DISPENSA DEGLI INCONTRI

Corso Familiari e Cittadini Attivi

Progetto L.R. 23/99 Bando 2013

"Oltre la malattia. Condividere esperienze, costruire sapienze, generare speranza"

SEDE DEL CORSO: SALA DEI PROVVEDITORI del Municipio di Salò

LUNGOLAGO ZANARDELLI, 55 SALO'. BS. Dalle 20.00 alle 22.00

ISCRIZIONE OBBLIGATORIA PARTECIPAZIONE GRATUITA

7 ottobre. *Il pregiudizio e la Recovery*

Dr. Francesco Maria Saviotti Dott.ssa Ivana Ferrazzoli

14 ottobre. *Disagio giovanile e dipendenze*

Dott.ssa Marilena Giuliano Dr. Gianluigi Nobili

21 ottobre. *Gestione dei conflitti e problem solving*

Dott.ssa Cinzia Grasselli

28 ottobre. *Percorsi di riabilitazione psichiatrica e Recovery*

EP. Giovanna Castegnero EP. Marzia Sacchella EP. Mara Viani

4 novembre. *Lavoro: aspettative e prospettive*

Dott.ssa Viviana Contiero Dott. Simone Susio

11 novembre. *I principali disturbi psichici: esordio e sintomi*

Dr. Fabio Teti Dott.ssa Marilena Giuliano EP. Mara Viani

18 novembre. *I servizi per la salute mentale e il territorio*

Dott.ssa Sara Marelli Dott. Ruggero Radici Dott.ssa Sonia Turrini

Iscrizioni tramite scheda scaricabile dal sito
www.ilchiarodelbosco.org
Per informazioni
Il Chiaro del Bosco onlus
cell: 392.2032380
info@ilchiarodelbosco.org

Con il Patrocinio di:

Azienda Ospedaliera di Desenzano Del Garda

Città di Salò
Assessorato alla cultura

il chiaro del bosco onlus

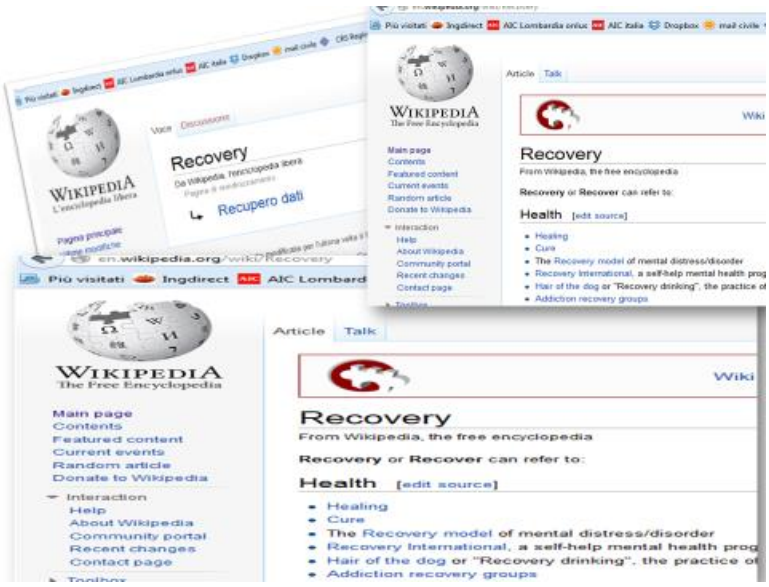
RegioneLombardia

Design

IL PREGIUDIZIO E LA RECOVERY

(Relatori: dott. F. M. Saviotti, dott.ssa I. Ferrazzoli)

Primo incontro del 07/10/2014



IL RECOVERY

- Il concetto di ***recovery*** fa riferimento non tanto alla **guarigione** in senso clinico quanto a un **percorso personale** che consenta alle persone di condurre una vita soddisfacente sia sotto l'aspetto dell'autorealizzazione, sia nella possibilità di acquisire un ruolo dignitoso nel contesto sociale/relazionale.

Una storia di recovery

Patricia Deegan

Il video si può vedere sul sito www.programmafor.it

- *" Il Recovery non fa riferimento ad un esito finale, ad un risultato. Non significa che io o un mio amico con una tetraplegia saremo «guariti»: la nostro recovery è infatti segnato da una sempre più profonda accettazione delle nostre limitazioni.*

  Ma queste, piuttosto che essere un motivo di sconforto, sono le basi dalle quali scaturiscono le nostre possibilità di crescita personale."

(Patricia Deegan)

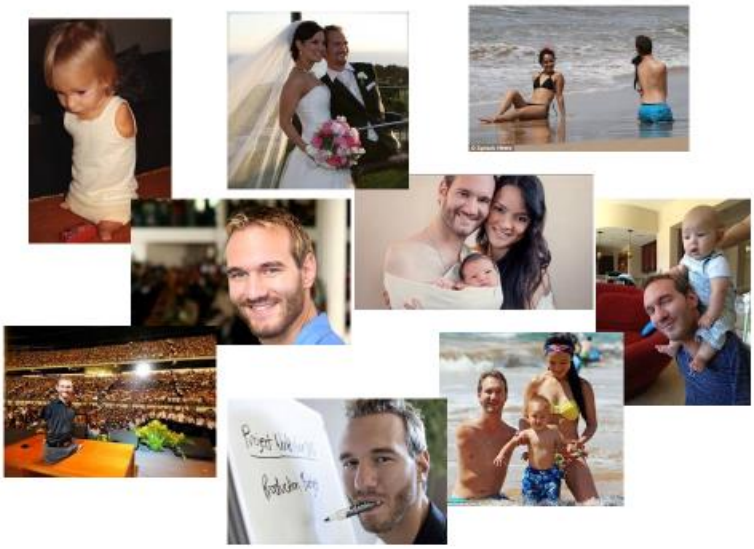
•Patricia Deegan (1988) ne dà la seguente definizione: ***"Il recovery è un modo di vedere, di atteggiamento, un modo di far fronte alle sfide quotidiane. Non è un processo perfettamente lineare: origina dalla necessità di affrontare le sfide della disabilità e di ritrovare un nuovo senso di integrità e valore, un nuovo scopo all'interno dei limiti della disabilità; l'aspirazione è di vivere, lavorare e amare all'interno di un contesto sociale a cui dare un contributo significativo".***

(Ron Coleman, 1992)

IL CIRCO DELLA FARFALLA

Primogenito di una famiglia serba cristiana, Nick Vujicic nacque a Melbourne, Australia con un rara malattia genetica: la tetramelia: è privo di arti, senza entrambe le braccia, e senza gambe eccetto i suoi piccoli piedi, uno dei quali ha due dita.

- La sua vita è stata piena di difficoltà. Non ha potuto frequentare la scuola tradizionale a causa del suo handicap, come la legge australiana richiede. Durante il suo periodo scolastico, la legge fu cambiata, e Nick fu uno dei primi studenti disabili a frequentare una scuola normale.
- Preso di mira dai bulli della scuola, Nick diventò estremamente depresso, ed all'età di otto anni, cominciò a pensare al suicidio.
- Dopo aver supplicato Dio di fargli crescere braccia e gambe, Nick comprese che le sue condizioni erano di ispirazione per molte persone, e cominciò a ringraziare Dio di essere vivo.



- Curiosità
- Voglia di conoscere-conoscersi
- Diverse idee e prospettive di persone, di circo/comunità
- Volere iniziare il viaggio di recovery
- È un viaggio che si fa insieme con altre persone
- *"credo che tu possa farcela da solo"*
- Individuare le potenzialità
- Accettare le fragilità
- CAMBIAMENTO/TRASFORMAZIONE
- Propria identità nell'unicità
- SENTIMENTI

- "Ogni viaggio di guarigione ha un inizio, per me l'inizio è stato l'incontro con L. C., una mia operatrice di sostegno. Fu lei che mi incoraggiò ad andare al gruppo d'auto aiuto di uditori di voci. Era lei, non io che credeva che un gruppo di auto aiuto mi avrebbe fatto bene. Fu lei che seppe vedere, al di sotto della mia follia, le mie potenzialità. **Fu il suo credere in me che diede il via alla mia guarigione**."

Ron Coleman da "Guarire dal male mentale"

- "La responsabilità della guarigione riguarda tutti noi, professional, utenti, familiari; possiamo raggiungerla solo lavorando insieme; possiamo raggiungerla solo parlandoci e ascoltandoci l'un l'altro." (..)

- "Perciò io credo che ci sia bisogno di essere più diretti nel progettare il percorso di guarigione. Fare dei buoni piani permette che gli utenti abbiano un tracciato del proprio percorso e possano seguirlo durante il *viaggio*".

Ron Coleman da "Guarire dal male mentale

- "Ho menzionato nove persone che hanno preso parte, in un modo o nell'altro, al mio viaggio di guarigione. E qui c'è la prima pietra miliare sulla via della guarigione: ***le persone***. Se dovessi nominare tutte le persone che hanno avuto un ruolo nella mia guarigione la lista sarebbe esorbitante. E un'altra caratteristica di questa lista sarebbe che, in maggioranza, non sarebbe costituita da professionisti. "

Ron Coleman da "Guarire dal male mentale

Stigma e pregiudizio

In a survey of about 500 people given a diagnosis of schizophrenia and carried out by the independent 'Inquiry into the "Schizophrenia" label' in 2012, more than 80 per cent said the diagnosis made life more difficult. 88 per cent said they thought the public associated 'schizophrenia' with violence.

Stigma

Questi segni, **tagli o bruciature,** rendevano pubblico il fatto che l'individuo era uno schiavo, un criminale o un traditore.

Il termine deriva **dal greco**

Indica segni fatti su parti visibili del corpo per mostrare qualcosa di inusuale e negativo circa lo **status morale** di un individuo.

Stigma e pregiudizio

Pregiudizio = giudizio a -priori

Ci serve in alcune situazioni di emergenza

E' collegato alla paura !!!

Stigma

Ma io NON sono la mia malattia!

Se guardi le mie macchie non puoi vedere i miei colori

Passaggio dal benessere (salute) ai sintomi

- **Well – being**
- **Discomfort**
- **Distress**
- **Symptoms**

Stigma e pregiudizio

Stigma percepito:
cosa io penso dell'opinione della massa sul gruppo che viene stigmatizzato
come l'individuo pensa che la società lo rappresenti in quanto parte del gruppo stigmatizzato

Stigma vissuto: l'esperienza della discriminazione oggettiva derivante dallo stigma

Auto-stigmatizzazione: interiorizzazione del senso di vergogna, biasimo, disperazione, colpa, e paura della discriminazione derivanti dallo stigma.

Brohan et al. BMC Health Services Research 2010, 10:80
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80

Stigma e pregiudizio

Sei caratteristiche dello stigma

1. **Visibilità**: quanto sia ostensibile e identificabile agli occhi altrui una certa caratteristica
2. **Decorso:** se tale caratteristica sia durevole per tutta la vita o reversibile
3. **Distruttività:** l'impatto di tale differenza sulle relazioni interpersonali
4. **Estetica**: se la differenza solleciti una reazione di disgusto o venga percepita come poco attraente
5. **Origine**: le cause della differenza, particolarmente se l'individuo è percepito come responsabile per tale differenza
6. **Pericolo**: il grado di paura e di minaccia che tale differenza sollecita negli altri.

Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Milller D, Scott R: Social Stigma: the Psychology of Marked to Relationships New York: W.H. Freeman & Co. 1984.

Stigma e pregiudizio

Secondo la *labeling theory* (Becker, 1967; Lemert, 1974) una persona diviene deviante nel momento in cui altri riescono ad utilizzare ed applicare nei suoi confronti una etichetta verbale di *devianza.*

Le profezie che si autoavverano!!

Stigma, la cura più efficace è quella che:

Si rivolge **alla persona** e alle sue relazioni familiari e sociali

Riesce a stabilire **una comunicazione** con chi, per evitare delusioni, tende ad isolarsi

Anche il più grave dei pazienti mantiene una disponibilità ai rapporti umani che con pazienza, interesse, tenacia è possibile sviluppare.

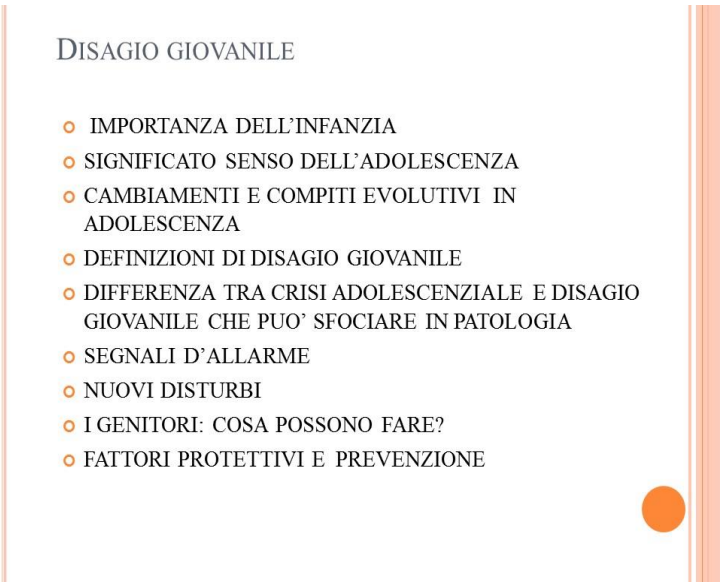
Stigma: cosa puoi fare?

- Lo scambio di idee, la comunicazione, il fare insieme può veramente aiutare le persone che hanno un disturbo mentale
- Tratta chi soffre di un disturbo mentale come vorresti essere trattato tu
- Ri-conosci il tuo "anatema" verso gli altri
- Usa il linguaggio "giusto"
- Mostra un atteggiamento costruttivo e disponibile : il sostegno sociale è il miglior fattore protettivo contro i disturbi mentali
- Aiuta la persona in difficoltà a contattare i Centri di Salute Mentale o un medico di fiducia.
- **STUDIA!**

DISAGIO GIOVANILE E DIPENDENZE

(Relatori: Dott.ssa M. Giuliano, Dott. G. Nobili)

Secondo incontro del 14/10/2014



PARLARE DI DISAGIO GIOVANILE SIGNIFICA AFFRONTARE SOPRATTUTTO IL TEMA DELL' ADOLESCENZA MA PRIMA DI TUTTO UN ACCENNO ALL'INFANZIA

- Il disagio giovanile affonda le sue origini nei primi anni di vita del bambino, nelle sue più precoci esperienze affettive e relazionali
- E' nei primi anni di vita che si gettano le basi su cui si strutturerà la personalità dell'individuo
- Mondo dell'infanzia come spazio sicuro prevedibile e protetto
- Genitore come figura di riferimento che rispecchia e rassicura

Poi cosa succede?

«SE TUTTO SI PREPARA NELL'INFANZIA, A COMINCIARE DAI PRIMI GIORNI DI VITA, TUTTO SI GIOCA NELL'ADOLESCENZA»
E. KESTEMBERG

La parola *adolescenza* deriva dal latino *adolescere* che significa "crescere"; altre fasi di sviluppo della vita della persona prevedono una "crescita", ma nessuna, come l'adolescenza, prevede così ampi cambiamenti.

- Le vicende infantili possono favorire o rendere più faticoso il percorso già complicato dell'adolescenza
- Adolescenza come bivio tra passato e futuro, passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, piano di mezzo
- Età adulta come conseguenza delle fasi precedenti

«Avevo vent' anni! Non permetterò a nessuno di dire che questa è la più bella età della vita. Ogni cosa rappresentata una minaccia per il giovane: l'amore le idee, la perdita della famiglia, l'ingresso fra i grandi»
Paul Nizan, Aden Arabia

Il senso dell'adolescenza di P.R. Goisis

ADOLESCENZA COME CAMBIAMENTO

- La crisi adolescenziale è un processo di trasformazione
- Quello che viene identificato come periodo critico nell'esistenza di ogni essere umano è uno dei passaggi fondamentali nella vita di ognuno di noi.
- Crisi indica cambiamento che non ha, di per sé, caratteristiche negative bensì trasformative
- Adolescenza come contraddizione tra spinte, impulsi, desideri opposti

«L'adolescente accetta di essere come tutti conservando il desiderio di essere diverso da ogni altro»

I CAMBIAMENTI

Relazionali:

Rapporti con genitori e adulti

«Dentro un ragazzo che lancia una sfida per crescere, là ci dev'essere un adulto pronto a raccoglierla» D.Winnicott

Rapporto con coetanei

Rapporto con il gruppo

Corporei:

Rapidi mutamenti morfologici

Massiccia attivazione ormonale

Caratterizzazione sessuale

Psichici:

Modificazione schema corporeo

Acquisizione di nuove competenze cognitive

Rivoluzione emotiva

COMPITI EVOLUTIVI DELL'ADOLESCENTE:

L'acquisizione della propria identità è il compito principale dell'adolescente.

Tale processo non si esaurisce durante l'adolescenza ma assume in questo periodo le caratteristiche più salienti:

- Di genere: Maschile/femminile
- Individuale: Chi ero?Chi sono? Chi sarò?
- Sociale: Il mio posto nel mondo

COMPITI EVOLUTIVI DELL'ADOLESCENTE:

- Sapersi adattare a rapidi cambiamenti somatici
- Accettare le proprie pulsioni e padroneggiarle secondo valori condivisi
- Elaborazione del lutto per la perdita della nicchia affettiva primaria e Sviluppo dell' indipendenza ed autonomia
- Operare scelte relative ad un proprio sistema di valori
- Saper instaurare e mantenere rapporti coi coetanei
- Partecipare a gruppi
- Stabilire un'interazione adeguata con le istituzioni sociali (scuola, lavoro..)
- Progettare il proprio futuro

Che gran fatica!!!!

IL DISAGIO GIOVANILE

"E' una domanda, non patologica (o non ancora tale) inerente i bisogni psicologici ed affettivi, le difficoltà familiari e di relazione, le difficoltà scolastiche, il più generale malessere esistenziale connesso agli squilibri che il processo di costruzione dell'identità produce"

Melucci, Fabbrini

ADOLESCENZE INTERMINABILI

- Difficile stabilire l'arco di anni attraversato dell'adolescenza
- Aspetti socio-economici: disoccupazione, precariato, difficoltà economiche, Prolungata permanenza nel circuito scolastico
- Aspetti psichici: Mutamento della relazione tra genitori e figli
- I giovani Narciso allungano così il più possibile questa fase della loro esistenza.

IL DISAGIO GIOVANILE

"E' la manifestazione presso le nuove generazioni delle difficoltà di assolvere ai compiti evolutivi che vengono loro richiesti dal contesto sociale per il conseguimento dell'identità personale e per l'acquisizione delle abilita 'necessarie alla soddisfacente gestione delle relazioni quotidiane"

Neresini, Ranci

DISAGIO GIOVANILE CAUSATO DAL RAPPORTO TRA:

- 1. le prove che il giovane deve affrontare nella sua difficile transizione verso l'età adulta, cioè quei fatti, impegni, tappe, che caratterizzano i *compiti evolutivi* e che si manifestano in rapporto alle diverse fasi di sviluppo della persona;
- 2. i condizionamenti derivati dal confronto con la società post-industriale. Quest'ultima, detta anche *società complessa*, caratterizzata da una vastissima differenziazione strutturale e culturale, dal totale caos e dalla mancanza di punti di riferimento;
- 3. i fattori-rischio, cioè tutte quelle problematiche individuali (familiari, di predisposizione genetica, culturali, socio-economiche), che possono determinare casi in cui il disagio tende a sfociare in patologia

- Il disagio giovanile appare come una situazione diffusa, una condizione di difficoltà a crescere che investe la totalità dei giovani e tende a confondersi con la cosiddetta "normalità'".
- E' arduo stabilire una netta linea di demarcazione tra le due condizioni
- Il disagio non patologico ha caratteri non persistenti nel tempo, polimorfi, che non compromettono l'adeguamento alla realtà, non interferiscono con il generale sviluppo della persona, non procurano eccessiva fatica emotiva.
- L'adolescente può manifestare anche sintomi a volte molto accentuati come cadute depressive o riti ossessivi, ma transitori, che fanno parte del suo processo di crescita, senza implicare nulla di veramente patologico

- C'è da preoccuparsi quando l'adolescente perde le caratteristiche di mutevolezza tipiche di quest'età.
- Anche i normali rituali che riguardano il corpo, l'abbigliamento o il cibo, le mode acquistano un carattere di rigidità che interferisce nella vita quotidiana e nelle relazioni con gli altri. Così anche i sentimenti di tristezza, noia, apatia diventano un segnale preoccupante quando riflettono un tono dell'umore invariabile, costante che non si alterna a momenti di entusiasmo come di solito avviene a questa età
- Anche la maturità degli adolescenti troppo bravi o tranquilli non è sempre un buon segno, come nel caso di adolescenti che pur di compiacere le aspettative degli altri rinunciano ad essere se stessi, con il rischio di costruire la propria personalità su un «falso sé»

I Segnali di Allarme Nell' Adolescente

In generale quando le inevitabili crisi dell'adolescente sfociano in comportamenti RIGIDI che sono il segnale di uno scacco, un punto di rottura nello sviluppo affettivo e sociale, per esempio:

- Mancanza d'amici
- Scarso interesse per relazioni affettive e sociali
- Tendenza a isolarsi staccando i contatti con il mondo esterno
- Aumento o diminuzione dell'appetito
- L'improvviso e immotivato disinvestimento per lo studio in contrasto con i precedenti successi scolastici
- Allusioni alla morte nei temi e in altri scritti
- Totale assenza di progettualità
- Comportamenti a rischio (correre in moto, sport estremi..)
- Uso di droghe, alcol, psicofarmaci
- Negligenza nella cura dell'igiene e dell'aspetto personale
- Malesseri fisici frequenti

E' IMPORTANTE CONSIDERARE ANCHE CHE:

- I nuovi scenari familiari e sociali in cui oggi i ragazzi crescono hanno modificato anche le forme e i sintomi con cui i ragazzi esprimono il loro disagio: non più disturbi di relazione ma centrati su se stessi e sul proprio corpo (narcisismo)
- Disturbi che rivelano un'assenza di elaborazione psichica, l'angoscia viene messa in atto e non pensata.
- Aggressività e rabbia non vissute come difficilmente pensabili
- Da qui la tendenza sempre più diffusa di dare una dimensione fisica corporea alla sofferenza mentale: come se il corpo fosse diventato lo strumento più adatto, e più a portata di mano, per dare voce al proprio malessere

«Quando non capisco niente di quello che provo mi taglio, per un po' tutto si tranquillizza»

AUMENTANO I DISTURBI CHE FANNO DEL CORPO IL BERSAGLIO PRIVILEGIATO

Diverse forme di dipendenza:

- Cibo, negato dall'anoressia e divorato nella bulimia
- Abuso di alcool e sostanze tossiche

Tendenza a farsi del male:

- Tagli autoinflitti con graffi,lamette, coltelli
- Corse spericolate
- Giochi mortali da roulette russa
- Tentativi di suicidio

I GENITORI: COSA POSSONO FARE?

