

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA

ITALIA-SLOVENIJA



SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

VODNIK

IZRAZOV S PODROČJA

DUŠEVNEGA ZDRAVJA



European Grouping of Territorial Cooperation
Gruppo europeo di cooperazione territoriale
Evropska združitev za teritorialno sodelovanje



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

2 Bassa Friulana, Isontina



www.zd-go.si



Spes | Amor | Libertas

PSIHIATRIČNABOLNIŠNICAIDRIJA

PROJEKT SALUTE-ZDRAVSTVO "VZPOSTAVITEV MREŽE ČEZMEJNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV"

Pričujoča publikacija je pripravljena v okviru projekta čezmejnega sodelovanja Salute-Zdravstvo. Projekt, financiran iz Programa Interreg V-A Italija-Slovenija 2014-2020, izvaja EZTS GO (Evropsko združenje za teritorialno sodelovanje "Območje občin: Comune di Gorizia (I), Mestna občina Nova Gorica (Slo) in Občina Šempeter-Vrtojba (Slo)") v sodelovanju s Podjetjem za zdravstveno oskrbo št. 2 za Posočje (Azienda per l'Assistenza Sanitaria n°2 "Bassa Friulana- Isontina"), Zdravstvenim domom Nova Gorica in Psihiatrično bolnišnico Idrija. Gre za prvi poskus primerjav, analiz in iskanja sinergij med slovenskimi in italijanskimi zdravstveno-socialnimi storitvi. Poglavitni namen projekta je nadgradnja obstoječih socialno-zdravstvenih storitev na območju Občine Gorica, Mestne občine Nova Gorica in Občine Šempeter-Vrtojba na osnovi ugotovljenih dobrih praks ter z vzpostavitvijo čezmejne mreže.

Ena od petih pilotnih aktivnosti projekta je namenjena duševnemu zdravju in predvideva oblikovanje enotne slovensko-italijanske skupine z nalogo priprave skupnih smernic za obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju ter skupnega protokola za obravnavo akutnih primerov. Izvedba projekta predvideva tudi aktivnosti za socialno in delovno reintegracijo oseb s težavami v duševnem zdravju z uvedbo personaliziranih rehabilitacijskih projektov, ki so namenjeni predvsem ponovnemu pridobivanju socialnih sposobnosti s poudarkom na usposabljanju in uvajanju v delo. V projektne aktivnosti so vključeni številni deležniki s čezmejnega območja.

UVOD

Ni zdravja brez duševnega zdravja, se je glasil pred nekaj leti priljubljeni slogan v Veliki Britaniji, ki priča o pomenu današnjega dojemanja duševnega zdravja v povezavi z akcijami osveščanja in promocije zdravja med ljudmi.

V okviru delovanja EZTS GO se je tako pojavil velik izziv, da bi za isto mizo zbrali slovenske in italijanske strokovnjake in pripravili skupni čezmejni projekt na področju preventive, zdravljenja, kriznega ukrepanja in rehabilitacije.

S projektom, ki ga razvijamo, skušamo korak za korakom presegati meje in se preizkusiti v skupnih rehabilitacijskih projektih, pri čemer se bodo programi na področju bivanja in vključevanja na trg dela izvajali v Italiji in Sloveniji. Ko skušamo povezovati tradicije, kulture in zgodovine, ki se razlikujejo med seboj, se moramo najprej dogovoriti za uporabo besed in zgodb, ki jih lahko prepoznamo. Naš projekt se je začel s skupnim izobraževanjem in izmenjavo dveh različnih zgodovin: v Gorici je Basaglia v šestdesetih letih prejšnjega stoletja zagnal projekt reforme psihiatrične oskrbe v Italiji, v Sloveniji pa je trenutno v teku reforma obravnave duševnega zdravja. Odločili smo se, da bosta ti dejstvi naše izhodišče skupaj z izrazi, ki so sestavni del tega vodnika. Pri sestavi glosarja je sodelovalo veliko ljudi in je plod mnogih prebiranj in premišljanj, na strnjen način predstavlja naš pristop do duševnega zdravja in je na nek način tudi naša vizitka.

Prijetno branje vam želimo.

Čezmejna delovna skupina za duševno zdravje
projekta Salute-Zdravstvo

December 2018

GLOSAR KORISTNIH IZRAZOV S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

»Če je vrednota človek, bolezen ne sme biti razlog, da ga razčlovečimo, temveč priložnost, da si ponovno prilasti svoje telo, izkušnje in življenje. Prav tako zdravje ne sme biti "pravilo", saj je človekovo stanje takšno, da je hkrati zdrav in bolan. [...] Zato je za preprečevanje bolezni potreben globalen življenjski projekt in ne načrtovanje oskrbe. Tak življenjski načrt naj - izven logike dobička, objektivizacije in dodeljevanja pooblastil, ki pogojuje vsak vidik našega obstoja - upošteva predvsem potrebo po dobrem počutju, izpopolnitvi in pomembnosti, za kar pa "zdravljenje" predstavlja le delno rešitev, in s tem naš dejanski poraz.«¹

1. Dobro počutje

Dobro počutje je stanje posameznika, kjer je raven zadovoljevanja njegovih potreb ustrezna in je ustrezna tudi kakovost njegovega življenja. Ne gre za dokončno doseženo stanje in vsi ga ne zaznavamo na enak način. V spremenljivih življenjskih pogojih predstavlja cilj, h katereму posameznik nenehno stremi.

2. Duševna stiska

Duševna stiska je stanje, ki ga človek doživlja, ko trpi zaradi različnih težav (čustvenih, pri odraščanju, delu, medosebnih odnosih), do katerih pride v njegovem življenju iz različnih razlogov. Vedeti moramo, da je občasno nelagodje, skupaj z dobrim počutjem, del življenja vsakega posameznika.²

3. Duševna motnja

Duševna stiska postane motnja, kadar dlje časa trajajoče ali intenzivno trpljenje spremljajo mentalne, čustvene ali vedenjske spremembe. Ko je trpljenje preveliko in je ob tem znižano in omejeno vsakodnevno funkcioniranje osebe, je potrebna strokovna pomoč. Čeprav psihične težave

niso vsakodnevna stvar, se lahko v določenih okoliščinah vsi najdemo v takšnem stanju, ki pa je ob učinkovitem in takojšnjem zdravljenju lahko le začasno. Duševna motnja je oznaka za širok spekter težav z različnimi simptomi. Duševne motnje navadno opredeljuje neznčilna kombinacija misli, čustev, vedenja, odnosov z drugimi in težav pri opravljanju vsakdanjih obveznosti, ki pomembno ovirajo posameznikovo delovanje v vsakdanjem življenju. Raztezajo se na kontinuumu od blažjih do težjih motenj.³

4. Dolgotrajna motnja

Dolgotrajna motnja je stanje, v katerem postane mentalna motnja "kronična". Tako nimamo opravka le z dlje časa trajajočimi psihičnimi in vedenjskimi spremembami, temveč tudi z dlje časa trajajočimi situacijami, ki so do njih privedle. Pridevnik "kroničen" se neustrezno uporablja, če se ga povezuje z določeno duševno motnjo. Ustreznejši izraz je dolgotrajna motnja, saj hkrati zadeva človeka, njegov življenjski kontekst in postopke zdravljenja, preskušane na njem ali izbrane zanj ter njihovo učinkovitost. V sodobni psihiatriji je povsem napačno in škodljivo posplošeno pojmovanje, ki sicer izhaja iz medicinskih besed, a deli človekov obstoj na dve možni stanji, zdravje ali bolezen, na slednjo pa se nemudoma navežejo predsodki o celovitosti, neozdravljivosti in nerazumljivosti oziroma tisto kar z neposrečenim izrazom imenujemo "normalna eksistenca" in vsebuje tudi stanje duševne stiske, iz katerega se lahko razvijejo dejanske mentalne motnje ali pa nasprotno predstavlja pomembno priložnost za rast in preobrazbo.⁵

5. Kriza

Pojmovanje krize je povezano z objektivno ter subjektivno zaznanim nastopom težav, ki se kažejo skozi čustvene, kognitivne ali vedenjske težave, težave v odnosih, socialnih stikih ali »življenjskih dogodkih« in so klinično prepoznavne. Način, na katerega se kriza kaže, je odvisen od človekove osebnosti, njegove preteklosti, njegovega socialnega konteksta ter organiziranosti oskrbe. Povezan je z enkratnostjo določene življenjske zgodbe. V

vsakem posameznem primeru je nato mogoče govoriti o trpljenju, težavah na socialnem področju, revščini in potisnjenosti na rob, krizi družinskih odnosov, težavah pri delu, nerazumljivosti določenih ravnanj, nesprejemanju okolja. V tem smislu ukvarjanje s krizo hkrati temelji na rekonstrukciji preteklosti posameznika in iskanju načina za vzpostavitev stika in prevzema osebe v obravnavo.⁶

6. Medikalizacija

V zadnjih desetletjih so se pristojnosti medicine razširile, tako da ne odgovarjajo več samo na specifične potrebe bolnika, ampak si prisvajajo pristojnosti v najrazličnejših vlogah in kontekstih, ki segajo onstran samega zdravljenja. Tako so se določena področja, ki nekoč niso spadala v okvir zdravnikove pristojnosti, na primer izobraževanje, pravosodje, delovna razmerja, strnila na medicinsko in biološko področje, čemur danes pravimo odprta zdravstvena, zdravniška družba.⁷

V psihiatriji je medikalizacija tolmačenje človekovega doživljanja, ki celo vrsto elementov, ki sicer spadajo v različne sfere njegovega obstoja, združi v eno samo zdravstveno organsko shemo, na osnovi katere se potem določijo simptomi, diagnoze in terapije.

