



Cofinanziato
dall'Unione europea



CALMD

A comprehensive kit for social inclusion
of people with mental disabilities

INDICE DEI CONTENUTI

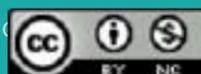
Capitolo 1: SOSTEGNO, COMPRESI CONSULENZA E AUTO-AIUTO	3
Capitolo 2: AIUTO NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA E REINSERIMENTO NELLA COMUNITÀ	8
Capitolo 3: DIFENDERE I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA	15
Capitolo 4: SERVIZI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE.....	25
Capitolo 5: INTERVENTO IN CASO DI CRISI.....	34
Capitolo 6: IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E RINVIO AI SERVIZI SANITARI	43

Il presente documento è stato realizzato da CALMD - Un kit completo per l'inclusione sociale delle persone con disabilità intellettiva. Partenariato strategico per l'educazione degli adulti. Progetto n°. 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939. Organizzazione coordinatrice: Institutul Român de Educație a Adulților, Timisoara, Romania.

Collaboratori

Istituto rumeno per l'educazione degli adulti (Romania) - Coordinatore
PANEPISTIMIO AIGAIYOU (Grecia) - Partner
VIRTUAL CAMPUS LDA (Portogallo) - Partner
Fundația de Abilitare Speranța (Romania) - Partner
Associazione DuePunti (Italia) - Partner

Questo testo è pubblicato secondo i termini della Creative Commons License: CC BY-NC 4.0 Attribuzione-Non commerciale 4.0 Internazionale



Fonte di finanziamento: Programma Erasmus+ per l'educazione degli adulti dell'Unione Europea. Il testo e i materiali possono essere riprodotti, distribuiti, resi disponibili al pubblico, condivisi e adattati alle seguenti condizioni: in ogni caso devono essere pubblicati il nome dell'autore, la licenza e l'indirizzo del sito web della fonte originale.

Cofinanziato
dall'Unione europea

Per ulteriori informazioni sul progetto si prega di accedere a: <http://projectcalmd.com>



CAPITOLO 1

SOSTEGNO, COMPRESI CONSULENZA E AUTO-AIUTO

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939.

Introduzione

Il disturbo o disagio mentale, si riferisce a un'ampia gamma di condizioni di salute mentale problematiche che influenzano l'umore, il pensiero e il comportamento. Esempi ne sono depressione, disturbi d'ansia, schizofrenia, disturbi alimentari e dipendenze.

Molte persone hanno problemi di salute mentale di tanto in tanto. Ma questi diventano malattie quando i segni e i sintomi cronici causano stress frequente e compromettono la capacità di funzionare.

La salute mentale comprende il nostro benessere emotivo, psicologico e sociale. Influisce sul modo in cui pensiamo, sentiamo e agiamo. Contribuisce inoltre al modo in cui gestiamo lo stress, ci relazioniamo con gli altri e facciamo scelte sane. La salute mentale è importante in ogni fase della vita, dall'infanzia e dall'adolescenza fino all'età adulta.

I sintomi

Segni e sintomi della sofferenza mentale possono variare a seconda del disturbo, delle circostanze e di altri fattori.

Essi possono riguardare emozioni, pensieri e comportamenti.

Esempi ne sono:

- Sensazione di tristezza o abbattimento
- Pensiero confuso o ridotta capacità di concentrazione
- Paure o preoccupazioni eccessive o sentimenti di colpa estremi
- Cambiamenti di umore estremi, con alti e bassi
- Ritiro dagli amici e dalle attività
- Stanchezza significativa, scarsa energia o problemi a dormire
- Distacco dalla realtà (deliri), paranoia o allucinazioni
- Incapacità di affrontare i problemi quotidiani o lo stress
- Difficoltà a comprendere e a relazionarsi con le situazioni e con le persone
- Problemi con l'uso di alcol o droghe
- Cambiamenti importanti nelle abitudini alimentari
- Cambiamenti nel desiderio sessuale
- Eccessiva rabbia, ostilità o violenza
- Pensieri suicidi

A volte i sintomi di un disturbo mentale appaiono come problemi fisici, come mal di stomaco, mal di schiena, mal di testa o altri dolori inspiegabili.

Per gli educatori

Gli educatori sono spesso i primi a notare i problemi di salute mentale. Ecco alcuni modi per aiutare gli studenti e le loro famiglie.

Cosa devono sapere gli educatori

Dovreste sapere::

- Quali sono i segnali di allarme per i problemi di salute mentale.
- A chi rivolgersi: ad esempio al preside, all'infermiere scolastico, allo psichiatra o allo psicologo della scuola o all'assistente sociale della scuola, se avete domande o dubbi sul comportamento di uno studente.
- Come accedere al supporto in caso di crisi e ad altri servizi di salute mentale.

Cosa possono fare gli educatori nelle classi

Potete sostenere la salute mentale di tutti gli studenti adulti nelle vostre sessioni di formazione, non solo dei singoli studenti che possono manifestare problemi comportamentali. Considerate le seguenti azioni:

- Educare il personale, i genitori e gli studenti adulti sui sintomi e sull'aiuto disponibile in caso di disagio psichico;
- Promuovere le competenze sociali ed emotive e costruire resilienza;
- Contribuire a garantire un ambiente scolastico positivo e sicuro;
- Insegnare e rinforzare comportamenti positivi e processi decisionali;
- Incoraggiare l'aiuto verso gli altri;
- Incoraggiare una buona salute fisica.

In che modo la malattia mentale di una persona influisce sulla sua famiglia e sugli amici?

Il disagio psichico può influire sulla famiglia e sugli amici in molti modi. In qualità di parente, partner o amico, la vostra esperienza dipenderà dal vostro rapporto con la persona e dalla sua specifica condizione di salute mentale. Quando a una persona cara viene diagnosticata un disturbo mentale, è normale provare una serie di emozioni, tra cui:

- paura;
- confusione;
- senso di colpa;
- vergogna;
- incertezza;

Alcune persone descrivono anche sentimenti di dolore e perdita per il rapporto che c'era in precedenza e per il tipo di futuro che avevano immaginato insieme.

Cosa devo sapere sulla malattia mentale della persona?

Ogni condizione di salute mentale è diversa, e anche l'esperienza di ognuno con la malattia sarà diversa.

La guarigione può comprendere la sperimentazione di diversi trattamenti o farmaci, che funzionano in modo diverso per ciascuno. Cercate di essere pazienti con la persona amata (e con voi stessi) durante questo processo.

Come posso parlare con una persona della sua malattia mentale?

Parlare con una persona cara del suo disturbo può aiutarla a sentirsi meno sola e più sostenuta nel corso della sua guarigione. La semplice presenza e disponibilità a sostenerlo può essere preziosa.

Ecco alcuni consigli per parlare con una persona cara della sua malattia mentale:

- Pianificate la conversazione in anticipo. Pensate al momento e al luogo migliore per iniziare la conversazione.
- Siate pazienti e non giudicanti.
- Offrite sostegno ma siate chiari su ciò che potete o non potete fare per aiutare.
- Ricordate che la persona è più della sua malattia mentale. Ricordarle chi è e cosa le piace può aiutare lei (e voi) a separare la sua identità dalla malattia.

Come posso prendermi cura di me stesso mentre assisto una persona con una malattia mentale?

Prendersi cura di una persona con una malattia mentale può essere impegnativo. Può anche aumentare il rischio di sviluppare a propria volta una condizione di disagio. Prendersi cura dei propri bisogni fisici ed emotivi vi permetterà di continuare ad assistere la persona amata durante la malattia e la guarigione.

È normale provare una serie di emozioni quando si assiste una persona con disagio psichico. Non abbiate paura di riconoscere i vostri sentimenti e l'effetto di essa sulla vostra vita.

Prendete in considerazione la possibilità di condividere i vostri sentimenti con un amico o un familiare, oppure di rivolgervi a un consulente o a uno psicologo. Per alcuni è utile partecipare a un gruppo di sostegno per chi assiste persone affette da specifici disturbi mentali.

È importante prendersi cura delle proprie esigenze. Cercate di dormire a sufficienza, di seguire una dieta equilibrata e di mantenere i vostri interessi.

Se il vostro caro ha bisogno di molto sostegno, potreste aver bisogno di una pausa. Organizzare un'assistenza di sollievo può aiutarvi a concentrarvi sui vostri bisogni fisici ed emotivi, sapendo che la persona è ben assistita.

Principi generali

Esprimere empatia - significa accettare e rispettare la persona cercando di capire i suoi pensieri e le sue emozioni con un approccio umano.

Evitare di discutere con la persona su punti particolari della sua storia.

Porre domande aperte - quelle a cui non si può rispondere semplicemente con un sì o un no. Consentire e incoraggiare la persona a spiegare.

Linee guida specifiche per consulenti, psicologi, educatori

- Assicuratevi che entrambi possiate sedervi comodamente e in una posizione tale che il soggetto possa guardarvi direttamente in faccia e voi possiate rispondere guardandolo negli occhi.
- Se la persona è sdraiata per motivi di salute, chiedetele se può sedersi e aiutatala a farlo, assicurandovi che sia a suo agio.
- Adattate l'orario dell'incontro alle condizioni di salute del soggetto.
- Sebbene sia importante avere un certo ordine nel colloquio, il piano può essere modificato in base alle circostanze.
- Evitate interruzioni frequenti.
- Quando è possibile, è preferibile esaurire un argomento prima di passare a un altro e andare dal più semplice al più complesso. Notate se c'è un argomento specifico che il soggetto evita.
- Una volta che la persona ha parlato liberamente, iniziate con le domande pertinenti al caso, sia per chiarire meglio ciò che è stato detto sia per scoprire aspetti che non sono stati trattati spontaneamente o che sono stati elusi.
- Cercate di non iniziare le domande con "Perché?", poiché questo può essere interpretato come un'intenzione di critica o di domanda diretta.
- Mantenete un ordine logico e coerente nelle domande.
- Non cercate di esaurire l'intero argomento in un'unico incontro, potrebbero esserci aspetti in sospeso o informazioni che possono essere trattate in altri appuntamenti quando c'è maggiore sicurezza o meno turbamento emotivo.

A volte le persone sono riluttanti quando si chiede loro di parlare di retroscena o di aspetti più intimi o che sembrano non avere a che fare con ciò che sta accadendo loro al momento, soprattutto a causa dell'impatto che possono avere i ricordi di ciò che è accaduto. Anche se è utile dire che il desiderio è quello di aiutarlo e che sarà più facile farlo se i dettagli della sua vita saranno meglio conosciuti attraverso ciò che può raccontare, rispettate sempre il silenzio e la decisione della persona di non parlare se non si sente a suo agio nel farlo.

Ascolto riflessivo

È una delle abilità fondamentali del colloquio iniziale. Si tratta di scoprire ciò che il paziente sta cercando di dire e di restituirlo attraverso affermazioni.

Queste affermazioni possono essere:

Ripetizione: ripetere una parola che il paziente ha detto e che può sembrare importante per noi.

Riformulazione: è come ripetere, ma cambiando la parola con un sinonimo.

Parafrasi: ribadire ciò che il paziente ha detto, ma con altre parole.

Segnalazione emotiva: Frasi che mostrano sentimenti o generano emozioni ("Sembra preoccupato" "Sembra che lei sia entusiasta di parlarne"). Riassumere evidenziando ciò che ci sembra più importante.

Linee guida per la valutazione dello stato mentale e l'identificazione dei fattori di rischio

La valutazione dello stato mentale a livello individuale deve comprendere, almeno, questi passaggi:

- Effettuare un colloquio individuale aperto.
- Analizzare il background della persona, sottolineando gli aspetti psicosociali.
- Intervistare i membri della famiglia o gli amici
- Eseguire un esame mentale minimo.

Linee guida di base per il colloquio individuale

Durante il colloquio, occorre analizzare la presentazione personale e l'atteggiamento del soggetto in riferimento al suo background e alla sua situazione attuale, nonché il modo in cui reagisce al colloquio: come è vestito? Il suo abbigliamento corrisponde al suo background? Ricordate di valutare la persona nel suo contesto specifico che può determinare un aspetto che può essere erroneamente interpretato come una deliberata trascuratezza.

- Riassumere gli elementi fondamentali di ciò che viene raccontato, ordinandoli e poi, dopo una pausa, spiegare cosa è stato compreso. Esempio: "Se ho capito bene, lei ha avuto..." oppure "Ho l'impressione che lei senta...". Consentire alla persona di correggere e integrare se la valutazione è stata errata o incompleta.

Un colloquio con la famiglia è sempre utile per integrare e chiarire gli aspetti delle informazioni fornite e per cercare la collaborazione della famiglia nella gestione. Consultare sempre la persona sulla sua opinione in merito al fatto di parlare con la famiglia dei suoi problemi e sottolineare che lo scopo è solo quello di aiutarla e facilitare il suo recupero.



Raccolta del background personale, soprattutto di natura psicosociale

La storia personale può essere utile per identificare i fattori di rischio e di protezione. In genere, le informazioni sul background si ottengono durante il colloquio con la persona colpita o attraverso la famiglia e gli amici, comprendono i dati di base della storia personale e dell'ambiente familiare e sociale.

È importante sottolineare i seguenti elementi:

- Informazioni personali;
- Storia di malattie, comprese quelle psichiatriche e neurologiche;
- Dinamiche familiari (vedi componente approccio familiare)
- Presenza di comportamenti violenti o di abuso di alcol nell'ambiente familiare.
- Pietre miliari significative dello sviluppo nell'infanzia, compreso il rendimento scolastico, per avere un'idea globale del livello di intelligenza della persona;
- Adattamento sociale e lavorativo nelle diverse fasi della vita;
- Informazioni sui tratti della personalità (sociabilità, conflitti; abilità interpersonali, modelli di reazione ai conflitti e stabilità nelle relazioni e nel lavoro);
- Credenze e valori, ad esempio religiosi (che possono essere un fattore protettivo);
- Abitudini ricreative e uso del tempo libero;
- Background patologico (malattie fisiche o mentali), con particolare riferimento a malattie croniche o di lunga durata, per valutare lo stato di salute precedente e l'esistenza di sequele o disturbi;
- Background di consumo di alcol o droghe.



Consigli specifici per il paziente e i suoi familiari

- Chiedere informazioni su un eventuale rischio di suicidio (il paziente pensa spesso alla propria morte? Ha già tentato il suicidio? Immagina il suicidio?). Può essere necessario un attento monitoraggio da parte della famiglia o degli amici.
- Pianificare attività a breve termine finalizzate al divertimento e al rafforzamento della fiducia in se stessi, ma sempre rispettando le decisioni del paziente e senza esercitare alcuna pressione su di lui.
- Individuare i problemi della vita quotidiana e le situazioni di stress. Far concentrare la persona, passo dopo passo, su eventi specifici in modo da migliorare le proprie strategie di coping.
- Impedirgli di prendere decisioni drastiche sulla sua vita.
- Se ci sono sintomi somatici, cercare di scoprire le relazioni tra questi sintomi e l'umore.
- Dopo il miglioramento, monitorare i possibili segni di ricaduta e pianificare con il paziente e la famiglia le possibili formule a cui ricorrere in caso di comparsa di nuovi sintomi.

Bibliografia

Shoba Raja, Director Policy & Practice, BasicNeeds - CBR MH success indicators research study report - (2005)

Taly and Murali (2001) Foundations and Techniques in Psychiatric Rehabilitation, manual for CBR workers and caregivers, National Institute of mental health and Neuro sciences,

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Mental Health: Data and Publications. Retrieved from https://www.cdc.gov/mentalhealth/data_publications/index.htm

National Institutes of Mental Health. (2018). Statistics. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/index.shtml>

CAPITOLO 2

AIUTO NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA E REINSERIMENTO NELLA COMUNITÀ

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939.

Introduzione

Il disagio mentale non è un fallimento personale, ma accade alla maggior parte di noi in un momento o nell'altro della vita. I problemi di salute mentale, comportamentale e sociale sono una parte crescente dei problemi di salute nel mondo. L'OMS stima che i disturbi mentali e comportamentali costituiscano il 12% del carico globale di malattia. Nel mondo, quasi 450 milioni di persone soffrono di questo tipo di problemi (OMS 2001).

Il numero di persone con disturbi mentale aumenterà sostanzialmente nei prossimi decenni per le seguenti ragioni: in primo luogo, il numero di persone nelle fasce di età a rischio per determinate malattie è in aumento a causa dei cambiamenti nelle caratteristiche demografiche. Si è quindi registrato un aumento del numero di persone con malattie mentali nella fascia di età compresa tra i 15 e i 45 anni. In secondo luogo, si è registrato un aumento sostanziale della popolazione geriatrica con problemi di salute mentale, a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita. In terzo luogo, si registra un aumento generale del tasso di depressione in tutte le fasce d'età, come effetto dei cambiamenti socio-culturali, economici e politici del mondo moderno (Janardhan e Naidu, 2006; Janardhan e Naidu 2007).

In alcuni casi, il disagio mentale porta alla disturbi psicosociali (Tally e Murali 2001). I progressi della scienza psicologica e comportamentale hanno dimostrato che i disturbi mentali e comportamentali sono curabili come qualsiasi altra malattia fisica (OMS 2001). Purtroppo, nella maggior parte dei Paesi la salute e i disturbi mentali sono una priorità bassa, senza servizi nella comunità deputati al trattamento e al benessere della popolazione. Sebbene l'onere derivante dai disturbi psichiatrici, psicosociali e comportamentali sia enorme, esso è grossolanamente sotto rappresentato dalle statistiche convenzionali sulla salute pubblica. Quasi il 10% dei Disability-Adjusted Life Years (DALY) in tutte le fasce d'età è dovuto a disturbi depressivi, suicidi e problemi legati all'alcol. Se una persona non è in grado di svolgere un'attività a causa di una malattia o di una menomazione corporea, la persona è considerata disabile.

Anche se i disturbi psichiatrici non causano alcuna menomazione fisica, possono impedire a una persona di svolgere molte attività che ci si aspetta da loro. La disabilità nelle malattie psichiatriche è dinamica ed è influenzata dalla natura della malattia, dalla fase della malattia, dallo stato di trattamento e dalla rete di supporto sociale disponibile.



Community Based Rehabilitation (CBR) e persone con malattia mentale

Lo sviluppo e i cambiamenti nel concetto di CBR - riabilitazione con un approccio comunitario - negli ultimi due decenni hanno influenzato la riflessione sull'inclusione della salute mentale nei programmi CBR.

La strategia CBR sposta gli interventi di riabilitazione nelle case e nelle comunità delle persone con disabilità. I servizi di base sono forniti o facilitati dagli operatori CBR, che sono non professionisti ma altamente qualificati come agenti di cambiamento.

L'obiettivo principale della riabilitazione è diventato più ampio e si concentra oltre l'individuo: sulla famiglia e sulle comunità in cui le persone vivono. La CBR riconosce che l'abbattimento delle barriere all'inclusione nella società è importante per la missione del programma tanto quanto la riabilitazione funzionale degli individui con disabilità.

Pertanto la missione universale della CBR è:

1. Migliorare le attività della vita quotidiana delle persone disabili
2. Creare consapevolezza nell'ambiente della persona con disabilità per ottenere situazioni prive di barriere intorno a lui e aiutarlo a soddisfare tutti i propri diritti umani.
3. Creare una situazione in cui la comunità delle persone disabili partecipi pienamente e si faccia carico della loro integrazione nella società. La titolarità spetta alle persone colpite. (Maya Thomas e M.J Thomas 2003, Pritivish 2006).

La missione di cui sopra non fa eccezione per le persone con malattie mentali. I programmi di CBR possono legarsi ai professionisti della salute mentale, agli utenti dei servizi di salute mentale, ai responsabili della protezione dei dati e a gruppi di auto-aiuto, per ampliare il campo di applicazione alle persone con disabilità psico-sociali e promuovere i servizi di salute mentale della comunità.

Indicatori di preparazione

Per avviare una componente di salute mentale nel programma CBR, è necessario dimostrare che ci siano i seguenti indicatori di preparazione:

1. Disponibilità dell'organizzazione a lavorare con la sofferenza psichica
2. Comprensione di base del concetto/problema di salute mentale
3. Corrispondenza tra le attività di CBR in corso e le esigenze di salute mentale e di sviluppo
4. Stabilità delle risorse dell'organizzazione (Shoba Raja 2005)

Inclusione della salute mentale nella CBR

Ci sono diverse ragioni per cui la salute mentale dovrebbe essere integrata nei programmi di CBR:

- I processi comunitari, la piena partecipazione, le pari opportunità, l'inclusione sociale, il genere, la diversità e l'attenzione ai diritti sono alcuni dei principali elementi comuni del lavoro di CBR. Il lavoro sulla salute mentale non è diverso, quindi i programmi si integrano bene tra loro;
- L'alta prevalenza di disabilità psicosociali derivanti da malattie mentali e il loro impatto su comunità, società ed economie, significa che gli operatori CBR devono confrontarsi con questi problemi nel loro lavoro. I programmi CBR possono avere un impatto positivo sulla vita delle persone con sofferenza psichica, delle loro famiglie e delle situazioni in cui vivono, includendo le persone con disabilità psicosociali nei loro programmi (OMS 2010);
- Nei Paesi a basso reddito c'è un numero limitato di professionisti della salute mentale e di servizi di salute mentale, per cui una strategia di CBR che dia potere di azione agli stakeholder a livello di comunità è importante;
- La tendenza emergente ad abbandonare i programmi sanitari verticali per passare a modelli di programmi sanitari integrati e multifunzionali favorisce i servizi di livello primario e le strategie basate sulle comunità;
- È sempre più riconosciuta l'importanza della diagnosi e del trattamento precoce delle malattie mentali, al fine di prevenire le condizioni croniche;
- L'obiettivo di continuità delle cure e di inclusione delle persone affette da disturbi mentali nella comunità è più facilmente raggiungibile in presenza di una strategia comunitaria esistente;
- La prevalenza dei problemi di salute mentale tra le persone con altre disabilità implica che una componente di salute mentale nei programmi di CBR apporta un valore aggiunto.

