school, program, development	Evaluation of a School-Based Program Aimed at Preventing Depression Symptoms in Adolescents	Patricia Garry et al.	The Journal of School Nursing. 2015; July; 30(4):117-125.		Studio quasi RCT (comparazione pre-test/post-test)	Valutare l'efficacia di un programma di educazione alla salute per prevenire i sintomi depressivi negli adolescenti.	200 adolescenti (13-17 anni) con sintomi depressivi.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	La maggior parte degli studenti ha mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi. Il programma di educazione alla salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.4	Geage Scholer	Community health promotion, community-based participatory research (CBPR), public health nursing, PHN, implementation, nursing role	Developing Public Health Nursing Roles: Focus on Community Participatory Promotion and Prevention	Parvika K, Kubacki et al.	The Online Journal of Nursing in Nursing. 2012; May; 2(2):1-12.		NO	Lo scopo dello studio è quello di valutare la possibilità di coinvolgere i professionisti della sanità pubblica nella prevenzione della depressione negli adolescenti.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La prevenzione della depressione negli adolescenti è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.	Questo ruolo di comunità di promozione della salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.5	Geage Scholer	Prevention, Health, Type of intervention, improve health, literature	The concept of prevention in a public health context	B. Starfield et al.	J Epidemiol Community Health. 2008; Jun; 62(6):417-420.		NO	Valutare i documenti di letteratura sulla prevenzione della depressione negli adolescenti.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La prevenzione della depressione negli adolescenti è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.	La prevenzione della depressione negli adolescenti è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.6	Palmer	Adolescent problem behaviors, violence, risk theory, in social work	The Prevalence of Problem Behaviors in Adolescents and Young Adults: Perspectives on Theory and Practice	James Azzard	Journal of the Society for Social Work and Research. Winter 7; New York University; 2016		NO	Valutare i documenti di letteratura sulla prevenzione della depressione negli adolescenti.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La prevenzione della depressione negli adolescenti è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.	La prevenzione della depressione negli adolescenti è associata a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.7	Palmer	Depression, adolescent, prevention, primary care, pediatric, population	Conduct and Stability of Prescribed Depression Therapies Through Adolescence and Young Adulthood: A Systematic Review of the Literature	Mohr et al.	Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, St. Louis, United States of America, 2015.		Studio di epidemiologia analitica, studio di coorte	Valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione negli adolescenti.	200 adolescenti (13-17 anni) con sintomi depressivi.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	La maggior parte degli studenti ha mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi. Il programma di educazione alla salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.8	Palmer	Depression, risk factors, substance use, prevention	Risk Factors for Substance Abuse and Adolescent Symptoms of Depression	Steph E. Gennell et al.	College of Criminology and Criminal Justice, Florida State University, Jacksonville, Florida, January 2017.		La ricerca è un RCT del metodo PROSPER (Prevention School Community University Partnership in Evidence-Based Research).	Valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione negli adolescenti.	200 adolescenti (13-17 anni) con sintomi depressivi.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	La maggior parte degli studenti ha mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi. Il programma di educazione alla salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.9	Chiriacolo	Prevention, depression, RCT	Preventing the onset of major depressive disorder: A randomized trial of psychological interventions	Patricia Garry et al.	Department of Clinical Psychology, KU Leuven, Leuven, Belgium; Journal of Epidemiology, 2014; 184(3):213-221.		NO	Valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione negli adolescenti.	200 adolescenti (13-17 anni) con sintomi depressivi.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	La maggior parte degli studenti ha mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi. Il programma di educazione alla salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		
A1.10	Chiriacolo	Prevention, customary, population, nonpharm, patient-centered, health ethics	Customary prevention: rethinking the concept of prevention in public health	Carolina Leticia et al.	European Journal of Public Health, 21 July 2010.		NO	Valutare l'efficacia di un corso labor-pratico a confronto con la prevenzione della depressione negli adolescenti.	200 adolescenti (13-17 anni) con sintomi depressivi.	Non vengono analizzati i soggetti che rifiutano di essere seguiti, i genitori con depressione, i genitori con depressione, i genitori con depressione.	La depressione è stata valutata in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di stress sono stati valutati in base al DSM-5.	I soggetti sono stati analizzati in base al principio dell'intenzione di trattare. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5. I livelli di rischio di depressione sono stati valutati in base al DSM-5.	La maggior parte degli studenti ha mostrato un miglioramento dei sintomi depressivi. Il programma di educazione alla salute è associato a un aumento della resilienza e a una riduzione del rischio di depressione.		

