



UNO SGUARDO SUL MONDO "E VIENE TUTTO VIA CON ME..."

Testimonianza di Cristina Gregis, volontaria inserita nel Settembre del 2010 in un progetto di sostegno e assistenza in un campo rom svolto in Romania a Baja Mare.

L'aria di fine settembre in Romania è molto fresca, il vento è pungente, mi copro il viso con la kefia che ho portato con me. Pioviggina. Mi batte forte il cuore. Ho paura. E se mi rubano la borsa? Ma Cristina ti sembrano cose da pensare queste? Cosa ci posso fare, io ci penso comunque...

Oddio ci siamo, il nostro furgoncino scassato si è fermato, siamo dentro. Sono dentro. In un campo rom. Come quelli che si vedono nei servizi al Tg. Mi sento piccola e piango. Che ci faccio io qui? Mi rendo conto di quante volte mi sono lamentata per il freddo, e questi bambini che ci vengono incontro urlando 'Italiani, Italiani!' non hanno nemmeno le scarpe. Corrono. Gridano. Ridono. Sono sporchi. Puzzano. Eppure sono tremendamente belli. Li vorrei abbracciare uno ad uno.

Occhi. Sguardi tra me e loro, tra loro e me. E poi quegli occhi verdi. Infiniti come i campi in Romania e i capelli neri come la loro terra. Mi sorridono, ed io ricambio con gli occhi ancora umidi.

Mi sento un po' stupida, ma tutto ciò è più grande di me. Sono immensamente fortunata e me ne rendo conto. E più li guardo, più mi guardo in giro, più capisco quanto siamo dannatamente superficiali a volte.

Padre Albano mi risveglia dai miei pensieri e mi invita ad entrare con lui in casa di una signora: un insieme di lamiere, una brandina, un fornello e molte altre cose che non c'entrano niente, eppure fanno casa. Non c'è modo di starci in più di due in questo posto, stringo le mani alla signora ed esco.

Esco dalla casa, esco dai miei pensieri, esco da me, esco da tutto.

Divoro con gli occhi i loro volti, ancora un po'. Mi dico che tra di loro, per assurdo, ci potrebbe essere il futuro Einstein o la futura Alda Merini, se solo ne avessero l'opportunità.

Così riprendo i miei pensieri. Il dolore. La gioia. L'esperienza di questo giorno. E viene tutto via con me.



LA PREVENZIONE CHE CURA

di Laura Buraschi, con la collaborazione della Dott.ssa Donatella Ticozzi

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. G. Salvini di Rho, nell'ambito dei Programmi di Azioni Innovative per la Salute Mentale voluti dalla Regione Lombardia, ha attivato un programma per la "Prevenzione e tutela della salute mentale negli adolescenti e giovani adulti. Intervento precoce nelle psicosi" (TR 43) che prevede momenti informativi/formativi rivolti agli operatori dei Servizi di Salute Mentale. Le conoscenze epidemiologiche e cliniche più recenti dimostrano che tutti i disturbi mentali, in particolare i disturbi mentali gravi, insorgono e si sviluppano in modo progressivo, lento e a volte aspecifico in una fascia di età collocabile, indicativamente, tra i 17 e i 30 anni. Proprio tale fase della vita sembra essere, in tutto il mondo, scarsamente o inadeguatamente presidiata dai Servizi per la salute mentale, apparentemente poco attrezzati concettualmente e metodologicamente a riconoscerne ed affrontarne la complessità e gli aspetti sfuggenti.

Ciò ha come conseguenza un maggior rischio di aggravamento e cronicizzazione e di ridotta risposta ai trattamenti, oltre che un carico di sofferenze, per il paziente e la sua famiglia, che potrebbe essere ridotto o evitato. Occorre quindi partire da questo dato epidemiologico forte per cercare di orientare i Servizi di Salute Mentale e far sì che riescano ad intervenire tempestivamente ed efficacemente.