7. Deinstitucionalizacija

Deinstitucionalizacija izhaja iz ugotovitve, da predmet psihiatrije ni bolezen, temveč duševno trpljenje v celotnem obstoju posameznika, vstavljeno v socialni kontekst. Zato naj inštitucija, katere naloga je zdravljenje, obravnava psihično trpljenje ob upoštevanju zgodovine in konteksta. Deinstitucionalizacija pomeni razgradnjo inštitucije, ki je v prvi fazi sovpadala s ponovnim socialnim vključevanjem in vračanjem pravic zaprtim, medtem ko je v drugi fazi pomenila organizacijo teritorialno urejenih storitev, ki skrbijo za krepitev osebnega pojmovanja v konkretnem vsakodnevnem življenju s tradicionalnimi orodji psihiatrije.⁸

8. Multidisciplinarni tim

Multidisciplinarni tim je načrtno povezovanje enega ali več strokovnih delavcev iz različnih področji, ki izvajajo različne storitve za spodbujanje in krepitev duševnega zdravja s ciljem izboljšati, krepiti in ustvarjati vezi v dobrobit klienta. Strokovni delavec ne prevzema osrednje vloge pri zadovoljevanju potreb ljudi, s katerimi stopa v stik, temveč to nalogo porazdeli na različne formalno in neformalno vpletene strokovne delavce, ki jih lahko vključi, pri čemer ima vsak izmed njih možnost ukrepanja. »Naloga«, razumljena kot iskanje rešitev-zastavljenih ciljev, postane skupno dobro in vključuje tudi obravnavane osebe, saj so ti glavni akterji. Bistvo pri delu v timu je skupno delovanje pri doseganju sporazumno določenega cilja.⁹

9. Obisk na domu

Načrtovani obisk na domu ali obisk v krizni situaciji omogoča, da se strokovni delavec spozna s socialnim kontekstom klienta, njegovimi težavami in njegovo družino. V določenih kriznih situacijah lahko služi pri premagovanju konfliktov v odnosih z okolico. Za osebe, ki same ne morejo priti do zdravstvene službe, se uporablja za dostavljanje zdravil, za pogovor, za spremljanje oseb s težavami do drugih območnih služb (javni uradi, izobraževalne ustanove in delovna mesta).¹⁰

10. Stigma

Stigma je (individualna ali skupinska) oznaka, ki človeka močno diskreditira socialno in s stališča splošnega mnenja. To povzroči uvrstitev stigmatizirane osebe v nižji razred, torej iz popolnega človeka v diskreditiranega človeka ali takšnega, ki ga je mogoče diskreditirati. Do stigmatizacije pride zaradi ločitve med virtualno socialno identiteto (ki zajema normativna pričakovanja, za katera verjamemo, da so kazalnik normalnosti) in trenutno socialno identiteto posameznika. Stigma se ne nanaša samo na delitev socialnih skupin na normalne in stigmatizirane podskupine, temveč gre za precej bolj kompleksen socialni proces, pri katerem lahko vsak posameznik prevzame obe vlogi,

vsaj glede določenih povezav v določenih življenjskih obdobjih. Pri normalnem in stigmatiziranem ne gre za osebo, temveč bolj za način gledanja.¹¹

Pri duševnem zdravju pomeni stigma omejenost pri dostopanju do storitev in uveljavljanju pravic. Boj proti stigmatizaciji predstavlja stalno obvezo služb s ciljem, da se vzpostavijo bolj dostopne storitve za duševno zdravje, osredotočene na pravice, pri čemer je potrebno delati na preprečevanju in na dejavnikih tveganja.¹²

Stigma je negativno označevanje (etiketiranje) posameznika zaradi njegovih lastnosti ali stanja (npr. bolezni), ki ga loči od drugih ljudi. Kadar je posameznik označen, stigmatiziran zaradi svoje bolezni, ga okolica ne dojema več kot posameznika, ampak kot pripadnika skupine, ki je običajno podvržena stereotipom. Stigma je sestavljena iz a) stereotipov (pozitivna ali negativna družbena mnenja o določeni skupini ljudi), b) predsodkov (miselni in čustveni odzivi na stereotipe) in c) diskriminacije (vedenjski odziv na predsodke). Poznamo več vrst diskriminacije, najpogostejši so označevanje s strani bližnjih, strokovnih služb, prijateljev in na področju zaposlovanja.¹³

11. Individualni zdravstveni proračun (vsa javna, lastna in druga zasebna sredstva, namenjena za določen individualni projekt oskrbe - BIS) (samo v italijanskem sistemu)

Individualni zdravstveni proračun je metodološko orodje za izvajanje individualnih projektov, znotraj katerega se zberejo vsi potrebni viri in sredstva (ekonomski, osebni in ostali povezani viri). Zdravstveni proračun služi podpori dejanskih postopkov za usposabljanje posameznikov na treh možnih šibkih področjih, imenovanih tudi odločilni zdravstveni socialni dejavniki in sicer šolanje/delo, dom/socialno okolje in družabno življenje/področje čustvovanja, ki so povezani z državljskimi pravicami. Takšen enoten pristop k človeku lahko poteka s pomočjo multidi-

sciplinarnega timskega dela oz. sodelovanja, pri katerem sodelujejo javne ustanove, uporabniki, družine in lokalne skupnosti s ciljem okrepiti sposobnosti in funkcionalnost državljana/koristnika storitve.¹⁴

12. Skrbnik (v italijanskem sistemu)

Skrbnik je oseba, katere vloga je, da z najmanjšim možnim omejevanjem poslovne sposobnosti, skrbi za osebo, ki deloma ali v celoti ni samostojna pri izvajanju vsakodnevnih funkcij z začasnimi in trajnimi oblikami podpore. (Zakon 6/2004). Med osnovna načela, povezana z vlogo skrbnika spadata začasnost ukrepa in podporni koncept. Povedano drugače, »slabotna oseba« je nosilec lastnega življenjskega projekta, zato morajo biti dejanja skrbnika namenjena doseganju individualno zastavljenega cilja te »slabotne osebe«.¹⁵

Skrbnik (v slovenskem sistemu):

V Sloveniji o nalogah in dolžnostih skrbnika določa pristojni center za socialno delo CSD in se imenuje skrbnik za posebne primere. Obseg njegovih dolžnosti je zakonsko določen in drugačen kot v Italiji (ZUPUDPP).

13. Skupine za samopomoč ali podporne skupine

Skupine za samopomoč ali podporne skupine so pogovorne skupine, ki jim pomagajo strokovni delavci, prostovoljci oziroma koristniki storitev z izkušnjami, krepijo družbeno interakcijo in občutek odgovornosti sodelujočih v skupini. Pomoč je vzajemna, saj vsak član skupine za samopomoč hkrati daje in prejema pomoč v sodelovanju z drugimi osebami, s katerimi deli podoben življenjski položaj.¹⁶

14. Medsebojna pomoč (peer support)

Medsebojna pomoč je sistem mentalnega zdravlja, ki je usmerjen k okrevanju (recovery). Ta sistem predvideva možnost, da osebe, ki so se v preteklosti soočale s težavami v duševnem zdravju in so učinkovito stopile na pot okrevanja, sodelujejo pri procesu ozdravitve drugih oseb in

nudijo svojo podporo, empatijo in bližino.¹⁷

Peer supporter priznava potrebe človeka, pri čemer izhaja iz lastne izkušnje bolezni (izkušensko pridobljeno videnje), ustvarja zaupna razmerja in deli svojo izkušnjo z drugim človekom. Pri tem se poslužuje lastnih izkušenj in deluje kot posrednik med koristnikom storitve ter storitvijo. Poleg navedenega so cilji medsebojne pomoči zagotavljanje posameznika (advocacy) delovanje na socialnem področju in ozaveščanje javnosti.¹⁸

15. Akutno poslabšanje

Začetek psihotične motnje se na splošno pojavi pred 30. letom starosti. V 18 % navedenih primerov nastane v obdobju adolescence. Čeprav se pokaže kot na videz nenaden dogodek, se pred začetkom psihotične motnje dejansko odvijajo prodromne faze, ki trajajo več mesecev ali celo več let. V tem času prihaja do raznih psiholoških in vedenjskih sprememb ter težav. Pogosto lahko prodromno obdobje sovпада s fazo, imenovano »tvegano duševno stanje«. Različni avtorji poudarjajo potrebo po zgodnjem diagnosticiranju težjih psihičnih motenj, da se zmanjša in prepreči ogroženost socialnega delovanja, ki posledično nastane. Pozna obravnava prve psihotične motnje dejansko vodi v težje stanje. V Italiji je v Nacionalnem akcijskem načrtu za duševno zdravje (2013) navedena potreba po boljšem in bolj funkcionalnem povezovanju med storitvami na področju duševnega zdravja v razvojni dobi in v času odraslosti, zlasti glede psihičnih motenj v adolescenci in pri mladih (starostna skupina 15-21 let), z izdelavo poskusnih projektov in oblikovanjem povezanih ekip, ki delujejo na področju preprečevanja ter zgodnjem ukrepanju v primeru hujših in nastajajočih sprememb.

