

Guida agli interventi mhGAP

per i disturbi psichici, neurologici e da uso
di sostanze in contesti non specialistici

Versione 2.0



Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016 con il titolo "mhGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) - Version 2.0".

© **World Health Organization 2016**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha concesso i diritti di traduzione in lingua italiana al Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) dell'Azienda Sanitaria Universitaria integrata di Trieste (ASUITs), Centro Collaboratore dell'OMS per la ricerca e la Formazione in Salute Mentale, e all'Associazione Oasi Maria SS.-IRCCS di Troina, Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e il Training in Neuroscienze, i quali saranno i soli responsabili della qualità e della fedeltà all'originale della versione italiana. In caso di incongruenze tra l'edizione in lingua inglese e l'edizione in lingua italiana, farà fede e sarà ritenuta attendibile la sola edizione in lingua inglese.

Guida agli Interventi mhGAP per i disturbi psichici, neurologici e da uso di sostanze in contesti non specialistici

© Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUITs), di Trieste, Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale (2018) Via Weiss 5 - 34127 Trieste - Italia, who.cc@asuits.sanita.fvg.it

© Associazione Oasi Maria SS./Oasi Research Institute-IRCCS, Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e il Training in Neuroscienze (2018) - Via Conte Ruggero, 73 94018 Troina (EN) - Italia, dir.scien@oasi.en.it.

Edizione italiana a cura di:
Roberto Mezzina, Valentina Botter, Claudia Fantuzzi
(Dipartimento di salute Mentale, Trieste)
Maurizio Elia, Rosa Di Giorgio, Eleonora Di Fatta
(Oasi Research Institute-IRCCS, Troina)

Impaginazione grafica a cura di:
La Collina - Società Cooperativa Sociale Onlus Impresa Sociale (Trieste)
Studio Grafico Leonardo Arangio (Troina-EN)



Guida agli interventi mhGAP

per i disturbi psichici, neurologici e da uso
di sostanze in contesti non specialistici

Versione 2.0

mhGAP-IG 2.0 » Sommario

Prefazione	iii	» CPB	Cure e Pratiche di base	5
Ringraziamenti	iv	» MC	MasterChart	16
Introduzione	1	» DEP	Depressione	19
Come utilizzare la mhGAP-IG Versione 2.0	3	» PSI	Psicosi	33
		» EPI	Epilessia	51
		» DBA	Disturbi psichici e comportamentali in bambini e adolescenti	69
		» DEM	Demenza	93
		» DUS	Disturbi da Uso di sostanze	105
		» SUI	Autolesionismo/Suicidio	131
		» ALT	Altri disturbi significativi della salute mentale	141
			Implementazione della mhGAP-IG	151
			Glossario	159

mhGAP-IG 2.0 » Prefazione

I disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (MNS) risultano estremamente diffusi, e rappresentano un notevole carico in termini di malattia e disabilità su scala globale. Permane un notevole gap tra il potenziale e le risorse dei sistemi sanitari, tra ciò che urge nell'immediato e ciò che è effettivamente disponibile per ridurre il carico in termini di risorse. Approssimativamente 1 persona su 10 risulta portatrice di un disturbo di salute mentale, ma solo l'1% delle risorse umane impegnate in campo sanitario a livello mondiale fornisce cure per la salute mentale. I MNS interferiscono, in maniera sostanziale, con la capacità d'apprendimento dei bambini e con quella di funzionamento familiare, lavorativo e sociale in generale degli adulti.

Facendo proprio l'imperativo di fornire servizi alle persone portatrici di un MNS e ai loro carers, e per colmare il gap tra le risorse disponibili e il più ampio bisogno di questi servizi, il Dipartimento per la Salute Mentale e l'uso di sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato nel 2008 il programma mental health Gap Action Programme (mhGAP). Gli obiettivi chiave del mhGAP sono quelli di rafforzare l'impegno di governi, organizzazioni internazionali e altri portatori di interessi (stakeholders) al fine di incrementare le risorse finanziarie e umane destinate alla cura dei MNS e di raggiungere una maggiore copertura attraverso interventi chiave applicati in Paesi a basso e medio reddito. Attraverso questi obiettivi, il mhGAP ha fornito una guida e degli strumenti evidence-based per progredire verso il raggiungimento degli obiettivi del Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020.

Nel 2010, si è quindi sviluppata la Guida agli Interventi mhGAP per i disturbi MNS in contesti sanitari non specialistici (mhGAP-IG), per concorrere all'attuazione del programma mhGAP. La mhGAP-IG, semplice strumento tecnico basato sulle linee guida del programma mhGAP, fornisce esempi di gestione integrata dei più rilevanti disturbi MNS, presentando protocolli per guidare il processo della scelta clinica. Persiste la convinzione, largamente condivisa ma falsa, secondo la quale tutti gli interventi terapeutici in salute mentale sono complessi e attuabili soltanto da uno staff altamente specializzato.

Negli ultimi anni diverse ricerche hanno invece dimostrato la fattibilità dell'attuazione di interventi farmacologici e psicosociali in contesti sanitari non specialistici. Sin dalla sua distribuzione nel 2010, la mhGAP-IG è stata ampiamente utilizzata da un'ampia gamma di stakeholders, tra cui Ministeri della Salute, Istituzioni accademiche, ONG e altre fondazioni filantropiche e di ricerca, per potenziare i servizi per la salute mentale. La mhGAP-IG è utilizzata in più di 90 Paesi in tutte le sedi dell'OMS e i materiali del mhGAP sono stati tradotti in 20 lingue, comprese le 6 lingue ufficiali delle Nazioni Unite.

Cinque anni dopo la prima uscita della guida, sono stati apportati diversi aggiornamenti alle linee guida presenti nel mhGAP, basati su dati di letteratura via via emergenti, e nel 2015 sono state pubblicate linee guida mhGAP aggiornate. Siamo ora lieti di presentare la seconda versione della mhGAP-IG, che non solo contiene i suddetti aggiornamenti, ma anche dettagliati feedback provenienti "dal campo", atti ad aumentare chiarezza e fruibilità della guida.

Nelle nostre speranze questa guida continuerà ad essere uno strumento tecnico chiave per lo sviluppo delle cure per i disturbi MNS nel mondo, avvicinandoci al raggiungimento del traguardo della Copertura Sanitaria Universale.

Shekhar Saxena

Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Uso di Sostanze
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



**World Health
Organization**

mhGAP-IG 2.0 » Ringraziamenti

Visione e concettualizzazione

Shekhar Saxena, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO.

Coordinamento del progetto e editing

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Contributi

Materiali, supporto e consulenza sono stati forniti da uno staff di tecnici della sede centrale dell'OMS e dei suoi uffici regionali, nonché da esperti internazionali. Tutti i contributi, nel loro insieme, sono stati fondamentali per l'aggiornamento del mhGAP e/o la preparazione della Versione 2.0.

WHO Headquarters

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Uffici regionali e nazionali dell'OMS

Nazneen Anwar, Regional Office for South East Asia; Florence Baingana, WHO Sierra Leone; Andrea Bruni, Regional Office for Americas; Anderson Chimusoro, WHO Zimbabwe; Manuel de Lara, WHO Turkey; Bahtygul Karriyeva, WHO Turkmenistan; R Kesavan, WHO Liberia; Devora Kestel, Regional Office for Americas; Lars Foddgard Moller, Regional Office for Europe; Maristela Goldnadel Monteiro, Regional Office for Americas; Matthijs Muijen, Regional Office for Europe; Julius Muron, WHO Liberia; Sebastiana Da Gama Nkomo, Regional Office for Africa; Jorge Jacinto Rodriguez, Regional Office for Americas; Khalid Saeed, Regional Office for Eastern Mediterranean; Caroline Saye, WHO Liberia; Yutaro Setoya, WHO Fiji; Xiao Sobel, Regional Office for Western Pacific; Saydah Taylor, WHO Liberia; Salma Tlili, WHO Guinea; Xiangdong Wang, Regional Office for Western Pacific; Eyad Yanes, WHO Syria.

Esperti internazionali

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Supporto amministrativo

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Stagisti

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Revisori tecnici

I seguenti esperti hanno fornito commenti e feedback utili all'aggiornamento delle Linee Guida mhGAP e/o della mhGAP-IG V.2.0.

Albert Akpalu, College of Health Sciences, University of Ghana and Epilepsy Society of Ghana, Ghana; Sophia Achab*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Geneva, Switzerland; Emiliano Albanese*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/HUG, Geneva, Switzerland; Robert Ali*, Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA), WHO Collaborating Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems, University of Adelaide, Australia; Fredrick Altice, Yale University School of Medicine and School of Public Health, New Haven, USA; José Ayuso-Mateos, Universidad Autónoma de Madrid and CIBER, Spain; Corrado Barbui*, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, University of Verona, Italy; Gretchen Birbeck, Michigan State University, Michigan, USA; Anja Busse, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria; Vladimir Carli*, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; Sudipto Chatterjee*, Parivartan Trust and Sangath, India; Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Friendship Bench Project, Harare, Zimbabwe; Janice Cooper, Carter Center, Liberia; Wilhelmus (Pim) Cuijpers*, Vrije University, Amsterdam, Netherlands; Gauri Divan, Sangath, Goa, India; Christopher Dowrick*, Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, UK; Joshua Duncan, Building Back better Project, CBM, Sierra Leone; Julian Eaton*, CBM International, Togo and London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK; Rabih El Chammy, Ministry of Health,

Beirut, Lebanon; Peter Hughes, Royal College of Psychiatrists, UK; Asma Humayun*, Meditrina Health Care, Islamabad, Pakistan; Gabriel Ivbijaro*, Wood Street Medical Centre, London, UK; Nathalie Jette*, Hotchkiss Brain Institute and O'Brien Institute for Public Health, University of Calgary, Canada; Lynne Jones, National Health Service, UK; Marc Laporta, Department of Psychiatry, McGill Montreal, WHO PAHO Collaborating Center for Research and Douglas Mental Health University Institute, Montreal, Canada; Anita Marini, Cittadinanza NGO, Rimini, Italy; Farrah Mateen, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, USA; Zhao Min, Shanghai* Drug Abuse Treatment Centre, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China; Charles Newton*, Kenya Medical Research Institute, Kilifi, Kenya; Olayinka Omigbodun*, Centre for Child and Adolescent Mental Health (CCAMH), University College Hospital, Ibadan, Nigeria; Akwasi Osei*, Ministry of Health, Accra, Ghana; Amrita Parekh, Dasra, Mumbai, India; Alfredo Pemjean*, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chile; Hemamali Perera, Faculty of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Suicide Research and Prevention Center and Research Methods Consulting Center, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine and WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Huilongguan Hospital, Beijing, China; Martin Prince*, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, London, UK; Atif Rahman*, Institute of Psychology, Health & Society, University of Liverpool, Liverpool, UK; Richard Rawson*, University of California at Los Angeles Integrated Substance Abuse Programs, California, USA; Tahilia Rebello, Columbia University, USA; Rajesh Sagar, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Ley Sander, UCL Institute of Neurology, London, UK; Alison Schafer, World Vision, Nairobi, Kenya; Kunnukattil S Shaji, Government Medical College, Thrissur, India; Pratap Sharan*, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Vandad Sharifi Senejani,

Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Islamic Republic of Iran; Kolou Simliwa Dassa*, Ministry of Health, Lome, Togo; Leslie Snider, Peace in Practice, Amsterdam, Netherlands; Chhit Sophal, Ministry of Health, Cambodia; Jessica Maria-Violanda Spagnolo, School of Public Health, University of Montreal, Montreal, Canada; Emmanuel Streel, Public Mental Health and Substance Use Consultant, Belgium; Scott Stroup, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute, New York, USA; Athula Sumathipala, Keele University, UK; Kiran Thakur, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA; Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation, India; Graham Thornicroft* Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK; Mark Tomlinson, Stellenbosch University, South Africa; Nyan Tun, Yangon General Hospital, Myanmar; Carmen Valle, CBM, Freetown, Sierra Leone; Pieter Ventevogel, United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva, Switzerland; Inka Weissbecker*, International Medical Corps, Washington, USA; Mohammad Taghi Yasamy, Geneva, Switzerland; Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Suicide Prevention Centre, Chennai, India; Abe Wassie, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Addis Ababa University and Amanuel Hospital, Ethiopia.

* mhGAP Guideline Update Development Group Members

Ulteriori contributi sono stati forniti dai seguenti revisori attraverso ricerche pilota, feedback o discussioni emerse da focus group:

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Uganda; Robinah Alambuya, Uganda; Latifa Saleh Al Harbi, Saudi Arabia; Alaa Iddin Al Masri, Jordan; Laila Alnawaz, Turkey; Ebtisam Al Rowdhan, Saudi Arabia; Roseline Aposu, Nigeria; Manar Awwad,

Jordan; Raul Ayala, Mexico; Namsenmoh Aymar, Central African Republic; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Uganda; Rose Beaugrand, Sierra Leone; Tadu Bezu, Ethiopia; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Lebanon; Brian Byekwaso, Uganda; Jules Claude Casumba, South Sudan; Alice Clement, Nigeria; Gretel Acevedo de Pinzon, Panama; Barkon Dwah, Liberia; Mufumba Emmanuel, Uganda; Olivia Gabula, Uganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigeria; Kebeh Selma Gorpudolo, Liberia; Teen K. Grace, Nigeria; Georgina Grundy-Campbell, UK and Turkey; Esubalew Haile, South Sudan; Tayseer Hassoon, Syria; Mahmoud Hegazy, Turkey; Zeinab Hijazi, Lebanon; Fred Kangawo, Uganda; Sylvester Katontoka, Zambia; Fred Kiyuba, Uganda; Humphrey Kofie, Ghana; Moussa Kolie, Guinea; Samer Laila, Turkey; Richard Luvaluka, Uganda; Paul Lwevola, Uganda; Scovia Makoma, Uganda; João Marçal-Grilo, UK; Soo Cecilia Mbaidoove, Nigeria; Colette McInerney, Laos; Saeed Nadia, UK; Ruth Nakachwa, Uganda; Juliet Namuganza, Uganda; Emily Namulondo, Uganda; Margaret Namusobya, Uganda; Amada N. Ndorbor, Liberia; Sheila Ndyanabangi, Uganda; Joel Ngbede, Nigeria; Fred Nkotami, Uganda; Zacharia Nongo, Nigeria; Emeka Nwefoh, Nigeria; Philip Ode, Nigeria; Mary Ogezi, Nigeria; Martha Okpoto, Nigeria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigeria; Mapa H Puloka, Kingdom of Tonga; Muhannad Ramadan, Jordan; Nick Rose, UK; Brigid Ryan, Australia; Joseph s. Quoi, Liberia; Nidhal Saadoon, Turkey; Latifa Saleh, Kingdom of Saudi Arabia; Dawda Samba, Gambia; Nseizere Mitala Shem, Uganda; Michel Soufia, Lebanon; Shadrach J. Suborzu II, Liberia; Wafika Tafran, Syria; Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi, Turkey; Yanibo Terhemem C., Nigeria; Nongo Terseer, Nigeria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikeo, Laos; Joshua Tusaba, Uganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Sierra Leone; Abdulwas Yusufi, Ethiopia.

I seguenti esperti hanno contribuito alla revisione dell'aggiornamento delle Linee Guida mhGAP come revisori esterni:

Atalay Alem, Addis Ababa University, Ethiopia; Laura Amato, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; Satinder Aneja, Lady Hardinge Medical College, India; Pierre Bastin, Clinique Beaulieu, Switzerland; Gayle Bell, Institute of Neurology, University College London, UK; Donna Bergen, Rush University Medical Centre, Illinois, USA; José Bertolote, Botucatu Medical School, Brazil; Irene Bighelli, Verona University, Italy; Stephanie Burrows, Centre hospitalier de l'université de Montréal, Canada; Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), Brazil; Tony Charman, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience King's College, UK; Marek Chawarski, Yale School of Medicine, USA; Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Brazil; Carlos Felipe D'Oliveira, National Association for Suicide Prevention, Brazil; Kieren Egan, WHO Collaborating Centre for Mental Health, HUG, Switzerland; Eric Emerson, Centre for Disability Research and Policy, University of Sydney, Australia; Saeed Farooq, Department of Psychiatry, Lady Reading Hospital, Pakistan; Melissa Gladstone, University of Liverpool, UK; Charlotte Hanlon, Addis Ababa University, Ethiopia; Angelina Kakooza, Makerere University, Uganda; Rajesh Kalaria, University of Newcastle, UK; Eirini Karyotaki, Vrije

University, Netherlands; Mark Keezer, University College London, UK; Nicole Lee, Turning Point, Australia; Valentina Lemmi, London School of Economics, UK; Harriet MacMillan, McMaster University, Canada; Carlos Martinez, Ministry of Health, Argentina; Daniel Maggin, University of Illinois, USA; Silvia Minozzi, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; Zuzana Mitrova, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; James Mugisha, National Association for Suicide Prevention, Uganda; Adesola Ogunniyi, University College Hospital, Nigeria; Denis Padruchny, Information and Training Centre of Psychiatry and Narcology, Belarus; Amrita Parekh, Public Health Foundation of India; Khara Sauro, University of Calgary, Canada; Shoba Raja, Basic Needs, India; Brian Reichow, Child Study Centre, Yale School of Medicine, USA; Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità, Italy; Suvasini Sharma, Lady Hardinge Medical College and associated Kalawati Saran Children's Hospital, India; Pratibha Singhi, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, India; Lorenzo Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza University of Rome, Italy; Wietse Tol, Peter Alderman Foundation, Uganda; Sarah Skeen, Stellenbosch University, South Africa; Manjari Tripathi, All India Institute of Medical Sciences, India; Ambros Uchtenhagen, University of Zurich, Switzerland; Chris Underhill, Basic Needs, UK; Anna Williams, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience King's College, UK.

Team di produzione

Graphic design and layout: Erica Lefstad

Coordinamento Stampa: Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin, WHO, Geneva.

Sostegno finanziario

Le seguenti organizzazioni hanno contribuito allo sviluppo e alla produzione della Guida agli interventi:

Autism Speaks, USA; CBM; Fountain House Inc.; Government of Japan; Government of the Republic of Korea; Government of Switzerland; National Institute of Mental Health, USA; Syngenta.

INTRODUZIONE

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) – Background

Secondo l'Atlante OMS per la Salute Mentale 2014, più del 45% della popolazione mondiale risiede in Paesi dove è presente meno di 1 psichiatra per 100,000 abitanti e dove ci sono ancor meno neurologi. È quindi evidente che basarsi sui soli specialisti per fornire servizi alle persone affette da disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (MNS) non consentirebbe a milioni di persone di accedere ai servizi di cui avrebbero bisogno. Anche quando disponibili, gli interventi spesso non sono né evidence-based né di alta qualità. Il programma mhGAP (mhGAP) è stato quindi sviluppato con l'obiettivo di potenziare le cure per i disturbi MNS.

L'approccio del mhGAP consiste nella presentazione di interventi evidence-based per la prevenzione e la gestione di condizioni MNS prioritarie, efficaci e estendibili ai Paesi a basso e medio reddito. I criteri utilizzati per definire prioritarie dette condizioni sono stati i seguenti: costituire un carico elevato (in termini di mortalità, morbilità e disabilità), comportare costi elevati e implicare violazioni dei diritti umani. Le condizioni prioritarie così individuate includono la depressione, la psicosi, l'autolesionismo/suicidio, l'epilessia, la demenza, i disturbi legati all'uso di sostanze e i disturbi psichici e comportamentali nei bambini e negli adolescenti. La Guida agli Interventi mhGAP (mhGAP-IG) è una risorsa per facilitare l'applicazione delle linee guida mhGAP in contesti sanitari non specialistici.

L'aggiornamento della mhGAP-IG Version 1.0 da parte sia degli stati membri dell'OMS che di altri stakeholders ha mostrato in modo chiaro e inequivocabile la necessità di un tale strumento operativo. La mhGAP-IG Version 1.0 ha trovato applicazione nei vari Paesi con modalità diverse: più comunemente come strumento chiave nella fase di approccio al processo di ampliamento dei servizi di salute mentale a livello regionale, nazionale e sovra nazionale; poi come strumento di costruzione di competenze per

un'ampia gamma di figure sanitarie professionali e para-professionali; infine come guida di riferimento per la formazione e l'aggiornamento pre e post-laurea di diverse professioni sanitarie.

Sviluppo della Guida agli Interventi mhGAP – Versione 2.0

L'aggiornamento delle linee guida contenute nel mhGAP, assieme ai feedback e alla valutazione della mhGAP-IG 1.0 da parte di coloro che l'hanno utilizzata, ha dato forma alla revisione e allo sviluppo di questa versione aggiornata della mhGAP-IG. Nel 2015 è stato definito e pubblicato l'aggiornamento completo delle linee guida del mhGAP, seguendo la stessa metodologia di sviluppo utilizzata dall'OMS. Tale metodologia include il processo di revisione delle evidenze scientifiche, di sintesi e di sviluppo di raccomandazioni attraverso la partecipazione di un panel di esperti e istituzioni internazionali con un consolidato bagaglio di esperienze, comprendente clinici, ricercatori, gestori di programmi, amministratori e utenti dei servizi. I dettagli sui metodi e sulle raccomandazioni aggiornate si possono trovare sul mhGAP Evidence Resource Centre. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Sono stati ricevuti feedback da esperti operanti in ogni regione dell'OMS che avesse utilizzato la Guida mhGAP-IG nei tre anni precedenti, sia per formare professionisti sanitari non specialisti che per realizzare servizi per i disturbi MNS in molti siti d'attuazione. Una bozza preliminare della Guida mhGAP-IG 2.0, costruita su informazioni ottenute sia da esperti sia sul campo, è stata quindi fatta circolare in un gruppo allargato di revisori, permettendo la raccolta di un'ampia varietà di opinioni in questo intenso processo di revisione. Questo processo ha permesso di incorporare rimandi provenienti da un ampio range di utilizzatori finali della Guida, inclusi operatori sanitari non specializzati e persone portatrici di un disturbo MNS di tutte le regioni OMS. I rimandi degli utilizzatori finali della Guida sono stati raccolti attraverso un

questionario e gruppi di discussione guidata coordinati dall'OMS. Anche le osservazioni dei revisori raccolte attraverso questo processo sono state incorporate nella Guida mhGAP-IG 2.0. Inoltre, molti utilizzatori della Guida mhGAP hanno rilevato il limite di avere soltanto un format cartaceo, suggerendo come versioni interattive elettroniche o supportate da internet (e-) o su cellulari (mobile -m) porterebbero benefici sia in termini di maggiore facilità di utilizzo e maggior funzionalità, sia in termini di risparmio economico. Per questo motivo la Guida mhGAP 2.0 è stata disegnata e progettata nell'intento di essere utilizzata in questi diversi domini: cartaceo, elettronico e su cellulare, ove la versione e-mhGAP-IG è attualmente in definizione e sarà presto utilizzabile.

Includendo questi estesi feedback, le linee guida mhGAP aggiornate nel 2015 e le nuove opportunità della versione elettronica, gli aggiornamenti chiave della Guida mhGAP-IG versione 2.0 comprendono:

- » Contenuti aggiornati in varie sezioni, basati sulle nuove evidenze scientifiche, feedback e raccomandazioni suggerite dagli utilizzatori del mhGAP.
- » L'utilizzo di modelli di algoritmi verticali, che permettono una valutazione clinica più semplice e agevole.
- » L'introduzione in tutti i moduli di nuovi algoritmi per il follow up.
- » L'inclusione di due nuovi moduli: Cure e pratiche di base (ovvero un aggiornamento del capitolo Principi Generali di Cura presente nella versione 1.0) e Modulo di attuazione.
- » La revisione del modulo Psicosi (che integra sia i disturbi psicotici che il disturbo bipolare), di quello inerente i Disturbi Mentali e Comportamentali nel bambino e nell'adolescente (comprendente i Disturbi dello Sviluppo, Comportamentali e Emozionali), e di quello dei Disturbi da Uso di Sostanze (che include sia i disturbi legati all'uso di alcol che quelli da uso di sostanze).

Utilizzo della Guida mhGAP-IG versione 2.0 Come usare la Guida mhGAP-IG versione 2.0

La Guida mhGAP-IG fornisce un modello generico che risulta essenziale adattare alla specifica situazione nazionale e locale. Gli utilizzatori della Guida possono selezionare un sottoinsieme di disturbi prioritari, o un sottoinsieme di trattamenti, per adattarli e implementarli, secondo le differenze contestuali nella prevalenza e nella disponibilità di risorse. L'adattare la Guida al contesto di applicazione è necessario per garantire che i disturbi che maggiormente contribuiscono al carico di malattia in un determinato Paese siano inclusi, e che la Guida mhGAP-IG 2.0 risulti appropriata per i fattori locali che influenzano la cura delle persone portatrici di un disturbo MNS nelle strutture sanitarie. Il processo di adattamento al contesto locale potrebbe essere utilizzato come un'opportunità per sviluppare il più ampio consenso su questioni tecniche inerenti ai vari disturbi, con il coinvolgimento dei principali stakeholders nazionali. L'adattamento alle situazioni locali comprende la traduzione linguistica e la verifica che gli interventi terapeutici proposti siano accettabili in quello specifico ambiente socio-culturale e appropriati per il sistema sanitario locale. La Guida mhGAP-IG è stata pensata per l'uso in contesti sanitari non specialistici, indirizzata a operatori che lavorano in strutture sanitarie di primo o secondo livello. Tali operatori possono essere medici di medicina generale, infermieri e altri operatori dell'assistenza sanitaria. Per quanto sia stata elaborata per un uso non specialistico, la Guida mhGAP-IG 2.0 può risultare utile anche agli specialisti. Questi ultimi, infatti, hanno un ruolo fondamentale e sostanziale nella formazione, nel supporto e nella supervisione, e la Guida mhGAP-IG 2.0 dà indicazioni sull'opportunità di rivolgersi agli specialisti per un consulto o una visita al fine di valorizzare al meglio l'esiguità delle risorse. Infine, gli specialisti possono trarre beneficio dai contenuti del programma inerenti aspetti di salute pubblica e organizzazione dei servizi. L'utilizzo ottimale della Guida mhGAP-IG 2.0 richiederebbe un'azione coordinata tra esperti di salute pubblica e amministratori, nonché l'intervento di specialisti dedicati con esperienza nel settore di salute pubblica. Ancora, il miglior modo di utilizzare la Guida mhGAP-IG 2.0 è all'interno di un approccio sistemico che coinvolga amministratori, manager e politici, affinché gli interventi proposti possano essere supportati attraverso la realizzazione delle necessarie infrastrutture e con opportune risorse, ad esempio la disponibilità di farmaci essenziali. I contenuti della Guida mhGAP-IG dovrebbero infine costituire una parte integrante del processo di supporto, formazione continua, supervisione e aggiornamento a favore degli operatori sanitari.

La Guida mhGAP-IG fornisce un modello generico che è essenziale adattare alla specifica situazione nazionale e locale. Gli utilizzatori della Guida possono selezionare un sottoinsieme di disturbi prioritari, o un sottoinsieme di trattamenti, per adattarli e implementarli, secondo le differenze contestuali.

- » La Guida mhGAP-IG 2.0 inizia con il modulo "Cure e pratiche di base", una raccolta di buone pratiche cliniche e linee guida generali per facilitare l'interazione tra operatori sanitari e persone che richiedano cure per la salute mentale. Tutti coloro che utilizzano questa Guida dovrebbero familiarizzare con questi principi e seguirli per quanto possibile.
- » La Guida mhGAP-IG comprende una "Master Chart" che fornisce informazioni sulle modalità comuni di presentazione delle più importanti condizioni e guida il clinico all'uso dei relativi moduli. La condizione clinica più severa va trattata per prima. La Guida mhGAP-IG 2.0 contiene una integrazione alla Master Chart: La presentazione dei principali disturbi MNS in situazioni d'emergenza. Questa sezione è stata aggiunta per facilitare l'individuazione di condizioni di emergenza e indirizzare alle linee guida per la loro gestione.
- » I moduli, organizzati secondo i singoli disturbi prioritari, sono uno strumento utile al processo di decisione e gestione clinica e terapeutica. Ciascun modulo ha una diversa colorazione per consentirne una più facile differenziazione. All'inizio di ciascun modulo si trova un'introduzione che spiega quale sia o quali siano i disturbi trattati e contiene una rapida sintesi descrittiva dei passaggi chiave della valutazione e della presa in carico dello stesso(i).
- » Ogni modulo è costituito da tre sezioni:

 **Valutazione**

 **Gestione**

 **Follow-up**

 **La sezione Valutazione** è presentata in una cornice di flowcharts con numerosi punti di decisione clinica. Ogni modulo inizia con la descrizione della comune presentazione della condizione clinica sospettata, cui segue una serie di domande inerenti la valutazione clinica. L'operatore, in base alla risposta affermativa o negativa, si sposta lungo la flowchart fino a raggiungere la valutazione clinica finale. Risulta fondamentale partire dall'inizio della valutazione e seguire ogni snodo decisionale proposto per ottenere una valutazione clinica e un progetto di cura esaustivi e completi.

 **La sezione Gestione** consta di suggerimenti su come gestire la specifica condizione clinica che è stata precedentemente valutata. Include inoltre specifici consigli su appropriati interventi psicosociali o farmacologici.

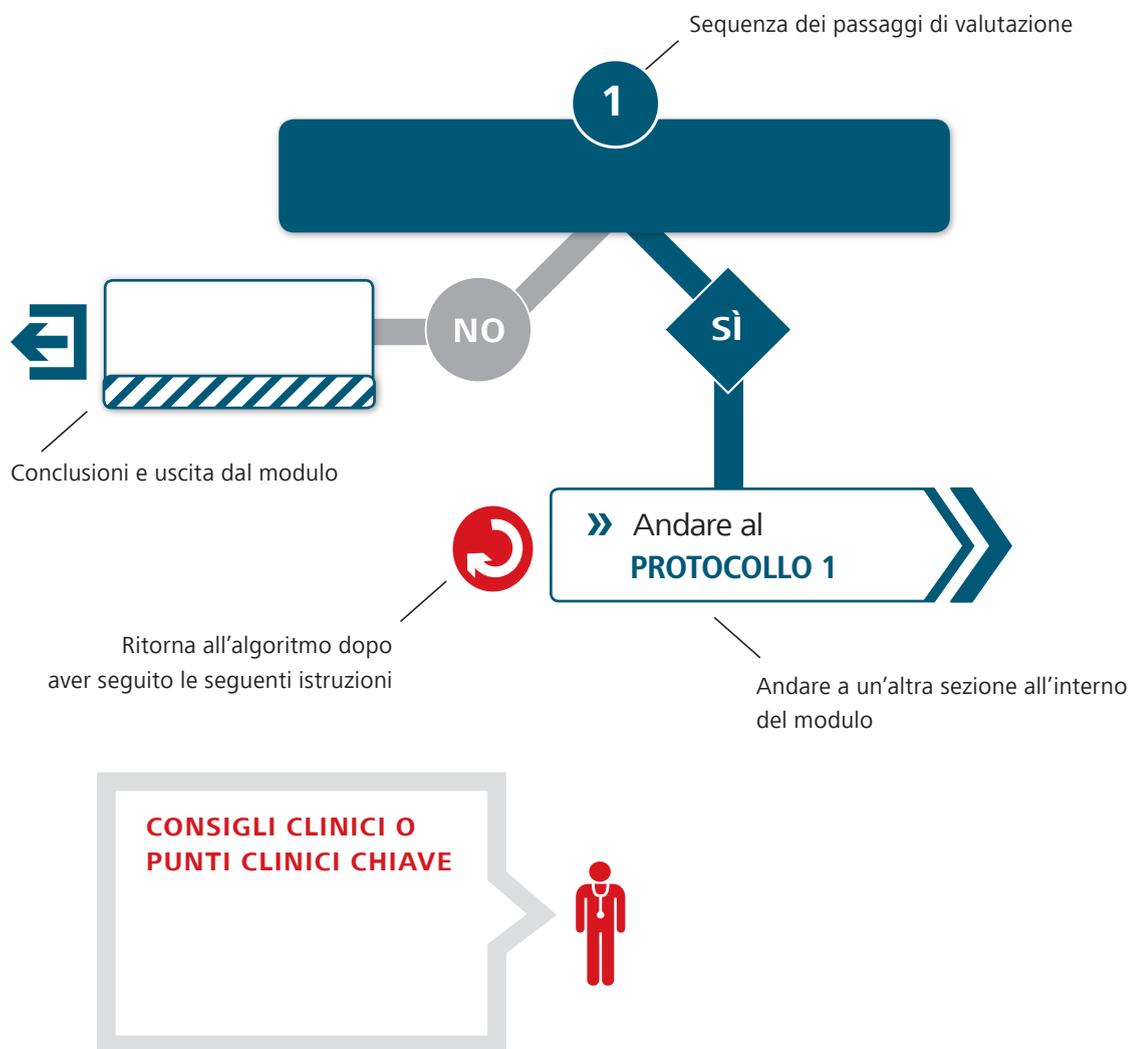
 **La sezione Follow-up** offre indicazioni su come mantenere la relazione clinica e istruzioni dettagliate sulla gestione del follow-up.