L'assistenza alle persone affette da malattie mentali può essere fornita da:

- I membri della famiglia, che forniscono assistenza ai soggetti, a partire dalla riduzione dei comportamenti violenti, all'accompagnamento alle cure, alla somministrazione di farmaci, all'aiuto nell'intraprendere un lavoro produttivo e redditizio;
- La comunità, che fornisce supporto per il benessere delle persone con sofferenza psichica. Questo si manifesta nel non etichettarle come soggetti folli, nel dare loro opportunità e nel sostenere le misure necessarie per soddisfare i loro bisogni;
- Operatori di riabilitazione, che forniscono assistenza ai soggetti e alle loro famiglie. Questo inizia con identificazione, valutazione, follow-up, sostegno a domicilio e collegamento con i gruppi esistenti, quindi rete;
- Organizzazioni che forniscono supporto, per affrontare altri problemi associati alle persone con sofferenza psichica e a chi se ne prende cura. Ciò avviene organizzando campi, integrandoli nei programmi esistenti;
- Con il sostegno di cui sopra, il ruolo dei professionisti della salute mentale sarebbe più significativo.



Attività suggerite per l'inclusione delle persone con malattie mentali nei programmi CBR esistenti:

1. Promuovere servizi di salute mentale su base comunitaria

I servizi basati sulla comunità dovrebbero enfatizzare l'accettazione da parte della stessa, il coinvolgimento della famiglia, l'integrazione sociale e le opportunità di sostegno, come componenti chiave degli interventi di riabilitazione delle persone con disabilità. Un approccio simile è necessario per coloro che hanno una sofferenza psichica, al fine di favorire una integrazione nella comunità; un approccio dunque in cui i contributi medici sono visti come parte di un insieme più ampio che comprende la generazione di reddito e l'integrazione dei soggetti nella comunità.

L'organizzazione basata sulla comunità SACRED ha incluso il programma di salute mentale nel suo programma CBR esistente. Le persone con sofferenza psichica dovevano percorrere 100 chilometri per partecipare al campo di salute mentale condotto dal National Institute of Mental Health And Neuro Science, perché in quel distretto non c'erano servizi disponibili. Con il sostegno della federazione delle persone con disabilità, sono riuscite a sensibilizzare le autorità distrettuali e a chiedere la disponibilità di servizi per la salute mentale nell'ospedale regionale. La lotta è durata più di tre anni, perché venisse nominato uno psichiatra nel distretto.

Esperienze analoghe si sono verificate nei distretti Koppal e Raichur, dove le persone con sofferenza psichica e i loro assistenti hanno viaggiato per 10-12 ore per raggiungere il Karnataka Institute of Mental Health di Dharwad per valutazione, diagnosi e trattamento. Le organizzazioni di persone con disabilità promosse dal programma CBR di Samuha hanno sensibilizzato le autorità e sono riuscite a ottenere i servizi nel loro distretto. La sensibilizzazione dei familiari e della comunità ha completato gli sforzi.

2. Promuovere i servizi di salute mentale della comunità

L'inclusione comunitaria (CI) è un servizio che ha lo scopo di aiutare le persone a integrarsi con sicurezza e successo nella loro comunità locale. Sebbene il modo in cui ciò avviene sia diverso per ogni persona, a tutti gli individui verrà offerta l'opportunità di entrare nella comunità in modi personalizzati e significativi per loro individualmente.

In diversi paesi a basso reddito, i professionisti della salute mentale stanno promuovendo attivamente la Salute Mentale di Comunità (Community Mental Health, CMH) e stanno cercando di influenzare i loro governi ad avviare misure per inserire questa questione nel sistema di assistenza sanitaria primaria. I program-

mi CBR possono collaborare con i professionisti della salute mentale, il personale dei centri sanitari locali e gli utenti dei servizi per promuovere i servizi di salute mentale comunitaria. Molti problemi di questo tipo possono essere risolti efficacemente lavorando insieme alle persone che vivono la malattia nelle loro case e comunità, utilizzando le risorse e le reti di supporto a loro disposizione. Le campagne di sensibilizzazione e la diffusione su larga scala di conoscenze e competenze possono contribuire a ridurre lo stigma legato alla malattia. La promozione di conoscenze e consapevolezza tra le famiglie può fare la vera differenza, assicurando che le persone con sofferenza psichica siano membri integranti della famiglia e della comunità, partecipando a tutte le attività sociali e culturali.

3. Teatro di strada

I teatri di strada svolgono un ruolo importante nel sensibilizzare la comunità. Alcune organizzazioni hanno formato ad esempio delle compagnie di spettacoli di burattini. Gli spettacoli di strada possono apportare conoscenze su cause, trattamenti e sintomi della sofferenza psichica. Lo scopo è quello di demistificare l'argomento e di sensibilizzare il pubblico riguardo ad esso. I teatri di strada possono anche evidenziare gli importanti ruoli e responsabilità delle famiglie e della comunità, che possono contribuire in modo significativo alla riabilitazione delle persone con sofferenza psichica. Gli spettacoli di teatro di strada possono essere seguiti da sessioni di domande e risposte, in cui si possono porre domande specifiche.

4. Gruppi di auto-aiuto

I gruppi di auto-aiuto sono una caratteristica comune del lavoro CBR e del lavoro di sviluppo. Ad esempio, un gruppo di auto-aiuto di donne si è impegnato di fronte a tragedie personali e a povertà costante. Dodici persone si sono riunite con il sostegno di un operatore CBR per promuovere un risparmio di 100 rupie al mese a persona, in modo da poter accumulare abbastanza per comprare un bufalo. Il latte sarebbe poi stato venduto a una cooperativa a un prezzo garantito al litro. Una di queste donne aveva perso il marito a causa di un morso di serpente la settimana precedente e il gruppo si è mobilitato per sostenere lei e i suoi tre figli.

La persona affetta da schizofrenia è stata accettata come tesoriere del gruppo per le sue competenze di alfabetizzazione (nonostante la sua schizofrenia si fosse stabilizzata solo nel corso dell'anno precedente). Lei, come qualsiasi membro emarginato del gruppo, ha tratto beneficio da questo ruolo. Insieme, il gruppo si è adoperato per soddisfare i bisogni individuali e collettivi.

In questo modo, il gruppo viene a giocare un ruolo importante nell'integrazione delle persone con sofferenza psichica nella società e forniscono sostegno, reciproco, alle persone in crisi.

Cercare collaborazioni per formazione e sostegno reciproco

Il personale delle organizzazioni comunitarie locali è formato, ad esempio, da operatori della riabilitazione comunitaria/ personale sul campo, coordinatori dei gruppi di auto-aiuto o gruppi di utenti e di altri programmi, volontari/animatori laici, infermieri e operatori sanitari, che non sono professionisti della salute mentale o dell'assistenza sanitaria, ma possono fornire una serie di servizi. Molti di questi operatori informali della comunità hanno poca o nessuna formazione formale in materia di salute mentale, ma in molti Paesi a basso reddito rappresentano la principale fonte di servizi di salute mentale della comunità. Sono disponibili e generalmente ben accettati dalle comunità locali.

Possono contribuire all'integrazione delle persone con disturbi mentali nelle attività collettive e alle altre attività di sviluppo delle proprie organizzazioni, svolgendo così un ruolo di sostegno nel soddisfare le esigenze dei soggetti.

Associazioni di caregiver

Le persone con sofferenza psichica e i loro caregiver sono incoraggiati a formare una propria associazione. Questo fornisce una piattaforma per discutere i vari problemi che condividono e trovare soluzioni. Un esempio è la famiglia del signor B, che aveva sperimentato le reazioni indesiderate dei vicini nei confronti del figlio; il signor B passeggiava per strada e i suoi genitori hanno dovuto trovarlo e riportarlo a casa. L'associazione dei caregiver del villaggio si è assunta la responsabilità di spiegare la sua malattia agli altri. Il signor B è ora tornato a lavorare come operaio e sta mantenendo un impiego a tempo pieno.

Un'altra associazione di caregiver ha deciso di difendere il diritto alle cure. I membri dell'associazione hanno incontrato le autorità distrettuali, spiegando loro la necessità di rendere disponibili le cure a livello di isolato. Le persone con sofferenza psichica acuta e le loro famiglie hanno deciso di dare voce alle proprie esigenze piuttosto che dipendere dalle organizzazioni locali. Questo ha portato alla nomina di uno psichiatra che conduceva campi di salute mentale nei centri sanitari locali su base mensile, con la distribuzione di farmaci durante questi campi.

Alcuni dei ruoli importanti nella CBR, e nella forza lavoro per lo sviluppo della comunità, sono:

- Sensibilizzazione e diffusione di informazioni;
- Identificazione delle persone con problemi di salute mentale e rinvio ai servizi sanitari;
- Sostegno in caso di crisi;
- Sostegno a domicilio - assistenza di sostegno, comprese informazioni di base e consulenza;
- Assistenza nelle attività di vita quotidiana e reinserimento nella comunità;
- Formazione di gruppi/associazioni di caregiver;
- Difesa dei diritti delle persone con sofferenza psichica;
- Servizi preventivi e promozionali;

- Organizzarsi con le persone colpite perché sappiano affermare i loro bisogni.

Il signor M, un giovane volontario di un gruppo giovanile di Jalahalli, ha preso l'iniziativa di sostenere una donna con sofferenza psichica e indigente nel suo villaggio. Aveva assistito a un episodio in cui un negoziante l'aveva maltrattata fisicamente (spingendola) perché era entrata nel suo ristorante. Il signor M ha considerato l'abuso, e con l'aiuto di una ONG, ha portato la donna in ospedale psichiatrico per un trattamento, seguendo le linee guida della legge sulla salute mentale per il ricovero involontario. Dopo la dimissione, egli ha parlato con i parenti della donna e ha preso accordi per il suo soggiorno e per il suo sostentamento. Persone come il signor M. si offrono volontariamente per sostenere le ONG nel loro lavoro. Le ONG hanno a che fare anche con persone che hanno stabilizzato le proprie malattie e che svolgono il ruolo di volontari e sostenitori. Spesso un buon lavoro ispira le persone ad offrire volontariamente assistenza.

Vantaggi dell'inclusione delle persone con sofferenza psichica nei programmi CBR esistenti:

1. Soddifazione dei bisogni del gruppo più svantaggiato.
2. Promozione di una più rapida integrazione delle persone con sofferenza psichica nelle attività sociali tradizionali.
3. Promozione di una buona salute mentale nella comunità e possibilità di un'identificazione precoce.
4. L'inclusione delle persone con sofferenza psichica nel programma CBR sarebbe economicamente vantaggiosa.
5. Le strategie e gli approcci CBR sono molto adatti a soddisfare i bisogni delle persone con sofferenza psichica.
6. Incoraggiamento dell'uso innovativo delle risorse già esistenti (ad esempio, compagnie di teatro di strada, gruppi di difesa, ecc).
7. L'inclusione garantirebbe la copertura di tutte le persone con disabilità.
8. I problemi di salute mentale delle persone con disabilità sono affrontati, il che aggiunge valore al programma CBR esistente.
9. Si crea un ambiente in cui tutti i gruppi svantaggiati, comprese le persone con sofferenza psichica, partecipano pienamente al proprio sviluppo e alla comunità in cui vivono.

ORGANIZZAZIONI BASATE SULLA COMUNITÀ (CBO)

Il responsabile del progetto, durante uno degli incontri, ha affermato che, grazie all'inclusione del programma di salute mentale, la credibilità dell'organizzazione è aumentata, essa ha ottenuto un maggiore riconoscimento nella comunità e anche nell'amministrazione distrettuale. I leader dell'organizzazione sono stati invitati a diventare membri dei consigli di amministrazione istituiti dal governo. Le autorità distrettuali hanno espresso apprezzamento e sono state ricevute richieste di estendere i servizi di salute mentale ad altre zone del distretto.

Ampliare la comprensione dei problemi

Gli operatori dello sviluppo devono avere una conoscenza di base dei disturbi mentali. È essenziale consultare le persone con sofferenza psichica e i loro familiari per ascoltare le loro esperienze, bisogni e aspirazioni, al fine di comprendere ogni particolare individuo e la sua famiglia. Si può fornire una formazione sulle competenze di base, come la capacità di ascolto e di comunicazione, la necessità di mantenere la riservatezza, la gestione dei conflitti di interesse quando si ha a che fare con gli individui e le loro famiglie, il mantenimento di una posizione neutrale e la gestione di emozioni disturbanti.

Risultati attesi dall'inclusione

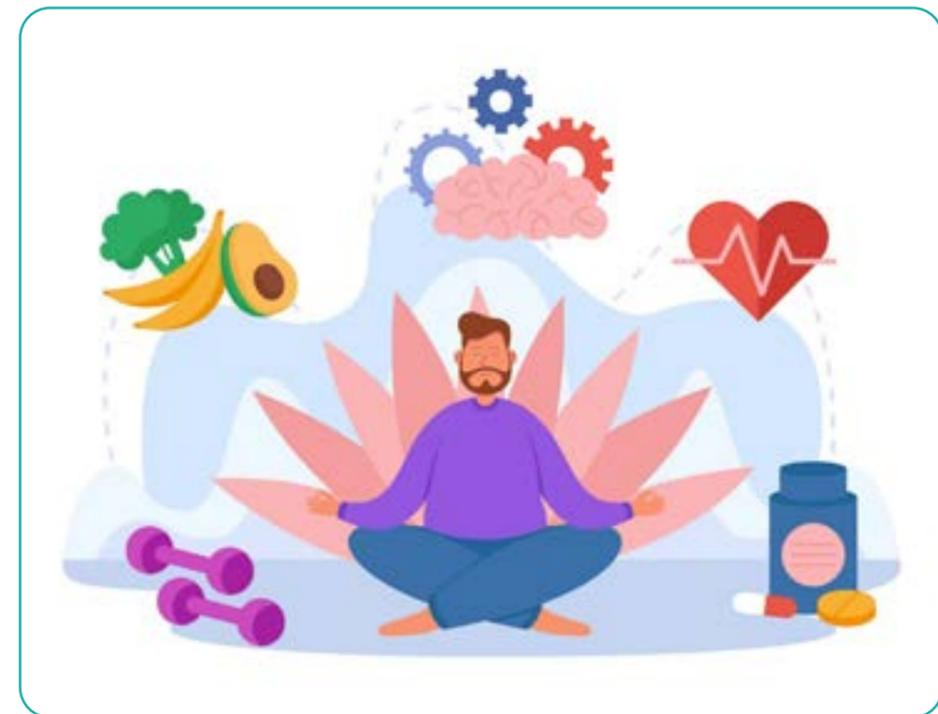
Includendo le persone con disagio psichico nei programmi CBR, si possono ottenere i seguenti risultati:

- Le persone con disagio psichico difendono i propri diritti e le loro prerogative in quanto partecipanti a pieno titolo al movimento delle persone con disabilità.
- Esse partecipano al proprio sviluppo e a quello delle comunità in cui vivono.
- Sono ascoltate e sono in grado di acconsentire o rifiutare le cure in circostanze che non sono pericolose per la vita.
- Hanno accesso a trattamenti e supporti adeguati a livello comunitario.
- Le famiglie delle persone con sofferenza psichica ricevono il sostegno necessario

- I soggetti e le loro famiglie sono in grado di guadagnarsi da vivere.
- Gli operatori sanitari della comunità includono le questioni di salute mentale come aspetto integrante del loro lavoro
- Le persone con sofferenza psichica sono in grado di accedere all'assistenza sanitaria e ai servizi educativi all'interno e all'esterno della comunità.
- Esse partecipano alla vita sociale, culturale e religiosa delle loro comunità secondo le loro scelte.
- Esse svolgono il loro ruolo di membri della comunità, familiari, genitori e cittadini.

Conclusione

È stato testato e dimostrato che l'inclusione dei problemi di salute mentale nei programmi CBR è possibile, è economicamente vantaggiosa e aiuta a costruire un ambiente in cui tutte le persone con disabilità hanno accesso ai propri diritti e godono di pari opportunità di piena partecipazione nelle loro comunità. Un mondo diverso e migliore per tutti, comprese le persone con sofferenza psichica, può essere creato attraverso servizi di salute mentale basati sulla comunità, in cui vengano comprese le questioni legate alla salute mentale, con conseguente risposta positiva ai problemi. In questo scenario, le famiglie delle persone con sofferenza psichica sono coinvolte in modo vitale nel cambiamento di atteggiamento della comunità. Così è possibile costruire un ambiente di comprensione reciproca, in cui le persone con disabilità mentale possano godere dei propri diritti.



Bibliografia

Janardhan and Naidu (2006), Community Mental Health and Development model evolved through consulting PWMI in Mental health by the people Edited by Murthy 2006.

Janardhan and Naidu (2007) Mental Health in India: an over view, CHC publication, circulated during national assembly on health of Janaarogya Andolona.

Maya Thomas and M.J. Thomas (2003) Manual for CBR planners, Asia pacific Disability Rehabilitation Journal.

Mental Health Atlas 2005, World Health Organization, Geneva - 2005

Prathima Murthy (1998) Manual of mental health care for women in custody, Department of psychiatry, National Institute of mental health and Neuro sciences

S Pruthvish (2006) Community Based Rehabilitation of persons with Disabilities, Jaypee publishers
Shoba Raja, Director Policy & Practice, BasicNeeds - CBR MH success indicators research study report - 2005

Taly and Murali (2001) Foundations and Techniques in Psychiatric Rehabilitation, manual for CBR workers and caregivers, National Institute of mental health and Neuro sciences

UN Convention on the Rights of people with disabilities, New York UN 2006

UN Convention on the Rights of people with disabilities, New York UN 2006, UN resolution 46/119, principles for protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care (1991)

UN Standard rules on Equalization of opportunities for people with disabilities (Resoultion 48/96) New York, Geneva, UN 1997

World Health Report 2001, Mental health: New Understanding New Hope Geneva, WHO 2001

World Health Report 2006, working together for health Geneva, WHO

WHO (2010) Community Based Rehabilitation CBR Guidelines, WHO



CAPITOLO 3

DIFENDERE I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA

PROGETTO N° 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939.

Introduzione

Il termine "disturbi mentali" è usato frequentemente nella vita quotidiana. È certamente comune per le persone incontrare tali disturbi. Tuttavia, a volte questo termine viene frainteso. Il significato che gli viene attribuito non corrisponde esattamente a quello descritto dalla comunità scientifica degli esperti, e ciò può portare a una serie di idee sbagliate sui disturbi mentali e sulle persone che ne sono affette.

Per questo è necessario cercare di dare una definizione scientifica. I disturbi mentali riguardano comportamenti che possono sembrare poco usuali, non desiderabili e spiacevoli. Si tratta, ad esempio, di comportamenti che possono impedire alle persone di vivere una vita normale e di essere funzionali, e che sono accompagnati da altri sintomi fisiologici come sudorazione, palpitazione o mal di stomaco.

Sebbene gli esperti siano alla continua ricerca dei fattori che generano, e che fanno emergere e crescere questi disturbi mentali, concordano su alcune conclusioni comuni per quanto riguarda le loro cause.

I disturbi possono essere attribuiti a una combinazione di fattori ambientali, sociali e genetici. Questi possono includere l'ereditarietà, le debolezze, la tolleranza allo stress, le esperienze dell'infanzia, l'esposizione a frequenti situazioni di stress e la mancanza di capacità di farvi fronte. Esistono diversi tipi di disturbi mentali che richiedono approcci diversi dal punto di vista teorico e pratico.

Infine, è necessario un intervento. Questo intervento può essere fornito da diversi gruppi di persone, come esperti, familiari, istituzioni educative e professionali (NIOS, 2012).

Un numero significativo di casi di disturbi mentali può essere attribuito al fattore stress. Secondo Hans Seyle (1985) lo stress ha a che fare con le risposte, per lo più psicologiche ma anche fisiologiche, di un essere umano a qualsiasi richiesta. Esistono diversi livelli di stress. C'è l'"eustress", che è moderato e, in alcuni casi, può essere auspicabile e creativo, poiché può motivare le persone a ottenere prestazioni migliori, come nel caso degli sport competitivi. C'è però il "distress" che può essere eccessivo, tale da non permettere alle persone di lavorare e vivere in modo funzionale e normale. Ci sono vari fattori che possono provocare o aumentare lo stress, tra cui gli eventi e i cambiamenti importanti della vita. Esempi di tali fattori sono il divorzio, il pensionamento, che potrebbero non essere gestiti in modo efficace e

avere effetti collaterali duraturi. Un altro esempio può essere rappresentato da problemi quotidiani fastidiosi, come frequenti scadenze, confusione e altre condizioni che possono causare frustrazione e sentimenti spiacevoli. Anche lo sforzo cronico dovuto al proprio ruolo può causare stress. Le persone che vivono in famiglie disfunzionali o che devono affrontare sfide come povertà, guerra o convivenza con un familiare disabile possono essere incluse in questa categoria. Un ultimo esempio può essere l'esperienza di un trauma, che può essere terrificante, come ad esempio la sopravvivenza a un attacco terroristico o la perdita di una persona cara. Questi incidenti o situazioni possono avere un impatto significativo sul modo in cui una persona affronta la vita quotidiana e possono essere collegati allo stress.

Difendere i diritti delle persone con disturbi mentali - La Carta delle Nazioni Unite

Le Nazioni Unite, nel tentativo di sostenere le persone con disabilità mentale, hanno introdotto nel 1991 una serie di 25 principi che ogni nazione membro è tenuta a seguire per sostenere queste persone.

La loro attuazione dovrebbe permettere loro di diventare membri attivi della comunità e di aiutare anche gli altri.

La prima serie di principi (1-5) affronta temi e valori fondamentali che tutte le persone dovrebbero comprendere e condividere se vogliono assistere i concittadini con disabilità mentale.

In particolare, **il primo principio** chiarisce che tutte le persone che soffrono di disabilità mentale devono avere diritto a cure mediche adeguate. Questo significa che devono essere creati centri e istituzioni che offrano questo trattamento. Inoltre, queste istituzioni devono lavorare tenendo conto della dignità dei soggetti. Non deve esistere discriminazione riguardo al trattamento ricevuto. Nessuna forma di sfruttamento o abuso è accettata. Devono essere rispettati tutti i diritti civili, politici, economici, sociali o culturali dei soggetti. Nel caso in cui una persona con disabilità mentale necessiti di qualsiasi tipo di assistenza, ad esempio quando non è in grado di esercitare i propri diritti fondamentali, deve essere prevista la possibilità di nominare un rappresentante. Questa persona deve agire nell'interesse sia della persona disabile sia della comunità (Nazioni Unite, 1991). Questo principio serve come base per il raggiungimento dei risultati desiderati, per il trattamento dei disturbi mentali e lo sviluppo adeguato dei pazienti. (Thoits, 2022).