16. Odločilni socialni dejavniki na področju duševnega zdravja

Na težave z duševnim zdravjem močno vplivajo socialni, ekonomski in fizični kontekst, v katerem osebe živijo. Zlasti ekonomske in socialne neenakosti so poveza-

ne s povečanim tveganjem za pojav težav na področju duševnega zdravja. Ukrepi za izboljšanje vsakodnevnih življenjskih pogojev v raznih fazah človekovega življenja omogočajo izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev in hkrati znižujejo tveganje za nastanek mentalne motnje, povezane s socialnimi neenakostmi. Ukrepi v tej smeri bi morali vključevati neke vrste progresivni univerzalizem, zadevati bi morali celotno družbo in biti sorazmerni z individualnimi potrebami.¹⁹

17. Basaglia in zakon 180 (samo v italijanskem sistemu)

Franco Basaglia je bil psihiater in intelektualec, ki je dal navdih gibanju za deinstitucionalizacijo in ga je neposredno vodil. Navedeno gibanje je nastalo v Italiji sredi 60 let in je potekalo do konca 70 let. Vrhunec je doseglo z Zakonom 180 (13. maja 1978), s katerim so bile odpravljene psihiatrične bolnišnice v vsej Italiji in je bilo prepovedano tudi njihovo ustanavljanje pod drugačnim imenom. Kot direktor je najprej v Gorici, nato pa v Trstu vodil zapiranje psihiatričnih bolnišnic in dal pobudo za ustanovitev prvih območnih storitev. Enega izmed stebrov njegovega razmišljanja predstavlja absolutna potreba po popolnem zaprtju vsake zavetiščne institucije ter stalna kritika oblik psihiatričnih pooblastil/oblasti in njihove zakonitosti. Zakon 180/78, splošno poimenovan zakon Basaglia, je torej hkrati pomenil zaprtje psihiatričnih bolnišnic in splošno priznanje državljanskih pravic, svobode in lastne individualne zgodbe ljudem s težavami na področju duševnega zdravja, zaprtim in oskrbovancem.²⁰

18. Odprta vrata-brez prisile (samo v italijanskem sistemu)

Fizična prisila pomeni, da se človeku onemogoči prosto gibanje s pomočjo raznih mehanskih sredstev pri čemer se omejuje njegovo pravico do svobode. Konkretno se človeka pogosto zveže in uporabi prisilna sredstva v prostoru: rešetke, ključavnice, zaprta vrata. Ljudi so začeli vezati z uvedbo prisilnih jopičev in prisilnih sredstev v psihiatričnih bolnišnicah v 18. stoletju, vendar gre za prakso, ki se še vedno uporablja in je še danes razširjena na področju

psihiatričnih storitev. Zgodovina deinstitucionalizacije se je tako križala in se še vedno križa z zgodovino boja za pravice uporabnikov storitev, ki nasprotuje vsaki obliki fizične prisile. Prva in najbolj očitna omejitev osebne svobode v psihiatrični ustanovi je prisotnost zaprtih vrat. Zaprti vrata nadomeščajo prisotnost delavca in potrebno pomoč od blizu, ki se ji sicer ne bi bilo mogoče izogniti. Nekateri ljudje dejansko lahko potrebujejo skrb in pomoč, da se jim zagotovi zdravljenje, do katerega so upravičeni, vendar to ne sme pomeniti odprave oziroma krčenja njihovih pravic.²¹ Prisilni ukrepi in segregacija sta praksi, s katerimi so kršene človekove pravice in ne bi smeli biti sprejemljivi pri nudenju storitev na področju duševnega zdravja, usmerjenega k okrevanju (recovery). Hkrati je potrebno izvajati ukrepe, s katerimi se prepove vsakršna preostala oblika prisile na področju storitev duševnega zdravja in drugih zdravstvenih institucij.²²

V Republiki Sloveniji je dovoljena uporaba posebnih varovalnih ukrepov, ki je določena z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr, Uradni list RS, št. 77/2008).

19. Delo s hudo obremenjenimi družinami

Družinski člani oseb s težjimi težavami na področju duševnega zdravja so pod hudo subjektivno (čustveno) in objektivno (ekonomsko) obremenitvijo, zaradi katere so družine žrtve stigmatizacije in izolacije. Okrnjene so tudi njihove družbene in prostočasne dejavnosti. Zato službe za mentalno zdravje, poleg navedenega, družinske člane oseb s hujšo psihično motnjo obravnavajo kot nujne sogovornike pri procesu zdravljenja, organizirajo individualne in skupinske oblike psihovzgojne pomoči z izobraževalnimi cilji in psihološko pomočjo. Cilj tovrstnih skupinskih srečanj je odprava: dezinformacij, občutka krivde, stigmatizacije, izgube upanja, strahu in izražene visoke ravni čustvenosti, nagnjenosti h kritiziranju in nefunkcionalne komunikacije. Zasledovani cilji se dosegajo tako s pomočjo strokovnega znanja obstoječih delavcev na tem področju kot s pomočjo izkušenj, ki so jih pridobili posamezni družinski člani, kateri

sodelujejo v skupini.²³

20. Opolnomočenje (empowerment)

Izraz opolnomočenje (empowerment) ima več pomenov. Po eni strani stremi k odpravljanju zatiranja in h kolektivni emancipaciji ter želi dati zatiranim oziroma prikrajšanim ter skupnostim več moči. Folgheraiter šteje, da je opolnomočenje temeljna strategija, pri kateri socialni delavec prenese svoja pooblastila za zdravljenje in reševanje problemov na svoje sogovornike, pri čemer domneva, da so ostali sposobni delovati in delati zato, da takšne sposobnosti podprejo in razvijejo (enabling). To pomeni, da strokovnjak (denimo socialni delavec) prenese na koristnika storitev (klienta) tako znanje kot tudi neznanje v zvezi z nekim problemom. Tako pridemo do področja subjektivnosti posameznih vpletenih (strokovnjakov in koristnikov storitev), ki zahteva, da je delovanje ciljano in da imajo dejanja smisel. Upoštevanje sogovornikov (klientov) kot oseb pomeni, da jih štejem kot vir dejanj, ki imajo določen smisel in dajejo vrednost izkušenskemu vedenju druge osebe.²⁴

21. Obvezno zdravljenje

Obvezno zdravljenje je osrednja tema na področju urejanja duševnega zdravja. Na evropski ravni trenutno obstajajo različne zakonodaje na tem področju. Kaže, da je odreditev obveznega zdravljenja odvisna od organiziranosti storitev, obstoja teritorialnih mrež storitev oziroma obratno, od prevladujoče bolnišnične psihiatrične pomoči. V Italiji urejajo obvezno zdravljenje splošni predpisi o organiziranosti nacionalnega zdravstvenega sistema (Zakon 833/78). Predpisi določajo hkratno prisotnost dveh zdravnikov, izdajo odredbe, ki jo sestavi župan in jo odobri sodnik za skrbniške primere. Obvezno zdravljenje traja sedem dni in se lahko podaljšuje za nadaljnja sedemdnevna obdobja. Dva ključna vidika glede predpisov sta odprava povezave med obveznim zdravljenjem in nevarnostjo zase in za druge (uveden pa je bil koncept potrebe po zdravljenju) in uveljavitev načela prostovoljnosti psihiatričnega

zdravljenja in s tem povezane obveznosti, da se skuša pridobiti soglasje osebe tudi v času trajanja same prisilne obravnave. Oba navedena elementa odločilno prispevata k spremembi paradigme na področju duševnega zdravja v smeri modela, ki temelji na skupnosti.²⁵

V Sloveniji je v obravnavo v bolnišnico oseba lahko sprejeta s privolitvijo ali brez privolitve.

- **Sprejem s privolitvijo**

Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona ter oseba v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli.

- **Sprejem brez privolitve** je dopusten le, če izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka 39. člena in sicer:

- če posameznik ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali
- če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali
- povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje; in
- če so bile izčrpane vse ostale oblike pomoči.

Sprejem brez privolitve se lahko opravi po dveh poteh.

- a. Postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča, ki se začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva. Predlogu se priloži mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, in ne sme biti starejše od sedmih dni. Če pregled osebe ni mogoč, se predlogu priloži izjava izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, da pregleda ni mogoče opraviti. Sodišče odredi, da osebo pregleda izvedenec

psihiatrične stroke in v treh dneh poda mnenje. Potem sodišče razpiše narok, povabi osebo, ki bi lahko dale podatke, pomembne za odločitev.

- b. Sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih, kjer je napotena oseba zdravnik splošne medicine, dežurni zdravnik, zdravniki nujne medicinske pomoči ali psihiater. Napotitev ne sme biti starejša od treh dni in mora vsebovati pisno obrazložitev. Ob sprejemu v bolnišnico osebo pregleda sprejemni zdravnik. Če se le-ta odloči za sprejem v bolnišnico, o tem takoj obvesti direktorja bolnišnice, najbližjo osebo, zakonitega zastopnika in zastopnika in sicer v štirih urah od sprejema.

Sodišče v enem dnevu s sklepom uvede postopek, postavi izvedenca in odvetnika po izdaji sklepa o zadržanju obične osebo in se v prisotnosti odvetnika, izvedenca psihiatrične stroke in zastopnika pogovori s pacientom. Na podlagi pogovora izda sklep o nadaljevanju zdravljenja ali opustitvi zdravljenja (Zakon o duševnem zdravju ZDZdr, str.11097, Uradni list RS, št.77/2008).

22. Socialno združništvo tipa A in tipa B (samo v italijanskem sistemu)

Zakon 381/91 s kasnejšimi spremembami ureja področje dela socialnih zadrug/kooperativ. Ureditev zadrug/kooperativ, v kateri je določeno, da je »namen zadrug zasledovati splošni interes skupnosti pri spodbujanju človečnosti in socialnega povezovanja občanov«. Socialne zadruge pri izpolnjevanju navedene naloge uporabljajo dva instrumenta:

- **Zadruge tipa A:** upravljanje socialno-zdravstvenih storitev na podlagi zadolžitve/razpisa javnega zavoda.
- **Zadruge tipa B:** opravljanje proizvodnih dejavnosti za vključevanje prikrajšanih oseb v delovno okolje v obsegu najmanj 30% zaposlenih.