- L'essere pensati, sentire che i genitori ci sono è un valore che regala ai figli adolescenti la sicurezza di non essere soli. Perché dietro i vari travestimenti, a volte difficilmente decifrabili, ci sono sempre un ragazzo o una ragazza che hanno bisogno di spettatori appassionati capaci ogni tanto di sccendere in campo per dare loro una mano o segnare il limite. I ragazzi che non sono pensati, che si sentono abbandonati, privi di valore e di presenze non riescono a uscire bene dall'adolescenza
- Si entra nell'area a rischio del disagio giovanile, soprattutto quando la famiglia non riesce a dar loro questa esperienza di accoglienza e se, contemporaneamente, anche la scuola li delude.

SAREBBE FONDAMENTALE:

- che la scuola e la famiglia attrezzassero "un'area protetta" dove potersi confrontare, non sull'apprendimento e sulla trasmissione dei valori, ma sull'educazione, ossia su cosa significhi sostenere gli adolescenti nella realizzazione dei loro compiti di sviluppo, facilitandone la creatività e la soggettività
- In questo momento il contenzioso tra scuola e famiglia è piuttosto alto

FATTORI PROTETTIVI

- La possibilità di ricevere supporto
- La possibilità di sperimentare limiti esterni al proprio comportamento
- La capacità di riferirsi all'adulto per formulare richieste d'aiuto
- La capacità di sviluppare un'adeguata capacità riflessiva per la comprensione degli stati d'animo propri e altrui
- La presenza di un buon controllo interno delle proprie risposte emotive
- La capacità di impegnarsi in obiettivi a lungo termine
- La presenza di abilità personali utili al raggiungimento di efficaci strategie di problem solving

FACCIAMO UN PASSO INDIETRO: LA PREVENZIONE A PARTIRE DAL BAMBINO

- Il bambino percepisce e conosce se stesso in rapporto al tipo di reazioni dell'ambiente familiare verso di lui, elaborando un'immagine di sé positiva o negativa che rappresenta la base su cui poi si costituirà la personalità

- Nella famiglia un atteggiamento *coerente*, che integri l'azione di sollecitazione, di conferme psicologiche all'operato del bambino, atteggiamenti, cioè, che consentano di soddisfare le continue curiosità, correggendo e spiegando gli errori e incrementando, così, la crescita della consapevolezza dei propri mezzi, non può che favorire l'aumento del senso di autostima e le spinte motivazionali del soggetto.
- Al contrario un atteggiamento iperprotettivo o troppo autoritario dei genitori nei confronti del bambino non può portare che a stati di frustrazioni, infantilismo affettivo, instabilità, ansia ed isolamento, che possono sfociare in atti di aggressività.

Grazie per L'attenzione!!

Corso Familiari e Cittadini Attivi Salò

Disagio giovanile e Dipendenze

Dr. Gianluigi Nobili Psichiatra Psicoterapeuta
Primario Responsabile Unità Operativa di Psichiatria n. 21
Azienda Ospedaliera di Desenzano d/G (BS)

Salò, 14 ottobre 2014

DIVERSI CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE:

- GIURIDICI(legali e illegali)
- DI PERICOLOSITA'(leggere e pesanti)
- Di PREPARAZIONE(naturali, semisintetiche e sintetiche)
- FARMACOLOGICHE(in base a struttura chimica e caratteristiche farmacodinamiche)

CONCETTI DI BASE

- DIPENDENZA: insieme di sintomi indicativi di una continua assunzione di una sostanza nonostante i problemi che questa assunzione comporta.
- ABUSO: modalità patologica d'uso di una sostanza dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate al suo uso ripetuto.
- TOLLERANZA: l'uso cronico delle sostanze induce tolleranza, per cui diminuiscono l'intensità dei vantaggi indotti dalla sostanza. E' necessario aumentare le dosi assunte.
- ASTINENZA: cambiamento comportamentale con concomitanti disturbi specifici dovuti alla riduzione o alla sospensione dell'uso prolungato e presente di una sostanza.

DIPENDENZA DA SOSTANZE

- Disturbo cronico
- Le sostanze inducono sensazioni piacevoli e/o di rilassamento
- Sintomi psicologici, comportamentali e fisici
- Comportamenti di ricerca ed assunzione di sostanze con perdita di considerevole tempo e riduzione di importanti attività sociali, lavorative e ricreative a causa dell'uso delle sostanze
- Comportamenti persistenti nonostante conseguenze negative e gravi, tentativi falliti di controllare l'uso o sospendere
- Modificazioni a livello del SNC

FATTORI CHE INFLUENZANO ABUSO E DIPENDENZA

- Proprietà farmacologiche delle sostanze

- effetto intenso e rapido (ricercato)
- emivita breve ⇒ sintomi da sospensione

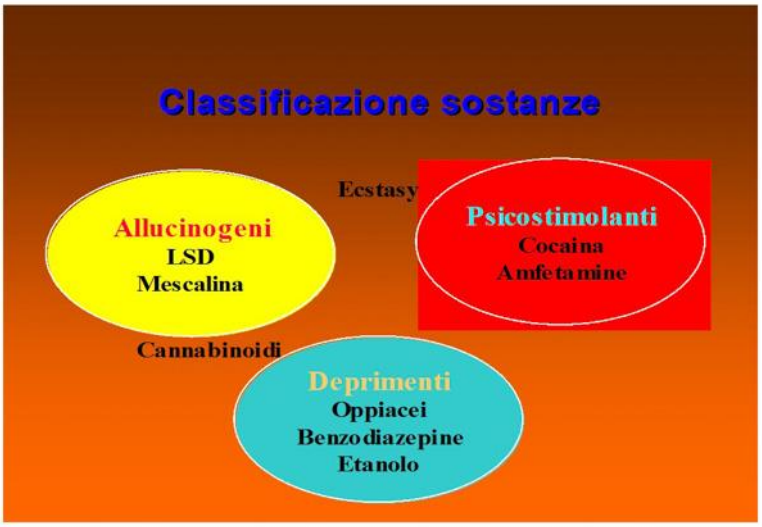
- Tratti di personalità
- Disturbi psichiatrici

- Schizofrenia
- Depressione e disturbo bipolare
- Disturbi d'ansia

- Fattori genetici

Pazienti UOP n. 21 AOD

dip			
	Statistica Soggetti (Interventi)		
	Conteggio Soggetti		
	Data Inizio -		01/01/2009
	Data fine -		31/12/2009
	Diagnosi		Sesso
	Maschio	Femmina	Totale
NON DISTURBI PSICHIATRICI	48	71	119
DIST. PSICHICI DI NATURA ORGANICA	77	93	170
DIST. DOVUTI ALL'USO DI SOST.PSICOATTIVE	66	20	86
SCHIZOFRENIA E SINDROMI DELIRANTI	281	269	550
SINDROMI AFFETTIVE	296	608	904
SINDROMI NEVROTICHE	228	471	699
DIST. FUNZ. FISIOLOGICHE-FATT. SOMATICI	25	44	69
DISTURBI DELLA PERSONALITA'	132	106	238
RITARDO MENTALE	45	39	84
SINDR. DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO	3	1	4
DIST. CON ESORDIO INFANZIA-ADOLESCENZA	9	6	15
DISTURBI MENTALI NON SPECIFICATI	0	0	0
Totale	1210	1728	2938



INTOSSICAZIONE DA PSICOSTIMOLANTI

- Esaltazione, euforia, aumento dell'autostima, irritabilità
- Miglioramento delle capacità mentali e fisiche, no fatica
- Ipervigilanza, insonnia
- Iperattività, agitazione psicomotoria, disorganizzazione
- Segni e sintomi da attivazione del SNV: ipertensione, tachicardia, miadriasi, sudorazione
- Riduzione del senso della fame
- Nei casi più gravi: sintomi maniacali, dist. Del comportamento, deliri

ASTINENZA DA PSICOSTIMOLANTI

- Deflessione del tono dell'umore, disforia, depressione
- Apatia, scarsa spinta a fare le cose, stanchezza
- Ipersonnia, letargia
- Aumento dell'appettito
- Nei casi più gravi. Idee suicidarie
- La sindrome(crash) può durare anche diversi giorni in relazione all'uso della sostanza
- E' particolarmente forte nei soggetti che assumono cocaina(inizio rapido, picco dopo 2-3 giorni, poi 1 settimana)

DISTURBI PSICHIATRICI DA USO DI PSICOSTIMOLANTI

- Delirium da intossicazione

- dosi elevate, breve periodo, poliabuso, danno SNC

- Disturbo psicotico

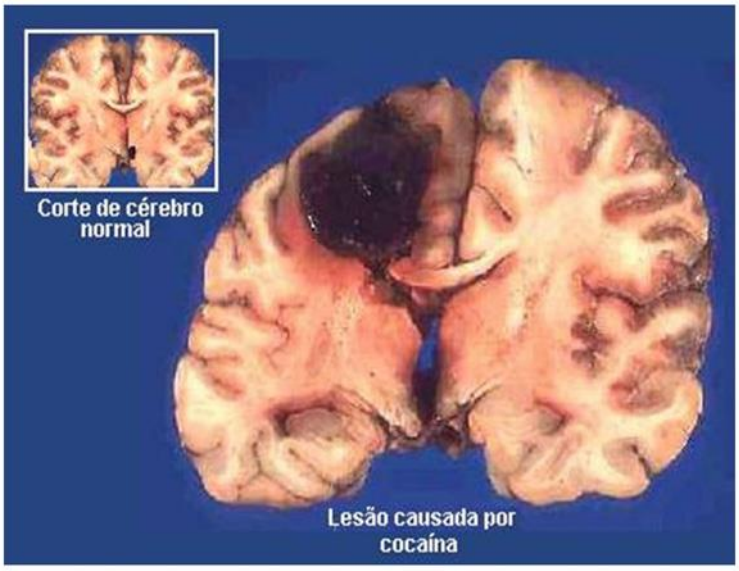
- Delirio paranoide, allucinazioni uditive e visive, sensazione di avere insetti sotto la cute, comp. Bizzarri ed aggressivi

- Disturbo dell'umore

- Sintomi ipomaniacali e depressivi

- Disturbo d' ansia

- crisi di ansia acuta, attacchi di panico, sint. ossessivi



ALLUCINOGENI

- Definite anche psichedeliche o psicomimetiche
- Naturali: Psilocibina (funghi), Mescalina(cactus)
- Di sintesi: Dietilamide dell'acido lisergico(LSD)
- Inducono una perdita di contatto con la realtà con sensazione di aumento/ espansione della coscienza ed allucinazioni
- Rari dipendenza ed abuso

INTOSSICAZIONE DA ALLUCINOGENI

- Alterazioni della sensopercezione

- intensificazione soggettiva delle percezioni(colori più vivaci, profumi intensi)
- Senso di depersonalizzazione o di derealizzazione
- Sviluppo di illusioni o allucinazioni
- Alterazione della percezione dello spazio e del tempo

- Sintomi psichiatrici: ansia, depressione, idee di riferimento o franca ideazione paranoide
- Segni e sintomi da attivazione del SNV: tachicardia, midriasi, sudorazione, tremore

DISTURBI PSICHIATRICI DA ALLUCINOGENI

- Delirium
- Disturbo psicotico
- Disturbo percettivo persistente (Flash-back)
- Attacchi di panico

ECSTASY (MDMA)

EFFETTI PSICHICI:

- Eccitamento/ effetti psichedelici
- Euforia, fiducia, spensieratezza
- Affabilità, felicità, accondiscendenza
- Apertura mentale, loquacità
- Alterazione sensopercezione
- Aumento del sentimento di intimità con gli altri

ECSTASY (MDMA)

DISTURBI PSICHIATRICI

- Depressione
- Irritabilità, impulsività
- Disturbi psicotici
- Disturbi alimentari
- Attacchi di Panico

IL FENOMENO DELLE DROGHE SINTETICHE

- Sono legate al mondo del divertimento
- Vengono assunte allo scopo di intensificare le sensazioni individuali, favorire le relazioni e superare le inibizioni
- Poliabuso
- Uso occasionale

DEPRIMENTI

- OPPIACEI: naturali(morfina), semisintetici(eroina)
- TRANQUILLANTI MINORI: benzodiazepine
- ETANOLO

INTOSSICAZIONE DA OPPIACEI

- Iniziale euforia seguita da apatia
- Rallentamento psicomotorio
- Sonnolenza
- Difficoltà a parlare
- Alterazione della memoria e dell'attenzione
- Scarsi sintomi psichiatrici
- Rari agitazione, aggressività, disturbi del comportamento
- Miosi

ASTINENZA DA OPPIACEI

- Sindrome intensa e di lunga durata (6-12 h dopo ultima dose, picco dopo 2-3 giorni, risoluzioni in 7-10 giorni)
- Umore disforico
- Nausea e vomito
- Dolorabilità muscolare, crampi
- Rinorrea, lacrimazione
- Midriasi, pilo erezione, sudorazione
- Diarrea
- Sbadigli
- Febbre
- insonnia

DISTURBI PSICHIATRICI DA USO DI OPPIACEI

- DELIRIUM DA INTOSSICAZIONI
- DISTURBO PSICOTICO
- DISTURBO DELL'UMORE

CANNABINOIDI

MARIJUANA(infiorescenze, foglie seccate) THC 0,5- 1,4%

HASHISH(resina di cannabis e fiori pressati) THC 2- 20%

OLIDO DI HASHISH THC 15- 50 %

CANNABINOIDE

- Il cannabinoide che è stato identificato come responsabile primario degli effetti psicoattivi della cannabis è il delta 9 tetraidrocannabinolo (THC)
- Inducono rilassatezza, piacevole senso di euforia. Lieve compromissione cognitiva
- No marcata dipendenza fisica e sindrome da sospendione

INTOSSICAZIONE DA CANNABINOIDI

- Senso di rilassamento, euforia
- Alterazioni della sensopercezione: colori più brillanti, intensificazione degli stimoli esterni
- Sensazioni di rallentamento del tempo
- Alterazione della abilità motorie
- Alte dosi possono indurre derealizzazione e depersonalizzazione
- Bad trip: ansia, reazione paranoide transitoria
- Iperemia congiuntivale, secchezza delle fauci, tachicardia, aumento dell'appettito

EFFETTI NEGATIVI A LUNGO TERMINE

- In circa un terzo dei soggetti che fanno uso regolare di cannabis si osservano lievi forme di depressione, ansia o irritabilità
- Mentre all'inizio la cannabis può avere effetti antiansia o antirabbia con l'uso cronico vi è un aumento della aggressività
- Letargia sia fisica che mentale e anedonia
- Aumento di peso e sindrome metabolica
- Sindrome amotivazionale: passività, diminuzione degli impulsi e delle attività mirate ad uno scopo, facile affaticabilità ed apatia
- Sono state documentate atrofia cerebrale e suscettibilità alle convulsioni

ALTRI RISCHI LEGATI ALL'USO DI CANNABINOIDI

- Interferenza con i compiti lavorativi e scolastici
- Rischi in situazioni come la guida dell'automobile
- Maggior rischio di malattie polmonari
- Alterazioni della risposta immunitaria
- Rischio di difetti congeniti e leucemia per bambini esposti in utero

USO DI CANNABINOIDI E SCHIZOFRENIA

- L'uso di cannabis in persone con preesistenti disturbi psichiatrici può essere molto pericoloso
- In pazienti schizofrenici compensati l'uso di cannabis favorisce la ricomparsa di sintomi psicotici acuti
- La cannabis può indurre/ slatentizzare la schizofrenia'
- Alcune ricerche mostrano che il rischio di schizofrenia è doppio fra i consumatori di cannabis in soggetti non psicotici

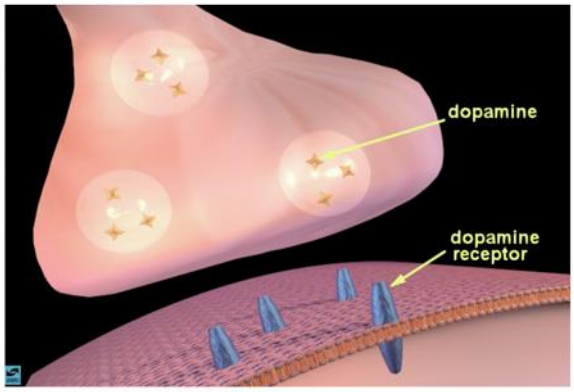
DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISTURBI PSICOTICI ACUTI

- ESORDIO PSICOTICO(SCHIZOFRENIA)
- PSICOSI DA SOSTANZE
- DISTURBO PSICOTICO BREVE

DISTURBI SCHIZOFRENICI E USO DI SOSTANZE

- Tra il 15% e 60% dei pazienti che giunge all'osservazione dei servizi dichiarano l'utilizzo recente di sostanze psicoattive
- Nel 12% dei pazienti ricoverati in SPDC si evidenziano fenomeni di comorbilità per uso di sostanze

THE SYNAPSE TRASMISSION



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

OGGETTO: Allerta grado3- Registrati in Europa 15 casi di decesso a seguito dell'assunzione della molecola AH- 7921(oppioide sintetico)

13/02/2014

New Addictions

L'oggetto della dipendenza è un comportamento o un' attività molto spesso lecita e socialmente accettata

Dipendenza da Gioco

Dipendenza da Tecnologia -Internet-

Altre Dipendenze: Acquisti, Sport, Lavoro, Sesso, Relazioni Affettive

Criteri diagnostici per il Gioco d'Azzardo Patologico
(DSM-IV-TR)

A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti sintomi:

1 - Eccessivo interesse nel gioco d'azzardo.
2 - Bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
3 - Ripetuti tentativi senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
4 - Irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
5 - Giocare d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico.

6 - Dopo aver perso al gioco, tornare un altro giorno per giocare ancora.

