

Le parole della Salute Mentale



**“Una persona che attraversa l’esperienza del disturbo mentale
rischia di perdere fondamentali diritti personali e sociali.
L’impegno di tutti gli attori sociali
dovrebbe essere pertanto volto alla difesa ed al potenziamento di tali diritti,
per garantire le cure, la dignità ed il rispetto di ognuno
e più in generale per promuovere la salute di tutti.”**

Carta di Trieste

La scelta di realizzare questo piccolo “fascicolo” nasce da un’idea semplice: se il mondo dei Media, determinante nel creare l’opinione pubblica, avrà più strumenti per conoscere cosa significa parlare di salute mentale saprà farlo con maggiore consapevolezza riducendo il rischio di alimentare pregiudizi e i luoghi comuni.

Infatti numerosi studi, incluso il nostro (su oltre 500 articoli) condotto a Modena nel corso di quest’anno di lavoro, hanno sottolineato come i media diano delle malattie mentali un’immagine negativa, per lo più basata sui pregiudizi che vedono le persone con questi disturbi come pericolose, imprevedibili e inaffidabili. Questa modalità di comunicazione incrementa le difficoltà che le persone con disturbi mentali si trovano a dover affrontare, ostacolandone il ricorso alle cure e aumentandone il carico personale e familiare, aumentando stigma e pregiudizi.

Ad accendere la miccia è stato un dibattito, voluto da utenti e familiari, nell’ambito della prima edizione della Settimana della Salute Mentale di Modena (Ottobre 2011). In quell’occasione si sono creati i presupposti per sviluppare diverse iniziative di reciproco avvicinamento.

Questo vademecum è dunque il frutto di un corso di approfondimento sul funzionamento e sulle regole che orientano le scelte dei mass media al quale hanno partecipato numerosi utenti, familiari, operatori, cittadini e giornalisti e dopo il quale sono state organizzate alcune visite reciproche (nelle redazioni/nei servizi) ed è stato istituito un sistema di monitoraggio sulla qualità degli articoli di stampa che parlano di salute mentale.

Durante l’anno di lavoro fondato sul “conosciamoci meglio”, si è creato un impegno delle parti nella convinzione che l’informazione, la conoscenza e la partecipazione consapevole dei cittadini siano requisiti indispensabili per favorire una mentalità libera da pregiudizi a favore di una cultura di inclusione delle persone con disagio psichico.

Utenti, familiari e cittadini delle Associazioni “Idee in Circolo” e “Insieme a Noi”
Associazione Stampa Modenese, Progetto Social Point, Arci Modena

Indice

I punti di riferimento normativi.....	4
Persone che hanno un disagio psichico.....	4
Suggerimenti per parlare di salute mentale.....	4
La risposta pubblica al disagio mentale: organizzazione dei Servizi di Salute Mentale di Modena.....	5
Chi arriva al Servizio di Salute mentale	7
Le persone della salute mentale.....	10
Guarire si può	11
Appendice	
A Domande che chi parla di Salute Mentale potrebbe farsi ...	13
B I trattamenti	13
Interlocutori territoriali organizzati e riferimenti utili	16

I PUNTI DI RIFERIMENTO NORMATIVI

La legge 180/1978, nota come Legge Basaglia, poi recepita nella legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ha introdotto in Italia una "rivoluzione" nel campo della salute mentale:

1. ha sancito la chiusura dei manicomi;
2. ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale sono volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni;
3. ha statuito che *gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri*

L'altra legge dello stato, dal 1978 a oggi, che si è occupata di normare i principi della 180 è stato il DPR 10.11.1999 Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 -2000".

L'ultimo documento approvato in materia dalla regione Emilia Romagna è il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, in cui accanto a principi, obiettivi e valori si declina il funzionamento dei servizi per la cura e la presa in carico.

PERSONE CHE HANNO UN DISAGIO PSICHICO

Chi ha un disagio mentale è una persona, con i diritti (v. Carta di Trieste) e i doveri di tutti gli altri. Si tratta di un cittadino che ha una malattia complessa che investe aspetti biologici, psicologici e sociali; può avere difficoltà a riconoscere il suo stato di malattia proprio perché è difficile stabilire il confine netto tra malattia e normalità, che rappresentano condizioni instabili, mutevoli e spesso, almeno in parte, reversibili.

Non è una persona pericolosa, inguaribile, imprevedibile, improduttiva, irresponsabile. È un potenziale interlocutore in grado di esprimersi e raccontarsi, che però potrebbe ignorare le conseguenze e i rischi dell'esposizione mediatica.

