

Da lunedì 9 marzo 2009 comincerà l'attività del nuovo Centro di Ricerca e Evoluzione AMG (CREA). Questo nuovo e ambizioso progetto di AMG, patrocinato anche dagli Ambulatori e dalla Misericordia, ha per scopo lo sviluppo di ricerca, la diffusione di conoscenza scientifica, e la produzione di risorse di eccellenza (progetti scientifici e formativi) nell'ambito della salute mentale, con particolare attenzione agli aspetti legati alla disabilità intellettiva dell'adulto (DI).

Le attività di CREA sono organizzate in quattro gruppi principali interconnessi: **clinica, riabilitazione, ricerca e formazione.**

L'attività di **RICERCA** ha come obiettivo primario il miglioramento della qualità di vita degli ospiti delle strutture di AMG, ma intende anche offrire un contributo scientifico di portata più ampia, che possa essere un riferimento per l'attività di riabilitazione, per la progettazione e la realizzazione di opere residenziali, per l'attività terapeutica e clinica, e per la organizzazione di attività che mirano ad una effettiva inclusione sociale.

Le **ATTIVITÀ CLINICHE e RIABILITATIVE** sono orientate al raggiungimento di alta qualità nelle diverse specialistiche, ma soprattutto alla strutturazione di un intervento multidisciplinare ed all'ottimizzazione della sua modalità integrativa. Tale intervento verrà realizzato anche grazie alla collaborazione di alcuni medici specialisti già operanti negli ambulatori.

Le attività di **FORMAZIONE** hanno lo scopo di accrescere le competenze delle varie professionalità operanti nell'ambito della disabilità intellettiva. Includono sia la produzione di corsi che di materiali didattici o linee-guida.

L'attività formativa condotta da CREA è rivolta sia alle professionalità operanti all'interno di AMG, sia ai familiari di persone con Disabilità Intellettiva, sia a gruppi professionali e/o equipe multidisciplinari esterni che ne facciano espressa richiesta.

Per maggiori informazioni, da martedì 10 marzo sarà possibile contattare direttamente la segreteria di CREA in orari d'ufficio al n. tel. 055/7392880 o al n. fax 055/7392879.

La prevalenza della Disabilità Intellettiva (DI), ex Ritardo Mentale, è stimata fra il 2 e il 4,5% della popolazione. È in diminuzione nei paesi europei più sviluppati, come Olanda e Finlandia, mentre risulta in forte crescita nei paesi in via di sviluppo, compresi quelli dell'Est europeo.

Rispetto alla popolazione generale le persone con Disabilità Intellettiva hanno un'aspettativa di vita più bassa, una maggiore vulnerabilità psichica e somatica, una prevalenza di malattie e disturbi molto più elevata, sempre sia dal punto di vista mentale che fisico (Horwitz et al., 2000; Jahoda et al., 2006; Bertelli, 2008). Nonostante queste evidenze le persone con DI hanno un tasso molto più basso di assistenza adeguata ai bisogni di salute (circa 1/3 della popolazione) e difficoltà molto più grandi nel raggiungere i servizi (Jackson e Read, 2008; Salvador-Carulla, 2008; Wallace e Beange, 2008; Walsh, 2008). Anche l'assistenza ospedaliera è fortemente carente (Gibbs et al., 2008), a partire dalle strutture di pronto soccorso. Fatta eccezione per quelli di neuropsichiatria infantile, i reparti ospedalieri e gli ambulatori specialistici non hanno capacità di accoglienza adeguate alle persone con DI.

La proporzione fra bisogni soddisfatti e bisogni non soddisfatti scende a 1/4 in riferimento alla salute mentale. Nella maggior parte dei paesi europei i servizi di salute mentale non sono in grado di fornire assistenza a questa popolazione (Chaplin, 2008; O'Hara, 2008). Più dell'80% degli psichiatri che svolgono attività di consulenza per la DI lavorano per agenzie volontarie o per enti privati convenzionati. Anche le altre figure professionali, come l'assistente sociale e lo psicologo, operanti nei servizi pubblici o in altre agenzie non vengono assunte per occuparsi specificatamente della salute mentale. I professionisti che lo fanno hanno seguito, nella maggior parte dei casi, interesse o buona volontà personali.

Esiste inoltre una condizione di profonda inadeguatezza nelle procedure che indirizzano le persone con bisogni verso i servizi specialistici di salute, a partire dalle capacità di valutazione del medico di base (Wallace e Beange, 2008). La condizione socio-economica e la collocazione geografica sono risultate le principali barriere delle famiglie per accedere ai servizi (WHO, 2007).

Questa drammatica condizione dei servizi sanitari è strettamente legata a limiti altrettanto marcati della conoscenza scientifica e della ricerca.

È noto infatti che i progressi in medicina sono basati sulla ricerca rivolta alle persone. Per i medici e le altre figure professionali che operano con popolazioni sotto-rappresentate nella ricerca, la partecipazione ad attività investigative adeguate rappresenta più un dovere deontologico che non semplicemente una scelta integrativa opzionale (WMA, 2008).

Nella medicina e nelle scienze della salute la disabilità intellettiva fa non ha mai suscitato grande interesse e di conseguenza gran parte della responsabilità di cura è ricaduta sull'area dell'educazione, dei servizi sociali e del volontariato.

Invece, un po' per le ragioni sopra elencate, un po' per gli alti costi che ricadono sul sistema di salute pubblica, un po' per il pesante carico (sia economico che psicologico) che grava sulle famiglie e sulla società, la DI rappresenta un problema di salute pubblica di estrema rilevanza e dovrebbe costituire un'area prioritaria di studio e attività (Salvador-Carulla et al., 2008).

Fino ad oggi non sono stati condotti studi ben disegnati sull'epidemiologia dei disturbi psichici e fisici, sulle presentazioni sintomatologiche (spesso atipiche), sull'efficacia degli interventi terapeutici e riabilitativi e sull'organizzazione dei servizi per la salute delle persone con DI. Pochi sono anche gli studi per l'organizzazione degli interventi rivolti alla soddisfazione dei bisogni di salute mentale, i cui risultati hanno bisogno di conferme (Balogh et al., 2008).