» La Guida mhGAP-IG 2.0 utilizza una serie di simboli per evidenziare aspetti rilevanti in ogni modulo. Nella pagina successiva è fornita una legenda dei diversi simboli. In diverse parti dei moduli, nodi focali sono evidenziati da punti clinici chiave.

» Inoltre è incluso il modulo Implementazione della mhGAP-IG, che fornisce indicazioni sintetiche sul come applicare la Guida.

» Alla fine della Guida è consultabile un glossario dei termini utilizzati nella Guida mhGAP-IG 2.0.

Legenda e simboli



Valutazione



Gestione



Follow-up



Rivolgersi all'ospedale



Farmaci



Intervento psicosociale



Consultare lo specialista



Bambini/adolescenti



Donne in età fertile, gravidanza o allattamento



Adulti



Anziani



ATTENZIONE



Evitare



Ulteriori informazioni

CURE E PRATICHE DI BASE

Il presente modulo delinea i principi di cura essenziali per tutte le persone che necessitano di assistenza sanitaria, incluse quelle portatrici di una condizione MNS, e per i loro carers. La prima sezione di questo modulo comprende i principi generali di assistenza clinica e si propone di promuovere il rispetto della privacy delle persone bisognose di assistenza per una condizione MNS, di favorire la costruzione di una buona relazione terapeutica tra operatore, utente e carers, di assicurare che l'assistenza sia fornita in un contesto non giudicante, non stigmatizzante e supportivo. La seconda sezione comprende i fondamenti della pratica clinica inerente la salute mentale, e ha lo scopo di illustrare agli operatori sanitari una visione d'insieme della valutazione e della gestione delle condizioni MNS in contesti sanitari non specialistici.

A. PRINCIPI GENERALI

- Utilizzare modalità comunicative efficaci
- Promuovere il rispetto e la dignità

B. FONDAMENTI DELLA PRATICA CLINICA IN SALUTE MENTALE

- Valutare la salute fisica
- Valutare la presenza di una condizione MNS
- Gestire la condizione MNS

A. PRINCIPI GENERALI

I. Utilizzare competenze comunicative efficaci

L'utilizzo di modalità comunicative efficaci permette di costruire prese in carico valide da parte degli operatori nei confronti di adulti, adolescenti e bambini con disturbi neurologici, psichici o da uso di sostanze (MNS). Si invita a considerare i seguenti punti per una comunicazione efficace:

INDICAZIONE 1

Creare un ambiente che faciliti una comunicazione aperta

- » Incontrare la persona in uno spazio protetto, ove possibile
- » Essere accoglienti e porsi in una maniera culturalmente adeguata alla persona
- » Mantenere il contatto visivo ed utilizzare un linguaggio corporeo ed espressioni facciali che facilitino la costruzione di un rapporto di fiducia
- » Spiegare che le informazioni raccolte durante la visita rimarranno confidenziali, e non saranno condivise senza il permesso della persona
- » In caso di presenza di un carer, chiedere di poter parlare solo con l'utente (tranne nel caso di minori) e ottenere il consenso da quest'ultimo prima di condividere informazioni cliniche
- » Quando si visita una giovane donna è opportuno considerare la presenza di un'altra operatrice, o di un carer

INDICAZIONE 2

Coinvolgere la persona

- » Coinvolgere la persona (e con il suo consenso le persone per lei di riferimento o i suoi familiari) in ogni singolo aspetto della valutazione e della gestione del disturbo. Tale principio si applica anche ai bambini, agli adolescenti e alle persone anziane.

INDICAZIONE 3

Iniziare dall'ascolto

- » Ascoltare attivamente, in modo empatico e sensibile
- » Permettere alla persona di esprimersi senza interromperla
- » Se la storia presenta dei punti poco chiari, chiedere pazientemente di chiarirli
- » Se si tratta di bambini, utilizzare un linguaggio a loro comprensibile, ad esempio, informarsi sui loro interessi (giochi, amici, scuola, etc.)
- » Se si tratta di adolescenti, trasmettere comprensione per i loro sentimenti e le situazioni vissute

INDICAZIONE 4

Essere costantemente amichevoli, rispettosi e non giudicanti

- » Essere sempre rispettosi
- » Non giudicare le persone per i propri comportamenti o per il loro aspetto
- » Mantenere la calma ed essere pazienti.

INDICAZIONE 5

Utilizzare un linguaggio verbale efficace

- » Utilizzare un linguaggio semplice, essere chiari e concisi
- » Utilizzare domande aperte, riassumendo e chiarendo le affermazioni
- » Sintetizzare e ripetere le questioni cruciali
- » Permettere alla persona di chiedere chiarimenti rispetto alle informazioni fornite

INDICAZIONE 6

Rispondere con sensibilità alla condizione da parte della persona di esperienze private difficili (ad esempio episodi di aggressione sessuale o fisica, o di autolesionismo)

- » Mostrarsi ancora più sensibili quando si affrontano temi difficili
- » Ricordare alla persona che le sue parole rimarranno confidenziali
- » Riconoscere che per la persona può essere difficile rivelare alcune esperienze traumatiche

II. Promuovere rispetto e dignità

Le persone portatrici di una condizione MNS dovrebbero sempre essere trattate nel pieno rispetto della loro dignità e in modo consono al loro livello culturale. In qualità di operatore sanitario, ciascuno dovrebbe fare ogni sforzo utile a far rispettare e promuovere la volontà e le scelte delle persone con una MNS e a coinvolgere nella maniera più inclusiva possibile i loro carers. Spesso le persone con una condizione MNS sono più soggette alla violazione dei propri diritti umani. Risulta perciò essenziale che nei setting di cura gli operatori promuovano i diritti delle persone con MNS, rifacendosi anche alle indicazioni sugli standard internazionali dei diritti umani, contenute nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)*.

*Per maggiori informazioni inerenti la CRPD: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Da fare

- » Trattare le persone con una condizione MNS con rispetto e dignità
- » Tutelare la riservatezza delle informazioni inerenti persone con una condizione MNS
- » Assicurare la privacy nei setting clinici
- » Fornire sempre informazioni e spiegazioni inerenti il trattamento proposto, i suoi rischi e benefici, possibilmente in forma scritta.
- » Assicurarsi che le persone forniscano un consenso informato al trattamento.
- » Promuovere l'autonomia di vita e l'indipendenza all'interno della comunità di appartenenza
- » Fornire alle persone con una condizione MNS la possibilità di decidere, eventualmente supportandole

Da evitare

- » Non discriminare le persone portatrici di una condizione MNS
- » Non ignorare le priorità e le volontà delle persone portatrici di una condizione MNS
- » Non prendere decisioni al posto di o per conto di persone con una condizione MNS
- » Non utilizzare un linguaggio tecnico o specialistico nell'illustrare i trattamenti proposti

B. FONDAMENTI DELLA PRATICA CLINICA IN SALUTE MENTALE

I. Valutare la salute fisica

Le persone con un disturbo MNS sono a maggior rischio di morte prematura legata a patologie prevenibili ed è quindi molto importante che esse ricevano una valutazione delle condizioni fisiche di salute all'interno di una valutazione globale del loro stato. È importante assicurarsi di raccogliere un'appropriate anamnesi personale, sia sulle condizioni fisiche sia su quelle MNS, a questa far seguire un'accurata raccolta delle informazioni inerenti a eventuali patologie concomitanti e infine fornire indicazioni su misure di prevenzione della salute. Queste azioni vanno messe in campo dopo aver acquisito dalla persona il consenso informato.

Valutazione della salute fisica

- » **Raccogliere una dettagliata anamnesi sulle condizioni fisiche e i fattori di rischio.** Sedentarietà, dieta inappropriata, tabagismo, consumo dannoso di alcol e/o sostanze, comportamenti a rischio, patologie croniche.
- » **Effettuare un esame obiettivo.**
- » **Considerare ogni possibile diagnosi differenziale.** Escludere condizioni fisiche che possano sottendere una condizione MNS attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo e i test laboratoristici disponibili considerati necessari.
- » **Identificare eventuali comorbidità.** In molti casi la persona può presentare più di una condizione MNS contemporaneamente. È di fondamentale importanza valutare tali situazioni e gestirle in modo appropriato.

PUNTI CLINICI CHIAVE:

Le persone con un disturbo mentale grave sono da 2 a 3 volte a maggior rischio di morire a causa di malattie prevenibili quali patologie infettive e dell'apparato cardiovascolare. Focalizzarsi nel ridurre tale rischio durante gli interventi di educazione alla salute e monitoraggio.



Gestione della salute fisica

- » Trattare le patologie in comorbidità che si manifestano contemporaneamente al disturbo MNS. Rivolgersi a/consultare uno specialista se necessario.
- » Fornire suggerimenti utili a modificare eventuali fattori di rischio al fine di prevenire la patologia e promuovere uno stile di vita più sano.
- » Per conservare lo stato di salute delle persone con una condizione MNS, gli operatori sanitari dovrebbero:
 - informare sull'importanza dell'attività fisica e di una dieta sana
 - educare rispetto all'uso pericoloso di bevande alcoliche
 - incoraggiare la persona a smettere di fumare o fare uso di sostanze dannose
 - fornire suggerimenti su comportamenti a rischio (ad es. rapporti sessuali non protetti)
 - invitare a eseguire regolari controlli di salute e vaccinazioni
 - preparare le persone ai cambiamenti legati ai diversi momenti della vita, quali ad es. la pubertà e la menopausa, fornendo il necessario supporto
 - discutere di pianificazione della gravidanza e dei metodi contraccettivi con le donne in età fertile

II. Condurre la valutazione di una condizione MNS

Il processo di valutazione di una condizione MNS prevede i seguenti passaggi. Per prima cosa, l'analisi del disagio riportato, successivamente la raccolta dell'anamnesi, che include la raccolta delle informazioni inerenti le caratteristiche di presentazione della condizione MNS, dei problemi di salute generali, della presenza di una condizione MNS nella storia familiare e della storia psicosociale, infine, l'osservazione della persona (Mental Status Exam), la valutazione delle possibili diagnosi differenziali, e l'individuazione di una condizione MNS. Come parte integrante della valutazione, effettuare un esame obiettivo fisico e gli esami di laboratorio necessari. La valutazione va condotta ottenendo il consenso informato dalla persona.



RACCOLTA DELLA STORIA

1 Disagio riportato

- Il sintomo principale o la ragione che ha portato la persona a chiedere aiuto.
- » Indagare quando, perché e come è iniziato.
- » In questa fase risulta importante raccogliere il maggior numero possibile di informazioni riguardo la situazione della persona e i sintomi riportati.

2 Storia della condizione MNS

- » Indagare l'eventuale presentazione di una situazione simile in passato, presenza di ricoveri in ambiente psichiatrico, prescrizione di psicofarmaci per una condizione MNS, presenza di tentativi di suicidio.
- » Rilevare l'uso di alcol, tabacco o sostanze tossiche.

3 Anamnesi fisica generale

- » Informarsi rispetto alla presenza di problemi di salute fisica e all'assunzione di farmaci.
- » Stilare una lista dei farmaci assunti.
- » Indagare la presenza di allergie a farmaci.

4 Storia familiare rispetto a condizioni MNS

- » Indagare la presenza di una condizione MNS all'interno della famiglia, o la presenza di sintomi simili, o di prescrizioni di farmaci per una condizione MNS.

5 Storia psicosociale

- » Indagare la presenza di fattori stressanti attuali, dei modi di fronteggiarli e di supporto sociale.
- » Esplorare l'attuale livello di funzionamento sociale e lavorativo (funzionamento della persona a casa, al lavoro, nelle relazioni).
- » Ottenere informazioni di base quali residenza, livello di scolarizzazione, esperienze di formazione/lavorative, stato civile e numero/età di eventuali figli, status economico e condizioni abitative.

Per i bambini e gli adolescenti, se c'è un carer che si occupa di loro ed eventualmente informarsi sulla natura e la qualità del rapporto con esso.

Se si sospetta una condizione MNS,
andare allo specifico modulo(i) per la
valutazione



VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE MNS

- 1 Esame obiettivo**
 - » Condurre una valutazione fisica mirata, guidata dalle informazioni raccolte durante la valutazione della condizione MNS.
- 2 Mental Status Examination (MSE) Valutazione della condizione psichica***
 - » Rilevare e osservare l'atteggiamento e l'aspetto della persona, le sue emozioni e il suo umore, il contenuto dei suoi pensieri, le eventuali dispercezioni, l'assetto cognitivo. Per maggiori dettagli sulla sintomatologia, consultare la Master Chart (MC).
- 3 Diagnosi differenziale**
 - » Considerare la diagnosi differenziale ed escludere patologie che hanno sintomi di presentazione simili.
- 4 Indagini di laboratorio di base**
 - » Richiedere indagini di laboratorio quando indicato, e possibile, in particolare modo per escludere cause somatiche della condizione.
- 5 Identificare la condizione MNS**
 - » Identificare la condizione MNS utilizzando il modulo(i) appropriato(i).
 - » Valutare la presenza concomitante di un'altra condizione/sintomo MNS (riferirsi alla Master Chart).
 - » Seguire gli appropriati algoritmi di gestione e gli opportuni protocolli di trattamento.



CONSIGLI CLINICI

Una volta sospettata una condizione MNS, valutare sempre il rischio di gesti autolesivi/suicidio (» SUI)

*La valutazione della condizione psichica (MSE) nella forma adattata per non specialisti dovrebbe includere la valutazione dei seguenti aspetti: Aspetto e Comportamento: sintomi e segni inerenti il modo peculiare della persona di apparire e agire; Umore e emotività: sintomi e segni inerenti la regolazione e l'espressione di emozioni e sentimenti; Contenuto del pensiero: sintomi e segni inerenti il soggetto/contenuto dei pensieri, inclusi i deliri, la paranoia, la sospettosità e l'ideazione suicidaria; Disturbi della percezione; Cognitività: sintomi, segni e reperti clinici indicativi di un disturbo delle abilità intellettive e dei processi correlati all'attenzione, alla memoria, alla capacità di giudizio, ragionamento e comprensione, a quella di prendere decisioni e all'integrazione di queste diverse funzioni.

III. Gestire le Condizioni MNS

Terminata la valutazione, seguire gli algoritmi di gestione del disturbo MNS della mhGAP-IG. I punti chiave del processo di gestione sono contenuti nel riquadro sottostante.



GLI STEP PER LA GESTIONE DELLE CONDIZIONI MNS

La maggior parte delle condizioni MNS sono croniche e richiedono un monitoraggio e un follow-up a lungo termine.

La gestione di un disturbo MNS nel tempo comprende i seguenti passaggi.

- 1 Pianificazione del trattamento in collaborazione con la persona e i suoi carers.**



CONSIGLI CLINICI

La pianificazione di un trattamento scritto dovrebbe includere:

- Gli interventi psicofarmacologici, se previsti
- Gli interventi psicosociali, se previsti
- Eventuali ricoveri/consulti
- La pianificazione del follow-up
- La gestione di ogni altra patologia fisica o condizione MNS concomitante

- 2** È opportuno offrire sempre alla persona e ai suoi carers interventi di **sostegno psicosociale**.
- 3** **Trattare** il disturbo MNS **farmacologicamente** quando indicato.

- 4** **Riferirsi** allo specialista o alla struttura ospedaliera quando indicato e possibile.

- 5** Assicurarsi di un'opportuna pianificazione del **follow-up**.

- 6** **Lavorare congiuntamente ai carers e ai familiari** per supportare la persona con un disturbo MNS.

- 7** **Incoraggiare fortemente i legami/contatti** con il settore lavorativo e educativo, con i servizi sociali e con ogni altro settore rilevante.

- 8** Adattare la pianificazione degli interventi alle **popolazioni con bisogni specifici**.

1 Pianificazione della presa in carico

- » Discutere e definire obiettivi della presa in carico che rispettino la volontà e le preferenze sui trattamenti.
- » Coinvolgere i carers dopo aver ottenuto il consenso della persona.
- » Incoraggiare la consapevolezza rispetto ai sintomi e spiegare quando è necessario cercare urgentemente assistenza.

2 Interventi psicosociali

A. Psicoeducazione

Fornire informazioni alla persona riguardo la condizione MNS, includendo:

- » Le caratteristiche del disturbo, ll'evoluzione attesa e l'esito.
- » I trattamenti disponibili per la condizione e i benefici attesi.
- » La durata del trattamento.
- » L'importanza dell'aderenza al trattamento e di ciò che la persona può fare per seguirlo attivamente (es. : assumere i farmaci, mettere in pratica tecniche psicologiche efficaci quali gli esercizi di rilassamento), compreso il supporto dei carers per assicurare un trattamento corretto.
- » I potenziali effetti collaterali (a breve e lungo termine) di tutti i farmaci prescritti che la persona (e i suoi carers) devono monitorare.
- » Il possibile coinvolgimento di assistenti sociali, case managers, operatori sanitari della comunità, o altri soggetti significativi presenti nel contesto sociale.
- » Per informazioni specifiche su ciascuna condizione MNS riferirsi al modulo(i) pertinente(i).

B. Ridurre lo stress e potenziare il sostegno sociale

Ricerca e tentare di ridurre i fattori psicosociali stressanti:

- » Identificare e discutere delle problematiche psicosociali rilevanti che impattino sulla persona e/o sulla sua esistenza, includendo, tra l'altro, problematiche relazionali o familiari, questioni lavorative/occupazionali/di sostentamento, alloggio, gestione economica, accesso alle misure di sicurezza di base e ai servizi essenziali, stigmatizzazione, discriminazione ecc.
- » Assistere la persona nella gestione dello stress discutendo metodi quali ad esempio le tecniche di problem solving.
- » Valutare e prendere in carico tutte le situazioni di maltrattamento e abuso (ad es : la violenza domestica) o di abbandono (ad es nei confronti di minori e anziani). Discutere con la persona della possibilità di rivolgersi alle forze dell'ordine o a organismi formali o informali deputati alla sicurezza e alla protezione. Contattare enti legali e risorse della comunità quando appropriato.
- » Identificare i familiari di supporto e coinvolgerli il più possibile e nel modo più appropriato.
- » Potenziare il supporto sociale e cercare di ripristinare i contatti presenti nel contesto sociale della persona.
- » Identificare eventuali attività interrotte che potrebbero, una volta rilanciate, portare un sostegno sociale diretto o indiretto, quali ad esempio le riunioni familiari, la frequentazione del vicinato, le attività di partecipazione alla vita comunitaria e religiosa, ecc.).
- » Insegnare metodologie di gestione dello stress quali ad esempio le tecniche di rilassamento.

C. Promuovere la prosecuzione delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita comunitaria

- » Sostenere la persona affinché continui il più possibile a svolgere regolarmente attività sociali, formative e occupazionali.
- » Facilitare l'inclusione in impieghi retribuiti.
- » Offrire training sulle attività di base, e/o sociali, se necessario.

D. Interventi psicologici

I trattamenti psicologici sono interventi che richiedono abitualmente un tempo d'applicazione prolungato, e tendono ad essere erogati da specialisti formati ad hoc. Ciononostante, possono essere forniti anche da operatori non specializzati ma adeguatamente formati e supervisionati, o attraverso tecniche di auto-aiuto guidate (ad es. con l'uso di programmi informatizzati inerenti la salute mentale o attraverso testi riguardanti l'auto-aiuto e lo sviluppo personale).

Gli interventi elencati più sotto sono brevemente descritti nel glossario.

<u>Esempi d'intervento</u>	<u>Raccomandato per</u>
Attivazione comportamentale	DEP
Tecniche di rilassamento	DEP
Tecnica del Problem Solving	DEP
Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT)	DEP,DBA,DUS,PSI
Terapia di gestione della contingenza	DUS
Terapia o counseling familiare	PSI,DUS
Terapia interpersonale (IPT)	DEP
Terapia motivazionale	DUS
Formazione sulle competenze genitoriali	DBA

3 Interventi farmacologici

- » Seguire le indicazioni psicofarmacologiche di ciascun modulo.
- » Ricorrere all'intervento farmacologico quando disponibile e indicato nell'algoritmo gestionale e nella tabella allegata.
- » Nel selezionare il farmaco appropriato, considerare il profilo degli effetti collaterali (a breve e lungo termine), l'efficacia di trattamenti pregressi, le interazioni tra farmaci diversi e tra farmaci e patologia.
- » Consultare il Prontuario farmaceutico nazionale o se del caso il Prontuario stilato dall'OMS.
- » Informare la persona riguardo i rischi e i benefici del trattamento, i potenziali effetti collaterali, la durata della terapia e l'importanza di un'adeguata compliance.
- » Particolare prudenza va esercitata nella prescrizione farmacologica a popolazioni con bisogni specifici, quali anziani, soggetti con patologie croniche, donne in gravidanza o allattamento e bambini/adolescenti. Consultare eventualmente uno specialista.

4 Quando consultare uno specialista o rivolgersi a un ospedale

- » Porre particolare attenzione a situazioni che potrebbero richiedere la consulenza di uno specialista o di una struttura ospedaliera, ad esempio, in caso di mancata risposta al trattamento, di comparsa di gravi effetti collaterali dopo una terapia farmacologica, di comorbidità con patologie fisiche e/o condizioni MNS, di rischio di auto lesionismo o suicidio.

5 Follow-up

- » Programmare una visita di controllo dopo la valutazione iniziale.
- » Dopo ciascuna visita, fissare un incontro di follow-up, incoraggiando la continuità della persona. Fissare l'incontro in una data e orario comodi per operatore e persona.
- » **Programmare le prime visite di follow-up in modo ravvicinato, fintanto che non vi sia una iniziale risposta al trattamento.** Quando la sintomatologia comincia a migliorare, fissare visite di controllo meno frequenti ma a cadenza regolare.
- » **Ad ogni visita di controllo valutare:**
 - La risposta al trattamento, gli effetti collaterali dei farmaci, la compliance alla terapia psicofarmacologica e agli interventi psicosociali.
 - Lo stato di salute generale (assicurarsi di monitorare regolarmente lo stato di salute).
 - La cura di sé (ad es.: dell'alimentazione, dell'igiene e della cura personale) e il livello di funzionamento della persona nel proprio contesto.
 - Le istanze psicosociali e/o i cambiamenti nelle condizioni di vita che possano avere un impatto nella presa in carico.
 - La comprensione e le aspettative della persona e dei suoi carers rispetto al trattamento. Correggere le convinzioni errate.
- » **Durante l'intero periodo di follow-up:**
 - Riconoscere ogni progresso verso il raggiungimento degli obiettivi del trattamento e rinforzare la compliance.

- Mantenere regolari contatti con la persona (e, se appropriato, con i suoi carers). Se possibile, individuare un membro della comunità, o una persona di fiducia, per supportare la persona (ad es. un membro della famiglia).
- Spiegare alla persona che può rivolgersi alla struttura sanitaria ogni qualvolta ce ne sia bisogno (ad es: comparsa di effetti collaterali da farmaci, etc.).
- Pianificare strategie da attuare nel caso la persona non si presenti agli appuntamenti.
- Mobilitare le risorse familiari e comunitarie per riprendere i contatti con le persone che non seguano regolarmente il follow-up.
- Rivolgersi a uno specialista se i sintomi della persona non migliorano o peggiorano.
- Documentare nel fascicolo clinico i passaggi salienti dell'interazione relazionale con la persona e i suoi carers.

- » **Riferirsi alla sezione Gestione (presa in carico) dei moduli pertinenti per informazioni sul follow-up relativo a ciascun disturbo specifico.**

6 Coinvolgere i carers

- » Quando opportuno, e con il consenso della persona, coinvolgere nel percorso di cura familiari e persone della rete sociale.
- » Riconoscere le difficoltà nell'occuparsi di una persona che soffre di una condizione MNS.
- » Spiegare ai carers l'importanza del rispetto della dignità e dei diritti della persona che soffre di una MNS.
- » Rilevare l'impatto psicosociale sui carers.
- » Valutare i bisogni dei carers al fine di assicurare loro il necessario supporto e le risorse per proseguire la vita familiare, lavorativa, sociale e per occuparsi dei propri bisogni di salute.
- » Incoraggiare la partecipazione a gruppi di auto-aiuto e di supporto ai familiari, ove presenti.
- » Con il consenso della persona, tenere aggiornati i carers sullo stato di salute di quest'ultima, includendo informazioni inerenti la valutazione, il trattamento, il follow-up e i potenziali effetti collaterali della terapia.

7 Rete con altri settori

- » Al fine di assicurare una presa in carico globale dopo l'iniziale valutazione, sostenere la persona nel mantenere legami lavorativi, formativi, con i servizi sociali (anche per problematiche di alloggio) e con ogni altro ambito rilevante.

8 Popolazioni con bisogni specifici

BAMBINI/ADOLESCENTI

- » Esplorare l'esposizione a eventi traumatici quali la violenza e l'incuria, che possono avere un impatto sulla salute mentale e sul benessere.
- » Valutare i bisogni espressi dai carers.
- » Prendere in carico anche gli adolescenti che si presentano da soli, senza genitori o tutori, a chiedere aiuto. Far compilare all'adolescente un consenso informato al trattamento.
- » Offrire ai bambini e agli adolescenti uno spazio privato di espressione.
- » Adattare la comunicazione a un livello comprensibile per i bambini e gli adolescenti.
- » Esplorare le risorse disponibili nella famiglia, la scuola e la comunità.

GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

- » Nelle donne in età fertile esplorare:
 - eventuale allattamento al seno
 - eventuale stato di gravidanza
 - la data dell'ultima mestruazione, se incinta
- » Contattare un servizio materno infantile per stabilire un piano adeguato di presa in carico.
- » Prendere in considerazione la consulenza di uno/a specialista in salute mentale, se disponibile.
- » Vagliare con prudenza gli interventi farmacologici: verificare i possibili effetti teratogenici e il passaggio del farmaco nel latte materno. Consultare al bisogno uno specialista.

ANZIANI

- » Ricercare soluzioni agli eventi psicosociali stressanti per la persona, nel rispetto del bisogno di autonomia.
- » Identificare e trattare i concomitanti problemi di salute fisica e prendere in carico le disabilità sensoriali (deficit visivi o acustici) utilizzando dispositivi appropriati (ad es.: lenti d'ingrandimento o protesi acustiche).
- » Utilizzare posologie inferiori di farmaci.
- » Prevedere l'aumentato rischio di interazioni farmacologiche.
- » Vagliare i bisogni dei carers.

MASTER CHART

Quadro generale delle Condizioni MNS prioritarie

1. Le seguenti presentazioni tipiche indicano la necessità di una valutazione.
2. Se la persona presenta caratteristiche tipiche di più condizioni, è necessario valutare tutte le patologie rilevanti.
3. Ciascuna condizione può riferirsi ad ogni fascia d'età, quando non diversamente specificato.
4.  In caso di situazioni di emergenza consultare la tabella a pag. 18.

PRESENTAZIONE TIPICA

CONDIZIONI PRIORITARIE

- » Sintomi fisici multipli e persistenti senza una chiara causa
- » Basso livello di energia vitale, astenia, disturbi del sonno
- » Tristezza pervasiva o depressione dell'umore, ansia
- » Perdita di interesse o di piacere in attività solitamente piacevoli

DEPRESSIONE (DEP)

- » Marcato cambiamento comportamentale, che porta a trascurare le consuete responsabilità relative a lavoro, scuola, attività domestiche o sociali
- » Agitazione, comportamenti aggressivi, diminuzione o aumento dell'attività
- » Fissazioni e false credenze non condivise da altre persone appartenenti alla stessa cultura
- » Sentire voci o vedere cose che non esistono
- » Mancanza di consapevolezza dei problemi mentali presenti

PSICOSI (PSI)

- » Movimenti convulsivi o accessi/crisi
- » Durante la convulsione: o disturbo della coscienza, impassibilità, rigidità, morso della lingua, ferite, incontinenza urinaria o fecale
- » Dopo la convulsione: astenia, fiacchezza, sonnolenza, stato confusionale, comportamento anomalo, cefalea, dolori muscolari, indebolimento di un lato del corpo

EPILESSIA (EPI)

Bambino/adolescente, visitato per disturbi fisici o per una valutazione clinica generale, che presenti:

- » Problemi di sviluppo, emotivi o comportamentali (ad es.: disattenzione, iperattività, comportamenti stereotipati di sfida, disobbedienza o aggressività)
- » Fattori di rischio quali malnutrizione, abusi/trascuratezza, frequenti malattie, patologie croniche (ad es.: HIV/AIDS o un'anamnesi di problemi perinatali)

Carer che esprime preoccupazione circa le seguenti condizioni del bambino/adolescente:

- » Difficoltà a tenere il passo con i coetanei o a svolgere attività quotidiane considerate normali per quell'età

- » Comportamento (ad es.: troppo attivo, aggressivo, con frequenti e/o gravi attacchi di collera, eccessiva voglia di stare solo, rifiuto a svolgere attività consuete o andare a scuola)

Insegnante che esprime preoccupazione per un bambino/adolescente che ad esempio:

- » si distrae facilmente, disturba in classe, finisce spesso nei guai, ha difficoltà a completare i compiti scolastici

Operatore sanitario o assistente sociale che esprime preoccupazione per un bambino/adolescente che ad esempio:

- » presenta un comportamento antisociale, aggressività fisica in ambiente domestico o nel contesto sociale

DISTURBI PSICHICI O COMPORTAMENTALI IN BAMBINI/ADOLESCENTI (DBA)

Le presentazioni cliniche comuni dei disturbi emotivi, comportamentali e dello sviluppo possono variare a seconda dell'età del bambino/adolescente.

