



*Psichiatria di comunita':
Prevenzione
cura e riabilitazione*

*Brusa Donatella
Como 10 ottobre 2012*

CONTENUTI DELL'INTERVENTO

- Le condizioni mentali
- Cenni di epidemiologia
- Il C.P.S: finalità e attività
- “ la presa in carico” territoriale
- Le principali patologie di interesse psichiatrico
 - Progetto Obiettivo Nazionale: la prevenzione
- I nuovi disturbi giovanili e i progetti innovativi

Cosa si intende per sofferenza mentale?

SONO 4 LE DIVERSE CONDIZIONI MENTALI CHE UNA PERSONA PUO' INCONTRARE NEL CORSO DELLA VITA:

CONDIZIONE DI BENESSERE MENTALE

CONDIZIONE DI DISAGIO MENTALE

CONDIZIONE DI DISTURBO MENTALE

CONDIZIONE DI DISTURBO MENTALE STABILIZZATO



Condizione di benessere:

Un buon livello di soddisfazione dei propri bisogni: si percepisce una buona qualità della vita rispetto a standard socio-culturali e aspettative individuali.

Condizione di disagio:

Uno stato di sofferenza mentale ed emotiva può rappresentare una risposta di breve durata ad un evento stressante di qualsiasi genere (la perdita di una persona cara, la perdita del lavoro, un evento doloroso, una malattia, ...)

La maggior parte di tali disturbi sono reazioni di adattamento ad un evento, ad una fase o ad una situazione difficile e sono transitorie e superabili.

CONDIZIONE DI DISTURBO MENTALE

Il disturbo mentale colpisce la persona alterandone il normale funzionamento psichico e compromettendo alcune o tutte le funzioni che ,insieme, costituiscono la vita psichica del soggetto.

Tale compromissione determina nel soggetto una carenza o incapacità a far fronte ai compiti legati alla vita di tutti i giorni come il prendersi cura di sé e l'autoconservarsi e a quelli richiesti dai ruoli occupati in famiglia, sul lavoro, o nel più ampio contesto sociale.

CONDIZIONE DI DISTURBO MENTALE STABILIZZATO



Uno stato di disturbo che si protrae nel tempo.

MALATTIA MENTALE

È espressione della rottura dell'equilibrio tra la persona e il suo "essere" nel mondo

LA MALATTIA MENTALE E' COMUNQUE UN MODO DI ESSERE NEL MONDO (BISWANGER)

PARLARE DI MALATTIE MENTALI SIGNIFICA RICONOSCERE LORO DIGNITA' E RISPETTO PARI A QUELLA DI ALTRE MALATTIE.

DATI O.M.S

Popolazione mondiale circa 6,2 miliardi di persone

1.550 milioni di persone soffrono di disturbi neuropsichiatrici (includendo in essi disturbi mentali, comportamentali e abuso di sostanze) = 25% della popolazione mondiale.

Tra i disturbi mentali:

400 milioni di persone soffrono di disturbi ansiosi (attacchi di panico, fobie, disturbi ossessivi, compulsivi, disturbi da stress)= 6,67 % della popolazione mondiale

Per la collettività: perdita di forze lavorative, assenteismo, licenziamenti (il 17% delle giornate lavorative perse hanno questa motivazione). Si calcola che in Italia i costi indiretti dei disturbi dell'Umore gravino sulla società per circa 5 miliardi di euro (7/8 volte più alti dei costi diretti dei ricoveri, medicinali ecc).

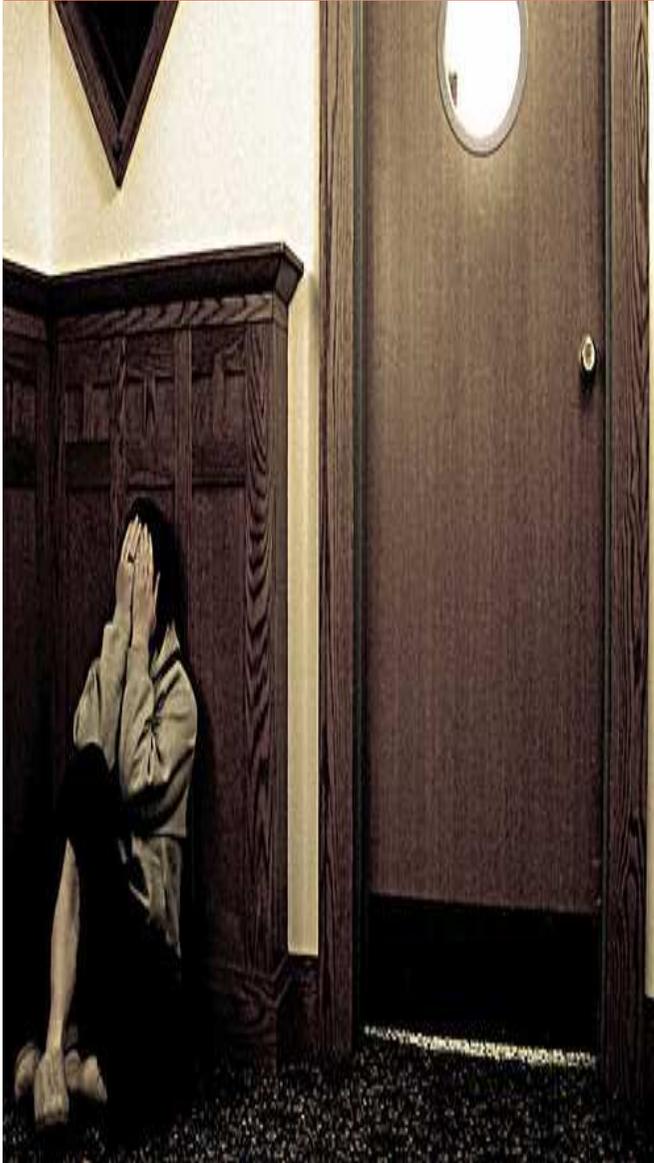
340 milioni di persone soffrono di depressione (disturbi dell'umore) = 5,67%

45 milioni di persone sono affette da schizofrenia.

Italia (57 mil di abitanti)

➤ **Prevalenza 500.000 casi**

➤ **Incidenza annuale + 15.000 casi**



IL CENTRO PSICO SOCIALE

I luoghi della cura psichiatrica territoriale sono i Centri Psico Sociali (CPS)

Il radicamento territoriale di queste strutture garantisce il principio fondamentale, riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), principio secondo il quale "ogni paziente deve avere il diritto di essere trattato e curato all'interno della sua stessa comunità".

È il presidio socio-sanitario che svolge autonomamente ogni tipo di intervento atto a promuovere la salute mentale nel territorio di competenza; è la sede dell'equipe e polo di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei disturbi mentali da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione sociale.

Rappresenta il perno dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica sia riguardo il coordinamento dei programmi di assistenza, sia nella risposta all'urgenza/emergenza.

COMPETENZE DEI C.P.S.

COMPETENZE ► PROMOZIONE/PREVENZIONE DELLA SALUTE MENTALE:

•Interventi per la Promozione della salute mentale dei cittadini nella comunità:

- Organizzazione di eventi culturali, artistici, ludici

► Interventi strutturati di informazione e sensibilizzazione su salute mentale/disagio.

- utilizzo mass-media

•Interventi per la Prevenzione della salute mentale per utenti psichiatrici:



- Informazione/educazione

- Promozione cultura auto-aiuto

- Peer supporter

- prevenzione dei disturbi mentali, con particolare riferimento ai gruppi di popolazione a rischio : intervento precoce nelle situazioni di disagio

- tutela della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente

•Interventi per la Promozione/prevenzione della salute mentale per rete istituzionale:

- attività di formazione rivolta MMG

- Sensibilizzazione, informazione e coinvolgimento scuole, magistratura, forze dell'ordine, servizi Sociali, Comuni.