Un esempio di quanto si deve e si può fare lo troviamo nella città di Rho, all'interno dell'Unità Operativa di Psichiatria 42, presso la sede del Centro Psico Sociale, dove da ormai 5 anni è presente un'equipe dedicata, introdotta grazie al progetto T.A.G. (Team Accesso Giovani), con l'obiettivo di individuare e trattare, il più

preocemente possibile, situazioni all'esordio di patologia psicotica. Ci si è infatti resi conto che, nella maggior parte dei casi, la persona arrivava al servizio quando ormai la patologia non solo era evidente, ma i suoi effetti destabilizzanti avevano interrotto o comunque pesantemente intaccato lo sviluppo e la realizzazione del progetto personale di vita, segnando profondamente la rete affettiva e sociale della persona. Con questo progetto si cerca, quindi, di applicare un modello di intervento rapido, integrato e di rete, che favorisce l'integrazione, modifica l'immagine stessa della malattia, attiva un trattamento nel normale contesto di vita, mantiene e sostiene sempre le abilità e le competenze sociali ed interviene sull'ambiente affinché diventi supporto per il giovane, con l'obiettivo di tenerlo quanto più possibile all'esterno del circuito psichiatrico tradizionale. L'intervento deve mirare al mantenimento del ruolo sociale in interazione con il territorio, la scuola ed il mercato del lavoro, cercando di individuare di volta in volta i luoghi e le persone che meglio possono rispondere alle esigenze della singola persona. La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita, poiché consentono di dare un significato alla propria esistenza e di essere cittadini attivi e creativi. I giovani rappresentano la risorsa più importante per il futuro di una società: promuovere la loro capacità di fare scelte di salute, di tutelare la propria integrità fisica e mentale, con senso critico e decisione, è una responsabilità a cui non ci si può sottrarre.

UDITORI DI VOCE

di Francesca Andrea Sansone

Da sempre il "sentire le voci", che gli altri non percepiscono, ha assunto una valenza negativa, per cui considerate un delirio, sintomo di un disturbo psicotico. Conseguentemente a questa diagnosi, il percorso di cura si è sostanzialmente concretizzato nella somministrazione di farmaci neurolettici, al fine di sedare questo sintomo. Tuttavia, se è vero che i farmaci hanno la capacità di ridurre la sensibilità emotiva e quindi gli stati di angoscia, dall'altro spesso conducono la persona a non riuscire ad adoperare potenzialità e risorse.

Secondo la prospettiva del Movimento di Uditori Di Voci, queste voci non sono da considerarsi un delirio, ma un qualcosa avente significato rinvenibile nella storia di ciascun uditore. Esiste una relazione tra la comparsa di voci e degli eventi passati di tipo traumatico o comunque fortemente stressanti a livello emotivo: è stato dimostrato che circa il 70% degli UDV sono persone nella cui storia personale è rinvenibile un trauma e un successivo senso di impotenza rispetto a quanto è accaduto. In questo caso, le voci si presentano come tentativo di preservare il sé o come conseguenza dell'individuo di ignorare e non affrontare il proprio vissuto. Prima di udire le voci, solitamente le persone mettono in atto strategie di difesa come l'annullamento delle proprie emozioni, ignorare l'esistenza del problema, l'auto isolamento, che possono creare le condizioni per l'insorgenza della malattia mentale.

Non sempre però udire le voci è connesso a malattie quali la schizofrenia: molti UDV non presentano la tradizionale scissione tra pensiero, emozioni e comportamenti; una persona si ammala nel momento in cui sente le voci e non riesce a fronteggiarle, si sente da loro sovrastata, senza riuscire a condurre la vita in cui sia lei stessa a decidere e dove la sua personalità e volontà vengono annullate dalle voci. L'approccio del Movimento degli UDV (originario dell'Olanda) consiste nell'accettare l'esperienza e successivamente nell'elaborare strategie, allo scopo di controllare e gestire le proprie voci: nel momento in cui non le si avverte più come un problema, si cessa anche di esserne suggestionati e soggiogati.

Un passo importante è la scelta di non rimanere isolato, ma cercare di parlare e confrontarsi con qualcuno sull'esperienza, sulle emozioni e le difficoltà che si incontrano. Spesso amici e l'operatore del CPS non bastano: si ha bisogno di qualcuno che comprenda veramente il tuo stato, che capisca fino in fondo cosa significhi tale esperienza. È a questo punto che subentra il GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO di Uditori Di Voci.

I Gruppi AMA UDV nascono per fornire un luogo in cui le persone si sentano accolte ed accettate, dove possano raccontare la propria esperienza, senza essere giudicati; dove dare e ricevere sostegno a sua volta, oltre che esplorare strategie e metodi attraverso i quali poter giungere a fronteggiare e gestire le proprie voci.

