

La Salute Mentale

Il Disturbo Mentale e il pregiudizio

RISPONDETE AI 4 QUESITI SUL LIBRO DI TESTO Pag. 252

1. Descrivi una persona con turbe psichiche
2. Descrivi una persona “normale”
3. Descrivi i comportamenti che secondo te sono tipici di una persona con turbe psichiche
4. Descrivi i comportamenti che secondo te sono tipici di una persona “normale”

L'OMS stima che i disturbi mentali siano ai primi posti tra le disabilità, tendendo purtroppo ad aumentare, soprattutto nei paesi sviluppati.

Secondo l'OMS la depressione è la principale causa di disabilità globale ed è spesso associata a disturbi ansiosi.

Nel 2017 è stata dedicata una giornata mondiale sui disturbi mentali (10 ottobre) poiché meno della metà delle persone, che presentano depressione o disturbi ad essa collegati, riceve un trattamento adeguato. In alcuni paesi questa percentuale raggiunge il 10%.

I sintomi più diffusi della depressione sono attacchi di panico, fobie, alterazioni alimentari e dipendenze.



La schizofrenia è un disturbo mentale che fa paura e crea diffidenza.

La schizofrenia (etimologia MENTE DIVISA)

è caratterizzata da psicosi (perdita del contatto con la realtà), allucinazioni (false percezioni), deliri (falsi convincimenti), linguaggio e comportamento disorganizzati, appiattimento dell'affettività (manifestazioni emotive ridotte), deficit cognitivi (compromissione del ragionamento e della capacità di soluzione dei problemi)

La causa è sconosciuta, ma vi è una forte evidenza di una componente genetica e ambientale. I sintomi di solito esordiscono nell'adolescenza o nella prima età adulta.

Il trattamento consiste in terapia farmacologica, terapia cognitiva e riabilitazione psicosociale. La diagnosi precoce e il trattamento precoce migliorano il funzionamento a lungo termine.

Il pregiudizio nei confronti delle persone con disturbo psichico e la discriminazione verso le persone affette da malattia mentale costituiscono un fenomeno purtroppo presente e radicato, nonostante le politiche di contrasto allo stigma e quelle di integrazione sociale nei confronti di questo settore della popolazione.

Lo stigma verso la malattia mentale, che porta il “normale” a considerare queste persone come matti e a guardarli con diffidenza, si fonda sugli stereotipi della pericolosità, dell’imprevedibilità, della mancanza di rapporti sociali e rifiuto a conformarsi alle regole sociali.

La società tende ad avere dei pregiudizi nei confronti del disturbo mentale spesso per mancanza di conoscenze, legata al fatto che non ci sono elementi sistematici e dati certi per definirlo.

STIGMA

Lo “stigma”, un termine di origine greca che significa “marchio”, indica il pregiudizio nei confronti di chi soffre di disturbi psichici; la persona con problemi psichici, così etichettata, tende sempre più ad isolarsi.

LA DIAGNOSI

si basa sui comportamenti, tanto che in psichiatria si parla di “sindromi”, cioè di un insieme di sintomi a cui non corrisponde nessun danno fisiologico o anatomico.

Le persone che soffrono di disturbi mentali spesso accedono alle cure dopo molto tempo dall'insorgere dei primi episodi, compromettendo così una veloce risoluzione. Nel momento stesso in cui si prende coscienza della propria situazione si è già fatto il primo passo verso la guarigione.

Chi è dunque il malato
mentale? Come dobbiamo
rivolgerci, dunque, nei
confronti del malato
mentale?

Per lo psichiatra Eugenio Borgna

il malato mentale è solo una persona fragile, che desidera ascolto *“persa nel deserto del dolore e della solitudine”*, che ha bassa stima di sé, che sente un profondo senso di vuoto, di non appagamento, a cui bisogna ridare dignità, ricordando sempre che *“la follia in fondo non è qualcosa di estraneo alla vita, ma una possibilità umana che è in noi, in ciascuno di noi, con le sue ombre e con le sue incandescenze emozionali”*.

Ancora Borgna dice:

“avere coscienza del valore della fragilità significa non compiere azioni, gesti che possano fare del male agli altri. Se non si ha coscienza della fragilità degli altri, si creano disastri nelle scuole, nelle famiglie”.

Dovremmo sempre tener conto che ognuno di noi è diverso dagli altri e che nella nostra diversità abbiamo pregi e difetti.