7 - Mentire ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8 - Commettere azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
9 - Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.
10 - Fare affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento di gioco d'azzardo non é meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

Aspetti clinici

Si possono distinguere tre diverse fasi che il paziente attraversa nello sviluppo del gioco d'azzardo patologico:

- una fase di vincite o fase vincente
- una fase di perdite o fase perdente
- una fase cosiddetta "della disperazione"

Disturbi più frequentemente riscontrati in comorbidità con il gioco d'azzardo patologico

Disturbi di Asse I

Disturbi dell'umore (depressione maggiore e disturbi bipolari)

Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività

Disturbi correlati a sostanze (alcolismo e altre dipendenze)

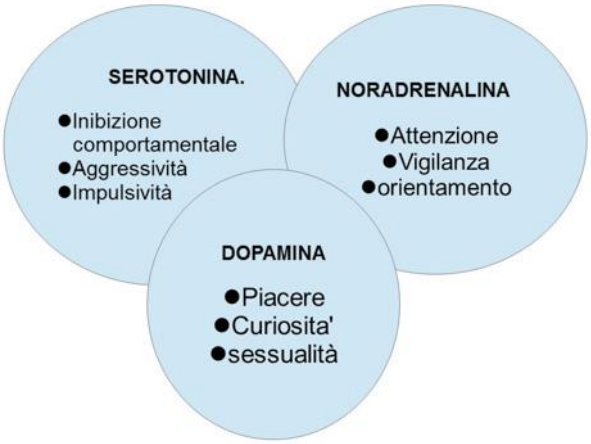
Disturbi di Asse II (disturbi di personalità)

Disturbo antisociale

Disturbo narcisistico

Disturbo borderline

NEUROTRASMETTITORI E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO



GIOCO D'AZZARDO

- SCOPO: PREMIO

- CONDIZIONE: RISCHIO DI DENARO O ALTRO BENE EQUIVALENTE

- VINCITA: DOVUTA AL CASO E NON ALL'ABILITA' DEL GIOCATORE

MODALITA' E LUOGHI DI GIOCO

- SLOT MACHINES: bar
- BINGO: sale private
- LOTTERIE, GRATTA E VINCI: bar
- SCOMMESSE SU ANIMALI E SPORT: bar o sale private
- CASINO ON LINE: casa, internet point, cellulare
- CASINO': sale pubbliche

FUNZIONAMENTO SOCIALE DEL GIOCO

- ANTIDEPRESSIVO
- SOCIALIZZANTE
- FUGA, EVASIONE, AVVENTURA
- SOGNO DI CAMBIAMENTO DI VITA
- RUOLO E IDENTITA'

Fattori predisponenti: Identikit di un giocatore (*gambler*)

Individuali

-Sensibilità alla noia
-Disinibizione
-Assunzione di rischio
-Desiderio di Successo

Socio/Ambientali

-Presenza di familiari giocatori
-Iniziazione al gioco d'azzardo in adolescenza
-Disponibilità del gioco nei luoghi (diffusione) e nel tempo (rapidità)

Effetti negativi del gioco esagerato

•*Problemi economici* : debiti, bancarotta, usura
•*Problemi familiari*: rottura delle relazioni coniugali, incuria dei figli
•*Problemi penali*: frodi, furti, falsificazioni
•*Problemi lavorativi*: riduzione della produttività, perdita del lavoro
•*Problemi psichici*: depressione, ansia, tentativi di suicidio

TRATTAMENTO

- TRATTAMENTO INTEGRATO FRA LE DIVERSE PROFESSIONI:

- Sociale
- Educativo
- Psicologico
- Sanitario

184 NOTE

ne di non ritorno del deficit statale, la società politica dovette interrogarsi, con strumenti non ideologici, per conoscere i limiti e le potenzialità delle organizzazioni pubbliche, per renderle maggiormente produttive e per aprire, con strumentazioni adeguate, un dialogo non rancoroso tra le stesse istituzioni pubbliche e le imprese private.

L'apporto di Aymone, sia strettamente sociologico sia divulgativo, mediante riflessioni su riviste e interventi in convegni e assumendo la direzione scientifica di sperimentazioni sul funzionamento delle politiche locali, ha contribuito a influenzare i contenuti della formazione dei dirigenti della sanità pubblica, appartenenti non solo all'area delle scienze umane, ma anche di quelle giuridiche, sanitarie e mediche.

Il suo è un lavoro che ci pone di fronte alla persistente domanda relativa a che cosa possa fare un sociologo per i sistemi di welfare, per la sanità, per il servizio pubblico. E a servizio "totale" del pubblico si è svolta la sua carriera e si è rivolta la sua riflessione.

Gabriella Boilini

Bibliografia

Aymone T. (1996), *Amazzonia - i popoli della foresta*, Bollati Boringhieri, Torino.

Aymone T. (1986), *Sociologia e dintorni*, "Psico-terapia e Scienze Umane", anno XX, n. 3.

Aymone T. (1984), *Politiche culturali e ruolo della ricerca scientifica*, Seminario internazionale della Regione Emilia-Romagna/OCSE-CERI, *Partecipazione e gestione dei servizi nella trasformazione dello Stato sociale. Quali prospettive per l'Infanzia?*, 17-18-19 ottobre, Bologna.

Aymone T. (1972), *Scuola dell'obbligo, città operaia*, Laterza, Bari.

*Il gioco d'azzardo... è una malattia?**

Il gioco d'azzardo, già presente nelle diverse società e culture in epoca primitiva, ha subito negli ultimi 10-15 anni un rapido e sensibile incremento a causa della sua maggiore disponibilità in forma regolamentata e legalizzata [Potenza *et al.* 2002; Petry & Armentano 1999].

* Il presente articolo, così come il successivo, *L'auto-aiuto: storia e sviluppo nella Svizzera Italiana*, di Tazio Carlevaro e Nicolas Bonvin, deriva da un Convegno, dal titolo: "Il gioco d'azzardo è... una malattia?", tenuto il 24 gennaio 2004 a Casaloldo (MN).

L'organizzatore, scomparso tragicamente poco dopo l'evento, si chiamava Guglielmo Zaltieri, un giovane laureando in Medicina, residente nello stesso Comune dove si è tenuto l'incontro. Guglielmo era affetto da una grave malattia e, quindi, continuamente sottoposto a trattamenti con farmaci chemioterapici, consapevole della precarietà della sua salute. Attraverso questo Convegno ha lasciato un importante segno del suo impegno nei confronti del disagio sociale e ha dato un contributo fondamentale per far emergere un problema quasi ancora misconosciuto. Per la prima volta in Italia sono stati riuniti in un unico evento esperti di diverse discipline che hanno affrontato il tema del Gioco d'Azzardo Patologico sotto i più diversi e allarmanti aspetti. Si ricorda, inoltre, che solamente poco tempo dopo il Convegno nel nostro Paese è stato finalmente regolamentato l'utilizzo dei video-poker.

Ci sentiamo, quindi, ancora una volta di doverlo ringraziare per il suo sentito e proficuo contributo, che ha permesso di dare una svolta fondamentale ad un problema di Salute Mentale con innumerevoli e gravi conseguenze sociali e anche, purtroppo, di interesse legale. [Nota a cura di Costantino Cipolla, Gianluigi Nobili ed Elena Scandola].

Il *National Opinion Research Center* ha stimato che nel 1975 il 68% della popolazione generale aveva praticato il gioco d'azzardo almeno una volta nella vita, mentre nel 1998 la percentuale era salita fino all'86'% [Potenza *et al.* 2001]. Sempre nel 1998 il gioco d'azzardo legalizzato ha fatto registrare negli Stati Uniti un introito di circa 50 miliardi di dollari, superiore alle somme dei profitti delle case discografiche, degli spettacoli cinematografici e dei *Theme Park* [James *et al.* 1999].

Le forme più tradizionali di gioco d'azzardo sono rappresentate dai casinò, dalle lotterie e dalle scommesse alle corse dei cani e dei cavalli. Forme più moderne includono l'utilizzo dei video poker e il gioco d'azzardo attraverso Internet, più facilmente e rapidamente disponibili [Sullivan *et al.* 2000].

Secondo la IV edizione del Manuale Diagnostico e Statistico *Text Revision* (DSM-IV-TR), il gioco d'azzardo viene distinto in una forma di gioco socialmente accettata, una forma professionistica ed, infine, una forma patologica. Il gioco d'azzardo socialmente accettato è quello che si pratica tipicamente con amici o colleghi e dura per un periodo di tempo limitato, con perdite accettabili e predeterminate. Nel gioco d'azzardo professionistico i rischi sono limitati e la disciplina è fondamentale. Il gioco d'azzardo patologico è caratterizzato, invece, da un comportamento persistente, ricorrente e maladattativo, che compromette le attività personali, familiari e lavorative. Mentre la maggior parte della popolazione gioca d'azzardo, solo una minoranza rientra nei criteri per il comportamento patologico [Potenza *et al.* 2002].

Il gioco d'azzardo patologico è stato riconosciuto ufficialmente come disturbo psichiatrico nel 1980, quando venne incluso nella III edizione del DSM. Nell'edizione successiva del manuale, DSM-III-R, è stato inserito nella categoria dei "disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti specificati", mentre nel DSM-IV-TR viene attualmente descritto assieme alla cleptomania, alla piromania, al disturbo esplosivo intermittente e alla tricotillomania. Tuttavia, ancora oggi, il disturbo da gioco d'azzardo patologico spesso non viene né diagnosticato, né trattato, nonostante le conseguenze disastrose sul piano medico e sociale, che sottolineano sempre più l'urgente bisogno di capire, identificare e trattare efficacemente il problema [Grant J.E. & Kim S.W. 2001].

1. Caratteristiche descrittive e comorbilità psichiatrica

Il giocatore d'azzardo è totalmente assorbito dal gioco che rivive continuamente attraverso esperienze passate, programmando la prossima impresa, o pensando ai modi per procurarsi il denaro con cui giocare. Spesso afferma di ricercare nel gioco uno stato di eccitazione e di euforia piuttosto che i soldi, e solitamente necessita di scommesse e puntate progressivamente più ingenti per continuare ad ottenere il livello di eccitazione desiderato. In alcuni casi i giocatori continuano a scommettere nonostante i ripetuti sforzi per controllare, ridurre o interrompere questo comportamento; altre volte, invece, possono giocare con lo scopo di risolvere i propri problemi o di alleviare un umore disforico, sentimenti di impotenza, di colpa. In particolare le donne affette dal disturbo sono maggiormente soggette ad essere depresse e a giocare d'azzardo come via di fuga [Coman *et al.* 1997].

Caratteristica è la tendenza a negare l'evidenza, ad aumentare la superstizione, a coltivare la convinzione di essere capaci di esercitare potere o controllo sulla sorte. Frequente è anche la credenza che il denaro sia al tempo stesso la causa e la soluzione di tutti i problemi.

L'impulso patologico a giocare può essere ricorrente e persistente ma evidenzia raramente i caratteri intrusivi e afinalistici dell'impulso ossessivo [Russo *et al.* 1999]. Ne consegue che il giocatore patologico in genere non oppone resistenza all'impulso, che viene vissuto come gratificante ed egosintonico. L'eventuale resistenza sembra, infatti, determinata soprattutto dal timore delle conseguenze economiche e sociali della condotta, anche se i tentativi di riduzione dei comportamenti di gioco frequentemente attivano sentimenti di irrequietezza e di irritabilità che risultano in genere alla base del fallimento di questi propositi.

Numerosi sono i lavori che evidenziano la stretta correlazione del gioco d'azzardo patologico con i disturbi da uso di sostanze psicoattive ed in misura minore con i disturbi dell'alimentazione. Alcuni autori suggeriscono che il gioco d'azzardo potrebbe essere descritto come una forma di dipendenza senza droga [Blanco *et al.* 2001]. L'analogia con i disturbi da uso di sostanze è confermata anche da aspetti fenomenologici come la polarizzazione sull'impulso al gioco e l'incapacità di controllarlo, la tolleranza, l'astinenza, la dipendenza, la compromissione del funzionamento sociale e la perseverazione nell'adottare un determinato comportamento nonostante le conseguenze [Holden C. 2001]. Sul piano organico risultati preliminari evidenziano alterazioni funzionali a livello del circuito limbico e della corteccia frontale simili a quelle presenti nei soggetti dipendenti da cocaina durante il *craving* [Potenza *et al.* 2001b]. Non mancano tuttavia anche studi che tentano di verificare l'ipotesi di una associazione del gioco d'azzardo patologico con il disturbo ossessivo-compulsivo in base ad alterazioni comuni del sistema serotoninergico [Potenza *et al.* 2001a].

Nei soggetti con gioco d'azzardo patologico si sono, inoltre, osservati aumentati tassi di disturbi dell'umore, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, abuso o dipendenza da sostanze, altri disturbi del controllo degli impulsi, e disturbi antisociale, narcisistico e *borderline* di personalità [Russo *et al.* 1999; Potenza *et al.* 2001b].

2. Prevalenza e caratteristiche sociodemografiche

La prevalenza del gioco d'azzardo patologico è strettamente influenzata dalla disponibilità del gioco stesso, cosicché con l'aumento della disponibilità del gioco d'azzardo legalizzato vi è stato anche un aumento del gioco d'azzardo patologico. Una recente metaanalisi condotta su 120 studi pubblicati da Shaffer *et al.* indica una prevalenza *Lifetime* del gioco d'azzardo patologico tra gli adulti di circa 1.6% [Shaffer *et al.* 1999], che sale al 3.9% tra i giovani al di sotto dei 18 anni [Shaffer & Hall 1996; Shaffer *et al.* 1999].

Gli studi di prevalenza presi singolarmente hanno, tuttavia, riportato ampie variazioni nei risultati ottenuti, che possono essere in gran parte correlate alla difficoltà di individuare i pazienti per le implicazioni legali connesse al comportamento patologico; inoltre, molti giocatori d'azzardo sarebbero riluttanti a rispondere alle interviste per evitare di essere identificati dai creditori [Potenza *et al.* 2001a].

Tra le caratteristiche sociodemografiche si evidenzia una forte preponderanza di pazienti di sesso maschile (2/3 dei casi), svantaggiati dal punto di vista socio-economico, spesso residenti nelle grandi città [Cunningham-Williams *et al.* 2001; Volberg *et al.* 2001]. Negli ultimi anni si è assistito, inoltre, ad un incremento del comportamento patologico anche nelle donne, similmente a

quanto si osserva per l'abuso di alcool e di sostanze [Martins *et al.* 2002]. Alcuni autori hanno cercato di identificare alcune caratteristiche comuni nelle donne dedite al gioco d'azzardo, concordando in particolari, quali la razza caucasica, l'età compresa tra i 30 e i 49 anni e un elevato livello di istruzione scolastica [Martins *et al.* 2002].

3. Popolazione a rischio

Molti studi hanno identificato gli individui con attuali o precedenti esperienze di disturbi mentali e con disturbo da abuso di alcool e/o di altre sostanze psicoattive come persone particolarmente a rischio di sviluppare una modalità patologica di gioco d'azzardo [Potenza *et al.* 2001a].

In particolare uno studio recente ha messo a confronto persone con gioco d'azzardo patologico con persone che avevano giocato d'azzardo meno di due volte nella loro vita, evidenziando che i primi riportavano di avere avuto precedenti episodi di depressione maggiore con una frequenza di circa 3.3 volte superiore ai secondi; una storia di schizofrenia con una frequenza di circa 3.5 volte superiore e, infine, esperienze fobiche con una frequenza di circa 2.3 volte superiore. Inoltre i giocatori patologici risultavano avere più frequentemente (fino a 6.1 volte più frequente dei soggetti non giocatori) un disturbo di personalità antisociale, un problema attuale o passato di abuso o di dipendenza da alcool (3.3 volte superiore) o di abuso nicotina (2.1 volte superiore) [Cunningam *et al.* 1998].

Un altro importante gruppo di popolazione a rischio è rappresentato dalle persone che presentano una familiarità per gioco d'azzardo patologico. In particolare, alcuni studi hanno rilevato un'incidenza del disturbo di circa il 20% nei parenti di primo grado [Ibanez *et al.* 2003]; inoltre, la prevalenza del gioco d'azzardo patologico nei gemelli monozigoti e dizigoti sale rispettivamente fino al 22.6% e al 9.8%. [Martins *et al.* 2002]. Dati recenti suggeriscono una comune vulnerabilità genetica per il gioco d'azzardo patologico e per la dipendenza da alcool [Slutske *et al.* 2000].

Questi pazienti spesso riportano anche una storia di sintomi di disattenzione e iperattività nella fanciullezza [Petry *et al.* 1999].

4. Alterazioni neurobiologiche

Esistono tuttora evidenze solamente preliminari per quanto riguarda la presenza di alterazioni neurobiologiche associate al disturbo da gioco d'azzardo patologico; e queste riguardano essenzialmente tre sistemi neurotrasmettitoriali: il sistema serotoninergico, il sistema noradrenergico e il sistema dopaminergico.

In particolare due studi di tipo farmacologico suggeriscono una riduzione dell'attività sinaptica e una ipersensibilità dei recettori 5-HT post-sinaptici che potrebbero correlare con una diminuita disponibilità serotoninergica [DeCaria *et al.* 1996; Moreno *et al.* 1991]. I pazienti con disturbo da gioco d'azzardo patologico presenterebbero una diminuita attività delle monoammino ossidasi piastriniche (MAO-B) che suggerisce un deficit serotoninergico primario [Blanco *et al.* 1996; Carrasco *et al.* 1994]. Una variante del gene che codifica la proteina trasportatrice della serotonina (5-HTTLPR) risulta significativamente più frequente nei soggetti con disturbo da gioco d'azzardo patologico rispetto ai controlli sani (solamente nei soggetti di sesso maschile) [Perez de Castro *et al.* 1999].

Rispetto ai controlli sani i soggetti con disturbo da gioco d'azzardo pato-

logico presentano livelli più elevati di noradrenalina e del suo metabolica 3-metossi-4-idrossifeniglicole (MHPG) nel liquido cerebrospinale e una maggiore eliminazione urinaria di noradrenalina [Roy *et al.* 1998]. In un altro confronto con controlli sani, i pazienti con gioco d'azzardo patologico mostrano livelli più elevati di ormone della crescita in risposta alla somministrazione di clonidina (agonista dei recettori alfa adrenergici) [DeCaria *et al.* 1997].

Per quanto riguarda il sistema dopaminergico, un primo studio non ha evidenziato una differenza statisticamente significativa dei livelli di dopamina nel liquido cerebrospinale, nel plasma e nell'urina di soggetti con disturbo da gioco d'azzardo patologico rispetto ai controlli sani [Roy *et al.* 1988]. Uno studio più recente ha, invece, ritrovato un ridotto livello di dopamina e un aumento dei suoi metabolici nel liquido cerebrospinale, suggerendo un aumento della trasmissione dopaminergica o del turnover della dopamina [DeCaria *et al.* 1997]. È stata, inoltre, evidenziata una associazione statisticamente significativa tra la variante allelica (Taq-A1) del gene per il recettore dopaminergico D2 e la presenza di un disturbo da gioco d'azzardo patologico o di un altro disturbo del controllo degli impulsi [Blume *et al.* 1995]. La variante allelica del gene DRD4 scarsamente efficiente, è stato frequentemente ritrovato in donne con gioco d'azzardo patologico [Perez de Castro *et al.* 1997].

5. Decorso, conseguenze mediche e sociali

Il gioco d'azzardo inizia tipicamente nella prima adolescenza nei maschi e più tardivamente nelle donne, l'esordio è frequentemente insidioso e il decorso tipicamente cronico. Generalmente vi è una progressione della frequenza e delle somme scommesse e l'impulso e l'attività di gioco generalmente aumentano durante periodi di stress o di depressione. La progressione verso la dipendenza è più rapida nelle donne, fenomeno ugualmente presente nella dipendenza da alcool, da cocaina e da altre forme di droga [Martins *et al.* 2002].

Questi pazienti sono particolarmente a rischio di andare incontro a patologie internistiche a causa dello stress prolungato cui si sottopongono (disturbi gastrointestinali, problemi di tipo cardiaco, emicrania, ipertensione arteriosa, ulcera peptica, ecc.) [Potenza *et al.* 2002; Petry *et al.* 1999]. Anche la depressione maggiore e il disturbo da abuso di sostanze possono essere riconducibili, in alcuni casi, alle conseguenze del gioco d'azzardo patologico [Cunningam-Williams *et al.* 2001].

Messi a confronto con campioni di controlli sani, i giocatori patologici presentano, inoltre, più frequentemente conseguenze sociali problematiche, come per esempio: perdita del lavoro (13.8% vs. 5.5%), divorzio (53.5% vs. 18.2%), arresto (32.3% vs. 4.5%), carcerazione (21.4% vs. 0.4%), debiti economici (19.2% vs. 4.2%) [Potenza *et al.* 2002].

È attualmente incerta la relazione tra il gioco d'azzardo patologico e il rischio di suicidio. Alcuni studi hanno, infatti, evidenziato un aumento del rischio, con una percentuale di soggetti variabile tra il 48 e il 70% che pensa al suicidio [Thompson *et al.* 1996] ed una percentuale variabile tra il 13 e il 20% che, invece, lo tenta [Frank *et al.* 1991]. In particolare, uno studio statunitense del 1997 ha evidenziato che ad Atlanta e a Las Vegas, città dove il gioco d'azzardo è diventato molto comune, il numero dei suicidi risultava essere da 2 a 4 volte superiore ad altre città simili per quanto riguarda la composizione demografica [Philips *et al.* 1997]. Altri dati provenienti dal St.

Louis Epidemiologic Catchment Area Study non hanno, tuttavia, evidenziato alcuna associazione tra il gioco d'azzardo patologico e la tendenza al suicidio [Cunningahm-Williams *et al.* 1998]; addirittura uno studio pilota condotto nel corpo dei Marines avrebbe trovato una correlazione negativa tra il suicidio e il gioco d'azzardo [Holmes *et al.* 1998].

6. Terapia

Esistono al momento diverse modalità terapeutiche che sono state segnalate utili nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. Si tratta in particolare di gruppi anonimi di auto-aiuto, organizzati già a partire dal 1957 e regolati su norme simili a quelle degli alcolisti anonimi, di interventi di psicoterapia psicodinamica o di psicoterapia cognitivo-comportamentale (ristrutturazione cognitiva, esposizione in vivo, desensibilizzazione per immagini, prevenzione delle ricadute, *Problem Solving*, *Social Skill Training*), di trattamenti di coppia o familiari, qualora la struttura familiare sia caotica o turbolenta, o di interventi di tipo farmacologico (stabilizzatori dell'umore, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, naltrexone, nuovi antipsicotici) da soli o in associazione ad altri trattamenti [Grant *et al.* 2003; Potenza *et al.* 2001; Petry *et al.* 1999].