SUGGERIMENTI ELABORATI DA UTENTI, FAMILIARI ED OPERATORI PER PARLARE DI SALUTE MENTALE

Chi vive un disagio mentale è prima di tutto una **persona**.

Chiamereste "il fratturato" colui che ha riportato la frattura di una gamba? Allora, perché parlare di "depresso", "psicopatico", schizofrenico?

Espressioni scherzose, tipo "matto", possono essere accettabili in alcuni contesti, ma se si è nel dubbio è bene contattare le associazioni di utenti e familiari presenti sul territorio (V. interlocutori organizzati), senza dar nulla per scontato.

Proprio per la specificità del tema, è bene avere particolare sensibilità nel non mescolare **fatti**, anche visti da diversi punti di vista ed angoli di osservazione, con **opinioni** ed interpretazioni per non rischiare di provocare allarmismi e pregiudizi.

Comunque, più delle parole, conta il **contesto** in cui le si scrive/dice, l'intenzione con cui lo si fa e il senso che vi si attribuisce.

Quando si parla di Salute Mentale, per ridurre il rischio di ricorrere a luoghi comuni, è utile fare riferimento a quanto indicato dalla Carta di Trieste e seguire alcune semplici regole:

- Evitare di utilizzare termini lesivi della **dignità umana** o stigmatizzanti per la persona affetta da disagio mentale; il suo disturbo; il comportamento attribuitogli. (vedi Appendice "Domande che un giornalista potrebbe farsi")
- Utilizzare **termini giuridici pertinenti** e non allusivi a luoghi comuni, come i pregiudizi di pericolosità, incomprendibilità, inguaribilità, improduttività, irresponsabilità, nel caso in cui la persona affetta da disturbo mentale abbia commesso un reato. Si deve prestare attenzione nel descrivere il legame tra il colpevole e il reato (ad esempio, non attribuire le cause e/o l'eventuale efferatezza del reato al disturbo mentale; all'opposto, non si deve decolpevolizzare la persona solo perché soffre di un disturbo mentale).
- **Integrare la notizia con informazioni** su servizi, strumenti, trattamenti, **cure** di salute mentale disponibili nella realtà locale.
- **Diffondere storie di guarigione** e/o esempi di **esperienze positive** di salute mentale legate alla possibilità di vivere, pensare al proprio futuro, lavorare, studiare, divertirsi, pregare.
- Garantire alla persona con disagio mentale il **diritto di replica**.
- Limitare l'**uso improprio di termini** legati alla psichiatria in notizie che non riguardano la salute mentale (esempio: una partita schizofrenica) per non alimentare il pregiudizio che i disturbi mentali siano sinonimi di incoerenza, inaffidabilità, imprevedibilità.

LA RISPOSTA PUBBLICA AL DISAGIO MENTALE: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DI MODENA

Possono rivolgersi al Dipartimento di Salute Mentale **tutti i cittadini** per se stessi o per un proprio familiare e tutti coloro che per professione (medici di base, insegnanti, ..) possono trovarsi a contatto con persone che hanno un disturbo psichico o i loro familiari.

L'organizzazione provinciale

Il **Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena** gestisce tutte le attività concernenti la tutela della salute mentale ed integra al proprio interno i programmi di: Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica.

È articolato in tre Unità Operative: **Nord** (Distretti di **Carpi e Mirandola**); **Centro** (Distretti di **Modena e Castelfranco**); **Sud** (Distretti di **Sassuolo, Pavullo e Vignola**).

- La **Salute Mentale Adulti**, tramite i Centri di Salute Mentale (CSM), sia attraverso interventi urgenti che programmati, garantisce l'attività di accoglienza, la valutazione e i trattamenti terapeutici per i cittadini adulti per mezzo di una rete di servizi e strutture dislocate nel territorio: Centri Diurni, Residenze ad Alta Intensità Terapeutica, Residenze Socio-Riabilitative, SPDC (presidio Ospedaliero Diagnosi e Cura).

- Il **Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza** (NPIA) si occupa dei disturbi dell'età evolutiva sino al compimento del 18° anno.

- Il **Settore Dipendenze Patologiche**, attraverso il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) assicura gli interventi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione, dei disturbi da uso e abuso di sostanze psicoattive.

- Il **Settore di Psicologia Clinica** comprende tutti gli Psicologi dell'Azienda USL di Modena che operano all'interno dei Settori di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche.

Nello specifico, la Salute Mentale Adulti è articolata nei seguenti servizi:

Servizi territoriali

- **Centri di Salute Mentale (CSM):** svolgono attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica; si occupano della definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, del raccordo con i medici di medicina generale; offrono consulenza specialistica. Sono attivi, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

- **Centri Diurni (CD):** strutture semiresidenziali con funzioni terapeutico-riabilitative. Aperti almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. Consentono di sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

- **Strutture Residenziali (SR):** strutture extra-ospedaliera in cui si svolge parte del programma terapeutico-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica. Non è una soluzione abitativa. Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate, le Strutture Residenziali sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili.