Il folle nel passato

La follia è diventata
un problema solo
con il passaggio
dalla famiglia
patriarcale a quella
nucleare



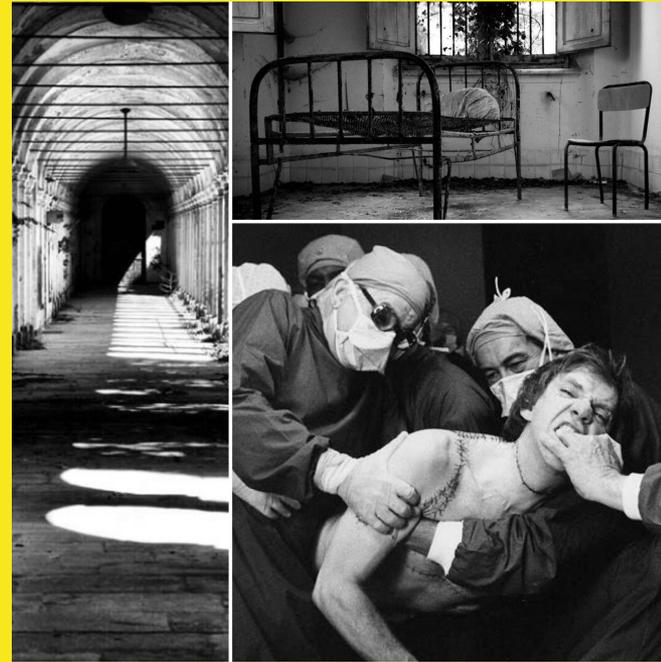
LA FOLLIA IN PASSATO:

Una condizione individuale caratterizzata da comportamenti contrari alle regole sociali, alla ragione o come uno stato psicologico dominato dalla presenza della divinità

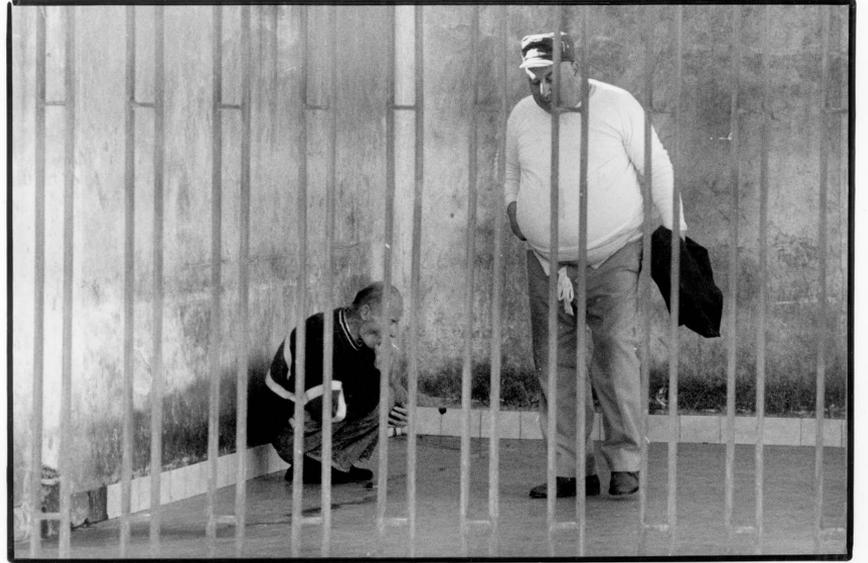
Gli interventi erano di competenza di medici religiosi o filosofi.

Le soluzioni che venivano prese consistevano nella chiusura e nell'isolamento dei folli in appositi istituti detti **manicomi**.

nei quali venivano inserite anche le persone incapaci di produrre, chi infrangeva le regole e chi disturbava gli equilibri sociali.



La funzione
principale dei
manicomi era
quella di custodia
e detenzione dei
folli



NASCITA DELLA PSICHIATRIA

Tra la fine del 1700 e la prima metà del 1800 nasce in Europa la psichiatria.

Nel 1782 a Firenze venne istituito il primo reparto ospedaliero di “cura” del folle liberato dalle catene.