Per quanto riguarda la terapia farmacologica non esistono ancora in letteratura linee-guida chiare, nessun farmaco è stato approvato dalla *Food and Drug Administration* e la maggior parte degli studi di efficacia presenta limiti metodologici: studi non controllati, numero esiguo di pazienti, eterogeneità degli strumenti di valutazione. I risultati preliminari sono, comunque, incoraggianti.

Oltre al momento terapeutico in senso stretto, alcuni autori sottolineano la grande importanza che potrebbe avere un'attività preventiva di *Screening* già a partire dal *Setting* dei medici di medicina generale, che, essendo i primi a poter garantire un contatto regolare e a lungo termine con i propri assistiti e le loro famiglie, potrebbero avvantaggiarsi anche dell'utilizzo di questionari e di brevi interviste di routine [Potenza *et al.* 2002]. Tra questi, lo strumento di valutazione attualmente più comune è rappresentato dal *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) [Lesieur *et al.* 1987], basato sui criteri del DSM-IV, che permette, una valutazione *Lifetime* del problema, mentre è poco sensibile all'evoluzione del problema nel tempo [Cullelton R.P. 1989]. Una valida alternativa è rappresentata dalla *Lie/Bet Screen*, che, pur consistendo di sole due domande, ha dimostrato una buona specificità e sensibilità nell'identificare le persone con disturbo da gioco d'azzardo patologico [Johnson *et al.* 1997].

7. Conclusioni

Il gioco d'azzardo patologico, al pari di molte altre malattie psichiatriche, vede nel suo determinismo una alterazione genetica e biologica su cui incide il fattore ambientale. Secondo lo schema vulnerabilità-ambiente, rappresentato questo ultimo in particolare dalla facile e diffusa disponibilità dei videopoker, si produce quella condizione di malattia che sempre più si connota come una dipendenza. Il DSM-IV-TR nei suoi *Items* 2,3,4 descrive sintomi quali: la tolleranza (bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata); la dipendenza (ripetuto tentativo senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo); l'astinenza (irrequietezza o irritabilità secondari al tentativo di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo). Quasi tutti

gli studi pubblicati in letteratura si sono, tuttavia, focalizzati più sui fattori che inducono ad iniziare il gioco d'azzardo, che non sui fattori che spingono a giocare nonostante le continue perdite. Esistono attualmente, infatti, molte evidenze che sottolineano la rilevanza dei fattori biologici, psicologici e sociali nel determinare il gioco d'azzardo patologico anche se è ancora da approfondire la relazione tra le diverse variabili.

Una maggior consapevolezza della relazione tra il gioco d'azzardo patologico e le devastanti conseguenze sociali è, inoltre, assolutamente indispensabile per poter affrontare il problema da una prospettiva più ampia attraverso sinergie di strumenti psicologico-psichiatrici, sociali e legislativi.

Gianluigi Nobili e Elena Scandola

Bibliografia di riferimento

Blanco C., Moreyra P., Nunes E.V., Saiz-Ruiz J. & Ibanez A. (2001), *Pathological gambling: addiction or compulsive?*, "Clinical Neuropsychiatry", 6: 167-176.

Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco Jerez C. & Saiz-Ruiz J. (1996), *Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study*, "American Journal of Psychiatry", 153: 119-121.

Carrasco J.L., Saiz-Ruiz J., Hollander E., Cesar J. & Lopez-Ibor J.J. Jr. (1994), *Low platelet mono-amine oxidase activity in pathological gambling*, "Acta Psichiatrica Scandinavica", 90: 427-431.

Blum K., Sheridan P.J., Wood R.C., Braverman E.R., Chen T.J. & Comings D. E. (1995), *Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour*, "Pharmacogenetics", 5: 521-541.

Comun G.J., Borrws G.D. & Evans B.J. (1997), *Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: implications for treatment*, "Stress Medicine", 13: 235-244.

Cunningam-Williams R.M., Coffler L.B., Cosuptom III W.M. & Spitznagel E.L. (1998), *Taking changes: problem gamblers and mental health disorders. Results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study*, "American Journal of Public Health", 88: 1093-1096.

Cunningam-Williams R.M. & Cottler L.B. (2001), *The epidemiology of pathological gambling*, "Seminars in Clinical Neuropsychiatry", 6: 155-166.

Cullelton R.P. (1989), *The prevalence rates of pathological gambling: a look at methods*, "Journal of Gambling Studies", 5: 22-41.

DeCaria C.M., Hollander E., Grossman R., Wong C.M., Mosovich S.A. & Cherkasky S. (1996), *Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling*, "The Journal of Clinical Psychiatry", 57, suppl. 8: 80-84.

DeCaria C.M., Hollander E., Nora R., Stein D., Simeon D. & Cohen I. (1997), *Gambling: biological/genetic treatment, government, and gambling concerns: neurobiology of pathological gambling*, presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, May, S. Diego, CA.

Frank M.L., Lester D. & Wexler A. (1991), *Suicidal behaviour among members of gamblers anonymous*, "Journal of Gambling Studies", 7: 249-254.

Grant J.E. & Kim S.W. (2001), *Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers*, "Journal of Clinical Psychiatry", 62: 957-962.

Grant J.E., Kim S.W. & Potenza M.N. (2003), *Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling*, "Journal of Gambling Studies", 19: 85-109.

Holden C. (2001), *"Behavioural" addictions: do they exist*, "Science", 294: 980-982.

Holmes E.K., Mateczun J.M., yLall R. & Wilcove J.R. (1998), *Pilot study of suicide risk factors among personnel in the United States Marine Corps (Pacific forces)*, "Psychological Reports", 83: 3-11.

Ibanez A., Blanco C., Perez de Castro I., Fernandez-Piqueras J. & Saiz-Ruiz J. (2003), *Genetics of Gambling studies*, "Journal of Gambling Studies", 19: 11-22.

Repubblica Italiana

Regione Lombardia

Bollettino Ufficiale

LEGGE REGIONALE 21 OTTOBRE 2013 n°8

" NORME PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO"

GESTIONE DEI CONFLITTI E PROBLEM SOLVING

(Relatrice: dott.ssa C. Grasselli)

Terzo incontro del 21/10/2014

* Possibilita'
    * Presente
* Insight
* Campo
    * Trasformazione
* Reciprocita' (rapporto intersoggettivo)

I genitori devono offrire al figlio adolescente una buona educazione dandogli l'esempio. Lo lodino se segue la retta via, lo puniscano se sbaglia.

* PROSPETTIVA TROPPO SEMPLICISTICA????

AREA NORMATIVA

(TI INSEGNO CIO' CHE VA BENE O MALE)

* AREA AFFETTIVA
* (TI COMPRENDO, MI IDENTIFICO, TI SOSTENGO, TI FACILITO)

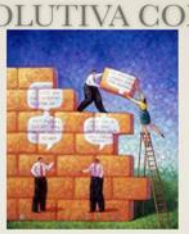
Il genitore cambia al cambiare del figlio
LA FAMIGLIA NON RESTA MAI UGUALE

(ruolo e contro ruolo)

le prime relazioni affettive

La natura delle relazioni instaurate durante la prima infanzia influenza il percorso evolutivo del bambino, sul piano cognitivo, emotivo e relazionale
L'aspetto relazionale assume un'importanza fondamentale durante tutto il corso della vita ai fini del benessere psico-fisico e della salute mentale assume un'importanza fondamentale durante tutto il corso della vita ai fini del benessere psico-fisico e della salute mentale

Educazione =
IMPRESA EVOLUTIVA CONGIUNTA



i legami preesistenti si trasformano, le sicurezze si dissolvono, il processo di individuazione porta al rinegoziamento dei ruoli in famiglia verso la autonomia

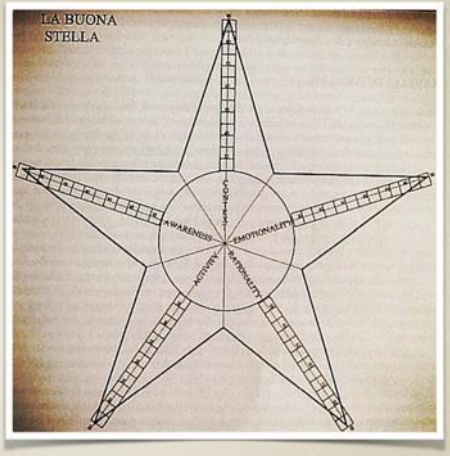
1) livello di emotività

2) livello di razionalità

3) attività/passività

4) consapevolezza

5) contesto



Proiezione del frammento dal film american beauty
Il litigio a cena

La condizione psichica delle persone è determinata da una molteplicità di fattori

biologici

Psicologici

economici

familiari e sociali

ambientali

legami dinamici interpersonali

* amore
* odio
* conoscenza

conflitto (urto) = fase specifica di cambiamento

CONFLITTI SONO INEVITABILI…
MA COME EVITARE CHE DEGENERINO?

I metodi inefficaci (e spesso riprodotti dai figli)

1. "E A NOI DUE": vediamo chi è il più forte *(STILE AUTORITARIO)*
2. "OGNI TUO DESIDERIO E' UN ORDINE": cedere e lasciar correre (STILE PERMISSIVO)
3. "DAI FAI UN PÒ TU E UN PÒ IO": (STILE ATTENDISTA)
4. "SE FAI COSI' LO DICO A PAPA'": ricorrere al legame affettivo (STILE RICATTATORIO)
5. "E' PER IL TUO BENE, FIGLIO MIO": non dichiarare i vostri reali interessi (STILE DELL' INGANNO)
7. "NON VORRAI MICA DARMI UN DISPIACERE": come colpevolizzarlo con il ricatto affettivo (STILE SENSO DI COLPA)
8. "ADESSO TI PRENDI UNO SCAPACCIONE": come dimostrare al bambino la vostra incapacità di controllo (STILE AGGRESSIVO)
9. "DAI, FAMMI UN PIACERE": incidere sugli aspetti emotivi (STILE MANIPOLATIVO)

- Metodi spesso inefficaci, danno risultati mediocri
- Vengono riprodotti dai figli

PORRE DOMANDE
ASCOLTO ATTIVO (o ascolto "EMPATICO")

DA FARE: La riformulazione, L'assenso tacito, esprimere i vostri sentimenti (Messaggio "IO")

EVITARE: Interromperlo, prendergli la parola, saltare di palo in frasca, porre le domande senza aspettare le risposte, preparare la risposta intanto che lui sta parlando, i messaggi ambigui, di attaccarlo personalmente ("tu mi fai star male", "sei un buono a nulla", ….)

IL SINTOMO COME FERITA

* BION "LA CATASTROFE E' UN MOMENTO DI CRESCITA"
* RITORNO A "O "
* FRATTURA DEL LEGAME CHE CONTIENE (TIENE INSIEME)

collasso del sistema

"carico familiare"
E L'ISTITUZIONE COME ATTORE IN GIOCO NEL PERCORSO DI RIABILITAZIONE

LA FAMIGLIA SOPPORTA UNA QUANTITA' SORPRENDENTEMENTE ALTA DI SINTOMI.
IL PREZZO CHE PAGA E' UN ENORME STRESS INTERIORE ED UN PESANTE CARICO FISICO, ECONOMICO, EMOTIVO (LE REAZIONI PREVALENTI VANNO DAL RISENTIMENTO, ALLA FRUSTRAZIONE, MALINCONIA E NEGAZIONE)

INTEGRAZIONE DELL'ISTITUZIONE CON IL PREESISTENTE SISTEMA FAMIGLIA

* INTEGRAZIONE DELL'ESPERIENZA DEL SINTOMO
* ACCETTAZIONE DELLA VULNERABILITA' IN FUTURO
* FARMACOTERAPIA PER IL CONTROLLO DEL SINTOMO
* RICONOSCIMENTO EVENTI STRESSANTI SCATENANTI UNA POSSIBILE RECIDIVA
* DISTINZIONE TRA PERSONALITA' E DISTURBO

Dal film kung fu panda "il presente e' un dono"

UN CAMBIAMENTO ESTERNO INTERAGISCE CON UNA MODIFICAZIONE INTERNA

- INFORMAZIONE
- SOSTEGNO ATTRAVERSO LA RELAZIONE TERAPEUTICA
- SPERANZA
- ENFASI SUL QUI ED ORA (GESTIONE CRISI)
- CONTINUITA'
- INCORAGGIAMENTO
- MEDIAZIONE
- RIDUZIONE DI EE E ISOLAMENTO

mondo interno (i personaggi del nostro teatro interno)

PERCORSI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E RECOVERY

(Relatrici: EP G. Castagnero, EP M. Sacchella, EP Mara Viani)

Quarto incontro del 28/10/2014

Percorsi di riabilitazione e recovery

Di cosa vi parlerò stasera

- Riabilitazione
- Principi, strumenti e metodi della Riabilitazione
- L'ambito di lavoro dell'Educatore Professionale

- **DISFUNZIONE:** incapacità di occuparsi di compiti e attività di una normale vita quotidiana.
  Trattamento d'elezione: riabilitazione psichiatrica

- **DISABILITA':** incapacità di svolgere ruoli sociali ordinari.
  Trattamento d'elezione: riabilitazione psichiatrica

- **HANDICAP:** impossibilità di usufruire di opportunità per condurre una vita soddisfacente.
  La riabilitazione psichiatrica incide in modo indiretto.

Carozza P., Principi di riabilitazione psichiatrica. Franco Angeli, 2006

RUOLO SOCIALE = espletamento di una funzione secondo quelle che sono le attese del contesto di appartenenza

Carozza P., Principi di riabilitazione psichiatrica. Franco Angeli, 2006

RIABILITAZIONE

scienza umana che tenta di tradurre i problemi degli individui in **EVENTI**

- **OSSERVABILI**
- **MISURABILI**
- **RIPRODUCIBILI**
- **MODIFICABILI**

RIABILITAZIONE

(Royal College of psychiatrists, U.K.)

Compiti della riabilitazione psichiatrica:

- Supportare a lungo termine
- Promuovere l'apprendimento di competenze sociali e l'inserimento lavorativo
- Promuovere esperienze socializzanti
- Promuovere l'acquisizione di abilità
- Fornire supporti e risorse per espletare ruoli

RIABILITAZIONE

LA RIABILITAZIONE NON E' INTRATTENIMENTO

Le attività riabilitative non sono passatempi!

Le attività riabilitative non devono essere isole felici,ma promuovere aumento dell'articolazione sociale negli ambienti quotidiani.

STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE

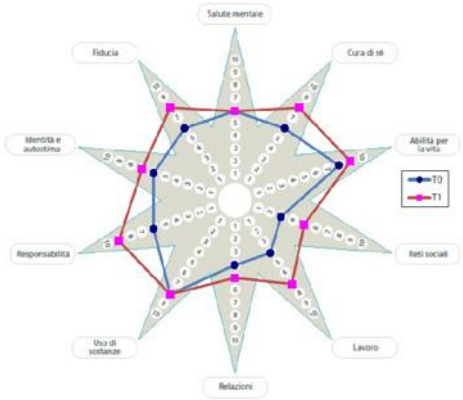
- Piano di Trattamento Riabilitativo (P.T.R.)

Viene strutturato prevedendo:

✓ OBIETTIVI SPECIFICI CONDIVISI
✓ TAPPE INTERMEDIE

Comprendere = pianificare

STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE



STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE

- **ATTIVITA' MOTIVAZIONALI**

mirano a ridurre le **resistenze al cambiamento** mediante **esperienze di successo** che modifichino il modo in cui la persona considera

sè | ambiente | prospettive di guarigione | trattamento riabilitativo

Hanno fini diversi a seconda delle FASI del processo riabilitativo

Da precisare che:

Essere **pronto** per la riabilitazione si riferisce all'esperienza soggettiva dell'utente di sentirsi preparato **ad una trasformazione**

e non alle sue abilità o **al suo livello di funzionamento,** poiché

IL **FOCUS** DELLE **ATTIVITA' MOTIVAZIONALI**

E'

PRODURRE UN CAMBIAMENTO NELLE ATTITUDINI DEGLI UTENTI

STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE

ATTIVITA' RIABILITATIVE

che attraverso l'acquisizione di risorse e di abilità producono modifiche nel funzionamento si suddividono in:

- **ATTIVITA' INDIVIDUALI (SAR)**
- **ATTIVITA' DI GRUPPO**

STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE

- ATTIVITA' DI GRUPPO

✓ Microcontesto = palestra per imparare a relazionare con gli altri, svolgere un compito collettivo, rispettare regole di convivenza

✓ Sviluppano motivazione al cambiamento attraverso esperienze di successo

✓ Consentono di lavorare su obiettivi individuali e scopi diversi

✓ Permettono di sperimentare senso di appartenenza, reciprocità e collaborazione

✓ Favoriscono attenzione e apprendimento dell'organizzazione spazio-temporale

Il GIOCO è un **metodo** dell'agire riabilitativo che:

✓ Allevia tensioni

✓ Dà piacere

✓ Rinforza attenzione, memoria, concentrazione

✓ Addestra alle regole

✓ Allenta le resistenze

✓ Favorisce espressione di parti di sé inibite o contratte

✓ Minimizza le conseguenze di azioni e scelte

✓ Favorisce l'apprendimento riducendo il timore di fallire

L' educatore non dimentica che:

- Ogni persona ha possibilità di miglioramento, di crescita e di ripresa
- **Speranza** e aspettative favorevoli sono fondamentali per promuovere processi di guarigione
- **L'utente** è una **persona con malattia** e non un malato
- La riabilitazione psichiatrica si basa sulle risorse di ogni persona
- **Supportare i minimi successi e trasformare gli insuccessi in occasioni di crescita è fondamentale**

I Pazienti suggeriscono agli operatori di:

- Leggere il comportamento ostile e demotivato come strategia difensiva
- Ricordare il rischio a cui si espone una persona con disabilità quando viene spinta ad interessarsi a qualcosa
- Attribuire importanza ai minimi segnali della ripresa di interessi
- **Promuovere esperienze di successo e che spingano a compiere scelte (piccole)**

RIABILITAZIONE

La prontezza alla riabilitazione (o motivazione al cambiamento):

- Varia nel tempo
- Dipende dall'*obiettivo scelto*
- Deve essere stabilita e valutata *insieme all'interessato*
- E' perseguibile anche dagli utenti piu' gravi

STRUMENTI DELLA RIABILITAZIONE

Le attività di gruppo che proponiamo attualmente sono risocializzanti e si suddividono in

- Motorie: camminata - acquagym*
- Ippoterapia*
- Espressive: laboratorio teatrale* - laboratorio di scrittura* - musicoterapia* - atelier di pittura*
- Attività cognitiva: ludica-mente

* Si avvalgono della collaborazione di conduttori esperti

L'obiettivo riabilitativo è influenzato da:

- **Valori** e preferenze dell' utente
- **Disponibilità** dell'utente ad apprendere abilità **per superare i deficit riconosciuti**
- Attenzione a monitorare la **motivazione** al cambiamento
- Grado di **tollerenza** dell'utente di **ai tempi realizzazione** dell'obiettivo
- **Supporto** degli operatori
- La disponibilità di **risorse della comunità**
- L'intolleranza del contesto per l' eventuale condotta desocializzata dell'utente
- La **disponibilità** delle figure di riferimento a fornire **supporto**
- **L'efficacia degli interventi** per lo sviluppo della motivazione al cambiamento

L'obiettivo riabilitativo è influenzato da:

- Abilità e supporti non astratti, ma correlati all'obiettivo da lui scelto stimola la partecipazione dell'utente
- L'utente si sente più libero di esprimere le sue preferenze se non è condizionato dall'obbligo di raggiungere un determinato livello di funzionamento deciso dagli operatori in base a standard
- Il coinvolgimento dell'**utente** è maggiore se **per primo stabilisce** l'obiettivo del suo processo riabilitativo

Esempi di **strategie** da adottare :

Deficit di attenzione e concentrazione:	**Deficit capacità di sintesi:**
•Scegliere articoli e letture brevi •Aiutare l'utente a leggere l'articolo prima dell'inizio dell'attività del giornale •Sedersi accanto all'utente e ripetere sottovoce i passaggi della lettura	**Agevolare la sintesi ponendo 5 domande:** 1) Chi è il soggetto del testo? 2) Dove avviene il fatto? 3) Quando avviene il fatto? 4) Di cosa si parla? 5) Perché è stato scelto questo testo?

PERCORSI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E RECOVERY

Recovery

Il concetto di Recovery fa riferimento non tanto alla guarigione in senso clinico quanto ad un percorso personale che consenta alla persona di condurre una vita soddisfacente sia sotto l'aspetto dell'autorealizzazione, sia nella possibilità di riacquisire un ruolo dignitoso nel contesto sociale-relazionale

Recovery significa essere in grado di vivere una vita soddisfacente ricca di significati secondo il giudizio di ciascuno, in assenza o in presenza di sintomi. Ha a che fare con l'avere il controllo ed il potere di determinare la propria vita.

Ogni percorso di recovery individuale ha caratteristiche di unicità ed è un processo fondamentalmente personale.

Recovery non significa prettamente guarigione. Recovery non è una schema né un traguardo o una destinazione. Recovery è un atteggiamento, un modo di vivere quotidiano e di affrontare le sfide. Essere in Recovery significa ammettere i limiti in modo da poter vedere infinite possibilità. Recovery significa avere il controllo. Recovery è insistere, lottare e rinascere. Recovery è un processo non lineare definito dalla successione dei risultati raggiunti.