Servizi ospedalieri

- **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC):** servizio in cui vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; si forniscono consulenze agli altri servizi ospedalieri. E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto.

- **Day Hospital (DH)** Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

A livello nazionale

- **Ospedale psichiatrico giudiziario (O.P.G.):** istituto che, a metà degli anni 70, ha sostituito i precedenti manicomi criminali; sono strutture giudiziarie dipendenti dall'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia. Il ricovero in O.P.G. è trattato dall'articolo 222 del Codice Penale. La Legge 17 febbraio 2012, n.9 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", ne dispone la chiusura entro il 31 Marzo 2013.

- **Ospedale psichiatrico/manicomio (O.P.):** In Italia **non esistono più**, dunque si tratta di un termine inidoneo per indicare luoghi di cura della malattia mentale. La riforma italiana nota come legge 180 o legge Basaglia ha abolito il manicomio e ha eliminato la pericolosità come ragione della cura.

CHI ARRIVA AL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DI MODENA

Rispetto ai disturbi delle persone che arrivano ai CSM, dalla ricerca che abbiamo condotto a Modena, su articoli della carta stampata, emerge:

- **i termini con cui si fa riferimento ai disturbi** connessi al mondo della malattia mentale sono per lo più in negativo: "problemi psichici, disagio mentale, malattia mentale" nel 34% dei riferimenti, "impazzito" è utilizzato nel 9% degli articoli. Il 33% degli articoli usa termini di vario genere: follia, raptus, nevrosi, vizio di mente e stato mentale.

- **i nomi dei disturbi** più utilizzati sono "depressione" al 39%, "ansia" al 21%, anoressia e disturbi del comportamento alimentare all'11%, dipendenze al 7%. I **termini più utilizzati negli articoli di altri contesti** sono pazzo, pazzia, impazzito (30%), folle e matto (24%), ansia, depressione, psicosi (30%).

- **il comportamento** che si attribuisce alla persona con disagio psichico è descritto citando sintomi "delirio, allucinazioni, ossessioni" nel 37% dei casi, si fa riferimento "all'incapacità di intendere e di volere" nel 21% di questi articoli ed a "pericolosità e raptus" nel 42%.

Abbiamo così pensato di costruire un **piccolo glossario di parole della Salute Mentale**.

Ansia: sensazione naturale e universale, sistema difensivo che permette di reagire con prontezza agli stimoli provenienti dal mondo esterno. Finché si mantiene a livelli normali, è uno stimolo essenziale per la buona riuscita delle attività quotidiane, se produce una reazione eccessiva, immotivata o sproporzionata rispetto alle situazioni, si trasforma da condizione fisiologica a vero e proprio disturbo in grado di incidere

pesantemente sulla vita di chi ne soffre. I disturbi d'ansia si manifestano sia in termini fisiologici che psicologici, si caratterizzano per una sensazione di imminente pericolo, preoccupazione intensa, sensazione di attesa nervosa, insicurezza ed impotenza a modificare la situazione. Si può accompagnare a disturbi somatici (palpitazioni, sudorazione, sensazione di soffocamento, eruttazioni, tremori, ecc ...).

Attacco di panico: L'attacco di panico fa parte dei disturbi d'ansia ed è la sensazione, improvvisa e senza cause apparenti, di **paura** e di **allarme**. La persona che ne soffre si scopre improvvisamente spaventata, terrorizzata, angosciata, come se un senso di morte si stesse impadronendo di lei, in **assenza di un motivo reale** e comprensibile.

Depressione: patologia che condiziona l'umore, caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che, nel loro insieme, diminuiscono in modo da lieve a grave il tono dell'umore, compromettendo il "funzionamento" di una persona, nonché le sue abilità ad adattarsi alla vita sociale. Talvolta è associata ad ideazioni di tipo suicida o autolesionista.

Disturbo bipolare: sindromi caratterizzate da alternanza fra le due condizioni contro-polari dell'attività psichica: il suo eccitamento (dove la cosiddetta mania) e la sua inibizione. Questa disregolazione funzionale si traduce nello sviluppo di alterazioni dell'equilibrio dell'umore, di processi ideativi (alterazioni della forma e del contenuto del pensiero), di alterazioni della motricità e dell'iniziativa comportamentale.