- » Declino o problemi di memoria (grave amnesia) e orientamento (consapevolezza del tempo, dello spazio e di sé)
- » Disturbi dell'umore o del comportamento, ad es. apatia (apparire disinteressati) o irritabilità
- » Perdita di controllo emotivo (essere facilmente turbati, irritati o piagnucolosi)
- » Difficoltà a condurre le consuete attività lavorative, domestiche o sociali

DEMENZA (DEM)

- » Apparire sotto l'effetto di alcol o altre sostanze (ad es. odore di alcol, eloquio sbiasticato, sedazione, comportamento imprevedibile)
- » Segni e sintomi di effetti comportamentali acuti, caratteristici dell'astinenza o dell'uso prolungato
- » Deterioramento del funzionamento sociale (ad es. difficoltà a lavoro o a casa, aspetto trasandato)
- » Segni di una malattia epatica cronica (enzimi epatici alterati), itterizia (colore giallo) di cute e sclere oculari, bordi del fegato palpabili e morbidi (nelle fasi iniziali di patologia epatica), ascite (addome disteso e pieno di fluidi), spider naevi (vasi sanguigni visibili sulla cute a forma di ragno), stato mentale alterato (encefalopatia epatica)
- » Problemi di equilibrio, andatura, movimenti coordinati e nistagmo
- » Reperti casuali: anemia macrocitica, piastrinopenia, aumento del volume corpuscolare medio (MCV)
- » Presentazione d'emergenza dovuta a astinenza, overdose o intossicazione da sostanze. La persona può apparire sedata, ipereccitabile, agitata, ansiosa o confusa
- » Le persone con disturbi da uso di sostanze possono non riferire alcun problema legato all'uso stesso: Accertare:
 - Richieste ricorrenti di farmaci psicoattivi, inclusi analgesici
 - Ferite
 - Infezioni associate all'uso endovenoso di droghe (HIV/AIDS, epatite C)

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE (DUS)

A chiunque si presenti in una struttura sanitaria deve essere chiesto se fa uso di tabacco o alcol.

- » Estrema disperazione e mancanza di speranza
- » Pensieri/progetti/atti autolesionistici o suicidari presenti o passati
- » Una delle condizioni MNS prioritarie, dolore cronico o estremo distress emotivo

AUTOLESIONISMO/ SUICIDIO(SUI)

! EMERGENZA Presentazione delle Condizioni MNS Prioritarie

PRESENTAZIONE IN SITUAZIONI DI EMERGENZA	CONDIZIONI DA CONSIDERARE	PASSARE A
<ul style="list-style-type: none"> » Atti di autolesionismo con segni di avvelenamento o intossicazione, sanguinamento da ferite auto inferte, perdita di coscienza e/o letargia » Presenza di pensieri, progetti o atti di autolesionismo o suicidari, o storia di pensieri, progetti o atti di autolesionismo o suicidari in una persona che si presenta estremamente agitata, violenta, stressata o incapace a comunicare 	<p>ATTO DI AUTOLESIONISMO PERICOLOSO PER L'INCOLUMITÀ</p> <p>RISCHIO IMMINENTE DI AUTOLESIONISMO/SUICIDIO</p>	SUI
<ul style="list-style-type: none"> » Stato convulsivo acuto con perdita o riduzione significativa dello stato di coscienza » Convulsioni continue 	<p>EPILESSIA</p> <p>STATO DI MALE EPILETTICO</p> <p>ASTINENZA ALCOLICA O DA SOSTANZE SEDATIVE</p>	EPI, DUS
<ul style="list-style-type: none"> » Comportamento agitato e/o aggressivo 		DEM, PSI, DUS
<ul style="list-style-type: none"> » Odore di alcol nell'alito, eloquio biascicato, comportamento disinibito; disturbi a livello della coscienza, della cognitivtà, della percezione, dell'affettività o del comportamento » Tremori alle mani, sudorazione profusa, vomito, aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, agitazione, cefalea, nausea, ansia; attacchi epilettici e stato confusionale in casi severi » Scarsa o assente risposta agli stimoli, ridotta frequenza respiratoria, pupille a capocchia di spillo » Pupille dilatate, eccitazione, fuga dei pensieri, pensieri disorganizzati, comportamento anomalo, uso recente di cocaina o altre sostanze stimolanti, aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, aggressività, comportamento imprevedibile o violento 	<p>INTOSSICAZIONE ALCOLICA ACUTA</p> <p>ASTINENZA ALCOLICA DELIRIUM IN ASTINENZA ALCOLICA</p> <p>OVERDOSE O INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE SEDATIVE</p> <p>INTOSSICAZIONE ACUTA O OVERDOSE DA SOSTANZE STIMOLANTI</p>	DUS

DEPRESSIONE

Le persone che soffrono di depressione sperimentano una varietà di sintomi, tra i quali un umore persistentemente deflesso e la perdita di interesse e della capacità di godere delle cose che perdura da almeno due settimane.

Le persone che soffrono di depressione, come descritto in questo modulo, hanno notevoli difficoltà nel condurre le abituali attività quotidiane, sia nella sfera personale, sia in quella familiare, sociale, lavorativa, scolastica e in generale in ogni ambito.

Molte persone depresse soffrono, inoltre, di sintomi ansiosi e somatici che non trovano spiegazione dal punto di vista medico.

La depressione è spesso accompagnata da altre condizioni MNS e altre patologie somatiche e fisiche.

La gestione dei sintomi depressivi che non configurano però i criteri diagnostici della depressione è descritta nel modulo « Altri sintomi psichici significativi ». Passare a ALT.

DEP » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » **La persona soffre di depressione?**
- » **Esplorare altre possibili spiegazioni per i sintomi**
 - Escludere patologie somatiche/fisiche
 - Escludere un precedente episodio maniaco
 - Escludere che si tratti di una reazione fisiologica a una grave perdita
- » **Valutare la presenza di altre condizioni MNS rilevanti**



GESTIONE

- » **Protocolli di gestione**
 1. Depressione
 2. Episodio depressivo in disturbo bipolare
 3. Categorie specifiche: gravidanza e allattamento, adolescenti, anziani
- » **Interventi psicosociali**
- » **Interventi farmacologici**



FOLLOW-UP



DEP 1 » Valutazione

MANIFESTAZIONI COMUNI DELLA DEPRESSIONE

- Sintomi somatici multipli e persistenti senza causa apparente
- Basso livello di energia, affaticabilità, problemi del sonno
- Tristezza persistente o umore depresso, sintomi ansiosi
- Perdita di interesse e di piacere nelle attività abitualmente gradite

1

La persona soffre di depressione?

La persona ha sperimentato almeno uno dei due sintomi principali della Depressione per almeno due settimane?

- Umore persistentemente depresso
- Perdita di interesse e piacere nelle attività abitualmente gradite

NO

SÌ

Depressione poco probabile

» Andare a »ALT

La persona ha sperimentato diversi dei seguenti sintomi addizionali per almeno due settimane:

- Disturbi del sonno o ipersonnia
- Cambiamenti significativi dell'appetito e del peso corporeo (aumento o diminuzione)
- Sentimenti di inutilità e di colpa eccessivi
- Affaticabilità o perdita di energia
- Ridotta concentrazione
- Indecisione eccessiva
- Agitazione o irrequietezza fisica osservabile
- Rallentamento dell'eloquio o del movimento
- Mancanza di speranza
- Pensieri o atti suicidari



Depressione poco probabile
» Andare a »ALT

La persona incontra difficoltà importanti nel funzionamento quotidiano, a livello di vita personale, familiare, sociale, scolastico/professionale o altro?



Depressione poco probabile
» Andare a »ALT

Sospettare una DEPRESSIONE

CONSIGLI CLINICI
Le persone che soffrono di depressione possono sperimentare sintomi psicotici quali deliri o allucinazioni. In queste situazioni il trattamento della depressione deve essere adattato. **CONSULTARE LO SPECIALISTA.**



2

Vi sono altre possibili spiegazioni per i sintomi riportati?

È PRESENTE UNA CONDIZIONE FISICA CHE POSSA ASSOMIGLIARE ALLA O ESACERBARE LA DEPRESSIONE?

Sono presenti segni o sintomi che possano suggerire la presenza di anemia, malnutrizione, ipotiroidismo, instabilità umorale legata all'uso di sostanze psicoattive e/o effetti secondari all'uso di farmaci (ad es. cambiamenti umorali dopo l'uso di steroidi)?

» GESTIRE LA PATOLOGIA FISICA

Sì

NO

I sintomi depressivi persistono dopo il trattamento?

NO

Sì

Il trattamento non è necessario.



È STATA RILEVATA LA PRESENZA DI EPISODI MANIACALI?

Si sono verificati contemporaneamente alcuni dei seguenti sintomi, per la durata di almeno una settimana, di gravità tale da interferire significativamente con il lavoro o le altre attività sociali o che hanno richiesto l'ospedalizzazione volontaria o coatta?

- Umore espanso o irritabile
- Diminuzione del bisogno di sonno
- Aumento dell'attività, sensazione di aumentata energia, loquacità, eloquio accelerato, difficile da interrompere
- Comportamenti impulsivi o avventati, ad esempio spese eccessive e decisioni importanti prese senza pianificazione, disinibizione sessuale
- Perdita di inibizione sociale che risulta in comportamenti inappropriati
- Distraibilità
- Aumento dell'autostima infondato

NO

SÌ

**Probabile
EPISODIO DEPRESSIVO
NELL'AMBITO DI UN
DISTURBO BIPOLARE**



PUNTI CLINICI CHIAVE:

Le persone che soffrono di un episodio depressivo nell'ambito di un Disturbo Bipolare sono a rischio di soffrire di un episodio maniacale. Il trattamento è diverso da quello per la Depressione. Applicare il **Protocollo 2**.

» Andare allo **STEP 3** poi al **PROTOCOLLO 2**

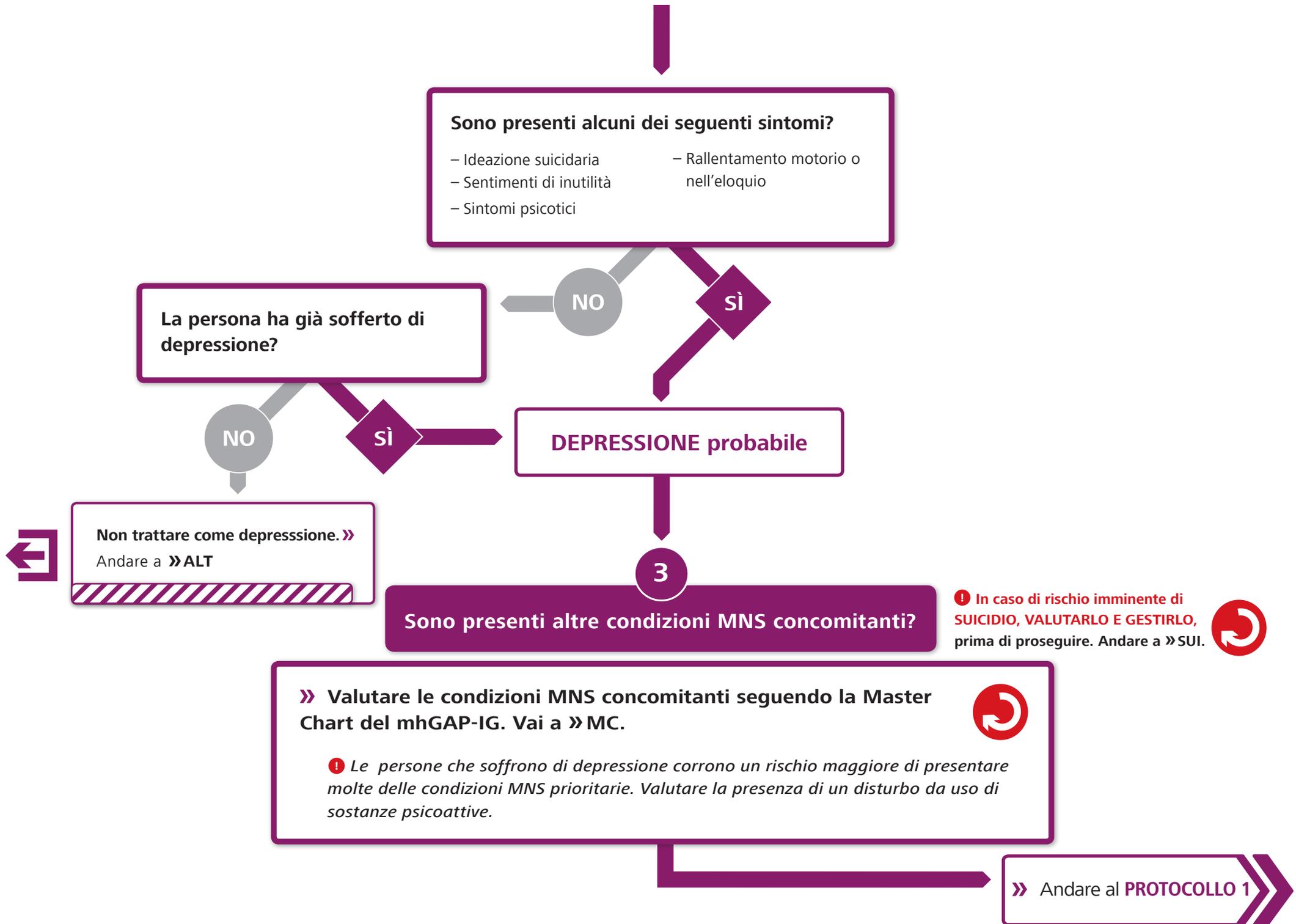
È PRESENTE UN EVENTO DI PERDITA GRAVE (ES., UN LUTTO) NEL CORSO DEI 6 MESI PRECEDENTI?

SÌ

NO

DEPRESSIONE probabile

» Andare allo **STEP 3** e poi al **PROTOCOLLO 1**





DEP 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

Depressione

- » Assicurare interventi psicoeducativi alla persona e ai carers. (2.1)
- » Ridurre lo stress e rafforzare il sostegno sociale. (2.2)
- » Incoraggiare la prosecuzione delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita comunitaria. (2.3)
- » Prendere in considerazione la prescrizione di un antidepressivo. (2.5)
- » Se disponibili, prendere in considerazione l'avvio di uno dei seguenti interventi psicologici brevi: terapia interpersonale (IPT), terapia cognitivo-comportamentale (CBT), terapia motivazionale e tecniche di problem-solving. (2.4)
- » ❌ **NON** gestire i sintomi con trattamenti inefficaci, quali ad esempio iniezioni di vitamine.
- » Prevedere un follow-up regolare.

PROTOCOLLO

2

Episodio depressivo nell'ambito di un disturbo bipolare

- » Consultare lo specialista.
- » Se lo specialista non fosse prontamente disponibile, seguire il trattamento per la depressione (**PROTOCOLLO 1**). Ad ogni modo, NON prescrivere un trattamento con antidepressivi senza un farmaco stabilizzatore dell'umore, come il litio, la carbamazepina o il valproato, poiché l'antidepressivo potrebbe causare un episodio maniacale nelle persone che soffrono di disturbo bipolare (Andare a **» PSI**).
- » In caso di insorgenza di sintomi maniacali, avvisare la persona e i suoi carers di sospendere immediatamente l'antidepressivo e richiedere una nuova consulenza.

Popolazioni con bisogni specifici

Notare che gli interventi per queste categorie di persone possono essere differenti



BAMBINI/ADOLESCENTI

- » Per la presa in carico della depressione nei bambini/adolescenti Andare a **» DBA**.



GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

- » Seguire il trattamento per la depressione (**PROTOCOLLO 1**) ma EVITARE se possibile la prescrizione di antidepressivi, soprattutto nel corso del primo trimestre.
- » In assenza di risposta al trattamento psicologico, considerare la prescrizione di un antidepressivo al minimo dosaggio efficace.
- » In caso di allattamento, evitare i farmaci con lunga emivita, quali ad esempio la fluoxetina.
- » **CONSULTARE LO SPECIALISTA**, se disponibile.

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.1 Intervento psicoeducativo: informazioni chiave per la persona e i suoi carers

- » La depressione è un disturbo molto comune, che può colpire chiunque.
- » Il soffrire di depressione non significa in alcun modo che la persona sia debole o pigra.
- » Gli atteggiamenti altrui negativi (ad es.: «dovresti essere più forte», «devi farcela da solo») possono occorrere perché la depressione non è una patologia visibile, come una frattura o una ferita. Inoltre è presente l'idea errata che le persone con depressione possano controllare facilmente i loro sintomi attraverso la semplice forza di volontà.
- » Le persone che soffrono di depressione tendono ad avere un'opinione irrealisticamente negativa di sé, della loro vita e del loro futuro. La situazione da loro vissuta può essere difficile, ma la depressione può comportare la presenza di pensieri ingiustificati di mancanza di speranza e indegnità. Tale visione negativa si attenua con il miglioramento della depressione.
- » Pensieri di **auto nocimento** o **suicidari** sono comuni. Se la persona li sperimenta, supportarla affinché non li metta in atto ma si rivolga a qualcuno di fiducia per ottenere immediatamente aiuto.

2.2 Ridurre lo stress e potenziare il sostegno sociale

- » Rilevare e tentare di ridurre i fattori stressanti. (Vai a » CPB)
- » Riattivare le risorse sociali della persona. Identificare eventuali attività interrotte che potrebbero, una volta riprese, portare un sostegno sociale diretto o indiretto, quali ad esempio le riunioni familiari, la frequentazione del vicinato, le attività di partecipazione alla vita comunitaria.

2.3 Promuovere la prosecuzione delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita comunitaria

- » Anche se con difficoltà, incoraggiare la persona a riprendere il maggior numero delle seguenti attività:
 - Tentare di riprendere, o continuare, attività prima considerate piacevoli.
 - Tentare di mantenere una regolarità nel ritmo sonno-veglia.
 - Tentare di mantenersi fisicamente attivi, se possibile.
 - Tentare di alimentarsi regolarmente, nonostante le variazioni nell'appetito.
 - Tentare di trascorrere del tempo con amici fidati o familiari.
 - Tentare di partecipare il più possibile ad attività sociali e comunitarie.
- » Spiegare alla persona e ai suoi carers che queste attività possono contribuire al miglioramento dell'umore.

2.4 Interventi psicologici brevi per la depressione

- » Questa guida non fornisce protocolli specifici per attuare interventi psicologici brevi. L'OMS, come altre agenzie, ha sviluppato dei manuali specifici che descrivono il loro uso per la depressione. Un esempio è il Problem Management Plus, (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), che descrive l'uso dell'attivazione comportamentale, delle tecniche di rilassamento, delle tecniche di problem solving e di rinforzo del supporto sociale. Inoltre, il manuale Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression descrive i possibili trattamenti di gruppo per la depressione (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). Thinking Healthy, (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en), descrive l'uso della terapia cognitivo-comportamentale per la depressione perinatale.

INTERVENTI FARMACOLOGICI

2.5 Eventuale uso di antidepressivi

- » Discutere con la persona e decidere assieme se necessario prescrivere antidepressivi. Spiegare che:
 - Gli antidepressivi non creano dipendenza.
 - È molto importante assumere i farmaci ogni giorno come prescritto.
 - Alcuni effetti collaterali possono presentarsi nei primi giorni di trattamento ma generalmente scompaiono.
 - Generalmente sono necessarie diverse settimane di trattamento per notare miglioramenti nel tono dell'umore, nel ritorno dell'interesse o dell'energia.
- » Considerare l'età della persona, le condizioni cliniche concomitanti e il profilo degli effetti collaterali del farmaco.
- » Iniziare con un solo farmaco alla dose iniziale più bassa.
- » I farmaci antidepressivi in genere devono essere assunti per almeno 9-12 mesi dopo la risoluzione dei sintomi.
- » I farmaci non devono mai essere sospesi solo perché la persona dimostra alcuni miglioramenti. Educare la persona sul necessario lasso di tempo di assunzione dei farmaci.

ATTENZIONE

- » Se la persona sviluppa un episodio maniacale, sospendere immediatamente l'antidepressivo; potrebbe scatenare un episodio maniacale nella cornice di un disturbo bipolare non trattato.
- » Non associare più antidepressivi, poiché potrebbero causare una sindrome serotoninergica.
- » Gli antidepressivi possono aumentare le intenzioni suicidarie, specialmente in adolescenti e giovani adulti.

Gli antidepressivi nelle popolazioni con bisogni specifici

ADOLESCENTI DAI 12 ANNI IN SU

- » Se i sintomi persistono o peggiorano nonostante gli interventi psicosociali, considerare la fluoxetina (ma non altri inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) o antidepressivi triciclici (TCA).
- » Se viene prescritta la fluoxetina, chiedere all'adolescente di tornare settimanalmente per le prime 4 settimane, al fine di monitorare le ideazioni o i progetti suicidari. 

GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

- » Se possibile, evitare gli antidepressivi.
- » Considerare gli antidepressivi alla minima dose efficace se non c'è risposta agli interventi psicosociali.
- » Nel caso di donne in allattamento, evitare i farmaci antidepressivi a lunga emivita come la fluoxetina.
- » Consultare lo specialista se disponibile. 

ANZIANI

- » Evitare l'amitriptilina se possibile.

PERSONE CON PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

- »  **NON PRESCRIVERE** l'amitriptilina.

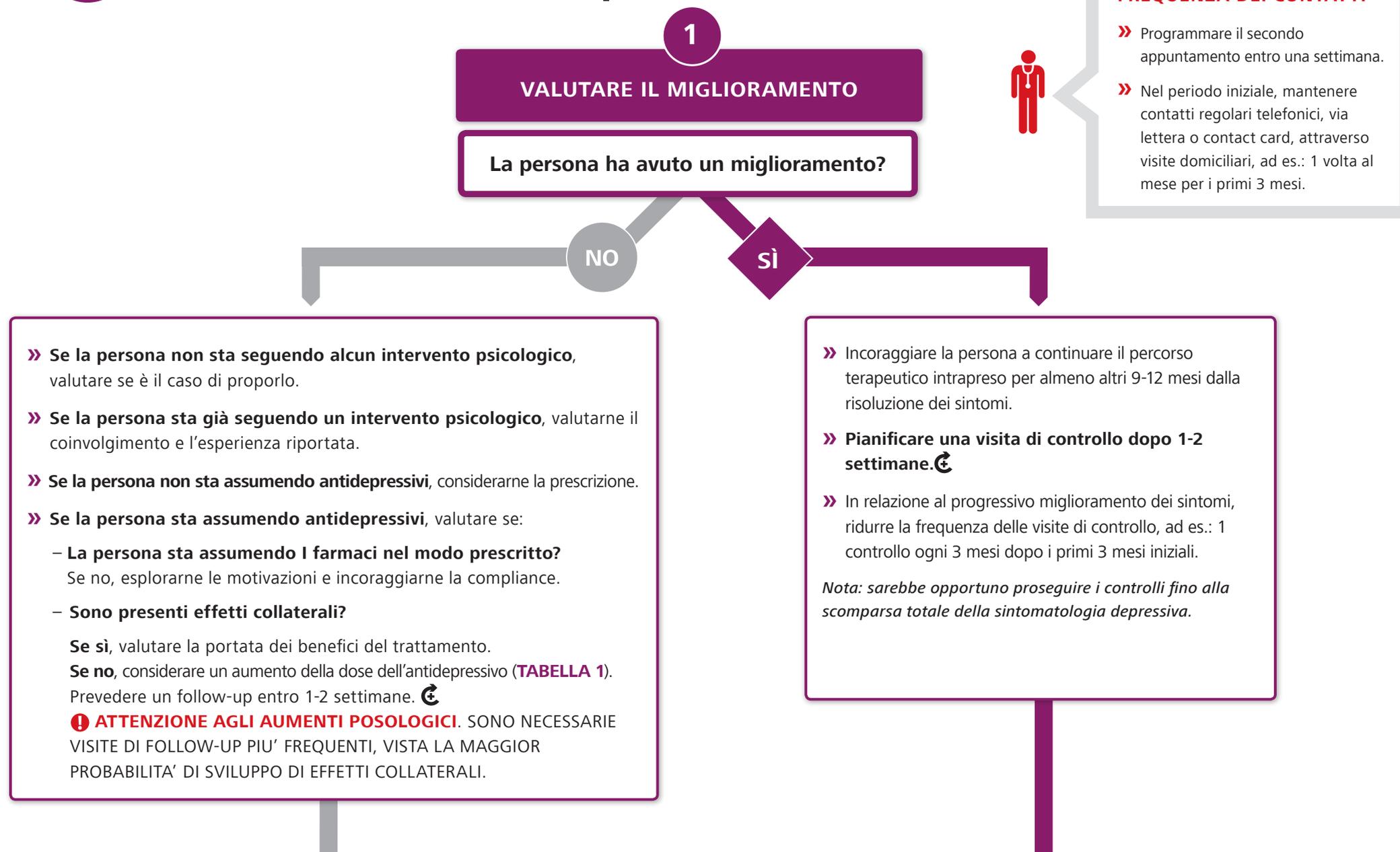
ADULTI CON IDEAZIONE O PROGETTI SUICIDARI

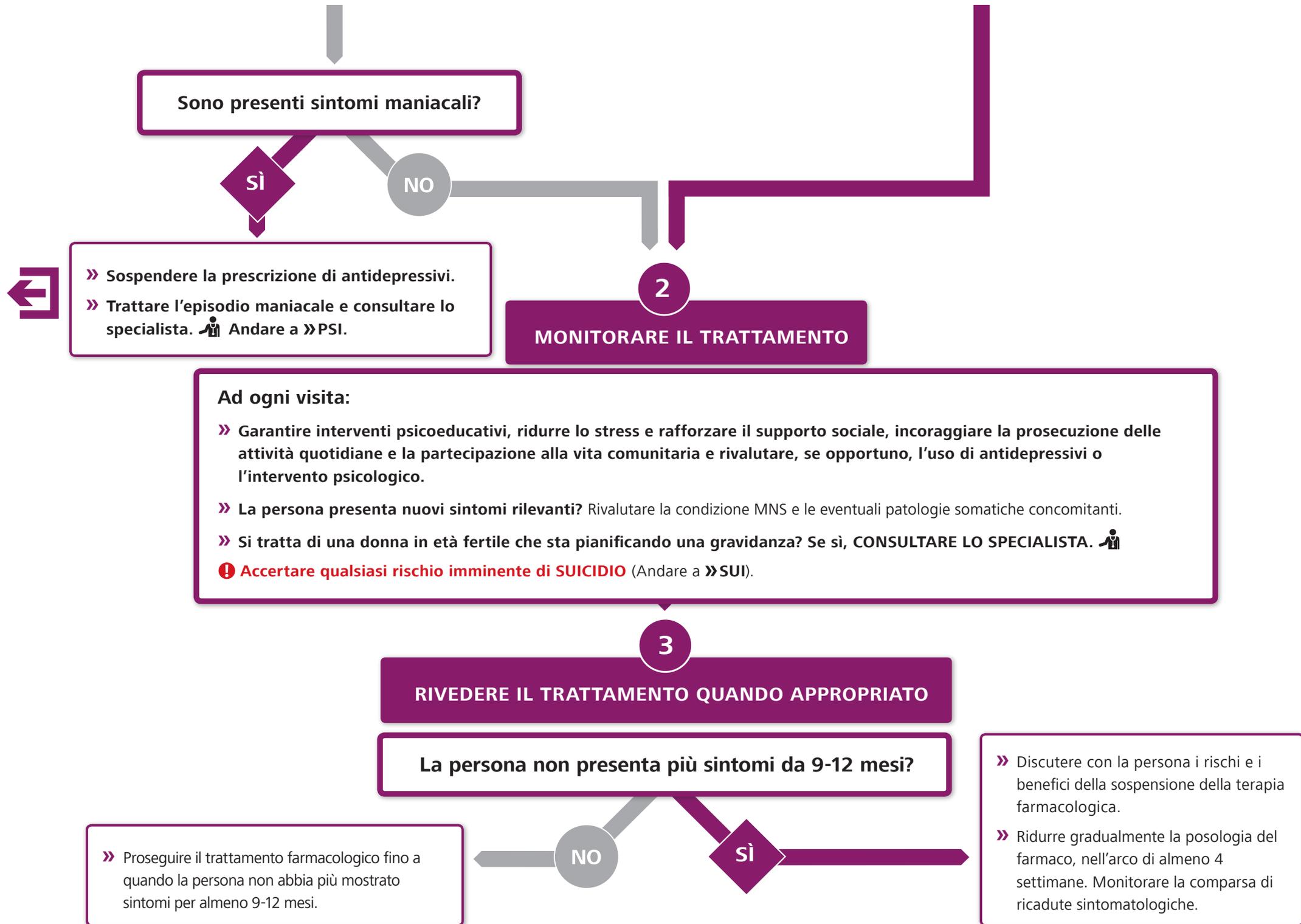
- » Gli SSRI sono la prima scelta. L'overdose di antidepressivi triciclici, come ad esempio l'amitriptilina, può essere fatale e pertanto deve essere evitata per questo gruppo.
- » Se c'è un rischio imminente di autolesionismo o suicidio (Andare a » **SUI**), fornire una quantità limitata di antidepressivi (ad esempio una settimana di trattamento alla volta).
- » Domandare ai carers della persona di conservare e monitorare i farmaci e di controllarli frequentemente per prevenire un'overdose.

TABELLA 1: Gli antidepressivi

FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
<p>AMITRIPTILINA (antidepressivo triciclico – TCA)</p>	<p>Inizio: 25 mg prima di coricarsi. Aumento: di 25-50 mg a settimana fino a 100-150 mg al giorno (massimo 300 mg) Nota: la minima dose efficace negli adulti è 75 mg. Si può osservare sedazione anche a dosi inferiori.</p> <p>Anziani / Soggetti con patologie croniche: iniziare con 25 mg prima di coricarsi fino ad arrivare a 50-75 mg al giorno (massimo 100 mg).</p> <p> Bambini/Adolescenti: Non usare.</p>	<p>Comuni: sedazione, ipotensione ortostatica (rischio di cadute), visione offuscata, ritenzione urinaria, nausea, aumento ponderale, disfunzioni sessuali.</p> <p>Gravi: alterazioni dell'ECG (ad es. prolungamento dell'intervallo QT), aritmia cardiaca, aumentato rischio di convulsioni.</p>	<p>Evitare in persone con patologia cardiaca, anamnesi positiva per convulsioni, ipertiroidismo, ritenzione urinaria, glaucoma ad angolo chiuso, disturbo bipolare (può scatenare un episodio maniacale in persone con disturbo bipolare non trattato).</p> <p>Un sovradosaggio può portare a convulsioni, aritmie cardiache, ipotensione, coma o morte.</p> <p>La concentrazione ematica di amitriptilina può essere aumentata dagli antimalarici, inclusa la chinina.</p>
<p>FLUOXETINA (inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina – SSRI)</p>	<p>Inizio: 10 mg al giorno per una settimana, poi 20 mg al giorno. Se non si ha risposta in 6 settimane, aumentare a 40 mg (massimo 80 mg).</p> <p>Anziani/ Soggetti con patologie croniche: farmaco di prima scelta. Inizio: 10 mg al giorno, poi 20 mg (massimo 40 mg).</p> <p> Adolescenti Inizio: 10 mg al giorno. Aumentare a 20 mg al giorno se non si ha risposta in 6 settimane (massimo 40 mg).</p>	<p>Comuni: sedazione, insonnia, cefalea, vertigini, disturbi gastrointestinali, alterazioni dell'appetito e disfunzioni sessuali.</p> <p>Gravi: alterazioni della coagulazione nelle persone che assumono aspirina o altri farmaci antinfiammatori non steroidei, iponatriemia.</p>	<p>Attenzione in persone con anamnesi positiva per convulsioni.</p> <p>Interazioni farmacologiche: evitare l'associazione con warfarin (può aumentare il rischio di sanguinamento). Può aumentare la concentrazione di TCA, antipsicotici e betabloccanti.</p> <p>Usare cautela nell'associazione con tamoxifene, codeina e tramadolo (riduce gli effetti di questi farmaci).</p>

DEP 3 » Follow-up





DEPRESSIONE

PSICOSI

Il modulo sulle psicosi si occupa della gestione di due gravi disturbi di salute mentale, la psicosi e il disturbo bipolare. Le persone affette da psicosi o disturbo bipolare sono esposte ad un alto rischio di stigma, discriminazione e violazione del loro diritto di vivere con dignità.