Bisogna tenere presente che il Gruppo rappresenta una risorsa, ma deve essere accompagnato da altri interventi sulla persona quali, ad esempio, la psicoterapia, che insegna alla persona a riconoscere le proprie emozioni, e a darle significato anche rispetto all'esperienza vissuta accettandola e proponendo strategie per affrontarle.

Per il Movimento di Uditori Di Voce, non esiste la GUARIGIONE come la intendiamo noi, su base medica (eliminazione totale delle voci), ma si preferisce usare il termine RECOVERY, ossia guarigione personale e sociale, che si manifesta con la volontà della persona di riprendersi la propria vita e trovarle uno scopo. L'esperienza di malattia è essenzialmente personale e tale lo è anche la guarigione, definibile quindi solo dalla persona stessa e non sempre coincidente, come potremmo pensare, con l'eliminazione delle voci!

BOTTA&RISPOSTA

con Marcello Finardi, educatore presso il centro diurno dell'ospedale San Gerardo di Monza

1. Come avviene il passaggio di un paziente da un esperto all'altro?

In ospedale c'è una procedura standard. All'interno del centro diurno si lavora molto in equipe con il vantaggio di aver sempre rimandi e con lo svantaggio, nei casi in cui gli educatori non vadano d'accordo tra loro, di lavorare in un clima di disagio. Lo psichiatra, inizialmente, invia all'equipe, la quale poi decide chi prenderà in carico quel paziente a seconda delle caratteristiche della persona, della disponibilità dell'educatore, infine, si comunica la risposta.

2. Ci sono nuove tipologie di disagio psichico tra i giovani?

I centri diurni sul territorio sono stati, fino a non molto tempo fa, a prevalenza psicotica; negli ultimi anni, invece, questo tipo di patologia è in calo e ha lasciato sempre più spazio ai giovani con disturbi border-line di personalità. D'altronde, la società in cui viviamo si fonda su un modello competitivo, sicuro di sé e piacente e i giovani, nel momento in cui non hanno un'impalcatura solida dei genitori, si perdono. Questa nuova tipologia di paziente offre il vantaggio di lavorare con individui non più di tanto compromessi, che hanno a disposizione buone risorse intellettive e relazionali, ma molto altalenanti e provocatori.

3. L'educatore vive la parte più pratica del percorso con la persona, come ti proteggi emotivamente? E non hai mai provato frustrazione?

Considerando che ho intrapreso il percorso di studi verso i ventiquattro anni, ho iniziato a lavorare come educatore avendo un vissuto più consistente alle spalle; per questo motivo può capitarmi durante i colloqui che mi raccontino episodi che fanno parte della mia esperienza di vita e in questi casi mi sento più coinvolto emotivamente. Ci sono momenti in cui comprendi il loro stato d'animo e se ti vengono le lacrime agli occhi, cerchi di guardare altrove. Fortunatamente, in lavori come questo, c'è sempre il supporto dei colleghi e di un'equipe di supervisione, guidata da una psicologa, alla quale si espone il problema e si cerca di valutare la situazione. Poi, con il tempo, bisogna imparare anche a superare i momenti di debolezza autonomamente adottando strategie diverse.

Per quanto riguarda la frustrazione, quando si vede che dall'altra parte non si riesce a fare presa ci si sente impotenti. Bisogna fare i conti con sentimento, perché non è possibile aiutare tutti. L'importante è che il paziente riconosca di avere un problema e che sia critico nei confronti della propria malattia, altrimenti si va incontro a un fallimento certo.

4. Quanto questa frustrazione e questo fallimento possono essere causati da un'adozione da parte dello psichiatra di un modello sbagliato per quella tipologia di paziente?

Se uno psichiatra aderisce a uno piuttosto che ad un altro approccio questo in realtà non va a interferire con il lavoro riabilitativo del centro diurno.



ASSOCIAZIONE STUDENTESCA IN-FORMAZIONE
Università degli Studi Milano Bicocca

Siamo sempre alla ricerca di professionisti e studenti disposti a collaborare con noi (basta contattarci, ne saremo molto lieti). Inoltre, se studi Servizio Sociale in Bicocca, partecipando alle attività dell'associazione potrai ricevere 3CFU. Per maggiori info riguardo questa possibilità scrivi al nostro indirizzo e-mail!