Maniacale fase che può ricorrere nei disturbi bipolari; caratterizzata da sintomi come iperattività, idee rapide e grandiose, aggressività o polemico, perdita dell'aderenza alla realtà e appiattimento della percezione di sé in senso grandioso-ottimistico.

Disturbi del comportamento alimentare: comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo che danneggiano, in modo significativo, la salute fisica o il funzionamento psicologico. Sono: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Atipici.

Anoressia: si contraddistingue per condotte restrittive o espulsive che possono portare ad un forte dimagrimento, sino a mettere a rischio la vita stessa.

Bulimia: abbuffate ricorrenti caratterizzate dal consumo di grandi quantità di cibo e dalla sensazione di perdere il controllo sull'atto di mangiare a cui seguono comportamenti di compenso come il vomito autoindotto, utilizzo di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo.

Disturbo di personalità: caratterizzato dalla presenza pervasiva, inflessibile e permanente di tratti disadattivi che causano una condizione di disagio soggettivo e significativo sul piano personale, sociale, lavorativo, clinico. Vi sono 3 gruppi principali: A) Disturbo paranoide; schizoide; schizotipico caratterizzati da comportamenti considerati "strani" o "paranoici" e dalla tendenza della persona all'isolamento e alla diffidenza; B) Disturbo antisociale; borderline; istrionico; narcisistico caratterizzato da comportamenti "emotivi" o "drammatici", oltre che da mancanza di empatia e altruismo; C) disturbo evitante, dipendente, ossessivo compulsivo, caratterizzato da comportamenti "ansiosi" o "paurosi" e da una bassa autostima.

Borderline: indica un disturbo di personalità caratterizzato da vissuto emozionale

eccessivo e variabile, e da instabilità riguardanti l'identità. Uno dei sintomi più tipici è la paura dell'abbandono; le persone con diagnosi di disturbo borderline tendono a soffrire di crolli della fiducia in se stessi e dell'umore, cadere in comportamenti autodistruttivi e distruttivi delle loro relazioni interpersonali.

Psicosi: insieme di condizioni psicopatologiche gravi contraddistinte dalla perdita del contatto con la realtà e delle capacità di critica e giudizio, dalla presenza di disturbi pervasivi del pensiero, disturbi di forma e contenuto del pensiero (deliri), e disturbi della senso-percezione come allucinazioni uditive (voci), compromissione delle abilità e delle relazioni sociali.

Schizofrenia: il termine si riferisce ad una malattia psicotica nella quale i sintomi o i cambiamenti comportamentali perdurano da un periodo di circa 6 mesi, pur differendo da un individuo all'altro e sono caratterizzati dalla persistenza di sintomi di alterazione del pensiero, del comportamento e dell'affettività, con una gravità tale da limitare le normali attività della persona.

Spesso le persone con questa diagnosi sentono voci (allucinazioni uditive), hanno deliri che possono essere allucinazioni visive o pensieri di diverso tipo (fissi, persecutori,...); possono agire comportamenti inadeguati ai contesti, distacco emotivo o assenza di emozioni, povertà di linguaggio e di funzioni comunicative, incapacità di concentrazione, mancanza di piacere (anedonia) e mancanza di motivazione. Contrariamente a quanto si credeva in passato, molte persone che soffrono di schizofrenia conducono una vita felice e piena di soddisfazioni e molte guariscono completamente.

Allucinazioni: la persona che si trova in uno stato di psicosi vede, sente, odora o prova cose che in realtà effettivamente non esistono. Molti studi dimostrano che ci sono cittadini che sentono le voci senza avere diagnosi di malattia mentale.

Paranoia: termine (che deriva dal greco *παράνοια*, "follia, insensatezza") usato storicamente con diverse sfumature di significato, oggi non è più incluso nella terminologia internazionale ufficiale relativa alle patologie mentali, essendo stato sostituito dal concetto più generale, ma più chiaramente definibile, di **disturbo delirante**. Nel significato corrente più abituale, indica una contingenza di disturbo mentale caratterizzato dalla convinzione delirante della persona di essere perseguitato o che qualcuno o qualcosa abbia intenzione di nuocergli.

Disturbo ossessivo-compulsivo: disturbo che si manifesta in una gran varietà di forme, principalmente caratterizzato da pensieri ossessivi associati a compulsioni (azioni particolari o rituali da eseguire) che tentano di neutralizzare l'ossessione. Il disturbo riconosciuto come tale solo se compromette il normale ritmo delle attività quotidiane e il funzionamento sociale e lavorativo.

Ossessione: pensieri, dubbi, immagini o impulsi ricorrenti e persistenti che angosciano la persona e che lei percepisce come invasive e inappropriate, provocando una marcata sofferenza.