Javne ustanove lahko sklepajo dogovore s socialnimi zadrugami za dobavo blaga, storitev, izvedbo del (razen socialnih in zdravstvenih storitev), če je namen sklepanja takšnih dogovorov ustvarjanje priložnosti za zaposlovanje prikrajšanih oseb.²⁶

23. Individualni terapevtski rehabilitacijski projekt (ITRP) (samo v italijanskem sistemu)

Cilj individualnega terapevtskega rehabilitacijskega projekta je globalna obravnava vseh problematičnih področij v življenju človeka. Povezan je s programom sprejema v obravnavo in proračuna za zdravje, ki združuje vsa sredstva in vse partnerje, sodelujoče pri projektu. Individualni terapevtski rehabilitacijski projekt (ITRP) mora torej upoštevati specifičen položaj vsakega posameznika in sicer njegove stanovanjske, delovne razmere (oziroma šolanje) in socialne odnose. Projekt včasih poteka v krajih s posebnimi značilnostmi (npr. stanovanjske skupnosti), v večini primerov pa se v okviru projekta človeka obravnava v vsakodnevnem družinskem življenju in na področju odnosov, na njegovem domu, pri njegovem delu. Ljudem, ki trpijo zaradi duševne motnje, je mogoče učinkoviteje pomagati pri ponovni pridobitvi njihovih državljskih pravic, če so rehabilitacijski projekti od začetka povezani s skupnostjo in območjem, kjer človek živi, pri čemer se prednost daje skupnim prostorom, kjer poteka posameznikovo življenje in kjer ta biva. Navedeno pomeni, da je potrebno vsakomur skušati zagotoviti možnost, da živi v lastnem stanovanju, da se šola oziroma dela in ima možnost, da preživlja prosti čas tako, kot je zanj najbolj ustrezno.²⁷

24. Rehabilitacija

»Vzpostavitev (ponovna vzpostavitev) dejanskega dostopanja do državljskih pravic, njihovega uveljavljanja, zagotavljanja priznavanja takšnih pravic in njihovega udejanjanja, sposobnost izvajanja pravic«.²⁸

25. Pravica

Pravica je univerzalna dobrina, ki pripada vsem, ne glede na razred, spol, starost, stanje in zdravje. Informiranje pomeni, da se ljudi usposobi za uveljavljanje tako razumljene pravice, če za to še niso usposobljeni oziroma če so takšno sposobnost izgubili in da se zagotovi dejanska možnost uveljavljanja odrečene pravice oziroma pravice, ki je še ni mogoče uveljavljati glede na dejansko stanje.²⁹

26. Remisija

Zmanjšanje ali izostanek znakov in simptomov duševne bolezni, ponovna vzpostavitev premorbidnega funkcioniranja. Je lahko delna, ko izzvenijo posamezni simptomi in znaki, v totalni remisiji izzvenijo vsi znaki in simptomi

27. Poslabšanje stanja (tudi relaps ali ponovitev)

Ponovno pojavljanje simptomov in znakov duševne bolezni, ki ovirajo bolnika v funkcioniranju

28. Hospitalizacija (samo v slovenskem sistemu) ali bolnišnična obravnava (hospital care)

Hospitalizacija je skupek aktivnosti, ki se nanašajo na zdravstveno oskrbo v bolnišnici. Če obravnava traja več kot 24 ur, je to hospitalizacija (hospitalization), če manj kot 24 ur, pa dnevna obravnava (day care).

29. Skupnostna obravnava

Skupnostna obravnava je poenoten izraz za vse interdisciplinarne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalnem/domačem okolju in se izvaja na podlagi skupnostnega pristopa.

30. Skupnostni pristop

Gre za lokalno in povezano delovanje služb za duševno zdravje in lokalne skupnosti v celoti, ki odgovarja na identificirane potrebe posameznika in celotne skupnosti na regionalno omejenih območjih.

31. Socialnovarstveni programi (samo v slovenskem sistemu)

Socialnovarstveni programi so namenjeni določenim skupinam uporabnikov in njihov namen je rehabilitacija in varovanje. Poleg domskega varstva sem sodijo tudi programi nevladnega sektorja z njihovimi programi stanovanjskih skupin, poklicne rehabilitacije in aktivacije v vsakdanjem življenju.

32. Zdravstveno zavarovanje - obvezno in dopolnilno (samo v slovenskem sistemu)

V Sloveniji *obvezno* zdravstveno zavarovanje ne krije vseh finančnih stroškov, ki nastanejo ob zdravljenju. Celotno kritje stroškov je zagotovljeno le otrokom, šolarjem in le pri nekaterih boleznih ter stanjih. Pri ostalih storitvah zagotavlja obvezno zavarovanje le določen odstotni delež cene zdravstvene storitve, drugi del moramo kot doplačilo plačati sami, oziroma nam ta del krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. *Dopolnilno* zdravstveno zavarovanje je zavarovanje za doplačila stroškov zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je namenjeno vsem, ki imajo po zakonu urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji in so zavezanci za doplačila, razen tistim, ki jih zakon obveznosti doplačil izrecno oprošča. To so: otroci, šolska mladina, dijaki in študentje, ki se redno šolajo in so mlajši od 26 let, ter osebe, ki so po zakonu oproščene doplačil.

33. Psihoterapija

V svojem prvotnem pomenu beseda označuje zdravljenje duše. Gre za zdravljenje psiholoških težav s pomočjo pogovora in z uporabo najrazličnejših psiholoških metod, pri čemer je ključni dejavnik psihoterapevtskega zdravljenja zaupen in varen odnos med psihoterapevtom in pacientom/klientom (t.i. terapevtska delovna aliansa). Cilj psihoterapije je tako zmanjšati ali obvladati simptome ter z uporabo potencialov pri posamezniku doseči spremembe na čustvenem, miselnem in vedenjskem nivoju, posledično pa vplivati v smeri izboljševanja kvalitete življenja posameznika. Psihoterapijo izvaja psihoterapevt, to je ustrezno usposobljen in kvalificiran strokovnjak s temeljnimi znanji s področja psihologije, klinične psihologije ali psihiatrije in je dodatno psihoterapevtsko specializiran (npr. vedenjsko kognitivna psihoterapija, psihodinamska psihoterapija, družinska psihoterapija ...). Vendar pa v Sloveniji še vedno ne obstaja Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki bi določal izobrazbene standarde psihoterapevta, kar pomeni,

da je v Sloveniji lahko nosilec psihoterapevtske dejavnosti tudi oseba, ki nima ustreznih znanj za izvajanje tovrstnega zdravljenja.

34. Delo

Pri uveljavljanju temeljnih državljanskih pravic ima vsak posameznik tudi možnost, da se izrazi, raste in doseže ekonomsko samostojnost. V tem smislu je delo način preživljanja in izpolnitve osebe, pri čemer delo in zaslužek nista cilj, ampak izhodišče za družbeno vključevanje posameznika.

Način, na katerega oseba s težavami v duševnem zdravju učinkovito vzpostavlja stike z aktivnostmi povezanimi z delom, je odvisen od stanja njenega duševnega zdravja. Izziv pri takem posredovanju je vzpostavljanje odnosa s trgom dela, kar pomeni, da nudimo delovne izkušnje v varnem okolju na odprtem trgu dela. Odgovor na ta izziv so zadružne oblike organizacije in socialna podjetja oziroma podjetja, ki ustvarjajo dodano družbeno vrednost, s tem da gospodarski in podjetniški duh prepletajo z uveljavljanjem pravic in ustvarjanjem novih mrež in odnosov med družbenimi elementi.³⁰

35. Recovery (okrevanje)

Angleški izraz ne pomeni le okrevanja v strogo zdravstvenem smislu, ampak tudi ponovno vzpostavitev, obnovo, okrepitev. V psihiatriji ne pomeni le kliničnega zaključka zdravljenja, ampak tudi osebni proces, ki se začne na določeni točki osebne rasti, na kateri si pacient aktivno prizadeva vsaj do določene mere prevzeti življenje v svoje roke in na novo pridobiti potenciala in pričakovanja, ki jih je izgubil iz različnih razlogov, povezanih z motnjo, ne glede na to, da nekateri simptomi še ostajajo.³¹

V zvezi s tem je treba omeniti tudi vprašanje poslušanja, ko trpeča oseba ocenjuje različne vidike svojega stanja in tudi povezave med boleznijo in zdravjem. Postopek okrevanja se izraža v različnih razsežnostih osebnostnega razvoja, saj ne gre samo za odpravljanje simptomov, temveč

predvsem za pravico do samostojnega odločanja in za obete za življenje. Z zdravstvenimi storitvami, zasnovanimi po načelu okrevanja, moramo zagotoviti dostojanstvo osebe in zmožnost, da izrazi svoje želje, ter nuditi priložnosti in konkretno pomoč pri zadovoljevanju osnovnih potreb, tako da uporabnikom vzpostavljamo ugodne okoliščine za okrevanje.

36. 24-urni center za duševno zdravje (samo v italijanskem sistemu)

Z modelom CDZ24 ur skušamo preseči strogo ambulantno oskrbo, tako da ponudimo visoko specializirane storitve in lahko prevzamemo skrb za potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju. V CDZ24ur imamo na voljo ustrezno število postelj (od 6 do 8) in lahko odgovorimo na krizno situacijo tudi tako, da po potrebi nudimo obvezno zdravstveno oskrbo. Pri oskrbi se držimo pristopa brez zadrževanja in z odprtimi vrati, s čimer smo dokazano zmanjšali tudi potrebo po bolnišnični psihiatrični oskrbi.

CDZ24ur je zadolžen za izvajanje terapijskega programa za oskrbovance, pri čemer zagotavljamo, da se storitve dopolnjujejo z drugimi storitvami na terenu, neprekinjeno pomoč in terapijsko podporo.

Temeljne funkcije in dejavnosti CDZ24 ur: sprejem in analiza potrebe, postavitve diagnoze, izbira in izvajanja posebljenih terapijskih in rehabilitacijskih programov s celovitim in neposrednim pristopom, povezovanje z osebnimi zdravniki in drugimi službami, kot so socialne službe, urad za varovana stanovanja, itd. (Deželni načrt za duševno zdravje, obdobje 2018-2020).