A metà del 1800 un gruppo di medici diede vita ai manicomi come luogo di “cura”

Trattamenti medici nei manicomi

IDROTERAPIA

MACCHINA ROTATORIA

CAMERA OSCURA

INSULINOTERAPIA

CAMICIA DI FORZA

ELETTROSHOCK

Nel 1900 il manicomio
raggiunse la massima
espansione vennero
poi aperti anche i
manicomi giudiziari

**La Riforma *BASAGLIA*
e il *CSM***

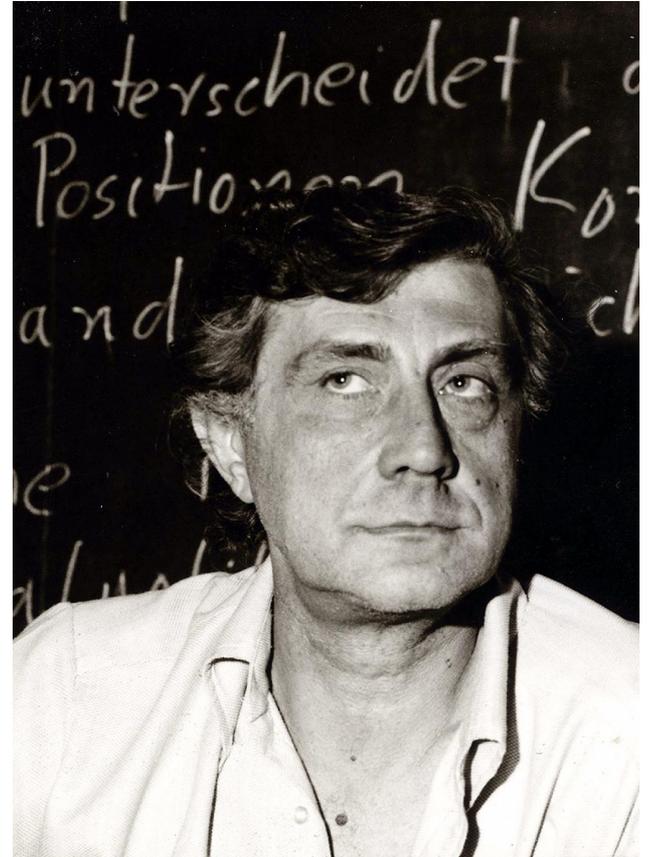
Intorno agli anni '60-'70 la psichiatria entrò in crisi, in quanto si sollevò una critica al sistema da parte degli operatori di settore

Con l'arrivo degli
psicofarmaci la cura delle
malattie mentali e l'approccio
ad esse si trasformò
radicalmente.

All'ospedale psichiatrico di Gorizia si realizzarono le prime esperienze di rinnovamento del sistema psichiatrico, a cura del Dr **FRANCO BASAGLIA**

Dr FRANCO BASAGLIA

Nato a Venezia, 11 marzo 1924 (Venezia, 29 agosto 1980) è stato uno psichiatra, neurologo e docente italiano, innovatore nel campo della salute mentale, riformatore della disciplina psichiatrica in Italia, fondatore di Psichiatria Democratica e **ispiratore della Legge 180/1978** (che ne prende il nome) che introdusse la revisione ordinamentale degli ospedali psichiatrici in Italia promuovendo radicali trasformazioni nel trattamento sul territorio dei pazienti con problemi psichiatrici. **E' considerato lo psichiatra italiano più influente del XX secolo.**



Comunità terapeutica

E' uno degli strumenti utilizzati per dare avvio alla trasformazione del sistema psichiatrico.

L'organizzazione della vita quotidiana del paziente si avvicina alle sue esigenze e tende a responsabilizzare tutti coloro che partecipano alla vita interna della comunità.

Il ricovero in ospedale diventa una soluzione estrema.

Le regole della comunità vengono discusse tra tutti i membri.

I pazienti non rappresentano più un “CASO” ma una “SITUAZIONE” complessa di cui fanno parte i loro problemi lavorativi, psicologici, familiari ed economici.

Legge n.431 del 1968

Questa legge dette il via alla modifica della legislazione psichiatrica introducendo importanti novità.