COMPETENZE DEI C.P.S. COMPETENZE ► RIABILITAZIONE

la riabilitazione mette in atto un processo di adattamento secondo due strategie fondamentali:

- *sviluppare le risorse e le abilità del soggetto, a partire dall'identificazione dei bisogni;*
- *sviluppare le risorse dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato sull'individuo.*

Un valido percorso riabilitativo dovrebbe produrre la "guarigione sociale" del paziente, portandolo a reinserirsi completamente, dignitosamente e con successo nell'ambiente socio-lavorativo e familiare, anche in assenza di risoluzione della patologia;





COMPETENZE DEI C.P.S.

COMPETENZE ► CURA:

- Accoglimento della domanda e prima valutazione;
- Diagnosi;
- elaborazione ed attuazione di interventi terapeutici;

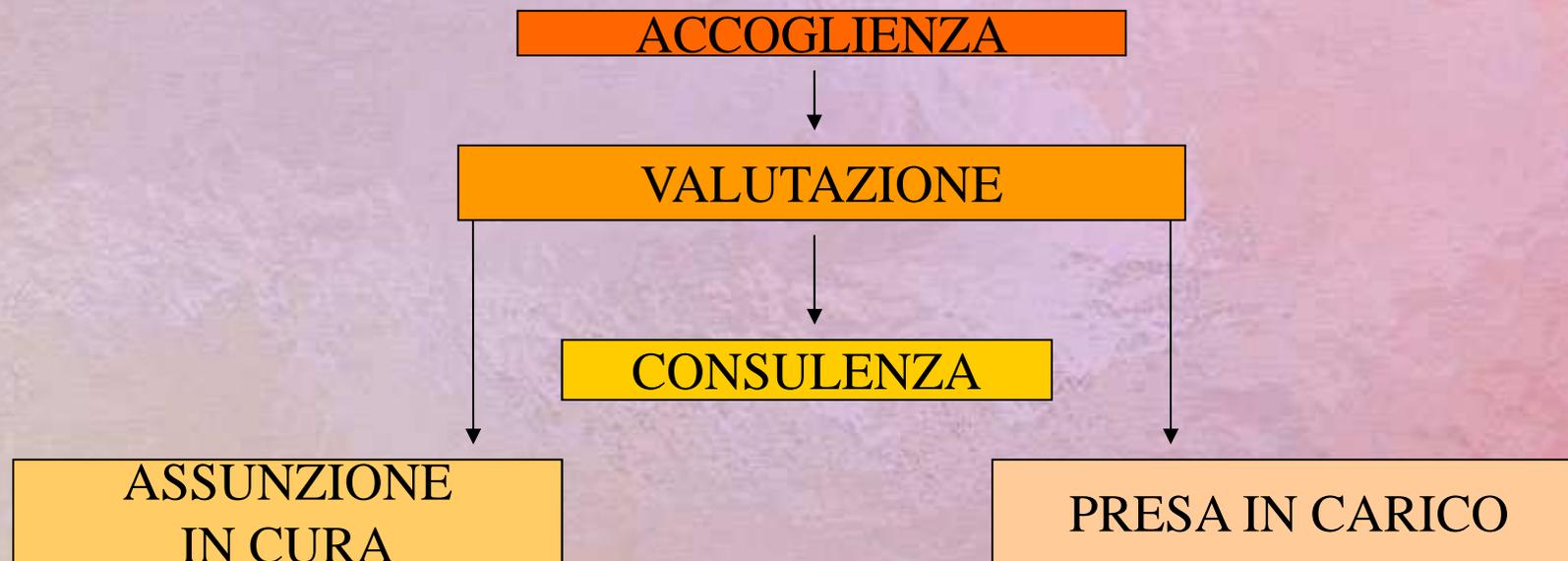
Applicazione di strategie terapeutiche giudicate di maggior efficacia, alla luce di criteri dettati dalla ricerca scientifica e farmacologica più avanzata;

- trattamenti psichiatrici;
- trattamenti psicoterapeutici individuali, familiari o anche di gruppo;
- supporto infermieristico
- piani di assistenza individualizzati,
- terapie farmacologiche,
- sviluppo e mantenimento di un'alleanza terapeutica
- attività di sostegno alle famiglie;
- interventi socio-assistenziali;
- colloqui di sostegno;
- interventi domiciliari;
- interventi in collegamento con la Centrale del 118;
- assistenza al ricovero urgente volontario o obbligatorio nei momenti di acuzie psicopatologica.

LA PRIMA VOLTA.....

Il primo contatto dei cittadini con i Servizi è regolato da tre principi fondamentali: facilità di contatto, tempestività della risposta, rispetto dei diritti di riservatezza e di privacy. È importante sottolineare che questi principi servono ad assicurare, fin dal primo incontro, una relazione di fiducia e di consenso tra la persona interessata e gli operatori dei servizi.

Attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
MODELLO ORGANIZZATIVO PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2002-2004



ACCOGLIENZA:

La fase di accoglienza in situazioni urgenti o programmabili è una attività organizzata per il soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio psichiatrico.

Il soggetto che pone una richiesta può essere altro rispetto al soggetto portatore di bisogni; può essere un soggetto istituzionale oppure chi, come familiare, parente o altro, pone la richiesta di occuparsi di una persona che non sia già conosciuta dal servizio.

La funzione di accoglienza gestisce la prima fase di rapporto con il soggetto che pone una richiesta.

L'obiettivo è quello di definire la posizione del servizio rispetto alla domanda di intervento.

VALUTAZIONE:

La fase di valutazione è un attività organizzata di approfondimento del caso. Dal punto di vista clinico l'attività di valutazione deve giungere a una diagnosi clinica e a una valutazione funzionale che permettono di rendere esplicito e condivisibile il percorso di cura e verificabile nel suo sviluppo.

CONSULENZA:

Da Piano Regionale Salute delibera VII/17513 del 17 Maggio 2004:

“La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra il CPS e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica.....”(omissis) ma di valutazione, orientamento o trattamento di appoggio al medico di medicina generale.

Un percorso di consulenza efficace si basa su una relazione stabile tra MMG e CPS.

ASSUNZIONE IN CURA:

Da Piano Regionale Salute delibera VII/17513 del 17 Maggio 2004:

“Nel percorso dell’assunzione in cura rientrano i percorsi terapeutici previsti per gli utenti portatori di bisogni prevalentemente di tipo specialistico e comunque che non necessitano del trattamento complesso e multiprofessionale tipico della presa in carico.

Tale percorso terapeutico non si esaurisce necessariamente in un trattamento ambulatoriale.

PRESA IN CARICO

Da Piano Regionale Salute delibera 7/17513 del 17 Maggio 2004

“Il percorso territoriale della presa in carico è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni “complessi”

ovvero che presentano una diagnosi di disturbo psichico grave e che presentano deficit nel funzionamento psicosociale e nella rete familiare e sociale, la **presa in carico** rappresenta il modello di buona pratica clinica.

L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il “profilo di salute”:

- **diagnosi nosografica:**
 - **diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità**
- **gravità clinica**
- **funzionamento sociale**
- **caratteristiche della rete familiare e psicosociale**
- **precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici**

PRESA IN CARICO:

Prendere in carico qualcuno significa assumersi la responsabilità verso un individuo e la sua sofferenza.

Tale modello non privilegia mai il farmaco o l'ambiente o l'assistenza o la riabilitazione come mezzi terapeutici, ma si basa sulla loro integrazione dettata dalla comprensione dei bisogni del paziente.

La presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita.

Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve garantire alcuni requisiti:

- **supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);**
- **flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;**
- **coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica.**

Dal punto di vista operativo un percorso di presa in carico si fonda sull'integrazione di attività specifiche:

- **attività clinica** : attività psichiatrica , psicologica, infermieristica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia), ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione e del contratto terapeutico.
- **attività riabilitativa** : attività di riabilitazione, risocializzazione e reinserimento nel contesto sociale; inserimenti lavorativi, sostegno all'abitare, attività semiresidenziale (o di *Centro Diurno*), inserimenti presso CRA.
- **attività di assistenza** : attività di sostegno al paziente nei suoi aspetti deficitari, attività finalizzata a sostenere e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.
- **attività di intermediazione** : attività per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; sostegno e informazione alla famiglia
- **attività di coordinamento** : attività volta all'integrazione dei diversi erogatori che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale.

IL PTI

Il PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE è lo strumento operativo della presa in carico che contiene tutti gli elementi del programma di cura.

Il programma di cura e di riabilitazione territoriale si declina e riassume nel PTI che viene redatto dall'èquipe curante a seguito della valutazione dei bisogni presentati dal paziente, ed è il risultato delle considerazioni di tutte le figure professionali.

I progetti personalizzati dovranno indicare: i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, i tempi e le modalità di verifica.

Un "Case Manager", individuato all'interno dell'èquipe curante, assicura l'attuazione e la realizzazione degli interventi programmati nel Piano di Trattamento Individuale.

Deve essere conosciuto, condiviso, verificato tra utente, familiari, equipe, rete.

Trattamento

- Coinvolgimento degli utenti e dei familiari;
- informazione (psicoeducazione) : diventare esperti;
- terapia farmacologica;
- individuazione dei segnali precoci di crisi e gestione della crisi;
- Strategie di fronteggiamento e gestione dei disturbi (tecniche di rilassamento, gestione dei pensieri disfunzionali che alimentano ansia e depressione, dei pensieri deliranti, delle voci ...);
- Metodo strutturato per l'analisi e la soluzione dei problemi;
- Miglioramento delle capacità di identificazione delle proprie emozioni;
- Miglioramento delle abilità di comunicazione e di espressione dei sentimenti;
- Gestione di problemi specifici : sonno, uso di sostanze, rabbia, pensieri suicidari;
- Interventi riabilitativi (abilità di base, formazione, lavoro, abitazione).

Prestazioni domiciliari

Tutti gli operatori del CPS possono effettuare visite domiciliari con criteri, frequenza e modalità che variano in funzione del singolo caso.

L'intervento al domicilio, talvolta, rappresenta l'unica area dove, in quel momento, risulta realizzabile un approccio al paziente; altre volte serve direttamente a risolvere pseudocrisi e/o conflittualità in un ambito familiare o più allargato.

In ogni caso, la visita domiciliare costituisce una fonte cui attingere una gran quantità di dati clinici, assistenziali e sociali, che la visita ambulatoriale, da sola, ovviamente non è in grado di fornire.

Rappresenta, inoltre, uno degli strumenti più preziosi nell'attuazione di quelle prestazioni "in rete", cardine del lavoro del CPS.

Non è, tuttavia, sempre e comunque lo strumento più opportuno da utilizzare, in quanto, in alcuni casi, può contribuire al rinforzo di comportamenti regressivi, passivi e di ritiro da parte del paziente. In altre situazioni, l'intervento al domicilio può ancora essere vissuto dal malato e dai suoi familiari come troppo irritante ed intrusivo ed avere, come ricaduta, addirittura un effetto antiterapeutico.



LA RETE

- FORMALE:**
è composto da strutture istituzionali e da professionisti.
- INFORMALE:**
comprende le persone più prossime

CHE COSA È IL LAVORO DI RETE ?

*Per **lavoro di rete** si intende “un processo finalizzato tendente a **legare** tra loro tre o più persone tramite connessioni e catene significative **di relazioni interpersonali**”*

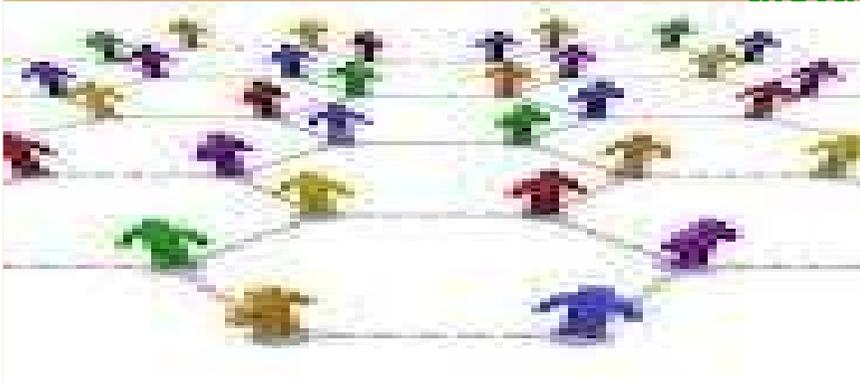
Lambert Maguire

Integrazione con la Rete territoriale

L'équipe del CPS collabora con diverse realtà territoriali (Associazioni di Volontariato, di Familiari, Culturali, Sportive, Enti Istituzionali, ecc.) per garantire al cittadino utente una presa in carico globale, nell'ottica di un lavoro di inclusione e coinvolgimento nella realtà locale e nella rete sociale.

LA STRATEGIA DEL LAVORO DI RETE

- **Attivazione e supporto alle reti esistenti, là dove i legami affettivi esistono e sono stabili nel contesto di reti primarie (familiari o parentali), l'operatore può agire per rendere possibile la continuità di queste relazioni, e quando questa continuità è minacciata, introdurre supporti esterni o tentare di migliorarne la qualità;**
- **Individuazione delle risorse che non ci sono ma che si possono attivare (es. vicini di casa, bar, ecc.) a sostegno di una persona;**
- **Integrazione delle reti formali (servizi) con le reti informali (famiglia, scuola, ecc.) e con le reti semi informali (volontari e associazioni);**
- **lavoro di rete con gli operatori sanitari e sociali, con le associazioni, le cooperative, i gruppi di auto-aiuto e le realtà organizzate che si occupano di disturbo mentale.**



LAVORO D'EQUIPE

II LAVORO IN EQUIPE GARANTISCE:

- La presa in carico : l'assunzione della responsabilità della cura e dell'attuazione del progetto terapeutico;
- L'integrazione : la possibilità di dare risposte adeguate al paziente portatore di bisogni complessi;
- La continuità terapeutica : la coerenza, l'unitarietà e la continuità del progetto.

CARATTERISTICHE DELL'EQUIPE

• **LAVORO INTEGRATO**: intervento multidisciplinare, risposte diversificate;

• **CONDIVISIONE RESPONSABILITA'**;

• **BASE SICURA**": capace di sostenere le persone in difficoltà sul piano emotivo/cognitivo;

• **ARRICCHIMENTO PROFESSIONALE**;

• **CONDIVISIONE VISSUTI**.

STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

• Riunioni: analisi dei casi : discussione verifica dei progetti; organizzazione del lavoro; supervisione;

• Documentazione clinica;

• Il "Case manager".



Come comportarsi?

Una delle domande più comuni è sicuramente questa: come ci si deve comportare di fronte ad un malato mentale?