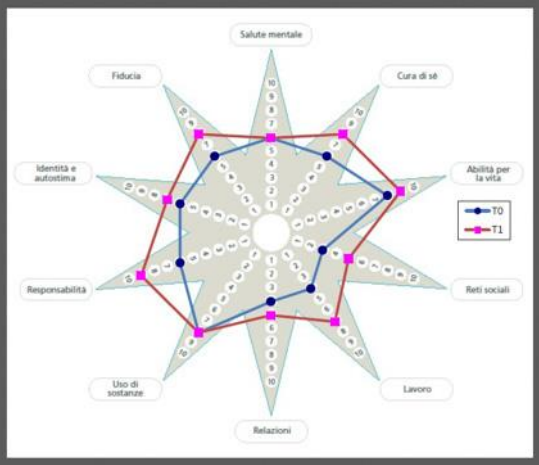
Il processo di Recovery si può meglio definire come una serie di piccoli inizi e di passi ancor più piccoli . I professionisti non possono costruire lo spirito della Recovery e consegnarlo agli utenti.
La Recovery non può essere forzata. Ciononostante, si possono creare ambienti in cui coltivare il processo di Recovery.

In Recovery, le persone con disturbo psichico devono voler tentare e fallire e tentare di nuovo.

(Patricia Deegan)

Recovery Star

- L'obiettivo principale della Recovery Star è costruire insieme il proprio percorso di cura.
- Si tratta di un metodo per la valutazione, la negoziazione e il supporto di percorsi individualizzati per gli utenti dei servizi psichiatrici, attraverso un loro COINVOLGIMENTO diretto.
- Si basa su un modello psicologico di cambiamento articolato su 5 stadi che sottende la teoria della recovery.



La Scala del Cambiamento

Pensa ad un'area della tua vita in cui hai fatto dei cambiamenti

Come era la situazione prima della tua decisione di introdurre tali cambiamenti?

Ti ricordi di avere pensato al cambiamento e, quindi, di avere deciso di volerlo attuare davvero?

Qual è stata la prima cosa che hai fatto?

Verifica se la tua esperienza si adatta a quanto descrive la Scala del Cambiamento

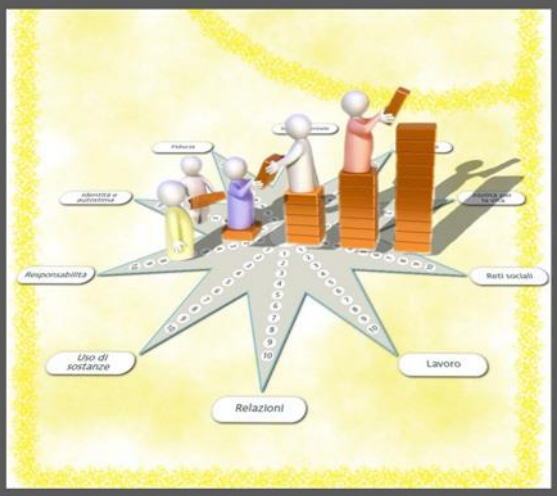
Basarsi sulle proprie forze
Posso farcela senza l'aiuto dei servizi

Apprendimento
Sto imparando come si fa

Crederci
Posso fare la differenza
Sta anche a me

Accettazione dell'aiuto
Voglio che qualcuno mi risolva i problemi

Blocco
Lasciatemi solo



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE : è la struttura organizzativa interdisciplinare e l'organo di Coordinamento e di gaverno att a garantire unitarietà ed integrazione ai servizi psichiatrici dell'età adulta, ma anche ai servizi neuropsichiatrici dell'infanzia e a vari programmi dipartimentali. E' composto dalle seguenti strutture :

a) Unità operativa n° 24 di Manerbio
b) Unità operativa n° 21 di Gavardo che comprende:
- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Gavardo
- Il Centro Psico-sociale (CPS) di Salò
- Il Centro Psico-Sociale (CPS) di Lonato
- La Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di Lonato
- La Comunità Protetta ad Alta assistenza di Salò.
c) Servizio di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza (NPIA) di Leno, Lonato e Salò.

Percorso in struttura riabilitativa CPA

La CPA è una struttura organizzata deputata a realizzare programmi terapeutico -riabilitativi intesi a sostenere e sviluppare le residue capacità di autonomia da attuarsi in condizioni di residenzialità protetta. Il periodo massimo di degenza e di 36 mesi. E'prevista la presenza di personale sanitario sulle 24 ore.

Le ammissioni avvengono su proposta di un medico del CPS sulla base di un piano di trattamento individuale (PTI) nel quale si evidenziano gli obiettivi da raggiungere in modo condiviso con l'utente e con gli operatori sul caso.
Requisito indispensabile al percorso è la volontaria adesione dell'ospite alprogramma Terapeutico.
Ogni intervento realizzato durante il ricovero in CPA parte dalle considerazione che la persona umana, in qualunque condizione psico-fisica si trovi, ha in sé delle capacità e delle risorse, il compito di ogni operatore è di potenziare le capacità residue della persona instaurando una relazione d'aiuto.

PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO (PTR)

Viene steso con il paziente dopo un periodo circa un mese dall'inserimento in struttura
Si valutano 4 Aree di intervento:
- Cura del sé e dell'ambiente
- Competenze relazionali
- Comportamento
- Abilità sociali.

Si definisce con il paziente l'area di priorità dell'intervento e si sottoscrivono gli obiettivi del PTR.

La pianificazione degli interventi è sulle 10 aree della Recovery Star:
- Gestione della salute mentale
- Cura del sé
- Abilità per la vita
- Reti sociali
- Lavoro
- Relazioni
- Comportamenti legati all'uso di sostanze
- Responsabilità
- Identità ed autostima
- Fiducia ed aspettative.

Il PTR viene sottoscritto dal paziente e firmato dall'equipè referente (Responsabile di Area riabilitativa, medico, infermiere e educatore).
Si stabilisce inoltre la data della valutazione successiva.
Nel caso in cui vi è la presenza di un tutore o amministratore di sostegno il PTR viene sottoscritto da questa figura.

Con il PTR si stabiliscono quindi gli interventi da effettuare in relazione agli obiettivi stabiliti in base alle aree di intervento identificate su cui lavorare.

Si concordano sia le attività a cui l'utente parteciperà (che possono essere sia quelle effettuate nella struttura che quelle che si eseguono in Area Riabilitativa,) che tutti gli interventi che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi concordati (attivazione di risorse territoriali, SAR, incontri con i familiari, permessi a domicilio ....)
Si prevedono inoltre incontri di valutazione dell'andamento del percorso con l'equipè inviante del CPS.

Al termine del periodo in struttura il percorso riabilitativo prosegue al CPS di riferimento per competenza territoriale.

Progetto Margherita
TR83

Progetto Margherita

- Progetto Dipartimentale UOP 21
- Attivo da Giugno 2012 su Salò e Lonato, ora ampliato a tutto il DSM
- 10 pazienti iniziali inviati dal CPS
- Parole chiave: Innovativo, Sperimentale, Territoriale
- TR83
- Prevenzione

Cos'è?

- orientato all'intervento clinico e riabilitativo
- giovani adulti 18-24 anni
- disturbo psichico disabilitante, attenzione posta sugli esordi psicotici
- programmato in relazione alle esigenze dei singoli utenti
- multidimensionalità: si coniuga l'intervento di riabilitazione psicosociale e rimedio cognitivo con l'attività clinica

Perché?

- nel biennio 2009-2010 si è assistito ad un aumento importante dei pazienti in trattamento nella fascia 18/24 anni
- si è evidenziato l'aumento di precoci problematiche psichiatriche gravi
- Importante attivare interventi preventivi per ridurre il rischio di una perdita di funzionamento negli anni a venire

Quali operatori coinvolge?

Equipe Multidisciplinare coordinata da un case manager e composta da:

- Psichiatri
- Psicologi
- Educatori Professionali
- Assistente Sociale

Quali obiettivi?

Coordinare nella stessa iniziativa 5 aspetti complessi:

- Lavoro clinico
- La riabilitazione cognitiva
- L'abitare
- La rete sociale
- Il mondo della scuola e del lavoro

- IL LAVORO CLINICO per non compromettere l'evoluzione della personalità del giovane

- LA RIABILITAZIONE COGNITIVA per ridurre il peso dei deficit cognitivi sul funzionamento psicosociale

- L'ABITARE ossia l'attivazione di un percorso domiciliare con attività relative alla cura del sé, alla gestione domestica, al monitoraggio della situazione clinica, al supporto socio relazio

- LA RETE SOCIALE ossia la partecipazione a uno scambio, a partire dal nucleo familiare fino ad arrivare a un allargamento della rete con azioni di inclusione sociale ossia proposte d'accompagnamento nella vita relazionale della persona al fine di aumentare le capacità negoziali

- IL MONDO DEL LAVORO E DELLA SCUOLA come indicatori importanti del funzionamento sociale e di adattamento

Risultati attesi

- Miglioramento clinico, miglioramento del funzionamento globale
- Alleggerimento dei carichi gestionali per il nucleo familiare
- Riduzione ricoveri in SPDC

I risultati vengono valutati in maniera sistematica con:

Valutazioni neuropsicologiche e cognitive (PEP), Recovery star, VGF, CGI, HONOS per la valutazione del funzionamento globale, QPF per valutare il carico familiare

La nostra esperienza, i primi passi

- Lavoro in equipe con una valutazione iniziale e una differenziazione degli interventi
- Ogni operatore con un ruolo specifico
- Riunioni interne di monitoraggio e analisi organizzativa
- Fondamentale creare un'alleanza iniziale, entrando nelle varie situazioni con «delicatezza»

Monitoraggio clinico costante

- Medico, visita medica, colloquio clinico
- Psicologo, Psicoterapia
- Infermiere a domicilio
- Educatore a domicilio

- Interventi su necessità

L'importanza della domiciliarita'

- Fondamentale è stata l'attivazione di un servizio domiciliare, che potesse sostenere il giovane a casa e nel proprio territorio
- *«Entrare in punta di piedi nelle famiglie»*
- Sensibilità, rispetto, pazienza, attenzione ai bisogni individuale e familiari
- Ogni situazione è a sé e va pensata per le sue peculiarità

Il supporto alle famiglie

Altro aspetto di grande importanza è stata l'attivazione di un lavoro di supporto ai familiari per sostenerli, informarli, aiutarli a utilizzare strategie, inoltre per fornire uno spazio di pensiero, di sfogo:

1. Gruppi di Psicoeducazione
2. Supporto/sostegno psicologico individuale in struttura o presso il domicilio

Lavoro di rete

- Collaborazione con scuola, servizi del comune, servizi sanitari ASL (servizio handicap)
- Abbiamo riscontrato attenzione e sensibilità (es consigli di classe, spazio in Comune, colloqui con AS del Comune)
- Attivazione SAR interne o con contributo motivazionale da parte del Comune di competenza come esperienza di tenuta
- Interventi di promozione e sensibilizzazione

LAVORO: ASPETTATIVE E PROSPETTIVE

(Relatori: Dott.ssa V. Contiero, Dott. S. Susio)

Quinto incontro del 04/11/2014

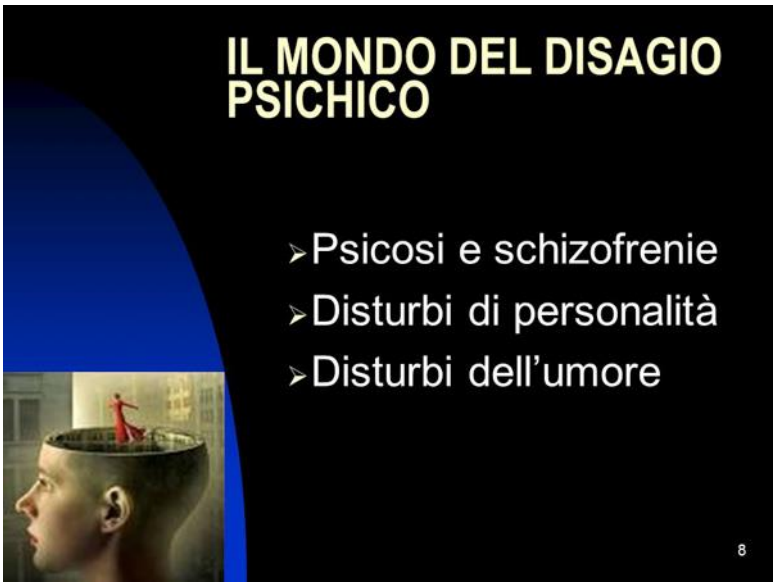
PRESA IN CARICO
Necessità di differenziare l'ambiente di cura dal servizio d'integrazione lavorativa
LAVORO
Lavoro
LAVORO
Lavoro
3

SECONDO REQUISITO
Entrare in contatto con le proprie difficoltà (limiti)
4

RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI
INVALIDITA' CIVILE EX L. 68/99
Relazione conclusiva ex L. 68/99
SVANTAGGIO EX L. 381/91
LEGGE 104/92 (permessi giornalieri o mensili…)
INABILITA' TOTALE/PARZIALE INPS
5

Realtà lavorative
Ente pubblico
Cooperativa sociale
Azienda privata
6

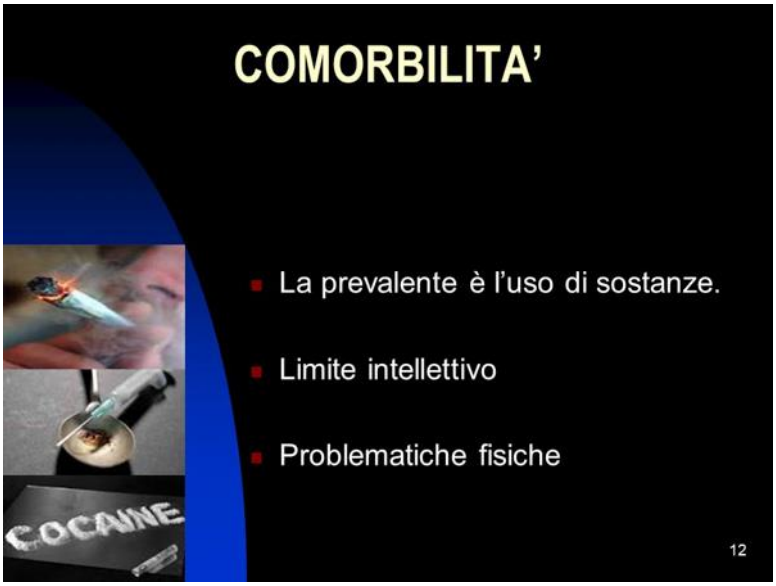
INTEGRAZIONE
≠
INSERIMENTO
7


IL MONDO DEL DISAGIO PSICHICO
Psicosi e schizofrenie
Disturbi di personalità
Disturbi dell'umore
8

Psicosi e schizofrenie
Terapia farmacologica
Ospedalizzazioni
Delirio
9

DISTURBO DI PERSONALITA'
Paranoide
Schizoide
Schizotipico
Borderline
Narcisistico
Istrionico
Antisociale
Dipendente
Ossessivo compulsivo
Passivo aggressivo
Evitante
10

DISTURBI DELL'UMORE
Tono dell'umore deflesso:
Difficoltà a recarsi al lavoro
Poca cura di sé
Fase maniacale:
Imprevedibilità
Incapacità a controllare l'impulso
11


COMORBILITA'
La prevalente è l'uso di sostanze.
Limite intellettivo
Problematiche fisiche
COCAINE
12

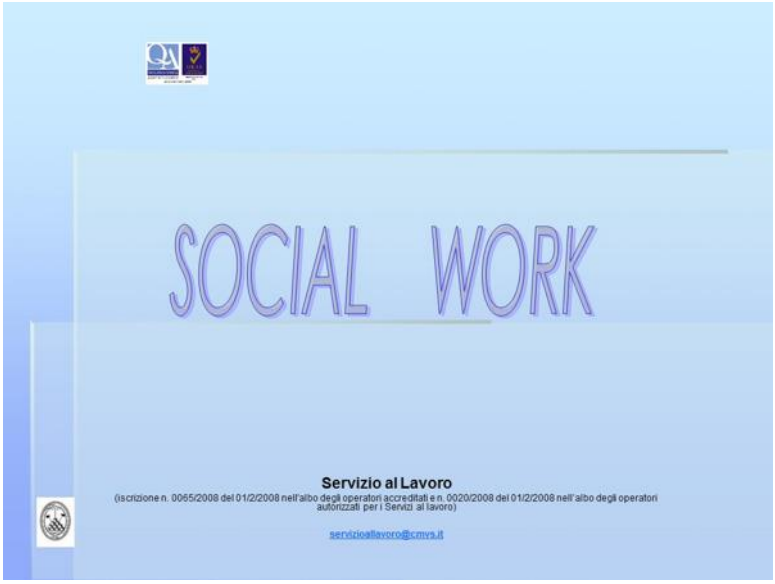
Il lavoro non è la soluzione ma un' aggravante
13

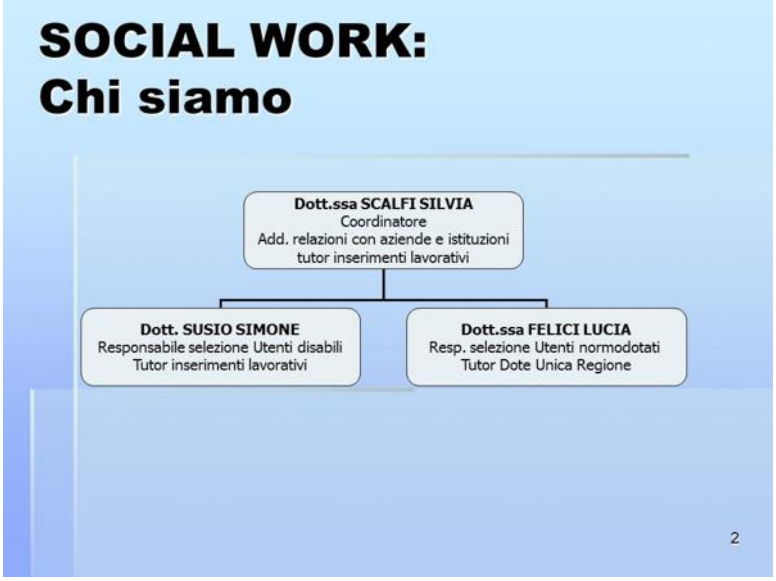
Dinamiche familiari
Se una società s'interessa ai propri bambini, deve prendersi cura anche dei loro genitori
(J. Bowlby, 1957)
14

DATI 2013-OTTOBRE 2014 NUCLEO INTEGRAZIONE LAVORATIVA AMBITO 11 GARDA

Anno	Numero utenti in carico	Tirocini	Collocati	Monitoraggi	Dimessi
2013	259 di cui 107 con disagio psichico	16	24	68	36
2014 fino alla fine di ottobre	264	19	35	69	44

15


SOCIAL WORK
Servizio al Lavoro
(iscrizione n. 0065/2008 del 01/2/2008 nell'albo degli operatori accreditati e n. 0020/2008 del 01/2/2008 nell'albo degli operatori autorizzati per i Servizi al lavoro)
servizioallavoro@cmvs.it


SOCIAL WORK:
Chi siamo
Dott.ssa SCALFI SILVIA
Coordinatore
Add. relazioni con aziende e istituzioni
tutor inserimenti lavorativi
Dott. SUSIO SIMONE
Responsabile selezione Utenti disabili
Tutor inserimenti lavorativi
Dott.ssa FELICI LUCIA
Resp. selezione Utenti normodotati
Tutor Dote Unica Regione
2

SOCIAL WORK:
Obiettivi
Trovare collocazione a soggetti segnalati dalle diverse amministrazioni comunali e dai servizi specialistici attraverso una promozione mirata del servizio sul territorio.
3

SOCIAL WORK: Funzioni

SUPPORTO DEL LAVORATORE:

- *orientamento lavorativo*
- *Ricerca domanda offerta*
- *Supporto sulle difficoltà emerse durante gli inserimenti*
- *Monitoraggio del percorso di inserimento*

4

SOCIAL WORK: Funzioni

SUPPORTO ALLE AZIENDE:

- *Selezione professionale sui bisogni emersi*
- *Individuazione degli obiettivi-lavoro*
- *Valutazione delle reali competenze del lavoratore*

5

SOCIAL WORK: Strumenti

- *Colloquio di accesso e colloquio specialistico*
  - *Attività di ricerca del lavoro e selezione*
- *Progetto integrato di rete*
  - *Selezione utenti a seguito di offerta lavoro*
- *Attivazione tirocini extra curriculari*
  - *Monitoraggio utenti inseriti*

6

Colloquio di accesso e specialistico

- Supporto burocratico: « Sei in possesso di tutte le certificazioni?, ti sei iscritto all'UCM?»
- Conoscenza dell'utente: « Quale è la tua situazione sociale attuale?, Sei seguito dai servizi specialistici?»
- Gestione aspettative: « Quale lavoro ti piacerebbe fare e quale sei in grado?, che lavori hai svolto in passato?»
- Orientamento al lavoro: «Quali capacità e qualifiche possiedi che ti