Il **principio 2** pone l'accento sul fattore età e sottolinea che si deve prestare attenzione nei casi in cui persone con disturbi mentali siano minorenni. Viene spiegato che, se è necessario, un altro membro della famiglia può essere nominato come rappresentante del soggetto perché dia assistenza nel trattamento e in altri compiti (Nazioni Unite, 1991). Questo è importante perché l'infanzia è un periodo cruciale per lo sviluppo di qualsiasi cittadino, compresi i pazienti con disabilità mentale (Thoits, 2022).

Il **principio 3** sottolinea che le persone affette da disturbi mentali dovrebbero in ogni caso avere il diritto di lavorare e partecipare a qualsiasi attività sociale (Nazioni Unite, 1991). Ciò può contribuire ad aumentare l'autostima dei pazienti, che è importante e può portare a un trattamento più efficace e a un miglioramento degli standard di vita (Witwer et al, 2022).

Parallelamente a questo, il **principio 4** fornisce una precisazione fondamentale. In questa fase iniziale, è importante capire cosa sia una sofferenza psichica, e quando sia accettabile e accurato definire una persona un paziente con disabilità mentale. Questa precisazione o definizione deve essere fatta esclusivamente sulla base di standard medici o scientifici e dei risultati della ricerca. In nessun caso la diagnosi di disabilità mentale dovrebbe basarsi su criteri di natura culturale, religiosa, sociale, economica o politica (Nazioni Unite, 1991). L'omissione di questo principio può causare gravi problemi (Thoits, 2022).

Inoltre, il **principio 5** sottolinea che nessuna persona dovrebbe essere costretta, in alcun modo, a sottoporsi a una diagnosi di disturbo mentale o a qualsiasi tipo di esame (Nazioni Unite, 1991). Questo approccio può essere non etico e fuorviante (Pawlowski et al, 2022).

La serie successiva di **principi, dal 6 al 10**, sottolinea le condizioni etiche, morali e altre condizioni fondamentali che ogni tipo di trattamento per le persone con disabilità mentali dovrebbe rispettare. Il principio 6 sottolinea la necessità di garantire la riservatezza. Tutte le informazioni riguardanti il paziente e le sue condizioni, il passato, i farmaci e il trattamento in generale devono essere mantenute riservate (Nazioni Unite, 1991). La logica dietro a questo principio è che così si possa rafforzare la fiducia nelle istituzioni di cura per chiunque (Byrne, 2022).

Il **principio 7** sottolinea il ruolo della comunità e della cultura. Sottolinea che è essenziale che il paziente sia curato in un contesto a lui familiare. Ciò significa che dovrebbe esserci un luogo o un centro disponibile per offrire il trattamento vicino alla residenza del paziente. Significa anche che il trattamento

deve essere compatibile con le abitudini, le credenze o il background culturale del paziente (Nazioni Unite, 1991). Questo principio, se seguito, può rafforzare ulteriormente la fiducia tra i pazienti e gli istituti di cura (Thoits, 2022).

Il **principio 8** chiarisce gli standard che il trattamento dei pazienti deve soddisfare. In primo luogo, il trattamento deve essere adeguato per il paziente e finalizzato a migliorare le sue condizioni e la sua vita. In secondo luogo, non si deve ricorrere a trattamenti medici e farmaci inadeguati. Inoltre, non devono verificarsi fenomeni di abuso o maltrattamento dei pazienti (Nazioni Unite, 1991). Se questo principio viene trascurato, potrebbero esserci molti problemi per il paziente e per la comunità in generale (Witwer et al, 2022).

Il **principio 9** fornisce precisazioni riguardanti specificamente il trattamento dei disturbi mentali. In primo luogo, indica che il fattore di restrizione dovrebbe essere il più limitato possibile. Ciò significa che il paziente, idealmente, non dovrebbe essere limitato da niente e nessuno durante il trattamento. Sia l'ambiente che i servizi forniti dovrebbero far sì che il paziente e le persone che lo accompagnano sentano la minor restrizione possibile. Certamente, qualsiasi restrizione deve essere giustificata prima di essere imposta.

Il trattamento deve essere basato su un piano, che deve essere progettato in base a informazioni scientifiche. Questo piano dovrebbe essere continuamente rivisto, revisionato e valutato da professionisti. L'etica dovrebbe essere presa in considerazione, per assicurare che il trattamento miri solo al miglioramento dei pazienti e della terapia, concentrandosi su obiettivi come il rafforzamento dell'autonomia (Nazioni Unite, 1991). Tali principi possono portare a un trattamento più efficiente e a un miglioramento degli standard di vita (Witwer et al, 2022).

Il **principio 10** pone l'accento sui farmaci. Ogni farmaco somministrato deve essere dimostrato essere esattamente quello di cui il paziente ha bisogno, per motivi di diagnosi o terapia. Devono essere evitati i farmaci non necessari o dannosi. Prima di essere distribuiti, i farmaci devono essere controllati dalle autorità o dai meccanismi legali. I loro benefici e le loro necessità devono essere verificati. In altre parole, dovrebbe esistere una legge che valuti periodicamente questi farmaci e che ne permetta la fornitura e l'uso (Nazioni Unite, 1991). Questo principio mira a raggiungere soluzioni sostenibili per quanto riguarda l'efficacia dei servizi di trattamento dei disturbi mentali e la fiducia del pubblico nei loro confronti (Pawlowski et al, 2022).

La serie di principi che segue, **11-15**, mira a rafforzare ulteriormente le caratteristiche democratiche e umanistiche del trattamento dei disturbi mentali. Il principio 11 pone l'accento sul consenso, su cosa dovrebbe includere e su come dovrebbe essere affrontato. In primo luogo, viene menzionato che ci si dovrebbe preoccupare del consenso, che dovrebbe essere affermato e comunicato formalmente. Il paziente ha il diritto di ottenere, senza alcun tipo di minaccia e di procedimento inadeguato, certi dettagli in un linguaggio comprensibile.

Si tratta delle informazioni di base sul suo trattamento e riguardano: il processo di diagnosi; la logica, il metodo, l'eventuale durata, i benefici del trattamento specifico; i trattamenti alternativi, con particolare riferimento a quelli meno invasivi; gli eventuali effetti collaterali, i rischi o i disagi causati dal trattamento, come definiti in letteratura. Se necessario, il paziente può chiedere che una persona lo accompagni durante il trattamento, per qualsiasi motivo come assistenza e supporto psicologico. Il paziente ha il diritto di rifiutare il trattamento e di essere informato dei risultati.

Esistono solo casi specifici in cui il paziente può essere obbligato a sottoporsi a un trattamento. Questi sono i casi in cui: un paziente è classificato come non volontario; un'autorità ufficiale ritiene che ciò sia necessario per l'interesse del paziente o di altri; il rappresentante personale del paziente lo decide, se egli non è in grado di dare il proprio consenso. Tutte queste informazioni devono essere riportate nella cartella personale del soggetto. Qualsiasi decisione rilevante deve essere presa solo con il parere di

esperti e scienziati, soprattutto in campo medico (Nazioni Unite, 1991). Il contenuto complesso di questo principio garantisce la cooperazione tra paziente e operatori sanitari (Thoits, 2022).

Il **principio 12** chiarisce che il paziente deve essere informato sui propri diritti in merito al trattamento. Queste informazioni devono essere fornite con largo anticipo, prima che il trattamento abbia luogo. Dovrebbero inoltre essere fornite in un linguaggio comprensibile. Come per i principi precedenti, se il paziente non è in grado di capire, deve essere scelto un rappresentante a cui fornire tutte le spiegazioni (Nazioni Unite, 1991). Questo è un altro esempio di principi che rafforzano la fiducia nel sistema di cure mediche (Witwer et al, 2022).

Il **principio 13** indica i diritti che il paziente deve avere nella struttura in cui viene curato. Devono essere rispettate la privacy, la libertà di comunicazione, la libertà di religione e qualsiasi altro credo. È inoltre essenziale che la struttura fornisca un ambiente per la ricreazione, la comunicazione, l'istruzione e altre attività di svago. Il lavoro forzato deve essere escluso a qualsiasi costo (Nazioni Unite, 1991). Queste condizioni possono aiutare il paziente a rispondere meglio a qualsiasi tipo di trattamento (Pawlowski et al, 2022).

Il **principio 14** pone l'accento sulle risorse che le strutture dovrebbero avere. Dovrebbero essere presenti esperti, scienziati, medici, psicologi e in generale persone con un'istruzione e una competenza pertinenti. Le attrezzature e i servizi forniti dovrebbero essere adeguati (Nazioni Unite, 1991). Quando queste condizioni sono soddisfatte, il trattamento fornito può essere di alto livello (Byrne, 2022).



Il **principio 15** pone l'accento sul ricovero e sulle questioni legali che lo riguardano. Il ricovero non volontario deve essere evitato. In caso di ricovero volontario, il paziente ha il diritto di lasciare la struttura, dopo aver fornito motivi giustificati per la sua decisione (Nazioni Unite, 1991). Come altri principi, anche questo riconosce che il rapporto tra il paziente e gli esperti del trattamento è cruciale (Witwer et al., 2022).

Con l'obiettivo di rafforzare il carattere democratico del trattamento delle persone affette da malattie mentali, la successiva serie di principi, dal 16 al 20, sottolinea i diritti fondamentali relativi alla loro opinione e al modo in cui dovrebbero essere trattate.

Il **principio 16** mette in evidenza che cos'è il ricovero involontario. Esso può essere effettuato solo quando un esperto professionista chiarisce che è l'unica soluzione per l'interesse del paziente e di altre persone. Questo ricovero dovrebbe essere deciso inizialmente per un periodo limitato e dovrebbe essere continuamente rivisto da gruppi di esperti. Certamente, il paziente deve essere informato e la struttura deve essere progettata per questo scopo (Nazioni Unite, 1991). La mancata osservanza di questo principio potrebbe costituire una significativa violazione dei diritti (Byrne, 2022).

Il **principio 17** stabilisce che l'organismo che supervisiona la salute mentale delle persone e prende decisioni sul trattamento, anche in caso di ricovero non volontario, deve essere legalmente ufficiale. Deve avere autorità giuridica e includere persone che lavorano nel campo legale.

Le decisioni e il trattamento devono essere oggetto di un'attenzione continua. Il paziente deve avere il diritto di ricorrere in qualsiasi momento contro una decisione di questo organismo (Nazioni Unite, 1991). Grazie a questo principio, i diritti fondamentali delle persone con disabilità mentale sono salvaguardati (Thoits, 2022).

Per salvaguardare ulteriormente i diritti del paziente, il **principio 18** stabilisce che tutti i documenti relativi al suo stato, al trattamento e alle decisioni che lo riguardano devono essere conservati in modo formale e sostanziale.

Questi documenti devono essere consegnati al paziente. Naturalmente, in tutti i casi in cui il paziente non sia in grado di assistere o rappresentare se stesso, è possibile scegliere un rappresentante. Se il paziente non è in grado di pagare, questo rappresentante dovrebbe essere nominato dallo Stato, attraverso meccanismi legali. Egli può essere presente durante il processo decisionale o gli appelli e dovrebbe avere accesso alla cartella clinica del paziente (Nazioni Unite, 1991). Ciò aiuta a prevenire trattamenti inutili o dannosi (Witwer et al., 2022).

Il **principio 19** sottolinea la questione dell'accesso alle informazioni. È un diritto innegabile del paziente o ex paziente, ottenere informazioni sul proprio trattamento in una struttura. L'unica eccezione a questa regola è quando un organismo professionale di esperti ritiene che sia rischioso per questa persona o per altri. Come sempre, questa decisione deve essere accuratamente giustificata e continuamente rivista e riesaminata.

Se il paziente non può avere la cartella clinica, almeno il rappresentante nominato dovrebbe averla. Il paziente deve essere informato della decisione di essere escluso da queste informazioni e delle ragioni che l'hanno determinata (Nazioni Unite, 1991). Lo status delle persone con disabilità mentale e il loro ruolo nella comunità non dovrebbero essere messi a repentaglio. Questo principio aiuta in tal senso (Pawlowski et al., 2022).

Il **principio 20** chiarisce che questi diritti dovrebbero riguardare anche le persone che hanno commesso reati. Le procedure legali dovrebbero essere applicate ogni volta che è necessario. Tuttavia, i principi precedentemente menzionati dovrebbero essere rispettati ogni volta che è possibile (Nazioni Unite, 1991). Questo principio mira certamente a evitare qualsiasi malinteso che potrebbe essere causato. La protezione delle persone con disabilità mentale deve essere compatibile con il progresso sociale generale (Thoits, 2022).

L'ultima serie di **principi, dal 21 al 25**, completa i precedenti, fornendo chiarimenti sul contesto generale, gli obiettivi, la struttura, l'amministrazione e le funzioni dei servizi psichiatrici. Il principio 21 afferma che deve esserci spazio per i reclami. Ciò significa che i Paesi devono stabilire procedure legali appropriate, attraverso le quali i pazienti possano esprimere reclami e presentare appelli, che dovrebbero essere esaminati (Nazioni Unite, 1991). Questi meccanismi dovrebbero comportare un'indagine approfondita dei reclami e portare a delle decisioni. Se queste decisioni sono ben stabilite e seguite, si possono ottenere risultati positivi per i pazienti e per il sistema di cura mentale in generale (Witwer et al, 2022).

Il **principio 22** pone l'accento sul monitoraggio della distribuzione dei farmaci e dei rimedi. Tutte le strutture di cura mentale e le loro funzioni dovrebbero essere soggette a valutazioni e ispezioni continue. Deve essere utilizzato un comportamento professionale in tutte le funzioni. Le procedure giuridiche dovrebbero controllare che tutto funzioni in modo appropriato (Nazioni Unite, 1991). Grazie a questo principio, esistono meccanismi che possono aiutare il sistema di cura mentale a progredire e assicurare che i pazienti ricevano servizi sempre migliori (Pawlowski et al, 2022).

Il **principio 23** mira a porre le basi per il miglioramento desiderato, concentrandosi sull'attuazione. Gli Stati dovrebbero avvalersi di tutti i settori rilevanti, come sanità, legislazione, amministrazione, pubblica amministrazione o istruzione, per assicurare il funzionamento adeguato dei servizi di salute mentale. Le informazioni dovrebbero essere distribuite a tutti (Nazioni Unite, 1991). Questo principio può aiutare a stabilire una cooperazione tra i diversi settori, da cui le strutture per la salute mentale possono trarre beneficio per svolgere un ruolo maggiore (Byrne, 2022).

Il **principio 24** chiarisce che ognuno di questi principi si applica a tutte le persone che soffrono di disabilità mentale e non devono essere fatte discriminazioni o eccezioni (Nazioni Unite, 1991). Questo sviluppa spazio per ulteriori ricerche e miglioramenti in diversi campi e tematiche (Thoits, 2022).

Infine, il **Principio 25** sottolinea che questi principi non devono in nessun caso escludere o annullare altri diritti o privilegi delle persone con disabilità mentale, come il diritto al lavoro, al voto e alla partecipazione ad attività sociali (Nazioni Unite, 1991). Rispettando questo principio, è possibile aiutare più pazienti insieme ad altri gruppi di persone (Pawlowski et al, 2022).

La composizione di tutti questi 25 principi delle Nazioni Unite permette un approccio olistico verso il livello ideale di assistenza alla salute mentale, che mira ad aiutare non solo le persone con diagnosi di disabilità mentale ma anche la comunità in generale. I primi cinque principi, da 1 a 5, pongono le basi per un'assistenza efficace e democratica. Il secondo gruppo di principi, 6-10, presta attenzione soprattutto alle questioni etiche relative al modo in cui i pazienti devono essere trattati. La serie successiva, 11-15, pone l'accento su come i servizi medici dovrebbero essere progettati, attuati e valutati. La serie dei principi 16-20 si concentra maggiormente sulle questioni amministrative e sul funzionamento delle strutture di salute mentale. L'ultimo gruppo di principi, dal 21 al 25, si focalizza sul ruolo sociale di queste strutture. L'obiettivo finale è quello di garantire che non emergano discriminazioni o abusi nei confronti delle persone con disabilità mentale e di assicurare che esse siano sempre in grado di contribuire alla società (Nazioni Unite, 1991).

Pratiche adeguate

I principi delle Nazioni Unite (1991), riguardanti il trattamento, l'assistenza medica e i diritti delle persone con disabilità mentale, possono essere utilizzati come argomenti e temi principali da enfatizzare nell'educazione. Ciò significa che questi principi possono essere insegnati nelle scuole nel tentativo di promuovere il rispetto verso questi gruppi di persone e di estinguere qualsiasi tipo di discriminazione nei loro confronti. Per raggiungere questo obiettivo, gli insegnanti devono adottare pratiche adeguate e familiarizzare con attività che possano aiutare gli studenti a comprendere i principi e a utilizzarli nella loro vita quotidiana. Le lezioni e le materie devono essere approvate e includere questi principi.

Il campo di studio che può indagare su quale sia il modo migliore per insegnare questi principi è l'educazione inclusiva. In particolare, uno studio dell'UNESCO (2009) ha concluso che un'educazione inclusiva sistematica e sostenibile deve prendere in considerazione tre linee guida fondamentali. La prima è che esistono diversi gruppi di persone con esigenze diverse. Non è saggio affermare che tutte le persone che soffrono della stessa disabilità mentale dovrebbero avere esattamente lo stesso trattamento, poiché ognuno potrebbe essere un caso diverso. Il secondo è che la scuola deve lavorare per una società non discriminatoria. Il terzo è che ci dovrebbe essere un sistema che aiuta, assiste, coordina e supervisiona le scuole a lavorare in questa direzione, valutando il loro lavoro, consigliando e monitorando come i membri della scuola si comportano e rispondono.

I dirigenti scolastici dovrebbero essere tra i primi membri della scuola ad adottare questo atteggiamento. Il loro ruolo e il loro contributo sono fondamentali. Le scuole possono lavorare in modo inclusivo se i dirigenti hanno una visione pertinente, che deve essere poi condivisa anche dagli altri membri della scuola. È importante che gli insegnanti comprendano l'importanza dell'educazione inclusiva e concordino sulla sua necessità. In questo modo gli insegnanti e gli altri membri della scuola saranno motivati a fornire le conoscenze pertinenti e ad applicarle (Fullan, 2015;

Anche le attività basate su progetti possono essere utili. Questi progetti possono riguardare diversi argomenti, come il ruolo di fondazioni e istituti, le politiche che mirano a sostenere i pazienti con disabilità mentale, o anche la biografia di persone che sono state riconosciute per aiutare questi gruppi di persone. Queste attività possono aiutare gli studenti a capire meglio cosa possono fare. Possono concentrarsi su casi o situazioni reali di persone con disabilità mentale. In questo modo possono capire in cosa consistono questi casi o come dovrebbero essere affrontati (Ilkim et al, 2018; Purnomo et al, 2020; Ketikidou & Saiti, 2022).

In breve, tutti gli interventi, le sessioni o i seminari che si concentrano sul trattamento delle persone con disabilità mentale possono trarre beneficio da attività come giochi di ruolo, brainstorming o progetti. Certamente, queste attività devono essere ben pianificate. Queste attività possono essere più efficienti se includono applicazioni delle TIC (Suleiman et al, 2021). In ogni caso, l'obiettivo finale dovrebbe essere quello di creare una cultura amichevole nei confronti di questi gruppi di persone e di aiutare tutti a condividere e

Bibliografia

Byrne, G. (2022). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: A review of the recent literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(2), 541-554. <https://doi.org/10.1177/1524838020960219>

Diaz-Garolera, G., Pallisera, M., & Fullana, J. (2022). Developing social skills to empower friendships: design and assessment of a social skills training programme. *International Journal of Inclusive Education*, 26(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/13603116.2019.1625564>

Fullan, M. (2015). *The new meaning of educational change* (5th ed.). New York: Teachers' College Press.

Hargreaves, A., & Fullan, M. (2020). Professional capital after the pandemic: revisiting and revising classic understandings of teachers' work. *Journal of Professional Capital and Community*, 5(3/4), 327-336. <https://doi.org/10.1108/jpcc-06-2020-0039>

Ilkim, M., Tanır, H., & Özdemir, M. (2018). Socialization effect of physical activity in students who need special education. *Asian Journal of Education and Training*, 4(2), 128-131. <https://doi.org/10.20448/journal.522.2018.42.128.131>

Kaya, M., & Yildiz, K. (2019). The effect of Montessori programme on the motion and visual perception skills of trainable mentally retarded individuals. *Journal of Education and Training Studies*, 7(2), 120. <https://doi.org/10.11114/jets.v7i2.3875>

Ketikidou, G., & Saiti, A. (2022). The promotion of inclusive education through sustainable and systemic leadership. *International Journal of Leadership in Education*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13603124.2022.2032368>

Mpella, M., & Evaggelinou, C. (2018). Does theatrical play promote social skills development in students with autism? A systematic review of the methods and measures employed in the literature. *Preschool and Primary Education*, 6(2), 96. <https://doi.org/10.12681/ppej.16135>

NIOS, National Institute for Open Schooling, (2012). Chapter 18 - Mental Disorders and their Treatment. <https://www.nios.ac.in/media/documents/secpsy-cour/English/Chapter-18.pdf>

Purnomo P.B., Mohzana B., Fahrurrozi M., Sriyanto Sriyanto N. & Nguyen P.T. (2020). Education and Socialization of Mentally Challenged People and Similarities and Differences. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(8), pp. 1524-1534

Thoits, P. A. (2022). Mental Health Treatment Histories, Recovery, and Well-being. *Society and Mental Health*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.1177/21568693211068879>

Pawłowski, P., Brodowski, W., Borowik, J., Swora, A., Sygacz, O., Żelazny, P., Filipczak, J., Dankiewicz, S., Bróz, S., & Basta-Arciszewska, K. (2022). Diagnosis and treatment of mental disorders – a review of the scientific literature. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(9), 572-582. <https://doi.org/10.12775/jehs.2022.12.09.067>

Pekdoğan, S. (2016). Investigation of the effect of story-based social skills training program on the social skill development of 5-6 year-old children. *TED EĞİTİM VE BİLİM*, 41(183). <https://doi.org/10.15390/eb.2016.4618>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Selye, H. (1985). The nature of stress. *Basal facts*, 7(1), 3-11.

Suleiman, M.M., Bebeji, G.U. & Muhammad, Z.K. (2021). Nexus Between ICT and Inclusive Education: Challenges and Prospects. *KIU Interdisciplinary Journal of Humanities and Social Sciences*, 2(1), 262-269.

