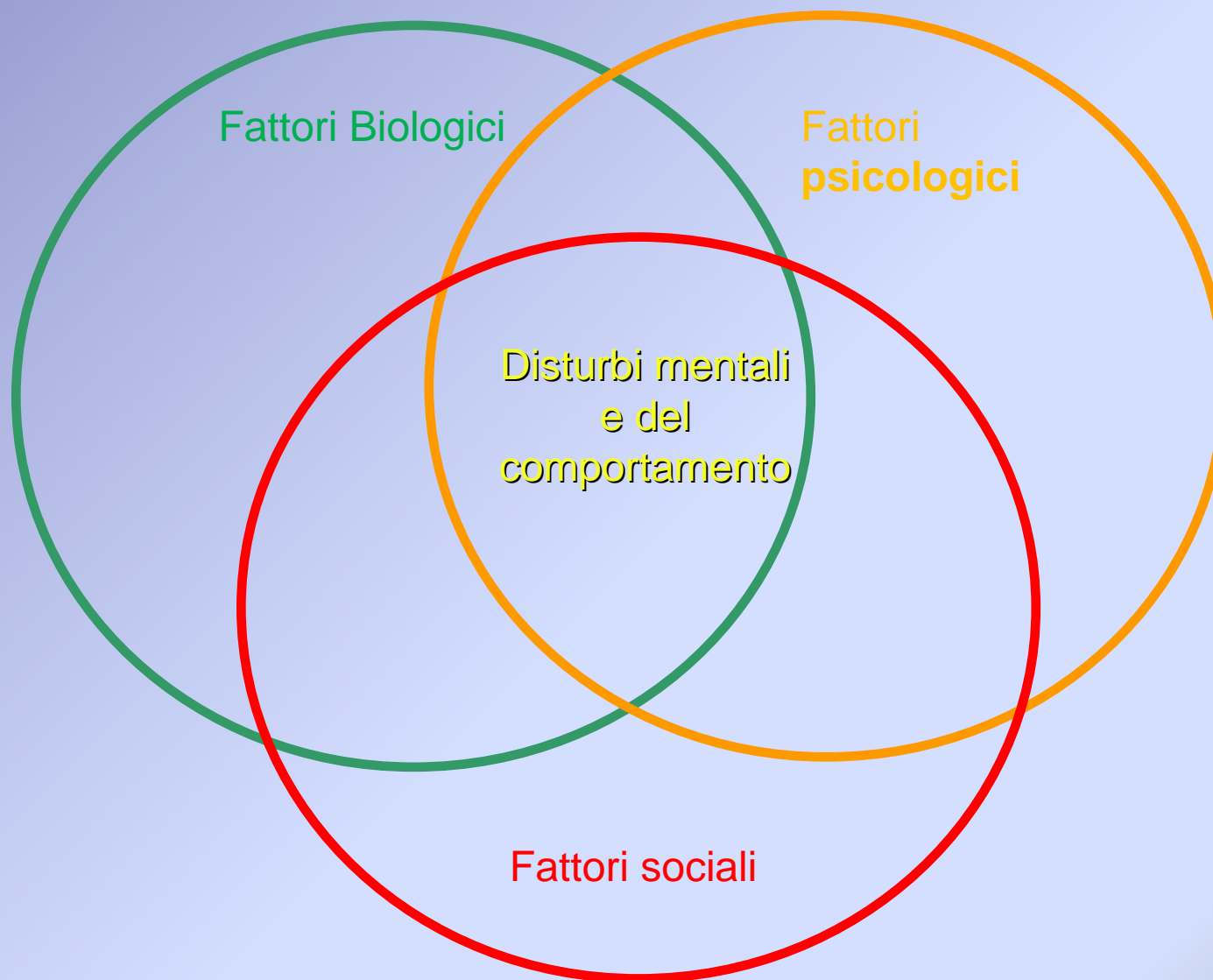


Manfredonia, sabato 19 settembre 2009



MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Interazione di fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo dei disturbi mentali



LA RILEVANZA SOCIALE DEI DISTURBI PSICHIATRICI

OMS 2001

I disturbi psichiatrici colpiscono il 20-25 % della popolazione (OMS 2001, ESEMED – WMH 2005)

Solo una piccola parte di questi (1/10-1/20) giunge al trattamento in ambiente specialistico

Lo stigma, il pregiudizio, la vergogna e l'esclusione impediscono a tanti, troppi malati di ricevere le cure che hanno bisogno.

I disturbi gravi spesso arrivano al trattamento molto tardi (si è stimato 5 anni di ritardo dopo l'inizio della sintomatologia nel caso della schizofrenia) quando molte disabilità si sono ormai instaurate.