Non si annotano più nel casellario giudiziale del paziente le sue patologie mentali

Vennero cambiate le modalità di ammissione e dimissione. I pazienti potevano farsi curare volontariamente, conservando i diritti civili e potevano uscire dall'ospedale psichiatrico per proprio desiderio

Legge 180 del 13 maggio 1978

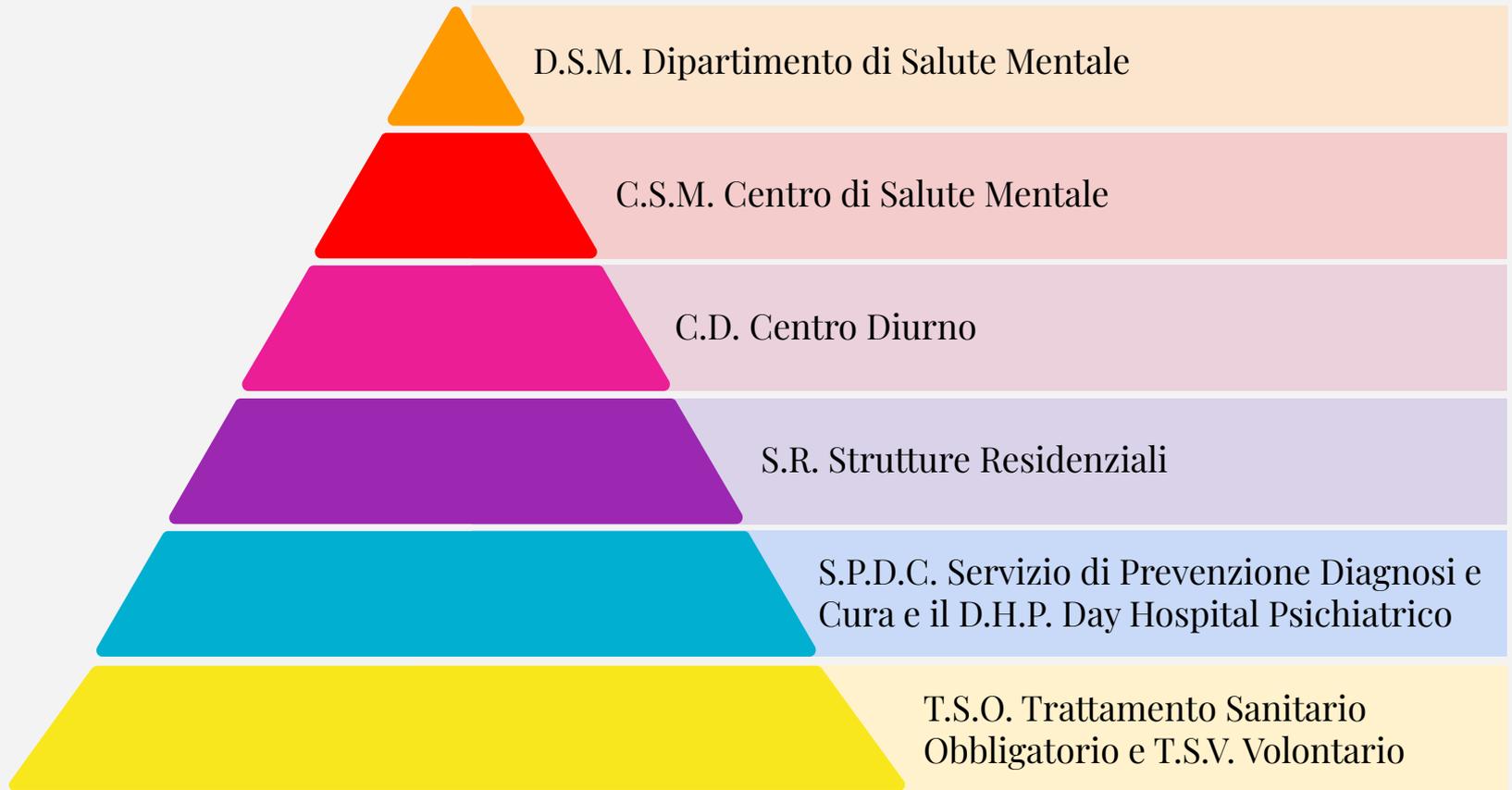
La legge 180 anticipa la riforma sanitaria del 1978 (L.833/78). Si decreta che la psichiatria fa parte del servizio sanitario e non ha più alcun rapporto con la polizia e con la giustizia; anche il personale è prettamente sanitario.

Definisce i malati di mente “*CURABILI*” a meno che i loro problemi mentali non derivino da fattori genetici o da lesioni cerebrali.



L'obiettivo primario di tale legge è quello di ridare dignità e diritti ai malati, fuori dal manicomio

Si passa dal controllo sociale del malato di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali concentrandoci sulla rete dei servizi territoriali.