BIBLIOGRAFСКА OPOMBA

1. Ongaro Basaglia F., *Salute e Malattia. Le parole della medicia*, Torino, Ediesse, 1982.
2. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
3. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
4. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
5. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
6. Dell'Acqua G., Mezzina R., *Risposta alla Crisi. Servizi di Salute Mentale Trieste*, 1987.
7. Foucault M., *La medicalizzazione indefinita in "L'impazienza della Libertà"*, Milano, Feltrinelli, 2005.
8. Piccione R., *Manuale di Psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Roma, Bulzoni Editore, 1995.
9. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Milano, Franco Angeli, 2016.
10. Qualcosa è cambiato? Aiutare i giovani a rischio di psicosi, (uredil) Mezzina R., Luchetta C., Minisini C., ASS n. 1 "Triestina", 2014.
11. Goffmann E., *Stigma*, Verona, Ombre Corte, 2003.
12. OMS, *Mental action plan 2013*
13. *Risoluzione sul programma nazionale per la salute mentale 2018-2028*, Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia, Nr. 24/2018.
14. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità, metodi e pratiche*, Bari, Laterza, 2013.
15. Cendon P., *AmmSostegnoLinee guida*, www.ammstegno-lineeguida.it
16. Silverman P.R., *I gruppi di mutuo aiuto*, Trento, Erickson, 2003.
17. Marsili M., "Médiateurs de santé/pairs" a Lille, Francia in *Convegno "Impazzire si può"*, Trieste, 2015.
18. Gruppo Peer Support Trieste art.32, *Convegno Impazzire si può*, Trieste, 2015.
19. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, *Social determinants of mental health*, 2014.
20. *L'Istituzione Inventata Almanacco 1971-2010*, (uredil) Rotelli F.
21. Del Giudice G., *...E tu slegalo subito*, Merano, Firenze, AB Edizioni 2015.

22.
WHO, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*, 2017.
23.
Dell'Acqua P., *Fuori come va?*, Milano, Feltrinelli, 2010.
24.
Gli operatori sociali nel welfare mix. Privatizzazione, pluralizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo: il futuro del servizio sociale?, a cura di Donati P e Folgheraiter F, Trento, Erickson, 2013.
25.
Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, 2002.
26.
Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*. Firenze, AB edizioni, 2018
27.
Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*. Firenze, AB edizioni, 2018
28.
Rotelli F., *Ri-abilitare la riabilitazione*. www.triestesalutementali.it/letteratura. Scritti 28 sull'esperienza triestina, 1993.
29.
Rotelli F., *Ri-abilitare la riabilitazione*. www.triestesalutementali.it/letteratura. Scritti sull'esperienza triestina, 1993.
30.
Saraceno B., *Sulla povertà della psichiatria*, Roma, Derive approdi, 2017.
31.
Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, (a cura di) Maone A., D'Avanzo B., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2015

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA

ITALIA-SLOVENIJA



SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

GUIDA

AI TERMINI DELLA

SALUTE MENTALE



European Grouping of Territorial Cooperation
Gruppo europeo di cooperazione territoriale
Evropska skupnost za regionalni razvoj

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
2 Bassa Friulana, Isontina



www.zd-go.si



Spes | Amor | Libertas
PSIHIATRIČNABOLNIŠNICAIDRIJA

IL PROGETTO SALUTE-ZDRAVSTVO "COSTRUZIONE DI UN NETWORK DI SERVIZI SANITARI TRANSFRONTALIERI"

Questa pubblicazione è realizzata nell'ambito del progetto di cooperazione transfrontaliera Salute-Zdravstvo. Il progetto, finanziato dal Programma Interreg V-A Italia-Slovenia 2014-2020, è attuato dal GECT GO (Gruppo Europeo di cooperazione territoriale "Territorio dei comuni: Comune di Gorizia (I), Mestna Občina Nova Gorica (SLO) e Občina Šempeter-Vrtojba (SLO)" in collaborazione con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana – Isontina", l'ospedale di Šempeter (Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica), la Casa della salute di Nova Gorica (Zdravstveni dom Nova Gorica), e l'ospedale psichiatrico di Idria (Psihiatrična Bolnišnica Idrija).

Rappresenta il primo tentativo di comparazione, analisi e ricerca di sinergie tra i servizi sociosanitari italiano e sloveno e, grazie alle eccellenze emerse e alla creazione di una rete transfrontaliera, intende migliorare la qualità dei servizi sociosanitari nell'area dei Comuni di Gorizia, Nova Gorica e Šempeter-Vrtojba.

Una delle cinque azioni pilota del progetto è dedicata alla salute mentale e prevede la costituzione di un'equipe congiunta italo-slovena con il compito di stilare delle linee guida comuni per la presa in carico di persone con problemi di salute mentale e di un protocollo congiunto per la gestione delle acuzie. L'azione pilota prevede inoltre attività di reinserimento sociolavorativo attraverso progetti riabilitativi personalizzati, finalizzati in particolare alla riacquisizione di abilità sociali della persona con problemi di salute mentale, con particolare attenzione alla formazione e all'inserimento lavorativo. Tutte le attività progettuali sono svolte con il coinvolgimento di numerosi attori del territorio.

PREMESSA

Non c'è salute senza salute mentale, diceva uno slogan in voga qualche anno fa nel mondo anglosassone, per indicare l'importanza che una moderna concezione di salute mentale porta con sé, anche in confronto a una più ampia promozione della salute all'interno delle comunità.

Durante lo sviluppo dell'azione sulla salute mentale nell'ambito del progetto Salute-Zdravstvo è quindi apparsa una sfida importante quella di poter mettere attorno a un tavolo esperti e tecnici, sloveni ed italiani, con l'obiettivo di sviluppare un progetto comune, transfrontaliero, con interventi nell'ambito della prevenzione, dell'intervento sulla crisi, della riabilitazione.

Nel progetto che stiamo sviluppando pensiamo di superare progressivamente i confini e le demarcazioni: esploreremo modalità congiunte di progetti riabilitativi con programmi situati in Italia e in Slovenia per l'abitare e l'inserimento lavorativo.

Mettere insieme tradizioni, culture e storie diverse è però un impegno che prima di tutto parte dal riconoscimento di una serie di parole, che rappresentino storie e modi riconosciuti. La storia di questo progetto parte quindi da una formazione congiunta e condivisa, che stiamo praticando a partire dalle nostre storie: Gorizia è la città da dove, con Basaglia, negli anni '60 è partito il processo di riforma della psichiatria in Italia e oggi una nuova riforma della salute mentale avanza in territorio sloveno. Abbiamo deciso di partire da qui e dalle parole che ritrovate in questo vademecum. Un abbecedario scritto a tante mani, debitore di tante letture e pensieri, che rappresenta un condensato del nostro modo di fare salute mentale, un nostro speciale biglietto da visita.

Buona lettura.

Task force transfrontaliera salute mentale
progetto Salute- Zdravstvo

Dicembre 2018

GLOSSARIO DI TERMINI UTILI IN SALUTE MENTALE

«Se il valore è l'uomo, la malattia non può servire come occasione per eliminarlo, ma diventa occasione di una riappropriazione del corpo, delle esperienze e della vita; così come la salute non può rappresentare la "norma", se la condizione dell'uomo è di essere contemporaneamente sano e malato. [...] È quindi in un progetto globale di vita che consiste la prevenzione della malattia e non nella progettazione di servizi. Un progetto di vita che - uscendo dalla logica del profitto, dell'oggettivazione, della delega che condiziona ogni aspetto della nostra esistenza - tenga conto prima di tutto del bisogno di benessere, di pienezza, di significato per il quale la "terapia" non è che una risposta parziale, segno della nostra reale sconfitta». ¹

1. Benessere mentale

È quella condizione in cui si vive quando esiste un buon livello di soddisfazione dei bisogni, insieme a una buona qualità della vita. Non si tratta di uno stato che si raggiunge in modo definitivo e non è avvertito da tutti nella stessa maniera; nelle alterne situazioni di vita, è l'obiettivo verso cui l'individuo tende costantemente. ²

2. Disagio mentale

È quella condizione che si vive quando si avverte uno stato di sofferenza connesso a difficoltà di varia natura (negli affetti, nella crescita, nel lavoro, nelle relazioni interpersonali) che comunque si presentano nella vita. È bene tenere presente che, insieme alla condizione di benessere, una quota di disagio è parte integrante di ogni esistenza.³

3. Disturbo mentale

Si passa dal disagio mentale al disturbo mentale quando alla sofferenza prolungata o intensa si accompagnano alterazioni mentali o del comportamento. La sofferenza diventa di pertinenza clinica quando insorgono sintomi

psichiatrici specifici. Sebbene l'esperienza del disturbo mentale non rientri nella quotidianità, tutti, in situazioni particolari, possiamo incorrere in tale condizione. Essa può rivelarsi temporanea se curata efficacemente e in maniera tempestiva.⁴ Disturbo mentale è il termine che denota un ampio spettro di disturbi con sintomi diversi. I disturbi mentali sono tipicamente caratterizzati da modalità atipiche nel riflettere, vivere emozioni, comportarsi, relazionarsi agli altri e con difficoltà a svolgere attività quotidiane ostacolando in modo sostanziale la vita quotidiana degli individui affetti. I disturbi spaziano su uno spettro da lievi a gravi.