I disturbi psichiatrici sono responsabili del 12 % del carico globale di malattia (espresso dai DALY- anni persi per disabilità), una cifra superiore a quella dal cancro e dalle malattie cardiovascolari (dati OMS 2001)

Se non si apporteranno modifiche nelle politiche sanitarie, il carico globale di malattia (sempre espresso in DALY) aumenterà, in una proiezione al 2020 per i disturbi psichiatrici, al 15 % di tutte le cause (dati OMS 2001).

STRATEGIE DI INTERVENTO PROPOSTE DALL'OMS

OMS 2001

- 1. Trattare i disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria;**
- 2. Disporre a costi accettabili dei farmaci psicotropi;**
- 3. Erogare l'assistenza all'interno della comunità;**
- 4. Educare la popolazione alla salute mentale;**
- 5. Coinvolgere la comunità, le famiglie e gli utenti nell'elaborazione delle politiche, dei programmi e dei servizi;**
- 6. Attuare politiche, programmi e leggi per la promozione della salute mentale;**
- 7. Valorizzare le risorse umane;**
- 8. Promuovere legami con altri settori della sanità e della società;**
- 9. Monitorare la salute mentale della comunità;**
- 10. Sostenere la ricerca.**

APPROCCIO DI SANITA' PUBBLICA E APPROCCIO INDIVIDUALE NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE

APPROCCIO DI SANITA' PUBBLICA	APPROCCIO INDIVIDUALE
1. Ha una visione globale della popolazione	1. Ha una visione parziale della popolazione
2. Considera il contesto socio-economico dei pazienti	2. Tende ad escludere i fattori contestuali
3. Può produrre soprattutto informazioni sulla prevenzione primaria e guarda anche a quella secondaria e terziaria	3. Ha minore propensione a produrre informazioni per la prevenzione primaria, considera soprattutto il livello individuale
4. Ha una visione sistemica delle componenti del servizio	4. Ha una visione del servizio in termini di strutture/ programmi
5. Favorisce l'accesso aperto ai servizi	5. L'accesso ai servizi può essere limitato per età, diagnosi e copertura assicurativa
6. E' favorito il lavoro di équipe	6. Sono preferiti i terapeuti individuali
7. Considera la malattia in una prospettiva a lungo termine/longitudinale	7. la prospettiva di follow up è di breve termine e intermittente episodica
8. Il costo/efficacia dei trattamenti è valutato rispetto alla popolazione	8. Il costo/efficacia dei trattamenti è valutato in termini individuali

SISTEMA DELL'ASSISTENZA NON PROFESSIONALE

(OMS – 1983)

- 1. Lay care.** Si riferisce a tutta l'assistenza sanitaria che la gente comune si scambia reciprocamente . Indica il grado di competenza di una comunità rispetto alla salute. (sistema sanitario informale, svolge il 60-90 % dell'assistenza)
- 2. Self-care.** Riguarda le attività sanitarie non organizzate da parte di singoli individui, famiglie, amici. Comprende l'automedicazione, l'autotrattamento, l'aiuto che si da la persona nel normale contesto sociale della vita quotidiana, l'impegno della persona per la promozione della propria salute e per la prevenzione dei disturbi.
- 3. Volunteer care.** Indica le forme di aiuto non professionale organizzate da agenzie diverse di volontariato.
- 4. Gruppi di self-help.** Gruppi di persone organizzati che condividono problemi comuni ed identificano strategie di soluzioni comuni.
- 5. Servizi alternativi.** Servizi che si sono sviluppati quando l'offerta di servizi non era disponibile per alcuni gruppi sociali (es. case alloggio per donne maltrattate) o quando quelli esistenti non erano efficaci o efficienti.
- 6. Organizzazioni di self-help / gruppi di pressione di self-help.** Si tratta di organizzazioni o di coordinamenti di gruppi, che si riuniscono intorno a un problema generale o specifico relativo all'assistenza o alla promozione della salute, per apportare dei cambiamenti al sistema sanitario o alla società più ampia..

MODELLO DI GOLDBERG E HUXLEY

Percorso più comune che seguono le persone con disturbi emotivi dalla popolazione generale ai Servizi Psichiatrici

1° LIVELLO

Morbilità psichiatrica totale nella popolazione generale

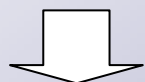
1° FILTRO Decisione del soggetto di consultare il medico di base