Witwer, A. N., Walton, K., Held, M. K., Rosencrans, M., Cobranchi, C., Fletcher, R., Crane, J. M., Chapman, R., & Haverkamp, S. (2022). A scoping review of psychological interventions, accommodations, and assessments for adults with intellectual disability. *Professional Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pro0000474>

United Nations, 1991. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care Adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991. https://www.equalrightstrust.org/sites/default/files/ertdocs/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

UNESCO. (2009). Policy guidelines on inclusion in education. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.



CAPITOLO 4

SERVIZI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939.

Informazioni Chiave

- Esistono strategie convenienti, efficaci e praticabili per promuovere, proteggere e ripristinare la salute mentale.
- La necessità di agire sulla salute mentale è indiscutibile e urgente.
- La salute mentale ha valore intrinseco e impattante, è fondamentale per il nostro benessere.
- La salute mentale è impattata da un complesso intreccio di stress e vulnerabilità individuali, sociali e strutturali.

Concetti di Salute Mentale

La salute mentale è uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare gli stress della vita, realizzare le proprie capacità, apprendere e lavorare efficacemente, e contribuire alla propria comunità. È una componente essenziale della salute e del benessere che sottende alle nostre abilità individuali e collettive nel prendere decisioni, costruire relazioni e plasmare il mondo in cui viviamo.

La salute mentale è un diritto umano fondamentale ed è cruciale per lo sviluppo personale, comunitario e socio-economico. Essa va oltre l'assenza di disturbi mentali, situandosi su un complesso continuum che viene vissuto in modo diverso da una persona all'altra, con gradi variabili di difficoltà, distress, condizioni sociali e cliniche potenzialmente molto diverse.

Le condizioni di salute mentale includono anche disturbi mentali, disabilità psicosociali, così come alcuni stati mentali associati a significativa angoscia, compromissione del funzionamento o rischio di autolesionismo. Le persone con condizioni di sofferenza mentale sono più inclini a sperimentare livelli più bassi di benessere mentale, ma ciò non è sempre o necessariamente il caso.

Determinanti della Salute Mentale

Durante la nostra vita, molteplici elementi individuali, sociali e strutturali possono combinarsi per proteggere o compromettere la nostra salute mentale e spostare la nostra posizione sul continuum della salute mentale.

Fattori individuali psicologici e biologici, come le abilità emotive, l'uso di sostanze e la genetica, possono rendere le persone più vulnerabili a problemi di salute mentale.

L'esposizione a circostanze sociali, economiche, geopolitiche e ambientali sfavorevoli, tra cui la povertà, la violenza, l'ineguaglianza e la privazione ambientale, aumenta anche il rischio di sviluppare condizioni di salute mentale.

I rischi possono manifestarsi in tutte le fasi della vita, ma quelli che si verificano durante periodi sensibili dello sviluppo, specialmente nell'infanzia, sono particolarmente dannosi. Ad esempio, un cura familiare estremamente severa e punizioni fisiche sono noti per compromettere la salute dei bambini, e il bullismo è un importante fattore di rischio per il mantenimento delle condizioni di salute mentale.

Fattori protettivi si verificano similmente durante tutta la nostra vita e servono a rafforzare la resilienza. Questi includono le nostre individuali espressioni sociali ed emotive, così come interazioni sociali positive, un'istruzione di qualità, un lavoro dignitoso, quartieri sicuri e coesione comunitaria.

I rischi e i fattori protettivi per la salute mentale possono essere riscontrati nella società a diverse scale. Le minacce locali aumentano il rischio per individui, famiglie e comunità. Le minacce globali aumentano il rischio per intere popolazioni e includono crisi economiche, epidemie, emergenze umanitarie e spostamenti forzati, nonché la crescente crisi climatica.

Ogni singolo fattore di rischio e protettivo ha solo una forza predittiva limitata. La maggior parte delle persone non sviluppa una condizione di salute mentale nonostante l'esposizione a un fattore di rischio, e molte persone senza alcun fattore di rischio noto sviluppano comunque una condizione di salute mentale. Tuttavia, i determinanti interagenti della salute mentale possono aumentare o compromettere la salute mentale.

Promozione e Prevenzione della Salute Mentale

I termini promozione della salute mentale e prevenzione sono spesso stati confusi. La promozione è definita come l'intervento per rafforzare la salute mentale attraverso la protezione degli elementi che concorrono al mantenimento favorevole della salute mentale prima dell'identificazione di uno specifico problema, con il fine ultimo di migliorare la salute mentale positiva della popolazione. La prevenzione della salute mentale è definita invece come un intervento volto a minimizzare i problemi di salute mentale affrontandogli elementi che possono concorrere a creare problemi di salute mentale prima dello sviluppo di un problema specifico di salute mentale nell'individuo, nel gruppo o nella popolazione di interesse, con l'obiettivo finale di ridurre il numero di futuri problemi di salute mentale nella popolazione (Miles et al., 2010). La promozione e la prevenzione della salute mentale sono al centro di un approccio di salute pubblica volta alla tutela della salute mentale, con uno specifico impegno verso i bambini e i giovani, al fine di costruire un 'equilibrio ottimale tra promozione della salute, prevenzione e trattamento della sofferenza mentale.

Promozione

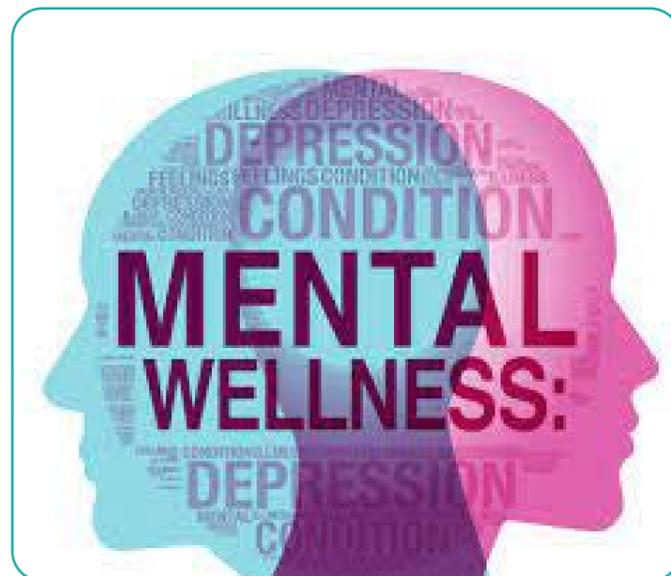
La promozione della salute mentale cerca di incoraggiare e rafforzare i fattori di protezione e i comportamenti sani che possono contribuire a prevenire l'insorgenza di un disturbo mentale diagnosticabile e cerca di ridurre i fattori di rischio che possono portare allo sviluppo di un disturbo mentale. Coinvolge anche la creazione di condizioni di vita e ambienti supportivi che consentono alle persone di adottare e mantenere stili di vita sani, poiché "un ambiente che rispetta e protegge i diritti civili, politici, socio-economici e culturali fondamentali è essenziale per la

promozione della salute mentale. Senza la sicurezza e la libertà garantite da questi diritti, è molto difficile mantenere un alto livello di salute mentale."

In particolare, la salute mentale può essere promossa attraverso:

- Interventi nella prima infanzia (ad esempio, visite domiciliari per le donne in gravidanza, attività psicosociali pre-scolastiche);
- Interventi di supporto ai bambini (ad esempio, programmi di sviluppo delle competenze, programmi di sviluppo per bambini e giovani);
- Programmi mirati a gruppi vulnerabili, compresi minoranze, popoli indigeni, migranti e persone colpite da conflitti e disastri (ad esempio, interventi psicosociali dopo i disastri);
- Attività di promozione della salute mentale nelle scuole (ad esempio, programmi che supportano cambiamenti ecologici nelle scuole e scuole amichevoli per i bambini);
- Programmi di prevenzione della violenza;
- Programmi di sviluppo della comunità. Lo sviluppo positivo dei giovani è definito dal Gruppo di Lavoro Interagenziale sui Programmi per i Giovani come un approccio intenzionale e pro-sociale che coinvolge i giovani nelle loro comunità, scuole, organizzazioni, gruppi tra pari e famiglie in modo produttivo e costruttivo; riconosce, utilizza e potenzia le forze dei giovani; e promuove risultati positivi per i giovani fornendo opportunità, favorendo relazioni positive e fornendo il supporto necessario per sviluppare le loro forze di leadership.

Fornisce una prospettiva per promuovere la salute mentale dei giovani, concentrandosi sui fattori protettivi nell'ambiente di un giovane e su come questi fattori possono influenzare la capacità di una persona di superare l'avversità.



Prevenzione

Gli sforzi di prevenzione possono differire a seconda del pubblico target, del livello di intensità fornito e della fase di sviluppo a cui sono indirizzati. La Figura 1 rappresenta i diversi tipi di prevenzione, come definito dall'Istituto di Medicina. Man mano che gli sforzi di prevenzione si spostano da interventi di prevenzione universale al trattamento, aumentano in intensità e diventano più individualizzati.

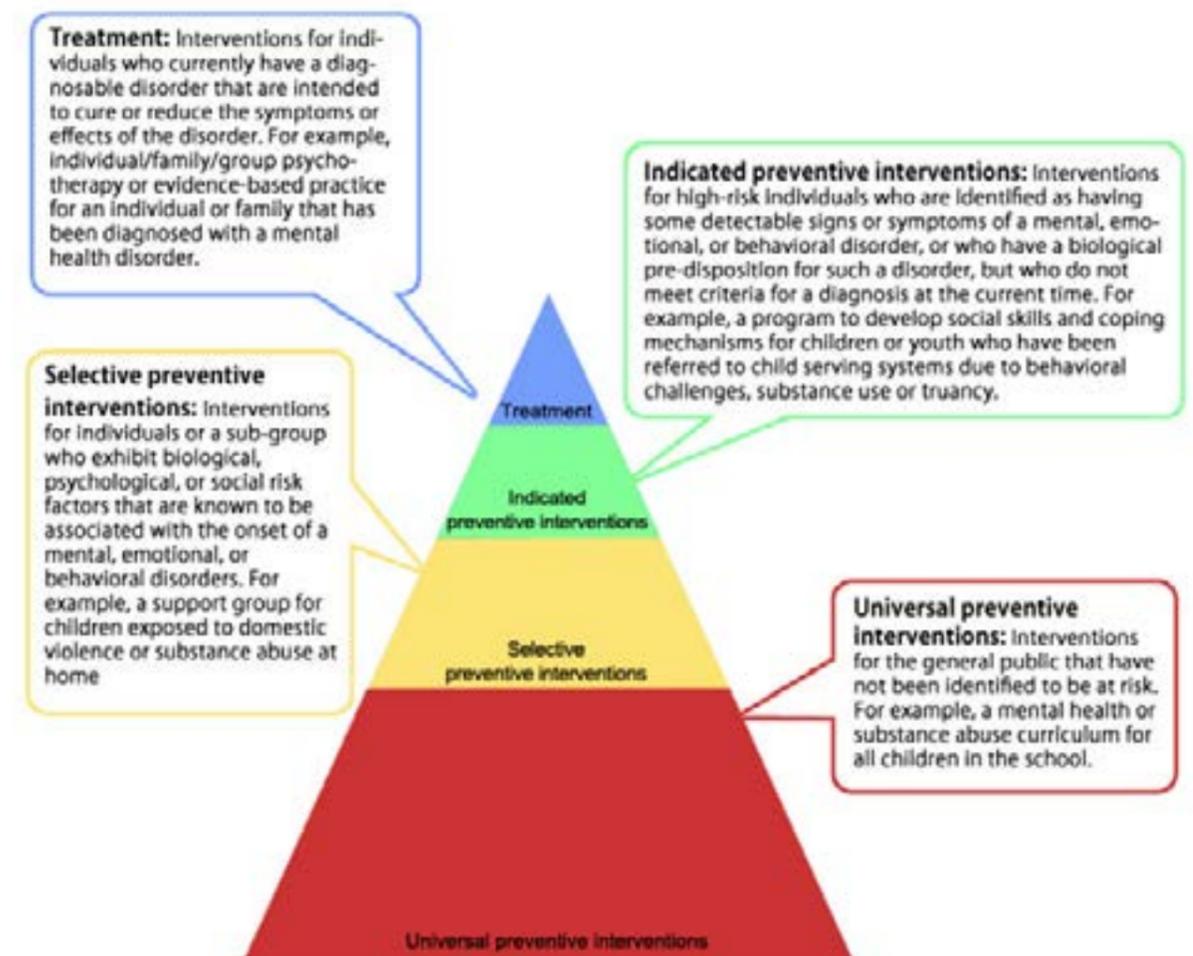
Nel contesto degli sforzi nazionali per rafforzare la salute mentale, è vitale non solo proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti, ma anche affrontare le esigenze delle persone con specifiche condizioni di salute mentale. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la fornitura di cure per la salute mentale basate sulla comunità, che sono più accessibili e accettabili rispetto alle cure istituzionali, aiutano a prevenire violazioni dei diritti umani e portano a risultati di recupero migliori per le persone con condizioni di salute mentale.

Le cure per la salute mentale basate sulla comunità dovrebbero essere fornite attraverso una rete di servizi integrati che comprendono:

- Servizi di salute mentale integrati nella sanità generale, tipicamente negli ospedali generali e attraverso la condivisione di compiti con fornitori di cure non specialistici nella sanità primaria;
- Servizi di salute mentale comunitari che possono coinvolgere centri e team di salute mentale comunitari, riabilitazione psicosociale, servizi di supporto tra pari e servizi di vita assistita;
- Servizi che forniscono cure per la salute mentale in contesti di servizi sociali e non sanitari, come la protezione dell'infanzia, i servizi sanitari scolastici e le prigioni.

La vasta lacuna nelle cure per le comuni condizioni di salute mentale come depressione e ansia significa che i paesi devono trovare modi innovativi per diversificare e ampliare le cure per queste condizioni,

Figura 1. Livelli di Intervento. (O'Connell, Boat, & Warner, 2009, p. 66)



Esempi di "Best Practices"

Esperienze Condivise e Sistemi di Salute Mentale Locali, terza edizione 2014-2017

Posizione: Italia

Ulteriori informazioni: <http://aisme.info/en/2015/06>

Il programma Esperienze Condivise e Sistemi di Salute Mentale Locali è stato avviato nel 2014 ed è stato inizialmente promosso dal settore culturale, dal settore sociale e dal settore della salute e del sociale. Le Esperienze Condivise si concentrano sull'azione e sulla ricerca. Il progetto Esperienze Condivise e Sistemi di Salute Mentale (JE&LMHS) si basa sull'assunzione che la salute mentale non riguardi solo servizi specializzati, ma abbia a che fare anche con l'intera comunità locale.

Gli obiettivi di Esperienze Condivise e Sistemi di Salute Mentale Locali includono:

- sviluppare conoscenze locali in materia di salute mentale attivando elementi sociali e culturali per bilanciare meglio la attuale predominanza dell'approccio terapeutico basato su conoscenze globali e principalmente biomediche;
- sviluppare diverse iniziative a livello locale attraverso la collaborazione tra pari tra utenti, caregiver, governi locali e servizi (Esperienze Condivise);
- monitorare permanentemente sia lo stato di ciascuna Esperienza Condivisa che le relazioni tra utenti, caregiver, governi locali e servizi; e
- stabilire un'area intermedia tra il servizio e la comunità a supporto delle Esperienze Condivise, gestita democraticamente da organizzazioni di utenti, organizzazioni relative, servizi e governi locali.

Le attività di Esperienze Condivise e Sistemi di Salute Mentale si concentrano su un questionario per la mappatura delle Esperienze Condivise in Toscana, raccolta dati, elaborazione dati e discussione con il gruppo centrale, e produzione di un profilo web per ciascuna Esperienza Condivisa. Inoltre, si tengono incontri con tutte le parti interessate per la revisione del questionario e del progetto; viene organizzata una conferenza per lanciare un meccanismo online permanente per aggiornare le Esperienze Condivise riguardo sia al loro funzionamento interno che alle relazioni con il loro sistema di salute mentale locale. I risultati concreti (output e outcome) della pratica includono il coinvolgimento diretto di organizzazioni di utenti e caregiver nell'ambito della ricerca-azione e lo sviluppo di conoscenze locali al di là delle conoscenze biomediche.

The Shared Experiences and Local Mental Health Systems Project (SE&LMHS) - Conferenza, 4 novembre 2021

Una convinzione fondamentale del progetto SE&LMHS è che la salute mentale non riguardi solo i servizi di salute mentale, ma dovrebbe coinvolgere l'intera comunità.

Pertanto, un obiettivo centrale del progetto è facilitare le relazioni tra pari nella comunità tra operatori della salute mentale, utenti del servizio, caregiver, organizzazioni del settore volontariato e rappresentanti della comunità locale. Le relazioni costruite possono contribuire ad affrontare lo squilibrio di potere insito nei servizi di salute mentale e facilitare un allontanamento dalla cultura del "loro" e "noi". Piuttosto che concentrarsi sulla malattia e sui sintomi, le riflessioni possono focalizzarsi sulla condivisione di esperienze, sull'apprendimento reciproco, sull'incoraggiamento della collaborazione e sulle attività della comunità. Le radici del progetto si basano su due esperienze precedenti in Italia (Firenze e Prato) quando gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi e la comunità locale diventava uno dei principali attori nella salute mentale. In questo contesto, tutti gli interessati si incontravano settimanalmente, al di fuori dei servizi di salute mentale, dove ognuno aveva pari voce e pari potere.

I professionisti dei servizi dedicavano parte del loro tempo lavorativo al di fuori dei luoghi e delle strutture dei servizi. Era necessario un nuovo linguaggio extra-clinico considerando l'importanza delle lingue locali e individuali. La ricerca e la valutazione dei numerosi gruppi istituiti in queste due località hanno evidenziato che c'era un beneficio non solo a livello individuale per tutti i partecipanti, ma anche a livello collettivo. Il progetto pilota che riflette l'esperienza italiana è iniziato ufficialmente a Watford (Inghilterra) nel maggio 2018 con lo sviluppo di un Gruppo di Coordinamento mensile presso il Municipio di Watford. Durante queste riunioni è emerso che la situazione della salute mentale nell'area di Watford presentava diversi problemi, tra cui la frammentazione dei servizi; il fenomeno della porta girevole e la predominanza del modello terapeutico e del contenimento dei sintomi che portavano a interventi clinici e trattamenti forzati.

Lo sviluppo di un "Common Sense" Group, all'interno della comunità, per un massimo di 15 persone, è stato suggerito come modo per affrontare in parte questi problemi. Questo gruppo è iniziato nell'ottobre 2019 presso la biblioteca centrale di Watford, con i rinvii provenienti dal CMHT (Colne House). I rinvii venivano accettati solo se il professionista della salute mentale aveva discusso pienamente del gruppo con l'utente del servizio e se questi partecipava al gruppo. Prima della pandemia di COVID-19, c'erano stati 20 rinvii al gruppo e 10 utenti del servizio avevano iniziato a partecipare regolarmente.

Come molti altri progetti, la pandemia di COVID-19 ha avuto molte implicazioni per lo sviluppo di attività di questo genere. Impossibilitati a incontrarsi di persona, non è stato un problema significativo per il Gruppo di Coordinamento continuare online, ma ci sono stati alcuni problemi per il Common Sense Group dovuti a questioni tecnologiche e di riservatezza, quindi è stato interrotto dopo pochi mesi.

Con la revoca delle restrizioni, il Common Sense Group ha ripreso utilizzando un modello ibrido di Zoom per coloro che preferivano connettersi tramite video e di persona presso Colne House. Gli operatori di Colne House hanno continuato a fare rinvii al gruppo ed è chiaro che c'è la necessità di aiutare le persone a trovare soluzioni appropriate anche al di fuori del servizio nella comunità.

Recentemente, uno sviluppo molto importante nel progetto è stata una domanda di successo al Fondo per l'Innovazione HPFT. Questo Fondo è stato istituito dalla Trust per incoraggiare e finanziare progetti, sia grandi che piccoli, con idee innovative e originali. Il fatto che la proposta del Gruppo di Coordinamento sia stata accettata è un promettente riconoscimento del valore del progetto.

Di pari importanza è stato il supporto che i membri si sono mostrati reciprocamente continuando le relazioni tra pari e la condivisione di esperienze così fondamentali per il progetto.

Finora, tutti i partecipanti hanno dedicato il loro tempo gratuitamente, adattandolo agli altri impegni. Sebbene questa fosse forse l'unica via possibile per progredire fino a questo punto, era che non poteva essere una soluzione permanente.

La proposta accettata sostiene formalmente un pilota del Common Sense Group, della durata di nove mesi, con obiettivi chiari e misure di risultato, che fornirà i dati necessari per stabilire se l'idea produce i benefici tangibili desiderati. Il finanziamento consente al Gruppo di Coordinamento di reclutare un project manager retribuito, un amministratore e un responsabile clinico per gestire il pilota. Consente anche di formare facilitatori per il Common Sense Group, di affittare locali per incontri faccia a faccia e di raccogliere, compilare e analizzare i dati del pilota.

Nel 2022, il progetto ha previsto di:

- Implementare formalmente il progetto come finanziato dal Fondo per l'Innovazione
- Nominare il personale retribuito
- Formare i facilitatori
- Entrare in contatto con gruppi comunitari, organizzazioni del terzo settore e il personale di Colne House per generare rinvii al Common Sense Group
- Porre il Common Sense Group su una base più regolare e formale

- Produrre i dati per ispirare ulteriori Common Sense Group a Watford e forse in altre aree dell'Hertfordshire.

Suicide Prevention Austria (SUPRA)

Posizione: Austria

Ulteriori informazioni: <https://www.suizidforschung.at/supra/>

La Prevenzione del Suicidio in Austria ha avuto inizio nel gennaio 2017. La pratica si concentra su programmi e linee d'azione. SUPRA è un programma nazionale multilivello di prevenzione del suicidio con gli obiettivi principali di garantire il sostegno ai gruppi a rischio, limitare l'accesso ai mezzi di suicidio, sensibilizzare e sviluppare il sostegno mediatico per la prevenzione del suicidio, integrare i programmi di prevenzione del suicidio in altre attività di promozione della salute e sostenere la ricerca sul suicidio.