Compulsione: comportamenti o azioni mentali ripetitive che la persona si sente obbligato a eseguire, come una sorta di rituale stereotipato, per difendersi da una certa ossessione, per diminuire l'ansia causata da un pensiero.

LE PERSONE DELLA SALUTE MENTALE

Gli articoli in cui si fa riferimento ad operatori sono 149 (circa 25%); gli operatori più citati sono gli psichiatri (40%), a seguire psicologi con il 32%, neuropsichiatri infantili nel 14%, medico nel 12% ed operatori generici nel 17%.

La ricchezza del Servizio di Salute Mentale è nella rete di risorse alle quali si può attingere e nelle persone, che con professionalità differenti, si occupano del disagio mentale; per questo abbiamo stilato un breve glossario delle persone della Salute Mentale.

Operatore: è il termine generico che si utilizza per indicare qualunque figura professionale che opera nel campo della medicina e della salute mentale.

Psichiatra: laureato in medicina che ha intrapreso successivamente la specializzazione in psichiatria. Cura i disturbi psichici e le malattie mentali attraverso l'utilizzo dei metodi propri della psichiatria, che comprendono spesso l'utilizzo di farmaci.

Psicologo: laureato in psicologia, fornisce ai suoi utenti un aiuto non farmacologico, basato su colloqui clinici e di sostegno, strumenti diagnostici, consulenze, ecc. Non può prescrivere farmaci.

Psicoterapeuta: Il percorso per divenire psicoterapeuta è duplice: laurea in psicologia o laurea in medicina, conseguita la quale va intrapreso un corso di specializzazione riconosciuto dallo Stato Italiano della durata di almeno 4 anni. L'attività dello psicoterapeuta va quindi più in profondità rispetto a quella dello psicologo, e permette di agire direttamente sui disagi della persona tramite tecniche che variano a seconda della teoria di riferimento del professionista stesso.

Psicanalista è uno psicoterapeuta che si ispira alla psicanalisi di Freud e dei suoi successori.

Tecnico della riabilitazione psichiatrica: l'abilitazione professionale si ottiene con la laurea triennale in Tecnica della riabilitazione psichiatrica ed il relativo esame di abilitazione. Crea progetti riabilitativi individualizzati, lavora in ambito ospedaliero, domiciliare e in tutte le strutture territoriali (centri di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutiche riabilitative, laboratori protetti).

Educatore: coloro che hanno conseguito la laurea in scienze dell'educazione presso le facoltà di scienze della formazione o il Corso Universitario di Educatore Professionale previsto dal DM 520/98. Nel mondo della salute mentale svolge la propria attività mediante la formulazione e la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi elaborati in sinergia con l'equipe multiprofessionale.

Infermiere: professionista sanitario con Laurea in Infermieristica, ed iscrizione all'Albo. Lavora nei servizi del DSM – DP collaborando con l'equipe ai progetti socio riabilitativi.

Operatore Socio-Sanitario: OSS, titolo che permette di operare sia nell'ambito sanitario - sotto la diretta responsabilità del personale infermieristico, sia sociale – sotto la responsabilità dell'assistente sociale. Affianca la persona nella cura di sé quotidiana.

Neuropsichiatra infantile: medico che si occupa dello sviluppo neuropsichico e dei suoi disturbi, neurologici e psichici, nell'età fra zero e diciotto anni.

GUARIRE SI PUÒ

Altro aspetto fondamentale è quello della **cura**, sia perché parlare poco di cura/trattamenti veicola una sensazione di incurabilità ed in guaribilità sia per dare informazioni.

Dalla nostra ricerca emerge come i luoghi dove avviene, i trattamenti e gli operatori che li effettuano vengono trattati in circa la metà degli articoli "pertinenti" esaminati. I trattamenti sono definiti in modo molto differente con termini spesso impropri. Abbiamo pensato così ad una breve cornice, per i trattamenti specifici rimandiamo all'Appendice.

Prevenire, curare, riabilitare e guarire

La capacità di stabilire relazioni appropriate e soddisfacenti, di adottare comportamenti adeguati nel far fronte ai diversi cambiamenti, ambientali, relazionali, istituzionali, che si succedono nel corso della vita può definire una condizione di benessere psichico.

Di fronte ai rischi di riduzione, compromissione o perdita di queste capacità, i servizi di salute mentale hanno il compito di prevenire, curare e riabilitare.