7

Attività di ricerca lavoro e selezione

- Telemarketing
- Selezione offerta la
- Visite aziende convenzionate
- Individuazione mansioni disponibili
- Incontro domanda offerta
- Accompagnamento ai colloqui di selezione

8

Progetto integrato di rete

- Comunicazione costante con servizi specialistici e territoriali al fine sviluppare un progetto di inserimento al lavoro centrato sulla persona

- CPS
- EOH
- NOA – SERT - SMI
- CONSULTORIO
- SERVIZI SOCIALI DI BASE

9

Attivazione tirocini extra curricolari

- *Stipulazione di una convenzione e di un progetto di tirocinio tra social work – ente promotore - e l'azienda ospitante*
- *Durata: normalmente è di 3 mesi con possibilità di proroga*
- *Con il tirocinio le aziende ospitanti non hanno alcun costo contributivo, l'unico costo è il rimborso spese al tirocinante e assicurazione INAIL. Le aziende devono far fare la visita medica per l'idoneità alla mansione, la comunicazione dell'avvio del tirocinio attraverso il portale sintesi e la tenuta di un registro delle presenze*

10

Monitoraggio utenti inseriti

- *Visite periodiche aziendali da parte del tutor*
- *Verifiche progettuali con azienda*
- *Incontri extra-lavoro*
- *Verifiche servizi sp*
  territoriali

11

Numeri di servizio

- *Utenti patologia psichiatrica in carico: 72*
- *Utenti disabilità patologia psichiatrica in attesa di occupazione: 40*
- *Utenti disabilità p*
  psichiatrica assun

12

Grazie per l'attenzione
Contatti:
Indirizzo: via Reverberi 2 Nozza di Vestone
Mail: servizioallavoro@cmvs.it
Telefono: 0365/8777301
13

I PRINCIPALI DISTURBI PSICHICI: ESORDIO E SINTOMI

(Relatori: Dott. F. Teti, Dott.ssa M. Giuliano, EP M. Viani)

Sesto incontro del 11/11/2014

PRINCIPALI MALATTIE MENTALI

- PSICOSI/SCHIZOFRENIA
- DISTURBI DELL'UMORE
- DISTURBI D'ANSIA

Prevalenza

- *Tutti i disturbi mentali:* 50% degli adulti soffre di problemi di salute mentale nel corso della vita
- *Depressione:* Adulti: 10% nel corso della vita
- *Disturbi d'ansia:* 3-6% nel corso della vita (fobie, disturbi ossessivo - compulsivo, e disturbi tipo attacco di panico (prevalenza 1% circa per ciascun disturbo)
- *Suicidio:* 5.000 suicidi riusciti e più di 100.000 tentati suicidio all'anno; rappresentano il 5% di tutti gli anni di vita persi nelle persone sotto i 75 anni

CAUSE

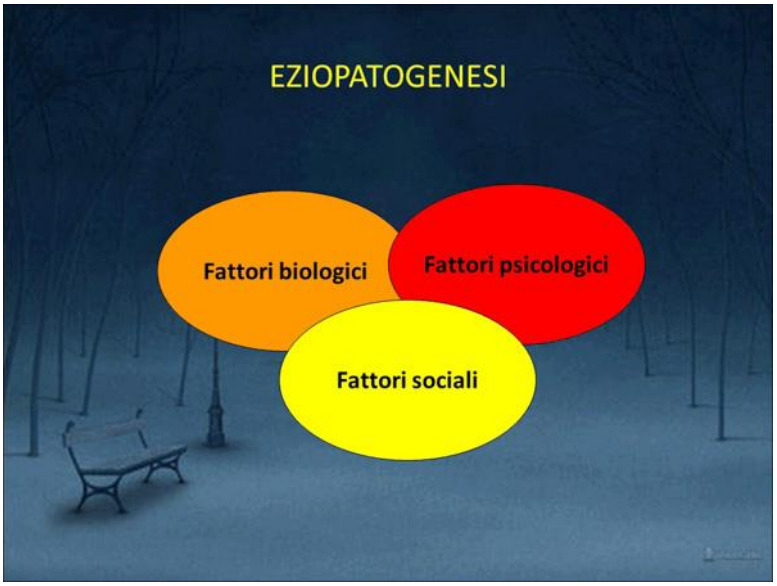
La malattia mentale difficilmente ha una causa unica e specifica.

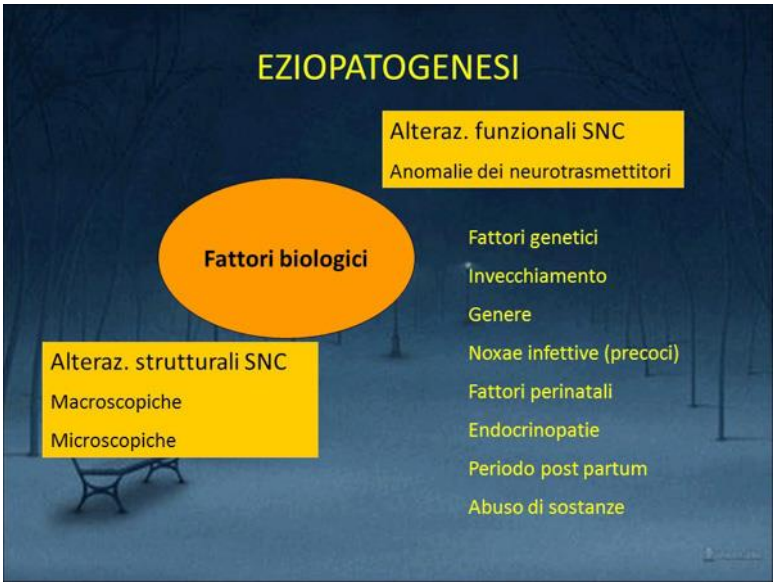
Si parla di **concause**, di fattori predisponenti, di fattori scatenanti.

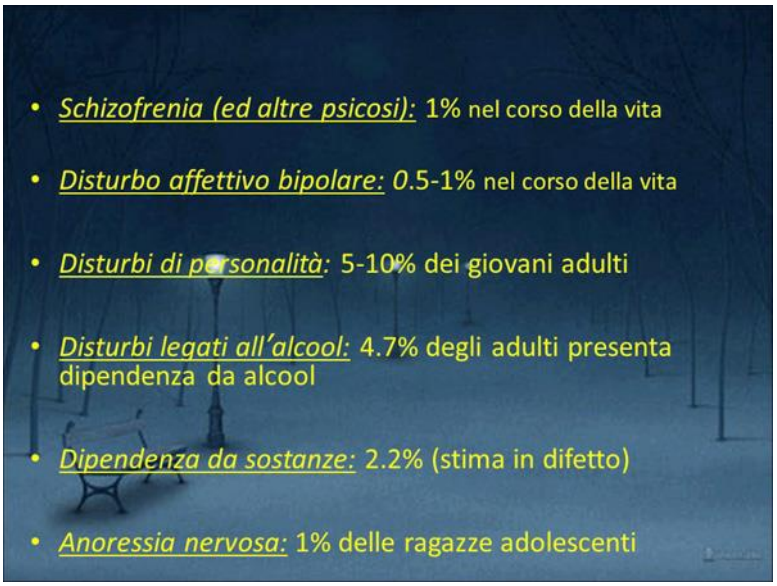
La malattia mentale trova una possibile eziologia a livelli diversi:

- Biologici
- Psicologici
- Socio-ambientali

Teoria bio-psico-sociale

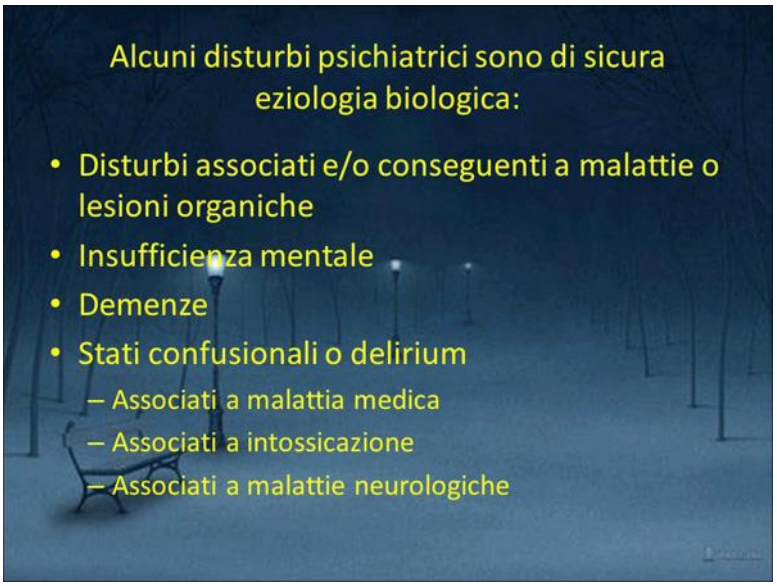

EZIOPATOGENESI
Fattori biologici
Fattori psicologici
Fattori sociali


EZIOPATOGENESI
Alteraz. funzionali SNC
Anomalie dei neurotrasmettitori
Fattori biologici
Fattori genetici
Invecchiamento
Genere
Noxae infettive (precoci)
Fattori perinatali
Endocrinopatie
Periodo post partum
Abuso di sostanze
Alteraz. strutturali SNC
Macroscopiche
Microscopiche


• Schizofrenia (ed altre psicosi): 1% nel corso della vita
• Disturbo affettivo bipolare: 0.5-1% nel corso della vita
• Disturbi di personalità: 5-10% dei giovani adulti
• Disturbi legati all'alcool: 4.7% degli adulti presenta dipendenza da alcool
• Dipendenza da sostanze: 2.2% (stima in difetto)
• Anoressia nervosa: 1% delle ragazze adolescenti

EZIOPATOGENESI
Relazione madre-neonato
Ambiente familiare disturbato
Esperienze precoci di perdita o di separazione dalle figure genitoriali
Abuso fisico/sessuale
Eventi di vita
Lutto
Rottura relazione significativa
Pensionamento
Malattia, disabilità
Fattori psicologici

EZIOPATOGENESI
Classe socio-economica
Urbanizzazione
Supporto sociale
Emigrazione
Convinzioni sulla malattia mentale
Fattori sociali


Alcuni disturbi psichiatrici sono di sicura eziologia biologica:
• Disturbi associati e/o conseguenti a malattie o lesioni organiche
• Insufficienza mentale
• Demenze
• Stati confusionali o delirium
– Associati a malattia medica
– Associati a intossicazione
– Associati a malattie neurologiche

PSICOSI

Il termine psicosi indica malattie caratterizzate da una grave compromissione del giudizio di realtà e del funzionamento mentale.

Queste malattie portano ad un grave danno al funzionamento personale con *incapacità di svolgere gli abituali ruoli familiari, sociali e lavorativi.*

SCHIZOFRENIA

La più grave forma di psicosi è la schizofrenia.
È caratterizzata da un'alterazione della personalità così globale da compromettere tutte le funzioni psichiche: l'individuo perde la capacità di rapportarsi alla realtà circostante secondo schemi convenzionali che sostituisce con proprie immagini di realtà più o meno fantastiche e caotiche.

SCIZOFRENIA: SINTOMI POSITIVI

- Deliri
- Pensiero disorganizzato
- Allucinazioni
- Eloquio disorganizzato
- Comportamento disorganizzato/bizzarro/catatonico
- Affettività discordante/appiattita/indifferente

DELIRIO

Interpretazione errata della realtà che non si lascia correggere dalla critica.

- di persecuzione (paranoide)
- di gelosia
- di colpa/peccato
- di essere controllati
- di furto del pensiero
- ……
- di grandezza
- di riferimento
- religiosi
- somatici
- di lettura del pensiero
- ……

ALLUCINAZIONE

- **È la percezione senza oggetto**.
- È l'alterazione percettiva della realtà.
- Si caratterizza per il fatto che il soggetto non è in grado di rendersene conto:

Non c'è critica

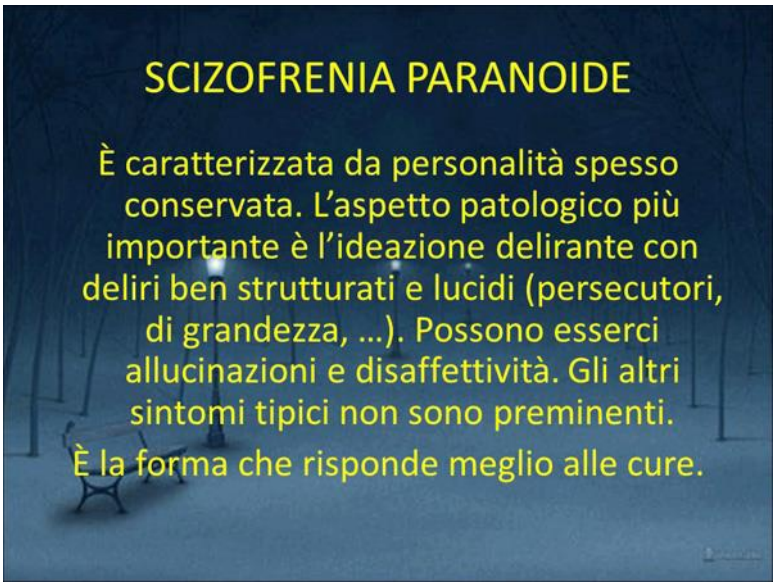
- Allucinazioni uditive, visive, olfattive, gustative, tattili, cenestesiche

SCHIZOFRENIA: SINTOMI NEGATIVI

- Appiattimento dell'affettività
- Alogia (povertà di linguaggio e contenuti)
- Abulia
- Aneidonia
- Isolamento sociale
- Assente cura del sè

SCHIZOFRENIA
COSCIENZA DI MALATTIA
ASSENTE

SCIZOFRENIA: SOTTOTIPI
• Paranoide
• Catatonica
• Disorganizzata


SCIZOFRENIA PARANOIDE
È caratterizzata da personalità spesso conservata. L'aspetto patologico più importante è l'ideazione delirante con deliri ben strutturati e lucidi (persecutori, di grandezza, ...). Possono esserci allucinazioni e disaffettività. Gli altri sintomi tipici non sono preminenti.
È la forma che risponde meglio alle cure.

SCHIZOFRENIA CATATONICA

- Rallentamento o arresto motorio: catalessia, stupor (oppure attività motoria eccessiva senza scopo).
- Negativismo estremo/mutacismo (resistenza senza motivo a tutti i comandi).
- È caratterizzata da estrema mancanza di comunicazione con l'esterno.
- Movimenti stereotipati, manierismi o smorfie.
- Ecolalia o ecoprassia.

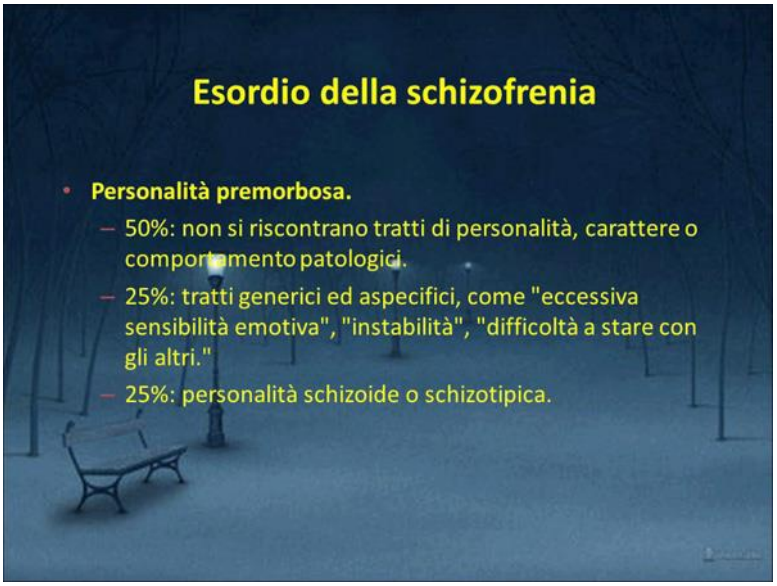
SCHIZOFRENIA DISORGANIZZATA

- Eloquio disorganizzato
- Comportamento disorganizzato
- Affettività inadeguata o appiattita
- Grande povertà ideativa
- Esordio precoce
- Facile cronicizzazione

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalenza life-time 1%,
- Incidenza annua 0.2 per 1000
- M:F = 1:1 (ma esordio più precoce in ♂)
- Esordio prima dei 30 anni

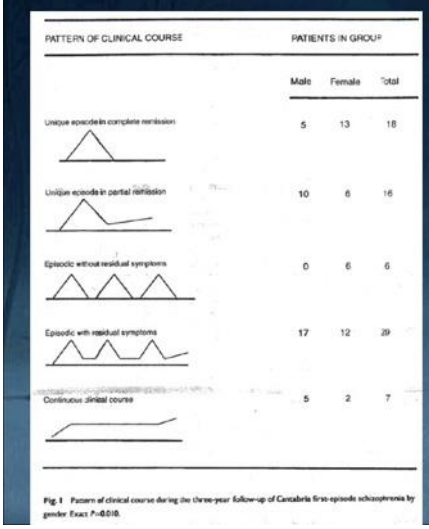
Esordio della schizofrenia
1) Condizioni di normalità nell'infanzia
2) Prodromi durante la adolescenza
3) Episodio psicotico acuto (20 – 30 anni)
4) Decorso variabile


Esordio della schizofrenia
• Personalità premorbosa.
– 50%: non si riscontrano tratti di personalità, carattere o comportamento patologici.
– 25%: tratti generici ed aspecifici, come "eccessiva sensibilità emotiva", "instabilità", "difficoltà a stare con gli altri."
– 25%: personalità schizoide o schizotipica.

Esordio della schizofrenia
• Prodromi
– Ritiro e isolamento sociale.
– Riduzione della capacità di comportamento finalizzato.
– Modificazioni del pensiero.
– Comportamento con impulsività, stranezza e bizzarria,
– Ansia, perplessità, preoccupazioni somatiche, depersonalizzazione.

Psicosi acuta e schizofrenia

- L'episodio psicotico acuto può essere il quadro d'esordio della schizofrenia o comparire tardivamente e subdolamente dopo una lunga fase di disadattamento
- L'episodio psicotico acuto si osserva in numerose altre patologie psichiatriche:
  - Disturbi bipolari
  - Bouffeés deliranti
  - Uso di sostanze
  - Delirium



PATTERN OF CLINICAL COURSE	PATIENTS IN GROUP		
	Male	Female	Total
Unique episode in complete remission	5	13	18
Unique episode in partial remission	10	6	16
Episodic without residual symptoms	0	6	6
Episodic with residual symptoms	17	12	29
Continuous clinical course	5	2	7

Fig. 1 Pattern of clinical course during the three-year follow-up of Cantabria first-episode schizophrenia by gender. Exact P=0.010.

Decorso della schizofrenia

- 1/3 circa dei pazienti sono asintomatici dopo uno o alcuni episodi
- Evoluzione del quadro clinico dalla sintomatologia positiva a quella negativa
- Buon adattamento sociale in metà dei casi

Consapevolezza di malattia

- Spesso vi è scarsa consapevolezza di malattia
  - Evidente e grossolana nelle fasi deliranti
  - Subdola nelle fasi di compenso e riconducibile ai deficit cognitivi perduranti
- Vari livelli di inconsapevolezza, dal rifiuto ostile alla disattenzione verso le cure
- Effetto demoralizzante e stigmatizzante della diagnosi di schizofrenia
- Interventi: psicoterapia, psicoeducazione, alleanza terapeutica, lotta allo stigma

Fattori protettivi

Studio internazionale OMS sui determinanti dell'esito

- La schizofrenia ha decorso migliore nei paesi invia di sviluppo
- Ruoli sociali prestabiliti, minore competitività per il lavoro e minori aspettative di performance cognitive e sociali

- Trattamento e riabilitazione
- Capacità della famiglia di risolvere i problemi
- Aiuto da parte dei Servizi ad affrontare crisi e conflitti
- Ambiente sociale tollerante

Mortalità e schizofrenia

- Elevato rischio di suicidio
- Mortalità per malattie fisiche
  - Scarsa possibilità di accedere alle cure !
  - Abitudini di vita poco sane (fumo, alcol, sostanze)
  - Scarsa compliance alle terapie

Famiglia e schizofrenia

- La schizofrenia interrompe il processo di crescita ed autonomizzazione dell'individuo, che regredisce a livelli di funzionamento precedenti
- Il paziente schizofrenico ha difficoltà di vita autonoma e di solito vive in famiglia
- Il clima e le relazioni familiari sono un fattore chiave per il decorso della schizofrenia.