D.S.M. Dipartimento di Salute Mentale

- Deve far fronte alle richieste del territorio, organizzando i servizi operativi e decentrati sul territorio.
- Agisce nell'ambito della ASL.
- Composto da:
 - Direttore
 - Medici
 - Infermieri Terapisti
 - Psicologi
 - Operatori Socio-Sanitari
 - Educatori

C.S.M. Centro di Salute Mentale

- È la struttura cardine che cura la malattia mentale, con personale polispecialistico.
- Attua diversi interventi come:
 - Psicoterapia farmacologica
 - Eventuale distribuzione dei pazienti nelle varie strutture o ricovero ospedaliero
 - Diagnosi per l'elaborazione di un progetto terapeutico e riabilitativo
- Collabora con:
 - Medici di medicina generale per consulenza su tossicodipendenze o alcolismo
 - Strutture per anziani o disabili
 - Amministrazioni locali
 - Volontariato
 - Cooperative sociali.

C.D. Centro Diurno

- Struttura semiresidenziale, aperta per 8 ore al giorno e per 6 giorni settimanali
- Ha una funzione terapeutica riabilitativa utilizzando personale specialistico integrato da volontari e cooperative sociali
- Gestito dal DSM della ASL o da cooperative sociali con apposite convenzioni per il rispetto delle normative e standard nazionali

S.R. Strutture Residenziali

- Sono esterne agli ospedali, possono rimanere aperte 24 ore su 24 a seconda della richieste del territorio.
- Realizzano la terapia e la riabilitazione definita dal CSM o dall'ospedale, con periodiche verifiche.
- Gestito da cooperative sociali o enti di volontariato con apposite convenzioni con il DSM dell'ASL per il rispetto delle normative e standard nazionali.

S.P.D.C. Servizio di Prevenzione Diagnosi e Cura

- È un servizio di ricovero ospedaliero.
- Ha posti letto per le degenze e una stanza per attività ricreative.
- Effettua trattamenti psichiatrici volontari o obbligatori ed esplica attività di consulenza
- Gestito dal DSM anche quando l'ospedale che lo gestisce non è amministrato dalla ASL, nel qual caso va stipulata un'apposita convenzione obbligatoria con l'ASL per il rispetto delle normative e standard nazionali.

D.H.P. Day Hospital Psichiatrico

- Può essere esterno o interno ad un ospedale, con collegamento con il CSM. Aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.
- Effettua accertamenti diagnostici o effettua prestazioni farmacologiche. Consente un'assistenza semiresidenziale per diagnosi e terapie riabilitative in collegamento con il SPDC.
- Dipende dal DSM secondo direttive regionali.

T.S.O./V. Trattamento Sanitario Obbligatorio / Volontario

Trattamento utilizzato in caso di manifestazione acuta della malattia.

Prevede il ricovero ospedaliero obbligatorio.

La richiesta deve essere fatta dal medico al Sindaco il quale emana un'ordinanza.

Mentre il ricovero volontario non richiede nessun tipo di intervento del Sindaco.

I Malati di mente presentano due fasi differenti della malattia

ACUTA

```
graph LR; Title[I Malati di mente presentano due fasi differenti della malattia] --- ACUTA[ACUTA]; Title --- CRONICA[CRONICA]; ACUTA --> ACUTA_Text[si manifesta quando la malattia è al culmine della sua gravità]; CRONICA --> CRONICA_Text[quando la malattia si stabilizza e non progredisce ne regredisce];
```