4. Disturbo stabilizzato

È quella condizione in cui il soggetto vive quando il disturbo mentale si "cronicizza": dunque perdurano nel tempo non solo le alterazioni psichiche o del comportamento, ma anche le situazioni che le hanno determinate. Talvolta l'aggettivo cronico viene impropriamente usato legandolo a un particolare disturbo mentale, più correttamente la stabilizzazione del disturbo è invece un evento che riguarda contemporaneamente la persona, il suo contesto di vita, i percorsi di cura che sono stati sperimentati e proposti per lui e loro efficacia. La psichiatria moderna considera nettamente falsa e dannosa un'idea ampiamente diffusa nel senso comune che, derivando parole dalla medicina, finisce per dividere l'esistenza delle persone in due stati possibili, lo stato sano e lo stato malato, al quale immediatamente si collegano i pregiudizi dell'organicità, dell'inguaribilità e dell'incomprensibilità, in realtà, quella che, con formula lessicale infelice, chiamiamo "esistenza normale", comprende anche condizioni di disagio mentale che possono sfociare in veri e propri disturbi mentali o, al contrario, costituire momenti significativi di crescita e trasformazione.⁵

5. Crisi

Il concetto di crisi fa riferimento alla presenza di una soglia di problematicità evidente o riferita oltre la quale i

problemi emozionali, psicologici, relazionali, sociali o gli «eventi di vita» diventano di specifico interesse psichiatrico. Il modo in cui la crisi si declina dipende dalla organizzazione dei servizi e dal contesto storico e sociale di vita della persona, legandosi all'unicità di quella storia. Di volta in volta si potrà parlare di sofferenza - comportamento di disturbo sociale - stato di miseria e marginalità - crisi delle relazioni familiari - difficoltà nel lavoro - incomprendibilità di certi comportamenti - intolleranza dell'ambiente. In questo senso il lavoro sulla crisi è contemporaneamente fondato sulla ricostruzione di una storia individuale e la costruzione di un percorso di contatto e presa in carico.⁶

6. Medicalizzazione

Nel corso della modernità l'ambito di competenza della medicina si è ampliato dall'essere risposta agli specifici bisogni posti dal malato a un ruolo di autorità agito in relazione ai più diversi ruoli e contesti e non più limitato al mandato di cura. In particolare, alcuni ambiti un tempo estranei al ruolo medico quali quelli della scuola, della giustizia, delle relazioni di lavoro, sono divenuti progressivamente soggetti a una forma di riduzionismo medico biologico, traducibile nella definizione di "società medica aperta".⁷

La medicalizzazione in psichiatria è dunque una modalità di interpretazione degli accadimenti umani che costringa elementi che appartengono a diversi domini esistenziali all'interno di uno schema riduzionistico di tipo medico-organicistico che definisce sintomi, diagnosi e terapie.

7. Deistituzionalizzazione

La deistituzionalizzazione prende avvio dalla constatazione che l'oggetto della psichiatria non è la malattia ma la sofferenza mentale all'interno dell'esistenza complessiva del soggetto e immersa nel contesto sociale, di conseguenza l'istituzione deputata alla cura deve gestire la sofferenza psichica storicizzata e contestualizzata. Dei-

stituzionalizzare significa smontare l'istituzione che in una prima fase ha coinciso con il reinserimento sociale e la restituzione dei diritti degli internati, mentre in una seconda fase ha significato organizzare servizi territoriali che si occupino di potenziare la soggettività nella concretezza della vita quotidiana oltre che con i classici strumenti della psichiatria.⁸

8. Lavoro di rete

Azione intenzionale di uno o più operatori che si traduce in una relazione con una rete di persone, ovvero altre relazioni preesistenti o potenziali, con l'obiettivo di migliorare, rafforzare, creare legami per la ricerca di soluzioni. L'operatore non accentra su di sé il compito di rispondere ai bisogni delle persone con cui è in contatto ma lo diffonde sui diversi attori formali e informali coinvolgibili, presupponendo in tutti la capacità di agire. Il "compito" inteso come ricerca di soluzioni-obiettivi da raggiungere, diventa bene comune e coinvolge anche i soggetti interessati in quanto protagonisti. Il fulcro del lavoro di rete è l'azione congiunta verso un fine condiviso.⁹

9. Visita domiciliare

Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della famiglia. In alcune situazioni di crisi può servire a mediare conflitti nelle relazioni di vicinato. Per le persone che non possono recarsi al servizio viene usata per portare la terapia farmacologica, per dialogare, per accompagnamenti in altre agenzie territoriali delle persone in difficoltà (uffici pubblici, formativi e luoghi di lavoro).¹⁰

10. Stigma

Lo stigma è un attributo (individuale o di gruppo) che produce profondo discredito, sociale e relativo al pensiero comune e che determina il declassamento della persona stigmatizzata da persona completa a screditata o screditabile. Avviene attraverso una frattura tra la identità

sociale virtuale (il complesso di attributi e di aspettative normative e morali che crediamo indice di normalità) e l'identità sociale attuale di quell'individuo. Lo stigma non è però solamente relativo alla divisione dei gruppi sociali in sottogruppi, normali e stigmatizzati, quanto piuttosto un processo di tipo sociale assai complesso in cui ciascun individuo può assumere ambedue i ruoli almeno per quanto riguarda certe connessioni e durante certi periodi della vita. Il normale e lo stigmatizzato non sono quindi persone, ma piuttosto prospettive.¹¹

In salute mentale lo stigma rappresenta un limite all'accessibilità dei servizi ed alla esigibilità dei diritti da parte degli utenti. La lotta allo stigma rappresenta un impegno costante dei servizi con l'obiettivo di costruire servizi di salute mentale più accessibili, focalizzati sui diritti, lavorando nella prevenzione e sui fattori di rischio.¹²

Lo stigma è la caratterizzazione negativa di un individuo per i suoi tratti personali o per il suo stato di salute (ad es. malattia) che lo distinguono dagli altri. Stigmatizzando un individuo a causa della sua malattia, la sua comunità non lo percepisce più come un individuo, ma come membro di un gruppo, spesso considerato in modo stereotipato. Lo stigma è composto da: a) stereotipi (opinioni positive o negative della società riguardo a un certo gruppo di persone), b) pregiudizi (reazioni cognitive o emotive a stereotipi), c) discriminazione (reazione comportamentale ai pregiudizi). Si conoscono vari tipi di discriminazione, ma i più frequenti comprendono il trattamento diverso da parte di terzi, enti specializzati, amici e nell'ambito lavorativo.¹³

11. Budget Individuale di Salute (BIS) (solo nel sistema italiano)

Strumento metodologico per la realizzazione delle progettualità personalizzate che si traduce nell'individuazione di tutte le risorse necessarie (economiche, personali e di contesto). Attraverso il budget di salute si intende promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle tre

aree di possibile fragilità, definite anche come determinanti sociali di salute, che sono formazione/lavoro, casa/habitat sociale e socialità/affettività e che afferiscono ai diritti di cittadinanza. Questo approccio unitario alla persona può realizzarsi attraverso forme gestionali miste tra enti pubblici, utenti, famiglie e comunità locali con l'obiettivo di innalzare le capacità e il potere contrattuale del cittadino/utente.¹⁴

12. Amministratore di sostegno (solo nel sistema italiano)

Figura che ha la finalità di tutelare, con la minima limitazione possibile delle capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente (L.6/2004). I principi innovativi della figura dell'amministrazione di sostegno sono la temporaneità del provvedimento, e la concessione promozionale ovvero che la persona fragile è la portatrice di un proprio progetto di vita a cui si deve tendere, pertanto le azioni devono essere a ciò funzionali.¹⁵

Tutore (sistema sloveno). Le competenze e i doveri del tutore in Slovenia sono determinate dai centri di assistenza sociale per casi speciali. L'ambito degli obblighi è stabilito per legge ed è diverso da quelle dell'amministratore di sostegno.

13. Attività di gruppo-mutuo aiuto

I gruppi di parola, facilitati da operatori, volontari o da utenti esperti, enfatizzano le interazioni sociali e il senso di responsabilità dei partecipanti al gruppo. Ciascun membro del gruppo riceve e dà aiuto attraverso l'interazione reciproca con altre persone con cui si trova a condividere una analoga situazione esistenziale (mutuo-aiuto).¹⁶

14. Peer support

Un sistema di salute mentale orientato alla recovery può prevedere al suo interno che delle persone con una storia di disturbo mentale che hanno intrapreso efficacemen-

te un percorso di ripresa, intervengano nel percorso di guarigione di altre persone offrendo supporto, empatia, vicinanza.¹⁷

Il peer supporter riconosce i bisogni delle persone partendo dalla propria esperienza del disturbo (sapere esperienziale), crea rapporti di fiducia condividendo le esperienze di difficoltà con l'altro facendo affidamento sul proprio vissuto, mediando tra l'utente e il servizio. Gli obiettivi del peer support sono oltre a quello descritto, la tutela di parte (advocacy), l'azione sociale e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica.¹⁸

15. Esordio

L'esordio psicotico avviene in genere prima dei 30 anni, di questi l'insorgenza in età adolescenziale è stimata del 18%. Nonostante si presenti come un evento apparentemente improvviso, l'esordio psicotico è in realtà preceduto da fasi prodromiche, che si protraggono per mesi e a volte anni, durante i quali avvengono una serie di cambiamenti e anomalie psicologiche e comportamentali. Spesso il periodo prodromico può coincidere con una fase definita "Stato Mentale a Rischio". Diversi autori sottolineano la necessità di una diagnosi precoce dei disturbi psichici severi, per ridurre e prevenire la compromissione del funzionamento sociale che ne deriva. Un ritardo nel trattamento del primo episodio è associato infatti ad un outcome peggiore. In Italia il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013) indica la necessità di una migliore e più funzionale integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali e la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti.