- Nel 2012, il programma austriaco di prevenzione del suicidio SUPRA è stato pubblicato e il Ministero austriaco della Salute ha istituito un "centro di coordinamento" presso il GÖG (Istituto austriaco di sanità pubblica) per supportare il processo di implementazione.
- Obiettivi e misure che erano già in corso (ad esempio linee guida sui media) o facili da realizzare sono stati immediatamente attuati (ad esempio rapporti e conferenze nazionali annuali sul suicidio, pagine web, diverse iniziative e progetti regionali).
- Nel frattempo, è stato sviluppato un concetto strutturato per l'implementazione, con 6 obiettivi strategici, 18 obiettivi operativi e 70 misure (compresi obiettivi, indicatori e responsabilità), con la collaborazione di un panel di esperti nazionali leader.
- Infine, è stato definito un pacchetto iniziale di prevenzione del suicidio con la prioritizzazione di misure a livello regionale e nazionale che saranno implementate entro i prossimi due anni.

Nel 2012, il programma austriaco di prevenzione del suicidio SUPRA è stato pubblicato e la Gesundheit Österreich GmbH è stata incaricata di supportarne l'attuazione da parte del ministero della salute. Il programma è un documento di 70 pagine redatto dagli esperti austriaci di punta. Esso descrive una vasta gamma di possibili misure. Tuttavia, il documento non approfondisce i dettagli sulla prioritizzazione delle misure, la responsabilità dell'attuazione, gli obiettivi consigliati o gli indicatori di risultato. Per convincere i responsabili delle decisioni a promuovere la prevenzione del suicidio in un paese strutturato federalmente come l'Austria, tutte queste informazioni sono cruciali, specialmente in periodi di risorse limitate. Una doppia strategia è stata scelta per l'attuazione

di SUPRA. In stretta collaborazione con un gruppo di esperti di spicco, sono stati identificati 6 obiettivi strategici e 18 operativi e sono state descritte oltre 70 misure, dimensioni degli obiettivi, indicatori e responsabilità. La valutazione di Suicide Prevention Austria è basata su prove scientifiche; l'attuazione di SUPRA nella regione della Stiria è stata in parte valutata negli ultimi due anni ma non è stata ancora pubblicata.

Methodologia

La prevenzione è meglio della cura, e molti dei fattori di rischio e di protezione per la salute mentale sono ben caratterizzati. Tuttavia, vi sono evidenze di un aumento dell'incidenza e della prevalenza delle malattie mentali nei giovani e di un aumento dei suicidi, in particolare tra le giovani donne (Twenge, et al., 2019; Stefanac, 2019). Il ruolo dei social media e delle nuove tecnologie, dei cambiamenti climatici e di una serie di forze socio-economiche nel minare la salute mentale e il benessere dei giovani è significativo (Berry, 2021; Twenge, 2020). Programmi specifici mirano a contrastare alcuni di questi fattori di rischio, ad esempio:

- Programmi anti-bullismo (Fraguas, et al., 2021),
- Le linee guida #chatsafe sviluppate in collaborazione con i giovani per fornire supporto a coloro che potrebbero rispondere a contenuti legati al suicidio pubblicati da altri o per coloro che desiderano condividere i propri sentimenti ed esperienze legate a pensieri, sentimenti o comportamenti suicidi. Le linee guida #chatsafe possono anche offrire assistenza pratica a genitori, educatori e coloro che forniscono supporto ai giovani impegnati in attività online (Robinson, et al., 2018),
- Programmi di resilienza nelle scuole (Dray, et al., 2017; Fenwick-Smith, et al., 2018).

Questi programmi hanno valore. Tuttavia, altri fattori di rischio non sono particolarmente plasmabili e hanno un carattere e un campo d'azione più ampio dal punto di vista sociale ed economico (ad esempio, cambiamenti climatici e social media).



In risposta a questi rischi e sfide, il progetto CALMD propone una metodologia integrata per i servizi di prevenzione e promozione rivolti ai fornitori di educazione degli adulti per adulti con disabilità mentali.

Formazione Innovativa per Educatori di Adulti

Attraverso il programma di formazione di CALMD, gli educatori di adulti con disabilità mentali saranno in grado di offrire loro un nuovo quadro psicopedagogico di supporto. La base metodologica è il concetto di "cicli", in cui l'adulto con disabilità mentale è posto al centro dei molteplici livelli di supporto necessari.

Il Quadro CALMD per la Vita (MOOC e Toolbox) integra tecnologie digitali per potenziare il principio della vita indipendente per gli adulti con disabilità intellettive, tenendo conto di fattori come lingua, cultura, livello di istruzione, accesso alla tecnologia, alfabetizzazione digitale e infrastrutture disponibili. Amici, caregiver, educatori, operatori sanitari e altri, come vicini, proprietari di attività commerciali e membri della comunità, svolgono ciascuno un ruolo prezioso nel sostenere l'adulto con disabilità mentale nel trovare il proprio cammino nella società e prosperare.

Giocare

I giochi, quando utilizzati in modo positivo, possono rappresentare un modo davvero utile per prendersi cura della salute mentale. Ciò perché possono offrire all'apprendista l'opportunità di rilassarsi, di sfuggire alle pressioni della vita quotidiana, proprio come la lettura o lo sport possono fare, in linea con la Teoria dell'Autodeterminazione.

Attività

Attività 1

Creazione di un Elenco dei Servizi di Prevenzione e Promozione

Esempio

Servizi di Prevenzione e Promozione	Informazioni di Contatto	Descrizione dei Servizi
Livello Comunitario		
Centro Ricreativo Speciale per l'Occupazione Creativa di Persone con Disabilità	Indirizzo: 8 Gr. Xenopoulou & Trapezountos, Thessaloniki, 54645 Numeri di telefono: (+30) 2310 819515, 2310 509013	Rivolto a persone di età superiore ai 18 anni con disabilità mentali. Servizi offerti: musica, canto, danza, arti visive, educazione teatrale, ecc.
Ospedale Psichiatrico di Salonicco Sito web: https://www.psychotes.gr/	Email: poliths@psychotes.gr Indirizzo: 196 Lagada Municipality of Pavlou Mela, 56430, Grecia Numeri di telefono: (+30) 2313 324100	L'Ospedale Psichiatrico di Salonicco è un ospedale speciale con un'ampia attività nella fornitura di servizi nel campo specifico della salute mentale.
Livello Nazionale		
KLIMAKA Sito web: https://www.klimaka.org.gr/	Indirizzo: 50 Dekeleon, Keramikos, Atene, 11854, Grecia Numeri di telefono: (+30) 210 3417162-3 e 1018	KLIMAKA è un'organizzazione sociale, un'organizzazione non-profit e non governativa (ONG), fondata nel 2000. È attiva nella promozione della salute mentale e nell'integrazione sociale di gruppi esclusi.

Attività 2

Organizza un workshop di informazione e sensibilizzazione con i rappresentanti dei servizi menzionati nell'Attività 1. Per i servizi operanti a livello regionale e/o nazionale, situati in un'altra città, è possibile fornire la partecipazione remota online.

Chiedi ai rappresentanti dei servizi invitati di spiegare agli adulti con disabilità mentale come possono supportarli.

Puoi presentare il progetto CALMD e i suoi risultati nel supportare e migliorare la qualità della vita degli adulti con disabilità mentali come risorsa ed esempio di buone pratiche.



Biografia

Berry, H. L. (2021). Enabling a youth and mental health sensitive greener post pandemic recovery. *World Psychiatry*, 20(2), 152.

Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824.

Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC psychology*, 6(1), 1-17.

Fraguas, D., Díaz-Caneja, C. M., Ayora, M., Durán-Cutilla, M., Abregú-Crespo, R., Ezquiaga-Bravo, I., ... & Arango, C. (2021). Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA pediatrics*, 175(1), 44-55.

Miles, J., Espiritu, R.C., Horen, N., Sebian, J., & Waetzig, E. (2010). *A Public Health Approach to Children's Mental Health: A Conceptual Framework*. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.

O'Connell, M.E., Boat, T. and Warner, K.E. (2009) Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. The National Academies Press, Washington DC.

Robinson, J., Hill, N., Thorn, P., Teh, Z., Battersby, R., & Reavley, N. (2018). *chatsafe: a young person's guide for communicating safely online about suicide*. Melbourne: Orygen.

Stefanac, N., Hetrick, S., Hulbert, C., Spittal, M. J., Witt, K., & Robinson, J. (2019). Are young female suicides increasing? A comparison of sex-specific rates and characteristics of youth suicides in Australia over 2004-2014. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11.

Twenge, J. M. (2020). Why increases in adolescent depression may be linked to the technological environment. *Current opinion in psychology*, 32, 89-94.

Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of abnormal psychology*, 128(3), 185.

WHO. (2022). Mental health: strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

CAPITOLO 5

INTERVENTO IN CASO DI CRISI

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-DU-000029939

Crisi:

- Definizione
- Scopo dell'intervento in caso di crisi
- Diagnosi e atteggiamento verso la crisi
- Durata
- Risposta
- Escalation di una crisi
- Tecniche di de-escalation

Definizione

L'intervento di crisi si riferisce ai diversi metodi utilizzati per fornire un aiuto immediato, a breve termine e a lungo termine in una crisi, al fine di aiutare le persone che si trovano ad affrontare un evento che causa un forte disagio. Il disagio può essere emotivo, mentale, fisico e comportamentale.

La crisi è un evento che può essere molto difficile da affrontare e può riferirsi a qualsiasi situazione in cui l'individuo percepisce un'improvvisa perdita della propria capacità di utilizzare abilità efficaci di problem-solving e di coping, di solito una situazione che sembra superare la capacità dell'individuo di farvi fronte. A seguito di una crisi, le persone possono subire uno squilibrio psicologico, emotivo, fisico e comportamentale. Tutto ciò provoca confusione nell'individuo, disorganizzazione e panico.

Una crisi può essere vissuta come un evento stressante che può verificarsi a causa di altre condizioni (una malattia acuta, un sovraccarico di lavoro, cambiamenti nella routine o nell'ambiente, cambiamenti di vita, fasi della vita, ecc.). A volte una persona malata può sperimentare una crisi a causa dell'incapacità dell'organismo di gestire un eccesso di stress, ma in uno stato di salute diverso la stessa persona avrebbe o potrebbe reagire in modo diverso. A volte è sufficiente che un individuo assista a determinati eventi che le persone vivono, eventi che scatenano una crisi o anche un'esperienza traumatica passata. Anche un evento di minore intensità può provocare una crisi in alcune persone.

Diversi eventi o circostanze sono considerati crisi per qualsiasi tipo di persona, con o senza disabilità: situazioni di pericolo di vita come disastri naturali (come un terremoto o un tornado), aggressioni sessuali e fisiche o altri tipi di vittimizzazione criminale; malattie mediche pericolose per la vita; malattie mentali; pensieri di suicidio o omicidio; perdita o cambiamenti drastici nelle relazioni (morte di una persona cara o divorzio, per esempio), ecc.

In questa guida si parlerà anche delle crisi derivanti da autolesionismo, aggressione verso gli altri, compresi gli assistenti, distruzione di proprietà e altri comportamenti difficili che alcuni adulti con disabilità intellettiva possono manifestare.

L'intervento in caso di crisi e la consulenza sui traumi sono un processo fluido in cui l'aiuto deve essere dato e fornito immediatamente. A volte non c'è molto tempo per creare una lunga relazione terapeutica o lasciare che la relazione terapeutica faccia il suo corso.

Bisogna essere pronti a lavorare più velocemente e talvolta a essere diretti con i clienti, dando consigli e direttive. Per capire cosa è successo è necessario iniziare con una valutazione rapida. La valutazione deve essere mobile e continua per tutto l'intervento, per rispondere ai bisogni sempre mutevoli e fluidi dei clienti durante la crisi.

Se avete paura e vi sentite impreparati a lavorare con questo tipo di beneficiari e se ne avete la possibilità, potreste avere bisogno di un rinvio urgente ad altri specialisti più esperti. A volte dovete anche essere pronti a permettere alle persone di essere contenuti da voi fino a quando non riattiveranno i loro meccanismi di coping e potranno accedere alle risorse necessarie per il recupero.

Scopo dell'intervento di crisi

L'intervento in caso di crisi ha diversi scopi. Mira a ridurre l'intensità delle reazioni emotive, mentali, fisiche e comportamentali a una crisi. Inoltre, aiuta le persone a tornare al livello di funzionamento precedente alla crisi, se possibile.

A volte il funzionamento può essere migliorato ulteriormente sviluppando nuove abilità di coping ed eliminando i modi di coping inefficaci, come il ritiro, l'isolamento e l'abuso di sostanze. In questo modo, l'individuo è meglio equipaggiato per affrontare le difficoltà future. Discutendo di ciò che è accaduto e dei sentimenti che ne derivano e sviluppando nuove capacità di coping e di problem solving, l'intervento in caso di crisi mira ad aiutare l'individuo a riprendersi dalla crisi, a prevenire l'insorgere di gravi problemi a lungo termine e a evitare, se possibile, il verificarsi di crisi simili in futuro. La ricerca documenta i risultati positivi dell'intervento in caso di crisi, come la riduzione dello stress e il miglioramento della risoluzione dei problemi.

Diagnosi e atteggiamento verso la crisi

Cercate di evitare di classificare e diagnosticare una persona durante una crisi (ad esempio, disturbo dell'attaccamento, ricerca di attenzione, sfogo autistico, episodio maniacale, ecc.) Quando vi troverete improvvisamente di fronte a una persona stressata, indignata e potenzialmente suicida o violenta, non vi interesserà e non avrete il compito di scoprire la diagnosi della persona. Condurre una valutazione psichiatrica e comprendere la diagnosi corretta in una situazione del genere è spesso difficile o addirittura impossibile anche se si dispone di un'équipe di tre psicologi più tre psichiatri: probabilmente si otterranno sei diagnosi diverse.

Conoscere con un po' di anticipo le diagnosi correlate a una presentazione rabbiosa o aggressiva può essere utile per guidare il vostro intervento quando si presentano problemi/crisi comportamentali. Questa conoscenza vi aiuterà a vedere il destinatario, o il potenziale aggressore, non come una persona malvagia, ma come una persona in difficoltà, incapace di soddisfare i propri bisogni o confusa. Inoltre, questo atteggiamento vi aiuterà a non far degenerare la situazione.

In una crisi può essere necessario stabilire confini chiari, ma se vedete una persona agitata come un aggressore che cerca di approfittarsi di voi, sarebbe utile evitare di non inasprire il conflitto, chiedendo anche supporto ai colleghi. È utile tenere a mente che il più delle volte le persone sono più aperte a ricevere aiuto durante le crisi. L'intervento in caso di crisi deve

essere condotto in modo solidale.

Durata

Una persona può aver vissuto la crisi nelle ultime 24 ore o nelle ultime settimane prima di chiedere aiuto. La durata dell'intervento di crisi può variare da un evento/sessione a diverse settimane, con una media di quattro settimane.

L'intervento di crisi è molto importante ma non sufficiente per le persone con problemi di lunga durata. La durata della seduta può variare da 20 minuti a due o più ore.

Dove

Una crisi può avvenire ovunque, ma più spesso in una serie di ambienti come le istituzioni che lavorano con le persone in crisi, come il pronto soccorso, gli ospedali, i centri di crisi, i centri di consulenza, le cliniche e gli ambulatori di salute mentale, le scuole, gli istituti penitenziari e altre agenzie di servizi sociali che si occupano di persone con disabilità, come i programmi diurni, gli alloggi di sostegno, ecc.

Risposte alle crisi

Una tipica risposta alla crisi passa attraverso diverse fasi.

1. Valutazione

Inizia con una valutazione rapida e continua di ciò che è accaduto durante la crisi e delle risposte dell'individuo. Si devono valutare i seguenti aspetti:

- Reazioni mentali (difficoltà di concentrazione, confusione, incubi).
- Reazioni emotive (tristezza, pianto incontrollato, intorpidimento, pensieri suicidi/omicidi, rabbia, disperazione).
- Reazioni fisiche (mal di testa, vertigini, affaticamento, problemi di stomaco)
- Reazioni comportamentali (problemi di sonno e di appetito, isolamento, irrequietezza).

È molto importante effettuare una valutazione del potenziale suicida e/o omicida dell'individuo.

Altre informazioni importanti da ottenere riguardano i punti di forza dell'individuo, le abilità di coping già utilizzate in passato e la disponibilità di una rete di supporto sociale.

1.1. Valutazione preliminare

Molti clinici utilizzano il modello bio-psico-sociale come quadro di riferimento per la valutazione.

L'approccio bio-psico-sociale può essere un'utile cornice per pensare a ciò che sta accadendo al cliente e per guidare il suo successivo intervento.

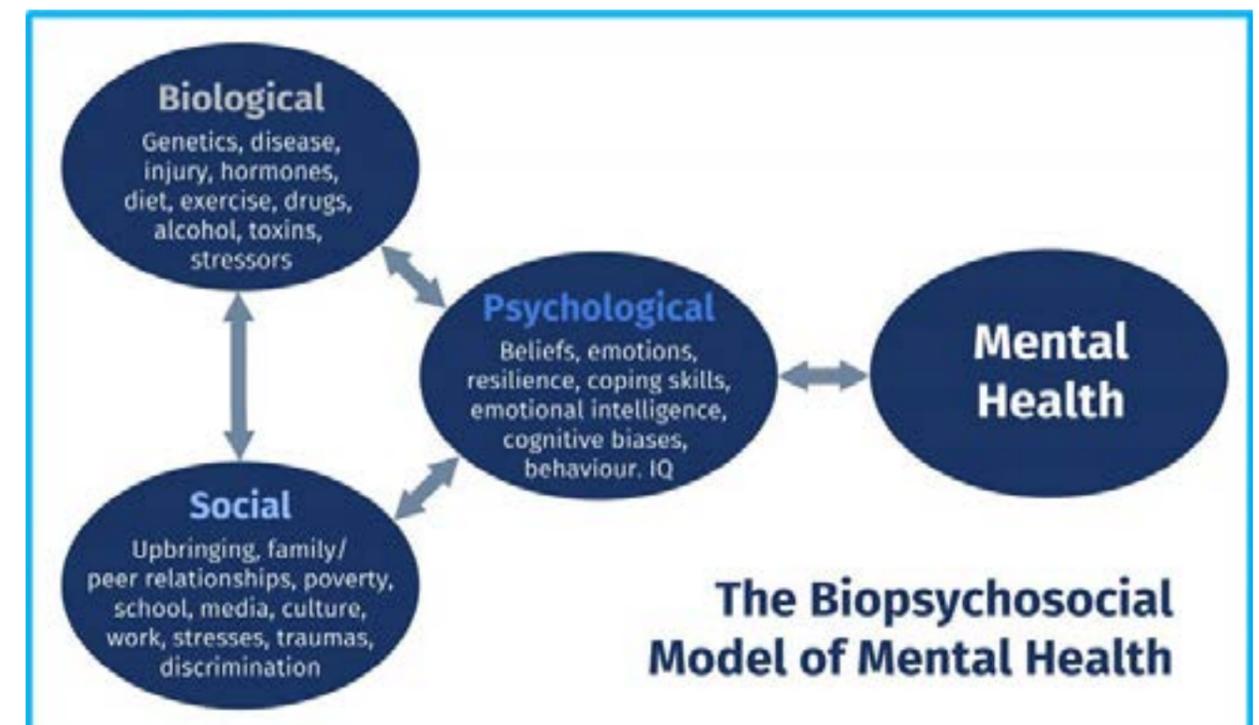
Torniamo all'importanza di conoscere la persona prima della crisi e agli strumenti di valutazione che possono guidare i metodi di intervento, anche se a volte non abbiamo questo vantaggio in una situazione di crisi.

Modello bio-psico-sociale nella salute mentale

Secondo il modello biopsicosociale, la salute di una persona, compresa quella mentale, è il risultato di molte forze, circostanze, fattori ed eventi diversi che hanno un effetto cumulativo sull'individuo.

Questi effetti cumulativi possono produrre risultati positivi o negativi nella vita delle persone. Se gli effetti negativi superano quelli positivi, una persona può sviluppare un disturbo mentale o nascere con una disabilità intellettuale o fisica.

Il modello che segue è utile quando si inizia a fare la valutazione. È improbabile che sia una cosa specifica a causare una crisi, ma piuttosto un insieme di circostanze negative che si sono accumulate. Di solito c'è un elemento che spinge una persona al limite, ma è improbabile che sia solo questo a causare una crisi.



Esempio 1

Immaginate di avere una brutta giornata a scuola o al lavoro. Avete già avuto una mattinata stressante a casa, vi siete svegliati troppo tardi, avete dimenticato il caffè nella macchinetta e siete usciti con la macchina pensando a quanto avete bisogno di quel caffè, siete rimasti bloccati nel traffico, avete affrontato molti più problemi del normale al lavoro e siete appena usciti da una riunione estenuante di cui vi eravate quasi dimenticati. Vi sedete di nuovo alla scrivania e prontamente rovesciate il caffè. Tutto questo potrebbe mandarvi su tutte le furie, farvi piangere o farvi sentire che odiate il vostro lavoro, tutti rossi in viso o tremanti.

Un estraneo che assiste a questa scena potrebbe pensare che siete così emotivi, goffi e deboli perché avete rovesciato il vostro drink o non siete riusciti a pronunciare due frasi comprensibili in quella riunione importante. Ma non era questo il vero problema. Sono stati tutti gli altri effetti cumulativi che si sono verificati in precedenza a creare una situazione in cui, quando si è rovesciato il caffè, era troppo. Questo è solo un semplice esempio. A tutti noi è capitato di avere giornate in cui nulla sembra andare per il verso giusto, e questo è esasperante.

Tutti possiamo riconoscere come gli eventi si sommano fino al punto in cui qualcosa di piccolo può farci superare il limite. Allo stesso modo, i fattori biologici, psicologici e sociali possono sommarsi nell'arco della vita di una persona e portare a periodi di malessere mentale.

In realtà esistono una miriade di condizioni che possono causare irritabilità o contribuire all'aggressività. Se a questo si aggiunge il numero di farmaci che possono causare irritabilità, si capisce perché, anche se si è un medico d'urgenza esperto, la diagnosi è una vera sfida.

Dire a qualcuno - prendi le medicine - quando è nel bel mezzo di una crisi d'ira è efficace quanto dire "calmati". Quante persone si calmano davvero quando viene loro impartito questo comando nel bel mezzo di una discussione?