E' necessario ricordare che chi soffre di un disturbo mentale:

1) non è affatto più “pericoloso”

il suo tasso di aggressività è sostanzialmente identico a quello delle persone comunemente definite “normali”

2) non è sempre “matto”

per la gran parte del tempo conduce una vita assolutamente “normale”, indistinguibile da quella di ciascuno di noi, soprattutto se viene adeguatamente seguito e supportato

3) non è un “alieno”

come ogni persona ha desideri, speranze, progetti e aspettative; ha poi bisogno di una rete di affetti, di legami e di relazioni durature e significative.

4) ogni tanto può avere bisogno di aiuto

quando attraversa un momento di crisi, riesce ad uscirne più facilmente se i familiari, gli amici e i colleghi accettano la sua difficoltà e sono disponibili ad aiutarlo, eventualmente con il supporto dei servizi psichiatrici.

Ansia

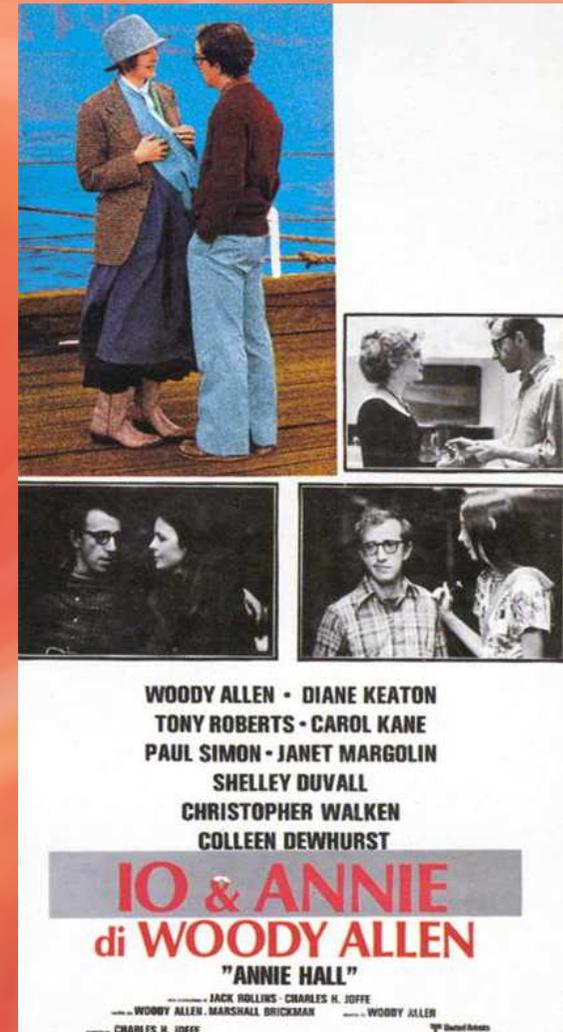
- In situazioni normali costituisce una reazione di difesa dell'organismo, volta ad anticipare la percezione di pericolo.

E' caratterizzata da tensione, da una sensazione di timore indeterminato, da una penosa sensazione di pericolo imminente o difficoltà, senza che vi sia un motivo ragionevole a giustificarli;

E' accompagnata da diversi meccanismi fisiologici (tachicardia, tensione muscolare, nausea, tachipnea, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione,);

L'ansia può diventare una risposta sproporzionata e irrealistica e può assumere la connotazione di un vero disturbo mentale;

- Evitamento delle situazioni che temiamo (fobie, agorafobia, claustrofobia, fobia sociale).



Woody Allen ,
USA 1977

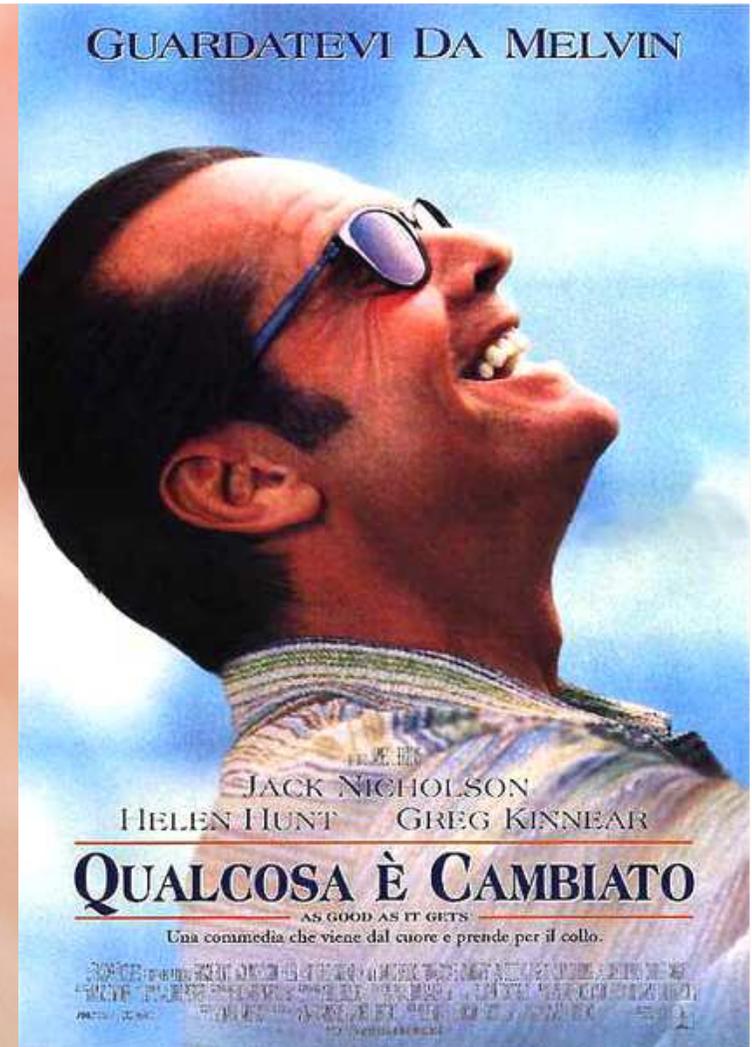
Disturbo ossessivo compulsivo

E' CARATTERIZZATO DA OSSESSIONI E COMPULSIONI

- **Osessioni** : immagini mentali o pensieri, idee parole che si intromettono nelle mente e non si riesce a scacciare pur riconoscendone l'irragionevolezza.

(timore di prendere una infezione ; vedere se stessi mentre stiamo facendo del male a qualcuno). Le ossessioni possono invadere così profondamente la mente da rendere la vita impossibile, dolorosa e soffocante.

- **Compulsioni** : spinta o impulso ad agire, che si attiva in risposta a un' ossessione. Azione o rituali di comportamento che si devono compiere per ridurre l'ansia e la paura (lavarsi le mani, contare, fare buoni pensieri).