<p>A11</p> <p>Chirajido</p> <p>Prevention of Depression, College Student, Impression, Academic Performance</p>	<p>Prevention of Depression in the College Student Population: a Review of the Literature</p>	<p>Jemel, Ruchman</p>	<p>Review of Psychology Nursing, 16(2), February 2012, pp 21-42</p>	<p>Individual factors of mental health occurrence that emerge post-graduation of university students for prevention and promotion of mental health. This article reviews the literature on depression in students, with a focus on the prevalence of depression in students, the impact of depression on academic performance, and the role of social support in the prevention and management of depression.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Il titolo che vengono indicati nella relazione sono quelli di ricerca in campo preventivo, quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>La ricerca del Ministero è stata fatta il 1987-2001. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>
<p>A12</p> <p>Chirajido</p> <p>Academic Depression, Impression, Academic Performance, Health Promotion, Academic Performance</p>	<p>Universal Adolescent Depression Prevention Program: A Review</p>	<p>Teena O'Connell, MD, MSc, University of South Carolina, Medical University of South Carolina, Charleston, USA, 2012.</p>	<p>Acute in the literature of adolescent depression is a relatively new phenomenon. This article reviews the literature on adolescent depression, with a focus on the prevalence of depression in adolescents, the impact of depression on academic performance, and the role of social support in the prevention and management of depression.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Il titolo che vengono indicati nella relazione sono quelli di ricerca in campo preventivo, quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>La relazione è una delle più recenti e si occupa di depressione in adolescenti. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	
<p>A13</p> <p>Google Scholar</p> <p>Healthy Body, Depression, Learning, School Health, Learning, School Health</p>	<p>Making your School Health Policy Work</p>	<p>Phyllis Gentry</p>	<p>SAPE, Open Learning, vol. 4, pp. 1-9, January 2012.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Per i programmi di prevenzione della depressione in adolescenti, il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>
<p>A14</p> <p>Google Scholar</p> <p>Student, school, health, depression, Program, health</p>	<p>Supporting the health and well-being of school-age children through a school health program: a multi-national study</p>	<p>L. Lawrence et al.</p>	<p>BMC Health Services Research, 2010</p>	<p>L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Per i programmi di prevenzione della depressione in adolescenti, il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>
<p>A15</p> <p>Google Scholar</p> <p>Student, school, health, depression, Program, health</p>	<p>Supporting mental health in schools: the role of school health programs</p>	<p>L. Lawrence et al.</p>	<p>BMC Health Services Research, 2010</p>	<p>L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Per i programmi di prevenzione della depressione in adolescenti, il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>
<p>A16</p> <p>Google Scholar</p> <p>School, learning, school, health, depression, Program, health</p>	<p>Role of the School Nurse in Promoting School Health</p>	<p>Canadian Journal of Nursing, vol. 20, 2011.</p>	<p>L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Per i programmi di prevenzione della depressione in adolescenti, il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	
<p>A17</p> <p>Google Scholar</p> <p>Depression, school, depression, adolescent, school, depression</p>	<p>The association between child and adolescent depression and school performance: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>A. Fleming et al.</p>	<p>Journal of Affective Disorders, 12 November 2012, University of Oxford.</p>	<p>L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Urbino e parlatore con una relazione del Ministero, del 1987-2001.</p>	<p>Per i programmi di prevenzione della depressione in adolescenti, il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>	<p>Questo titolo è stato condotto in funzione della scuola. L'obiettivo è quello di promuovere la salute e il benessere degli studenti, con un focus particolare sulla prevenzione della depressione. Il titolo che viene indicato è quello di prevenzione e quello di promozione della salute.</p>



## QUESTIONARIO A

Lo studente dovrà rispondere alle seguenti domande a risposta multipla. È possibile esprimere una sola risposta per domanda. Il questionario rimarrà in forma anonima.

- C. La bulimia insorge in soggetti che hanno come sentimento predominante il senso di colpa; l'anoressia invece insorge in soggetti che hanno una forza di volontà maggiore
- D. A, B e C sono errate

### PRIMA PARTE

*Domanda n.1*

Quanti tipologie di prevenzione conosci?

- A. 1  
B. 2  
C. 3  
D. 4

*Domanda n.5*

Allucinazioni e deliri sono sintomi tipici di quale disturbo?

- A. Disturbi d'ansia  
B. Disturbi psicotici  
C. Disturbi da uso di sostanze  
D. Nessuna delle risposte è corretta

*Domanda n.6*

Individua l'affermazione errata:

- A. Le fluttuazioni fisiologiche dell'umore sono comuni a tutti gli esseri umani  
B. Le fluttuazioni patologiche dell'umore sono comuni a tutti gli essere umani

*Domanda n.2*

Quali sono gli elementi che trasformano il disagio psichico in disturbo mentale?

- A. La comparsa di una sintomatologia psichica nella sofferenza di base  
B. La cronicizzazione dello stato di sofferenza psichico  
C. A e B sono corrette  
D. Nessuna delle risposte è corretta

*Domanda n.7*

I fattori di rischio per la depressione si suddividono in 3 grandi classi. Quale risposta è corretta?