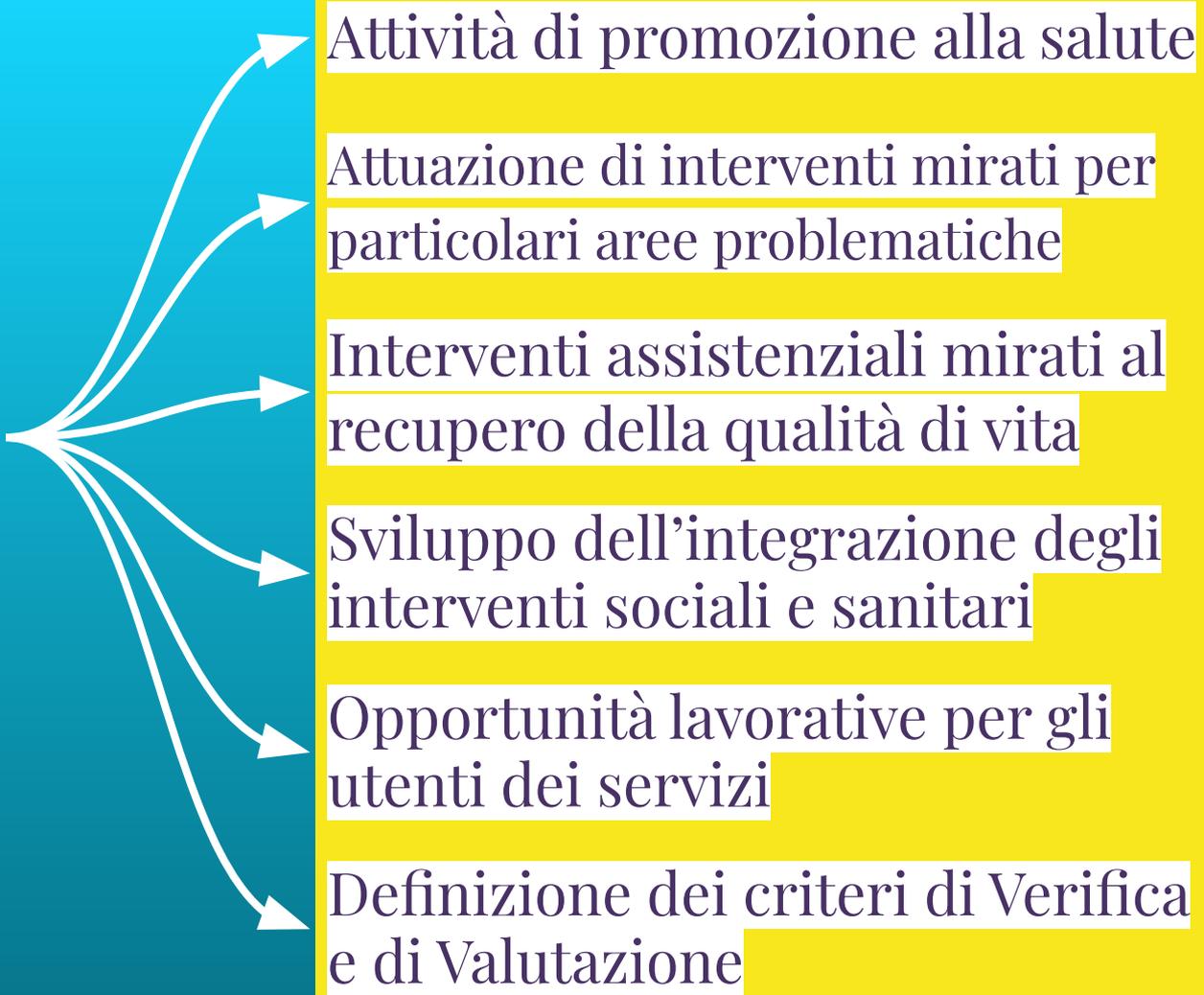
si manifesta
quando la
malattia è al
culmine della
sua gravità

CRONICA

quando la
malattia si
stabilizza e
non
progredisce ne
regredisce

Le ASL programmano e gestiscono gli interventi finalizzati al superamento del disagio e disturbo mentale

Le ASL promuovono



Attività di promozione alla salute

Attuazione di interventi mirati per particolari aree problematiche

Interventi assistenziali mirati al recupero della qualità di vita

Sviluppo dell'integrazione degli interventi sociali e sanitari

Opportunità lavorative per gli utenti dei servizi

Definizione dei criteri di Verifica e di Valutazione

**Prendersi CURA della
PERSONA**

Prendersi cura di noi stessi e degli altri è essenziale per una società civile dove i termini importanti dovrebbero essere

ONESTA'

RISPETTO

SOLIDARIETÀ

CONDIVISIONE

CONSAPEVOLEZZA

Le attività di servizio sociale rientrano tra i compiti di Benessere della pubblica amministrazione, che devono ispirarsi ai principi costituzionali di legalità (art. 113 Cost.).

Tutte le attività proposte dal servizio sociale **DEVONO ESSERE condivise, accettate dall'utente e non imposte.**

COSA SIGNIFICA

PRENDERSI CURA?

Prendersi cura è un atto intenzionale che vuol dire prestare assistenza, accudire, occuparsi di una persona in difficoltà che può essere ammalata o limitata nelle proprie possibilità.

LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA

Viene fatta dall'assistente sociale del Servizio sociale di base che valuta il bisogno e la domanda dell'utente, individua le risorse personali, familiari, amicali e territoriali più adatte a risolvere il problema e, insieme all'equipe multidisciplinare, progetta il piano di intervento e attiva risposte di aiuto socio assistenziale.

Per poter formulare un adeguato intervento occorre analizzare bene il bisogno personale, familiare, territoriale e avere chiaro l'obiettivo.

Il nostro modo di aiutare riflette chi siamo. Le nostre esperienze personali, i nostri atteggiamenti sono condizionati da quello che diciamo e da come lo diciamo.

Gran parte della comunicazione nella relazione d'aiuto è non verbale. È importante utilizzare il linguaggio del corpo per esprimere accettazione, attenzione, interesse e cura per l'altro (microskills non verbali).

La persona che assiste deve aiutare il soggetto a portare alla luce le parti meno chiare della sua esperienza, ciò che ha creato la situazione.

Un errore che può essere fatto nella relazione d'aiuto è rispondere ai sentimenti sbagliando il livello di intensità della sofferenza dell'altro. È importante pertanto trovare la frase giusta che permetta all'altra persona di comprendere la situazione.

La persona che ha bisogno si sente diversa da come era prima e vuole capire cosa sta succedendo.

La disperazione è un sentimento comune alle persone che soffrono, che si chiedono chi possa aiutarle e su chi possano contare.

Il recupero dei tossicodipendenti, ad esempio, passa attraverso la stima in se stessi, l'accettazione degli altri e il perdono verso chi sbaglia.

Prendersi cura nella maniera corretta della persona che soffre è un percorso lungo e complesso, che alla base deve avere disponibilità all'ascolto, rispetto e sostegno per chi chiede aiuto.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.)

*Un po' di storia dell'evoluzione della
normativa Psichiatrica*

La prima legge che
regolamentava l'assistenza
psichiatrica risale al 1904

La Legge del 1904

Stabiliva che dovevano essere CUSTODITE e curate nei manicomi le persone affette, per qualunque causa, da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri, o riescano di pubblico scandalo e non siano o non possano essere convenientemente CUSTODITE e curate fuorchè nei manicomi

Questa è una legge ad hoc
per una categoria di
persone pericolose più che
malate

La Legge del 1968

Modifica alcuni aspetti:

c'è una revisione dell'organizzazione degli Ospedali Psichiatrici in senso più sanitario, ma soprattutto viene istituito il ricovero volontario e in questo caso viene abrogato l'obbligo di annotazione del ricovero sul casellario giudiziario.

La Legge 180 del 1978

Modifica radicalmente l'assistenza psichiatrica riportandola al solo ambito sanitario e considerando centrale non più l'intervento ospedaliero, ma quello nel territorio.

La Legge 180 del 1978

*Nata come STRALCIO della RIFORMA,
motivata dall'urgenza di evitare un Referendum
abrogativo della legge precedente, è confluita
nella Legge di Riforma Sanitaria 833 del
dicembre 1978*

La Legge 180 del 1978

*Parlare della 833/78 per le parti inerenti la
Psichiatria equivale a parlare della Legge 180.*

*Gli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 833/78
sono quelli di interesse Psichiatrico.*

Articolo 32 della COSTITUZIONE

“[...] nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”

Articolo 32 della COSTITUZIONE

La disposizione di legge che supera questo articolo è appunto determinata dagli articoli 33 e 34 della legge 833/78

Articolo 33 Legge 833/78

Fa riferimento a tutte le situazioni d'ordine sanitario in cui si impone una tutela sanitaria della comunità o persona. Esso prevede che in caso sia necessaria la tutela della salute individuale o pubblica (ad es. malattie infettive o contagiose), il Sindaco nella sua veste di Autorità Sanitaria disponga il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

In questo caso è sufficiente la proposta di un medico.

Articolo 34 Legge 833/78

Entra nello specifico della MALATTIA MENTALE, dettando le norme relative alle procedure necessarie al T.S.O. in caso di malattia mentale.

Articolo 35 Legge 833/78

Riguarda aspetti tecnico giuridici: specifica quali siano le persone, medici ed Autorità e detta i modi ed i tempi nel predisporre ed attuare il provvedimento fissando una serie di misure a garanzia della libertà del cittadino.

E' stabilito, ad es., che il TSO possa durare per 7 giorni, e che possa essere rinnovato se il Giudice Tutelare accoglie la richiesta del Responsabile del Servizio Psichiatrico.