La psicosi è caratterizzata da distorsioni del pensiero e della percezione, nonché da una gamma di emozioni e comportamenti disturbati. Può essere presente anche un eloquio incoerente o non pertinente. Si possono rilevare anche sintomi come allucinazioni (sentire voci o vedere cose che non ci sono); deliri (fissazioni e convinzioni false idiosincratiche); gravi anomalie nel comportamento (comportamento disorganizzato, agitazione, eccitazione, inattività o iperattività); sono possibili problematiche emotive (marcata apatia o sconnessione tra l'emozione dichiarata e l'affettività osservabile, in termini di espressione facciale o di linguaggio corporeo).

Il disturbo bipolare è caratterizzato da episodi in cui l'umore della persona e i suoi livelli di attività sono alterati in modo significativo. Questo disturbo consiste alle volte in un aumento del tono dell'umore, dell'energia e dell'attività (mania) ed altre volte in un abbassamento dell'umore e in una diminuzione dell'energia e dell'attività (depressione). Tipicamente il recupero è completo tra un episodio e l'altro. Anche le persone che manifestano soltanto episodi maniacali sono classificate tra quelle che soffrono di disturbo bipolare.

PSI » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » **Esplorare altre possibili spiegazioni per i sintomi**
 - **VALUTARE EVENTUALI PROBLEMATICHE CLINICHE**
Ad esempio: escludere deliri di altra natura, effetti dovuti a farmaci o problemi di ordine metabolico
 - **VALUTARE ALTRE CONDIZIONI MNS RILEVANTI**
- » **Valutare l'eventualità di un episodio maniacale acuto**
- » **Valutare se la persona presenta una psicosi**



GESTIONE

- » **Protocolli di gestione**
 1. Disturbo bipolare – episodio maniacale
 2. Psicosi
 3. Categorie specifiche: donne in gravidanza o allattamento, adolescenti, anziani
- » **Interventi psicosociali**
- » **Interventi farmacologici**
 1. Psicosi: iniziare i farmaci antipsicotici
 2. Episodio maniacale: iniziare uno stabilizzatore dell'umore o antipsicotico, evitare gli antidepressivi



FOLLOW-UP



PSI 1 » Valutazione

MANIFESTAZIONI COMUNI DELLE PSICOSI

- Marcato cambiamento comportamentale, che porta a trascurare le consuete responsabilità relative a lavoro, scuola, attività domestiche o sociali.
- Agitazione, comportamenti aggressivi, diminuzione o aumento dell'attività.
- Fissazioni e false credenze non condivise da altre persone appartenenti alla stessa cultura.
- Sentire voci o vedere cose che non esistono.
- Mancanza di consapevolezza di presentare dei problemi mentali.

1

Ci sono altre possibili spiegazioni per i sintomi?

» VALUTARE EVENTUALI PROBLEMATICHE CLINICHE

Dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e dai risultati delle analisi di laboratorio si evincono segni e sintomi che suggeriscono la presenza di **delirium** dovuto ad una condizione clinica acuta, ad es. infezione, malaria cerebrale, disidratazione, anomalie metaboliche (come ipoglicemia o iponatriemia), **o si tratta piuttosto di effetti collaterali di farmaci**, ad esempio antimalarici o steroidi?

SÌ

NO

» Valutare e gestire la patologia fisica acuta e, se necessario, **rivolgarsi ai servizi di emergenza o allo specialista.** 

» Se i sintomi persistono dopo la gestione delle cause di acuzie, andare allo **STEP 2**

» VALUTARE PRESENZA DI DEMENZA, DEPRESSIONE, INTOSSICAZIONE O ASTINENZA DA ALCOOL O SOSTANZE.

SÌ

NO

» Considerare l'eventualità di una consulenza con lo specialista in salute mentale per la gestione delle problematiche concomitanti. 

» Gestire le problematiche concomitanti. Andare ai relativi moduli.

GESTIONE DI UN EPISODIO ACUTO DI AGITAZIONE E/O AGGRESSIVITÀ

Se la persona è molto agitata e/o molto aggressiva

» Andare a «Gestione di persone con comportamento agitato e/o aggressivo» (Tabella 5) prima di proseguire.



2

La persona ha un episodio maniacale acuto?

Si sono verificati contemporaneamente alcuni dei seguenti sintomi, per la durata di almeno una settimana, di una gravità tale da interferire significativamente con il lavoro e le altre attività sociali o che hanno richiesto l'ospedalizzazione volontaria o coatta:

- Umore elevato o irritabile
- Diminuzione del bisogno di dormire
- Aumento dell'attività, sensazione di aumentata energia, loquacità aumentata ed eloquio rapido
- Perdita delle normali inibizioni sociali come ad esempio comportamenti sessuali disinibiti
- Comportamenti impulsivi o avventati, come ad esempio eccessive spese e prese
- di decisioni importanti senza pianificazione
- Facile distraibilità
- Illusorio aumento dell'autostima

NO

SÌ

Sospettare un episodio maniacale in DISTURBO BIPOLARE



PUNTI CLINICI CHIAVE Le persone con un disturbo bipolare potrebbero presentare solo episodi maniacali oppure una combinazione di episodi maniacali e depressivi nel corso della loro vita.

» Per una corretta valutazione e gestione di un episodio depressivo nel disturbo bipolare, andare a »DEP.

! IN CASO DI RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRLO prima di continuare. Andare a »SUI.



» Andare a **PROTOCOLLO 1**

3

La persona ha una psicosi?

La persona presenta almeno due dei seguenti sintomi:

- Deliri, fissazioni e false credenze non condivise da altre persone appartenenti alla stessa cultura
- Allucinazioni, sentire voci o vedere cose che non esistono
- Discorsi e/o comportamenti disorganizzati, ad esempio discorsi incoerenti/non pertinenti come soliloqui o risate immotivate, apparenza strana, segni di auto-abbandono o trascuratezza

NO

» Prendere in considerazione la consulenza dello specialista per rivedere altre possibili cause di psicosi. 

SÌ

Sospettare la PSICOSI

» Andare a **PROTOCOLLO 2**

! IN CASO DI RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRLO prima di continuare.
Andare a »SUI.





PSI 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

Episodio maniacale in disturbo bipolare

- » Assicurare interventi psicoeducativi alla persona e ai carers. (2.1)
- » **Intervento farmacologico.** (2.6)
- !** **Se la persona è in terapia con antidepressivi - INTERROMPERLI** per evitare il rischio di ulteriori episodi maniacali.
 - **Iniziare il trattamento** con litio, valproato, carbamazepina o con antipsicotici. Valutare eventuale uso di benzodiazepine a breve termine (2-4 settimane al massimo) per i disturbi del comportamento o l'agitazione.
- » Incoraggiare la prosecuzione delle attività quotidiane. (2.3)
- » Garantire la sicurezza della persona e di chi le sta intorno.
- » Assicurare follow-up regolari.
- » Favorire il reinserimento nella comunità.
- » Ridurre lo stress e rafforzare il sostegno sociale. (2.2)

PROTOCOLLO

2

Psicosi

- » Assicurare interventi psicoeducativi alla persona e ai carers. (2.1)
- » **Iniziare i farmaci antipsicotici.** (2.5)
- Iniziare con la dose più bassa del range terapeutico e aumentarla lentamente fino alla minima dose efficace, in modo da limitare il rischio di effetti collaterali.
- » Incoraggiare la prosecuzione delle attività quotidiane. (2.3)
- » Garantire la sicurezza della persona e di chi le sta intorno.
- » Assicurare follow-up regolari.
- » Favorire il reinserimento nella comunità.
- » Ridurre lo stress e rafforzare il sostegno sociale. (2.2)

Popolazioni con bisogni specifici

Notare che, nel trattamento delle PSICOSI in popolazioni con bisogni specifici, gli interventi potrebbero essere differenti



GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

- » Coordinarsi con il ginecologo o lo specialista in salute materno infantile per organizzare le cure.
- » Considerare l'eventualità di una consulenza con lo specialista in salute mentale se disponibile.
- » Illustrare il rischio di conseguenze indesiderate per la madre e il bambino, compreso il rischio di complicazioni ostetriche e ricadute psicotiche, specialmente se la terapia farmacologica viene interrotta.
- » Prendere in considerazione un intervento farmacologico se appropriato e disponibile. Vedi sotto.

Interventi farmacologici

PSICOSI

- » Nelle donne con psicosi che stanno pianificando una gravidanza, che sono in gravidanza o che allattano, dovrebbe essere consigliata una terapia orale con aloperidolo o clorpromazina a basso dosaggio.
- » **NON** prescrivere anticolinergici alle donne in gravidanza, dati gli effetti secondari extrapiramidali dei farmaci antipsicotici, eccetto in caso di eventi acuti e di breve durata.
- » È da evitare l'utilizzo di routine di antipsicotici depot in donne che stanno pianificando una gravidanza, che sono in gravidanza o che allattano, poiché ci sono relativamente poche informazioni circa la sicurezza del loro utilizzo in questa popolazione.

EPISODIO MANIACALE IN DISTURBO BIPOLARE

- » **EVITARE VALPROATO, LITIO E CARBAMAZEPINA** durante gravidanza e allattamento dato il rischio di malformazioni congenite.
- » Prendere in considerazione la prescrizione di **aloperidolo a basse dosi** con cautela e in accordo con lo specialista, se disponibile.
- » Valutare il rapporto rischio/beneficio dell'uso dei farmaci nel trattamento di donne in età fertile.
- » Se una donna incinta presenta un episodio maniacale acuto durante la terapia con stabilizzatori dell'umore, valutare il passaggio all'uso di aloperidolo a basse dosi.



ADOLESCENTI

- » Valutare la necessità di una consulenza con lo specialista in salute mentale.
- » Negli adolescenti con psicosi o disturbo bipolare, il trattamento con **risperidone** può essere proposto solo sotto la supervisione dello specialista.
- » Se non è possibile il trattamento con il risperidone, **aloperidolo** o **clorpromazina** possono essere usati solamente sotto la supervisione dello specialista.



ANZIANI

- » Utilizzare un dosaggio di farmaco **inferiore**.
- » Anticipare il rischio aumentato di interazione tra farmaci.
- » **ATTENZIONE**
Nelle persone anziane con psicosi correlata a demenza, gli antipsicotici implicano un rischio aumentato di eventi cerebrovascolari e morte.

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.1 Intervento psicoeducativo

Messaggi chiave per la persona e i suoi carers:

- » Spiegare che i sintomi sono dovuti ad un problema di salute mentale, che la psicosi e il disturbo bipolare possono essere trattati e che la persona può riprendersi. Chiarire i classici pregiudizi nei confronti di psicosi e disturbo bipolare.
- » ❌ Non far sentire colpevoli né la persona né la sua famiglia, attribuendo loro la causa dei sintomi.
- » Spiegare alla persona e alla famiglia che è importante assumere i farmaci prescritti e presentarsi regolarmente ai follow-up.
- » Spiegare che la ricomparsa e/o il peggioramento dei sintomi sono comuni e che è importante riconoscere precocemente questa circostanza e recarsi al più presto alla struttura sanitaria di riferimento.
- » Pianificare un orario di lavoro o scolastico regolare che **eviti la privazione da sonno e lo stress** sia per la persona che per i carers. Incoraggiare la persona a chiedere aiuto per prendere le decisioni più importanti, specialmente quelle riguardanti l'uso del denaro o altre questioni importanti.

CONSIGLI CLINICI

Costruite un rapporto con la persona.

La fiducia reciproca tra la persona e l'operatore sanitario è cruciale per assicurare adesione al trattamento e risultati a lungo termine.



- » Raccomandare di **evitare alcool, cannabis o altre sostanze stupefacenti**, in quanto possono peggiorare i sintomi psicotici o del disturbo bipolare.
- » Consigliare di mantenere uno stile di vita sano, come ad esempio dieta bilanciata, attività fisica, sonno regolare, buona igiene personale e assenza di eventi stressanti. Lo stress può peggiorare i sintomi psicotici. *Nota: i cambiamenti di stile di vita dovrebbero continuare per tutto il tempo necessario, potenzialmente anche per sempre. Per poterli sostenere, questi cambiamenti dovrebbero essere pianificati e sviluppati di conseguenza.*

2.2 Ridurre lo stress e rafforzare il supporto sociale

- » Collaborare con le risorse sanitarie e sociali disponibili per venire incontro ai bisogni fisici, sociali e di salute mentale della famiglia.
- » Identificare eventuali attività sociali svolte in precedenza dalla persona, le quali, una volta riprese, potrebbero garantire un sostegno psicologico e sociale diretto o indiretto, come ad esempio riunioni di famiglia, uscite con gli amici, visite ai vicini, attività sociali sul luogo di lavoro, attività sportive e comunitarie. Incoraggiare la persona a riprendere queste attività e informare la famiglia a tale riguardo.
- » Incoraggiare la persona e i carers a migliorare il sistema di supporto sociale.

CONSIGLI CLINICI

Assicurarsi che la persona con psicosi sia trattata con rispetto e dignità. Per maggiori informazioni vedere » CPB.



2.3 Promuovere il funzionamento nelle attività di vita quotidiana

- » Continuare il più possibile le normali attività sociali, educative e lavorative. Per la persona è ottimale avere un lavoro o essere impegnata in altre attività significative.
- » Facilitare l'inclusione in attività economiche, ivi compreso l'aver un impiego assistito che sia culturalmente adatto.
- » Offrire una formazione sulle abilità personali e/o sociali, per favorire l'indipendenza quotidiana per le persone con psicosi e disturbo bipolare e per le loro famiglie e/o carers.
- » Facilitare, se disponibile e necessario, il vivere indipendente e l'abitare assistito nella comunità che sia culturalmente e contestualmente appropriato.

2.4 Consigli generali per i carers

- » ❌ Non cercare di convincere la persona che le sue convinzioni o esperienze siano false o irreali. Cercare di essere neutrali e supportivi, anche se la persona mostra dei comportamenti insoliti.
- » ❌ Evitare critiche costanti o severe oppure ostilità verso la persona che soffre di psicosi.
- » Lasciare alla persona libertà di movimento. Evitare la contenzione, allo stesso tempo garantendo la sicurezza della persona e degli altri.
- » In generale, per la persona è meglio vivere in famiglia o con i membri della comunità in un ambiente supportivo fuori dal contesto ospedaliero. L'ospedalizzazione a lungo termine dovrebbe essere evitata.

INTERVENTI FARMACOLOGICI

 **PER LE CATEGORIE SPECIFICHE** (donne in gravidanza o in allattamento, bambini/adolescenti e anziani): vedere le raccomandazioni in dettaglio.

2.5 Psicosi

- » Gli antipsicotici dovrebbero essere di norma consigliati ad una persona con psicosi.
- » **Iniziare immediatamente il trattamento con antipsicotici.** Vedere **Tabella 1**.
- » Prescrivere un solo antipsicotico alla volta.
- » Iniziare con la dose più bassa e aumentarla progressivamente per limitare il rischio di effetti collaterali.
- » Proseguire il trattamento alla **dose abitualmente efficace per almeno 4-6 settimane** prima di poterla considerare inefficace.
- » Monitorare con frequenza e nel modo opportuno la dose stabilita per le prime 4-6 settimane. Se non si riscontrassero miglioramenti, andare a **Follow-up** e alla **Tabella 4**. 
- » Se possibile, monitorare peso, pressione arteriosa, glicemia a digiuno, colesterolemia e ECG nelle persone in trattamento con antipsicotici (vedi sotto).

ATTENZIONE!

» **Effetti collaterali da monitorare:**

- **Effetti secondari extrapiramidali:** acatisia, reazioni distoniche acute, tremori, segno della troclea, rigidità muscolare e discinesia tardiva. Trattare con farmaci anticolinergici quando indicati e disponibili (**Tabella 2**).
- **Cambiamenti metabolici:** aumento di peso, di pressione arteriosa, dei tassi di glicemia e colesterolemia.
- **Alterazione dell'ECG (intervallo QT allungato):** monitorare l'ECG se possibile.
- **Sindrome neurolettica maligna (SNM):** un problema raro, potenzialmente fatale, caratterizzato da rigidità muscolare, febbre e pressione sanguigna elevata.

2.6 Episodio maniacale in disturbo bipolare

Se la persona sta assumendo antidepressivi:

- » **SOSPENDERE GLI ANTIDEPRESSIVI** per prevenire il rischio di episodi maniacali futuri.
- » **Iniziare un trattamento con litio, valproato, carbamazepina o antipsicotici (Tabella 3).**

Litio: considerare l'uso del litio come prima scelta nel trattamento del disturbo bipolare solo se è possibile il monitoraggio clinico e di laboratorio e solo sotto supervisione dello specialista. Se gli esami di laboratorio non sono disponibili o fattibili, bisognerebbe evitare il litio e prendere in considerazione piuttosto il valproato o la carbamazepina. Una cattiva aderenza al trattamento o la sospensione improvvisa dello stesso possono aumentare il rischio di ricadute. Non prescrivere il litio se le forniture di litio rischiano di venire frequentemente interrotte. Se possibile, richiedere analisi per la funzionalità renale e tiroidea, emocromo, ECG e test di gravidanza prima di iniziare il trattamento.

Valproato e carbamazepina: Considerare questi farmaci se il monitoraggio clinico o di laboratorio per il litio non è effettuabile o se lo specialista non è disponibile per supervisionare la prescrizione del litio.

Aloperidolo e risperidone: Considerare l'aloiperidolo o il risperidone solo se non è possibile disporre di analisi di laboratorio per iniziare il trattamento con litio o valproato. Il risperidone può essere utilizzato in alternativa all'aloiperidolo in persone con mania bipolare se la disponibilità del farmaco può essere assicurata e se il suo costo non costituisce una limitazione.

ATTENZIONE

-  Per le donne in gravidanza o allattamento evitare il valproato, il litio e la carbamazepina. **L'uso a basse dosi di aloperidolo** è raccomandato con cautela e sotto il controllo dello specialista, se disponibile.
- » **Considerare l'eventualità di un trattamento a breve termine (al massimo 2-4 settimane) con benzodiazepine per i problemi di comportamento o agitazione:**
 - Le persone che presentano un episodio maniacale con agitazione possono trarre beneficio da un trattamento con benzodiazepine di breve durata (2-4 settimane al massimo), come ad esempio il diazepam.
 - Le benzodiazepine devono essere scalate progressivamente con il miglioramento dei sintomi, dato che può svilupparsi una tolleranza.
- » Continuare il trattamento di mantenimento per almeno 2 anni dall'ultimo episodio bipolare. 
 - Il litio o il valproato possono essere offerti come trattamento di mantenimento per il disturbo bipolare. *Se il trattamento con uno di questi farmaci non è possibile, possono essere usati aloperidolo, clorpromazina o carbamazepina. Nel contesto delle cure primarie, offrire il trattamento di mantenimento sotto la supervisione dello specialista.*

TABELLA 1: Farmaci antipsicotici

FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
ALOPERIDOLO	Inizio: 1.5-3 mg al giorno. Aumentare al bisogno (max 20 mg al giorno). Somministrazione: orale (per os) o intramuscolare (i.m.).	Comuni: sedazione, vertigini, visione offuscata, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, stipsi. Gravi: ipotensione ortostatica, effetti collaterali extrapiramidali, alterazione dell'ECG (prolungamento dell'intervallo QT), aumento ponderale, galattorrea, amenorrea, sindrome neurolettica maligna (SNM).	Attenzione in persone con: patologie renali, epatiche, cardiache, sindrome del QT lungo o in terapia con farmaci che possono prolungare il tratto QT. Monitorare l'ECG se possibile.
RISPERIDONE	Inizio: 1 mg al giorno. Aumentare a 2-6 mg al giorno (max 10 mg). Somministrazione: per os	Comuni: sedazione, vertigini, tachicardia. Gravi: ipotensione ortostatica, effetti metabolici (aumentata lipidemia, insulino-resistenza, aumento ponderale), effetti collaterali extrapiramidali, aumento della prolattina, disfunzioni sessuali, SNM.	Attenzione in persone con: patologie cardiache. Interazioni farmacologiche: la carbamazepina può ridurre la concentrazione di risperidone, mentre la fluoxetina la può aumentare.
CLORPROMAZINA	Inizio: 25-50 mg al giorno. Aumentare a 75-300 mg al giorno (fino a 1000 mg al giorno nei casi più gravi). Somministrazione: per os	Comuni: sedazione, vertigini, visione offuscata, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, stipsi, tachicardia. Gravi: ipotensione ortostatica, sincope, effetti collaterali extrapiramidali, fotosensibilità, aumento ponderale, galattorrea, amenorrea, disfunzioni sessuali, priapismo, SNM, agranulocitosi, ittero.	Controindicazioni: alterazioni della coscienza, depressione del midollo osseo, feocromocitoma. Attenzione in persone con: patologie respiratorie, renali, epatiche, glaucoma, ritenzione urinaria, patologie cardiache, sindrome del QT lungo o in terapia con farmaci che prolungano il tratto QT. Monitorare l'ECG se possibile. Interazioni farmacologiche: – Aumenta l'effetto degli antipertensivi – Abbassa la pressione arteriosa se associata all'epinefrina – La concentrazione può essere aumentata dagli antimalarici (come la chinina)
FLUFENAZINA depot/long-acting	Inizio: 12.5 mg. Uso 12.5-50 mg ogni 2-4 settimane. Somministrazione: i.m. nella regione glutea.  Evitare in gravidanza e allattamento.  Non utilizzare in bambini/adolescenti.	Comuni: sedazione, vertigini, visione offuscata, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, stipsi, tachicardia. Gravi: ipotensione ortostatica, sincope, effetti collaterali extrapiramidali, fotosensibilità, aumento ponderale, galattorrea, amenorrea, disfunzioni sessuali, priapismo, SNM, agranulocitosi, ittero.	Controindicazioni: alterazioni della coscienza, parkinsonismo. Attenzione in persone con: patologie cardiache, renali, epatiche. Utilizzare con cautela in soggetti anziani. Interazioni farmacologiche: – Aumenta l'effetto degli antipertensivi – Può abbassare la pressione arteriosa se associata all'epinefrina.

TABELLA 2: Farmaci anticolinergici

(per il trattamento degli effetti collaterali extrapiramidali)  **Evitare se possibile in gravidanza e allattamento.**

FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
BIPERIDENE	Inizio: 1 mg due volte al giorno. Aumentare a 3-12 mg al giorno. Somministrazione: per os o endovenosa (e.v.).	Comuni: sedazione, stato confusionale e disturbi della memoria (specialmente in persone anziane), tachicardia, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria e stipsi. Rari: glaucoma ad angolo chiuso, miastenia gravis e ostruzione gastrointestinale.	Attenzione in persone con: patologie cardiache, epatiche o renali Interazioni farmacologiche: attenzione alla combinazione con altri farmaci anticolinergici.
TRIESIFENIDILE (Benzexolo)	Inizio: 1 mg al giorno. Aumentare a 4-12 mg al giorno in 2-4 dosi separate (massimo 20 mg al giorno). Somministrazione: per os.		

TABELLA 3: Stabilizzatori dell'umore **Evitare se possibile in gravidanza e allattamento.**

FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
LITIO  Utilizzare solo se è possibile il monitoraggio clinico e di laboratorio.	Inizio: 300 mg al giorno. Aumentare gradualmente ogni 7 giorni fino al raggiungimento della concentrazione ematica target (al massimo 600-1200 mg al giorno). Ricontrollare ogni 2-3 mesi. Somministrazione: per os. Concentrazione ematica target: 0.6-1.0 mEq/litro – episodio maniacale acuto: 0.8-1.0 mEq/litro – per terapia di mantenimento: 0.6-0.8 mEq/litro <i>Sono necessari almeno 6 mesi di trattamento per determinare la piena efficacia del trattamento di mantenimento.</i>	Comuni: sedazione, problemi cognitivi, tremori, compromissione della coordinazione, ipotensione, leucocitosi, poliuria, polidipsia, nausea, diarrea, aumento ponderale, alopecia, eruzione cutanea. Gravi: diabete insipido, ipotiroidismo, alterazione dell'ECG (aritmia, sindrome del nodo del seno, alterazioni dell'onda T).	Controindicato in: persone con patologie cardiache o renali gravi. La disidratazione può aumentare la concentrazione ematica di litio. Interazioni farmacologiche: farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE inibitori), diuretici tiazidici, metronidazolo e tetraciclina possono aumentare la concentrazione ematica del litio. La tossicità del litio può causare convulsioni, delirium, coma e morte.
VALPROATO DI SODIO	Inizio: 500 mg al giorno. Aumentare lentamente a 1000-2000 mg al giorno (massimo 60 mg/kg/al giorno). Somministrazione: per os.  Scelta di preferenza in persone affette da HIV/AIDS a causa delle interazioni farmacologiche.	Comuni: sedazione, cefalea, tremori, atassia, nausea, vomito, diarrea, aumento ponderale, alopecia transitoria. Gravi: alterata funzionalità epatica, trombocitopenia, leucopenia, sonnolenza/stato confusionale, insufficienza epatica, pancreatite emorragica.	Attenzione in persone con: patologia epatica sottostante o sospetta. Controllare i test di funzionalità epatica e la conta delle piastrine se possibile. Interazioni farmacologiche: la concentrazione di valproato è diminuita dalla carbamazepina e aumentata dall'aspirina.
CARBAMAZEPINA	Inizio: 200 mg al giorno. Aumentare di 200 mg a settimana fino a 400-600 mg al giorno in due dosi separate (massimo 1200 mg al giorno). Somministrazione: per os. Nota: la dose può necessitare aggiustamenti dopo 2 settimane a causa dell'induzione metabolica.	Comuni: sedazione, stato confusionale, vertigini, atassia, diplopia, nausea, diarrea, leucopenia benigna. Gravi: epatotossicità, ritardo nella conduzione cardiaca, iponatriemia, grave eruzione cutanea.	Controindicato in: persone con anamnesi positiva per patologie ematiche, renali, epatiche o cardiache. Interazioni farmacologiche: – Può ridurre l'effetto di contraccettivi ormonali, immunosoppressori, antiepilettici, antipsicotici, metadone e alcuni antiretrovirali. – La concentrazione ematica può essere aumentata da certi antimicotici e antibiotici.

TABELLA 4: Rivalutare compliance al trattamento, effetti collaterali e posologia in base alla situazione/ presentazione clinica

SITUAZIONE CLINICA	INTERVENTO
<p>La persona non tollera il trattamento con antipsicotici, ad es. presenta una sindrome extrapiramidale o altri effetti collaterali gravi</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Ridurre la dose di antipsicotico. » Se gli effetti collaterali persistono, valutare l'utilizzo di un altro farmaco antipsicotico. » Considerare di aggiungere un farmaco anticolinergico per un breve periodo per trattare la sindrome extrapiramidale se le suddette strategie falliscono o se i sintomi sono gravi (Tabella 2).
<p>La compliance al trattamento non è soddisfacente</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Discutere le ragioni della mancata compliance al trattamento con la persona e i carers. » Fornire informazioni riguardanti l'importanza del trattamento farmacologico. » Considerare un farmaco antipsicotico depot/long-acting iniettabile come opzione, dopo aver discusso i possibili effetti collaterali della somministrazione depot rispetto a quella orale.
<p>La risposta al trattamento è inadeguata (cioè i sintomi persistono o peggiorano) nonostante la compliance al trattamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Verificare che la persona stia ricevendo una dose di farmaco efficace. Se la dose è bassa, aumentarla gradualmente alla minima dose efficace per ridurre il rischio di effetti collaterali. » Indagare sull'uso di alcool o sostanze e prendere provvedimenti per ridurlo. Andare a » DUS. » Indagare su recenti eventi stressanti che possano aver portato al peggioramento della condizione clinica e prendere provvedimenti per ridurre lo stress. » Riesaminare i sintomi per escludere patologie fisiche e/o MNS prioritarie. Andare a » PSI 1, step 1. » Considerare il risperidone come alternativa all'alooperidolo o alla clorpromazina, se il costo e la disponibilità non sono un problema. » Se la persona non risponde alla dose adeguata e alla durata del trattamento con diversi antipsicotici ma somministrati uno alla volta, allora si può considerare il trattamento combinato con più antipsicotici, preferibilmente sotto la supervisione dello specialista e monitoraggio clinico intensivo. » Prevedere un consulto con lo specialista per l'uso di clozapina in persone che non hanno risposto ad altri farmaci antipsicotici (utilizzati con dosaggio e durata di trattamento congrui). Usare clozapina solo sotto la supervisione dello specialista e solo se il monitoraggio di laboratorio di routine è disponibile, dato il rischio di agranulocitosi fatale.

TABELLA 5: Presa in carico di persone con **comportamento agitato e/o aggressivo** !

VALUTAZIONE

- » Cercare di comunicare con la persona.
- » Valutare le cause sottostanti:
 - **Controllare la glicemia.** Se è bassa, somministrare glucosio.
 - **Controllare i parametri vitali**, inclusa la temperatura corporea e la saturazione di ossigeno. Somministrare ossigeno se necessario.
 - **Escludere la presenza di delirium e condizioni mediche**, incluso l'avvelenamento.
 - **Escludere l'uso di alcool o droghe.** Nello specifico, prendere in considerazione eventuale **intossicazione da sostanze stimolanti e/o astinenza da alcool/sedativi.** Vedere » DUS.
 - **Escludere l'agitazione dovuta a psicosi o episodio maniacale in disturbo bipolare.** Andare a Valutazione » PSI 1.

COMUNICAZIONE

- » La sicurezza prima di tutto!
- » Rimanere calmi e incoraggiare la persona a parlare delle sue preoccupazioni.
- » Utilizzare un tono di voce calmo e cercare di focalizzarsi sulle preoccupazioni espresse, se possibile.
- » Ascoltare attentamente. Dedicare tempo alla persona.
- » Non ridere mai della persona.
- » Non rispondere aggressivamente.
- » Cercare di trovare la causa del problema e soluzioni per la persona.
- » Coinvolgere i cares e altri membri dello staff.
- » Allontanare dalla situazione chiunque possa scatenare l'aggressività.
- » Se si sono esaurite tutte le possibilità e la persona è ancora aggressiva, potrebbe essere necessario utilizzare farmaci (se disponibili) per prevenire incidenti.