SCHIZOFRENIA

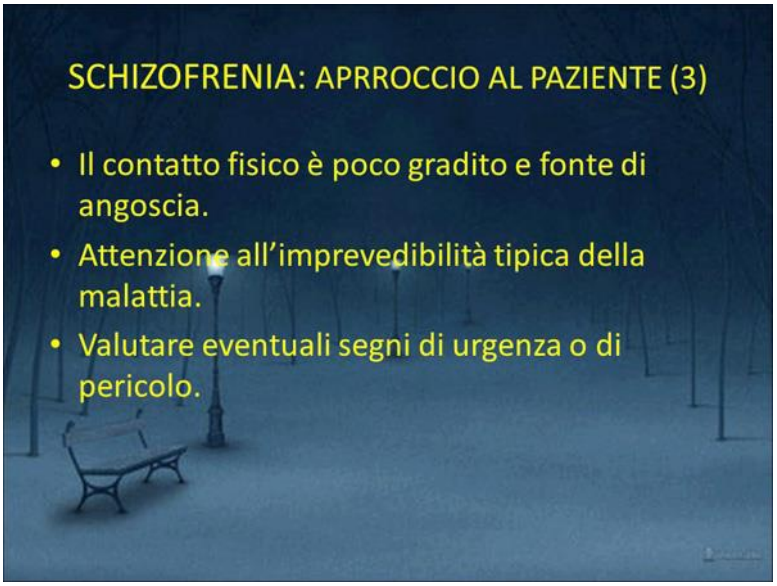
- Esordio
  - precoce/tardivo
  - acuto/subdolo
- Decorso
- Trattamento: terapia integrata
  - farmacologica
  - psicologica
  - riabilitazione

SCHIZOFRENIA: APPROCCIO AL PAZIENTE (1)

- Mantenere atteggiamento calmo e rispettoso.
- Accettare il soggetto nelle sue espressioni ambivalenti, bizzarre, spesso poco capibili.
- Dare di sé un'immagine stabile.
- Ascoltare per cercare di creare una relazione.
- Chiarezza nella nostra comunicazione e nel nostro comportamento.
- Essere empatici (dove possibile) senza farsi coinvolgere

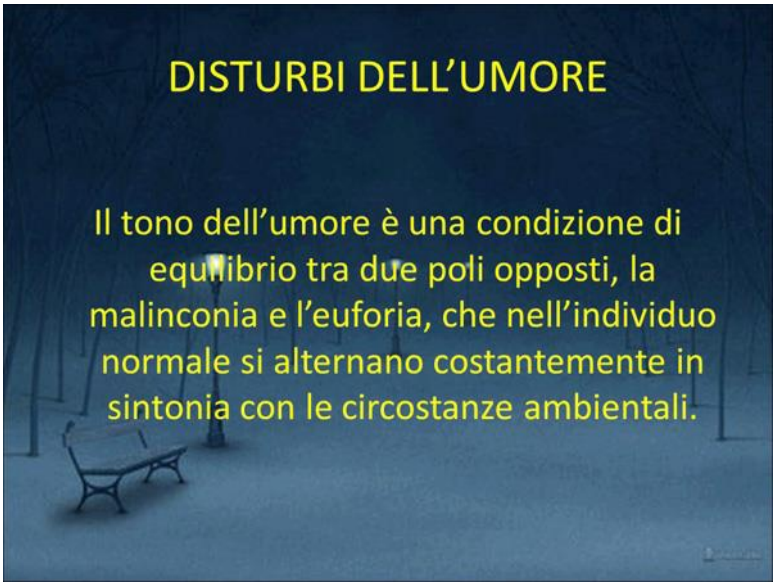
SCHIZOFRENIA: APPROCCIO AL PAZIENTE (2)

- Non contraddire il delirio e valutarne il grado di convinzione e di critica.
- Non cercare di convincere o di sfidare.
- Accettare e non opporsi al discorso delirante: accettare il delirio non vuol dire approvarlo o condividerlo.
- Il paziente che non si sente escluso o svalutato diminuisce la propria angoscia.

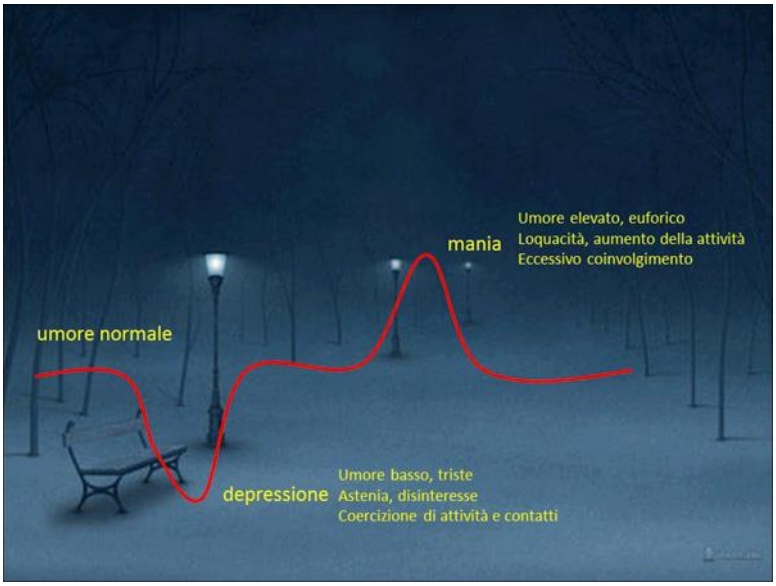

SCHIZOFRENIA: APRROCCIO AL PAZIENTE (3)
• Il contatto fisico è poco gradito e fonte di angoscia.
• Attenzione all'imprevedibilità tipica della malattia.
• Valutare eventuali segni di urgenza o di pericolo.

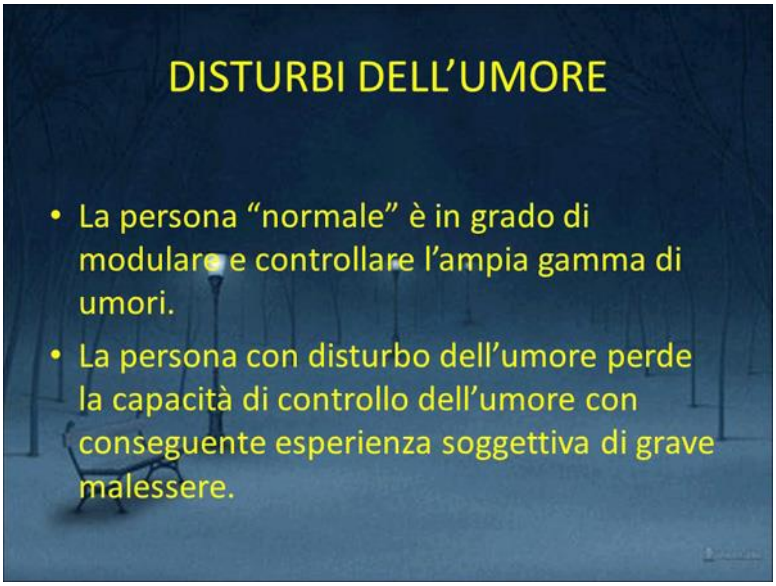
AFFETTIVITA' E UMORE
• Affettività:
componente della psiche dell'individuo che gli consente di "sentire" il mondo e di "sentire" il calore delle relazioni fra se stesso e il mondo
• Tono dell'umore:
tonalità di fondo che condiziona il nostro modo di sentire e di partecipare al mondo

DISTURBI DELL'UMORE
UMORE:
STATO EMOZIONALE CHE COLORA LA PERCEZIONE CHE IL SOGGETTO HA DEL MONDO


DISTURBI DELL'UMORE
Il tono dell'umore è una condizione di equilibrio tra due poli opposti, la malinconia e l'euforia, che nell'individuo normale si alternano costantemente in sintonia con le circostanze ambientali.

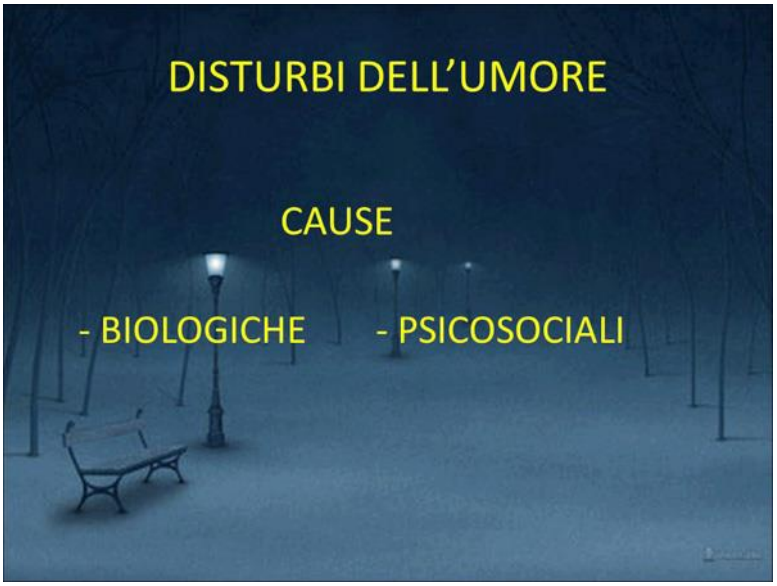
DISTURBI DELL'UMORE
L'umore può essere
• "Normale"
• Elevato/espanso
• Depresso


mania
Umore elevato, euforico
Loquacità, aumento della attività
Eccessivo coinvolgimento
umore normale
depressione
Umore basso, triste
Astenia, disinteresse
Coercizione di attività e contatti


DISTURBI DELL'UMORE
• La persona "normale" è in grado di modulare e controllare l'ampia gamma di umori.
• La persona con disturbo dell'umore perde la capacità di controllo dell'umore con conseguente esperienza soggettiva di grave malessere.

DISTURBI DELL'UMORE
Depressione e/o euforia
come
evento di vita
o
patologia

Depressione
Confini fra normalità e patologia
• Disagio esistenziale comune
• Depressione "normale", esempi: malattia, lutto
• Carattere eccessivo, invalidante
• Lunga durata
• Fissità dell'umore
• Reazione sproporzionata rispetto ad avvenimenti o mancanza di associazione con eventi di vita
• Aspetti qualitativi: sentimento di vuoto, perdita dell'autostima, senso di colpa e/o di vergogna immotivato o esagerato
• Copresenza di disturbi vegetativi e somatici gravi


DISTURBI DELL'UMORE
CAUSE
- BIOLOGICHE
- PSICOSOCIALI

CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DELL'UMORE
Disturbi Depressivi:
. Disturbo Depressivo Maggiore (episodio singolo)
. Disturbo Depressivo Maggiore (ricorrente)
. Disturbo Distimico
Disturbi Bipolari:
. Disturbo Bipolare I
. Disturbo Bipolare II
. Disturbo Ciclotimico

Disturbi dell'umore
Riassunto

Depressione unipolare

- Comune: **10%** popolazione
- F:M=2:1
- Solo episodi depressivi
- Prognosi buona, specie forme non cronicizzate
- Trattamento con farmaci antidepressivi

Disturbi bipolari

- Raro: **1%** pop generale
- F:M=1
- Alternanza di fasi maniacali e depressive
- Prognosi non eccellente
- Trattamento con farmaci stabilizzatori dell'umore

EPIDEMIOLOGIA

- A livello mondiale: 121 milioni di persone
- Prevalenza 2004:

Mondo	Paesi più industrializzati
1) Infezioni basse vie respiratorie	1) Depressione maggiore
2) Infezioni GI (diarrea)	2) Cardiopatia ischemica
3) Depressione maggiore	3) Patologie cerebrovascolari
4) Cardiopatia ischemica	4) Alzheimer e altre demenze

WHO - The global burden of disease: 2004 update

EPIDEMIOLOGIA

- **Prevalenza**: 10%
- **Distribuzione per Sesso**: F:M=2:1
- **Età di esordio**: Massimo rischio tra i 25 e i 40 anni.
- **Genetica**: Il risultato di studi sulla componente genetica indica che il rischio ad ammalare è 3-4 volte aumentato nei nuclei familiari in cui sono presenti soggetti con disturbi dell'umore rispetto al rischio presente nella popolazione generale.

DEPRESSIONE: SINTOMI (1)

- Umore depresso
- Perdita degli interessi
- Rallentamento psicomotorio
- Incapacità di provare piacere
- Perdita di peso
- Ritiro sociale
- Diminuzione concentrazione, attenzione, memoria
- Ansia

DEPRESSIONE: SINTOMI (2)

- Insonnia/ipersonnia
- Astenia
- Scadimento condizione sociale e lavorativa
- Sentimenti di colpa e autosvalutazione
- Idee di morte, di suicidio
- Idee deliranti

"Core" sintomatologico (sintomi fondamentali)

Psicopatologia

1. Descrizione generale — RALLENTAMENTO o AGITAZIONE
2. Umore ed affettività — PERVASIVO ↓ TONO UMORE
3. Linguaggio — ANEDONIA
4. Sensopercezione — DISTURBI FORMA PENSIERO
5. Pensiero — IDEE DI COLPA E DI MORTE
6. Coscienza e capacità cognitive — ↓ CONCENTRAZIONE
7. Insight — ↓ ATTENZIONE

↓↑ SONNO ↓↑APPETITO

Suicidio

Indicatori di alto rischio suicidario

Uomini
Età >40 anni
Storia familiare di suicidio
Disoccupazione
Isolamento sociale
Note/ideazioni suicidali
Desiderio continuato di morire
Mancanza di speranza,
Incapacità di vedere il futuro
Abuso di sostanze o di alcool

La depressione è uno dei più importanti fattori di rischio per il suicidio

Determinare il Livello di Rischio

SAD PERSONS SCALE (Quick and Easy Assessment)

Sex	1 if patient is male, 0 if female
Age	1 if patient is (25-34; 35-44; 65+)
Depression	1 if present
Previous attempt	1 if present
Ethanol abuse	1 if present
Rational thinking loss	1 if patient is psychotic for any reason (schizophrenia, affective illness, organic brain syndrome)
Social support lacking	1 If these are lacking, especially with recent loss of a significant other
Organized Plan	1 if plan made and method lethal
No spouse	1 if divorced, widowed, separated, or single (for males)
Sickness	1 especially if chronic, debilitating, severe (e.g.; non-localized cancer, epilepsy, MS, gastrointestinal disorders)

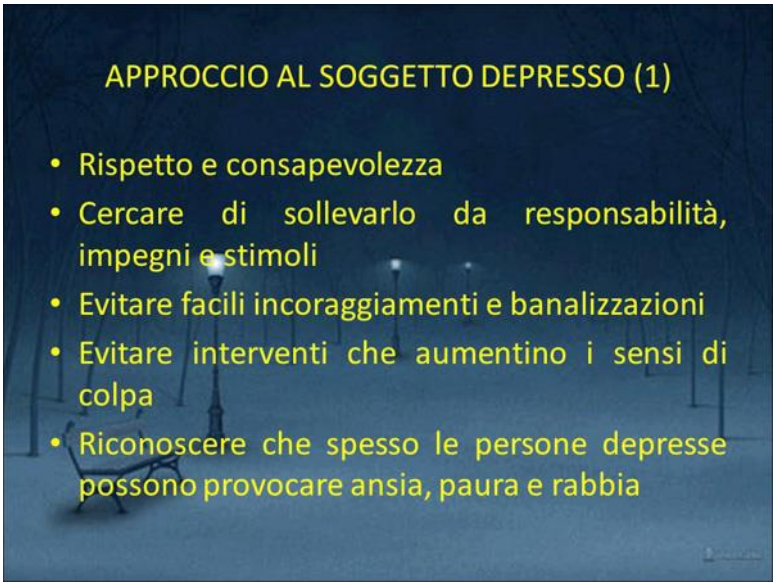
Episodio depressivo: decorso

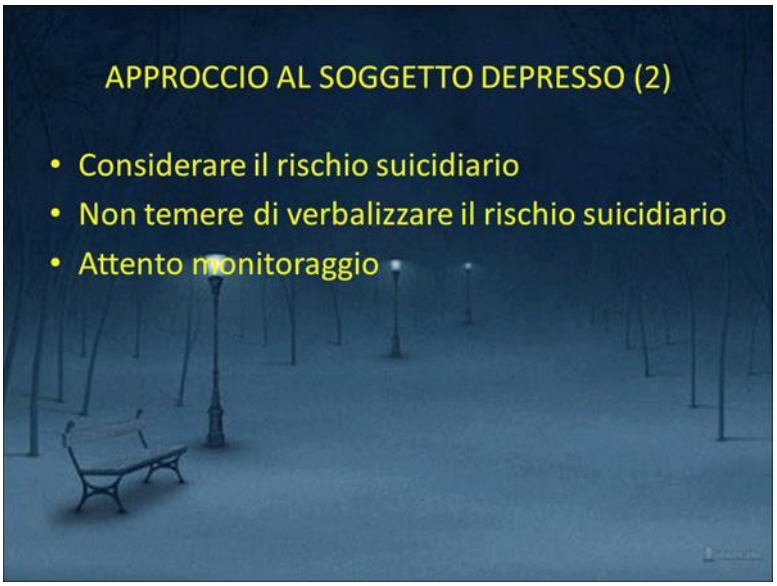
Esordio:
- *Brusco*
- *Graduale*

Fase di stato:
Durata variabile,in rapporto anche all'intervento terapeutico (media 4-6 mesi); è possibile la cronicizzazione

Risoluzione
- *Brusca*
- *Graduale*
- *Esiti*: possibilità di risoluzione incompleta con il persistere di "sintomi residui"

Relazione fra depressione e malattia fisica
Depressione
Malattia fisica
Depressione
Aumento citochine proinfiammatorie
Aumento aggregazione piastrinica
Stile di vita poco sano, uso di alcol
Scarsa compliance alle terapie, no controlli
M. neurologiche (stroke, demenza, Parkinson)
M. endocrine, farmaci
Sindromi dolorose
Disabilità funzionale


APPROCCIO AL SOGGETTO DEPRESSO (1)
• Rispetto e consapevolezza
• Cercare di sollevarlo da responsabilità, impegni e stimoli
• Evitare facili incoraggiamenti e banalizzazioni
• Evitare interventi che aumentino i sensi di colpa
• Riconoscere che spesso le persone depresse possono provocare ansia, paura e rabbia


APPROCCIO AL SOGGETTO DEPRESSO (2)
• Considerare il rischio suicidiario
• Non temere di verbalizzare il rischio suicidiario
• Attento monitoraggio

EPIDEMIOLOGIA

- **Prevalenza**: attorno all 1%

-**Distribuzione per sesso**: F:M=1:1

-**Età di esordio**: intorno ai 30 anni.

- **Genetica**: il rischio di malattia per disturbo dell'umore nei parenti di I e II grado è intorno al 20%, in particolare la presenza di uno o entrambi i genitori affetti sembra giocare un ruolo nell'anticipare l'età di esordio ed è associata ad un fenotipo clinico più grave

EPISODIO MANIACALE

L'eccitamento maniacale è caratterizzato da umore diametralmente opposto a quello dello stato depressivo. Il quadro clinico è contraddistinto da esaltazione del tono dell'umore nel senso dell'euforia, allegrezza o irritabilità, rabbia o furia pantoclastica, disinibizione e discontrollo degli impulsi.

Il soggetto avverte una condizione di falso benessere.

DISTURBI BIPOLARI

DISTURBO BIPOLARE I

Presenza di uno o più Episodi Maniacali.

Criteri per l'Episodio Maniacale:

A) umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile della durata di almeno **una settimana**

B) durante il periodo di alterazione dell'umore, almeno tre dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo:

1) autostima ipertrofica o grandiosità

2) diminuito bisogno di sonno

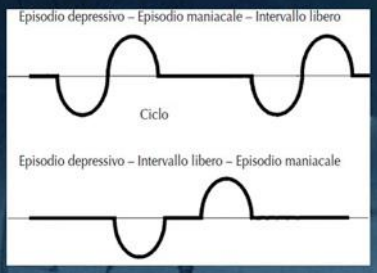
3) maggiore loquacità del solito oppure spinta a continuare a parlare

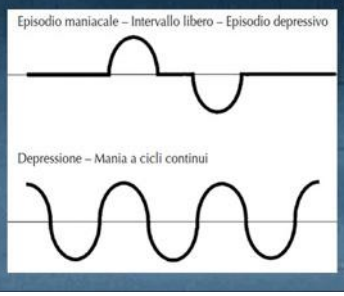
4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente

5) distraibilità

6) aumento dell'attività finalizzata oppure agitazione psicomotoria

7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose.



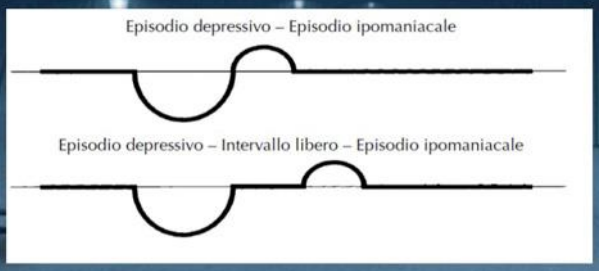


DISTURBO BIPOLARE II

A) Presenza (anche in anamnesi) di uno o più Episodi Depressivi Maggiori.

B) Presenza (anche in anamnesi) di almeno un Episodio Ipomaniacale.

C) Non vi è mai stato un Episodio Maniacale o un Episodio Misto.