**James Brooks , USA
1997**

Disturbo post-traumatico da stress



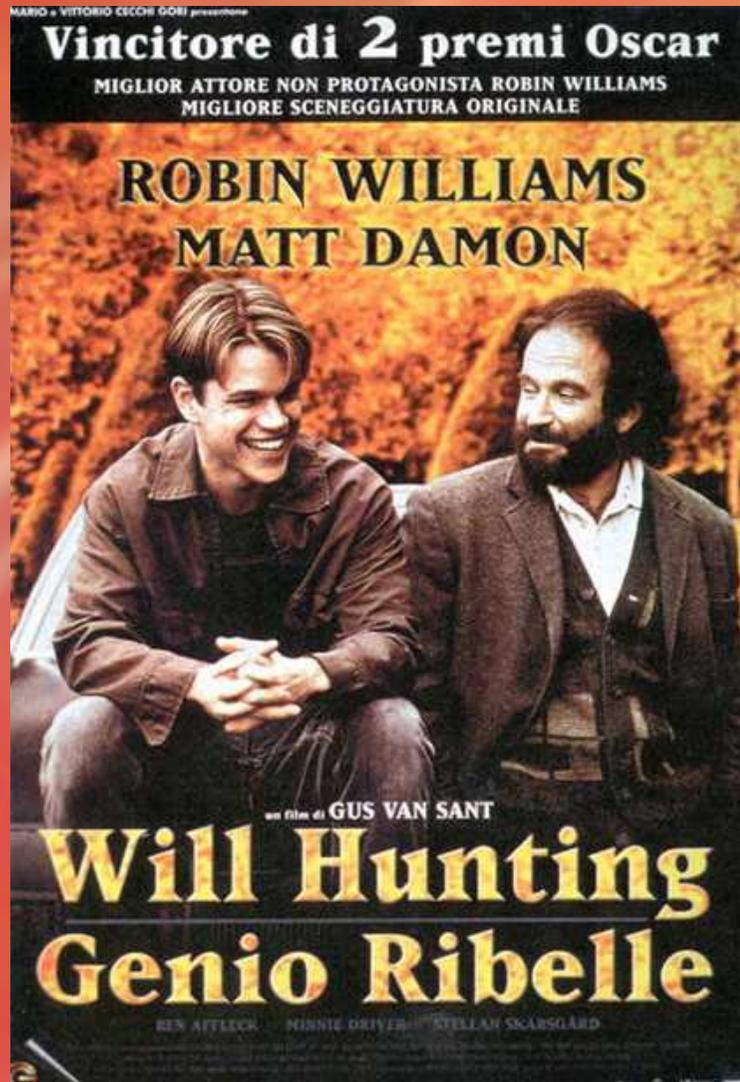
Si osserva a seguito di crimini (rapimenti, violenze sessuali), gravi incidenti, periodi di prigionia, guerra.

E' caratterizzato dalla ripetuta esperienza di vivere l'evento, sotto forma di sogni o incubi notturni, che disturbano notevolmente la qualità e la durata del sonno, sia di ricordi improvvisi e vividi, vissuti come invasivi.

E' presente uno stato di allarme e di ipervigilanza continuo, con ipersensibilità alle stimolazioni ambientali, in cui possono inserirsi improvvise esplosioni di aggressività.

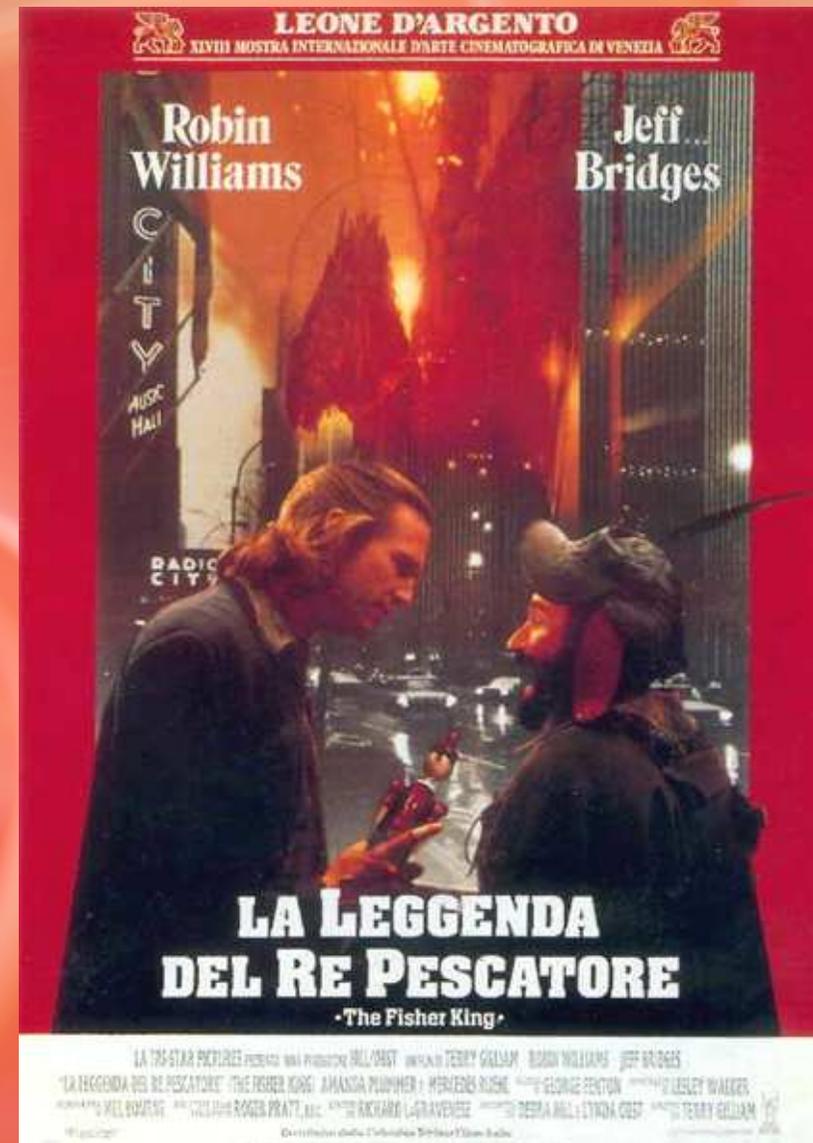
Cristina Comencini,

Italia 2005



Gus Van Sant ,
USA 1997

Terry Gillian ,
USA 1991



Episodi maniacali

caratterizzati da:

- **Innalzamento del tono dell'umore**
- **Eccitazione generale dell'attività mentale e del comportamento.**
 - **Cambiamenti nelle attività e negli interessi**
 - Pensieri che si rincorrono con facilità di deviazione da una cosa all'altra;
 - incapacità a rilassarsi;
 - idee grandiose ed eccitanti;
 - spendere soldi senza giudizio;
 - eccesso di interesse sessuale.
 - **Cambiamento nei pensieri e nei sentimenti**
 - Eccesso di esuberanza e umore elevato;
 - sentimenti di grandiosità;
 - disinibizione, impulsività, comportamenti imbarazzanti;
 - pensare di avere sempre ragione.
 - **Cambiamenti nelle funzioni corporee**
 - Eccesso di energia;
 - minor bisogno di sonno.

Frequentemente fasi di maniacalità si alternano a fasi depressive



Mike Figgis,

USA 1993

Episodi depressivi

La depressione è una condizione patologica a cui va incontro nel corso dell'esistenza tra il 5 e il 15% degli esseri umani.

E' caratterizzata da:

- **Profonda depressione del tono dell'umore:** profondo dolore psichico, prostrazione e disperazione;
- **marcata riduzione o scomparsa dell'interesse e del piacere in tutte le attività;**
- **marcato rallentamento psichico e motorio:** eloquio e motricità rallentata;
 - **mancanza di energia, affaticabilità;**
 - **sentimenti di inadeguatezza, inutilità, disperazione:** idee di colpa, di rovina o di auto accusa;
 - **mancanza di appetito;**
 - **disturbi del sonno:** insonnia, risveglio precoce;
 - **difficoltà a concentrarsi e a ricordare;**
 - **pensieri di morte:** nei casi più gravi ci sono propositi o tentativi di suicidio.

Sylvia Plath (1932-1963)

Poetessa e scrittrice statunitense

“Non riuscivo a dormire, malgrado fossi stanca, e stavo distesa a sentire il dolore sfiorarmi i nervi e la voce interiore gemere: oh, non riesci a insegnare, non riesci a far niente. Non riesci a scrivere, a pensare. E giacevo sotto il gelido flusso negativo del rifiuto, a pensare che quella voce era solo mia, parte di me, e che stava cercando di possedermi per poi abbandonarmi in preda alle mie visioni peggiori : avevo avuto la possibilità di combatterla e vincerla giorno per giorno, ma avevo fallito.”