- La **prevenzione**, coinvolge l'organizzazione sociale nel suo insieme: promuovere la salute mentale significa migliorare le condizioni di vita e rispondere ai bisogni fondamentali delle persone, specie dei gruppi a rischio.
- La **cura** deve tendere ad evitare che le persone, esposte a una temporanea o permanente condizione di difficoltà, perdano diritti e abilità sociali, dignità e potere nell'esercizio dei loro ruoli (affettivi, relazionali, familiari, produttivi).
- La **riabilitazione**, in quanto apprendimento e/o recupero di capacità, abilità e competenze sociali, si articola in percorsi differenziati, adeguati alle difficoltà ed agli ostacoli. Nei suoi obiettivi e nelle sue declinazioni si estende oltre i confini del servizio coinvolgendo altri enti del territorio.

"**Guarigione**" in salute mentale è la traduzione del termine inglese Recovery: esperienza attiva del "riaversi", "rimettersi in cammino", "recuperarsi": percorso ogni volta personale ed unico, che impegna chi soffre di un grave disturbo nella riconquista di un'autonomia piena, di soggetto e di cittadino, responsabile di sé in quanto capace di responsabilità verso gli altri, fino al punto da impegnare se stesso in un "lavoro di aiuto" ad altri in difficoltà analoghe.

I **Centri di Salute Mentale** si caratterizzano come luogo d'incontro e di scambio, offrendo **prestazioni, interventi e programmi** sia per le persone con disagio e/o disturbo psichico che per i familiari e collaborando con quanti si occupano di problemi legati alla sofferenza psichica (medici di base, associazioni, volontari,..).

Sempre più spesso la cura e l'assistenza fornita alle persone con disagio psichico passa anche attraverso soluzioni che favoriscono l'inserimento in contesti che

non sono solo di natura sanitaria. Le tre aree di intervento sono: l'abitare, il lavoro, l'inclusione sociale.

Supporto abitativo: la presa in carico sanitaria comprende tutti gli interventi terapeutici e riabilitativi che mettano in grado un cittadino con disturbi mentali di godere di una soddisfacente qualità dell'abitare, nonché di far valere i propri diritti di accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative rivolte alla generalità della popolazione e che devono essere garantite da Enti Locali e Aziende di Patrimonio Pubblico (ACER). Comunità alloggio, Gruppi appartamento; vengono utilizzate per persone con disagio e/o disturbo psichico con ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana e/o che traggono significativo vantaggio dalla vita comunitaria. In case di civile abitazione, ha luogo la convivenza favorita e sostenuta dagli operatori/operatrici del servizio (gruppi - famiglia).

Lavoro: le opportunità di cui una persona con disagio psichico può usufruire sono varie, gli obiettivi sono: l'acquisizione di competenze interpersonali e sociali; la costruzione di percorsi di orientamento e integrazione in ruoli lavorativi e professionali riconosciuti; il consolidamento delle basi dell'identità e dell'appartenenza sociale, nella fuoriuscita dal ruolo di malato e assistito.

Al servizio si accede su proposta dei Centri di Salute Mentale che sono i referenti ultimi del progetto terapeutico-abilitativo personalizzato, formulato per le persone avviate ai programmi di inserimento lavorativo, spesso costruiti in rete con altri enti locali (Comune, Cooperative Sociali).

Tipologie: **borsa lavoro:** strumento educativo/formativo per facilitare l'inserimento nel mercato del lavoro di persone appartenenti alle cosiddette fasce deboli attraverso un'esperienza lavorativa.

tirocini formativi finalizzati all'assunzione o stage: esperienza lavorativa, a scopi formativi o di orientamento professionale finalizzati all'inserimento/reinserimento sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti.

Inclusione Sociale: attività finalizzate all'inclusione dei cittadini con disagio psichico nel loro territorio di appartenenza mediante attività di volontariato, tempo libero, cittadinanza attiva; nella direzione di promuovere una cultura di inclusione favorendo una mentalità libera da pregiudizi. Esiste uno sportello di inclusione sociale del DSM di Modena.

Appendice

Domande che chi scrive di Salute Mentale potrebbe farsi

1. È rilevante ai fini della completezza dell'informazione precisare che la persona in questione ha un disturbo mentale?
2. I termini usati sono appropriati o in qualche misura non pertinenti od offensivi per la persona al centro dei fatti o per altre persone che vivono esperienze analoghe di disturbo mentale?
3. È rilevante ai fini della completezza dell'informazione riportare il nome della persona e altri dati che lo identificano (es. dove abita, che lavoro svolge, ecc.), anche con l'uso di immagini (fotografie, illustrazioni, caricature)?
4. Se nella notizia è rilevante il peso del disturbo mentale, nell'articolo sono riportate le opinioni e i commenti di un operatore esperto di salute mentale o di un'altra persona con disturbo mentale citata nell'articolo o di un'associazione di persone con disturbo mentale e loro familiari?
5. Ai familiari della persona con disturbo mentale è stata data la possibilità di fare una dichiarazione?
6. È rilevante ai fini della completezza dell'informazione interpellare amici, conoscenti, vicini di casa, passanti o altre persone in qualche maniera, benché marginale, coinvolti nell'accaduto?
7. Nell'articolo sono state riportate informazioni utili affinché altre persone che si trovano in analoghe situazioni sappiano a chi rivolgersi?
8. Si è considerato se citare l'esperienza positiva di altre persone con disturbo mentale possa contribuire a far comprendere che le storie di vita sono differenti e che non soltanto non si può generalizzare ma che ciò può essere controproducente o addirittura dannoso?