- A. Fattori ambientali, sociali e sociologici  
B. Fattori ambientali, biologici e psicologici  
C. Fattori biologici, etici e morali  
D. Fattori psicologici, psichiatrici e psico-analitici

*Domanda n.3*

Gli attacchi di panico vengono classificati come disturbi appartenenti a quale categoria?

- A. Disturbi dell'umore  
B. Disturbi da uso di sostanze  
C. Disturbi d'ansia  
D. Disturbi di personalità

*Domanda n.8*

Il trattamento della depressione prevede due alternative possibili. Quali sono?

- A. Terapia cognitivo-comportamentale e terapia farmacologica  
B. Terapia cognitivo-comportamentale e terapia psico-analitica  
C. Terapia cognitivo-comportamentale e terapia elettro-convulsiva  
D. Terapia farmacologica, sia per via orale che per via intramuscolare

*Domanda n.4*

Qual è la differenza tra anoressia e bulimia?

- A. Nessuna, entrambe infatti sono disturbi alimentari  
B. L'anoressia insorge solo nelle femmine, la bulimia anche nei ragazzi

**Domanda n.9**

La prevenzione terziaria è stata ampiamente applicata nel mondo della salute mentale. Vale lo stesso anche per la prevenzione primaria e per la prevenzione secondaria?

- A. Sì, in tutta Italia si interviene con ogni mezzo di prevenzione possibile
- B. No, si lavora solamente con la prevenzione secondaria e terziaria, ma non con la primaria
- C. Sì, ma non in tutte le regioni italiane
- D. No, non si è mai intervenuto attraverso una prevenzione primaria e secondaria in ambito di salute mentale.

**Domanda n.10**

In Scozia esiste l'infermiere scolastico. Quali sono le sue mansioni?

- A. Collabora con gli insegnanti per mantenere l'ordine durante le lezioni
- B. Interviene solo in casi di necessità, facendo assistenza alla salute degli studenti
- C. Collabora con il pediatra e con il medico di medicina generale per far vaccinare gli studenti
- D. È il responsabile di: cura, riabilitazione, prevenzione e promozione alla salute, a favore degli studenti e delle loro famiglie.

**PARTE B**

**Domanda n.1**

Conoscevi già le patologie psichiatriche di cui si è parlato durante l'incontro?

- A. Sì, conoscevo già tutte le patologie psichiatriche di cui si è parlato
- B. Sì, per la maggior parte delle patologie
- C. Solamente qualche patologia, per lo più erano sconosciute
- D. No, non avevo mai sentito parlare di patologia psichiatrica

**Domanda n.2**

Ti sei riconosciuto in qualche comportamento o in qualche fattore di rischio descritto per la depressione?

- A. Sì, in più di tre fattori di rischio
- B. Sì, in più di un fattore di rischio

**C. Non saprei**

**D. No, non credo che io abbia questi fattori di rischio**

**Domanda n.3**

Hai riconosciuto qualche comportamento di un tuo familiare/amico/fidanzato-a tra i fattori di rischio per la depressione?

- A. Sì, in più di tre fattori di rischio
- B. Sì, in più di un fattore di rischio
- C. Non saprei
- D. No, non credo che io abbia questi fattori di rischio

**Domanda n.4**

Dire di "andare dallo psicologo" è considerato da molti un tabù. Tu riusciresti a parlarne?

- A. Sì, riuscirei a parlarne con tutti
- B. Con i miei genitori non riuscirei a parlarne, con i miei amici invece sì
- C. Con i miei amici non riuscirei a parlarne, con i miei genitori invece sì
- D. No, per me è, come per tanti altri, un tabù

**Domanda n.5**

Pensi che sia utile un progetto di educazione sanitaria e di promozione della salute nelle scuole?

- A. Sì
- B. No
- Perché? .....

**Domanda n.6**

Pensi che sarebbe utile avere all'interno del proprio istituto una figura infermieristica specializzata?

- A. Sì
- B. No
- Perché? .....

# Allegato n.3



## QUESTIONARIO B

Lo studente dovrà rispondere alle seguenti domande a risposta multipla. È possibile esprimere una sola risposta per domanda. Il questionario rimarrà in forma anonima.