Sylvia Plath “Diari

*“Morire
è un'arte, come qualunque altra cosa.
lo lo faccio in modo magistrale,
lo faccio che fa un effetto da impazzire
lo faccio che fa un effetto vero.
Potreste dire che ho la vocazione.”*

Sylvia Plath, “Lady Lazarus”, 1962



La schizofrenia

La schizofrenia è una malattia mentale che colpisce circa una persona su 100.

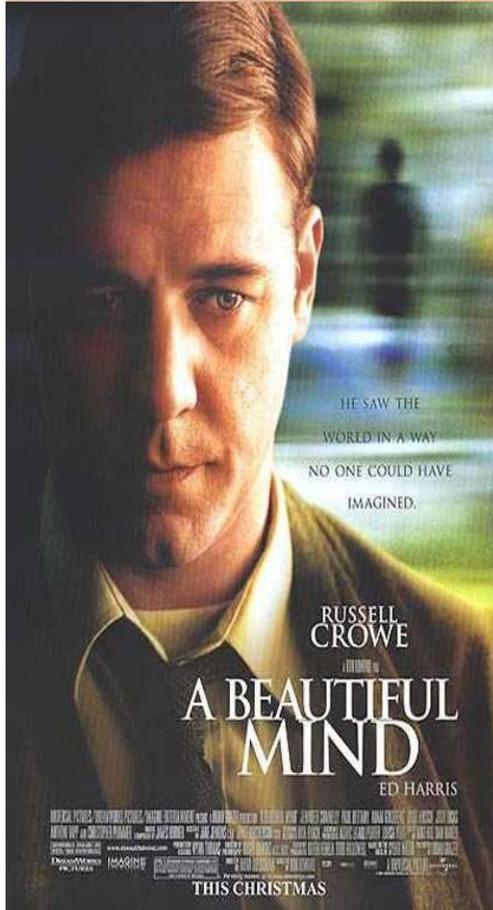
Essa interferisce con il funzionamento del malato tanto da compromettere il suo modo di percepire la realtà, di pensare con chiarezza, di provare emozioni, di esprimersi e di comportarsi.

E' caratterizzata da:

- **Isolamento dalla realtà**
- **Delirio**
- **Allucinazioni**
- **Linguaggio** difficile da comprendere
- **Cambiamenti delle emozioni** (riduzione, scomparsa, perdita di controllo)

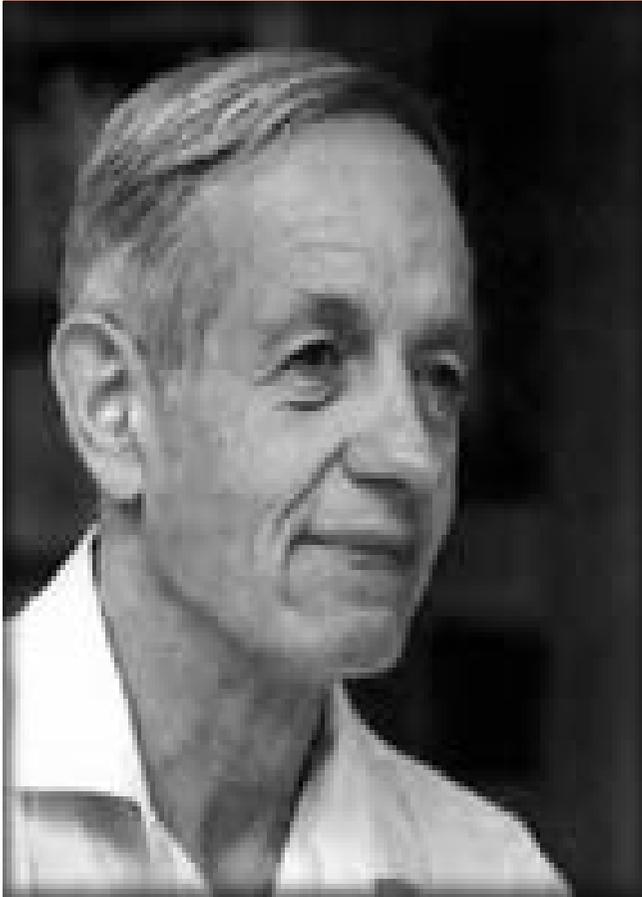
DELIRIO: idea/convinzione immodificabile che non ha nessun fondamento nella realtà. I più comuni sono i deliri di persecuzione, di grandezza, di lettura del pensiero.

ALLUCINAZIONE : percezione senza oggetto. Le più frequenti sono le allucinazioni uditive (voci), visive, tattili, olfattive e gustative.



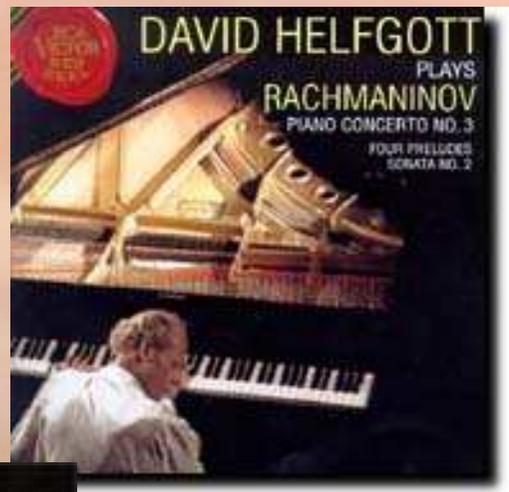
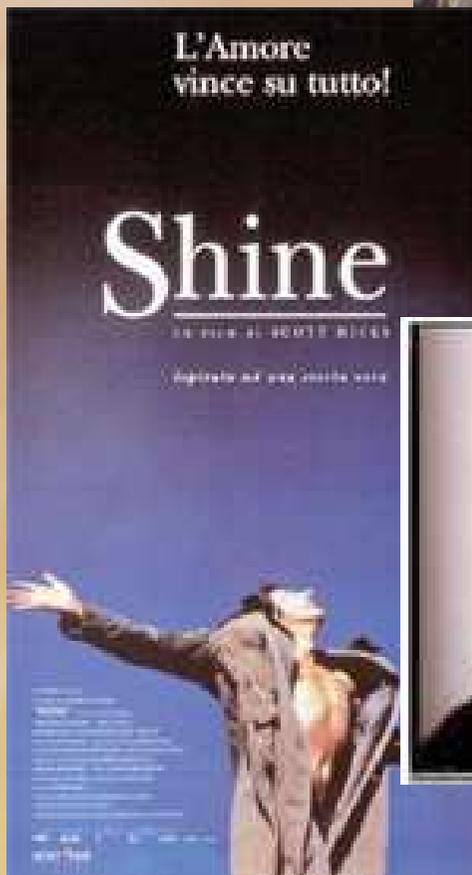
**Ron Howard ,
Gran Bretagna
2001**

John Forbes Nash Jr. (1928)



- Matematico ed economista statunitense. Ha rivoluzionato l'economia con i suoi studi di matematica applicata alla Teoria dei giochi , vincendo il Premio Nobel per l'economia nel 1994.
- Nash ha vissuto per circa trenta anni tra i successi scientifici ed accademici e la malattia mentale.
- Dovette convivere con la schizofrenia che spesso e per lunghi periodi nell'arco di trent'anni ne offuscò l'intelligenza e la creatività isolandolo emotivamente dal mondo esterno, tra periodi di crisi e ricoveri in Ospedale Psichiatrico
- Oggi Nash è un ottantenne che frequenta ancora l'Università di Princeton, studia ancora matematica ed ha imparato a fronteggiare i disturbi della sua malattia.