Esempio 2

Non è molto noto che una malattia molto diffusa che può portare all'aggressività è il diabete. Purtroppo, a molti non viene diagnosticato il diabete e non sanno come si sentono e perché. L'agitazione/aggressività può essere uno dei tanti sintomi della malattia. Brad Bushman, professore alla Ohio State University, ha spiegato che "evitare gli impulsi aggressivi richiede autocontrollo, e l'autocontrollo richiede molta energia". Il glucosio fornisce questa energia al cervello. Negli esperimenti di Bushman, i soggetti hanno gestito meglio l'aggressività dopo aver bevuto una limonata zuccherata.

"Il diabete potrebbe non essere solo un male per se stessi, ma anche per la società" "Un sano metabolismo del glucosio può contribuire a una società più pacifica, fornendo alle persone un livello più elevato di energia per l'autocontrollo".

Nel caso delle persone con diabete può essere così semplice: più zucchero, più calma per alcune persone.

Bushman e altri hanno condotto diversi studi che hanno dimostrato che le persone che hanno problemi a metabolizzare il glucosio nel loro corpo mostrano più segni di aggressività e meno desiderio di perdonare gli altri.

1.2 Ulteriore valutazione della persona in crisi

Oltre alla conoscenza della diagnosi e dei farmaci assunti, ove possibile, è molto importante considerare quanto segue:

- Esposizione diretta agli eventi o come testimone.
- Crisi anticipata o improvvisa (ad esempio, morte di una persona cara dopo una lunga malattia o morte improvvisa).
- Livello di compromissione della persona prima della crisi.
- Livello di compromissione dovuto alla crisi (ad esempio, incidenti).
- La vicinanza dell'individuo a un'altra persona in crisi o traumatizzata.
- La natura della crisi: aggressione/morte/distruzione/perdite grandi o piccole, ecc.
- Crisi o trauma solitario o condiviso.

Le reazioni alle crisi e ai traumi variano da persona a persona: alcuni possono reagire con una forte manifestazione emotiva a una crisi derivante da piccole interruzioni della loro vita (come un'interruzione della routine nel caso di una persona affetta da autismo), mentre altri possono sopportare crisi maggiori senza reazioni degne di nota. Nella valutazione di una situazione di crisi, entrambi i tipi di reazioni dovrebbero essere considerati, nonostante la nostra opinione sull'entità del problema che può costituire una crisi e/o nonostante l'assenza dei segni estremamente manifesti di una crisi.

Quando si verifica la crisi o il trauma, la persona può sperimentare:

- Shock
- Intorpidimento psicologico/emotivo/reazione di stress congelata
- Negazione/rifiuto di accettare la realtà
- Reazioni emotive forti (aggressività, rabbia, pianto, ritiro, perdita di speranza)
- Reazioni fisiche (respirazione rapida, palpitazioni, tremori, ecc.)
- Incapacità di elaborare le informazioni a un ritmo normale, pensiero rallentato, ecc.
- Confusione, incapacità di concentrazione.

2. Intervento in situazioni di crisi**2.1. L'intervento in caso di crisi ha una componente educativa.**

l'individuo sia informato sulle diverse reazioni alla crisi e che sia consapevole di avere reazioni normali a una situazione anormale. Si dirà inoltre all'individuo

che queste reazioni sono temporanee.

Attività:

Considerare lo sviluppo delle capacità di comunicazione, quindi essere consapevoli del livello di vigilanza della persona e delle sue capacità di comunicazione. Cercare di identificare la causa della crisi con domande o affermazioni, senza mai forzare il racconto, come ad esempio:

"Ti va di raccontarmi, cosa è successo per renderti così turbato".

"Le va di dirmi il motivo per cui è così arrabbiato"

"Vorrei ascoltare quello che hai da dire, sono qui per ascoltarti".

"Sono qui per ascoltarti, se ti va, puoi dirmi cosa è successo".

Considerando la risposta alle domande di cui sopra, vi inviamo a riflettere su come interagireste con la persona con disabilità intellettiva una volta che avrete saputo cosa è successo.

2.2. Coping e problem solving in situazioni di crisi**2.2.1. Strategie di coping**

Uno degli obiettivi principali dell'intervento in caso di crisi è quello di esplorare le strategie di coping. Altri elementi dell'intervento in caso di crisi sono aiutare la persona a capire cosa è successo che ha portato alla crisi e la risposta ad essa, e quando possibile, si può supportare la consapevolezza e l'espressione di sentimenti come la rabbia, il senso di colpa e la disperazione.

Molto utili sono le strategie che l'individuo ha usato in precedenza per affrontare la crisi, che possono essere utilizzate nella crisi attuale e possono essere migliorate o incoraggiate. Nel momento della crisi si possono anche sviluppare nuove abilità di coping.

Le abilità di coping possono includere tecniche di rilassamento, respirazione ed esercizi fisici per ridurre la tensione e lo stress del corpo, così come scrivere i pensieri e i sentimenti scrivendo un diario, inviando una lettera invece di tenersi dentro le emozioni. È necessario incoraggiare un rapido collegamento con una rete sociale e altre opzioni per il sostegno sociale o per trascorrere del tempo con persone che offrono un senso di conforto e cura.

2.2.2. Risoluzione dei problemi

Questo processo prevede la comprensione approfondita del problema e dei cambiamenti desiderati, la considerazione di alternative per la soluzione del problema, la discussione dei pro e dei contro delle soluzioni alternative, la selezione di una soluzione e lo sviluppo di un piano per sperimentarla e la valutazione dei risultati insieme alla persona con disabilità cognitiva.

2.2.3 Valutazione dei risultati

Nella fase finale dell'intervento di crisi, la persona che ha effettuato l'intervento di crisi analizzerà le condizioni post intervento della persona con disabilità cognitiva, sottolineando che è possibile affrontare eventi difficili della vita e che ognuno di noi può attraversare eventi difficili nella vita.

Si incoraggerà ulteriormente l'uso di strategie di coping che hanno aiutato nella riduzione dello stress, durante l'intervento. Idealmente, si fornirà anche assistenza per fare piani realistici per il futuro, in particolare in termini di gestione di potenziali crisi future.

È importante osservare i segnali che indicano un peggioramento delle condizioni dell'individuo o altri segnali di allarme che una persona può manifestare, ad esempio comportarsi in modo calmo e gioioso ma parlare di pensieri di suicidio con un piano chiaro. Se necessario, verranno fornite informazioni su ulteriori risorse o aiuti aggiuntivi.

Potrebbe essere raccomandato di organizzare un follow-up telefonico o di persona a una data concordata in futuro con la persona con ID e i suoi assistenti.

3. L'episodio di aggressione come crisi

3.1. Quali sono le cause dell'aggressività?

Aaron Beck, pioniere della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), descrive come motivo principale delle persone agitate la sensazione di essere sminuiti. *"Le persone in conflitto percepiscono e reagiscono alla minaccia emanata dall'immagine piuttosto che a una valutazione realistica dell'avversario. Confondono l'immagine con la persona"*.

L'immagine più negativa che una persona può avere di un'altra persona è un'immagine che contiene qua-

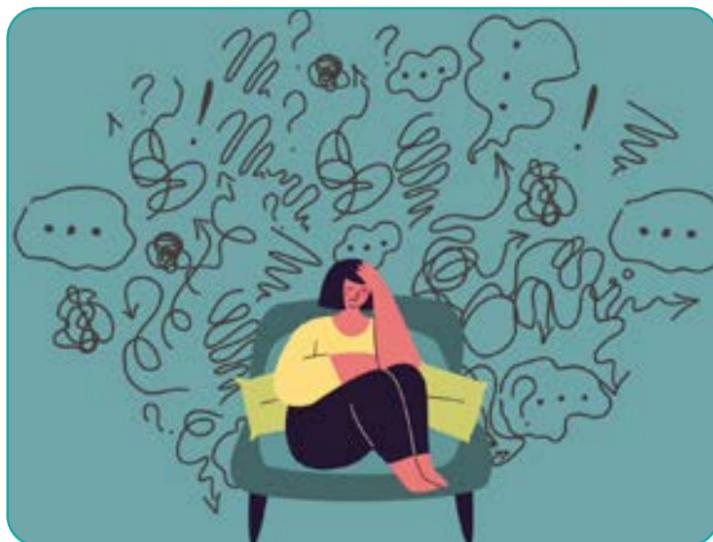
lità dell'avversario come pericolose, maligne, crudeli o sadiche.

"Anche se agisci con le migliori intenzioni e senza malizia, che sia a causa di psicosi, trauma o solo di una fugace somiglianza fisica, la persona di fronte a te potrebbe nutrire rancore. Potrebbe avere pensieri di inferiorità e vittimizzazione, sentimenti feriti e convinimenti che l'aggressore gli abbia fatto del male, che l'offesa sia stata intenzionale e senza giustizia, e che l'abusatore debba essere punito" - Karen Horney, psicoterapeuta, ha scritto della "tirannia del dovrei".

È il caso di persone che hanno un'idea fissa/rigida di come qualcuno dovrebbe comportarsi, la non soddisfazione dei desideri di questo tipo di persone può contribuire alla rabbia, all'aggressività e a comportamenti inappropriati.

Alcuni pazienti che hanno problemi di salute mentale o di dipendenza possono avere anche una storia di lesioni cerebrali traumatiche. Alcuni pazienti con storie di istituzionalizzazione potrebbero avere storie traumatiche di abusi fisici, sessuali ed emotivi, percosse e aggressioni regolari.

Le lesioni cerebrali traumatiche o altre lesioni cerebrali organiche possono essere accompagnate da disturbi del linguaggio o da altre disabilità motorie. I sintomi variano notevolmente a seconda della parte del cervello colpita.



3.2. Semplici tecniche di de-escalation

1. Mantenere una comunicazione semplice, parlando in modo non condiscendente - una priorità assoluta.
2. Ridurre gli stimoli di qualsiasi tipo, come ad esempio il rumore di fondo, può essere utile.
3. Non discutere o urlare contro la persona agitata.
4. Non pronunciare la parola NO alle sue richieste.
5. Evitare le persone e gli ambienti che hanno creato la crisi o l'escalation della crisi. Una persona che ha avuto una discussione con la persona con disabilità cognitiva dovrebbe, se possibile, abbandonare la scena e altre persone devono de-escalare la situazione.
6. Non chiedere un impegno diverso durante o subito dopo una crisi. Fornire spazio e tempo per il rilassamento. Un danno cerebrale, ad esempio, può rendere difficile la concentrazione, il che può aumentare l'agitazione e il pensiero confuso.

3.3. Fasi importanti per la de-escalation di un episodio di aggressività

Mantenere la distanza - per i matematici, la formula di sicurezza è:

Spazio + Tempo = probabilità di non subire lesioni OPPURE possibilità di subire lesioni.

Cosa si intende per distanza di sicurezza?

Una distanza di sicurezza è una distanza che può far sentire al sicuro il beneficiario e il soccorritore, almeno 4-5 metri intorno alla persona in crisi. Si raccomanda di lasciare lo spazio di sicurezza, potrebbe essere un'azione sicura per tutti. A volte i soccorritori tendono ad avvicinarsi alla persona in crisi e ad offrire un gesto calmante, ma non è una buona idea finché la persona non si calma e non vi invita ad entrare nel suo spazio..

Quanto tempo è sufficiente?

La risposta è: quanto ne hanno bisogno, possono essere minuti o ore. Come soccorritore di una crisi, se un beneficiario/cliente/paziente è agitato e verbalmente aggressivo, è importante offrire spazio e tempo alle persone per calmarsi, e tenere presente che ognuno è diverso, il cervello è cablato in modo diverso e le capacità di coping possono essere insufficienti o inesistenti. Quando il soccorritore interviene, deve evitare di peggiorare la situazione o di produrre una situazione peggiore con un esito peggiore. In caso di crisi, si raccomanda di lavorare con le persone con disabilità cognitiva e di aiutarle a ridurre la tensione, senza prendere personalmente eventuali attacchi.

4. Tentativi di suicidio

I tentativi di suicidio sono una situazione di crisi urgente e molte persone che hanno già avuto una storia di tentativi di suicidio possono commettere tentativi di suicidio in futuro e avere successo. La cosa migliore che possiamo fare è prevenire e osservare i segnali che mostrano un disagio profondo in una persona.

I segnali di allarme che indicano che una persona potrebbe essere in pericolo immediato di tentare il suicidio includono:

- parlare di voler morire o di volersi suicidare
- parlare di sentirsi vuoti o senza speranza o di non avere una ragione per vivere.
- parlare di sentirsi in trappola o che non ci sono soluzioni
- sentire un dolore emotivo o fisico insopportabile
- parlare di sentirsi un peso per gli altri
- ritiro dalla famiglia e dagli amici
- rinuncia a beni importanti
- dire addio ad amici e familiari
- correre grossi rischi che potrebbero portare alla morte
- parlare o pensare spesso alla morte, ponendo domande sulla morte
- Altri gravi segnali di allarme che indicano che qualcuno potrebbe essere in pericolo di tentare il suicidio sono:
 - mostrare sbalzi d'umore estremi, passando improvvisamente da molto triste a molto calmo o felice.
 - pianificazione o ricerca di modi per commettere il suicidio, come la ricerca di metodi letali online o l'accumulo di scorte.
 - parlare di sentirsi in colpa o vergognarsi
 - fare più spesso uso di alcol o droghe
 - comportamento ansioso o agitato
 - cambiamento delle abitudini alimentari o del sonno
 - esprime rabbia o parla di vendetta.

È importante ricordare che il suicidio non è una risposta normale allo stress. I pensieri o le azioni suicide sono un segno di estrema sofferenza e non devono essere ignorati. Non lasciate mai una persona suicida da sola, chiamate immediatamente l'ambulanza. Le persone in crisi si sentono senza speranza, è importante promuovere la speranza e le aspettative positive.

Non fate loro false promesse, ma incoraggiateli a risolvere il loro problema con l'aiuto fornito da voi o da un sistema di supporto già costruito intorno a lui. Parlate di nuove possibilità non ancora immaginate.

Cosa succederebbe se...?; Cosa potrebbe accadere se tu volessi...?; Cosa pensi che qualcun altro potrebbe provare in questo momento?

Assicuratevi di aiutare la persona a considerare un supporto intorno a se, nel momento di crisi.

5. Ultimo passo nell'intervento in caso di crisi: infondere fiducia in se stessi

Il nostro fine ultimo nell'intervento in caso di crisi è di cercare di concludere l'intervento infondendo fiducia in se stessi. Una persona in crisi è allo stremo, non ha possibilità interne e/o esterne per superare un evento senza affaticamento. La nostra speranza è che, al di fuori dell'intervento che si concentra sui piani d'azione più immediati e sulle abilità di coping in fase acuta, si possa aiutare una persona a evitare la medesima intensità di crisi in futuro o a sopravvivere ad esse con meno danni.

Non abbiamo tutte le risposte, c'è sempre un'incognita e dobbiamo essere, delicati, accorti e responsabili quando discutiamo di piani per fronteggiare la crisi. Inoltre, dobbiamo evitare di fare tutto al posto della persona, perché renderla dipendente da noi non la responsabilizza e non la rende serena. Per evitare che una persona diventi troppo dipendente da voi, bisogna dire chiaramente che non abbiamo tutte le risposte. Aspettate uno slancio da parte della persona e il suo punto di vista. Bisogna assicurarsi che la persona stia iniziando a fare dei piccoli passi, che possa facilmente essere in contatto con la sua rete di supporto, evitando che la persona si senta sopraffatta.

Questo è particolarmente vero per le persone con disabilità cognitiva e depressione, perché ogni fallimento le fa retrocedere. La fiducia in se stessi deriva dal coinvolgimento della persona nella pianificazione. Se si lavora con una persona che per lo più è dipendente, sarà più difficile farle assumere delle responsabilità.

Biografia

Working with People with Disabilities A Workshop on How to Better Understand, Communicate, and Work with Anyone with a Disability By Gini Graham Scott, Ph.D.

The Crisis Counseling and Traumatic Events Treatment Planner, with DSM-5 Updates, 2nd Edition.

Treatment plan components for 27 behaviorally based presenting problems. A step-by-step guide to writing treatment plans that meet the requirements of most accrediting bodies, insurance companies, and third-party payors.

Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility and Violence

Crisis De-Escalation: A Mental Health Professional's Guide for Anyone Managing Conflict - By Mark Schorr, D.D. Reed et al. (eds.),

Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities, Issues in Clinical Child Psychology, DOI 10.1007/978-1-4614-6531-7_3, © Springer Science+Business Media New York 2013

The Biopsychosocial Model of Mental Health - Delphis Learning

SUICIDE PREVENTION (NIMH "Suicide Prevention" -nih.gov)

The complete guide to crisis and trauma counselling - Norman Wright

CAPITOLO 6

IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E RINVIO AI SERVIZI SANITARI

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-A-DU-000029939.

Contenuti

1. Introduzione
2. La salute mentale: un elemento intrinseco della salute e del benessere
3. L'inclusione sociale e la partecipazione alla vita comunitaria nella costruzione dei percorsi di cura
4. Valutazione della salute mentale: un'introduzione
5. Valutazione e mappatura dei servizi specializzati per le persone con disturbi mentali
6. Il rinvio ai servizi sanitari: un percorso assistenziale da costruire per aumentare l'accesso alle cure di salute mentale

1. Introduzione

Quando i fornitori di servizi informali sono in grado di identificare persone con problemi di salute mentale, ma non hanno le competenze per affrontarli, una funzione chiave è quella di indirizzare questi individui ai servizi sanitari competenti, attrezzati per affrontare tali problemi. Questa nota di orientamento è stata sviluppata per tutti i professionisti che svolgono o sostengono attività educative formali e non formali per i giovani con problemi di salute mentale e si concentra in particolare sulle esigenze degli operatori di supporto e degli educatori, nonché degli psicologi e dei team di coordinamento educativo. Inoltre, è utile per gli enti pubblici: gruppi della comunità, pari, famiglie.

Uno dei fattori considerati davvero importanti nel progetto CALMD (www.calmdproject.eu) è la competenza degli educatori per adulti nell'adattare il loro lavoro ai bisogni dei beneficiari e nel focalizzarsi sul concetto di vita autonoma e anche sul principio dell'inclusione sociale, per cui questa nota può fornire strumenti per la pianificazione, la programmazione e lo sviluppo di nuovi pensieri e strategie. Questi contenuti sono quindi utili anche per chi lavora in settori come la tutela della salute pubblica e la salute mentale.

Un altro scopo di questi documenti è quello di fornire informazioni e indicazioni a tutte le parti interessate che desiderano sviluppare o trasformare il proprio sistema e i propri servizi di salute mentale.

2. La salute mentale è un elemento intrinseco della salute e del benessere

La salute mentale è un campo caratterizzato dalla complessità delle cause della sofferenza, dalla necessità di un approccio multidisciplinare e dal riconoscere e ricordare nella pratica della cura che il trattamento non può essere ridotto allo schema/struttura della terapia medica tradizionale occidentale. Prospettive che riducono la complessità dell'esperienza umana e del disagio, aumentano il rischio di un lavoro che non tiene conto della complessità e della specificità di un disagio nella vita di una persona inserita in una cultura specifica, in un tempo specifico.

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, come si evince dalla definizione di salute contenuta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da una serie di fattori socioeconomici che devono essere affrontati attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recupero in un approccio di tipo hole-of-government¹.

La pratica clinica, la ricerca sociale e la letteratura indicano che i determinanti della salute e della malattia mentale comprendono fattori individuali, sociali, comunitari e la loro reciproca interazione. Pertanto, la salute mentale può essere compresa solo considerando insieme le prospettive biologiche, psicologiche e socioculturali. Per prevenire la malattia mentale e promuovere la salute mentale, è quindi necessario intervenire simultaneamente su diversi fattori a più livelli.

Bronfenbrenner (1979) sostiene che lo sviluppo di una persona deve essere compreso all'interno di un sistema ambientale complesso, che va dal microsistema al macrosistema. Bisogna capire che ogni sistema è concepito come un'unità che comunica con un sistema più ampio e organizzato. Questi diversi livelli socio-ecologici sono inseriti in una prospettiva transazionale che sostiene una forte reciprocità individuo/ambiente.

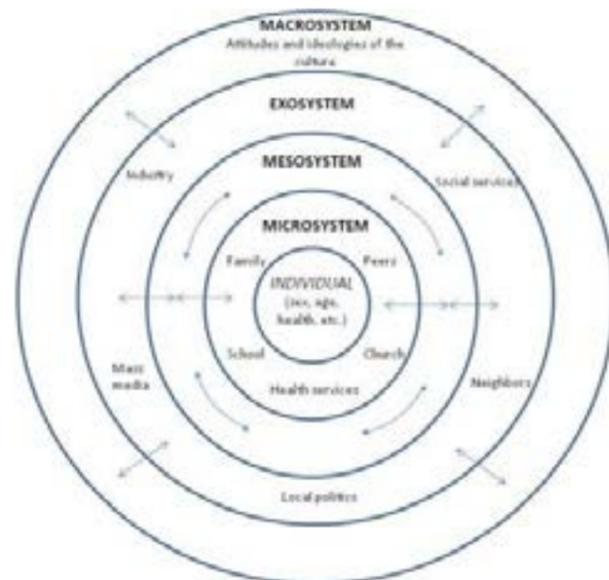
¹ OMS. Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020

Questi sistemi sono caratterizzati come segue:

- Il microsistema: è l'ambiente immediato dell'individuo.
- Il mesosistema: è un ambiente composto da luoghi specifici in cui l'individuo investe una quantità significativa di tempo. Questi luoghi provengono generalmente dal microsistema (famiglia - scuola).
- L'esosistema: tiene conto dei fattori esterni che influenzano più o meno direttamente l'individuo. È l'insieme delle strutture sociali e/o organizzative che governano gli altri sistemi già citati.
- Il macrosistema: comprende il meso- e l'esosistema e si concentra sui valori sociali e culturali che influenzano il comportamento e gli atteggiamenti.
- Il cronosistema: si riferisce alla dimensione temporale di qualsiasi ambiente umano, ma anche a un ambiente temporale legato a variabili sociali e culturali. Il cronosistema comprende quindi i legami normativi di transizione (passaggio da un periodo di esistenza a un altro parzialmente influenzato da altri sistemi).

Questi diversi sistemi sarebbero quindi in grado di promuovere una migliore comprensione del comportamento e degli atteggiamenti degli individui, ma anche di capire cosa potrebbe promuovere o inibire il loro benessere.