EPISODIO MANIACALE:sintomi (1)

- Umore espanso
- Autostima aumentata
- Diminuito bisogno di sonno
- Logorrea
- Fuga delle idee/ accellerazione ideativa
- Contenuti ideativi variabili (con tematiche di grandezza, potenza e capacità)
- Facile distraibilità

EPISODIO MANIACALE:sintomi (2)

- Accellerazione fino all'agitazione psicomotoria
- Iperattività afinalistica
- Insonnia
- Bulimia
- Esibizionismo e turpiloquio
- Ideazione delirante (deliri mistici, di grandezza, di onnipotenza)

EPISODIO MANIACALE:sintomi (3)

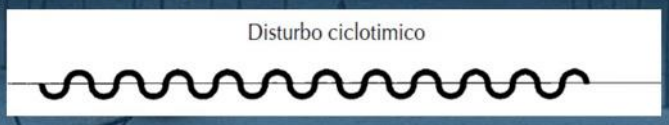
- Perdita della capacità di critica
- Eccessiva socievolezza con rapporti superficiali e discontinui
- Comportamente pericolosi

DISTURBO CICLOTIMICO

A) Presenza per almeno **due anni** di numerosi Episodi Ipomaniacali e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore.

B) Durante questo periodo di **due anni** la persona non è mai stata senza i sintomi del criterio A per più di **due mesi** alla volta.

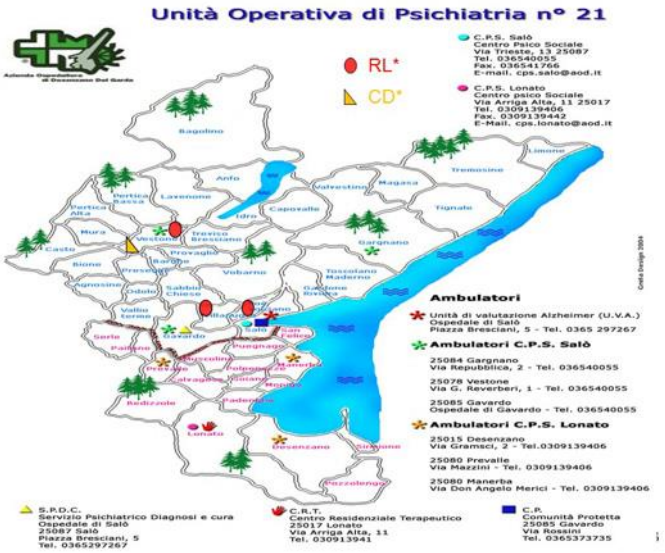
C) Durante i primi **due anni** di malattia non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto.



I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE E IL TERRITORIO

(Relatori: Dott.ssa S. Marelli, Dott. R. Radici, Dott.ssa S. Turrini)

Settimo incontro del 18/11/2014



UOP n.21: ORGANIZZAZIONE DEI *SERVIZI* PSICHIATRICI

Fase Acuta	Servizio Psichiatrico di diagnosi e Cura (SPDC)
Fase Riabilitativa	Comunità riabilitativa ad Alta Assisitenza (CRA) Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA) Residenzialità Leggera (RL) Centro Diurno Psichaitrico
Assistenza del paziente nel suo contesto sociale	Centro Psico Sociale (CPS)

Salò, 18 ottobre 2014 4

LA PRESA IN CARICO

CPS
- MMG
- ASL (NIL,SERT..)
- Comuni
- Volontari
- Familiari

Funzione clinica e terapeutica
Componente medica e psicoterapeutica

Funzione assistenziale
Sostegno per funzionamento psicosociale (educatori, AS)

Integrazione multiprofessionale
Progetti di rete tra servizi: Lavoro, casa,famiglia..

Intermediazione con le risorse e le opportunità
Inclusione sociale ed accoglienza

PIANO REGIONALE SALUTE MENTALE

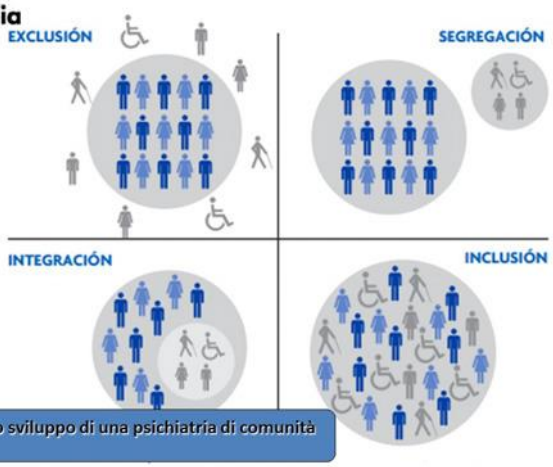
CONTESTO LEGISLATIVO

INSIEME DI LEGGI CHE INDIRETTAMENTE SI OCCUPANO DI PAZIENTI PSICHIATRICI (DIRITTO ALLA CASA, ACCESSO AL LAVORO PROTETTO…)

Salò, 18 ottobre 2014 6

Piano Salute Mentale

RegioneLombardia



PRIMO OBIETTIVO è lo sviluppo di una psichiatria di comunità

MALATTIA
sintomi e segni

↓

DANNO

↓

DISABILITA'
Limitazione capacità operative

↓

HANDICAP
Svantaggio che impedisce l'adempimento dei ruoli. Condizione che si riferisce alla risposta che l'organizzazione sociale dà ad un soggetto con disabilità.

(OMS, Benedetto Saraceno)

Riabilitazione

Comunità

Inclusione

8

«La costruzione del **DIRITTO DI CITTADINANZA** come asse prioritario non è una scelta solo etica ma anche tecnica: soltanto il cittadino può esercitare i suoi scambi (tra lui e gli altri, tra lui e le risposte che riceve, tra lui e i luoghi), il cittadino dimezzato non saprà che farsene delle acquisite o ri-acquisite abilità».

↓

AUMENTARE LE OPPORTUNITA' DI SCAMBIO di risorse e affetti

↓

Permette anche di esercitare il DIRITTO ALLA RELAZIONE

Salò, 18 ottobre 2014 9

Mandato dei servizi e della comunità

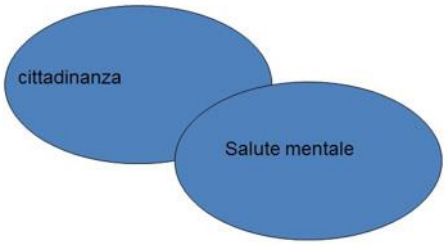
Dalla libertà DA alla libertà DI

Di abitare
Di lavorare
Di imparare
Di scambiare
Di esprimersi

Dare fondamento concreto ai diritti di cittadinanza.

«nostro compito è vivificare la scena, metter su le piazze del mercato» Rotelli, 1991

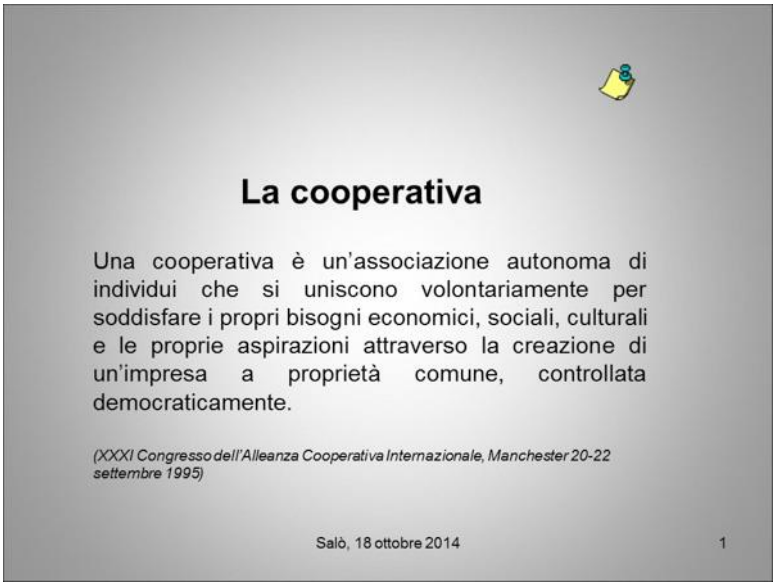
Salò, 18 ottobre 2014 10



Sono condizioni strettamente legate tra loro e un deficit in una delle parti implica un deficit nell'altra.

Ogni azione per la salute deve anche essere azione per la cittadinanza. In una costruzione affettiva, relazionale, materiale, abitativa e produttiva.

Salò, 18 ottobre 2014 11


La cooperativa
Una cooperativa è un'associazione autonoma di individui che si uniscono volontariamente per soddisfare i propri bisogni economici, sociali, culturali e le proprie aspirazioni attraverso la creazione di un'impresa a proprietà comune, controllata democraticamente.
(XXXI Congresso dell'Alleanza Cooperativa Internazionale, Manchester 20-22 settembre 1995)
Salò, 18 ottobre 2014
1

Valori della cooperazione
Cooperativistici
aiuto reciproco
responsabilità
democrazia
eguaglianza
equità
Etici
onestà
trasparenza
responsabilità
solidarietà
altruismo
Salò, 18 ottobre 2014
2

la cooperazione sociale
La prima cooperativa di solidarietà sociale
Coop. S. Giuseppe -
23 gennaio 1963 a Roè Volciano
«La cooperazione che tanto bene era servita prima di difesa, poi di miglioramento dignitoso e responsabile dell'uomo collegato con altri uomini nelle stesse necessità o condizioni, vuole ora mettersi a disposizione degli altri»
(Giuseppe Filippini)
Salò, 18 ottobre 2014
3

la cooperazione sociale

La missione della cooperativa di solidarietà sociale

"non più, si disse, per servirci ma per servire..."

(Giuseppe Filippini)

Salò, 18 ottobre 2014 4

La cooperativa sociale come "bene comune"

- *riconoscimento istituzionale (art. 45 Costituzione della Repubblica)*
- *finalità statutarie ("perseguire il benessere della comunità")*
- *divieto di distribuzione degli utili (non profit)*
- *presenza di soci volontari nella base sociale*
- *rapporti con associazioni di volontariato*
- *trasparenza e comunicazione ad utenti ed enti pubblici (Bilancio Sociale)*
- *partecipazione a consorzi e associazioni di rappresentanza*
- *adesione a codici etici*

Salò, 18 ottobre 2014 5

La cooperativa LiberaMente

SCHEDA DATI ESSENZIALI

- Denominazione: LiberaMente cooperativa sociale ONLUS
- Data di costituzione:20/12/2001
- Nr. soci 20 (13 soci lavoratori, 4 soci volontari, 3 soci cooperative sociali e associazioni)
- Fatturato 2013: 805.438 euro
- Dipendenti, collaboratori, professionisti impiegati: 25
- Utenti assistiti nel 2013: 50

Salò, 18 ottobre 2014 6

La cooperativa
LiberaMente

La Visione

- passaggio culturale e concettuale dalla **malattia mentale** alla **salute mentale**;
- dallo stigma personale e sociale di pericolo, cronicità, irrecuperabilità che connota la malattia mentale ai valori di risorsa per la comunità, inclusione sociale, condivisione che caratterizzano l'approccio alla salute mentale.

Salò, 18 ottobre 2014 7

La cooperativa
LiberaMente

La Missione

- promuovere il potenziale sociale delle persone
- attivare percorsi di sussidiarietà e di integrazione con il territorio
- operare una presa in carico globale dell'utente
- fornire pacchetti riabilitativi integrati, assicurare sinergie di competenze, sistemi operativi, metodologie e opportunità di innovazione attraverso l'appartenenza ai sistemi consortili locali e nazionali (Consorzio Tenda, Confcooperative - Federsolidarietà, Consorzio Nazionale Comunità Solidali)
- Miglioramento continuo di qualità

Salò, 18 ottobre 2014 8

La cooperativa
LiberaMente

SERVIZI IN ESSERE
AREA RESIDENZIALE

- CPA, Comunità Protetta psichiatrica ad alta assistenza per 10 posti a Brescia, accreditata e a contratto con ASL di Brescia dal 2001
- 5 percorsi di Residenzialità Leggera presso gli appartamenti di proprietà del consorzio Tenda a Vighizzolo di Montichiari (Distretto 10) da maggio 2010
- 4 percorsi di Residenzialità Leggera a Brescia da luglio 2012;
- Servizio SAT (Supporto all'Abitare Temporaneo) per 4 posti presso la sede di Mazzano (Distretto 3) da settembre 2009;

Salò, 18 ottobre 2014 9

La cooperativa LiberaMente

SERVIZI IN ESSERE AREA DIURNA E AMBULATORIALE

- Servizio di Centro Diurno psichiatrico per 10 posti presso la sede di Mazzano (Distretto 3) da settembre 2009;
- Servizio di Ambulatorio Psichiatrico per Disturbi del Comportamento Alimentare da novembre 2014

Salò, 18 ottobre 2014 10

La cooperativa LiberaMente

SERVIZI IN ESSERE AREA DOMICILIARE

- Ente accreditato presso Fondazione SIG (Distretto 11) dall'anno 2007 per l'erogazione di voucher educativi domiciliari per persone con disagio psichico;
- Servizio educativo domiciliare per alcuni comuni della provincia di Brescia dal 2005
- Progetto innovativo sperimentale della Regione Lombardia "TR 14 – Modello integrato di sostegno alle autonomie domiciliari" per erogazione di interventi educativi domiciliari nel territorio della UOP 23, da gennaio 2012.
- Progetto "Il Maglio del Chiese", finanziato dalla Comunità Montana di Valle Sabbia, per interventi educativi domiciliari e di territorio ad integrazione delle attività territoriali del Cps di Salò, da settembre 2014

Salò, 18 ottobre 2014 11

La cooperativa LiberaMente

LA RETE DEI SERVIZI

La rete dei servizi psichiatrici

- **Rete territoriale integrata di interventi riabilitativi con aree / snodi residenziali, semiresidenziali, domiciliari e territoriali**
- **Percorsi di autonomizzazione incentrati sull'abitare, sulla socializzazione, sul lavoro**
- **Forte connessione tra rete del DSM (sistema sanitario, ospedaliero e territoriale), rete locale pubblica (sistema di protezione sociale comunale) e rete locale del terzo settore (cooperazione sociale e associazionismo)**

Salò, 18 ottobre 2014 12

La cooperativa LiberaMente

LA RETE DEI SERVIZI

Una rete dei servizi psichiatrici dovrebbe offrire

- risposte diversificate, personalizzate, flessibili e dinamiche;
- supporti mirati alle persone perché possano compiere processi di autonomizzazione, miglioramento nell'autostima, nella fiducia in sé, nella capacità di vivere relazioni interpersonali adeguate e nell'integrazione abitativa, sociale e lavorativa.
- sostegno continuativo ai familiari
- sostegno al territorio, in qualità di destinatario finale di tutti gli interventi, avendo la rete come obiettivo principale il miglioramento complessivo delle condizioni di vita dell'intera comunità locale.

Salò, 18 ottobre 2014 13

La cooperativa LiberaMente

"IL MAGLIO DEL CHIESE"

OBIETTIVI

- **Fare riacquistare ruoli sociali dignitosi**
- **Innalzare il livello di funzionamento – lavoro sul caso**
- **Ristabilire connessioni e contatti di rete – lavoro di comunità**
- **Accrescere l'articolazione sociale e le interazioni tra le persone e l'ambiente**
- **Contrastare la desocializzazione e la perdita di competenze sociali - Lotta allo stigma**
- **Lavoro di rete e di costruzione di una comunità per la salute mentale**
- **Collaborare con i portatori di interesse e co-costruire il progetto**

Salò, 18 ottobre 2014 14

La cooperativa LiberaMente

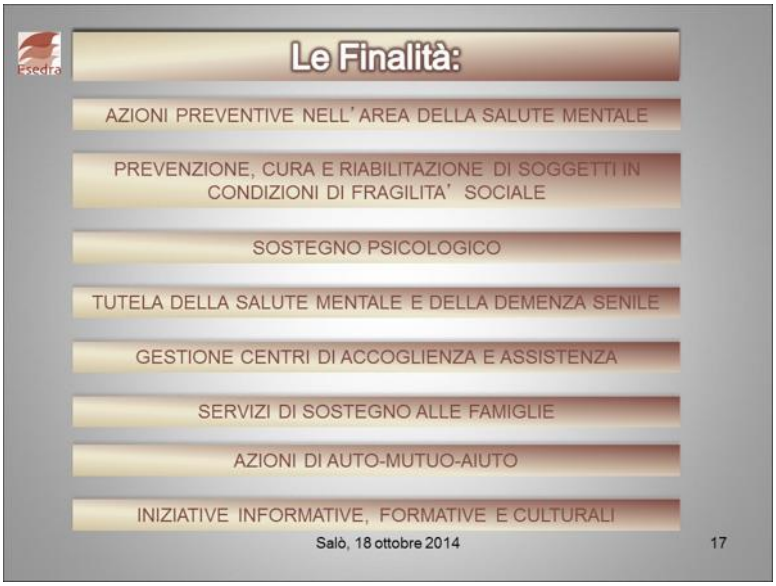
"IL MAGLIO DEL CHIESE"

ATTIVITA'

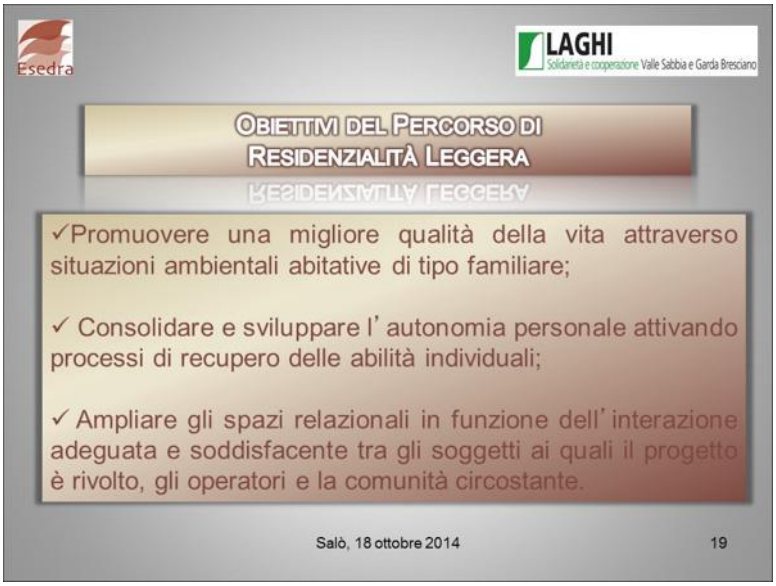
- **Pianificare e verificare gli interventi**
- **Collaborare con l'equipe educativa del Cps, attuando i progetti riabilitativi individuali e integrandoli con attività individuali o di gruppo**
- **Svolgere attività sul territorio, a domicilio che supportino la persona all'esercizio delle scelte, alla riacquisizione della contrattualità, al riapprendimento del controllo sulla propria vita**
- **Identificazione e mappatura dei portatori di interesse con i quali organizzare incontri, gruppi di confronto**
- **Coinvolgere la comunità in una logica di sussidiarietà**

Salò, 18 ottobre 2014 15

GRUPPO CORDATA
31 MAGGIO 2011
Cooperativa Sociale
ESEDRA
Esedra
MISSION: Salute Mentale
Salò, 18 ottobre 2014
16


Esedra
Le Finalità:
AZIONI PREVENTIVE NELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE
PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DI SOGGETTI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' SOCIALE
SOSTEGNO PSICOLOGICO
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE E DELLA DEMENZA SENILE
GESTIONE CENTRI DI ACCOGLIENZA E ASSISTENZA
SERVIZI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE
AZIONI DI AUTO-MUTUO-AIUTO
INIZIATIVE INFORMATIVE, FORMATIVE E CULTURALI
Salò, 18 ottobre 2014
17

Esedra
Servizi Attivati
Caffe' Alzheimer
Valsabbia
Gavardo (dal 2011);
Bedizzole (dal 2012);
Villanuova s/C (dal 2013)
LAGHI
Solidarietà e cooperazione Valle Sabbia e Garda Bresciano
RESIDENZIALITÀ LEGGERA
Attivati 3 progetti da novembre 2013
(Distretto 11 – Garda)
(Distretto 12 – Vallesabbia)
Salò, 18 ottobre 2014
18


Esedra
LAGHI
Solidarietà e cooperazione Valle Sabbia e Garda Bresciano
OBIETTIVI DEL PERCORSO DI RESIDENZIALITÀ LEGGERA
✓Promuovere una migliore qualità della vita attraverso situazioni ambientali abitative di tipo familiare;
✓ Consolidare e sviluppare l'autonomia personale attivando processi di recupero delle abilità individuali;
✓ Ampliare gli spazi relazionali in funzione dell'interazione adeguata e soddisfacente tra gli soggetti ai quali il progetto è rivolto, gli operatori e la comunità circostante.
Salò, 18 ottobre 2014
19

ATTORI COINVOLTI: UN SERVIZIO IN RETE
Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda
•individua l'Ente del Privato Sociale cui affidare la conduzione delle attività di residenzialità leggera;
• la gestione clinica è in gestione all'UOP
LAGHI
Esedra
•Promuovono e sostengono il progetto prevedendone l'inserimento nella programmazione zonale
•Condivide e segue l'evoluzione del progetto, definendo in caso di necessità gli interventi di propria competenza
•Principale soggetto interessato con cui viene condiviso il progetto di inserimento e di intervento
Salò, 18 ottobre 2014
20