16. Determinanti sociali di salute mentale

I problemi di Salute Mentale sono largamente influenzati dal contesto sociale, economico, e fisico in cui le persone vivono. In particolare, le disuguaglianze economiche e

sociali sono associate a un aumento del rischio per molti disturbi mentali. Quindi le azioni che tendono a migliorare le condizioni di vita materiale delle persone permettono sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione generale che di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali. Le azioni condotte in questa direzione dovrebbero essere caratterizzate da una forma di universalismo progressivo, riguardare l'intera società ed essere proporzionate ai bisogni individuali.¹⁹

17. Basaglia e la legge 180 (solo nel sistema italiano)

Franco Basaglia è stato uno psichiatra ed un intellettuale che ha ispirato e personalmente diretto il movimento di deistituzionalizzazione avvenuto in Italia tra la metà degli anni '60 e la fine degli anni '70, culminato con la legge 180 (13 maggio 1978) che stabiliva il superamento degli ospedali psichiatrici in tutta Italia e il divieto della loro ricostituzione sotto altro nome. Nel suo ruolo di direttore, prima a Gorizia, quindi a Trieste, ha svolto un ruolo guida nella chiusura dei manicomi ed ha ispirato la creazione dei primi servizi territoriali. Uno dei pilastri del suo pensiero è stata l'assoluta necessità della chiusura totale di ogni istituzione asilare e la costante critica alle forme di potere psichiatrico ed alla loro legittimità. La legge 180/78, comunemente chiamata legge Basaglia, ha quindi rappresentato contemporaneamente la chiusura degli ospedali psichiatrici ed il riconoscimento generalizzato a folli, internati, utenti, dei diritti di cittadinanza, della libertà, della propria individuale storia.²⁰

18. Porte aperte- contenzione zero (solo nel sistema italiano)

La contenzione fisica consta nell'impedire ad una persona il libero movimento, attraverso un insieme di mezzi meccanici, limitandola nel suo diritto alla libertà. Il più delle volte si concretizza nel legarla o nel mettere in opera strumenti di coercizione ambientale: sbarre, lucchetti, cancelli. Legare l'altro affonda le proprie radici nelle ca-

micie di forza e nei mezzi coercitivi della psichiatria manicomiale settecentesca, tuttavia si tratta di una pratica in atto e diffusa ancora oggi, nei servizi psichiatrici. La storia della deistituzionalizzazione ha incrociato e tuttora incrocia quella del movimento di lotta per i diritti degli utenti, contro ogni forma di contenzione fisica. La prima e più evidente limitazione della libertà personale in un servizio psichiatrico è la presenza di una porta chiusa. La porta chiusa sostituisce la presenza dell'operatore e della necessaria assistenza ravvicinata, che in altro caso non sarebbero possibile evitare. Alcune persone possono infatti aver bisogno di essere tutelate ed affiancate per garantire loro le cure a cui hanno diritto, ma ciò non può determinare l'abolizione o la diminuzione di altri diritti.²¹ La contenzione e la segregazione sono pratiche che violano i diritti umani e in un servizio di salute mentale orientato alla recovery non dovrebbero essere ammesse, contemporaneamente si dovrebbero mettere in atto tutte le misure necessarie a bandire ogni residua forma di contenzione dai servizi di salute mentale e dalle altre istituzioni sanitarie.²²

19. Lavoro con le famiglie ad alto carico

I familiari delle persone con disturbo mentale severo sono sottoposti ad un alto carico soggettivo (emotivo) ed oggettivo (economico) che può portare le famiglie a subire lo stigma, a isolarsi e a restringere le attività sociali e del tempo libero. I servizi di salute mentale quindi, oltre a considerare i familiari delle persone con disturbo psichico severo degli interlocutori imprescindibili del progetto terapeutico, organizzano percorsi individuali e gruppal di tipo psicoeducativo con finalità informative e di sostegno psicologico. In particolare, gli incontri di gruppo mirano a contrastare disinformazione, sensi di colpa, stigma, perdita della speranza, paure, alta emotività espressa, criticismo, comunicazioni disfunzionali attingendo sia ai saperi professionali degli operatori presenti, che ai saperi esperienziali dei diversi familiari che partecipano al gruppo.²³

20. Empowerment

Il significato di empowerment ha tante accezioni, una è quella di tipo antioppressivo ed emancipatorio di tipo collettivo: dare più potere alle categorie o alle comunità oppresse o svantaggiate. Folgheraiter considera l'empowerment la strategia fondamentale per la quale un operatore sociale cede il proprio potere terapeutico e di problem-solving ai suoi interlocutori, presumendo negli altri la capacità di azione e lavorare per sostenere e sviluppare (enabling) tali capacità. Questo significa superare l'idea di utente e di esperto, ovvero che la posizione di utente ed esperto comprendono in sé il sapere ed il non sapere rispetto a un problema, e si introduce il tema della soggettività di tutti gli attori (esperti e utenti) che implica intenzionalità e senso delle azioni. Considerare i propri interlocutori come soggetti vuol dire considerarli fonti di azioni dotate di senso, donando valore ai saperi esperienziali dell'altro.²⁴

21. Trattamento sanitario obbligatorio

I trattamenti obbligatori sono un aspetto centrale nella disciplina della salute mentale. Nel panorama europeo vi sono attualmente differenti legislazioni in materia e il ricorso al trattamento obbligatorio sembra dipendere dalla organizzazione dei servizi, dalla presenza di una rete di servizi territoriali o all'opposto dalla prevalenza della assistenza psichiatrica ospedaliera. In Italia la norma che regola il trattamento sanitario obbligatorio è contenuta nella normativa generale di istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (legge 833/78). Il provvedimento prevede la richiesta congiunta di due medici, l'ordinanza redatta dal sindaco e la successiva validazione da parte del giudice tutelare. La durata è di sette giorni, rinnovabile per ulteriori periodi di analoga lunghezza. Due degli aspetti cruciali della normativa sono la disconnessione del trattamento sanitario obbligatorio dal criterio di pericolosità a sé e agli altri (introducendo invece il concetto di necessità di cure) e la affermazione di principio della volontarietà delle cure psichiatriche e del connesso obbligo di

perseguire il consenso della persona anche durante il trattamento coatto medesimo. I due elementi citati contribuirono in maniera determinante al cambio di paradigma nel campo della salute mentale verso un modello basato sulla comunità.²⁵

In Slovenia le persone possono essere ricoverate con il loro consenso o senza.

- **Accoglienza con consenso**

La persona può essere accolta al reparto protetto con impegnativa o senza, se il medico accettante conferma la presenza di tutte le condizioni ex articolo 39, comma primo, della legge, e a condizione che la persona ricoverata fornisca il proprio consenso scritto.

- **L'accoglienza senza consenso** è permessa in presenza delle condizioni ex articolo 39, comma primo, e in particolare:

- l'individuo rappresenta una minaccia per la vita propria o quella altrui; o
- se rappresenta un grave pericolo per la propria salute e per quella degli altri; o
- se sta causando considerevoli danni patrimoniali a sé stessa o agli altri; o
- e ha una percezione gravemente distorta della realtà e non riesce a controllare il proprio comportamento; e
- se sono state esaurite tutte le altre modalità di assistenza.

L'accoglienza senza consenso può svolgersi con due procedure diverse.

- a. Accoglienza della persona al reparto protetto senza consenso in base a un atto giudiziario su richiesta della persona addetta alle cure psichiatriche, del centro di assistenza sociale, del coordinatore del trattamento monitorato, dei parenti prossimi o della procura dello

stato. Alla richiesta va allegato il parere, non più vecchio di sette giorni, emesso dal medico o dallo psichiatra curante che ha esaminato la persona. Nel caso in cui l'esame non fosse possibile, si allega alla richiesta una dichiarazione del medico o dello psichiatra curante, attestante l'impossibilità di svolgere l'esame. Il tribunale dispone che la persona venga esaminata da un perito psichiatra, il quale dovrà presentare il parere entro tre giorni. Di seguito il tribunale indice un'udienza invitando a comparire le persone che potrebbero fornire informazioni utili ai fini decisionali.

- b. La procedura consiste nell'accoglienza in cura senza consenso in casi urgenti, nei quali il medico inviante può essere un medico di base, un medico di guardia, un medico del pronto soccorso o uno psichiatra. L'impegnativa non può essere più vecchia di tre giorni e deve comprendere una motivazione scritta. Al momento dell'ammissione all'ospedale la persona sarà esaminata dal medico accettante. Se questi approva il ricovero ospedaliero, ne informa immediatamente il direttore dell'ospedale, i parenti prossimi e il tutore della persona entro quattro ore dall'accettazione.

Il tribunale istituisce la procedura con atto proprio in un solo giorno, nominando un perito e un avvocato. Emesso l'atto di contenimento, visita la persona per parlarle in presenza dell'avvocato, di un perito psichiatra e di un parente prossimo o del tutore. I riscontri dell'incontro serviranno da motivazione per la continuazione o la sospensione delle cure. (Legge sulla salute mentale, Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia, no. 77/2008).

22. Cooperazione sociale di tipo A e di tipo B (solo nel sistema italiano)

La legge 381\91 e successive modifiche promuove e regola il lavoro delle cooperative sociali. Nel testo si afferma che queste "hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e

integrazione sociale dei cittadini". Le cooperative sociali svolgono questo compito utilizzando due strumenti:

- **Cooperative di tipo A:** gestione di servizi sociosanitari su incarico/appalto dell'ente pubblico.
- **Cooperative di tipo B:** svolgimento di attività produttive finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate che devono costituire il 30% del personale totale.

Gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con le cooperative sociali per la fornitura di beni, servizi, esecuzioni lavori (diversi da servizi sociosanitari) purché finalizzati a creare opportunità di lavoro per persone svantaggiate.²⁶

23. Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (solo nel sistema italiano)

L'obiettivo del progetto riabilitativo personalizzato è affrontare in modo globale ogni area problematica della vita di una persona ed è legato a un programma di presa in carico e ad un budget di salute, l'insieme delle risorse e dei partner coinvolti nel progetto. Il PTRP deve quindi calarsi nella realtà specifica di ogni singolo, secondo gli assi relativi all'abitare, al lavoro (o la formazione) e alle relazioni sociali. L'intervento si declina talvolta in luoghi dalle specifiche caratteristiche (es. comunità residenziali) ma nella gran parte dei casi riguarda la quotidianità della persona, della sua vita familiare e relazionale, della sua abitazione, del contesto lavorativo. Infatti, le persone che soffrono di un disturbo psichico possono essere più efficacemente aiutate a recuperare un pieno diritto di cittadinanza se i progetti riabilitativi sono da subito connessi alla comunità ed al territorio dove la persona risiede, privilegiando i comuni spazi del vivere e dell'abitare. Questo significa lavorare nella direzione di garantire la possibilità, per tutti, di vivere abitando in appartamenti propri, studiando o lavorando ed avendo la possibilità di utilizzare il proprio tempo libero nel modo congeniale ad ogni persona.²⁷

24. Riabilitare

«Costruire (ri-costruire) accesso reale ai diritti di cittadinanza, l'esercizio progressivo degli stessi, la possibilità di vederli riconosciuti e di agirli, la capacità di praticarli». ²⁸

25. Diritto

«Bene universale che appartiene a tutti senza distinzione di classe, sesso, età, condizione, salute. L'azione abilitativa consiste nel rendere le persone capaci di esercitare il diritto così inteso – se ancora non lo sono o se hanno perso questa capacità – e a rendere realistico e possibile l'esercizio di un diritto negato o non ancora sostenuto dalla realtà delle cose». ²⁹

26. Remissione

Riduzione o assenza di segni e sintomi di disturbo mentale, ristabilimento delle funzioni esistenti precedenti al disturbo. Nel caso di remissione parziale vengono meno alcuni sintomi e segni, nel caso della remissione totale invece si verifica l'assenza di tutti i segni e i sintomi.