2° LIVELLO

Morbilità psichiatrica totale nella medicina di base

2° FILTRO Riconoscimento dei disturbi da parte del medico di base



3° LIVELLO

Morbilità psichiatrica riconosciuta dal medico di base

3° FILTRO Invio ai servizi specialistici da parte del medico di base



4° LIVELLO

Morbilità psichiatrica totale nei servizi psichiatrici

4° FILTRO Decisione dello psichiatra di ospedalizzare



5° LIVELLO

Pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici

MODELLO DI GOLDBERG E HUXLEY

Principali fattori che influenzano il passaggio attraverso ciascuno dei 4 filtri

Filtro 1	Filtro 2	Filtro 3	Filtro 4
Fattori che influenzano il contatto con il Medico di Base	Fattori che influenzano il riconoscimento dei disturbi	Fattori che influenzano l'invio ai servizi psichiatrici	Fattori che influenzano il ricovero in ospedale
Sintomi	Natura dei sintomi	Sintomi	Sintomi
Eventi di vita	Formazione del medico di base	esperienza del medico di base con i problemi psichiatrici	Disponibilità dei letti
Precedenti esperienze di malattia	Tecnica dell'intervista	Rapporto del medico di base con i servizi psichiatrici	Disponibilità di supporto nel territorio
Attitudini verso la malattia	Fattori precipitanti recenti	Disponibilità del servizio psichiatrico	Richieste del paziente
Distanza dell'ambulatorio del medico	Variabili demografiche relative al pz	Richieste della famiglia	Richieste della famiglia

TASSI DI PREVALENZA DELLA MORBILITA' PSICHIATRICA AI 5 LIVELLI DEL MODELLO DI GOLDBERG E HUXLEY – ANNO 1987

(valori espressi per 1000 abitanti)

	Manchester R U*	Groningen NL
1° Popolazione generale	260 - 315	250 – 303
2° Medicina di base (morbilità totale)	230	224
3° Medicina di base (morbilità riconosciuta)	101	94
4° Servizi psichiatrici	23.5	34
5° Servizi psichiatrici ospedalieri	5.7	10

STRATEGIE PER LO SVILUPPO E LA TRASFORMAZIONE DELL'ASSISTENZA

Lotta per la promozione dei diritti di cittadinanza	Assunzione di responsabilità Lotta per il miglioramento dei diritti di tutti
Gestione autentica territoriale e comunitaria della salute mentale	Conoscenza del territorio Costruzione di patti territoriali per la salute mentale
Promozione della salute mentale soprattutto in rapporto con la scuola	Rapporto costante per costruire un insegnamento di educazione alla salute (e quindi della salute mentale)
Definizione di protocolli di intervento per la sofferenza mentale non grave	Programmi snelli, preferibilmente di gruppo (tradizionali + informativi, collaborativi, psicoeducativi, AMA...)
Interventi precoci, intensivi, nei disturbi psicotici	Interventi di alta qualità (terapia farmacologica, psicoterapia, interventi di sostegno sociale e riabilitativi mirati)
Protocolli per la gestione deistituzionalizzata dei disturbi schizofrenici non responders o non collaborativi	Personalizzazione degli interventi, sostegno alle famiglie ed agli utenti, riduzione del carico familiare, interventi di rete, strutture flessibili, affido eterofamiliare....Aziendalismo critico

rete sociale

reti primarie

relazioni di natura familiare, parentale, amicale e di vicinato

reti secondarie

relazioni con strutture che hanno il compito di fornire assistenza

Supporto sociale ed eventi stressanti

le persone che possiedono una buona rete sociale e quindi dispongono di un elevato supporto sociale riescono ad affrontare meglio gli eventi della vita. Le persone che invece non hanno una buona rete sociale hanno meno difese nei confronti dello stress

Rete sociale e famiglie di persone affette da un disturbo mentale

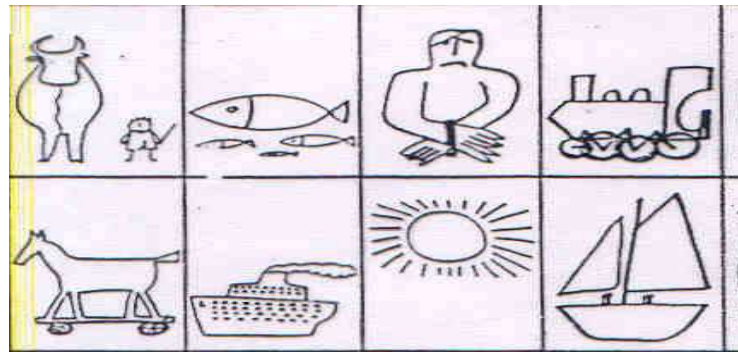
la rete sociale è ridotta le persone coinvolte sono poche rispetto alla norma e la qualità delle relazioni è scarsa

Rete sociale e carico familiare

una buona rete sociale è collegata alla riduzione del carico sia oggettivo che soggettivo dei familiari ed a un miglioramento globale delle loro condizioni di vita

Potenziamento della rete sociale

- **associazioni**
- **gruppi multifamiliari**
- **self-help**



I gruppi di auto mutuo aiuto In Italia

Oggi i gruppi stanno crescendo rapidamente in molti ambiti:

- Fumo
- Dimagrire
- Familiari di ragazzi con handicap
- Familiari di persone con disagio psichico
- Disturbi alimentari
- Familiari di persone con Alzheimer
- Donne operate al seno
- Persone con depressione, ansia, attacchi di panico, voci, etc.
- Separati e divorziati
- Donne maltrattate
- Dializzati
- Lutto
- Donne che amano troppo
- Genitorialità
- Tossicodipendenza
- Menopausa
- Diabete
- Ipertensione
- Malattie genetiche
- E tanti altri ancora....