I trattamenti

Accertamento medico legale: valutazione psichiatrica della persona a fini medico-legali attestante la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, cui fa seguito una relazione o certificazione.

Assistenza domiciliare: interventi e servizi sanitari offerti a domicilio. Programmata o svolta d'urgenza, consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia.

Attività svolte in Centro diurno: terapeutiche e socio riabilitative.

Attività in/di gruppo: Incontri in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Incontri di gruppo vengono proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale.

Colloquio di sostegno infermieristico ed educativo: incontri programmati o al bisogno, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona che facilitano il confronto nell'acquisizione di nuovi punti di vista, consentono forme di apprendimento e di rassicurazione, stimolano maggiore consapevolezza, aiutando a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri.

Colloquio clinico – psicologico: Intervento, svolto da psicologi clinici, finalizzato a valutare le condizioni cliniche della persona, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine giungere a conclusioni diagnostiche ed alla impostazione, attuazione e verifica di un trattamento psicologico.

Colloquio psichiatrico – visita psichiatrica: svolto da medici psichiatri, finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico. Include: colloqui con psichiatri; visite domiciliari; colloqui con il paziente ed i suoi familiari; prescrizione e controllo del trattamento farmacologico; Accertamenti Sanitari Obbligatoriosi (ASO); visite per la convalida del TSO (nonostante questo ultimo intervento abbia risvolti medico-legali, la sua finalità di tipo clinico portano ad includerlo in questa categoria).

Consulenza: Valutazione specialistica psichiatrica o psicologico-clinica, svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie e socio assistenziali, per valutare le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale al fine di svolgere approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico.

Gruppi Auto mutuo aiuto: I gruppi di auto mutuo aiuto offrono uno spazio di incontro alle singole persone e alle famiglie che condividono lo stesso problema confrontandosi in uno scambio alla pari di saperi ed esperienze.

Psicoterapia: Intervento strutturato che interviene sulle emozioni, i pensieri, i comportamenti della persona ed il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Esistono varie correnti (p. sistemico relazionale, familiare; p. dinamica, p. cognitivo comportamentale, psicoanalisi) e si articola in: p. individuale, p. di coppia, p. familiare, p. di gruppo.

T.S.O., trattamento sanitario obbligatorio, istituito dalla legge 180/1978 e attualmente regolamentato dalla legge 833/1978 (articoli 33-35), è un atto medico e giuridico, che consente l'effettuazione di accertamenti e terapie anche se la persona rifiuta il trattamento (solitamente per mancanza di consapevolezza di malattia). Ha una durata massima di sette giorni, può essere eventualmente rinnovato e quindi prolungato nel caso ne permanga la necessità clinica motivata. Basato su valutazioni di gravità clinica e di urgenza è una procedura finalizzata alla tutela della salute e della sicurezza della persona. Dal punto di vista normativo, il T.S.O. viene disposto dal sindaco del comune presso il quale si trova la persona, su proposta motivata di un

medico. Qualora il trattamento preveda un ricovero ospedaliero, è necessaria inoltre la convalida di un secondo medico, appartenente ad una struttura pubblica. La procedura impone infine la convalida del provvedimento del sindaco da parte del giudice tutelare di competenza. Per quanto riguarda il T.S.O. ospedaliero, la legge indica la scelta del luogo di ricovero nei reparti di psichiatria esistenti negli ospedali generali (i cosiddetti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, o SPDC).

A.S.O., Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.) procedura che consiste nel visitare una persona con disturbi psichici critici che non accetta di sottoporsi volontariamente ad una visita medica. Per ottenere l'A.S.O. è necessario un certificato medico, eseguito o dal medico di famiglia o dal Centro di Salute Mentale; inoltre per attivare l'A.S.O., sia nei casi urgenti (entro 2 giorni) sia in quelli non urgenti (al massimo 7 giorni) è necessaria una ordinanza del Sindaco, che viene emessa solamente dopo la consegna del certificato medico.