SEDAZIONE E USO DI FARMACI

- » Utilizzare una sedazione, se appropriato, per prevenire incidenti.
- » Per l'agitazione dovuta a psicosi o mania, valutare eventuale uso di aloperidolo 2 mg per os/im ogni ora fino a 5 dosi (massimo 10 mg). **Attenzione: alte dosi di aloperidolo possono causare reazioni distoniche. Usare biperidene per trattare reazioni acute.**
- » Per l'agitazione dovuta a ingestione di sostanze, come astinenza da alcool/sedativi o intossicazione da sostanze stimolanti, usare diazepam 10-20 mg per os e ripetere se necessario. **Andare a » DUS.**

In caso di violenza estrema

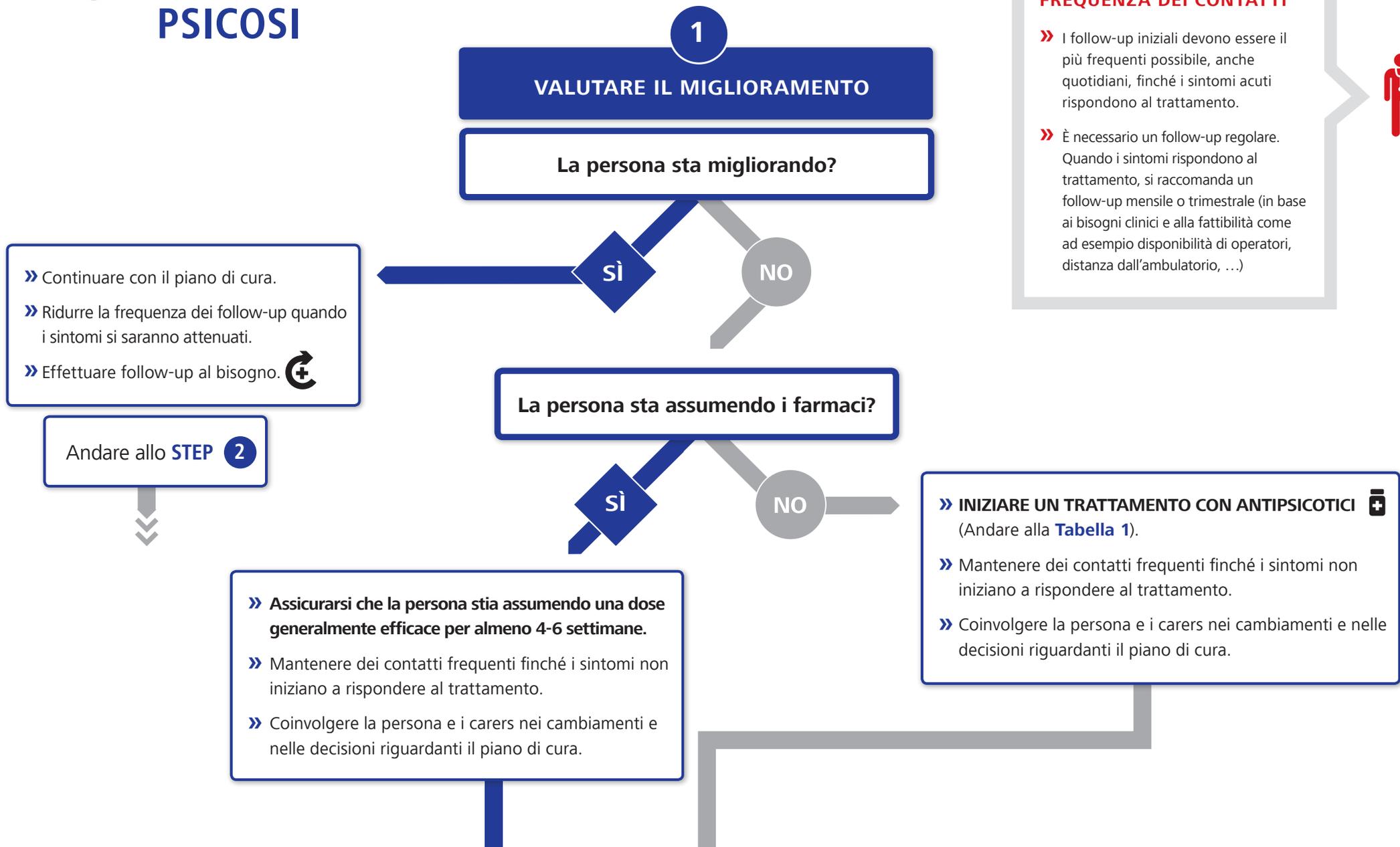
- Cercare aiuto da parte della polizia o dello staff.
- Utilizzare aloperidolo 5 mg i.m., ripetere dopo 15-30 minuti se necessario (fino a 15 mg).
- Consultare lo specialista. 

- » **Se la persona continua ad essere agitata**, ricontrollare la saturazione d'ossigeno, i parametri vitali e la glicemia. Verificare la presenza di dolore. Rivolgersi all'ospedale. 
- » **Una volta placata l'agitazione, fare riferimento alla Master Chart (MC) e scegliere i relativi moduli per la valutazione.**

! Categorie specifiche:

- Consultare lo specialista per il trattamento. 

PSI 3 » Follow-up PSICOSI



2

MONITORARE REGOLARMENTE IL PIANO DI CURA

- » Riesaminare gli interventi psicosociali.
- » Se la persona assume farmaci, **rivedere la compliance al trattamento, gli eventuali effetti collaterali e il dosaggio (Tabella 4)**. Controllare il peso corporeo, la pressione arteriosa e la glicemia.
- » Se la persona inizia ad usare qualsiasi altro farmaco con potenziali interazioni, considerare di rivedere il dosaggio dello psicofarmaco.
- » Indagare circa l'esordio dei sintomi, precedenti episodi e dettagli di ogni piano di cura precedente o in corso.

3

SOSPENDERE LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Primo episodio, ricaduta o peggioramento dei sintomi psicotici:

- » Prendere in considerazione la sospensione della terapia farmacologica **12 MESI DOPO LA SCOMPARSA DEI SINTOMI**.

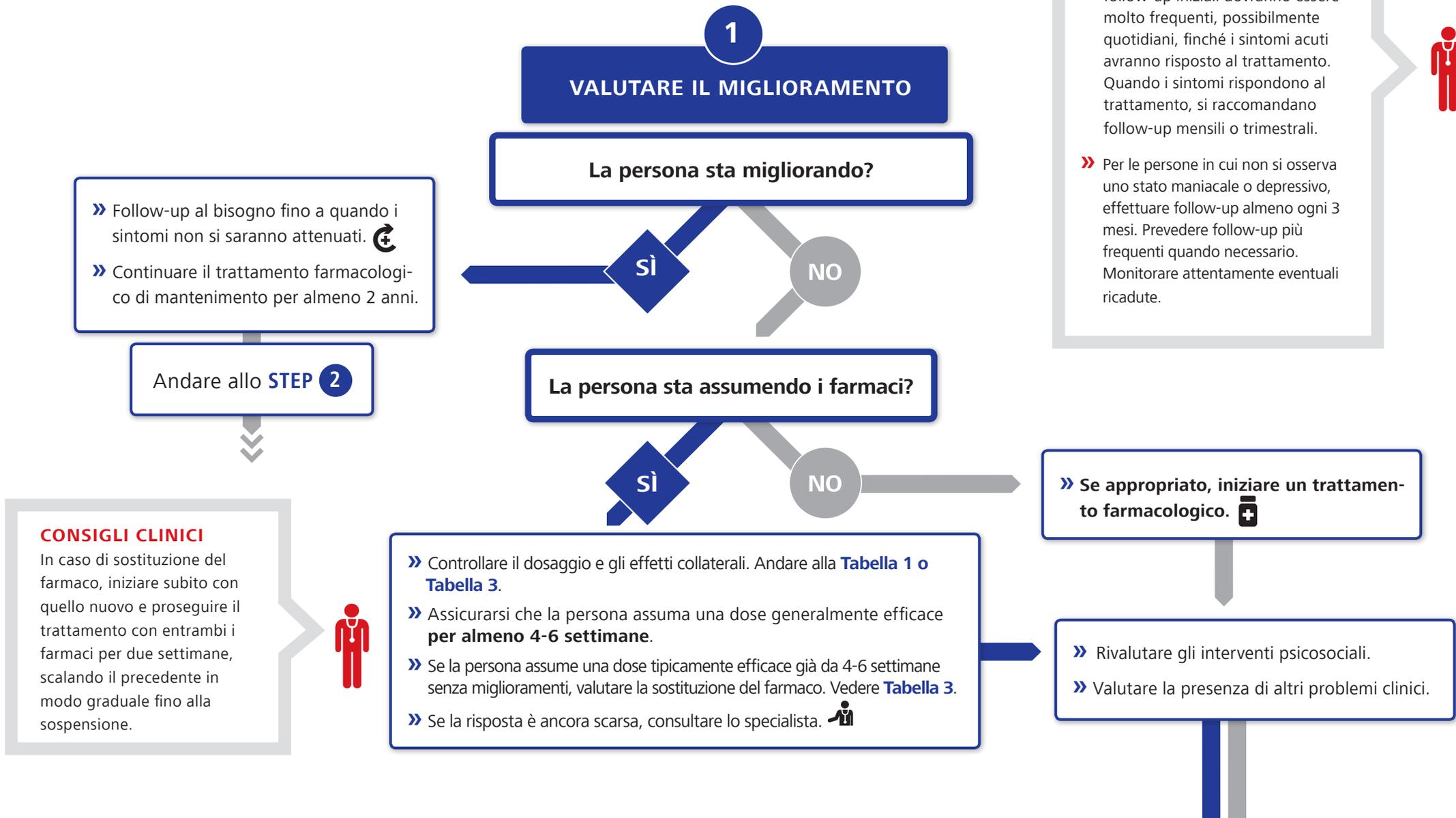
Sintomi psicotici che persistono da più di 3 mesi:

- » Prendere in considerazione la sospensione della terapia farmacologica se **la persona ha una REMISSIONE COMPLETA dei sintomi da diversi anni**

- » Discutere con la persona e la famiglia del rischio di ricaduta versus gli effetti collaterali dell'assunzione dei farmaci nel lungo periodo.
- » Se possibile, consultare lo specialista. 
- » Ridurre la dose del farmaco gradualmente e progressivamente. Quando il farmaco viene sospeso del tutto, l'individuo e la famiglia devono essere educati a riconoscere precocemente i sintomi di ricaduta. È raccomandato un follow-up clinico ravvicinato.

PSI 3 » Follow-up

EPISODIO MANIACALE IN DISTURBO BIPOLARE



RACCOMANDAZIONI SULLA FREQUENZA DEI CONTATTI

- » Episodio maniacale acuto: i follow-up iniziali dovranno essere molto frequenti, possibilmente quotidiani, finché i sintomi acuti avranno risposto al trattamento. Quando i sintomi rispondono al trattamento, si raccomandano follow-up mensili o trimestrali.
- » Per le persone in cui non si osserva uno stato maniacale o depressivo, effettuare follow-up almeno ogni 3 mesi. Prevedere follow-up più frequenti quando necessario. Monitorare attentamente eventuali ricadute.



CONSIGLI CLINICI

In caso di sostituzione del farmaco, iniziare subito con quello nuovo e proseguire il trattamento con entrambi i farmaci per due settimane, scalando il precedente in modo graduale fino alla sospensione.



- » Controllare il dosaggio e gli effetti collaterali. Andare alla **Tabella 1** o **Tabella 3**.
- » Assicurarsi che la persona assuma una dose generalmente efficace **per almeno 4-6 settimane**.
- » Se la persona assume una dose tipicamente efficace già da 4-6 settimane senza miglioramenti, valutare la sostituzione del farmaco. Vedere **Tabella 3**.
- » Se la risposta è ancora scarsa, consultare lo specialista.

» Se appropriato, iniziare un trattamento farmacologico.

- » Rivalutare gli interventi psicosociali.
- » Valutare la presenza di altri problemi clinici.

2

MONITORARE REGOLARMENTE IL PIANO DI CURA

- » Rivalutare e fornire interventi psicosociali.
- » Se la persona assume farmaci, **rivedere la compliance al trattamento, gli eventuali effetti collaterali e il dosaggio**. Vedere **Tabella 4**.
- » Se la persona inizia ad usare qualsiasi altro farmaco con potenziali interazioni, considerare di rivedere il dosaggio.

3

SOSPENDERE LA TERAPIA FARMACOLOGICA

La persona è in remissione completa dei sintomi, senza episodi di disturbo bipolare *da almeno 2 anni*?

SÌ

» Prendere in considerazione la sospensione del trattamento farmacologico

- Discutere con la persona/i carers dei rischi della sospensione.
- Consultare lo specialista circa la decisione di sospendere il trattamento di mantenimento dopo 2 anni. 
- Ridurre gradualmente il farmaco in un periodo di più settimane o mesi.

NO

» Effettuare follow-up regolari e monitorare il piano di cura. 

PSICOSI

EPILESSIA

L'epilessia è un disturbo cerebrale cronico non trasmissibile, caratterizzato da crisi ricorrenti non provocate. L'epilessia è uno dei disturbi neurologici più comuni che, con un trattamento appropriato, nella maggior parte dei casi può essere ben controllato.

Le cause dell'epilessia sono molteplici. Le crisi possono essere di natura genetica o possono manifestarsi in persone con una storia pregressa di trauma da parto, danno neurologico (inclusi traumi cranici e ictus) o infezioni cerebrali. Talvolta la causa potrebbe non essere identificata.

Le crisi epilettiche sono causate da un'attività elettrica anomala del cervello e si dividono in due tipi: convulsive e non convulsive. L'epilessia non convulsiva si manifesta in diversi modi, ad es. con cambiamenti nello stato mentale, mentre l'epilessia convulsiva presenta, tra gli altri, movimenti anormali improvvisi, quali irrigidimento e clonie del corpo. La seconda modalità di presentazione in particolare è fortemente stigmatizzata e associata a un alto rischio di morbilità e mortalità. Questo modulo tratta soltanto l'epilessia convulsiva.

EPI » Panoramica rapida

Una presentazione in acuto delle crisi/convulsioni richiede trattamento e gestione in emergenza



VALUTAZIONE

- » **EMERGENZA:**
Valutazione e gestione delle convulsioni in acuto
- » Valutare la presenza di crisi convulsive
- » Valutare una causa acuta (per es., infezioni neuronali, trauma ecc.)
- » Valutare la presenza di epilessia e le eventuali cause sottiacenti (in base all'anamnesi o alla visita)
- » Valutare la presenza di eventuali condizioni MNS prioritarie concomitanti



GESTIONE

- » **Protocollo di gestione e popolazioni con bisogni specifici**
 1. Epilessia
 2. Popolazioni con bisogni specifici (donne in età fertile, bambini/adolescenti, persone affette da HIV)
- » **Interventi psicosociali**
- » **Interventi farmacologici**



FOLLOW-UP

! EPI » EMERGENZA

LA PERSONA PRESENTA
CONVULSIONI O NON RISPONDE
ED È RIGIDA

CONSIGLI CLINICI

La valutazione e la gestione devono essere concomitanti.



1
Ci sono segni di ferite alla testa o al collo?

NO

SÌ

» IMMOBILIZZARE TESTA E COLLO

2

- » **Verificare pervietà Vie aeree, Respirazione, Circolazione (ABC)**
Assicurarsi che le vie aeree non siano ostruite, che la respirazione sia regolare e il polso sia stabile
- » **Controllare la PRESSIONE SANGUIGNA, la TEMPERATURA e la FREQUENZA RESPIRATORIA**
- » **Quando è possibile, misurare con un cronometro la durata delle convulsioni**
- » **Assicurarsi che la persona sia portata in un posto adeguato e, se possibile, posizionarla su un fianco per migliorarne la respirazione;** allentare eventuali collane o colletti stretti, rimuovere

gli occhiali e mettere qualcosa di morbido sotto la testa (se disponibile)

- » **Quando è possibile, inserire un catetere endovena (e.v.) per la somministrazione di farmaci/liquidi**
- » **✗ NON LASCIARE MAI LA PERSONA DA SOLA**
- » **✗ NON INTRODURRE NULLA IN BOCCA**
- » **NEL CASO DI POSSIBILI FERITE ALLA TESTA, INFEZIONI CEREBRALI (FEBBRE) O DEFICIT FOCALI, RECARSI IMMEDIATAMENTE IN OSPEDALE +**



3

! CATEGORIE SPECIFICHE: Gravidanza/Post-partum

La donna si trova nella seconda metà del periodo di gravidanza
 OPPURE entro la prima settimana successiva al parto
 E non presenta storia di epilessia?



SOSPETTA ECLAMPSIA

SÌ

NO

4

» SOMMINISTRARE DEI FARMACI PER ARRESTARE LE CONVULSIONI

SENZA ACCESSO E.V.

CON ACCESSO E.V.

- » Somministrare per via intramuscolare (i.m.) **solfo di magnesio** 10 g
- » Se la **pressione diastolica** è > 110 mmHg, somministrare **idralazina** 5 mg in e.v. lentamente (3-4 minuti).
Ripetere ogni 30 minuti fino a ≤ 90 mmHg;
- ❌ *Non somministrare più di 20 mg in totale*
- » **RECARSI IMMEDIATAMENTE IN OSPEDALE**

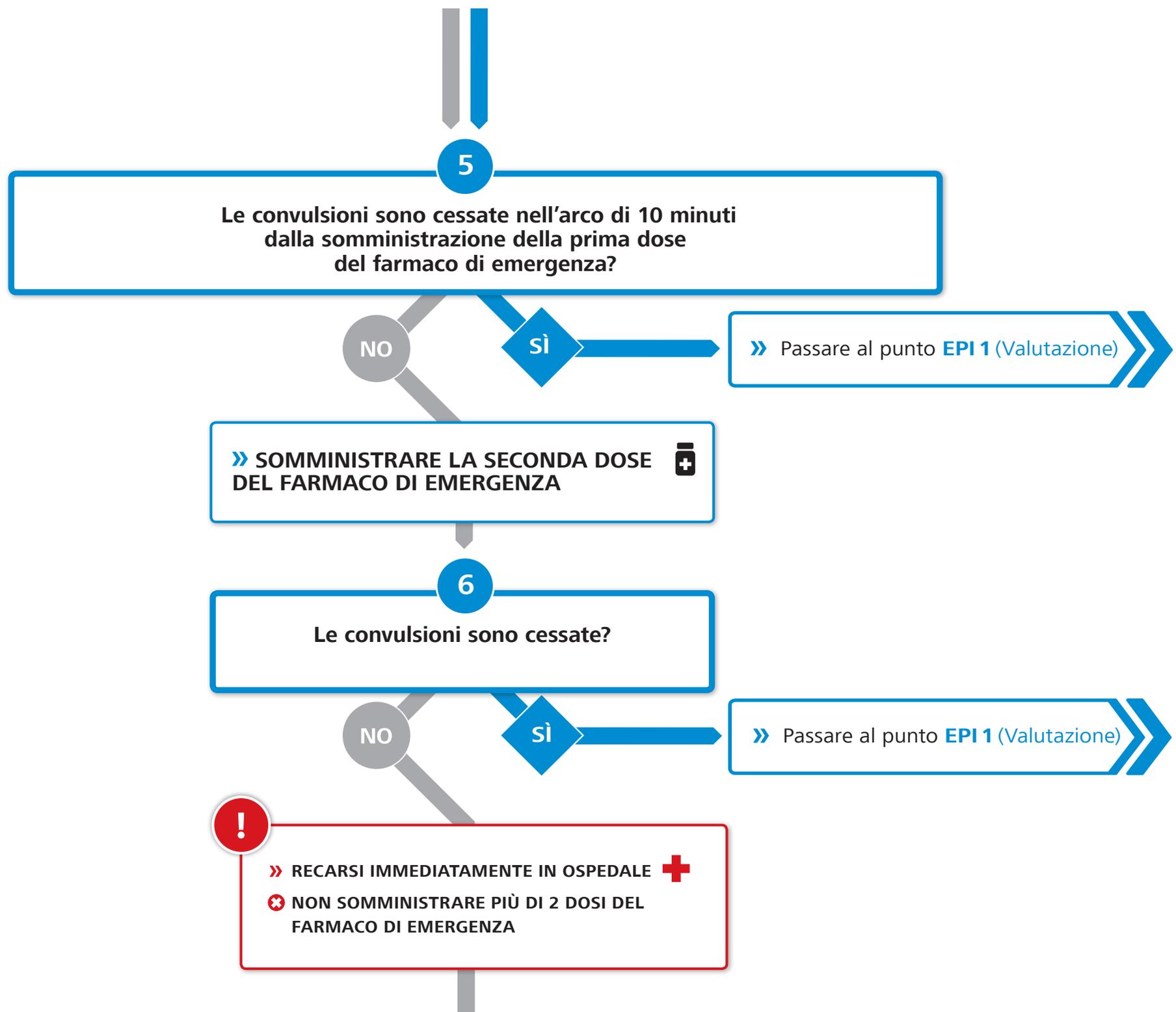
Somministrare:

- » **diazepam** per via rettale (adulti 10 mg, bambini 1 mg/per anno di età)
- OPPURE
- » **midazolam** per os/intranasale (adulti 5-10 mg; bambini 0.2 mg/kg)



- » Iniziare con la somministrazione lenta di **soluzione salina** (30 gocce/minuto)
- » Somministrare **glucosio** in e.v. (adulti 25-50 ml al 50%; bambini 2-5 ml/kg al 10%)
- » Somministrare farmaci di emergenza:
 - **diazepam** 10 mg in e.v. (bambini 1 mg/per anno di età in e.v. OPPURE
 - **lorazepam** 4 mg in e.v. (bambini 0.1 mg/kg in e.v.)





7

LA PERSONA PRESENTA UNO STATO DI MALE EPILETTICO?

- » Le convulsioni continuano dopo 2 dosi del farmaco di emergenza, **OPPURE**
- » Nessuna ripresa tra una convulsione e l'altra

Passare allo **STEP 10**

NO

(ad es., le convulsioni si arrestano dopo la seconda dose del farmaco di emergenza all'arrivo presso la struttura sanitaria)

Sì

**STATO DI MALE EPILETTICO
PROBABILE**

La persona va gestita nella struttura sanitaria

8

- » Continuare a monitorare la Pervietà delle VIE AEREE, la RESPIRAZIONE e la CIRCOLAZIONE (ABC)
- » Somministrare ossigeno
- » Monitorare l'eventuale necessità di intubazione/ventilazione continua

9

SOMMINISTRARE UNO DEI SEGUENTI FARMACI PER VIA ENDOVENOSA» **ACIDO VALPROICO:**

20 mg/kg in e.v. una sola volta fino a una dose massima di 1 g nell'arco di 30 minuti

» **FENOBARBITALE:**

15-20 mg/kg in e.v.* fino a una dose massima di 1 g, con somministrazione di 100 mg/minuto

*in caso di mancato accesso e.v., si può optare per il fenobarbitale i.m. (stessa dose dell'e.v.)

» **FENITOINA:**

15-20 mg/kg in e.v. fino a una dose massima di 1 g nell'arco di 60 minuti – utilizzare un nuovo catetere e.v. (DIVERSO DA QUELLO UTILIZZATO PER IL DIAZEPAM)

! **LA FENITOINA CAUSA DANNI SIGNIFICATIVI IN CASO DI STRAVASO; UTILIZZARE CATETERI DI QUALITÀ!!**

Le convulsioni sono cessate?

NO

SÌ

- » Usare solo uno dei farmaci alternativi (se disponibili) OPPURE aggiungere 10 mg/kg di fenitoina (somministrata nell'arco di 30 minuti)
- » Monitorare insufficienza respiratoria, ipotensione, aritmia.

10

» IDENTIFICARE (E TRATTARE SE APPROPRIATO) UN'EVENTUALE CAUSA SOGGIACENTE ALLE CONVULSIONI:

- Infezione cerebrale (febbre, rigidità nucale, cefalea, stato confusionale)
- Uso di sostanze (astinenza da alcol o ingestione di droghe)
- Trauma
- Anomalie metaboliche (ipernatriemia o ipoglicemia)
- Ictus (deficit focale)
- Tumore (deficit focale)
- Epilessia nota (storia di crisi epilettiche)

Le convulsioni sono cessate?

NO

SÌ

» RIVOLGERSI A UNO SPECIALISTA PER UN ULTERIORE CONSULTO DIAGNOSTICO 

» Andare a **EPI 1** (Valutazione)



EPI 1 » Valutazione



PUNTI CLINICI CHIAVE

Nella valutazione iniziale e nei casi di inefficacia del trattamento, bisogna tenere in considerazione eventuali sincopi e pseudocrisi.

- » Le sincopi (svenimenti) spesso sono associate ad arrossamento del viso, sudorazione, pallore e occasionale offuscamento della vista prima di un episodio. Alla fine dell'episodio può verificarsi un lieve tremore.
- » Le pseudocrisi sono tipicamente associate a un fattore scatenante l'evento parossistico. Gli episodi sono spesso prolungati e sono frequenti movimenti corporei improvvisi e non ritmici, chiusura degli occhi e contrazioni pelviche. Solitamente si ha un ritorno rapido alle condizioni di base dopo l'episodio. Se si sospetta la presenza di pseudocrisi, andare a » ALT.

PRESENTAZIONI PIÙ COMUNI DELL'EPILESSIA

- *Movimento convulsivo o accessi/crisi*
Durante la convulsione:
 - Perdita o disturbo della coscienza
 - Impassibilità, rigidità
 - Morso della lingua (morsus), ferite, incontinenza urinaria o fecale
- *Dopo la convulsione: astenia, fiacchezza, sonnolenza, stato confusionale, comportamento anomalo, cefalea, dolori muscolari, indebolimento di un lato del corpo*

1

La persona presenta crisi convulsive?

La persona presenta movimenti convulsivi che durano più di 1-2 minuti?

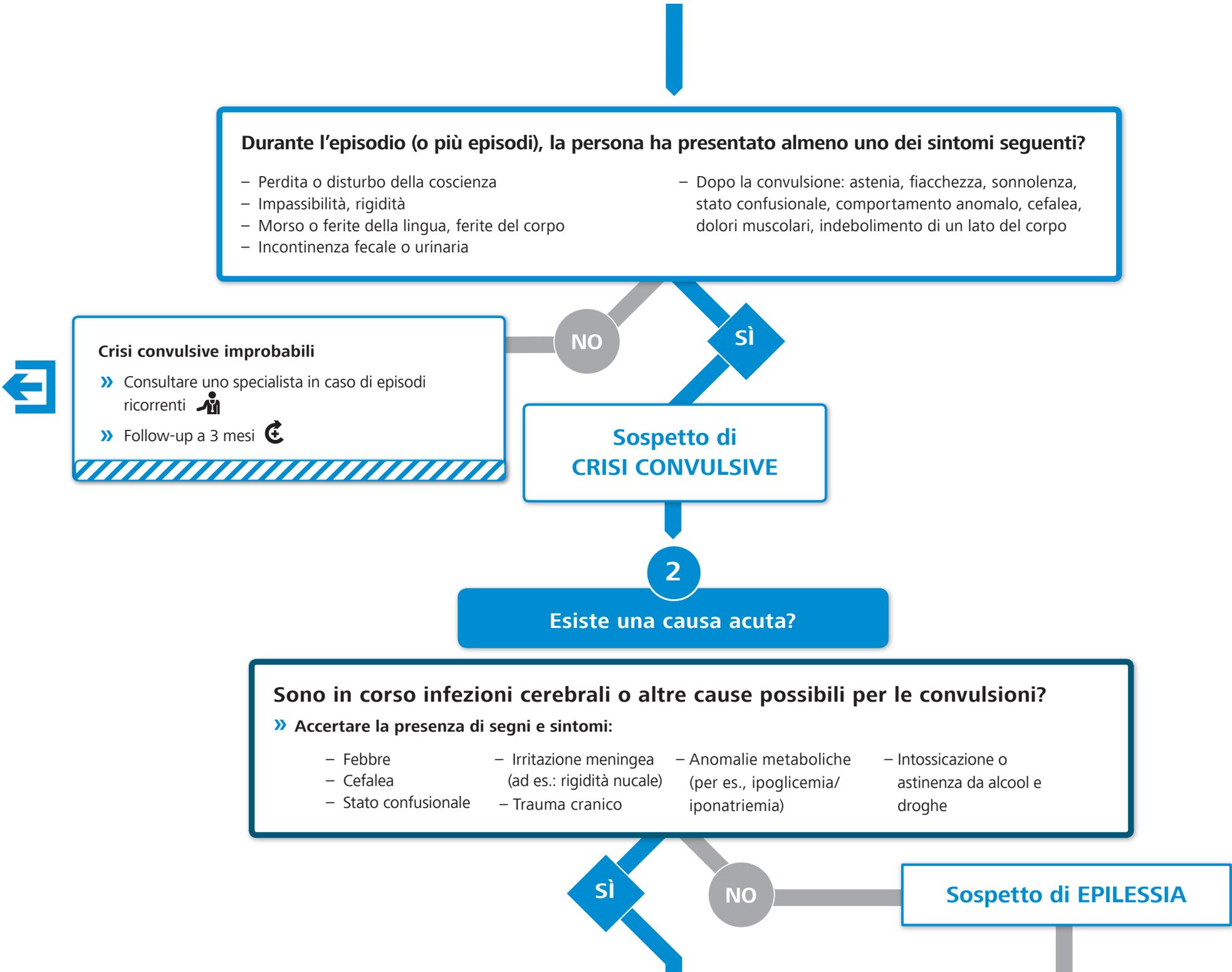
NO

SÌ

Crisi convulsive improbabili

- » Consultare uno specialista in caso di episodi ricorrenti 
- » Follow-up a 3 mesi 







SI TRATTA DI UN BAMBINO DI 6 MESI FINO A 6 ANNI DI ETÀ CON FEBBRE?



Le convulsioni sono:

- Focali: iniziano in una parte del corpo
- Prolungate: durano più di 15 minuti
- Ripetitive: più di un episodio durante lo stato di malattia in corso

NO

SÌ

CRISI FEBBRILE COMPLESSA

- » **RECARSÌ IN OSPEDALE PER UN RICOVERO +**

CRISI FEBBRILE SEMPLICE

- » Individuare la causa (linee-guida nazionali per la Gestione Integrata delle Malattie Pediatriche - IMCI)
- » Osservazione per 24 ore
- » Non è richiesto trattamento antiepilettico

- » VALUTARE E TRATTARE LA CONDIZIONE MEDICA
- » RECARSÌ IN OSPEDALE + SE POSSIBILE PER FERITE AL CAPO, MENINGITI E ANOMALIE METABOLICHE
- ✘ *NON SONO RICHIESTI FARMACI ANTIEPILETTICI*
- » Follow-up a 3 mesi per valutare l'eventuale presenza di epilessia ↻

Passare allo **STEP 3**

3

La persona presenta epilessia?

La persona ha presentato almeno due crisi in due giornate diverse nell'ultimo anno?



CONSIGLI CLINICI

- » **Porre le seguenti domande:**
- Qual è la frequenza degli episodi?
 - Quanti sono stati nel corso dell'ultimo anno?
 - Quando si è verificato l'ultimo episodio?

NO

SÌ

Non soddisfa i criteri di epilessia

- » Mantenimento della terapia antiepilettica non necessario
- » Follow-up a 3 mesi  e valutazione di possibile epilessia



**EPILESSIA
probabile**

PUNTI CLINICI CHIAVE

L'esame obiettivo dovrà prevedere l'esame neurologico e la valutazione di eventuali deficit focali, per es., asimmetrie della forza o dei riflessi.



Valutare le causa sottostante. Eseguire esame obiettivo.