I gruppi di auto mutuo aiuto

cosa sono

I gruppi ama sono costituiti da un numero limitato di persone (5-12) o famiglie (5-10) a cui si accede per libera scelta.

I partecipanti al gruppo

- sono membri o soci. **Non sono utenti o pazienti**
- **condividono un problema** (disagio personale, comportamentale, familiare, sociale, condizione di malattia, etc)
- si incontrano per **darsi sostegno reciproco** e per favorire un **percorso di cambiamento**
- cercano in questo modo di migliorare **la qualità della propria vita**

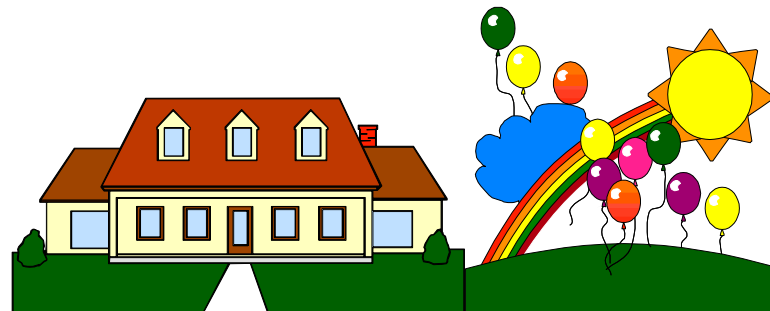
I gruppi di auto mutuo aiuto

cosa sono

- I gruppi ama sono delle **reti sociali “artificiali”** che si creano appositamente per produrre aiuto e sostegno.
- I nodi della rete sono le persone che condividono il problema che cercano aiuto e che nel cercare e ricevere aiuto lo forniscono a chi vive lo stesso problema.
- I gruppi ama **non offrono “terapie” nel senso tradizionale e “giuridico” del termine.**
- Sono “terapeutici” se terapeutico significa per noi **occasione di cambiamento, di miglioramento della qualità della vita.**

Le basi del gruppo

- la gratuità
- la parità
- il protagonismo
- il valore del sapere e dell'esperienza
- la libertà di partecipare
- l'apertura ai nuovi ingressi
- l'apertura alla comunità di appartenenza



Le vita del gruppo

Il clima

- L'amicalità
- L'ascolto
- La tolleranza
- La relazione non verbale

I pensieri del gruppo

- Siamo tutti risorse
- Cambiare è possibile
- Il tempo gioca a nostro favore

Il funzionamento del gruppo

- Un luogo e un orario stabili
- La durata (*1h e ½*)
- La periodicità (*una volta alla settimana*)
- La puntualità
- La partecipazione (*chi non può venire avvisa*)
- Il diario
- Il giro
- La riservatezza
- La scelta di non fumare

Il futuro del gruppo

- La moltiplicazione
- La cultura che cambia, nel gruppo ma anche nella comunità

I gruppi di auto mutuo aiuto nel campo del disagio psichico

I principali gruppi ama presenti nel campo del disagio psichico si attivano:

a partire dal tipo di problema condiviso

- Familiari di persone con disagio
- Persone con problemi di depressione
- Persone con problemi di ansia e attacchi di panico
- Persone che sentono voci
- Persone con problemi di psicosi
- Persone con disturbi alimentari (anoressia-bulimia)

a partire dal tipo di bisogno condiviso (di solito un bisogno primario)

- Socializzazione (di solito è un gruppo misto)
- Abitare
- Lavoro
- Bisogni/interessi più settoriali

Vi sono molti gruppi che riguardano tematiche di salute mentale in senso più ampio (essere genitori, aver perso un figlio, amare troppo, etc etc)

I gruppi di auto mutuo aiuto

Chi li attiva, chi li favorisce

1. Direttamente le persone che condividono il problema, che hanno il bisogno o le loro Associazioni. Ad esempio
 - *Le persone che vivono il problema*
 - *I famigliari delle persone con disagio (spesso tramite le loro Associazioni)*
2. I Servizi, le Istituzioni, i Gruppi sociali organizzati. Ad esempio
 - *Possono favorire la nascita di tutti i tipi gruppi (non devono sentirsene padroni!)*
 - *Possono spendersi comunque e sempre molto per gli invii*
3. Le Associazioni cosiddette “ombrello”. Ad esempio
 - *Qualsiasi tipo di gruppo*

*Vi sono poi gruppi che nascono per iniziativa di singole persone - **facilitatori***

I gruppi di auto mutuo aiuto

Come nascono

- Un gruppo attivato **da chi ha il problema** nasce per il passaparola, per la conoscenza fatta nelle associazioni di familiari e di utenti, per esperienze di condivisione fatte in altri contesti
- Un gruppo attivato **dai Servizi** nasce tramite la pubblicizzazione dell'iniziativa agli interessati
- Un gruppo attivato dalle **Associazioni** ombrello nasce tramite l'informazione, la richiesta di persone interessate, la collaborazione con i servizi e le associazioni di utenti e familiari
- In alcune situazioni **possono** essere utili 1-2 incontri preliminari per chiarire alcuni aspetti del problema, i principi ispiratori e di funzionamento del gruppo, etc
- In altre situazioni si parte direttamente col gruppo

Non esiste una partenza migliore dell'altra. Ogni gruppo parte secondo la situazione che lo ha promosso

L'importante è che parta davvero!