Trattamento farmacologico: I farmaci per il trattamento dei disturbi psichici, o psicofarmaci, vengono tradizionalmente raggruppati in quattro classi: antipsicotici o neurolettici, antidepressivi, ansiolitici-ipnotici e stabilizzatori dell'umore.

Gli psicofarmaci sono in grado di curare o di attenuare i sintomi di molti disturbi psichici, in un bilanciamento con gli effetti collaterali.

La prescrizione degli psicofarmaci è un atto di competenza medica. In linea teorica tutti i medici possono prescrivere psicofarmaci, in pratica il medico di medicina generale utilizza prevalentemente gli ansiolitici-ipnotici, in minore misura gli antidepressivi ed in misura ancor più ridotta i neurolettici e gli stabilizzatori dell'umore. Questi ultimi di norma sono di specifica competenza psichiatrica.

Antipsicotici o neurolettici: termine utilizzato per definire una famiglia di psicofarmaci utilizzati per il trattamento delle psicosi (schizofrenia, stati paranoidi, mania, psicosi tossiche, sindromi mentali organiche), utilizzati anche nel trattamento dei disturbi d'ansia nelle forme particolarmente gravi e resistenti ai trattamenti con ansiolitici. Gli antipsicotici presentano un'azione antidelirante ed antiallucinatoria in prevalenza. Presentano inoltre azione sedativa, ansiolitica, analgesica.

Antidepressivi: farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi depressivi (depressione, distimia) e dei disturbi d'ansia. Gli antidepressivi più recenti non provocano dipendenza e il loro utilizzo può essere circoscritto al trattamento dei soli sintomi disfunzionali.

Ansiolitici-ipnotici: farmaci utilizzati per attenuare e curare stati di ansia e di angoscia. Vengono utilizzati per il trattamento dell'insonnia, disturbi d'ansia e per la terapia del dolore. La classe di ansiolitici più diffusa è rappresentata dalle benzodiazepine (BDZ). Attualmente sono disponibili sul mercato numerose molecole appartenenti a questa classe di farmaci che presentano tra loro caratteristiche simili e si differenziano per la maggiore o minore durata degli effetti. Rappresentano tuttavia la classe di farmaci più soggetta ad **abuso e dipendenza**.

Stabilizzatori dell'umore: categoria di farmaci per il trattamento della sindrome affettiva maniaco-depressiva o disturbo bipolare, sia nelle forme acute sia nel trattamento di prevenzione di episodi ricorrenti.

INTERLOCUTORI TERRITORIALI ORGANIZZATI

Dipartimento di Salute Mentale

Via San Giovanni del Cantone, 23 - Modena - Tel. 059/435970

Associazione "Idee in circolo"

(persone con disagio mentale e non), Via IV Novembre 40/a
e-mail: associazioneideeincircolo@gmail.com, cell. 345 2833360.

Associazione "Insieme a noi"

(familiari di persone con disagio mentale), via Albinelli 40
e-mail insiemeanoi.mo@gmail.com, tel. 059/220833

Le Associazioni "Idee in circolo" e "Insieme a noi" hanno attivato un Osservatorio permanente sull'uso delle parole legate al mondo della salute mentale nei media locali.

RIFERIMENTI

- Carta di Trieste (per dare notizie sulla salute mentale):
www.news-forumsalutementale.it/public/Carta_di_Trieste_2011.pdf
- Carta di Perugia (per dare notizie sulla malattia):
www.odg.it/content/informazione-e-malattia-la-carta-di-perugia-0
- Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici:
www.governo.it/bioetica/testi/241100.html
- Forum Salute mentale:
www.news-forumsalutementale.it/
- Codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica:
www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1556386
- Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011 Regione Emilia Romagna
www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-313-2009

Note:

Note:

La scelta di realizzare il quaderno “Le parole della Salute Mentale” nasce dall’idea che l’informazione, la conoscenza e la partecipazione consapevole dei cittadini siano requisiti indispensabili per favorire una mentalità libera da pregiudizi a favore di una cultura di inclusione. Infatti ,se avremo più strumenti per conoscere cosa significa parlare di salute mentale sapremo farlo con maggiore consapevolezza riducendo il rischio di alimentare pregiudizi e luoghi comunche vedono le persone con questi disturbi come pericolose, imprevedibili e inaffidabili.

*Associazione Idee in circolo
Associazione Insieme a noi
Dipartimento di Salute Mentale - DP
Associazione Stampa Modenese
Ufficio Stampa Azienda USL
Ufficio Stampa ARCI Modena
Social Point – Progetto di inclusione sociale del DSM – DP Modena*