» **È presente qualcuna delle condizioni seguenti?**

- Asfissia perinatale o storia di trauma
- Infezioni cerebrali
- Ferite alla testa
- Storia familiare di crisi epilettiche

NO

SÌ

» **RIVOLGERSI ALLO SPECIALISTA PER ULTERIORE VALUTAZIONE DELLA CAUSA** 

4

Sono presenti condizioni MNS concomitanti?

» Valutare la presenza di altre condizioni MNS concomitanti secondo quanto stabilito dalla Master Chart della mhGAP-IG (MC) 

! *Notare che le persone con EPILESSIA sono a più alto rischio di DEPRESSIONE e DISTURBI ASSOCIATI ALL'USO DI SOSTANZE. I BAMBINI E GLI ADOLESCENTI POSSONO PRESENTARE DISTURBI PSICHICI E DEL COMPORTAMENTO ASSOCIATI. DISTURBI DOVUTI ALL'USO DI SOSTANZE.*

» Andare al **PROTOCOLLO 1** 

! **SE SI PRESENTA UN RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO e GESTIRLO** prima di passare al Protocollo. Procedere alla sezione » SUI. 



EPI 2 » Gestione e presa in carico PROTOCOLLO

1

- » Assicurare gli interventi psicoeducativi alla persona e ai carers (2.1)
- » Iniziare una **terapia farmacologica antiepilettica** (2.3)
- » Promuovere le normali attività di vita quotidiana (2.2)

Popolazioni con bisogni specifici

Notare che gli interventi di trattamento dell'EPILESSIA per queste categorie di persone sono differenti



DONNE IN ETÀ FERTILE

Problema: rischio per il feto/bambino dovuto all'uso di antiepilettici

- » Consigliare l'assunzione di folato (5 mg/die) per **prevenire** difetti del tubo neurale in **TUTTE le donne in età fertile**.
- » EVITARE IL VALPROATO.
- » **ATTENZIONE** Se la donna è incinta:
 - Evitare politerapia. *Farmaci diversi in combinazione fanno aumentare il rischio di effetti teratogeni durante la gravidanza.*
 - Se i farmaci vengono interrotti durante la gravidanza, la sospensione deve essere graduale.
 - Consigliare il parto in ospedale.
 - Al parto, somministrare 1 mg di vitamina K in i.m. al neonato per prevenire malattie emorragiche.
- » In **caso di allattamento al seno**, preferire la carbamazepina ad altri farmaci.



BAMBINI / ADOLESCENTI

Attenzione: effetti del farmaco antiepilettico sullo sviluppo e/o sul comportamento

- » In caso di **disturbo dello sviluppo**, gestire la condizione. Procedere alla sezione **» DBA**.
- » Per i bambini con disturbo comportamentale, evitare, se possibile, il fenobarbitale. Gestire la condizione. Procedere alla sezione **» DBA**.



PERSONE CON HIV

Attenzione: interazione tra antiepilettici e antiretrovirali

- » Se disponibili, acquisire informazioni specifiche sulle interazioni farmacologiche in persone con regime antiretrovirale e terapia antiepilettica.
- » Il **Valproato** è da preferire ad altri farmaci per la minore interazione farmacologica.
- » **EVITARE FENITOINA E CARBAMAZEPINA QUANDO È POSSIBILE.**

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.1 Intervento psicoeducativo

Fornire informazioni su: *“Cos'è una convulsione/cos'è l'epilessia” e sull'importanza della terapia farmacologica.*

- » “Una convulsione è causata dall'eccesso di attività elettrica nel cervello – non è causata da stregoneria o spiriti maligni.”
- » “L'epilessia è la tendenza ricorrente a avere convulsioni.”
- » “È una condizione cronica, **ma prendendo la terapia farmacologica secondo prescrizione, nella maggior parte dei casi essa può essere pienamente controllata.**”
- » La persona può beneficiare dell'aiuto di un gruppo di persone per gestire le convulsioni. Parlane con la persona interessata.
- » Farsi dire dalla persona se si è rivolta a maghi o guaritori tradizionali, mostrando sempre un atteggiamento rispettoso verso questa eventualità, ma enfatizzando al contempo la necessità di rivolgersi a una struttura sanitaria. La persona dovrebbe anche essere informata sul fatto che i farmaci da banco e l'erboristeria possono talvolta produrre interazioni avverse, quindi è corretto che il personale sanitario sia informato su tutto ciò che viene assunto dal paziente.

PUNTI CLINICI CHIAVE:

- » Le crisi che durano più di 5 minuti rappresentano una situazione di emergenza – cercare aiuto immediatamente.
- » Molte persone con epilessia possono condurre una vita normale attenendosi rigorosamente alla terapia prescritta.



Fornire informazioni su: *Come i carers possono gestire le convulsioni a casa.*

- » Far sdraiare la persona su un lato, con la testa girata per agevolare la respirazione.
- ❌ **NON INTRODURRE NULLA NELLA BOCCA DELLA PERSONA E NON LIMITARNE I MOVIMENTI.**
- » Assicurarsi che la persona respiri normalmente.
- » Rimanere sempre con la persona fino all'arresto delle convulsioni e al risveglio.
- » A volte le persone con epilessia avvertono l'arrivo di una convulsione. In questo caso, la persona dovrebbe stendersi dove possibile in posizione sicura.
- » L'epilessia non è contagiosa. Non si può contrarre il disturbo assistendo la persona in preda alle convulsioni. 

Fornire informazioni su: *Quando richiedere l'aiuto di un medico.*

- » Se la persona con epilessia sembra avere difficoltà a respirare durante la convulsione, è necessario l'intervento medico immediato.
- » Quando la persona con epilessia ha una convulsione che dura più di 5 minuti e non si trova in una struttura sanitaria, è necessario che vi sia condotta immediatamente.
- » Quando una persona con epilessia non si sveglia dopo una convulsione, bisogna che venga portata in ospedale.

2.2 Promuovere la prosecuzione delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita comunitaria

- » **Far riferimento alle CPB (Cure e Pratiche di Base)** per interventi che promuovono il funzionamento nella vita di ogni giorno e nel contesto sociale di appartenenza.
- » **Inoltre, informare i carers e le persone con epilessia su quanto segue:**
 - Le persone con epilessia possono condurre una vita normale. Possono sposarsi ed avere figli.
 - I genitori non devono allontanare i figli con epilessia dalla scuola.
 - Le persone con epilessia possono svolgere la maggior parte dei lavori. Tuttavia dovrebbero evitare lavori ad alto rischio di incidenti per sé e per gli altri (per es., in fabbriche di macchinari pesanti).
 - Le persone con epilessia dovrebbero evitare di cucinare su fiamme libere e di nuotare da sole.
 - Le persone con epilessia devono evitare l'uso eccessivo di alcool e sostanze eccitanti, di dormire troppo poco o di frequentare posti con luci a intermittenza.
 - Le disposizioni locali della motorizzazione riguardanti le persone con epilessia devono essere rispettate.
 - Le persone con epilessia possono fare domanda di pensione di invalidità.
 - Alcuni programmi delle amministrazioni locali specifici per persone con epilessia possono costituire una valida assistenza in alcuni tipi di lavoro e supporto sia per la persona che per la sua famiglia.

INTERVENTI FARMACOLOGICI

2.3 Iniziare la terapia antiepilettica

- » Scegliere un farmaco disponibile costantemente.
- »  In caso di popolazioni con bisogni specifici (bambini, donne in età fertile, persone con HIV), consultare l'apposita sezione di questo modulo.
- » Iniziare con un solo farmaco alla dose iniziale più bassa.
- » Aumentare la dose lentamente fino al raggiungimento del controllo delle convulsioni.
- » Prendere in considerazione, se possibile, l'eventuale monitoraggio dell'emocromo, degli esami ematochimici e dei test di funzionalità epatica.

ATTENZIONE!

- » Verificare eventuali **interazioni farmacologiche**. *Se utilizzati insieme, gli antiepilettici possono aumentare o ridurre l'effetto di altri antiepilettici. Inoltre, essi possono ridurre l'effetto di farmaci ormonali anticoncezionali, immunosoppressori, antipsicotici, metadone e alcuni antiretrovirali.*
- » In casi rari, possono provocare mielosoppressione, reazioni da ipersensibilità, inclusa la s. di Stevens-Johnson, alterazioni del metabolismo della Vitamina D e malattia emorragica da deficienza di Vitamina K nel neonato.

- »  Quando è possibile, evitare l'uso di valproato di sodio nelle donne incinte per **il rischio di difetti del tubo neurale**.
- » Tutti i farmaci anticonvulsivanti devono essere sospesi in modo graduale perché l'interruzione brusca può causare una ripresa improvvisa delle crisi.

TABELLA 1: Antiepilettici

FARMACO	POSOLOGIA ORALE	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / CAUTELE
CARBAMAZEPINA	<p>Adulti: Iniziare con 100-200 mg/die suddivisi in 2-3 dosi. Aumentare il dosaggio di 200 mg a settimana (fino a un max di 1400 mg/die).</p> <p>Bambini: Iniziare con 5 mg/kg/die suddivisi in 2-3 dosi. Aumentare di 5 mg/kg/die a settimana (fino a un max di 40 mg/kg/die OPPURE 1400 mg al giorno).</p> <p> Donne in gravidanza o allattamento: Somministrare con cautela.</p>	<p>Comuni: sedazione, stato confusionale, vertigini, atassia, diplopia, nausea, diarrea, leucopenia benigna.</p> <p>Gravi: epatotossicità, difetti della conduzione cardiaca, iposodiemia.</p>	<p>Usare cautela nei pazienti con anamnesi di disturbi ematici, patologie cardiache, renali o epatiche.</p> <p>Il dosaggio va probabilmente aggiustato dopo 2 settimane a causa dell'effetto di induzione del suo stesso metabolismo.</p>

TABELLA 1: Antiepilettici (cont.)

FARMACO	POSOLOGIA ORALE	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI/CAUTELE
FENOBARBITALE	<p>Adulti: Iniziare con 60 mg/die suddivisi in 1-2 dosi. Aumentare il dosaggio di 2.5-5 mg a settimana (fino a un max di 180 mg/die).</p> <p>Bambini: Iniziare con 2-3 mg/kg/die suddivisi in 2 dosi. Aumentare ogni settimana di 1-2 mg/kg/die, secondo tolleranza (fino a un massimo di 6 mg/die).</p>	<p>Comuni: Sedazione, iperattività nei bambini, atassia, nistagmo, disfunzioni sessuali, depressione.</p> <p>Gravi: Insufficienza renale (ipersensibilità), decremento della densità minerale ossea.</p>	<p>Controindicato in pazienti con porfiria intermittente acuta.</p> <p>Ridurre le dosi in pazienti con disturbi renali o epatici.</p>
FENITOINA	<p>Adulti: Iniziare con 150-200 mg/die suddivisi in 2 dosi. Aumentare il dosaggio di 50 mg/die ogni 3-4 settimane (fino a un massimo di 400 mg/die).</p> <p>Bambini: Iniziare con 3-4 mg/kg/die suddivisi in 2 dosi. Aumentare di 5 mg/kg/die ogni 3-4 settimane (fino a un massimo di 300 mg/die).</p> <p> Donne in gravidanza o allattamento: evitare</p> <p> Anziani: utilizzare dosi più basse</p>	<p>Comuni: Sedazione, stato confusionale, vertigini, tremore, tic motori, atassia, diplopia, nistagmo, biassicamento, nausea, vomito, stipsi.</p> <p>Gravi: Anomalie ematiche, epatite, polineuropatia, ipertrofia gengivale, acne, linfadenopatia, aumento dell'impulso autolesivo/suicidario.</p>	<p>Ridurre le dosi in pazienti con disturbi renali o epatici.</p>
VALPROATO DI SODIO	<p>Adulti: Iniziare con 400 mg/die suddivisi in 2 dosi. Aumentare il dosaggio di 500 mg/die ogni settimana (fino a un massimo di 3000 mg/die).</p> <p>Bambini: Iniziare con 15-20 mg/kg/die suddivisi in 2-3 dosi. Aumentare il dosaggio di 15 mg/kg/die ogni settimana (fino a un massimo di 15-40 mg/kg/die).</p> <p> Donne in gravidanza o allattamento: evitare</p> <p> Anziani: utilizzare dosi più basse</p>	<p>Comuni: Sedazione, cefalea, clonie, atassia, nausea, vomito, diarrea, aumento ponderale, perdita temporanea dei capelli.</p> <p>Gravi: funzionalità epatica compromessa, trombocitopenia, leucopenia, vertigini/stato confusionale (encefalopatia iperammoniemica da valproato, segno di tossicità), insufficienza epatica, pancreatite emorragica.</p>	<p>Usare con cautela se si sospettano o si rilevano disturbi epatici sottostanti.</p> <p>Interazioni farmacologiche: i livelli di valproato diminuiscono con la carbamazepina e aumentano con l'aspirina.</p>

EPI 3 » Follow-up

1

RIESAMINARE LA CONDIZIONE IN ATTO



**RACCOMANDAZIONI
SULLA FREQUENZA DEI
CONTATTI**

» Follow-up ogni 3-6 mesi.

La persona presenta più del 50% di riduzione delle crisi, intesa come frequenza delle convulsioni?

SE LA PERSONA NON MIGLIORA CON IL DOSAGGIO IN CORSO:

- » Verificare la corretta compliance alla terapia farmacologica.
- » **Prendere in considerazione il possibile aumento della dose del farmaco secondo necessità, fino alla dose massima, se non ci sono effetti avversi.**
- » *Se la risposta terapeutica è ancora insufficiente,*
 - **Prendere in considerazione un eventuale cambio di farmaco. Quest'ultimo dovrà essere somministrato a una dose ottimale prima di procedere all'interruzione graduale del primo.**
- » *Se la risposta è ancora insufficiente,*
 - Rivedere la diagnosi.
 - **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.** 
- » Follow-up più frequenti. 

NO

SÌ

PUNTI CLINICI CHIAVE

- » **EFFETTI AVVERSI** (per es., affaticabilità, nistagmo, diplopia, atassia) che dipendono dalla dose troppo alta di farmaco.
- » **Se si verifica una REAZIONE IDIOSINCRATICA** (reazione allergica, mielosoppressione, insufficienza epatica), sostituire l'antiepilettico.



2

MONITORARE IL TRATTAMENTO

Ad ogni contatto:

- » Valutare gli effetti collaterali del farmaco, inclusi gli effetti avversi e le reazioni idiosincratice (dal punto di vista clinico e con appropriati test di laboratorio se disponibili).
- » Fornire interventi psicoeducativi e rivedere quelli psicosociali. 
- » Se la persona è una donna in età fertile che desidera una gravidanza? In questo caso, consultare uno specialista. 
- » La persona presenta nuovi sintomi significativi? Riesaminare le condizioni per ricercare la presenza di eventuali nuovi sintomi di depressione e ansia, dato l'alto rischio di comorbidità con l'epilessia.
- » La persona è in terapia con un nuovo farmaco che potrebbe avere delle interazioni? (molti farmaci anticonvulsivanti interagiscono con altri farmaci). In questo caso, consultare uno specialista. 

3

PRENDERE IN CONSIDERAZIONE LA SOSPENSIONE DEL FARMACO SE APPROPRIATO

La persona non presenta convulsioni da diversi anni?

NO

SÌ

SE NON CI SONO PROBLEMI CON I FARMACI

- » Proseguire con la dose prescritta. Il dosaggio corretto è la dose terapeutica minima efficace per il controllo delle crisi e che comporta minimi effetti collaterali.
- » Continuare visite di follow-up ravvicinate e rivedere possibili interruzioni del farmaco se il paziente non ha presentato crisi negli ultimi due anni.

- » Discutere con la persona/il carer del rischio di comparsa delle crisi (se l'epilessia è dovuta a ferite alla testa, ictus o infezione neuronale, senza l'impiego di un farmaco c'è un alto rischio di ricomparsa delle crisi) e dei rischi e benefici derivanti dall'interruzione dei farmaci.
- » Di comune accordo, sospendere gradualmente il farmaco, riducendo le dosi nell'arco di 2 mesi e monitorando di continuo l'eventuale ripresentazione delle crisi. 

DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI IN BAMBINI E ADOLESCENTI

Questo modulo riguarda la valutazione e la gestione dei disturbi dello sviluppo, dei disturbi comportamentali e dei disturbi emotivi in bambini e adolescenti.

DISTURBI DELLO SVILUPPO è un termine ombrello che comprende disturbi quali la disabilità intellettiva e i disturbi dello spettro dell'autismo. Questi disturbi hanno solitamente un esordio in età infantile, comportano compromissione o ritardo nelle funzioni legate alla maturazione del sistema nervoso centrale e hanno un decorso stabile, raramente caratterizzato da remissioni e recidive che si verificano invece in altri disturbi mentali.

DISTURBI COMPORTAMENTALI è un termine ombrello che include disturbi specifici quali il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD) e i disturbi della condotta. Sintomi comportamentali con vari livelli di gravità sono molto comuni nella po-

polazione generale. Dovrebbe essere diagnosticato un disturbo comportamentale solo a bambini e adolescenti con un livello di compromissione da moderato a grave nella sfera psicologica, sociale, educativa o occupazionale.

DISTURBI EMOTIVI sono tra le principali cause di disturbi di salute mentale nei giovani. I disturbi emotivi sono caratterizzati da un aumento dei livelli di ansia, depressione, paura e sintomi somatici.

Bambini e adolescenti spesso presentano sintomi che caratterizzano più di una condizione e talvolta si sovrappongono. La qualità dei contesti domestici, educativi e sociali influenza il benessere e il funzionamento dei bambini e degli adolescenti. Approfondire e affrontare gli elementi di stress psicosociale, unitamente alle opportunità di attivazione dei supporti necessari, sono elementi essenziali per la valutazione e la gestione di queste condizioni.

DBA » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » Valutare la presenza di problemi dello sviluppo
- » Valutare la presenza di problemi di disattenzione o iperattività
- » Valutare la presenza di problemi emotivi. Se si tratta di un adolescente, accertare eventuale presenza di depressione da moderata a grave
- » Valutare atteggiamenti persistenti di sfida, disobbedienza e aggressività
- » Valutare la presenza di altre condizioni MNS prioritarie
- » Valutare l'ambiente domestico
- » Valutare l'ambiente scolastico



GESTIONE

- » **Protocolli di gestione**
 1. Ritardo/Disturbo dello sviluppo
 2. Problemi di comportamento
 3. Deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD)
 4. Disturbo della condotta
 5. Problemi emotivi
 6. Disturbi emotivi e depressione da moderata a grave negli adolescenti
- » **Interventi psicosociali**



FOLLOW-UP

TABELLA 1: PRESENTAZIONI CLINICHE COMUNI DEI DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI IN BAMBINI E ADOLESCENTI PER GRUPPI DI ETÀ

Possono essere riferite dai carers, auto-riferite o osservate durante il processo di valutazione.

	DISTURBI DELLO SVILUPPO	DISTURBI COMPORTAMENTALI	DISTURBI EMOTIVI
Neonati e bambini piccoli (<5 anni)	<ul style="list-style-type: none"> – Problemi nutrizionali, arresto della crescita, ipotono, ritardo nel raggiungimento delle tappe evolutive appropriate per l'età (ad esempio sorridere, stare seduti, interagire con gli altri, prestare attenzione, camminare, parlare, usare il bagno) 		<ul style="list-style-type: none"> – Pianto eccessivo, attaccamento morboso a un carer, congelamento o freezing (mantenere il corpo immobile e rimanere in silenzio) e/o attacchi di collera – Estrema timidezza o cambiamenti nel funzionamento quotidiano (ad esempio, ricominciare a bagnarsi o sporcarsi o succhiarsi il pollice) – Scarso interesse per il gioco e l'interazione sociale – Difficoltà ad addormentarsi e mangiare
Prima infanzia (6-12 anni)	<ul style="list-style-type: none"> – Ritardo nella lettura e nella scrittura – Ritardo nelle attività di cura di sé come ad es. vestirsi, fare il bagno, lavarsi i denti 	<p>4-18 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> – Marcata iperattività: eccessivo correre, estrema difficoltà a rimanere seduti, parlare o agitarsi esageratamente – Disattenzione eccessiva, distraibilità, interruzione continua delle attività prima di riuscire a portarle a compimento e passare ad altre – Impulsività eccessiva: fare spesso le cose senza pensarci prima – Comportamenti ripetuti e continui di disturbo verso gli altri (ad esempio, attacchi di collera insolitamente frequenti e gravi, comportamento crudele, disobbedienza persistente e grave, tendenza a rubare) – Cambiamenti improvvisi nel comportamento o nei rapporti con i pari, tra cui l'isolamento e la rabbia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sintomi fisici ricorrenti e inspiegabili (ad esempio, mal di pancia, mal di testa, nausea) – Riluttanza o rifiuto ad andare a scuola – Estrema timidezza o cambiamenti nel funzionamento quotidiano (ad esempio, ricominciare a bagnarsi o sporcarsi o succhiarsi il pollice)
Adolescenti (13-18 anni)	<ul style="list-style-type: none"> – Scarso rendimento scolastico – Difficoltà nella comprensione di istruzioni – Difficoltà nell'interazione sociale e nell'adattamento ai cambiamenti 		<ul style="list-style-type: none"> – Alterazioni d'umore, ansia o preoccupazione (ad esempio, irritabilità, infastidirsi facilmente, frustrazione o depressione, cambiamenti di umore intensi, rapidi, imprevisti, sfoghi emotivi), intensa angoscia – Cambiamenti nel funzionamento quotidiano (ad esempio, difficoltà di concentrazione, scarso rendimento scolastico, ricorrente desiderio di stare da soli o rimanere a casa)
Tutte le età	<ul style="list-style-type: none"> – Difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane considerate normali per l'età; difficoltà a comprendere le istruzioni; difficoltà nelle interazioni sociali e nell'adattamento ai cambiamenti; difficoltà o anomalie nella comunicazione; pattern restrittivi/ripetitivi nei comportamenti, interessi e attività 		<ul style="list-style-type: none"> – Eccessiva paura, ansia o evitamento di specifiche situazioni o oggetti (ad esempio, separazione dai caregivers, situazioni sociali, paura di determinati animali o insetti, dell'altitudine, degli spazi chiusi, della vista del sangue o delle ferite) – Cambiamenti nelle abitudini del sonno e dell'alimentazione – Ridotto interesse o partecipazione alle attività – Comportamento oppositivo o di ricerca dell'attenzione



DBA 1 » Valutazione

PRESENTAZIONI CLINICHE COMUNI DEI DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI IN BAMBINI E ADOLESCENTI

- **Bambino/adolescente visitato per disturbi fisici o per una valutazione clinica generale che presenta:**
 - Disturbi tipici di natura emotiva o comportamentale o disturbi dello sviluppo (Tabella 1)
 - Fattori di rischio quali malnutrizione, abuso e/o abbandono, malattie frequenti o croniche (ad es., HIV/AIDS o problemi durante il parto)
- **Carer che riferisce problematiche circa le seguenti condizioni del bambino /adolescente:**
 - Difficoltà a stare al passo con i coetanei o a svolgere attività quotidiane considerate normali per l'età
 - Comportamento (ad esempio, troppo attivo, aggressivo, con frequenti e/o gravi attacchi di collera, voglia eccessiva di stare da solo, rifiuto a svolgere attività regolari o andare a scuola)
- **Insegnante che riferisce alcune problematiche rilevate in un bambino/adolescente:**
 - ad es., si distrae facilmente, disturba in classe, finisce spesso nei guai, ha difficoltà a completare i compiti scolastici
- **Un operatore sanitario o assistente sociale che riferisce problematiche relative a un bambino/adolescente:**
 - ad es., presenta un comportamento trasgressivo, aggressività fisica a casa o nel contesto sociale.

1

IDENTIFICARE EVENTUALI DISTURBI DELLO SVILUPPO



CONSIGLI CLINICI

- » Agli adolescenti dovrebbe essere data sempre l'opportunità di essere visitati da soli, senza la presenza del carer.
- » Chiarire la natura confidenziale della discussione.
- » Indicare in quali circostanze i genitori o altri adulti verranno informati.
- » Esplorare i disturbi riportati con il bambino/adolescente e il carer.

Valutare tutti i domini – motorio, cognitivo, sociale, comunicativo e adattivo.

» Per neonati e bambini piccoli:

Il bambino ha avuto difficoltà con le tappe evolutive appropriate per l'età in tutte le aree di sviluppo?

» Per bambini più grandi e adolescenti:

Sono presenti difficoltà a scuola (apprendimento, lettura e scrittura), nella comunicazione e nell'interazione con gli altri, nella cura di sé e nelle attività domestiche quotidiane?

Passare allo STEP 2

NO

SÌ

Sospetto RITARDO/DISTURBO DELLO SVILUPPO

Sono presenti segni/sintomi che suggeriscono una qualsiasi delle seguenti condizioni:

- Carenza nutrizionale, inclusa carenza di iodio
- Anemia
- Malnutrizione

- Malattie infettive acute o croniche, incluse infezioni dell'orecchio e HIV/AIDS

NO

SÌ

» Gestire le condizioni usando le linea guida di gestione delle malattie infantili - Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet o altre linee-guida disponibili.

Valutare il bambino per disturbi visivi e/o uditivi:

Per l'esame della vista, verificare se il bambino presenta difficoltà a:

- Guardare l'interlocutore negli occhi
- Seguire con la testa e con gli occhi un oggetto che si muove
- Afferrare un oggetto
- Riconoscere persone familiari

Per l'esame audiologico, verificare se il bambino presenta difficoltà a:

- Girare il capo verso qualcuno che sta parlando dietro di lui/lei
- Mostrare reazione ai rumori forti
- Emettere una serie di suoni differenti (tata, dada, baba), se si tratta di un neonato

NO

SÌ

>> CONSULTARE UNO SPECIALISTA PER UNA VALUTAZIONE. 

>> Passare al **PROTOCOLLO 1** 

2

IDENTIFICARE EVENTUALI PROBLEMI DI ATTENZIONE O IPERATTIVITÀ

Il bambino/adolescente:

- È iperattivo?
- Si distrae facilmente, ha difficoltà a completare i compiti?
- È incapace a stare fermo a lungo?
- Si muove in maniera irrequieta?

SÌ

NO

Passare allo **STEP 3**

I sintomi sono persistenti, gravi e interferiscono considerevolmente con il funzionamento quotidiano? È presente TUTTO ciò che viene riportato di seguito?

- I sintomi sono presenti in diversi contesti?
- Durano da almeno 6 mesi?
- Sono inappropriati per il livello di sviluppo del bambino/adolescente?
- Sono presenti notevoli difficoltà nel funzionamento quotidiano, nella sfera personale, familiare, sociale, educativa, occupazionale?

SÌ

NO

ADHD
improbabile

**Ipotizzare possibili PROBLEMI
COMPORTAMENTALI**

IPOZZARE PRESENZA DI ADHD

» Andare al **PROTOCOLLO 2**

Passare allo **STEP 3**

Escludere condizioni fisiche che possano far pensare all'ADHD.
Il bambino/adolescente presenta una qualsiasi delle seguenti condizioni:

- Disturbi tiroidei
- Malattie infettive acute o croniche, incluso HIV/AIDS
- Dolore difficilmente controllabile ad es. dovuto ad un'infezione all'orecchio o all'anemia falciforme

NO

SÌ

» **Tattare la condizione clinica**

» Andare al **PROTOCOLLO 3**

3

IDENTIFICARE EVENTUALI DISTURBI DELLA CONDOTTA

Il bambino/adolescente mostra comportamenti ripetutamente aggressivi, disobbedienti o ribelli, per esempio:

- Litiga con gli adulti
- Sfida o si rifiuta di rispettare le loro richieste o regole
- Presenta estrema irritabilità/rabbia
- Manifesta frequenti e gravi attacchi di collera
- Ha difficoltà ad andare d'accordo con gli altri
- Ha un comportamento provocatorio
- Presenta importanti atteggiamenti rissosi o di bullismo
- Mostra crudeltà verso gli animali e le persone
- Presenta una distruttività elevata verso gli oggetti, appicca incendi
- Ruba, mente ripetutamente, marina la scuola, scappa di casa

Passare allo STEP 4

DISTURBO DELLA CONDOTTA improbabile

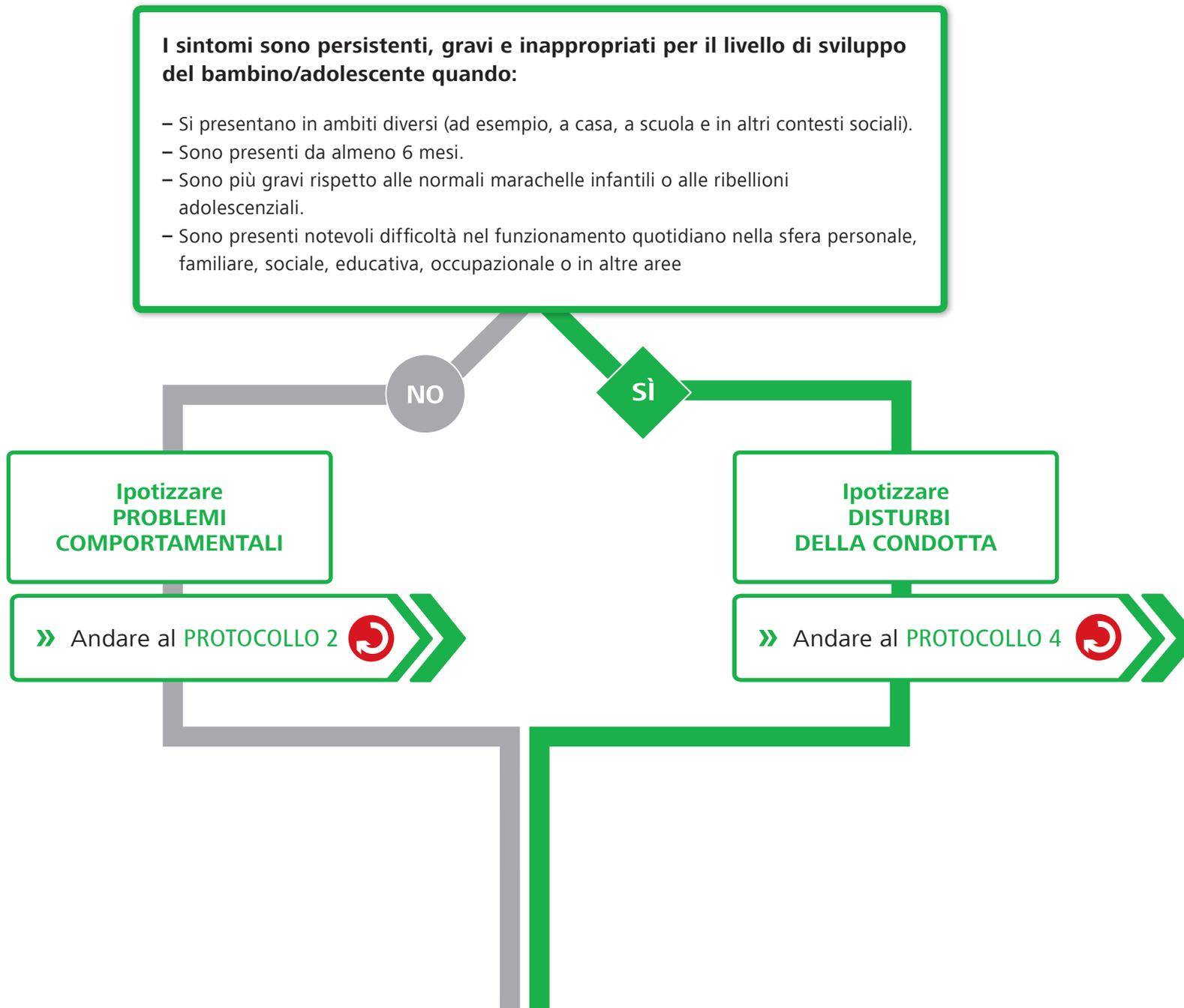
NO

SÌ



PUNTI CLINICI CHIAVE: COMPORTAMENTO DIROMPENTE O PROVOCATORIO APPROPRIATO PER L'ETÀ IN BAMBINI/ADOLESCENTI

- | | |
|---|---|
| <p>Neonati e bambini piccoli (dai 18 mesi ai 5 anni)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Si rifiutano di fare ciò che viene detto loro, non rispettando le regole, litigando, piagnucolando, esagerano, dicono cose che non sono vere, negano di aver fatto qualcosa di sbagliato, si comportano in modo fisicamente aggressivo e incolpano gli altri dei loro comportamenti scorretti - Brevi attacchi di collera (sfoghi emotivi con pianti, urla, botte ecc) che durano solitamente meno di 5 minuti e non più di 25 minuti e che avvengono solitamente 3 volte a settimana. Gli attacchi di collera adeguati alla tappa di sviluppo del bambino non dovrebbero sfociare in comportamenti autolesionistici o aggressioni fisiche frequenti e il bambino si dovrebbe calmare da solo subito dopo. |
| <p>Prima infanzia (6-12 anni)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Evitano o ritardano a seguire le istruzioni impartite, si lamentano o litigano con adulti o altri bambini e perdono occasionalmente il controllo. |
| <p>Adolescenti (13-18 anni)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sfidano regole e limiti, dicendo che regole e limiti non sono giusti o non sono necessari, diventando occasionalmente maleducati, sprezzanti, polemicisti o insolenti con gli adulti. |



4

IDENTIFICARE EVENTUALI DISTURBI EMOTIVI
(perduranti, stati d'angoscia invalidanti, tristezza, paura, ansia o irritabilità)

Chiedere se il bambino/l'adolescente:

- Si sente spesso irritabile, si infastidisce facilmente, è giù di morale o triste?
- Ha perso interesse o voglia di fare attività?
- Mostra molte preoccupazioni o è spesso preoccupato?
- Ha molte paure o si spaventa facilmente?
- Lamenta spesso mal di testa, mal di pancia o stati di malessere?
- È spesso triste, scoraggiato o piagnucoloso?
- Evita o rifiuta determinate situazioni (ad esempio, separarsi dai carers, incontrare nuova gente o stare in spazi chiusi)?