I gruppi di auto mutuo aiuto

L'esperienza ci sta insegnando

- Stanno nascendo esperienze stimolanti di **gruppi “misti”** e di gruppi che rispondono non a patologie ma a bisogni (casa e lavoro)
- I gruppi ama sono **gruppi autonomi** e liberi.
- Appartengono a chi li frequenta.
- Non rispondono alle **logiche dei gruppi terapeutici** (cura, controllo, supervisione, etc)



I gruppi di auto mutuo aiuto

Le paure a “partire”

- Pensiamo ai milioni di gruppi che ci sono. Se ci sono e sono in continua crescita vuol dire che funzionano e che farli nascere non è stato così difficile.
- Se tutti avessero avuto “paura” non ci sarebbero gruppi e questo sarebbe di sicuro una perdita per i milioni di persone che li frequentano.
- Il miglior modo per superare le paure è partecipare ad un gruppo.
- Partecipando si impara e si cresce



I gruppi di auto mutuo aiuto

La valutazione

L'esperienza e il buon senso ci suggeriscono che un gruppo ama

- non danneggia
- può servire a poco
- può servire a molto

In altri termini che è un buon investimento

Non sempre e non in tutti i luoghi esperienza e buon senso bastano.

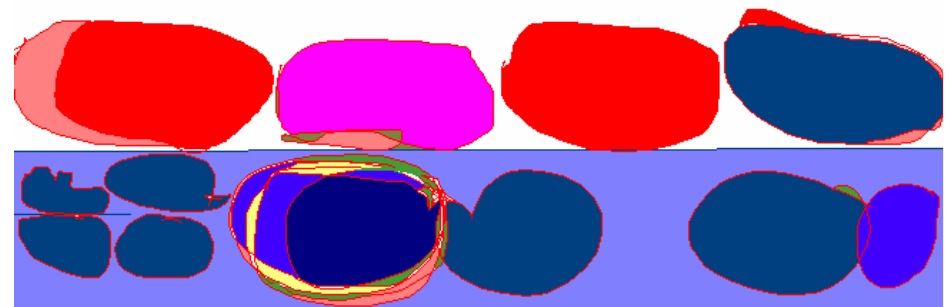
Per questo occorre valutare anche i gruppi ama

In Italia siamo in ritardo, ma stiamo recuperando:

- Valcat
- scheda VAMA
- efficacia ama versus trattamenti tradizionali (Università di Verona)

Il carico oggettivo riguarda il costo diretto e indiretto della malattia:

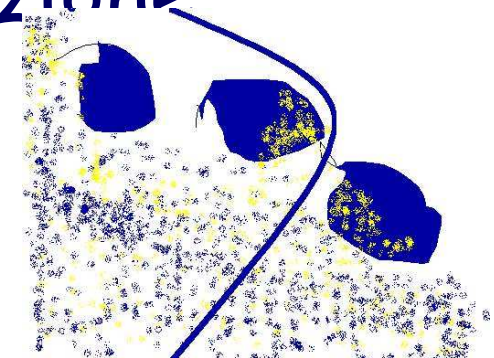
i costi economici, la necessità di cambiare spesso casa o di doverne acquistare una nuova, le ore e le giornate di lavoro perse e, soprattutto per le donne, la rinuncia al lavoro o alla progressione di carriera, il tempo impiegato nell'assistenza, le spese per la mancata autonomia del figlio che resta in casa



il carico soggettivo descrive il modo in cui le singole persone vivono individualmente quel particolare evento

come quel particolare problema risuona e si amplifica nella loro vita affettiva e di relazione.

il disturbo mentale, soprattutto se di un/a figlio/a rimanda a sentimenti di frustrazione, fallimento, disperazione