FACEBOOK - CERCA GRUPPO: **"Associazione Informazione"**
E-MAIL: **ass.informazione@gmail.com**
BLOG: **http://ainformazione.wordpress.com**

TEORICAMENTE APRI LA MENTE I SERVIZI DI SALUTE MENTALE TRA EMILIA ROMAGNA E LOMBARDIA

di Paolo Pantrini

In Italia le politiche sanitarie sono potestà concorrente tra Stato e Regioni. Vi sono quindi rilevanti differenze tra regioni e che rendono interessante analizzare i differenti modelli organizzativi dei servizi di salute mentale. È importante però ricordare che le prestazioni dei servizi di salute mentale non sono prettamente sanitarie ma sociosanitarie e il comparto sociosanitario è potestà esclusiva regionale.

Nella Regione Emilia Romagna i servizi di salute mentale sono regolati dalla D.G.R. 2011/2007 nel quadro delle leggi regionali 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale". Ulteriori linee organizzative sono esplicitate nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 e nel Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011.

La D.G.R. 2011/2007 prevede (a conferma di normative precedenti) l'istituzione presso ogni AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale) dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM DP), strutture che aggregano in un unico centro i vari livelli di attività. Scopo dei Dipartimenti è promuovere la salute mentale, contrastare le dipendenze patologiche della popolazione di riferimento secondo il modello bio-psico-sociale, seguire prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione del disagio psichico, disturbo mentale e delle dipendenze patologiche lungo tutto l'arco della vita. È suddiviso in tre unità organizzative: Neuropsichiatria-Psicologia Infanzia-Adolescenza (NPIA), Psichiatria adulti e Servizio Tossicodipendenze (SERT).

Il Piano Sociale e Sanitario definisce le linee di sviluppo e realizzazione dei servizi. Pone come centro della Psichiatria Adulti il Centro di Salute Mentale (CSM) che deve divenire il cardine del sistema dei servizi relazionandosi con il settore residenziale e quello ospedaliero. L'area NPIA invece deve portare avanti una presa in carico totale dei minori interagendo con i pediatri, i MMG (medici di medicina generale), la scuola e i servizi

sociali. L'area delle Dipendenze Patologiche punta ad attuare la politica dei quattro palastri definita dalla UE dividendo l'attività tra presa in carico e prevenzione.

Dal Piano Sociale e Sanitario si sviluppa il Piano Attuativo che individua le diverse unità d'offerta che sono: i Centri di Salute Mentale (CSM), il sistema emergenza-urgenza a cui partecipano tutte le unità d'offerta (in collaborazione con altri servizi), i Servizi Psichiatrici Ospedalieri (organizzati attraverso i Servizi Psichiatrici Diagnostici e Cura), il settore residenziale per adulti, la psichiatria penitenziaria (ex OPG), NPIA (UONPIA e servizi residenziali).

Nella Regione Lombardia il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale 2004 ha indicato i modelli e gli strumenti per una programmazione della Salute Mentale successivamente confermati e aggiornati dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2009. Il Progetto Obiettivo Regionale 1995/1997 "Tutela sociosanitaria dei malati di mente" indica come prioritaria l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale come organo di coordinamento e di governo atto a garantire unitarietà dei Servizi per la Salute Mentale e afferente all'Azienda Ospedaliera. Nell'ambito del Comitato Tecnico di Gestione del DSM trovano posto tutti i responsabili delle Unità Operative che lo costituiscono: Psichiatria, Neuropsichiatria infantile (qualora non faccia parte del Dipartimento Materno-Infantile) e Psicologia.

Le Unità Operative di Psichiatria (UOP) articolano l'offerta assistenziale garantendo attività di degenza, ambulatoriali, di day hospital, residenziali e semiresidenziali. Tra le UOP troviamo il CPS che realizza e coordina attività ambulatoriali psichiatriche, attività psicologiche e psicoterapiche individuali, di gruppo e per la famiglia, attività riabilitative e di risocializzazione, attività domiciliari e interventi in situazioni di crisi.

Il D.G.R. 19 marzo 2008 n. 8/6860 disciplina i servizi che afferiscono all'area della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. La rete di offerta dei servizi comprende strutture di NPIA in Aziende Ospedaliere (AO) o Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Centri di riabilitazione per l'età evolutiva, articolati in servizi territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri.

Secondo il PSSR 2002 /2004 i Servizi di Psicologia hanno il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di cura offerta dai DSM.