### 1. CONTENUTI\*

Gli argomenti trattati nel corso sono risultati:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Chiari	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interessanti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coerenti con i tuoi bisogni ed aspettative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esaurienti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vicini alla tua realtà scolastica e a problematiche reali	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. METODOLOGIE DIDATTICHE\*

Ritieni che i metodi utilizzati siano stati:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Coinvolgenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Di aiuto nel processo di apprendimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favorevoli al confronto e allo scambio di esperienze	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Utili allo sviluppo di competenze personali	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



### 3. MODALITA' ORGANIZZATIVE\*

In che misura ritieni adeguati i seguenti aspetti dell'organizzazione dell'incontro?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Adeguatezza della durata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gestione e rispetto dei tempi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualità dei materiali didattici	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. RELATORI\*

Ritieni che i relatori siano stati:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Preparati e competenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
In grado di comunicare in modo chiaro e comprensibile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capaci di coinvolgere e di interessare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capaci di offrire spunti di riflessione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 5. RISULTATI\*

Ritieni che l'incontro sia stato utile per:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Le informazioni fornite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le conoscenze acquisite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'applicabilità dei contenuti alla vita quotidiana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le riflessioni sollecitate	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Allegato n.4

Quest. A	A	B	C	D	
Domanda 1	3	4	2	27	
Domanda 2	2	9	24	1	TOTALE
Domanda 3	4		32		36
Domanda 4			36		
Domanda 5		34	1	1	
Domanda 6	9	27			
Domanda 7	2	33		1	
Domanda 8	36				
Domanda 9	3	6	2	25	
Domanda 10		1		35	
Domanda 1	2	10	22	2	
Domanda 2	16	15	3	2	
Domanda 3	16	13	3	4	
Domanda 4	9	16	8	4	
Domanda 5	36				
Domanda 6	36				
<b>QUEST. B</b>					
Contenuti	Per niente	Poco	Abbastan	Molto	
Chiari			2	34	
Interessanti			3	33	
Coerenti		1	5	30	
Esautienti		1	6	29	
Vicini		1	4	31	
Metodi	Per niente	Poco	Abbastan	Molto	
Coinvolgenti			6	30	
Di aiuto			3	33	
Favorevoli		1	5	30	
Utili			5	31	
Modalità	Per niente	Poco	Abbastan	Molto	
Adeguate			5	31	
Tempi			5	31	
Qualità			5	31	
Relatori	Per niente	Poco	Abbastan	Molto	
Preparati				36	
Chiari				36	
Coinvolgenti			1	35	
Punti di rifl.			1	35	
Risultati	Per niente	Poco	Abbastan	Molto	
Informazioni			2	34	
Conoscenze		1	6	29	
Applicabilità		1	7	28	
Riflessioni			6	30	

## **RINGRAZIAMENTI**

Ho scritto questa tesi in uno dei momenti più complessi e difficili della triennale: ogni certezza, in pochi giorni, ha iniziato a vacillare. Mi stavo accorgendo che si concludeva il periodo infinito degli studi e che, finalmente, si avvicinava la vita vera, fatta di lavoro e di responsabilità.

Ho avuto paura quando ho dovuto fare questo passo, uscire dal mio habitat naturale, affrontare sfide sempre più complesse. Ma allo stesso tempo, vi era, e vi è tutt'ora in me, una strana voglia scoprire nuove città, di lavorare con persone sempre diverse, conoscere nuove realtà. E per questo devo ringraziare soprattutto la mia mamma, che mi ha insegnato cosa significa essere autonomi, cosa significa essere responsabili e cosa significa costruirsi la propria strada, senza aspettare che qualcun altro me la indicasse. Se oggi posso dire di essere una donna forte e sicura di sé stessa, lo devo alla mia famiglia. Ringrazio mio padre, a cui assomiglio terribilmente, specie nella sua determinazione; ringrazio Aurora, la mia sorellina, alla quale spero di aver dato un buon esempio da seguire; ringrazio le mie nonne, donne immensamente forti, dalle quali imparo tanto, ogni giorno. Ringrazio tutta la mia famiglia, per avermi sostenuta in questi anni.

Ringrazio le mie amiche, anch'esse parte integrante della mia famiglia: mi hanno supportata e sopportata, in ogni attimo di debolezza. Mi hanno aiutata a rialzarmi, quando sono caduta; mi hanno teso la mano, quando il gioco si faceva duro; mi hanno offerto una spalla su cui piangere, nei miei tanti momenti fragili.

Un ringraziamento speciale è rivolto sicuramente agli studenti del Liceo Classico G.Peticari di Senigallia, casa della mia adolescenza e della mia formazione, in particolar modo alle classi 4 e 5 AL: con la loro delicatezza e sensibilità, hanno reso l'incontro emozionante e toccante. Ringrazio tutto il Corpo Docenti del Classico, che hanno ceduto ore di didattica e, quindi, reso possibile fare questo progetto di promozione all'interno della loro scuola.

Ringrazio il mio relatore e professore, il Dott. Maurizio Mercuri, fonte per me di grande ispirazione professionale, sia a livello prettamente infermieristico, sia in ambito culturale

e letterario. Spero un giorno di avere anche solo una piccola parte del suo bagaglio di conoscenze. Ringrazio le mie tutor, professioniste straordinarie e parte fondamentale del mio percorso universitario.

Senza di voi non sarei arrivata dove sono ora, grazie per aver creduto in me.