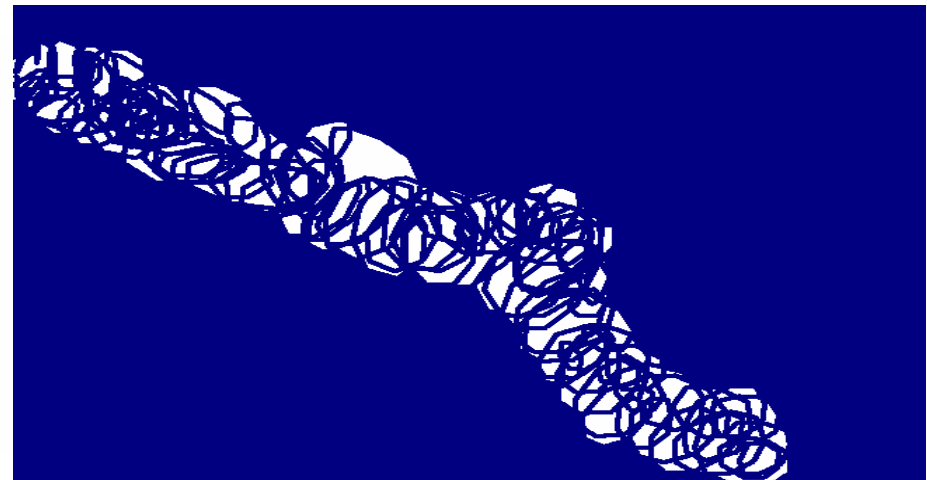
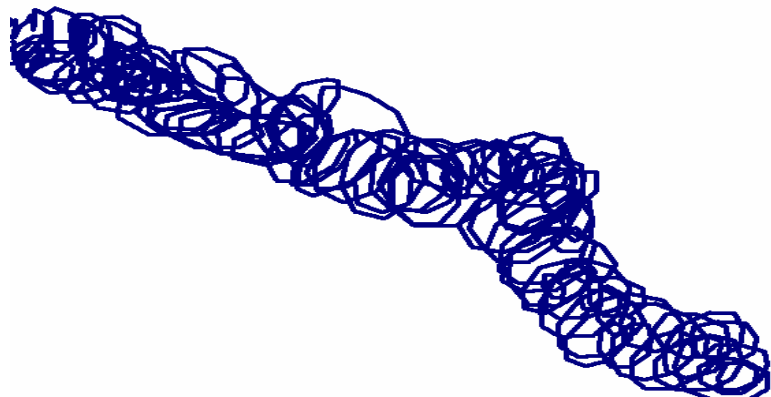
carico soggettivo

- sviluppo di **sintomi** ansiosi, depressivi e/o psicosomatici
- sentimenti di **colpa**
- vergogna
- **isolamento** sociale
- **disorientamento** prodotto dalla disinformazione sul disturbo mentale e attribuzioni causali semplicistiche o irrazionali

il **carico soggettivo** è più difficilmente quantificabile, ma ha conseguenze di enorme portata sull'equilibrio dei familiari più vicini alla persona e condiziona fortemente il percorso di guarigione

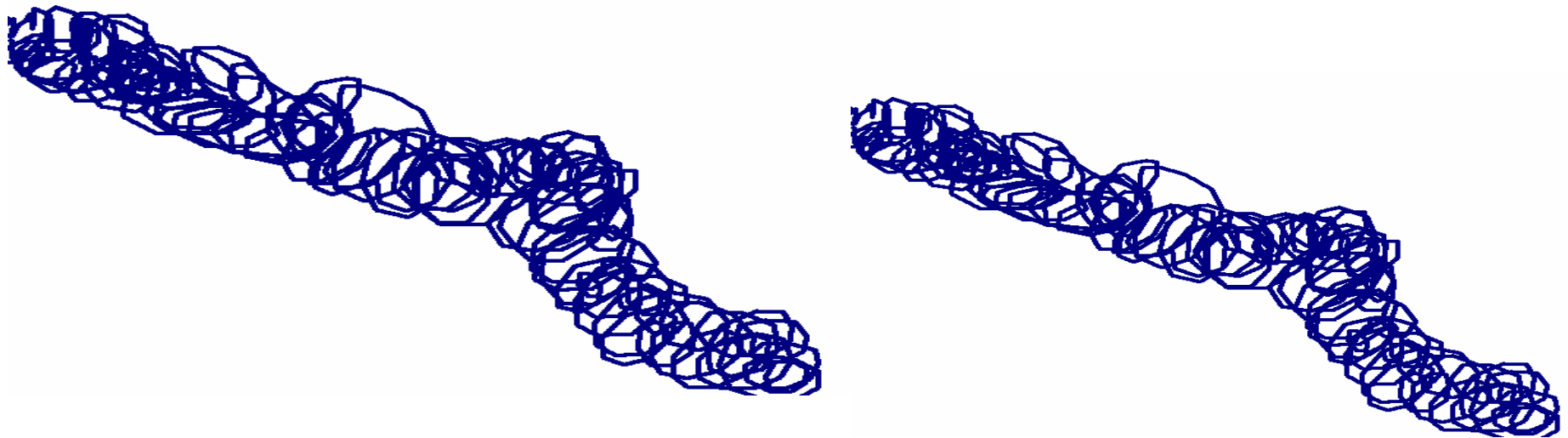


Alcuni genitori parlano con dolore di "lutto": come se ogni giorno perdessero quel figlio ideale tanto desiderato e che invece si presenta così diverso nella realtà quotidiana.