Articolo 64 Legge 833/78

Riguarda le norme transitorie per il superamento dell'assistenza negli OSPEDALI PSICHIATRICI, di cui la legge 180 ha sancito la chiusura.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.)

*Entriamo nel dettaglio
Procedure e Condizioni*

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio
è solo uno strumento giuridico che a
lo scopo di superare i limiti imposti
dall'art. 32 della Costituzione, in
particolari situazioni previste dalla
legge sul TSO stessa.

Non è la gravità della malattia o lo stato clinico ad attivare il TSO ma il **RIFIUTO** del paziente a sottoporsi ad un trattamento urgente secondo il parere medico.

Un TSO può
essere invocato
solo se sussistono
queste
CONDIZIONI

Che il soggetto presenti
alterazioni psichiche tali da
richiedere la cura in ospedale

Che esistano le condizioni di
urgenza

Che il soggetto non accetti il
ricovero

Che sia impossibile nelle
circostanze in atto attuare altre
misure sanitarie extraospedaliere

Procedura per attuare un T.S.O. Psichiatrico

1. Viene disposto dal Sindaco su proposta di un medico;
2. Deve essere convalidato da un secondo medico dipendente o convenzionato con il S.S.N.;
3. Deve essere presente l'autorità di Polizia Municipale/Locale, dove non sia presente dei Carabinieri;
4. Notifica al Giudice Tutelare che può convalidare o meno il ricovero.

Chiunque, compreso il
paziente, può fare ricorso al
Giudice Tutelare contro il
trattamento stesso.

La procedura di notifica al Giudice Tutelare con relativa convalida, deve essere effettuata nuovamente durante la degenza ogni 7 giorni, fino al decadere delle condizioni d'obbligo ed eventuale passaggio ad un regime di ricovero volontario.

La vera rivoluzione per la psichiatria consiste in questi fatti:

1. Istituzione dei servizi come parte integrante del S.S.N.;
2. Gli interventi sono attuati “**di norma**” dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri, la centralità del servizio passa dall’ospedale al territorio;
3. Il T.S.O. viene visto come qualcosa di eccezionale. Tanto il ricovero coatto era facile prima, tanto il ricovero coatto richiede una procedura complessa ora;
4. E’ scomparso ogni accenno a PERICOLOSITÀ, SCANDALO e CUSTODIA

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.)

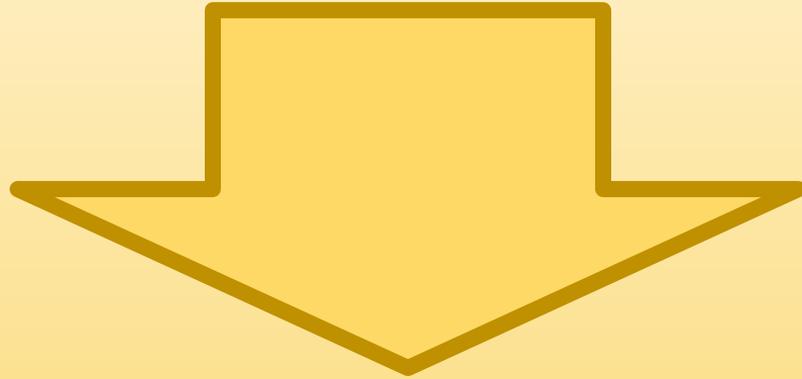
ETICA IN PSICHIATRIA

Il T.S.O. rimanda al problema etico fondamentale della limitazione della libertà personale.

Abbiamo visto che in situazioni relativamente rare si rende necessario il trattamento sanitario senza il consenso del paziente quando esso rifiuta le cure

Quando si parla di limitazione della libertà personale ci si pone subito il problema del perché e del bene che giustifica questo atto.

E' facile pensare alla motivazione:



LA SICUREZZA,
il “NON CAUSARE DANNO”

Ma “il NON CAUSARE
DANNO” è una regola a favore
dell’individuo o della società?

Il paziente può presentare comportamenti abnormi, aggressivi, di fuga o antisociali che ci possano indurre a pensare che l'unico mezzo per gestire la crisi è il controllo del comportamento del paziente.

Il solo controllo del comportamento del paziente non è motivo sufficiente per un TSO, la cui necessità va valutata solo tenendo conto dell'**INTERESSE DEL PAZIENTE.**