Bronfenbrenner, 1979



L'influenza di tutti i contesti, sistemi e ambienti su un individuo e una famiglia deve essere riconosciuta per comprendere appieno e sostenere uno sviluppo sano tra gli individui, le famiglie e il contesto in cui vivono. Il modello socio-ecologico proposto da Bronfenbrenner nel 1979 e poi aggiornato negli anni successivi, è stato creato e viene qui riproposto per aiutare a spostare la narrazione della salute e della malattia mentale da un problema puramente individuale a una più ampia responsabilità sociale e ambientale, al fine di identificare e offrire i servizi di cura più pertinenti ai bisogni dell'individuo.

In tutto il mondo, i servizi per la salute mentale si sforzano di fornire assistenza e supporto di qualità alle persone con condizioni di salute mentale o disabilità psicosociali. Tuttavia, in molti Paesi, le persone non hanno ancora accesso a servizi di qualità che rispondano ai loro bisogni e rispettino i loro diritti e la loro dignità. Ancora oggi, le persone sono soggette ad ampie violazioni e discriminazioni nei contesti di salute mentale, tra cui l'uso di pratiche coercitive, condizioni di vita povere e disumane, negligenza e, in alcuni casi, abusi. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), firmata nel 2006, riconosce l'imperativo di intraprendere importanti riforme per proteggere e promuovere i diritti umani nella salute mentale. Sono necessari cambiamenti significativi nel settore sociale per sostenere l'accesso all'istruzione, all'occupazione, all'alloggio e ai benefici sociali per le persone con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali².

La promozione, la prevenzione, la cura e la protezione della salute mentale sono un elemento essenziale della copertura sanitaria universale. Ciò si riferisce non solo a un migliore accesso ai servizi attraverso una migliore integrazione delle cure mentali nei servizi di assistenza primaria, ma anche a una maggiore protezione finanziaria. Tuttavia, i disturbi mentali pongono diversi problemi di accesso ai servizi e alle risorse finanziarie (stigma, scarsa consapevolezza, cronicità). L'integrazione delle cure mentali nei servizi di assistenza primaria è importante per garantire servizi accessibili, economici e accettabili alle persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie³.

L'integrazione dell'assistenza psichiatrica nell'ambito delle cure primarie ha il potenziale per migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale che sono forniti in modo coordinato in base ai bisogni delle persone, rispettando le loro preferenze, ed è sicuro, efficace, tempestivo, accessibile e di qualità accettabile.

² OMS. Guida alla salute mentale di comunità

³ https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2_services_2021

Principi fondamentali per l'integrazione della salute mentale nell'assistenza sanitaria di base⁴:

- Equità: Le persone affette da disturbi devono poter accedere, senza il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentono loro di raggiungere la guarigione e il più alto standard di salute raggiungibile.
- Diritti umani: Le strategie, le azioni e gli interventi per il trattamento, la prevenzione e la promozione della salute mentale devono essere conformi alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e ad altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani, garantendo che l'indipendenza e la dignità delle persone con disturbi e disabilità psicosociali non vengano violate.
- Pratica basata sull'evidenza: Le strategie e gli interventi di salute mentale per il trattamento, la prevenzione e la promozione devono essere basati su prove scientifiche e/o sulle migliori pratiche, tenendo conto di considerazioni culturali e contestuali.
- Approccio al corso della vita: Le politiche, i piani e i servizi per la salute mentale devono tenere conto dei bisogni sanitari e sociali in tutte le fasi del corso della vita, compresa l'infanzia, la fanciullezza, l'adolescenza, l'età adulta e l'età avanzata.
- Approccio multisettoriale: Una risposta globale e coordinata per la salute mentale richiede la collaborazione di più settori pubblici, come la sanità, l'istruzione, l'occupazione, il sistema giudiziario, l'edilizia abitativa, il settore sociale e altri settori rilevanti, nonché il settore privato, per promuovere una risposta dell'intera società, come appropriato alla situazione del Paese.
- Empowerment delle persone con disturbi e disabilità psicosociali: Le persone con disturbi e disabilità psicosociali dovrebbero essere responsabilizzate e coinvolte nella difesa della salute mentale, nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella fornitura di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione⁵.

In un contesto più ampio, alcune determinanti sociali critiche che hanno un impatto sulla salute mentale delle persone, come la violenza, la discriminazione, la povertà, l'esclusione, l'isolamento, la precarietà del lavoro o la disoccupazione, la mancanza di accesso all'alloggio, alle reti di sicurezza sociale e ai servizi sanitari, sono fattori spesso trascurati o esclusi dal discorso e dalla pratica della salute mentale. In realtà, le persone che vivono con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali spesso affrontano barriere sproporzionate nell'accesso all'istruzione, all'occupazione, all'alloggio e alle prestazioni sociali - diritti umani fondamentali - sulla base della loro disabilità. Di conseguenza, un numero significativo di perso-

ne vive in povertà. Per questo motivo, è importante sviluppare servizi di salute mentale che si occupino di questi importanti aspetti della vita e garantire che i servizi disponibili per la popolazione generale siano accessibili anche alle persone con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali⁶.

L'integrazione della salute mentale nelle cure primarie e un atteggiamento di cooperazione tra i diversi attori e servizi locali non solo migliorano la copertura dei servizi per i disturbi mentali, ma facilitano anche la promozione della salute e del benessere mentale, la prevenzione dei disturbi mentali e la riduzione dei comportamenti a rischio, tra cui l'autolesionismo. Si stima che più della metà dei problemi di salute mentale degli adulti inizi durante l'infanzia e l'adolescenza⁷. Una scarsa salute mentale e un'adeguata capacità di regolazione della vita e delle emozioni nell'adolescenza sono associate a comportamenti a rischio e autolesionismo, a problemi sanitari e sociali come l'insuccesso scolastico, la delinquenza e l'abuso di sostanze, e aumentano il rischio di povertà e di altri esiti negativi in età adulta. L'OMS e l'UNICEF hanno recentemente avviato lo sviluppo di un pacchetto di misure per la salute degli adolescenti - Helping Adolescent Thrive (HAT) - per la promozione della salute mentale, la prevenzione dei disturbi mentali e la riduzione dei comportamenti a rischio e delle autolesioni.

I tassi di patologie della salute mentale aumentano significativamente durante e dopo le emergenze umanitarie. Sebbene molte persone guariscano naturalmente senza trattamento, i tassi di prevalenza a lungo termine per un'ampia gamma di condizioni rimangono elevati. Il disagio psicologico è comune anche tra i rifugiati, spesso esposti a vari fattori di stress interconnessi, tra cui la perdita di risorse e beni, la morte o la separazione dai propri cari e l'esposizione diretta a conflitti armati e violenze. Per realizzare l'obiettivo della copertura sanitaria universale, è essenziale massimizzare gli sforzi per aumentare l'assistenza alle persone con disturbi mentali e che i Paesi forniscano risorse finanziarie e umane sufficienti per l'assistenza alla salute mentale e migliorino l'accesso alle cure per le persone con disturbi mentali e le loro famiglie. È necessario riconoscere la natura trasversale dei problemi di salute mentale e la necessità di integrare i servizi di salute mentale nell'assistenza primaria.⁸

⁴ https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2

⁵ World Health Organization. Mental Health Action Plan (2013-2020); 2013.

⁶ WHO. Guidance on community mental health services 2021

⁷ Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c in World Health Organization. Mental Health Action Plan (2013 - 2020); 2013.

⁸ World Health Organization. Mental Health Action Plan (2013-2020); 2013.

3. Inclusione sociale e partecipazione alla vita comunitaria nella costruzione dei percorsi di cura

La costruzione dell'identità e del significato delle comunità e il ruolo della cultura mostrano l'importanza dell'inclusione sociale e della partecipazione alla vita comunitaria nella costruzione dei percorsi di cura. Il supporto nell'accesso all'occupazione e alle opportunità di formazione, all'istruzione e alle attività sociali e ricreative sono caratteristiche importanti. Pertanto, questo documento intende sottolineare l'importanza del coordinamento e della collaborazione tra i servizi territoriali al fine di indirizzare le persone verso diversi servizi e supporti nella comunità.

La costruzione dell'identità

L'identità personale è in parte eterodeterminata, quindi costruita attraverso incontri e storie, ed è il risultato flessibile di sovrapposizioni, di aggiunte legate alla storia di ogni individuo. L'identità è sfaccettata. L'essere umano è allo stesso tempo uno e molteplice: ogni individuo porta in sé caratteristiche funzionali essenzialmente comuni agli altri e allo stesso tempo possiede caratteristiche mentali, cerebrali, psicologiche, affettive e intellettuali peculiari e distinte. L'individuo è quindi complesso in sé, così come sono complessi gli altri individui e la società, che è costituita da complessi individuali. Il sé è composto da diverse parti (più precisamente rappresentazioni) di se stesso in continua evoluzione e in cambiamento sulla base delle proprie esperienze, incontri, educazione e trasformazioni. Questi cambiamenti sono organici.

Gli esseri umani entrano in questo mondo in contesti e ambienti particolari, che variano nel tempo e nello spazio, e che li costruiscono come esseri umani specifici, e hanno in comune la capacità di accogliere ciò che li determina, ma anche di rifiutarlo e cercare di sostituirlo. Su una base genericamente umana, costituita dall'ampio potenziale e dalla grande plasticità della specie, gli esseri umani specifici, culturali, etnici sono costituiti e capaci - interagendo innanzitutto con gli altri del proprio gruppo - di evolversi nell'ambiente in cui sono giunti e di contribuire al progresso della storia specifica a cui, volenti o nolenti, partecipano.

Poiché ciò che costruisce l'uomo sono le relazioni e, in primo luogo, l'incontro (di materiali, intenzioni, influenze) da cui nasce la combinazione inedita che siamo, non può esistere una umanizzazione solitaria: c'è continuità tra identità individuale e collettiva; non c'è l'una senza l'altra.

La persona rappresenterebbe il punto di intersezione

di tre linee rette: quella verticale della discendenza, quella orizzontale della continuità con l'ambiente, umano e non umano, che è qui e ora, e quella della nostra specifica vicenda esistenziale.

Il significato di comunità

Per "comunità" si intende un gruppo i cui membri condividono alcune caratteristiche comuni - come la posizione geografica o il luogo di origine percepita, la lingua, gli interessi, le credenze, i valori, i compiti, l'affiliazione politica, l'identità etnica o culturale, il senso di appartenenza e altro - e le cui dimensioni variano da molto piccole, come una famiglia nucleare, a estremamente grandi, come gli abitanti di un intero continente. Più precisamente, le comunità sono sistemi umani caratterizzati da interrelazioni e interazioni tra i loro membri in un determinato contesto. In quanto tale, una comunità è un insieme di gruppi di:

- Individui;
- Famiglie nucleari e/o allargate
- Tribù e/o clan
- Gruppi confessionali;
- Partiti politici;
- Congregazioni;
- Associazioni di uomini, donne, disabili e giovani;
- Associazioni professionali;
- Gruppi artistici amatoriali;
- Gruppi sportivi;
- I gruppi di interesse, come le persone che amano un certo tipo di musica, una squadra di calcio o una star.

Le interrelazioni gerarchiche e non gerarchiche tra individui, gruppi e sistemi di significato caratterizzano ogni comunità. Le comunità sono dinamiche e mutevoli, non solo in termini di membri effettivi, ma anche in termini di caratteristiche e preoccupazioni. Le comunità, come tutti i sistemi, hanno bisogno sia di un certo grado di stabilità sia di un certo grado di cambiamento per sopravvivere e prosperare. Se c'è troppa stabilità, il sistema ristagna; se c'è troppo cambiamento, il sistema finisce nel caos. Le comunità hanno sempre bisogno di mantenere un contatto vitale con le proprie radici e tradizioni, mentre devono anche adattarsi alle nuove circostanze e alle sfide che affrontano lungo il continuum temporale, soprattutto quando incontrano avversità.

4. Valutazione della salute mentale: un'introduzione

Come introduzione vorremmo descrivere un breve schema degli argomenti affrontati durante una prima valutazione del paziente in salute mentale. Queste linee guida e i colloqui per condurre l'assessment sono, ovviamente, di competenza dei professionisti autorizzati a farlo (psicologo, psicoterapeuta e psichiatra). Conoscere l'argomento e i principali campi di indagine è utile per capire quale ambito potremmo esplorare utilizzando la mappa dei segni e dei sintomi comuni che trovate di seguito.

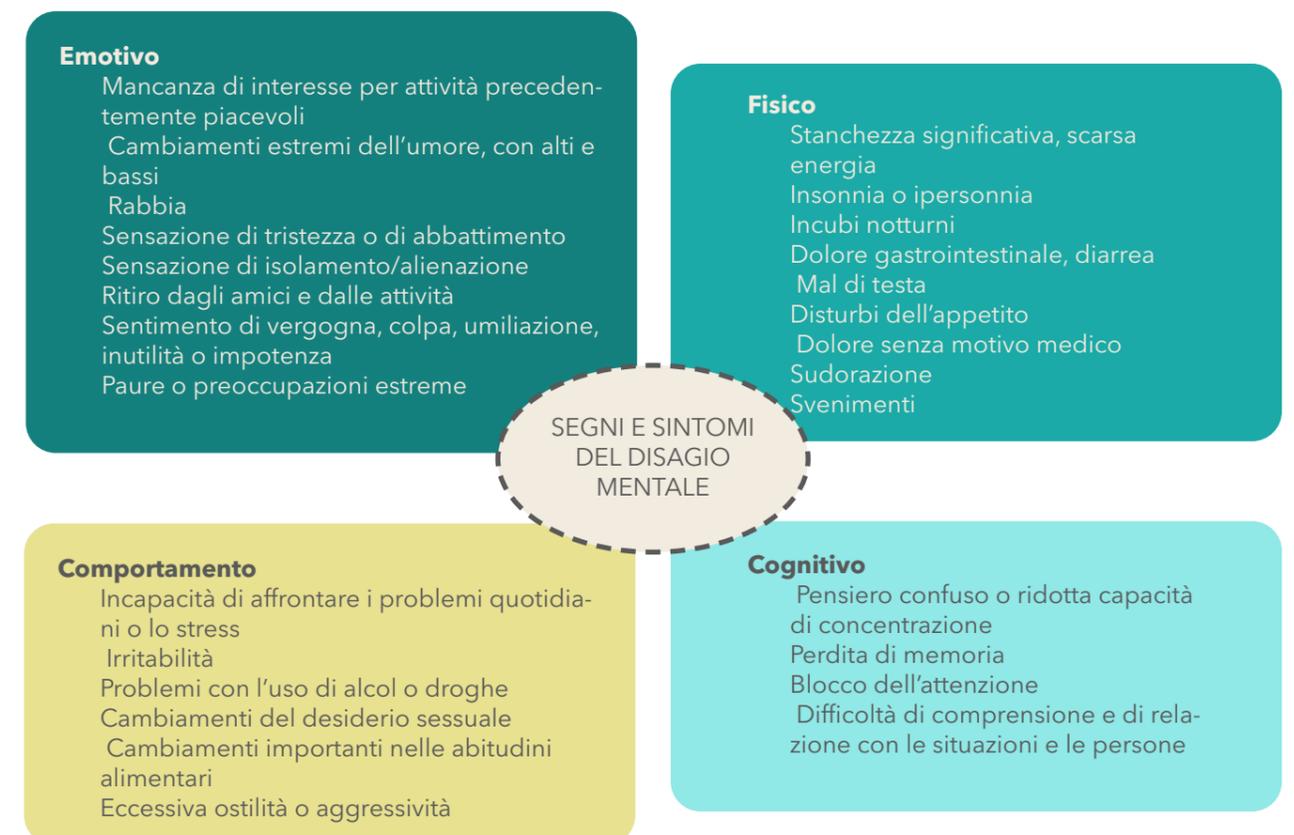
Argomento principale della prima valutazione:

- Sintomi lamentati
- Storia personale (eventi importanti della vita che la persona ha vissuto, per esempio livello di istruzione, storia delle relazioni: lutti, separazioni)
- Fattori scatenanti (perdita di persone care, separazione, eventi traumatici) che possono aver aggravato lo stato di sofferenza mentale e la presenza dei sintomi lamentati.
- Anamnesi medica e psichica (ad es. ha avuto sintomi simili in passato, è la prima volta che li ha avuti, farmaci precedenti e attuali)
- Punti di forza interni e altre risorse esterne

- Storia familiare generale (relazioni con i membri della famiglia) e storia familiare di disturbi mentali (presenza di altri membri in una situazione di disagio mentale)
- Situazione sociale e supporto sociale (condizioni di vita, lavoro/occupazione, stabilità finanziaria/sicurezza, accesso alle cure)
- Stato mentale. Osservazione della forma e del contenuto del pensiero e del linguaggio, osservazione dell'umore, del comportamento, dell'aspetto/igiene.

Mappa dei segni e sintomi comuni di malattia mentale

I segni e i sintomi del disagio mentale possono variare a seconda del disturbo, delle circostanze e di altri fattori. I sintomi della sofferenza mentale possono riguardare emozioni, pensieri e comportamenti. La presenza di uno solo di questi segni non è indice di disagio mentale. È la co-occorrenza di più di questi segni e sintomi che può aiutarvi a prendere la decisione di iniziare un percorso di cura per indirizzare la persona/utente di cui vi occupate verso la cura della salute mentale. In questo modo è possibile avviare un percorso di rete per promuovere un lavoro di équipe multiservizi.



Complicazioni

Se un ambiente sociale-familiare-comunitario non favorevole può ostacolare il benessere mentale favorendo lo sviluppo di sintomi di disagio, allo stesso modo i sintomi del disagio mentale possono includere complicazioni e causare gravi problemi di salute emotiva, comportamentale, fisica e sociale.

Le complicazioni talvolta correlate al disagio mentale possono includere:

- conflitti familiari
- mancanza di lavoro o di scuola, o altri problemi legati al lavoro o alla scuola
- problemi legali e finanziari
- povertà e mancanza di una casa
- autolesionismo e danni ad altri, compresi suicidio e omicidio - Indebolimento del sistema immunitario - malattie cardiache e altre condizioni mediche

Il gran numero di variabili che dovrebbero giocare un ruolo nell'individuazione di questi segni e sintomi e la comprensione della situazione personale dell'individuo che abbiamo in carico, richiedono uno sforzo di analisi. La pratica migliore da seguire è quella di discutere il caso con un supervisore o un gruppo di supervisione con professionisti che dovrebbero aiutare e orientarsi nella comprensione scritta della propria osservazione. Questo è un passaggio obbligatorio da inserire nel processo di lavoro per iniziare con una consapevolezza concreta su ciò che si è osservato e sulla necessità del percorso per indirizzare la persona ai servizi di salute mentale.

5. Valutazione e mappatura dei servizi specializzati per le persone con disturbi mentali

Quando un professionista che lavora con un adulto con disabilità mentale rileva che dovrebbe trattarsi di un disturbo mentale, è il momento di pianificare il possibile intervento in un approccio multi-servizio. Prima di progettare e realizzare interventi rivolti a persone con disturbi mentali, si potrebbe fare un'attività di mappatura incentrata su:

- Le fonti di assistenza "informale" esistenti a livello comunitario per le persone con gravi disturbi mentali;
- Conoscenza delle diverse fonti di assistenza disponibili nella comunità/territorio;- Atteggiamento nei confronti delle diverse fonti di assistenza;- comportamento di ricerca della salute delle persone con gravi disturbi mentali;
- Meccanismi di coping esistenti, compresi gli sbocchi sociali, culturali e spirituali, che potrebbero essere utilmente rafforzati;
- Qualsiasi piano comunitario attuale o precedente per affrontare i bisogni delle persone con gravi disturbi mentali, comprese le capacità, le lacune e le richieste di ulteriore supporto;- persone di risorse provenienti da diversi sottogruppi della

comunità (ad esempio, gruppi di donne, organizzazioni giovanili, associazioni culturali e religiose) che potrebbero essere reclutate e formate per sostenere le persone con gravi disturbi mentali. Queste informazioni dovrebbero facilitare l'identificazione di:

- Servizi per il rinvio immediato di coloro che ne hanno bisogno;
- Collaborare con questi servizi, con l'obiettivo di costruire gradualmente la loro capacità di ricevere gli invii;
- Possibili ostacoli creati dalle percezioni e dai comportamenti di ricerca di salute degli individui, delle famiglie e delle comunità colpite.

Piramide IASC di MHPSS - Salute mentale e sostegno psicosociale (IASC, 2007)

L'Inter-Agency Standing Committee (IASC)¹⁰ struttura le attività di MHPSS in una piramide, che è diventata estremamente popolare negli interventi di MHPSS nelle emergenze di tutto il mondo. Tuttavia, possiamo adottare questo modello per esprimere il sistema di intervento e di invio anche in Paesi con condizioni di non emergenza.

La piramide prevede un sistema stratificato di supporti complementari che rispondono ai bisogni della popolazione target e alle esigenze dell'intervento. Questi includono servizi di base e di sicurezza, sostegno alla comunità e alla famiglia, servizi mirati e servizi specializzati. Questi livelli non sono gerarchici e idealmente dovrebbero essere implementati simultaneamente.



¹⁰ LINEE GUIDA DEL COMITATO PERMANENTE INTER-AGENZIE (IASC) SU MHPSS IN CONTESTI DI EMERGENZA (IASC, 2007).

Il primo strato della piramide si riferisce alla protezione del benessere di tutte le persone, assicurando che le considerazioni psicosociali e/o sociali siano prese in considerazione al momento della (ri)creazione dei servizi di base e della sicurezza.

La sicurezza, una governance adeguata e i servizi che soddisfano i bisogni di base, come "cibo, riparo, acqua, assistenza sanitaria di base e controllo delle malattie trasmissibili", dovrebbero essere forniti in "modi partecipativi, sicuri e socialmente appropriati che tutelino la dignità dell'individuo e della comunità locale, rafforzino i supporti sociali locali e mobilitino le reti comunitarie".Le risposte del MHPSS a questo livello potrebbero includere la promozione di questi servizi "con gli attori responsabili; la documentazione del loro impatto sulla salute mentale e sul benessere psicosociale; la promozione della salute mentale e del benessere psicosociale" (IASC, 2007).

Il secondo livello si riferisce al "sostegno alla comunità e alla famiglia" e richiama l'attenzione sull'importanza del ruolo svolto dalla comunità nel consentire il mantenimento e il miglioramento della salute mentale delle persone affette da disagio mentale, specificando attività quali "programmi di sostegno alla genitorialità, attività educative formali e non formali, attività di sostentamento e l'attivazione di reti sociali, ad esempio attraverso gruppi di donne e di giovani" (IASC, 2007). Più specificamente, le Linee guida raccomandano di promuovere "le condizioni per la mobilitazione della comunità".