effetti **sociali** del carico

stigma e pregiudizio
isolamento sociale
restringimento delle attività
sociali e del tempo libero



**i problemi "in più" di una
famiglia che deve affrontare
il "disturbo mentale"**

salute fisica, cure mediche

passaggi difficili del ciclo di vita

maggiori spese

**recupero delle energie nel tempo
libero**

solitudine isolamento

relazione

educazione

informazioni

rapporto con i servizi formali

Variabili che predicono alti livelli di carico

- **Caratteristiche socio-demografiche** dei familiari (sesso femminile, basso livello di istruzione, essere coniugi del paziente)
- **caratteristiche cliniche del disturbo** mentale (scarso funzionamento sociale, lunga durata del disturbo, presenza di sintomi negativi come appiattimento affettivo, afinalismo, impoverimento ideativo)
- **rete sociale e risorse personali** dei familiari (isolamento e scarso supporto della rete sociale, ristretta gamma di strategie per fronteggiare la situazione)

gruppi di self-help

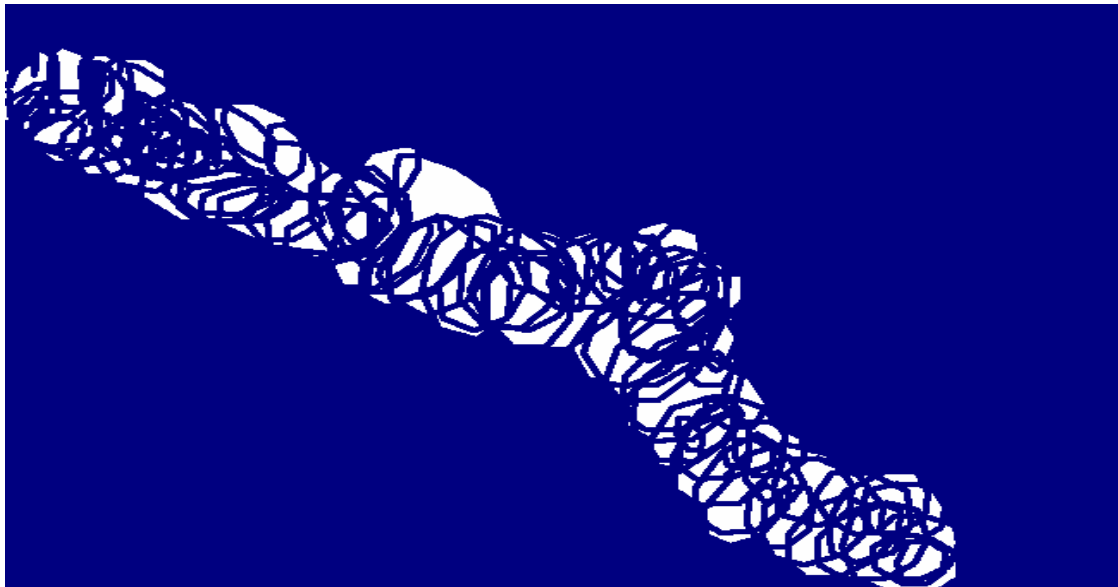
- 1) identificare i **bisogni** delle famiglie, fornire sostegno sia dando informazioni sia dando aiuto concreto
- 2) chiarire il **rappporto** tra famiglie e Servizi e migliorare la **collaborazione**
- 3) dare **informazioni** sul disturbo, sulle leggi, su possibili finanziamenti
- 4) ridurre lo **stigma** associato alla malattia mentale attraverso corsi di educazione sanitaria ed il coinvolgimento sia della comunità sia dei mass-media
- 5) dare la possibilità alle famiglie di avere **momenti di pausa** in cui altri servizi si occupano del loro familiare

modelli psicoeducativi ed emotività espressa

Obiettivo dei modelli
psicoeducativi è diminuire
il numero e l'intensità
delle ricadute agendo
sull'ambiente familiare,
ossia riducendo i livelli
di Emotività Espressa