27. Peggioramento della situazione (ricaduta o ripetizione)

Ricorrenza dei sintomi e dei segni del disturbo mentale che ostacolano il funzionamento normale del malato.

28. Ricovero (solo nel sistema sloveno) o trattamento in ospedale (hospital care)

Complesso di attività relative alle cure mediche fornite in ambito ospedaliero. Nel caso di cure che durano oltre 24 ore si parla di ricovero (hospitalization), se invece sono più brevi, si parla di day care.

29. Lavoro territoriale

Termine generale per ogni tipo di trattamento interdisciplinare di persone con difficoltà di salute mentale in ambito locale/domestico, svolto con un approccio comunitario.

30. Approccio comunitario

Si tratta di servizi locali e combinati di enti specializzati per la salute mentale e della comunità locale in risposta alle necessità identificate dell'individuo e dell'intera comunità in aree geograficamente delineate.

31. Programmi socioriabilitativi (solo nel sistema sloveno)

Servizi destinati a certi gruppi di utenti allo scopo della loro riabilitazione e assistenza. Tali servizi comprendono, oltre all'assistenza a domicilio, anche programmi offerti dalle associazioni e dalle ONG, come programmi di social housing, riabilitazione al lavoro e assistenza alle attività quotidiane.

32. Assicurazione sanitaria - obbligatoria e integrativa (solo nel sistema sloveno)

L'assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovenia non copre tutti i costi delle cure mediche. Sono soltanto i bambini in età prescolare e scolare e i pazienti affetti da alcune patologie a godere di copertura completa. L'assicurazione obbligatoria copre soltanto una quota del costo del servizio medico, la restante quota, invece, è a carico dei pazienti ovvero coperta dall'assicurazione sanitaria integrativa. L'assicurazione sanitaria integrativa copre i costi della quota del contributo del paziente ovvero la quota non coperta dall'assicurazione obbligatoria. L'assicurazione integrativa è accessibile alle persone già coperte dall'assicurazione obbligatoria per legge in Slovenia che sono soggette al contributo proprio per i servizi sanitari, ad eccezione delle categorie espressamente esonerate, nello specifico: bambini, giovani in età scolare, studenti in corso sotto i 26 anni e le altre persone esonerate per legge.

33. Psicoterapia

Il significato etimologico della parola indica cura dell'anima. Si tratta della cura di problemi psicologici tramite dialogo e con l'uso di una serie di metodi psicologici, ove il rapporto di confidenzialità e sicurezza del rapporto fra

lo psicoterapeuta e il paziente/cliente (la cosiddetta alleanza del lavoro terapeutico) gioca un ruolo fondamentale. Obiettivo della psicoterapia è lenire o gestire i sintomi e sfruttare i potenziali dell'individuo per arrivare a cambiamenti a livello emotivo, cognitivo e comportamentale contribuendo a migliorare la qualità della vita dell'individuo. Le cure psicoterapeutiche sono offerte da psicoterapeuti, figure professionali con conoscenze fondamentali nel campo della psicologia, della psicologia e psichiatria clinica e conoscenze specialistiche in ambito psicoterapeutico (psicoterapia comportamentale, cognitiva, psicodinamica, familiare, ecc). In Slovenia purtroppo non esiste ancora una legge che disciplini l'attività psicoterapeutica e definisca degli standard per gli psicoterapeuti, per cui l'attività potrebbe essere svolta anche da persone senza le conoscenze necessarie.

34. Lavoro

L'esercizio dei diritti di cittadinanza comprende la promozione per tutti di occasioni di espressione, crescita e di autonomia economica. In questa ottica dunque il lavoro è un mezzo di sostentamento oltre che uno strumento di autorealizzazione, dove lavoro e guadagno sono punti di partenza e non di arrivo dei processi di inclusione sociale.

In questo paradigma la salute mentale svolge una funzione di facilitazione e di mediazione tra il mondo del lavoro e la persona con disturbo mentale. Resta aperta la questione del rapporto con il mercato del lavoro, all'interno della quale la nostra sfida è quella di proporre lavoro protetto in mercati non protetti. A partire da questo si è costruita la storia della cooperazione e delle imprese sociali che allude ad imprese che "creino valore sociale aggiunto", dove il carattere imprenditoriale economico convive, coesiste con la promozione dei diritti e la creazione di nuove reti e nuovi rapporti fra soggetti sociali.³⁰

35. Recovery

Questo termine inglese può significare oltre a guarigione

anche riprendersi, ristabilirsi, recuperare e in psichiatria più che a riferirsi all'esito clinico, riflette il processo soggettivo avviato ad un certo punto della storia personale, caratterizzato da un impegno attivo del paziente per riprendere un certo grado di controllo sulla propria vita e di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé perse a causa dei processi di depotenziamento e nonostante la presenza di un certo livello di sintomi.³¹

Si richiama qui il tema dell'ascolto del punto di vista del soggetto sofferente nella valutazione dei diversi aspetti della sua condizione umana, uno dei quali attiene al binomio salute-malattia. Il processo di recovery quindi si riferisce ad altre dimensioni dello sviluppo personale e non solo alla guarigione dai sintomi, a partire dal diritto all'autodeterminazione e a una prospettiva di vita. Un servizio di salute mentale orientato alla recovery deve garantire oltre alla dignità e la possibilità di esprimere le proprie preferenze anche opportunità e sostegni concreti ai bisogni fondamentali in modo da creare e mantenere le condizioni favorevoli ai percorsi di recovery degli "users".

36. Centro di salute mentale 24 ore

Il modello *CSM 24 ore* supera lo schema ambulatoriale proponendo un servizio altamente specializzato preposto all'accoglimento della domanda e alla presa in carico delle persone con problemi di salute mentale. Il *CSM 24 ore* è in grado di rispondere alla crisi, avendo a disposizione un numero adeguato di posti letto (da 6 a 8), attuando anche, ove necessario, i TSO presso la sua sede. L'ospitalità è attuata secondo i principi della contenzione zero e delle porte aperte e ha dimostrato di ridurre il ricorso ai Servizi psichiatrici ospedalieri (SPDC).

Il *CSM 24 ore* è responsabile del programma terapeutico delle persone prese in carico e garantisce, integrandosi con gli altri servizi del territorio, la continuità assistenziale e terapeutica.

Le principali funzioni e attività del *CSM 24 ore* sono: l'ac-

coglienza e l'analisi della domanda, la formulazione della diagnosi, la definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati attraverso un approccio integrato e ad accesso diretto, attività di raccordo con i medici di medicina territoriale e con le altre agenzie del territorio, quali il Servizio Sociale, l'Ater, etc. (Piano Regionale Salute Mentale, anni 2018-2020).

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. Ongaro Basaglia F., *Salute e Malattia. Le parole della medicina*, Torino, Ediesse, 1982.
2. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
3. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
4. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
5. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Firenze, AB edizioni, 2018.
6. Dell'Acqua G., Mezzina R., *Risposta alla Crisi. Servizi di Salute Mentale Trieste*, 1987.
7. Foucault M., *La medicalizzazione indefinita in "L'impazienza della Libertà"*, Milano, Feltrinelli, 2005.
8. Piccione R., *Manuale di Psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Roma, Bulzoni Editore, 1995.
9. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Milano, Franco Angeli, 2016.

10. Qualcosa è cambiato? Aiutare i giovani a rischio di psicosi, (a cura di) Mezzina R., Luchetta C., Minisini C., ASS n. 1 "Triestina", 2014.
11. Goffmann E., *Stigma*, Verona, Ombre Corte, 2003.
12. OMS, *Mental action plan* 2013.
13. Risoluzione sul programma nazionale per la salute mentale 2018-2028, *Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia*, Nr. 24/2018.
14. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità, metodi e pratiche*, Bari, Laterza, 2013.
15. Cendon P., *AmmSostegnoLinee guida*, www.ammstegno-lineeguida.it.
16. Silverman P.R., *I gruppi di mutuo aiuto*, Trento, Erickson, 2003.
17. Marsili M., "Médiateurs de santé/pairs" a Lille, Francia in Convegno "Impazzire si può", Trieste, 2015.
18. Gruppo Peer Support Trieste art.32, Convegno *Impazzire si può*, Trieste, 2015.
19. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, *Social determinants of mental health*, 2014.
20. L'Istituzione Inventata Almanacco 1971-2010, (a cura di) Rotelli F.
21. Del Giudice G., *...E tu slegalo subito*, Merano, Firenze, AB Edizioni, 2015.
22. WHO, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*, 2017.
23. Dell'Acqua P., *Fuori come va?*, Milano, Feltrinelli, 2010.
24. Gli operatori sociali nel welfare mix. Privatizzazione, pluralizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo: il futuro del servizio sociale?, a cura di Donati P e Folgheraiter F, Trento, Erickson, 2013.
25. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report*, 2002.
26. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*. Firenze, AB edizioni, 2018.
27. Piccione R., Di Cesare G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*. Firenze, AB edizioni, 2018.
28. Rotelli F., *Ri-abilitare la riabilitazione*. www.triestesalutementali.it/letteratura. Scritti sull'esperienza triestina, 1993.
29. Rotelli F., *Ri-abilitare la riabilitazione*. www.triestesalutementali.it/letteratura. Scritti sull'esperienza triestina, 1993.
30. Saraceno B., *Sulla povertà della psichiatria*, Roma, Derive approdi, 2017.
31. *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, (a cura di) Maone A., D'Avanzo B., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2015.