Il terzo livello, il sostegno mirato, si riferisce al supporto fornito alle persone che "richiedono interventi individuali, familiari o di gruppo più mirati da parte di professionisti formati e supervisionati" (IASC, 2007).

Il quarto livello, i servizi specializzati, si riferisce ai servizi forniti alle persone che incontrano difficoltà significative nel funzionamento quotidiano di base a causa di sofferenze intollerabili e alle persone con gravi disturbi mentali (IASC, 2007). L'assistenza dovrebbe includere supporto psicologico o psichiatrico, "rinvii a servizi specializzati, se esistono, o l'avvio di una formazione a lungo termine e la supervisione di operatori sanitari primari/generali" (IASC, 2007).

Quando avrete chiara la mappa dei servizi e dei professionisti presenti sul territorio che dovrebbero aiutarvi nel percorso di invio della persona ai servizi per la cura della salute mentale, dovrete cercare di organizzare degli incontri sul "case management dell'utente". Si tratta di un lavoro di cooperazione tra

diverse istituzioni e attori sociali per creare un percorso comune di interventi per la persona, che sarà al centro delle attività previste.

Il Piano d'azione europeo per la salute mentale definisce in prima istanza i punti su cui si basa la necessità di un'adeguata assistenza alle persone con disagio mentale. I benefici vanno dal miglioramento della qualità della vita all'efficienza del sistema sanitario e alla tutela del diritto alla salute, che riguarda tutti i cittadini di ogni Stato.

In particolare, si sottolinea che l'aspettativa di vita delle persone con disabilità mentale, aggiustata per l'età e il sesso, è di diversi anni inferiore a quella della popolazione generale, a causa delle comorbidità e delle interazioni tra stato di salute mentale e fisico che vengono ignorate. L'informazione inadeguata e lo stigma sono un altro fattore importante.

In questo quadro, il lavoro multidisciplinare e le collaborazioni sono fondamentali. Tutti i settori della società sono responsabili della salute mentale. Ogni ente pubblico e indipendente vi contribuisce e deve dare il proprio contributo. Questo non significa che nessuno si preoccupi della salute mentale o della malattia mentale. Anzi, è vero il contrario: è difficile trovare qualcuno che non mostri preoccupazione e partecipazione, ma a volte può essere difficile capire quali attori dovrebbero assumere un ruolo di coordinamento.

Gli obiettivi del Piano d'azione europeo per la salute mentale

Sono stati formulati in totale sette obiettivi, di cui quattro centrali e tre trasversali, che definiscono la portata di questo Piano d'azione. Per ogni obiettivo vengono proposte azioni che gli Stati membri e l'OMS devono intraprendere per ottenere risultati misurabili a livello politico e/o di attuazione. La priorità tra queste azioni deve essere determinata in base alle esigenze e alle risorse disponibili a livello nazionale, locale e regionale.

I quattro obiettivi centrali sono i seguenti:

1. Tutti hanno le stesse opportunità di raggiungere il benessere mentale a qualsiasi età e questo è particolarmente vero per le persone più vulnerabili o a rischio;
2. Le persone con problemi di salute mentale sono cittadini i cui diritti umani sono pienamente riconosciuti, protetti e promossi;
3. I servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e dispo-

nibili per la comunità in base alle necessità.

4. Le persone hanno diritto a un trattamento rispettoso, sicuro ed efficace.

I tre obiettivi trasversali sono:

5. I sistemi sanitari forniscono una buona assistenza per la salute fisica e mentale di tutti;

6. I sistemi di salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori;

7. La governance della salute mentale e l'erogazione dei servizi si basano su informazioni e conoscenze affidabili.

Come si evince da quanto sopra, il coordinamento tra i diversi settori (sanitario, sociale e dell'istruzione) è fondamentale.

6. Il rinvio ai servizi sanitari: un percorso di cura da costruire per aumentare l'accesso alle cure per la salute mentale

Esistono notevoli preoccupazioni riguardo a una serie di barriere che ostacolano l'accesso alle cure. Queste possono includere lo stigma (sia culturale che personale, e la stigmatizzazione), la disinformazione o le credenze culturali sulla natura del disturbo mentale, la politica sociale o altri approcci che limitano l'accesso ai servizi.

I principali problemi di salute mentale che dovrebbero essere identificati nella comunità selvaggia sono l'ansia e la depressione. Anche quando le persone affette da ansia e depressione si rivolgono al proprio medico di base, il loro disturbo spesso non viene riconosciuto, in parte perché molti non presentano i loro sintomi psicologici in modo evidente.

Per molte persone affette da un comune disturbo mentale, lo stigma e l'evitamento possono contribuire al mancato riconoscimento della loro condizione. Il pessimismo sui possibili risultati del trattamento può contribuire ulteriormente. Tuttavia, gli stessi medici di base possono contribuire al mancato riconoscimento di queste condizioni.

Inoltre, diversi ricercatori hanno rivelato che un accesso più scarso alle cure è stato associato a una classe sociale inferiore, alla posizione geografica, a gruppi di minoranza etnica, alla presenza di disabilità sensoriali o di altro tipo, alla presenza di difficoltà di apprendimento e a particolari fattori demografici, tra

cui l'età e il genere (per esempio, anziani o uomini più giovani). Questa linea guida cerca di evidenziare le azioni, i servizi e le iniziative che possono essere specificamente progettate da diverse entità sociali per promuovere l'accesso, sia per la popolazione generale che per gruppi specifici.

Possiamo suddividere questi interventi nelle seguenti aree:

- sensibilizzazione della comunità;
- fornire educazione e informazioni sulla natura del disturbo mentale;
- modelli nuovi e adattati di erogazione dei servizi che si concentrano sui bisogni delle persone appartenenti a minoranze o degli anziani.

Abilità di consultazione

I medici di base sono estremamente variabili nella loro capacità di riconoscere le malattie depressive: alcuni riconoscono praticamente tutti i pazienti che risultano depressi in un colloquio di ricerca indipendente, mentre altri ne riconoscono pochissimi (Goldberg & Huxley, 1992; Üstün & Sartorius, 1995).

Le capacità comunicative del medico di base contribuiscono in modo determinante a determinare la sua capacità di rilevare il disagio emotivo e quelle con capacità superiori consentono ai pazienti di mostrare maggiori evidenze di disagio durante i colloqui, facilitando così l'individuazione (Goldberg & Bridges, 1988; Goldberg et al., 1993).

Secondo Goldberg e colleghi (1980a e 1980b), dieci comportamenti sono associati a una maggiore individuazione. Questi includono fattori quali il contatto visivo, una buona capacità di intervista, la formulazione di domande ben formulate e l'attenzione a qualcosa di più del semplice conteggio dei sintomi. I tentativi di migliorare il comportamento dei medici di base hanno avuto successo (Ostler et al., 2001; Tiemens et al., 1999), anche se i risultati sono contrastanti (Kendrick et al., 2001; Thompson et al., 2000) e gli interventi a volte non hanno un impatto sui risultati dei pazienti nonostante i cambiamenti nel comportamento dei medici (Gask et al., 2004).

Identificazione dei casi

Il fatto che i disturbi mentali più comuni spesso non vengano diagnosticati tra gli utenti delle cure primarie ha portato a suggerire ai clinici di effettuare uno screening sistematico dei disturbi nascosti. La mappa che trovate nelle pagine precedenti di questo documento dovrebbe aiutarvi, in quanto professionisti, a contribuire all'identificazione del caso, in modo da allentare il sistema che dovrebbe prendersene cura.

Modello di cura a gradini

We can consider as a case study the UK mental health. Possiamo considerare come caso di studio il sistema di salute mentale del Regno Unito, che è organizzato intorno ai principi della stepped care. La stepped care (Scogin et al., 2003) è un quadro di riferimento che viene sempre più utilizzato nel Regno Unito per fornire una struttura per i percorsi clinici di cura più efficaci. È stato progettato per aumentare l'efficienza dell'erogazione dei servizi con un beneficio complessivo per la popolazione dei pazienti. Il principio di base è che i pazienti che presentano un comune disturbo di salute mentale "passano attraverso" livelli progressivi di trattamento secondo le necessità, con l'aspettativa che molti di questi pazienti guariscano durante le fasi meno intensive. I trattamenti ad alta intensità sono riservati ai pazienti che non traggono beneficio dai trattamenti a bassa intensità o a coloro che si può prevedere con precisione che non ne beneficeranno. In questo modo, la cura graduale ha il potenziale per ottenere il massimo beneficio dalle risorse terapeutiche disponibili (Bower & Gilbody, 2005).¹¹

Per quanto riguarda il nostro argomento, il problema principale del modello di cura a gradini è che la posizione delle persone con disabilità non è registrata nella maggior parte dei siti, rendendo difficile capire come i committenti e gli erogatori possano assolvere alle loro responsabilità di promuovere l'accesso ai servizi per le persone con disabilità, ma possiamo provare ad applicare la cornice della cura a gradini alle opportunità di supporto sociale fornite in diverse nazioni alle persone con disabilità mentale.

Possiamo affermare chiaramente che il percorso di cura per gli adulti con disabilità mentale deve essere maggiormente basato sulla comunità e non solo sul sistema di cura. Gli attori sociali, educativi e informali potrebbero avere un ruolo fondamentale per il benessere generale e anche per accompagnare la persona all'autocura dei propri problemi mentali. Possiamo basare le nostre azioni sulle raccomandazioni del Piano d'azione europeo per la salute mentale e cercare di renderle operative in diverse fasi di coordinamento.

I due obiettivi utili a tal fine sono il 6° e il 7° del piano d'azione europeo, che consideriamo le linee guida che possono ispirare il nostro modo di lavorare come nodo della rete professionale che si prende cura di una persona con disabilità intellettiva e - eventual-

mente - con disagio mentale.

Obiettivo 6: i sistemi di salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori

La collaborazione tra diversi servizi è fondamentale nel campo della salute mentale e dell'assistenza alle persone affette da disturbi mentali. In ogni Paese, questa è funzionalmente delegata a diverse autorità a livello nazionale, regionale o locale, o in generale a diversi uffici di queste autorità. I diversi organismi devono circoscrivere le proprie funzioni e responsabilità organizzando adeguati sistemi di coordinamento tra loro. È necessario individuare gli organi con potere decisionale e i diversi organi devono essere in grado di lavorare in modo integrato.

Le procedure per indirizzare un utente da un servizio all'altro possono essere complesse, implicare diversi percorsi di accesso e processi di valutazione. Pochi fornitori di servizi comprendono le procedure in atto presso altre organizzazioni, anche se appartengono alla stessa area geografica. È possibile concordare procedure di valutazione uniformi, a condizione che il personale sia informato dei requisiti delle altre organizzazioni.

In molti Paesi, le risorse finanziarie destinate ai servizi di salute mentale, sanità pubblica e assistenza sociale provengono da fonti e voci di bilancio. I servizi di assistenza sociale provengono da fonti e voci di bilancio diverse, per cui le diverse regole di pagamento o di rimborso possono compromettere le buone prassi. Gli enti finanziatori dovrebbero trovare nuovi accordi per il pagamento o addirittura condividere le risorse di bilancio per migliorare l'efficienza e l'equità. In alcuni casi, sono gli stessi utenti e le loro famiglie a sapere come allocare le risorse in modo efficace ed efficiente, il che rafforza il loro ruolo.

Risultati

L'obiettivo 6 mira a raggiungere i seguenti risultati:

- accesso delle persone con disagio mentale ai benefici e ai servizi a cui hanno diritto;
- accesso alle cure, compresi i servizi specializzati, attraverso una procedura di valutazione integrata;
- sistemi di finanziamento che offrano incentivi per modalità di lavoro efficienti;
- scelte di allocazione delle risorse relative all'assistenza effettuate sfruttando le competenze degli utenti dei servizi e delle loro famiglie.

¹¹ DISTURBI COMUNI DELLA SALUTE MENTALE - Disturbi comuni della salute mentale - NCBI Bookshelf (nih.gov)

Azioni proposte

Agli Stati membri viene proposta la seguente azione:

- (a) chiarire i ruoli e le responsabilità delle agenzie di salute mentale generali e specialistiche nei diversi settori.

Obiettivo 7: La governance della salute mentale e l'erogazione dei servizi si basano su informazioni e conoscenze attendibili.

- Conoscenze e informazioni corrette, pertinenti e all'avanguardia sono indispensabili per consentire a qualsiasi componente del sistema di salute mentale di valutare la salute mentale della popolazione e l'effetto degli interventi di salute pubblica, garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi di salute mentale, monitorare l'organico, la distribuzione e i trasferimenti e valutare i benefici apportati dall'innovazione. I vari attori e componenti del sistema hanno bisogno di informazioni diverse. In un'area così ampia come quella della salute mentale, sono necessari dati di input, processing, output e outcome relativi a variabili socio-economiche e ambientali. Tali dati dovrebbero essere richiesti solo nei casi in cui la loro raccolta è affidabile e il loro utilizzo è essenziale, poiché le richieste di dati non necessarie possono consumare risorse altrimenti necessarie per l'erogazione di cure di qualità e avere un effetto sulla qualità delle cure.
- La trasparenza e la responsabilità sono fondamentali per dimostrare e salvaguardare la sicurezza e la qualità dei servizi di salute mentale e i diritti degli utenti e delle loro famiglie. Le innovazioni devono essere introdotte sulla base di studi che ne valutino l'efficacia e identifichino gli elementi essenziali da diffondere tra i decisori. Le innovazioni vengono introdotte in tutte le aree della Regione, quindi il coordinamento delle attività di ricerca e diffusione all'interno della Regione andrà a beneficio di tutti gli Stati membri. Occorre prestare particolare attenzione agli aspetti etici e ad altri aspetti della ricerca che riguardano le persone con disturbi mentali, soprattutto nel caso dei bambini.
- La terminologia talvolta confusa e ambigua utilizzata nel campo della salute mentale può influenzare la raccolta e l'interpretazione dei dati, ostacolando il raggiungimento di una base consensuale tra le parti interessate.

Risultati

L'obiettivo 7 mira a raggiungere i seguenti risultati:

- (a) selezione di una serie di indicatori di risultato, pertinenti alle esigenze dei destinatari;
- (b) audit indipendenti sulla qualità e sulla sicurezza, svolti con il coinvolgimento degli utenti dei servizi e dei familiari;
- (c) attività di ricerca coordinate e diffusione internazionale dei risultati;
- (d) disponibilità di dati sul personale, sulla sua distribuzione e sulle ragioni che l'hanno determinata;
- (e) definizioni terminologiche concordate a livello internazionale

Azioni proposte

Agli Stati membri vengono proposte le seguenti azioni:

- (a) completare e inviare gli indicatori del Piano d'azione globale per la salute mentale (Appendice 1);
- (b) esternalizzare la valutazione della qualità e della sicurezza a organismi indipendenti dai fornitori di servizi che forniscano relazioni trasparenti;
- (c) sviluppare misure di condivisione delle informazioni tra fornitori e agenzie che rispettino la privacy del personale;
- (d) Quantificare gli effetti degli interventi di salute pubblica attraverso valutazioni dell'impatto sulla salute mentale;
- (e) sostenere la ricerca per valutare i bisogni, progettare innovazioni efficaci e valutare i risultati;
- (f) rendere gli utenti e le loro famiglie parte integrante del controllo di qualità.

All'Ufficio regionale vengono proposte le seguenti azioni:

- (a) lavorare in collaborazione con la sede centrale dell'OMS, la Commissione europea e altre organizzazioni intergovernative e intergovernative per identificare una serie di indicatori adatti agli standard europei;
- (b) sviluppare in collaborazione con le parti interessate e pubblicare una serie di definizioni di termini relativi alla salute mentale;
- (c) monitorare il coinvolgimento degli utenti del servizio e dei loro familiari.

Fasi del coordinamento: una sintesi delle azioni per favorire il processo di referral¹²**COORDINAMENTO**

- Attivare o stabilire meccanismi di coordinamento intersettoriale per la salute mentale e il supporto psicosociale (MHPSS).
- Coordinare la pianificazione e l'attuazione del programma, compreso lo sviluppo di un piano strategico MHPSS.

VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

- Condurre valutazioni della salute mentale e delle problematiche psicosociali.
- Assicurare il coordinamento delle valutazioni tra i diversi attori pubblici e privati.
- Raccogliere e analizzare le informazioni chiave relative alla salute mentale e al supporto psicosociale dei destinatari.
- Condurre le valutazioni in modo etico, rigoroso e adeguatamente partecipativo.
- Raccogliere, diffondere e utilizzare i risultati della valutazione con la comunità e altri attori, garantendo la riservatezza e rispettando il principio Do Not Harm (non nuocere), compresi i rischi di protezione.

STANDARD DI PROTEZIONE E DIRITTI UMANI

- Attivare o istituire meccanismi di protezione sociale, costruendo le capacità di protezione locali laddove necessario.
- Rispondere alle minacce alla protezione adottando azioni appropriate e guidate dalla comunità.

RISORSE UMANE

- Puntare ad assumere personale che abbia una conoscenza del contesto locale e un'intuizione della cultura locale e dei modi di comportamento appropriati.
- Bilanciare il genere nel processo di assunzione e includere rappresentanti dei principali gruppi culturali ed etnici (quando necessario).
- Valutare attentamente le offerte di aiuto da parte di singoli professionisti della salute mentale.
- Organizzare e partecipare all'orientamento e alla formazione degli operatori sociali in materia di salute mentale e sostegno psicosociale.
- Preparare un piano strategico, completo, tempestivo e realistico per la formazione
- Dopo ogni formazione, stabilire un sistema di follow-up per il monitoraggio, il supporto, il feedback e la supervisione di tutti i tirocinanti, come

appropriato alla situazione

- Documentare e valutare l'orientamento e la formazione per identificare le lezioni apprese, da condividere con i partner e migliorare le risposte future.
- Affrontare i potenziali fattori di stress legati al lavoro.
- Garantire l'accesso all'assistenza sanitaria e al supporto psicosociale per il personale.
- Fornire supporto al personale che ha vissuto o assistito a eventi estremi (incidenti critici, eventi potenzialmente traumatici).
- Rendere disponibile il supporto durante l'impiego

MOBILITAZIONE E SOSTEGNO DELLE COMUNITÀ

- Coordinare gli sforzi delle diverse parti interessate per mobilitare le comunità.
- Valutare l'ambiente sociale
- Facilitare la partecipazione delle persone emarginate.
- Promuovere i processi di mobilitazione della comunità: sostenere le iniziative della comunità, incoraggiando attivamente quelle che promuovono la famiglia.
- Fornire sessioni di formazione brevi e partecipative sui problemi specifici di salute mentale, sulla reazione o sulla capacità di farvi fronte, ove opportuno, insieme a un sostegno di follow-up.

SERVIZI SANITARI

- Valutare e mappare l'erogazione delle cure.
- Includere considerazioni psicologiche e sociali specifiche nella fornitura di assistenza sanitaria generale.
- Includere considerazioni sociali specifiche nella fornitura di assistenza sanitaria generale.
- Facilitare il rinvio a risorse chiave esterne al sistema sanitario.
- Orientare il personale sanitario e di salute mentale sulle componenti psicologiche dell'assistenza sanitaria, compreso il primo soccorso psicologico.

EDUCAZIONE

- Promuovere ambienti di apprendimento sicuri.
- Rendere l'istruzione formale e non formale più solidale e pertinente.
- Preparare e incoraggiare gli educatori a sostenere il benessere psicosociale degli studenti.
- Rafforzare la capacità del sistema educativo di sostenere gli studenti con difficoltà psicosociali e di salute mentale.

¹² Fonte Linee guida IASC sulla salute mentale e il supporto psicosociale nelle situazioni di emergenza. Per una spiegazione dettagliata, consultare le Linee guida IASC. La fonte è stata adattata per l'obiettivo di questa specifica guida e per il target.

Bibliografia

IASC, 2007. The Inter-Agency Standing Committee. Guidelines on MHPSS in Emergency Settings

IOM, 2021, International Organization Migration. II Edition Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement 2021

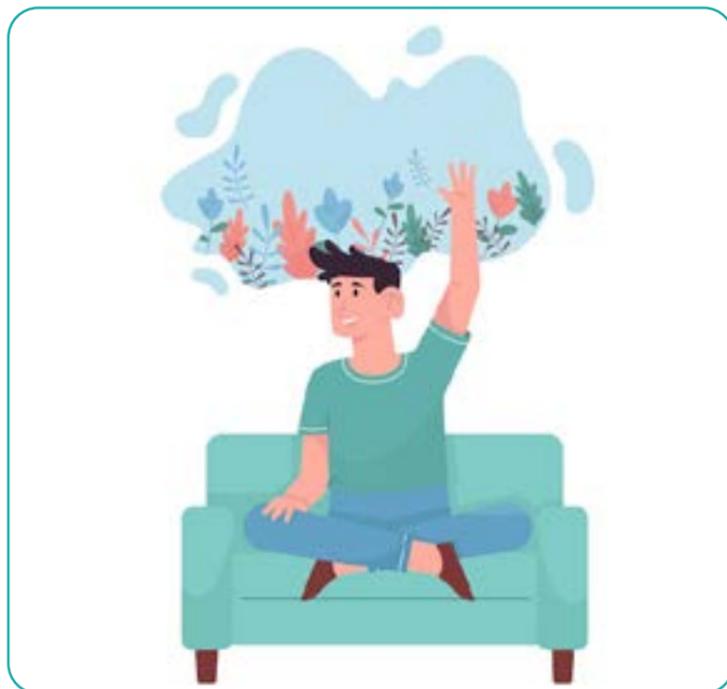
Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007; in the World Health Organization. Mental Health Action Plan (2013 - 2020); 2013.

WHO. World Health Organization. 2013- 2020, Mental health action plan

WHO. World Health Organization. 2021 Guidance on community mental health services

Siti Web

COMMON MENTAL HEALTH DISORDERS - Common Mental Health Disorders - NCBI Bookshelf (nih.gov) https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2



Cofinanziato
dall'Unione europea

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, e l'Agenzia nazionale e la Commissione non possono essere ritenute responsabili per l'uso che può essere fatto delle informazioni in

PROGETTO N°. 2021-1-RO01-KA220-ADU-000029939.