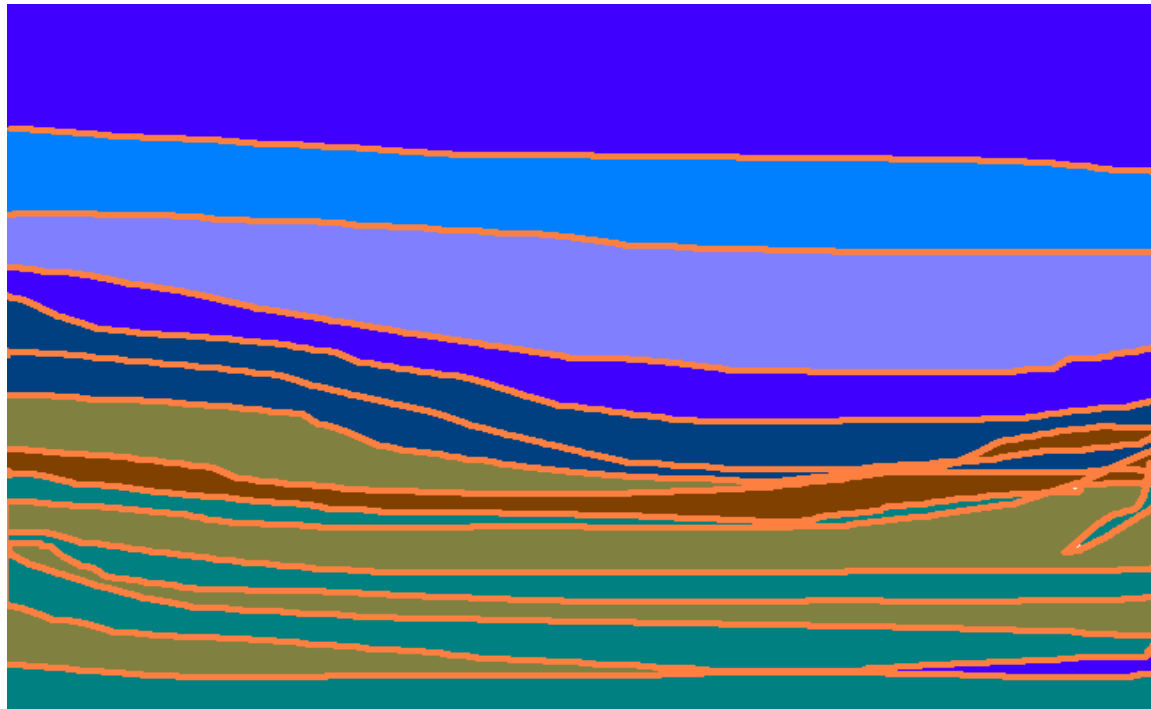
risorse personali

caratteristiche proprie dei
vari componenti
sistema di valori
capacità di adattamento emotivo
abilità sociali dei singoli



risorse della rete sociale

la famiglia estesa
gli amici
i volontari



gruppi di self-help

- 1) identificare i **bisogni** delle famiglie, fornire sostegno sia dando informazioni sia dando aiuto concreto
- 2) chiarire il **rappporto** tra famiglie e Servizi e migliorare la **collaborazione**
- 3) dare **informazioni** sul disturbo, sulle leggi, su possibili finanziamenti
- 4) ridurre lo **stigma** associato alla malattia mentale attraverso corsi di educazione sanitaria ed il coinvolgimento sia della comunità sia dei mass-media
- 5) dare la possibilità alle famiglie di avere **momenti di pausa** in cui altri servizi si occupano del loro familiare

RECOVERY – Lavorare per guarire

Per Recovery si intende un percorso di recupero da una situazione complessa, connotabile anche come malattia, attraverso modalità che vedono il **diretto interessato come regista principale**. Mentre la guarigione, così come la malattia, è definita dal medico, il percorso di recovery dà risalto alla **centralità della persona nella definizione del proprio disturbo, nella scelta delle persone alleate, dei modi e dei tempi del recupero**.

L'apporto sanitario non è negato, viene però **accettato se all'interno di una prospettiva culturale più ampia**.

RECOVERY – Lavorare per guarire

- *Credo che il fattore più importante che aiuta le persone con disturbi di tipo psicotico ad iniziare il viaggio verso la guarigione sia il valore che diamo al **coinvolgimento personale**, sia della persona con problemi mentali che della persona che è l'operatore. E' fondamentale **guardare l'uno all'altro prima di tutto come persone**, in secondo luogo **come partner alla pari di un processo definito** ed in terzo luogo in funzione **dell'offerta reciproca di differenti esperienze di valore**. Il "paziente" è "l'esperto per esperienza" e l'operatore è "l'esperto per professione."*

Ron Coleman

RECOVERY – Costruire una mappa per la guarigione

- 1. Lavorare insieme*
- 2. Cosa significa per me guarire*
- 3. Capire me stesso*
- 4. I miei bisogni*
- 5. Le mie forze*
- 6. Il mio percorso nella salute mentale*
- 7. Le mie medicine e gli altri tipi di terapia*
- 8. Programmi di cambiamento*
- 9. Il mio piano di sviluppo personale*
- 10. Le mie priorità*

PROMOZIONE DELLA SALUTE E'...

“il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”



*“La salute vive e cresce nelle piccole cose di tutti i giorni.
A scuola, sul lavoro, in famiglia, nel gioco, nell’amore...
La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri,
sapendo controllare e decidere dei propri comportamenti,
facendo in modo che la comunità in cui si vive favorisca
la conquista della salute per tutti”*

Carta di Ottawa per la Promozione della Salute
Organizzazione Mondiale della Sanità - 1986