Film di Scott
Hicks (1996)



David Helfgott (1947)

Nato a Melbourne, in Australia, si è diplomato al Royal Collage of Music , dove viene indicato come uno degli allievi più dotati. Durante un saggio del 1970, in cui interpretava il Terzo Concerto per Piano di Rachmaninov, accusa un malore. In seguito ha trascorso **10 anni della sua vita in cliniche psichiatriche.**

Nel 1984 si sposa con Gillian, e da allora tiene continuamente concerti in tutto il mondo.

... e molti altri ancora ...

I nuovi disturbi giovanili:

- Abuso e dipendenza da sostanze
 - Disturbi di personalità
- Disturbi del comportamento alimentare :
anoressia e bulimia
- Disturbi ad insorgenza nell'età infantile e
nell'adolescenza

*“I PROBLEMI DI SALUTE MENTALE DEVONO ESSERE CONSIDERATI UNA PRIORITA’ ASSOLUTA”
(Harlem brundtland D.G – O.M.S. Ginevra)*

“ La strada è ingombra di miti, segreti, vergogna. Milioni di persone soffrono di disturbi mentali, neurologici, o problemi psicosociali come il consumo di alcool e droghe.

Poche sono le famiglie che non incontreranno i disturbi mentali e non avranno bisogno di assistenza e cura.

Frontiere da abbattere sono quelle dello stigma, della vergogna, dell’esclusione e talora della morte...molti soffrono di solitudine”.

Lo stigma

- **Sul dizionario : “marchio, impronta, segno distintivo” ; prende origine dal marchio a fuoco che serviva per riconoscere gli schiavi.**

- **Per gli operatori in salute mentale : discriminazione basata su pregiudizi nei confronti delle persone che soffrono di un disturbo mentale, che devono essere combattuti.**

- **Per il malato e i familiari : esperienze di esclusione, rifiuto, vergogna, solitudine.**

Si manifesta con atteggiamenti accusatori, di paura e di rifiuto da parte della società.

Lo stigma è insensato, la discriminazione è ingiusta e immorale. Il trattamento è possibile (Benedetto Saraceno-Direttore D.S.M)



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

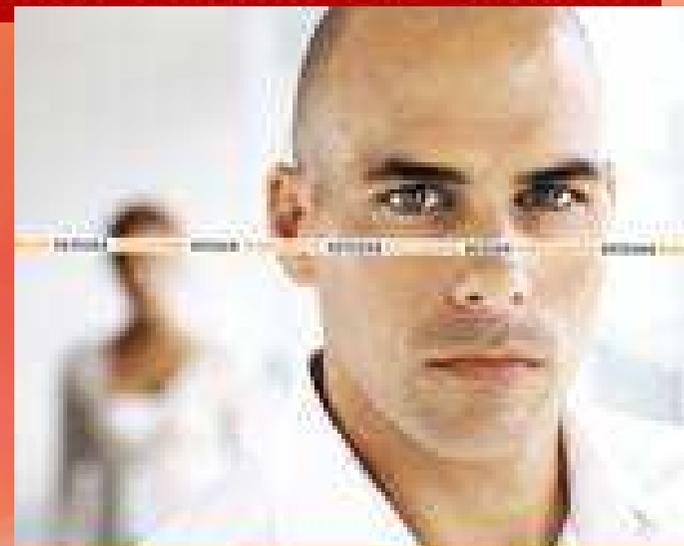


La Repubblica tutela la salute
come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...

Settore Salute

- **Campagne di informazione e lotta allo stigma**

- **Programmi di prevenzione: identificazione ed intervento precoce negli stati mentali a rischio e nell'esordio dei disturbi**



**Non è diverso da te.
Curare
i disturbi mentali si può.**

PROGETTO OBIETTIVO NAZIONALE

La salute mentale è disciplinata da un P.O. che ne individua le specificità di alta complessità e ne regola nella pratica gli atti di indirizzo.

Gli obiettivi di salute individuati nel P.O. sono:

- **Promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;**
- **Prevenzione primaria e secondaria con riferimento a fasce particolari della popolazione e situazioni di rischio e disagio (disagio giovanile etc.);**
- **Prevenzione terziaria, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la costruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali;**
- **Salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente;**
- **Riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio per particolari patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).**

Progetto Dipartimentale Identificazione e Intervento Precoce delle Psicosi

Programma innovativo per la salute mentale 2009-2011

“Programma dipartimentale intervento precoce nelle psicosi: attivazione di una risposta integrata tra prevenzione e continuità delle cure” - TR 16

—

(Deliberazione n. 625 del 14 ottobre 2009 dell’Azienda Ospedaliera Sant’Anna di Como)

OBIETTIVI

- **Attuare una precoce individuazione delle situazioni di “stato mentale a rischio” di sviluppo di disturbi psicotici;**
 - **attuare un tempestivo trattamento del primo episodio psicotico;**
 - **intervenire tempestivamente ed efficacemente attivando interventi specifici di presa in carico mirati alla persona e al suo contesto familiare e ambientale;**
- **fornire dati scientificamente attendibili sugli esiti dei trattamenti precoci dei sintomi psicotici;**
- **Informare, sensibilizzare, coinvolgere, in una prospettiva di prevenzione e di**

Early Psychosis Network

British Columbia:

- EP Initiative of British Columbia
- EPIVMHC, Victoria
- Vancouver
- EPIP, White Rock

Ontario:

- FEPP, Toronto
- Psychotic Disorders
- Ottawa FEPP
- KPP&TP, Kingston

Nova Scotia:

- NSEPP
- Halifax

Oregon:

- Early Assessment & Support Team (EAST)
- Managed care funded

California:

UCLA (Ventura,
Neuchterlien etc)

Geneva & Zurich:

Swiss Early Psychosis Project
SWEPP

Belgian Projects:

PECC

United Kingdom:

PEPP, London

Italia:

Programma 2000

..... et al

Australia:

- YPPI service, Gosford
- EP program, Marouba
- EP program, North Sydney
- EPIP-SWAHS, Liverpool

EPPIC, Melbourne (Mc Gorry)

Sydney FEPP

N. Carolina:

FEP & prodrome studies (*Lieberman*)

Portland, Maine

- PIER service (*McFarlane*)