Passare allo STEP 5

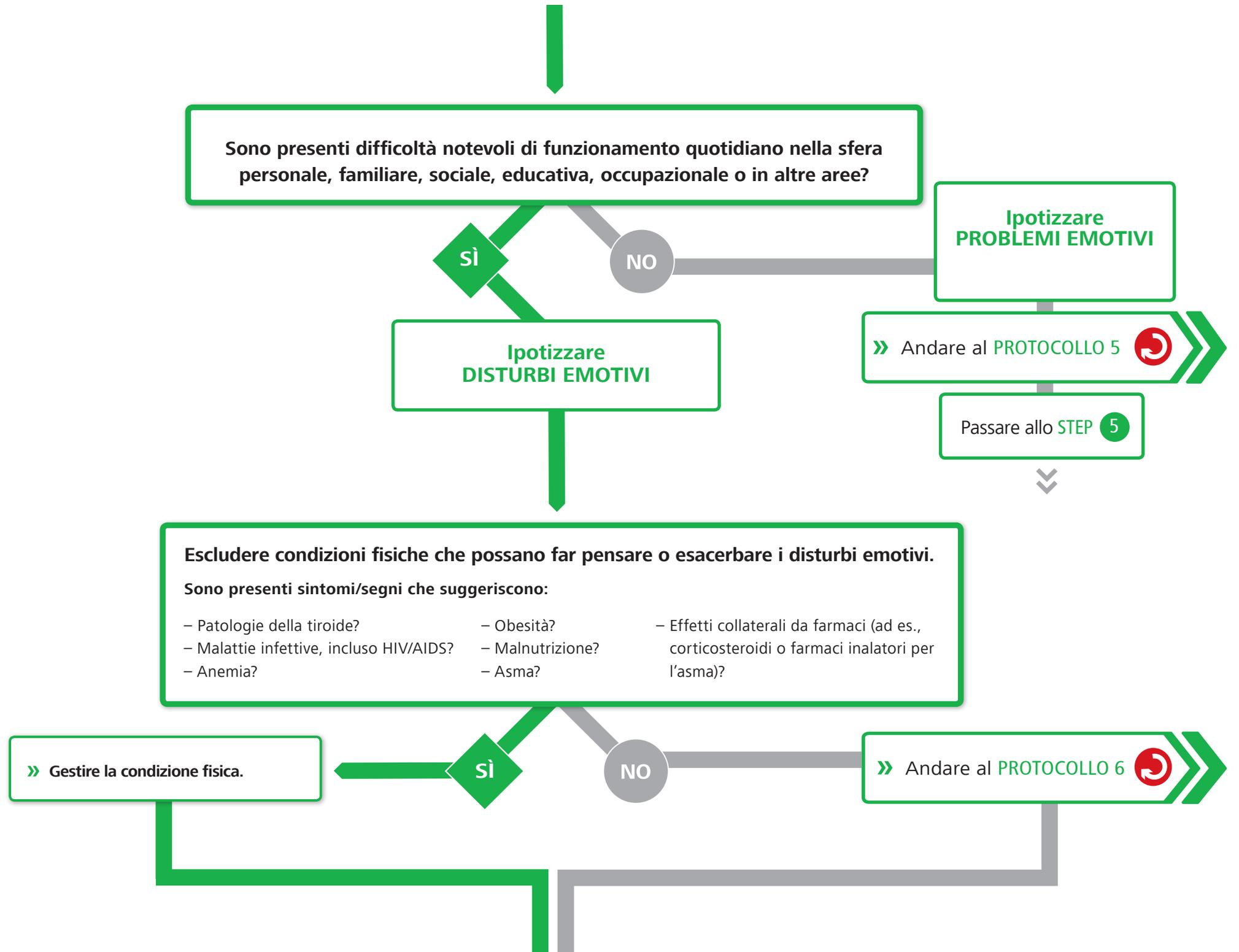
NO

SÌ



PUNTI CLINICI CHIAVE: PAURE E ANSIE APPROPRIATE PER L'ETÀ IN BAMBINI/ADOLESCENTI

Neonati e bambini piccoli (dai 9 mesi ai 2 anni)	- Paura degli estranei, angoscia se devono separarsi dai carers
Bambini piccoli (2-5 anni)	- Paura dei temporali, di fuoco, acqua, buio, degli incubi e degli animali
Prima infanzia (6-12 anni)	- Paura di mostri, fantasmi, microbi, disastri naturali, malattie fisiche e di ferirsi gravemente - Ansia riguardo la scuola o ansia di esibirsi di fronte agli altri
Adolescenti (13-18 anni)	- Paura di essere rifiutati dai pari, di esibirsi di fronte agli altri, di malattie fisiche, esami medici, catastrofi (ad esempio guerra, attacchi terroristici, disastri)



Negli adolescenti, valutare eventuale depressione da moderata a grave.

L'adolescente ha problemi di umore (si sente irritabile, giù o triste) OPPURE ha perso interesse o piacere in varie attività?

SÌ

NO

Passare allo **STEP 5**

L'adolescente ha presentato diversi dei seguenti sintomi per più giorni nelle ultime 2 settimane?

- | | | |
|--|--|--|
| - Sonno disturbato o eccessiva sonnolenza | - Affaticabilità o perdita di energia | - Eloquio e movimenti più lenti del solito |
| - Significativo cambiamento nell'appetito e nel peso (aumento o perdita ponderale) | - Scarsa concentrazione | - Sconforto |
| - Senso di inutilità o eccessivo senso di colpa | - Indecisione | - Pensieri o atti suicidari |
| | - Agitazione evidente o irrequietezza fisica | |

Sono presenti difficoltà notevoli di funzionamento quotidiano nella sfera personale, familiare, sociale, educativa, occupazionale o in altre aree?

SÌ

NO

**Ipotizzare
PROBLEMI
EMOTIVI**

>> Andare al **PROTOCOLLO 5**

Passare allo **STEP 5**

Prendere in considerazione una **DEPRESSIONE**

PUNTI CLINICI CHIAVE

Possono essere presenti deliri o allucinazioni. Se presenti, bisogna adattare il trattamento per la depressione.

CONSULTARE UNO SPECIALISTA 



Escludere una storia di episodi maniacali e reazioni normali a gravi perdite recenti. Vedere » DEP.

» Andare al **PROTOCOLLO 6** 

5

VALUTARE ALTRE EVENTUALI CONDIZIONI MNS PRIORITARIE

! IN CASO DI RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRELO prima di continuare. Consultare » SUI. 

Sono presenti altre condizioni MNS prioritarie concomitanti? Valutare utilizzando la Master Chart della mh-GAP-IG. Consultare » MC.

! Non dimenticare di valutare eventuali disturbi dovuti all'uso di sostanze. Consultare » DUS.

! Per i bambini con ritardo/disturbi dello sviluppo, non dimenticare di valutare l'eventuale presenza di epilessia.

Consultare » EPI.

» VALUTARE E GESTIRE condizioni MNS concomitanti 

SÌ

NO

PUNTI CLINICI CHIAVE

- » Incontrare direttamente il bambino/adolescente in una condizione di sicurezza e comfort e secondo modalità adeguate all'età (ad esempio non in presenza di un carer che potrebbe aver commesso il maltrattamento).
- » Agli adolescenti dovrebbe essere data l'opportunità di essere visti da soli, senza la presenza dei carers.



6

VALUTARE L'AMBIENTE DOMESTICO

I problemi emotivi, comportamentali o dello sviluppo sono una reazione o vengono aggravati da una situazione contingente di angoscia o paura?

Valutare:

- » Le caratteristiche cliniche o qualsiasi elemento nella storia clinica che possano suggerire maltrattamenti o esposizione a violenza (vedere PUNTI CLINICI CHIAVE)
- » Qualsiasi fattore di grave stress presente o avvenuto di recente (ad esempio malattia o morte di un membro della famiglia, condizioni di vita ed economiche difficili, episodi di bullismo o di percosse).

SÌ

NO

- » Rivolgersi ai servizi sociali per la tutela dell'infanzia, se necessario
- » Identificare e gestire i fattori di rischio
- » Garantire la sicurezza del bambino/adolescente come priorità principale
- » Rassicurare il bambino/adolescente sul fatto che tutti i bambini/adolescenti hanno bisogno di essere protetti dagli abusi
- » Fornire informazioni su dove cercare aiuto in caso di abuso
- » Dare un supporto aggiuntivo che includa il consulto con uno specialista
- » Contattare servizi legali e comunitari nei termini adeguati e come previsto dalla legge
- » Considerare ulteriori interventi psicosociali
- » Assicurare un appropriato follow-up ↻

PUNTI CLINICI CHIAVE:**ELEMENTI ALLARMANTI PER SITUAZIONI DI MALTRATTAMENTO INFANTILE****CARATTERISTICHE CLINICHE****» Abusi fisici**

- Lesioni (es., lividi, bruciate, segni di strangolamento o di percosse con cintura, frusta, verga o altri oggetti)
- Qualsiasi lesione grave o inusuale inspiegabile o con una spiegazione poco credibile

» Abusi sessuali

- Lesioni genitali o anali o sintomi inspiegabili clinicamente
- Infezioni trasmesse sessualmente o gravidanza
- Comportamenti sessualmente spinti (es., conoscenza di aspetti sessuali non appropriata per l'età)

» Incuria - Neglect

- Scarsa igiene personale, vestiario inadatto
- Segni di malnutrizione, igiene dentale inadeguata

» Abuso emotivo e tutte le altre forme di maltrattamento

Qualsiasi cambiamento improvviso o significativo nel comportamento o nello stato emotivo del bambino/adolescente non meglio spiegato da altra causa, come:

- Paura insolita o angoscia grave (es., pianto inconsolabile)
- Auto-lesionismo o isolamento sociale
- Aggressione o fuga da casa
- Ricerca di affetto indiscriminato dagli adulti
- Ricomparsa di comportamenti infantili come bagnarsi, sporcarsi o succhiarsi il pollice

ASPETTI DELL'INTERAZIONE DEL CARER CON IL BAMBINO/A DOLESCENTE

- » Comportamento persistentemente indifferente, specialmente nei confronti di un bambino piccolo (es. non offrire conforto o cure quando il bambino/adolescente è spaventato, ferito o malato)
- » Comportamento ostile o di rifiuto
- » Uso inappropriato di minacce (es., abbandono del bambino/adolescente) o metodi disciplinari rigidi

I carers presentano una possibile condizione MNS prioritaria che potrebbe influire sulla capacità di prendersi cura del bambino/adolescente?

Prendere in considerazione soprattutto la depressione e i disturbi dovuti all'uso di sostanze.



PUNTI CLINICI CHIAVE

» I disturbi depressivi nei carers possono aggravare i disturbi emotivi, comportamentali e dello sviluppo dei bambini/adolescenti da loro assistiti.

NO

SÌ

- » Valutare e gestire eventuali condizioni MNS dei carers.
- » Andare a **Gestione 2.6** (Supporto ai carers)

Il bambino beneficia di adeguate opportunità di gioco e di interazione/comunicazione sociale nel proprio ambiente domestico?

Possibili domande da porre al carer:

- » Con chi trascorre la maggior parte del tempo il bambino?
- » In che modo giochi con il bambino? Con che frequenza?
- » In che modo comunichi con il bambino? Con che frequenza?

NO

SÌ

- » Fornire consigli su stimolazione e cure parentali appropriate per età. Fare riferimento al Care for Child Development http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » Considerare la necessità di fornire un ulteriore supporto per il bambino che include il ricorso ai servizi sociali per la tutela dell'infanzia laddove disponibili.

7

VALUTAZIONE DELL'AMBIENTE SCOLASTICO

Il bambino/adolescente frequenta la scuola?

SÌ

NO

» Fornire informazioni riguardanti i servizi educativi e informare il carer sull'importanza di fare frequentare la scuola al bambino/adolescente quanto più tempo possibile.

PUNTI CLINICI CHIAVE

» Incontrare direttamente il bambino/adolescente in una condizione di sicurezza e comfort e secondo modalità adeguate all'età.



Il bambino/adolescente:

- » È vittima di episodi di bullismo, viene picchiato o deriso?
- » Non è in grado di partecipare e apprendere?
- » Non vuole/si rifiuta di andare a scuola?

NO

SÌ

» Dopo aver ottenuto il consenso, collaborare con insegnanti e altro personale della scuola. Passare a Gestione (2.7).

» Se il bambino/adolescente ha fatto assenze a scuola, cercare di aiutarlo/a a ritornare a scuola il prima possibile e capire le ragioni dell'assenza.

» Andare a **DBA 2 (Gestione)**



DBA 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

Ritardo/Disturbo dello sviluppo

- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai carers e consulenza genitoriale. Fornire una guida sui disturbi dello sviluppo. (2.2 e 2.3)
- » Fornire supporto ai carers. (2.6)
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Collegarsi con altre risorse disponibili nel territorio, come ad esempio Servizi di riabilitazione territoriali.
- » Offrire formazione ai genitori, laddove disponibile. (2.8)
- » Consultare specialisti per una ulteriore valutazione dei bambini con disturbi dello sviluppo e fornire consigli sulla pianificazione e gestione familiare.
- » Assicurare un follow-up appropriato ogni tre mesi o più, se necessario.
- » **NON** offrire trattamento farmacologico.

PROTOCOLLO

2

Problemi comportamentali

- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire una guida sul miglioramento del comportamento. (2.3)
- » Identificare e gestire i fattori di stress, ridurre lo stress e rafforzare i supporti sociali.
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Collaborare con altre risorse disponibili nel territorio.
- » Offrire follow-up.

PROTOCOLLO

3

Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD)

- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai carers e consulenza genitoriale. (2.2 e 2.3)
- » Identificare e gestire i fattori di stress, ridurre lo stress e rafforzare i supporti sociali.
- » Fornire supporto ai carers. (2.6)
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Creare reti con altre risorse disponibili nel territorio.
- » Considerare specifici interventi sui genitori (Parent Skill Training), laddove disponibile. (2.8)
- » Considerare interventi sul comportamento, laddove disponibili. (2.8)
- » Se i suddetti trattamenti non hanno avuto esito positivo E il bambino ha una diagnosi di ADHD E almeno 6 anni di età, consultare uno specialista per un trattamento farmacologico con metilfenidato.
- » Assicurare un follow-up appropriato ogni tre mesi o più, se necessario.

PROTOCOLLO

4

Disturbi della condotta

- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai carers e consulenza genitoriale. (2.2) 
- » Fornire una guida sul miglioramento del comportamento. (2.3)
- » Identificare e gestire i fattori di stress, ridurre lo stress e rafforzare i supporti sociali.
- » Fornire supporto ai carers. (2.6)
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Considerare specifici interventi sui genitori (Parent Skill Training), laddove disponibile. (2.8)
- » Creare reti con altre risorse disponibili nel territorio.
- » Assicurare un follow-up appropriato ogni tre mesi o più, se necessario. 
- » Considerare interventi sul comportamento, laddove disponibili. (2.8)
- »  **NON** offrire trattamento farmacologico.

PROTOCOLLO

5

Problemi emotivi

- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai carers e consulenza genitoriale. (2.2) 
- » Identificare e gestire i fattori di stress, ridurre lo stress e rafforzare i supporti sociali.
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Creare reti con altre risorse disponibili nel territorio.

PROTOCOLLO

6

Disturbi emotivi o depressione

- »  **NON** considerare il trattamento farmacologici come primo intervento.
- »  **NON** prescrivere trattamenti farmacologici a bambini di età inferiore ai 12 anni.
- » Fornire una guida sul benessere del bambino/adolescente. (2.1)
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai carers (2.2 e 2.5) 
- » Fornire supporto ai carers. (2.6)
- » Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico. (2.7)
- » Creare reti con altre risorse disponibili nel territorio.
- » Identificare e gestire i fattori di stress, ridurre lo stress e rafforzare i supporti sociali.
- » Considerare specifici interventi sui genitori (Parent Skill Training), laddove disponibile. (2.8)
- » Considerare consulenze per interventi sul comportamento o terapia interpersonale.
- » Se l'intervento psicologico risultasse inefficace, consultare uno specialista per trattamento con fluoxetina (nessun altro SSRI o TCA). Andare a » DEP per dettagli clinici.
- » Assicurare un follow-up appropriato ogni tre mesi o più, se necessario. 

INTERVENTI PSICOSOCIALI

» La guida al miglioramento del comportamento può essere fornita a tutti i carers che incontrano difficoltà con il comportamento del bambino/adolescente in carico, anche se non vi è sospetto di disturbo del comportamento.



2.1 Guida alla promozione del benessere e del funzionamento nel bambino/adolescente



» Può essere fornita a tutti i bambini, adolescenti e carers anche se non vi è sospetto di disturbo.

INCORAGGIARE IL CARER A:

- » Trascorrere del tempo con il bambino/adolescente, svolgendo attività divertenti, giocare e comunicare con lui.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » Ascoltare il bambino/adolescente e mostrare comprensione e rispetto.
- » Proteggerlo da qualsiasi forma di maltrattamento, inclusi bullismo ed esposizione a violenza domestica, a scuola e nella comunità.
- » Anticipare i principali cambiamenti che avverranno nella vita del bambino/adolescente (come ad esempio la pubertà, l'inizio della scuola, o la nascita di un fratellino), fornendo supporto appropriato.

INCORAGGIARE E AIUTARE IL BAMBINO/ADOLESCENTE A:

- » **Dormire abbastanza.** Promuovere routine regolari di sonno ed eliminare TV o altri apparecchi elettronici con schermi dalla camera da letto o da zone destinate al riposo.
- » **Mangiare regolarmente.** Tutti i bambini/adolescenti hanno bisogno di tre pasti (colazione, pranzo e cena) e qualche spuntino ogni giorno.

- » **Fare attività fisica.** Se ne sono in grado, i bambini e gli adolescenti dai 5 ai 17 anni dovrebbero praticare 60 minuti o più di attività fisica ogni giorno, impegnandosi in attività giornaliere, gioco o sport. Vedere: www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years
- » Partecipare il più possibile alle attività della scuola, della comunità e in ambito sociale.
- » Trascorrere tempo con amici fidati e familiari.
- » Evitare l'uso di droghe, alcol e nicotina.

2.2 Psicoeducazione rivolta alla persona e ai carers e supporto genitoriale

- » Spiegare il ritardo o la difficoltà al carer e al bambino/adolescente in modo appropriato ed aiutarli ad identificare punti di forza e risorse.
- » Lodare il carer e il bambino/adolescente per i loro sforzi.
- » Spiegare al carer che accudire un bambino/adolescente con un disturbo mentale, comportamentale o con un ritardo dello sviluppo può essere gratificante ma anche molto impegnativo.
- » Spiegare che le persone con disturbi mentali non dovrebbero essere biasimate per tale condizione. Bisogna incoraggiare i carers ad essere gentili e supportivi e a mostrare amore ed affetto.
- » Promuovere e proteggere i diritti umani della persona e della famiglia ed essere attenti al mantenimento di diritti umani e dignità.
- » Aiutare i carers ad avere delle aspettative realistiche ed incoraggiarli a contattare altri carers di bambini/adolescenti con condizioni simili per un supporto reciproco.

2.3 Guida per migliorare il comportamento

INCORAGGIARE IL CARER A:

- » Dare attenzioni affettuose, incluso giocare con il bambino ogni giorno. Dare agli adolescenti la possibilità di essere ascoltati.
- » Essere coerenti su cosa il bambino/adolescente è autorizzato o no a fare. Dare istruzioni chiare, semplici e brevi su ciò che il bambino dovrebbe o non dovrebbe fare.
- » Dare al bambino/adolescente semplici compiti domestici quotidiani che corrispondano al livello di abilità raggiunto e lodarlo immediatamente dopo avere svolto il compito.
- » Lodare o ricompensare il bambino/adolescente quando si osserva un comportamento corretto e non dare alcuna ricompensa quando il comportamento è problematico.
- » Trovare i modi per evitare confronti spiacevoli o situazioni difficili prevedibili.
- » Rispondere solo in caso di problemi comportamentali più importanti e dare punizioni lievi (ad esempio non dare ricompense ed attività divertenti) e non frequenti rispetto alla quantità di elogi.
- » Rimandare le discussioni con il bambino/adolescente fino a quando non ci si sia calmati. Evitare critiche non costruttive, urla e insulti.
- »  **NON** usare minacce o punizioni fisiche e non abusare mai fisicamente del bambino/adolescente. La punizione fisica può danneggiare il rapporto bambino-carer; non funziona come altri metodi e può peggiorare i problemi comportamentali.
- » Incoraggiare giochi adatti all'età (ad esempio, sport, disegno o altri hobby) per gli adolescenti e offrire sostegno appropriato all'età in modo pratico (ad esempio, proponendo lavoretti domestici o altre attività quotidiane).

2.4 Interventi psicoeducativi per disturbo/ritardo dello sviluppo

INCORAGGIARE IL CARER A:

- » Imparare quali sono i punti di forza e debolezza del bambino e capire come sfruttarli al meglio, cosa è stressante per il bambino, cosa lo fa felice e cosa causa o previene comportamenti problematici.
- » Imparare come comunica e risponde il bambino (usando parole, gesti, espressioni non verbali e comportamenti).
- » Aiutare lo sviluppo del bambino impegnandosi con lui/lei in attività e gioco quotidiani.
- » I bambini apprendono meglio durante attività divertenti e positive.
- » Coinvolgerli nella vita di tutti i giorni, iniziando con compiti semplici, uno alla volta. Suddividere le attività complesse in semplici step in modo che il bambino possa imparare e possa essere ricompensato uno step alla volta.
- » Organizzare attività quotidiane di routine, pianificando orari regolari per mangiare, giocare, studiare, e dormire.
- » Mantenere l'ambiente stimolante: evitare di lasciare il bambino per ore da solo senza nessuno con cui parlare e limitare il tempo trascorso a guardare la TV e giocare con giochi elettronici.
- » Mantenere il bambino nell'ambiente scolastico il più a lungo possibile, iscrivendolo in scuole tradizionali (non in istituti speciali) anche se solo a tempo parziale.
- » Usare equilibrio nella disciplina. Quando il bambino/adolescente fa qualcosa di buono, offrire una ricompensa. Distrarre il bambino/adolescente dalle cose che non dovrebbe fare.
- » ❌ **NON** usare minacce o punizioni fisiche in presenza di un comportamento problematico.

- » Le persone con disturbi dello sviluppo possono presentare spesso problemi comportamentali associati che sono difficili da gestire da parte del carer. Consultare la guida per migliorare il comportamento. (2.3)
- » **Promuovere e proteggere i diritti umani della persona e della famiglia ed essere attenti alla conservazione di diritti umani e dignità.**
 - Educare i carers ad evitare istituzionalizzazioni.
 - Promuovere l'accesso alle informazioni e ai servizi sanitari.
 - Promuovere l'accesso a scuola e ad altre forme educative.
 - Promuovere l'accesso all'occupazione.
 - Promuovere la partecipazione in famiglia e nella vita comunitaria.

2.5 Interventi psicoeducativi per problemi/disturbi emotivi inclusa la depressione negli adolescenti

- » Identificare qualsiasi situazione di stress nell'ambiente familiare, come ad esempio litigi tra i genitori o un disturbo mentale del genitore. Con l'aiuto degli insegnanti, esplorare le possibili circostanze avverse nell'ambiente scolastico.
 - » Fornire opportunità per trascorrere momenti di qualità con il carer e la famiglia.
 - » Incoraggiare ed aiutare il bambino/adolescente a continuare (o ricominciare) attività sociali e piacevoli.
 - » Incoraggiare il bambino/adolescente a praticare regolarmente attività fisica, aumentando gradualmente la durata delle sessioni.
 - » Considerare sessioni di training indirizzate al bambino/adolescente e al care, con esercizi di respirazione, rilassamento muscolare progressivo e altre attività culturali.
- » Fare attività di routine prevedibili al mattino e all'ora di andare a letto. Promuovere abitudini regolari di sonno. Programmare la giornata con orari regolari per mangiare, giocare, studiare e dormire.
 - » In caso di paure eccessive o non realistiche:
 - Lodare il bambino/adolescente o dare semplici piccole ricompense quando tenta di fare cose nuove o si comporta coraggiosamente.
 - Aiutare il bambino ad affrontare situazioni difficili un passo alla volta (ad esempio, se il bambino ha paura di separarsi dal carer, aiutarlo ad aumentare gradualmente la quantità di tempo trascorsa a giocare da solo mentre il carer è nelle vicinanze).
 - Riconoscere i sentimenti e le preoccupazioni del bambino ed incoraggiarlo a confrontarsi con le sue paure.
 - Aiutare il bambino/adolescente a creare un piano che lo aiuti a fronteggiare una eventuale situazione che provoca paura.
 - » Spiegare che i disturbi emotivi sono comuni e possono manifestarsi in chiunque. La presenza di disturbi emotivi non significa che la persona sia debole o pigra.
 - » I disturbi emotivi possono causare pensieri ingiustificati di sconforto e inutilità. Spiegare che questi pensieri miglioreranno con il progressivo miglioramento del disturbo emotivo.
 - » Rendere la persona consapevole che qualora manifesti pensieri di autolesionismo o suicidio, dovrebbe confidarsi con una persona di fiducia e chiedere aiuto immediatamente.

INTERVENTI PSICOSOCIALI (SEGUE)

2.6 supporto ai carers

- » Valutare l'impatto psicosociale che provocano i disturbi del bambino/adolescente sul carer ed offrire sostegno per i bisogni personali, sociali e di salute mentale di quest'ultimo.
- » Promuovere il supporto necessario e le risorse per la famiglia, l'impiego, le attività sociali e la salute.
- » Organizzare servizi di sollievo alla cura (carers affidabili che si prendano cura del bambino per periodi brevi), per dare la possibilità ai carers principali di avere una pausa, specialmente se il bambino ha un disturbo dello sviluppo.
- » Supportare la famiglia nella gestione dei problemi sociali e familiari ed aiutarla a risolverli.

2.7 Collaborare con gli insegnanti e altro personale scolastico

- » Dopo aver ottenuto il consenso del bambino/adolescente e del carer, contattare l'insegnante e fornire consigli/pianificare supporti per il bambino per agevolare l'apprendimento e la partecipazione alle attività scolastiche.
- » Spiegare all'insegnante che il disturbo mentale del bambino/adolescente ne influenza il normale apprendimento/comportamento/funzionamento sociale e che ci sono delle cose che anche gli insegnanti possono fare per aiutare il bambino/adolescente.

- » Chiedere se sussistono situazioni di stress che possano avere avuto un impatto negativo sul benessere emotivo e sull'apprendimento del bambino. Se il bambino è stato vittima di bullismo, consigliare all'insegnante le azioni da intraprendere per fermare il fenomeno.
- » Esplorare le strategie che aiutino a impegnare il bambino nelle attività scolastiche e facilitarne l'apprendimento, l'inclusione e la partecipazione.
- » **Semplici consigli:**
 - Fornire opportunità affinché il bambino/adolescente possa sfruttare al meglio le proprie abilità e i punti di forza.
 - Chiedere allo studente di sedersi nei posti davanti in classe.
 - Dare allo studente del tempo in più per capire e completare i compiti assegnati.
 - Dividere i compiti più lunghi in piccole parti ed assegnarne un pezzo alla volta.
 - Dare più gratificazioni per gli sforzi fatti e ricompensare i raggiungimenti ottenuti.
 -  **NON** usare minacce o punizioni fisiche o atteggiamenti eccessivamente critici.
 - Per gli studenti con maggiori difficoltà in classe, identificare un volontario che si rechi nella classe per affiancarlo e aiutarlo o mettere in coppia lo studente con un compagno che possa aiutarlo nell'apprendimento.
 - Se il bambino/adolescente è stato assente da scuola, aiutarlo il prima possibile a reintegrarsi a scuola in modo graduale. Durante il periodo di reintegrazione, lo studente dovrebbe essere esonerato da interrogazioni e compiti scritti.

2.8 Breve trattamento psicologico

Questa guida non fornisce protocolli specifici volti a implementare gli interventi psicologici, come ad esempio training su competenze genitoriali (Parent Skill Training), terapia interpersonale e terapia comportamentale. L'OMS ha sviluppato un pacchetto specifico su Parent Skill Training, disponibile su richiesta.

DBA 3 » Follow-up

1

VALUTARE IL MIGLIORAMENTO

La persona sta migliorando?
Ad ogni visita, rivalutare e monitorare sintomi, comportamento e funzionamento del bambino/adolescente.



PUNTI CLINICI CHIAVE

» Se durante la valutazione è stata identificata l'esposizione a una o più forme di maltrattamento, valutare la consistenza di tale esposizione e i rischi per il bambino/adolescente.