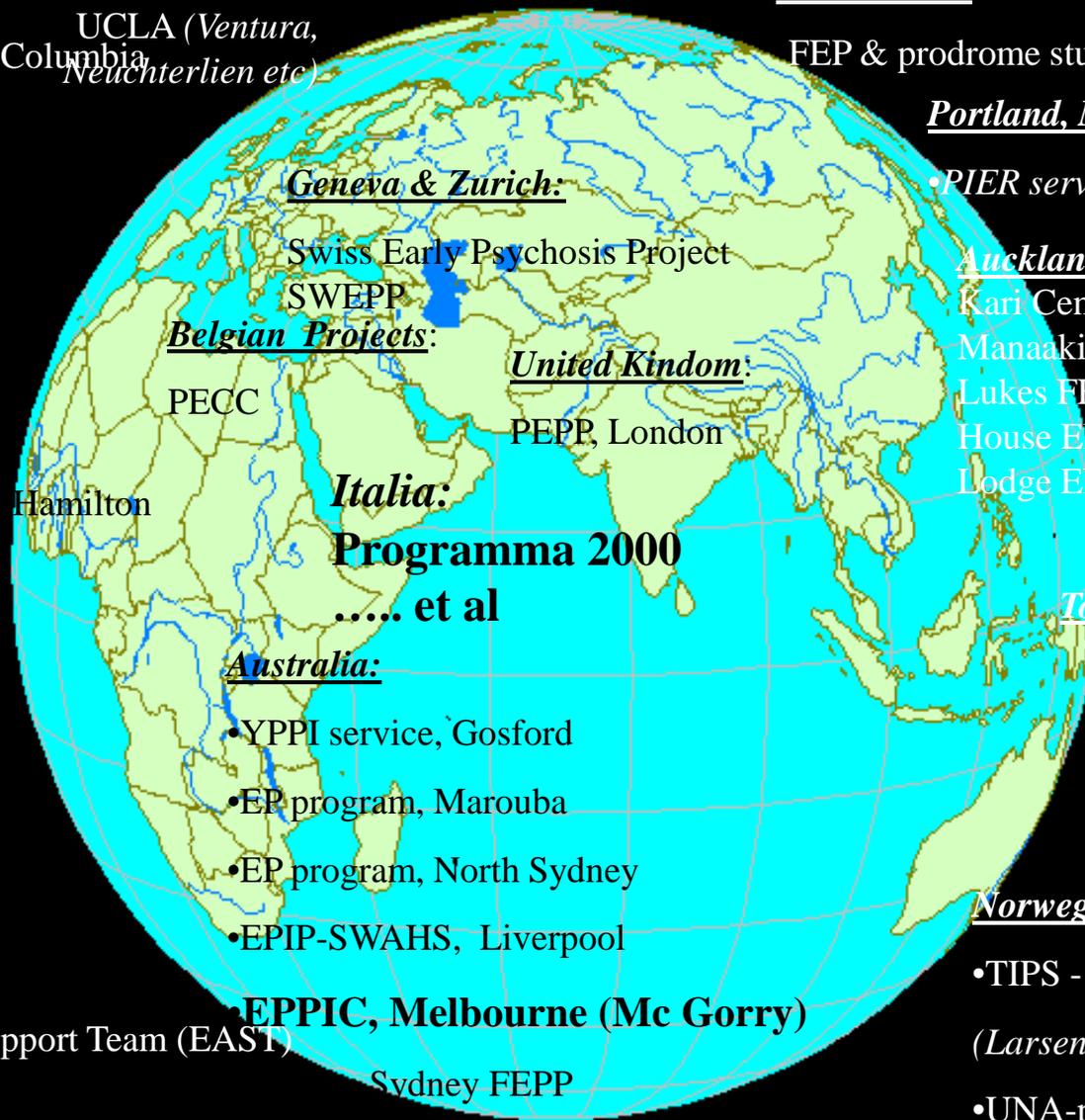
Auckland: EPI Centre,
Kari Centre, Taylor Centre,
Manaaki CMHT - FEP, St
Lukes FEP, Hartford
House EPI, Campbell team
Lodge EI team

Tokyo, Hong Kong:

Singapore: EPIP

Norwegian Services:

- TIPS - Roskilde/Stravanger
(*Larsen, Johannessen etc*)
- UNA-projektet, Oslo
- EOP, Skien



I nuovi disturbi giovanili

“...l’adolescenza è una scoperta personale durante la quale ogni soggetto è impegnato in un’esperienza – quella di vivere – e in un problema, quello di esistere...”



*(Winnicot D, Sviluppo affettivo
e ambiente. Armando, Roma, 1970)*

Secondo statistiche effettuate su adolescenti in ambito UE si può riscontrare:



DEPRESSIONE GRAVE

4% (tra i 12 e i 17 anni)

9%(intorno ai 18 anni)

I due sessi manifestano lo stesso rischio fino alla pubertà, dopo le femmine ne sono vittima due volte più dei maschi (probabilmente per l'effetto negativo che gli estrogeni possono avere sull'umore).

ADOLESCENZA E USO DI SOSTANZE

IN PARTICOLARE NEI GIOVANI E NEGLI ADOLESCENTI UN PROBLEMA DI ANSIA O DEPRESSIONE NON RICONOSCIUTO E NON CURATO PUÒ PORTARE ALLA TOSSICODIPENDENZA, NON COME DESIDERIO DI TRASGRESSIONE, MA COME AUTOCURA.



k3450398 www.fotosearch.it

....dalla relazione annuale 2010 dell'osservatorio europeo delle droghe e tossicodipendenze emerge come, nell'ultimo anno, il consumo tra i giovani adulti (15-34 anni) oscilla dal 2,9% (Italia) al 6,2% (Regno Unito).

Nei paesi occidentali la prevalenza più elevata di consumo di cannabis è stata segnalata in Italia(20,3%), Spagna (18,8%) e Francia (16,7%)...

ADOLESCENZA E ALCOOL

L'adolescenza è considerato il periodo più importante per l'esordio e l'incremento progressivo nell'uso dell'alcool. I costi sanitari, sociali ed economici derivanti dai problemi alcool-correlati dei giovani costituiscono un peso considerevole per la società.

Secondo i dati del World Health Report ogni anno in Europa un giovane su quattro (tra i 15 e i 29 anni) muore a causa dell'alcool, considerato oggi il principale fattore di rischio di invalidità e mortalità prematura tra i giovani europei.

L'estensione e la tipologia dei soggetti; rispetto al consumo di alcool durante tale fascia d'età, è indice predittivo del rischio di sviluppare alcolismo, abuso di droghe e disturbi depressivi nella vita da adulto.

Tra i giovani, la fascia d'età più interessata da questi fenomeni è quella compresa tra i 14 e i 16 anni: proprio in questa fascia d'età l'ISTAT ha registrato nel 2001 un aumento rispetto al 2000 di 22000 adolescenti che consumano alcool.



DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

- **Nel mondo occidentale l'1% circa della ragazze tra i 12 e 18 anni soffre di anoressia nervosa; in adolescenza la prevalenza dei DCA è dello 0,3 – 1%;**
- **I disturbi della condotta alimentare sono associati con i più alti tassi di mortalità tra le malattie psichiatriche nell'epoca dell'adolescenza;**
- **Il picco d'incidenza riguarda le femmine tra i 15 e i 19 anni.**



ADOLESCENZA E SUICIDIO

I disturbi mentali che comportano un fattore di rischio suicidario negli adolescenti sono :

- Disturbi depressivi
 - abuso di alcool
- disturbo della condotta o comportamento aggressivo
 - storia di abuso sessuale
- esposizione ad eventi avversi esistenziali

.....negli ultimi 40 anni il suicidio in questa fascia d'età è aumentato 4 volte (seconda causa di morte in età giovanile);

I dati del *National Center for Health Statistics* (2005) indicano come l'8,5% degli studenti delle superiori riporti tentativi suicidari negli anni passati e il 16,9% riferisca di aver seriamente considerato di mettere in atto condotte autolesive.

IL SIGNIFICATO DI GUARIGIONE PER GLI UTENTI

“forse una sola definizione di guarigione non esiste. Non può essere definitiva. E' soggettiva e cambia”.

“Raggiungere un livello di compromesso e di convivenza con la propria complessità è una forma di guarigione”

“L'accettazione del disagio da parte della persona e dalla società è il primo passo verso la guarigione.”

“La guarigione è rinascita. E' iniziare ad amare le piccole cose quotidiane”

“La persona guarisce quando ha meno bisogno del servizio, quando ha dei momenti di felicità e riesce ad avere un certo potere contrattuale.”

“La guarigione è anche “ritrovare la gioia di vivere, perché quando sei ‘in quel momento’ ti manca.”

“La guarigione è anche la capacità di chiedere e offrire aiuto, perché il disagio e la sofferenza rendono le persone più sensibili”

“Ogni società si può giudicare dal modo in cui organizza e vive il rapporto con l’altro.

Dimmi chi sono per te i diversi e come li escludi e ti dirò chi sei”.

(Focault)

Grazie per l’attenzione ...

Donatella Brusa