SÌ

NO

- » Continuare la presa in carico e il follow-up fino alla scomparsa o remissione dei sintomi.
- » Fornire ulteriore supporto psicoeducativo e consigli ai genitori.
- » **Se il bambino/adolescente è in trattamento farmacologico**, considerare di ridurre gradualmente la dose dei farmaci consultando uno specialista.
- » **Se il bambino/adolescente non è in trattamento farmacologico**, diminuire la frequenza del follow-up una volta che i sintomi si sono ridotti ed è in grado di svolgere bene le azioni della vita quotidiana.

- » Se appropriato, fornire ulteriori interventi psicoeducativi e consulenza genitoriale.
- » Rivedere gli interventi psicosociali e la pianificazione della presa in carico, se necessario.
- » Coinvolgere, all'occorrenza, il bambino/adolescente e il carer nel processo decisionale.
- » Offrire follow-up regolari.

- Se non si riscontra ALCUN miglioramento dei sintomi e/o del funzionamento entro 6 mesi:**
- » Fornire interventi aggiuntivi, se disponibili.
 - » Aumentare la frequenza delle visite in follow-up, se necessario.
 - » **CONSULTARE UNO SPECIALISTA**, se disponibile, per ulteriore valutazione e presa in carico.

PUNTI CLINICI CHIAVE

- » Per gli adolescenti, dedicare una parte della seduta di follow-up al colloquio con il solo adolescente, separatamente dal carer/genitore. Chiarire la natura confidenziale della visita, incluse le circostanze nelle quali verranno date informazioni ai genitori o ad altri carers.



DISTURBI DELLO SVILUPPO

Se non è stato riscontrato alcun miglioramento o in presenza di ulteriore deterioramento, di pericolo per il bambino o di un problema fisico di salute (es. malnutrizione),

- » CONSULTARE UNO SPECIALISTA per un'ulteriore valutazione e pianificazione della presa in carico.
- ❌ **NON** prendere in considerazione il trattamento farmacologico.

ADHD

Se non è stato riscontrato alcun miglioramento e il bambino ha almeno 6 anni e ha ricevuto un trattamento psicosociale per almeno 6 mesi

- » CONSULTARE UNO SPECIALISTA per l'uso di metilfenidato.

DISTURBI DELLA CONDOTTA

Se non è stato riscontrato alcun miglioramento o vi è pericolo per l'adolescente

- » CONSULTARE UNO SPECIALISTA per un'ulteriore valutazione e pianificazione della presa in carico.

❌ **NON** prendere in considerazione il trattamento farmacologico.

DISTURBI EMOTIVI

Se non è stato riscontrato alcun miglioramento e il bambino/adolescente ha ricevuto un trattamento psicosociale per almeno 6 mesi

- » CONSULTARE UNO SPECIALISTA.

❌ **NON** prendere in considerazione il trattamento farmacologico.

DEPRESSIONE

Se non è stato riscontrato alcun miglioramento e l'adolescente ha almeno 12 anni o più e ha ricevuto un trattamento psicosociale per almeno 6 mesi

- » CONSULTARE UNO SPECIALISTA per l'uso di fluoxetina (ma non altri SSRI o TCA).

2

VALUTAZIONE DI ROUTINE

Ad ogni visita:

- » Per bambini di età inferiore ai 5 anni, monitorarne lo sviluppo.
- » Valutare la presenza di qualsiasi problema o sintomo nuovo correlato all'umore, al comportamento o allo sviluppo/apprendimento. Per gli adolescenti, valutare il peggioramento dell'umore (irritabile, facilmente arrabbiato o frustrato, giù di morale o triste) o pensieri suicidari.
- » Esplorare e identificare i fattori di stress a casa, a scuola o nell'ambiente lavorativo, inclusa l'esposizione alla violenza o ad altre forme di maltrattamento.
- » Valutare le opportunità di far partecipare il bambino/adolescente ad attività della vita familiare e sociale.
- » Valutare i bisogni del carer e il supporto che può essergli fornito dalla famiglia.
- » Monitorare la frequenza scolastica.
- » Rivedere la pianificazione della presa in carico e monitorare l'aderenza agli interventi psicosociali.
- » Se in trattamento farmacologico, rivedere compliance, effetti collaterali e dosaggio dei farmaci.

3

MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, SE UTILIZZATO

Ulteriore monitoraggio se all'adolescente è stata prescritta la fluoxetina

- » Registrare le informazioni dettagliate su prescrizione e somministrazione del farmaco.
- » **A cadenza settimanale per il primo mese, poi ogni mese:** monitorare gli effetti collaterali riferiti, i cambiamenti di umore e altri sintomi.
- » Consultare uno specialista se vengono identificati gravi effetti collaterali o eventi avversi (ad esempio, pensieri suicidari nuovi o peggiorati, comportamenti suicidari o autolesionistici, agitazione, irritabilità, ansia o insonnia). 
- » Consigliare all'adolescente di continuare il trattamento farmacologico anche se si sente meglio. Il trattamento dovrebbe essere continuato per 9-12 mesi dopo la risoluzione dei sintomi per ridurre il rischio di ricadute.
- » Consigliare di non interrompere drasticamente il trattamento farmacologico.
- » **Se i sintomi si sono risolti in 9-12 mesi:** Discutere con l'adolescente e il carer dei rischi e dei benefici di sospendere la cura farmacologica. Ridurre il trattamento gradualmente per un periodo minimo di 4 settimane, monitorare attentamente le ricadute.

Ulteriore monitoraggio se al bambino è stato prescritto il metilfenidato

- » Registrare le informazioni dettagliate su prescrizione e somministrazione del farmaco.
- » Monitorare l'eventuale uso scorretto o improprio.
- » **Ogni tre mesi:** monitorare/registrare altezza, peso, pressione sanguigna, effetti collaterali riferiti e cambiamenti nel comportamentor.
- » Consultare uno specialista se si osservano effetti collaterali (es., non raggiungimento del peso e dell'altezza previsti, aumento della pressione sanguigna, agitazione, ansia e grave insonnia). 
- » **Dopo un anno di trattamento:** consultare uno specialista per valutare la continuazione della terapia con il metilfenidato.

DEMENZA

La demenza è una sindrome cronica e progressiva dovuta a modificazioni cerebrali. Sebbene possa manifestarsi a qualunque età, è più comunemente riscontrata negli anziani. La demenza costituisce una causa significativa di disabilità e dipendenza tra le persone anziane in tutto il mondo e ha un impatto fisico, psicologico, sociale ed economico sui carers, sulle famiglie e sulla società in generale.

Le condizioni che causano la demenza producono modificazioni nelle abilità mentali, nella personalità e nel comportamento. Le persone con demenza solitamente presentano problemi di memoria e di abilità nella conduzione delle attività di vita quotidiana. La demenza non rientra nell'invecchiamento normale. La malattia di Alzheimer è la causa più comune, tuttavia, la demenza può essere causata da una varietà di malattie e danni al cervello. Le persone con demenza tendono a dimenticare le cose o si sentono depresse.

Tra gli altri sintomi comuni vi è la perdita del controllo emotivo, del comportamento sociale o della motivazione. Le persone con demenza potrebbero essere totalmente non consapevoli delle modificazioni che avvengono e pertanto potrebbero non cercare aiuto. È possibile che sia la famiglia ad accorgersi dei problemi di memoria, delle modificazioni della personalità o del comportamento, dello stato confusionale, del loro vagare senza meta e dell'incontinenza. Tuttavia, alcune persone con demenza e i loro carers potrebbero negare o sottovalutare la gravità della perdita di memoria e dei problemi associati. La demenza sfocia nel declino del funzionamento cognitivo e generalmente interferisce con le attività di vita quotidiana, quali il lavarsi, vestirsi, nutrirsi, curare l'igiene personale e l'uso del bagno. Anche se non esiste una cura, una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo possono migliorare significativamente la vita delle persone con demenza e dei loro carers, ottimizzandone le condizioni di salute, le capacità cognitive, le attività e il benessere personale.

DEM » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » Accertare eventuali segni di demenza
- » Possono esserci altre spiegazioni per i sintomi?
 - Escludere il delirium
 - Escludere la depressione (pseudodemenza)
- » Valutare l'esistenza di altre condizioni mediche
- » Ricercare sintomi comportamentali o psicologici
- » Escludere altre condizioni MNS
- » Valutare i bisogni dei carers



GESTIONE

- » Protocolli di gestione
 1. Demenza – senza sintomi comportamentali/psicologici
 2. Demenza – con sintomi comportamentali/psicologici
- »  Interventi psicosociali
- »  Interventi farmacologici



FOLLOW-UP



DEM 1 » Valutazione



CONSIGLI CLINICI

Avviare colloqui con qualcuno che possa fornire informazioni rilevanti (qualcuno che conosce bene il paziente) e chiedere di eventuali cambiamenti nelle capacità di pensiero, ragionamento, memoria e orientamento della persona. Vuoti occasionali di memoria sono comuni nelle persone anziane, mentre alcuni problemi possono essere significativi anche se poco frequenti. Chiedere, ad esempio, se la persona spesso dimentica dove ha lasciato le cose. Oppure se dimentica quello che ha fatto il giorno prima. O se la persona talvolta dimentica dove si trova. Chiedere informazioni sul periodo di insorgenza di questi problemi e se sono peggiorati nel corso del tempo.

PRESENTAZIONI PIÙ COMUNI DELLA DEMENZA

- Declino o problemi di memoria (*grave amnesia*) e orientamento (*consapevolezza del tempo, dello spazio e di sé*)
- Problemi di umore o di comportamento, ad es., *apatia (apparire disinteressati) o irritabilità*
- Perdita di controllo emotivo – *essere facilmente turbati, irritati o piangere spesso*
- Difficoltà a condurre le consuete attività lavorative, domestiche o sociali

CONSIGLI CLINICI

Fare una valutazione diretta, testando la memoria, l'orientamento e le abilità di linguaggio con una scala di valutazione neurologica generica, utilizzando, laddove disponibili, strumenti adatti allo specifico contesto culturale. Consultare la sezione "Cure e pratiche di base" (» CPB).



1

Identificare eventuali segni di demenza

Ci sono problemi di memoria e/o orientamento?

(ad es., la persona dimentica cosa è successo il giorno prima o non sa dove si trova)

NO

SÌ

DEMENTIA improbabile.

» Ricercare altre condizioni MNS.

La persona ha difficoltà a svolgere le funzioni/attività fondamentali?

(ad es., attività di vita quotidiana come fare la spesa, pagare le bollette, cucinare ecc.)

NO

SÌ

DEMENTIA improbabile.

» Ricercare altre condizioni MNS.

2

Ci sono altre possibili spiegazioni per i sintomi?

I sintomi sono presenti e in lento peggioramento da almeno 6 mesi?

SÌ

NO

» Accertare la presenza di **QUALUNQUE** delle seguenti caratteristiche:

- Insorgenza improvvisa
- Breve durata (giorni o settimane)
- Sonno disturbato associato a uno stato di coscienza alterato
- Disorientamento nel tempo e nello spazio

NO

SÌ

La persona presenta **DEPRESSIONE** da media a grave?
Andare a »DEP.

Sospetto di **DELIRIUM**

PUNTI CLINICI CHIAVE
Delirium: stato mentale transitorio e fluttuante, caratterizzato da attenzione disturbata che si sviluppa nell'arco di un breve periodo temporale e tende a fluttuare durante il corso della giornata. Potrebbe essere il risultato di cause organiche acute quali infezioni, farmaci, anomalie metaboliche, intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze.

PUNTI CLINICI CHIAVE
La compromissione cognitiva potrebbe scaturire dalla depressione – "Pseudodemenza"

» Gestire la depressione. Andare a »DEP.
» Una volta trattata la depressione, rivedere i criteri relativi alla demenza. Passare allo STEP 1

» Valutare la presenza di eventuali cause mediche (tossiche/metaboliche/infettive).

- Effettuare esame delle urine per eventuali infezioni
- Rivedere la terapia farmacologica, in particolare quella con significativi effetti collaterali anticolinergici (ad es., antidepressivi, antistaminici, antipsicotici)
- Valutare l'eventuale presenza di dolore
- Determinare le condizioni nutrizionali, prendere in considerazione carenze vitaminiche o anomalie elettrolitiche

Sospetto di **DEMENZA**

SÌ

NO



3

Identificare altre problematiche mediche

La persona presenta **QUALCUNO** dei seguenti problemi?

- » Meno di 60 anni di età prima dell'insorgenza dei sintomi
- » Insorgenza dei sintomi associata a trauma cranico, ictus o perdita di coscienza o stato alterato di coscienza
- » Storia clinica di gotta, polso flebile, pelle secca (ipotiroidismo)
- » Storia di infezioni sessualmente trasmessa (IST) come HIV/AIDS

SÌ

NO

Caratteristiche insolite.

» Consultare uno specialista. 

La persona ha un'alimentazione scarsa, è malnutrita o anemica?

NO

SÌ

» È necessario rinforzare la dieta alimentare e monitorare il peso.

La persona presenta fattori di rischio cardiovascolari?

- Ipertensione
- Colesterolo alto
- Diabete
- Fumo
- Obesità
- Insufficienza cardiaca (dolori al petto, attacco cardiaco)
- Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA) precedenti

NO

SÌ

» Rivolgersi allo **SPECIALISTA** competente. 

» **Ridurre i fattori di rischio cardiovascolari:**

- Consigliare di smettere di fumare
- Consigliare una dieta per ridurre il peso
- Trattare l'ipertensione
- Trattare il diabete

4

Valutare i bisogni dei carers



PUNTI CLINICI CHIAVE

Determinare:

- Chi sono i carers principali?
- Chi altro si occupa della persona e che tipo di cure fornisce?
- Cosa è difficile gestire?

Il carer ha difficoltà a gestire la situazione o si sente estenuato?

NO

SÌ

» Esplorare i diversi interventi psicosociali eventualmente disponibili relativi ad assistenza domiciliare, attivazione di gruppi di sostegno nel contesto di appartenenza, terapia familiare/individuale.

Il carer presenta umore depresso?

NO

SÌ

» Per la valutazione della depressione, **andare a »DEP.**
 » Cercare di gestire lo stress con il giusto supporto e appropriati interventi psicoeducativi, interventi di problem-solving o terapia cognitiva comportamentale.

Il carer deve affrontare problematiche legate alla perdita del lavoro o altri costi dovuti ai bisogni di cura della persona?

NO

SÌ

» Esplorare possibilità di supporto economico locali, ad es., servizi specifici per le disabilità.

5

La persona presenta QUALCUNO dei seguenti sintomi di demenza di tipo **COMPORMENTALE** o **PSICOLOGICO**?

Esempi di sintomi comportamentali

- » Vagare senza meta
- » Ore notturne disturbate
- » Agitazione
- » Aggressività

Esempi di sintomi psicologici

- » Allucinazioni
- » Deliri
- » Ansia
- » Reazioni emotive incontrollabili

SÌ

NO

» Andare al **PROTOCOLLO 1**

» Andare al **PROTOCOLLO 2**

1 **IN CASO DI RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRLO prima di passare al Protocollo. Andare alla sezione »SUI.**

STABILIRE SE LA PERSONA PRESENTA ALTRE CONDIZIONI MNS CONCOMITANTI, VALUTARLE E GESTIRLE prima di continuare con il Protocollo



DEM 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

DEMENZA - senza sintomi comportamentali e/o psicologici

- » Offrire interventi **Psicoeducativi** per la persona e i carers. (2.1)
- » Incoraggiare i carers a proporre interventi mirati alla promozione del funzionamento cognitivo. (2.4)
- » **Promuovere l'autonomia**, il funzionamento e la mobilità. (2.3)
- » **Fornire supporto ai carers.** (2.5)
- » Prendere in considerazione l'uso di farmaci solo in setting autorizzati a porre diagnosi specifica di Malattia di Alzheimer E dove possa essere disponibile l'aiuto adeguato e la supervisione da parte di specialisti e il monitoraggio da parte dei carers (per eventuali effetti collaterali). (2.6)

PROTOCOLLO

2

DEMENZA - con sintomi comportamentali e/o psicologici

Seguire il PROTOCOLLO 1



- » Gestire i sintomi comportamentali e psicologici. (2.2)

Se esiste il rischio imminente per la persona o il carer:

- » Prendere in considerazione la somministrazione di farmaci antipsicotici se i sintomi persistono o se sussiste il rischio di pericolo imminente. (2.7)
- » **Consultare uno specialista** se disponibile.

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.1 Interventi psicoeducativi

- » Chiedere alle persone alle quali è stata riscontrata una demenza se desiderano conoscere la diagnosi e con chi vorrebbero condividere tale informazione.
 - Fornire una spiegazione della malattia in modo che essa risulti chiara e possa essere facilmente ricordata.
 - Fornire le informazioni principali (non sovraccaricare la persona di troppe informazioni!).
- » Informazioni fondamentali:
 - La demenza è una malattia del cervello e tende a peggiorare nel tempo.
 - Sebbene non esista una cura, si può fare molto per aiutare e sostenere la persona e la famiglia.
 - Molti dei problemi e dei comportamenti tipici possono essere gestiti non appena insorgono. Si può fare molto per far sentire meglio la persona, più a suo agio, e rendere il supporto fornito meno stressante per il carer.

2.2 Gestire i sintomi comportamentali e psicologici

- » Identificare e trattare problemi di salute fisica soggiacenti che potrebbero alterare il comportamento. Ricercare eventuali stati di dolore, infezioni ecc. sulla base dell'esame obiettivo (Andare a »CPB). Rivolgersi allo specialista se necessario. 
- » Identificare gli eventi (ad es., fare la spesa in un supermercato affollato) o fattori (ad es., uscire da soli) che potrebbero precedere, scatenare o rinforzare i comportamenti problematici. Modificare, quando è possibile, questi fattori scatenanti.
- » Pensare all'adattamento dell'ambiente, per identificare posizioni sedute appropriate, aree in cui la persona può

muoversi in modo sicuro, segnaletiche (ad es., "da qui non si esce" sulla porta che si apre direttamente sulla strada o un segnale che indichi i servizi igienici).

- » Incoraggiare strategie che aiutino la persona a rilassarsi, calmarsi o distrarsi. Proporre attività gradite alla persona (ad es., fare una passeggiata, ascoltare musica, iniziare una conversazione), specialmente quando è agitata.

2.3 Promuovere il funzionamento in attività di vita quotidiana (ADL) e nel contesto sociale di appartenenza

- » Per interventi che promuovano il funzionamento nelle ADL e nel contesto sociale di appartenenza, consultare »CPB.
- » Pianificare le ADL in modo da massimizzare le attività autonome, potenziare le funzioni, aiutare ad adattare e sviluppare competenze e ridurre al minimo il bisogno di supporto. Facilitare il funzionamento e la partecipazione nel contesto sociale coinvolgendo la persona e i carers nella pianificazione e nell'implementazione di questo tipo di interventi. Fornire assistenza in collaborazione con risorse sociali disponibili nel territorio.
 - Offrire consulenza sul mantenimento delle abilità nell'uso del bagno in modo autonomo, inclusa la corretta assunzione di fluidi (in caso di incontinenza, si dovrebbero prendere in considerazione tutte le possibili cause e valutare l'efficacia di possibili trattamenti prima di concludere che si tratti di un problema permanente).
 - Mantenere l'ambiente domestico sicuro per ridurre il rischio di cadute e ferite.
 - Informare i familiari dell'importanza di mantenere il pavimento dell'abitazione della persona sgombro da ostacoli per ridurre il rischio di cadute.

- Raccomandare l'adattamento degli ambienti nell'abitazione della persona. Può essere utile aggiungere dei corrimano o delle rampe. Usare segnaletiche per le stanze più importanti (bagno, camera da letto) che possano aiutare la persona a non perdersi o a non perdere l'orientamento quando si trova a casa.
- Raccomandare attività fisica e movimento per mantenere la mobilità e ridurre il rischio di cadute.
- Proporre attività ricreative (adatte allo stadio e alla gravità della demenza).
- Gestire i deficit sensoriali (come vista e udito carenti) con dispositivi appropriati (ad es., occhiali, apparecchi acustici).
- Se disponibile, rivolgersi ad un terapeuta occupazionale.

2.4 Interventi per migliorare il funzionamento cognitivo

Incoraggiare i carers a:

- » Fornire costantemente informazioni sull'orientamento (ad es., giorno, data, ora, nomi delle persone) finalizzate a mantenere la persona orientata.
- » Utilizzare materiali quali giornali, radio, programmi televisivi, album o oggetti di famiglia per facilitare la comunicazione, l'orientamento verso eventi correnti, stimolare i ricordi e permettere alla persona di condividere e valutare le proprie esperienze.
- » Utilizzare frasi semplici e brevi per rendere più chiara la comunicazione verbale. Cercare di ridurre al minimo rumori interferenti quali radio, TV o altre conversazioni. Ascoltare attentamente ciò che la persona vuole dire.
- » Mantenere tutto a un livello semplice, evitare cambiamenti di routine e, per quanto è possibile, evitare di esporre la persona a luoghi che possano confonderla o che le siano poco familiari.

PSICOSOCIALI (SEGUE)

2.5 Supporto ai carers

- » Valutare l'impatto sul carer e i suoi bisogni per poter garantire tutto il supporto e le risorse necessarie alla conduzione della vita in famiglia, al lavoro, nelle attività sociali e nella cura della salute (vedere »DEM 1).
- » Riconoscere che può essere estremamente frustrante e stressante prendersi cura delle persone con demenza. **I carers hanno bisogno di essere incoraggiati a rispettare la dignità della persona con demenza per evitare di esserle ostile o di trascurarla.**
- » Incoraggiare i carers a cercare aiuto in caso di difficoltà o stress legati alle cure verso la persona cara.
- » Fornire ai carers informazioni sulla demenza, senza mai perdere di vista i desideri della persona con demenza.
- » Fornire formazione e supporto nell'ambito di abilità specifiche, ad es., su come gestire i comportamenti difficili, se necessario. Per ottenere l'efficacia massima, sollecitare la partecipazione attiva, ad es., attraverso il role playing.
- » Prendere in considerazione la possibilità di offrire supporto concreto, se disponibile, attraverso l'assistenza domiciliare. Un altro membro della famiglia o un'altra figura appropriata potrebbero fungere da supervisori ma anche prendersi cura della persona con demenza, per poter concedere al carer principale un periodo di sollievo e riposo e consentirgli di dedicarsi ad altre attività.
- » Esplorare la possibilità che la persona acceda a pensioni di invalidità o ad altre modalità di sostegno di tipo sociale o finanziario (governativo o non governativo).

INTERVENTI FARMACOLOGICI

2.6 Demenza senza sintomi comportamentali e/o psicologici

- »  In tutti i casi di demenza, non prendere in considerazione un uso continuo (routinario) di inibitori della colinesterasi (come donepezil, galantamina e rivastigmina) né di memantina.
- » Prendere in considerazione l'uso di farmaci solo in contesti autorizzati a porre diagnosi di Malattia di Alzheimer E laddove siano disponibili **servizi di supporto e supervisione da parte di specialisti** e sotto il monitoraggio (per eventuali effetti collaterali e risposta) dei carers.

Se appropriato:

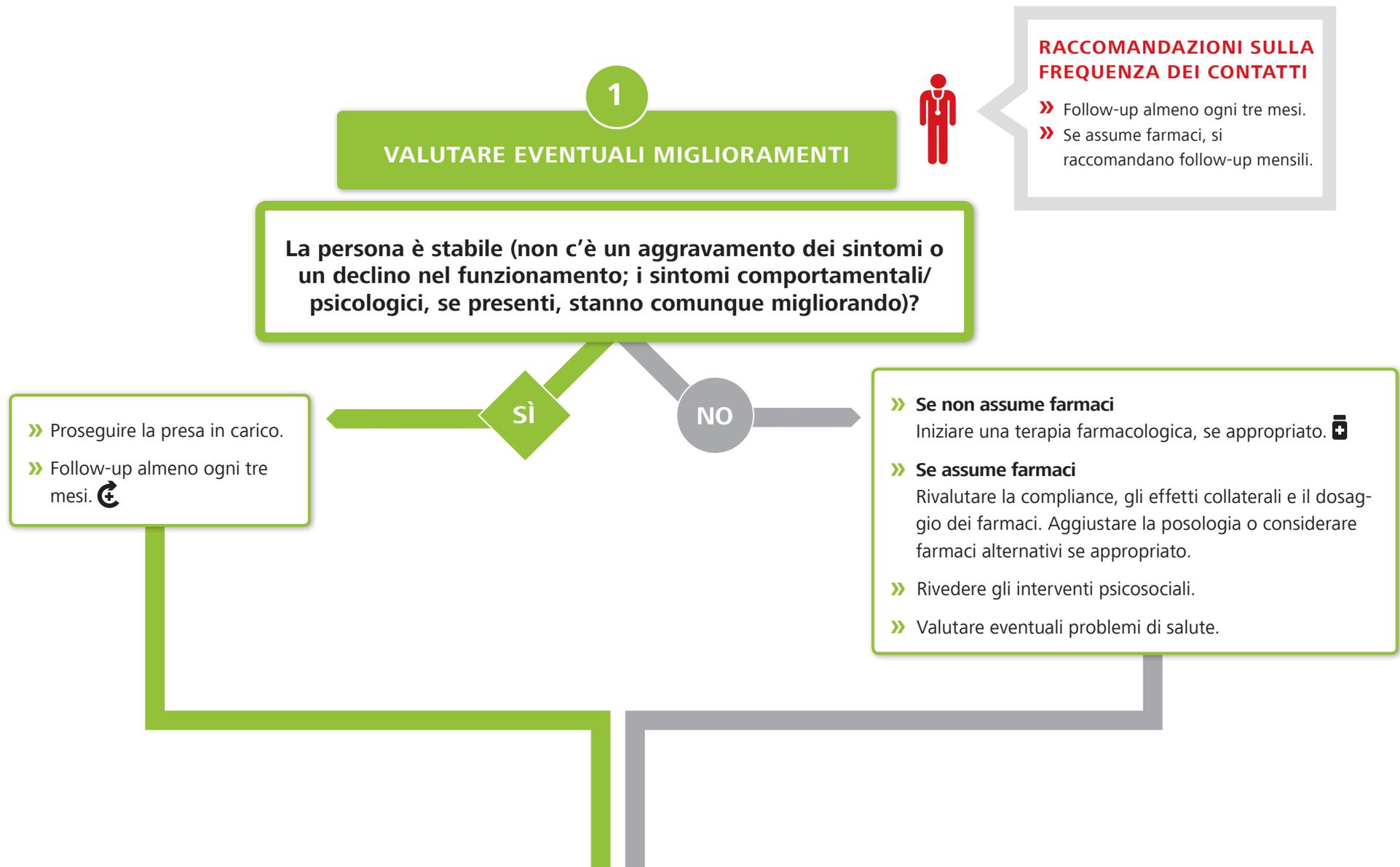
- » In caso di demenza con sospetta Malattia di Alzheimer e in presenza di **MONITORAGGIO COSTANTE**, prendere in considerazione gli inibitori della colinesterasi (ad es., donepezil, galantamina, rivastigmina) **OPPURE** memantina.
- » In caso di demenza associata a malattia vascolare, prendere in considerazione la memantina.

2.7 Farmaci antipsicotici per sintomi comportamentali e/o psicologici

- » Proporre fin dall'inizio interventi psicosociali. 
- » Se c'è un rischio imminente per la persona o per il carer, prendere in considerazione l'uso di farmaci antipsicotici. Passare alla sezione »PSI 2, **Gestione** per i dettagli su questo tipo di farmaci.
- » Attenersi ai seguenti principi:
 - “Iniziare con un basso dosaggio, procedere lentamente” con la titolazione e rivedere regolarmente le dosi necessarie (almeno ogni mese).
 - Usare il dosaggio minimo efficace.
 - Monitorare la persona per eventuali sintomi extrapiramidali (EPS).
- »  Evitare aloperidolo in e.v.
- »  Evitare diazepam.



DEM 3 » Follow-up



2

VALUTAZIONI DI ROUTINE

A ciascuna visita, valutare regolarmente e gestire le seguenti situazioni:

» **Effetti collaterali dei farmaci**

Se assume antipsicotici, verificare la presenza di sintomi extrapiramidali (Andare a » **PSI**). Interrompere o ridurre la dose

» **Comorbidità MNS e mediche**

» **Capacità di partecipare ad attività di vita quotidiana ed eventuali bisogni di assistenza**

» **Valutare i rischi per la sicurezza** e proporre modifiche com-

portamentali appropriate se la malattia è progredita (ad es., limitare le occasioni di guidare, cucinare ecc)

» **Nuovi sintomi comportamentali o psicologici**

» **Sintomi della depressione** (Andare a » **DEP**)
o **rischio imminente di autolesionismo/suicidio** (Andare a » **SUI**)

» **Bisogni dei carers**

3

OFFRIRE INTERVENTI PSICOSOCIALI

» **Continuare a promuovere il funzionamento e fornire interventi educativi psicosociali.** 
Per i dettagli, consultare » **DEM 2.1-2.5** e » **CPB**.

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

I disturbi da uso di sostanze includono sia i disturbi derivanti dal consumo di alcol e sostanze psicoattive sia alcune condizioni cliniche tra cui l'intossicazione acuta, l'overdose e lo stato di astinenza.

L'INTOSSICAZIONE ACUTA è una condizione transitoria che fa seguito all'assunzione di una sostanza psicoattiva risultante in disturbi della coscienza, del pensiero, della percezione, dell'umore o del comportamento.

L'OVERDOSE è l'uso di ogni sostanza in quantità tale da produrre effetti avversi acuti fisici o psichici.

LO STATO DI ASTINENZA comprende un insieme di sintomi spiacevoli che seguono la brusca sospensione o la riduzione delle dosi di una sostanza psicoattiva che sia stata consumata in quantità tali e per un tempo sufficiente a far sì che la persona ne sia fisicamente o psichicamente dipendente. I sintomi dello stato di astinenza sono essenzialmente opposti a quelli prodotti dalla sostanza psicoattiva stessa.

L'USO PERICOLOSO O PROBLEMatico è una modalità di assunzione di una sostanza psicoattiva che danneggia la salute. Questo danno può essere fisico, ad esempio patologie epatiche, o psichico, come ad esempio lo sviluppo di episodi di depressione. È spesso associato a conseguenze nella sfera sociale, come ad esempio problemi in famiglia o sul lavoro.

LA TOSSICODIPENDENZA è l'insieme dei fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'assunzione di sostanze psicoattive è prioritaria per un individuo rispetto ad altri comportamenti che un tempo avevano maggiore rilevanza. È caratterizzata da una forte brama (craving) di utilizzo della sostanza e dalla perdita di controllo rispetto al suo uso. È spesso associata a un consumo molto elevato della sostanza e alla presenza di uno stato di astinenza alla sospensione dell'uso della stessa.

DUS » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

» VALUTAZIONE IN EMERGENZA : Si sospetta intossicazione o stato di astinenza?

- La persona appare sedata?
- La persona appare sovraeccitabile, ansiosa o agitata?
- Le persona appare confusa?

» La persona fa uso di sostanze psicoattive?

» Si tratta di un uso pericoloso?

» La persona ha una dipendenza da sostanze?



GESTIONE

» Protocolli di gestione

1. Uso pericoloso
2. Tossicodipendenza
3. Stato di astinenza da alcol
4. Stato di astinenza da oppiacei
5. Trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei
6. Stato di astinenza da benzodiazepine

» Interventi psicosociali

» Interventi farmacologici



FOLLOW-UP

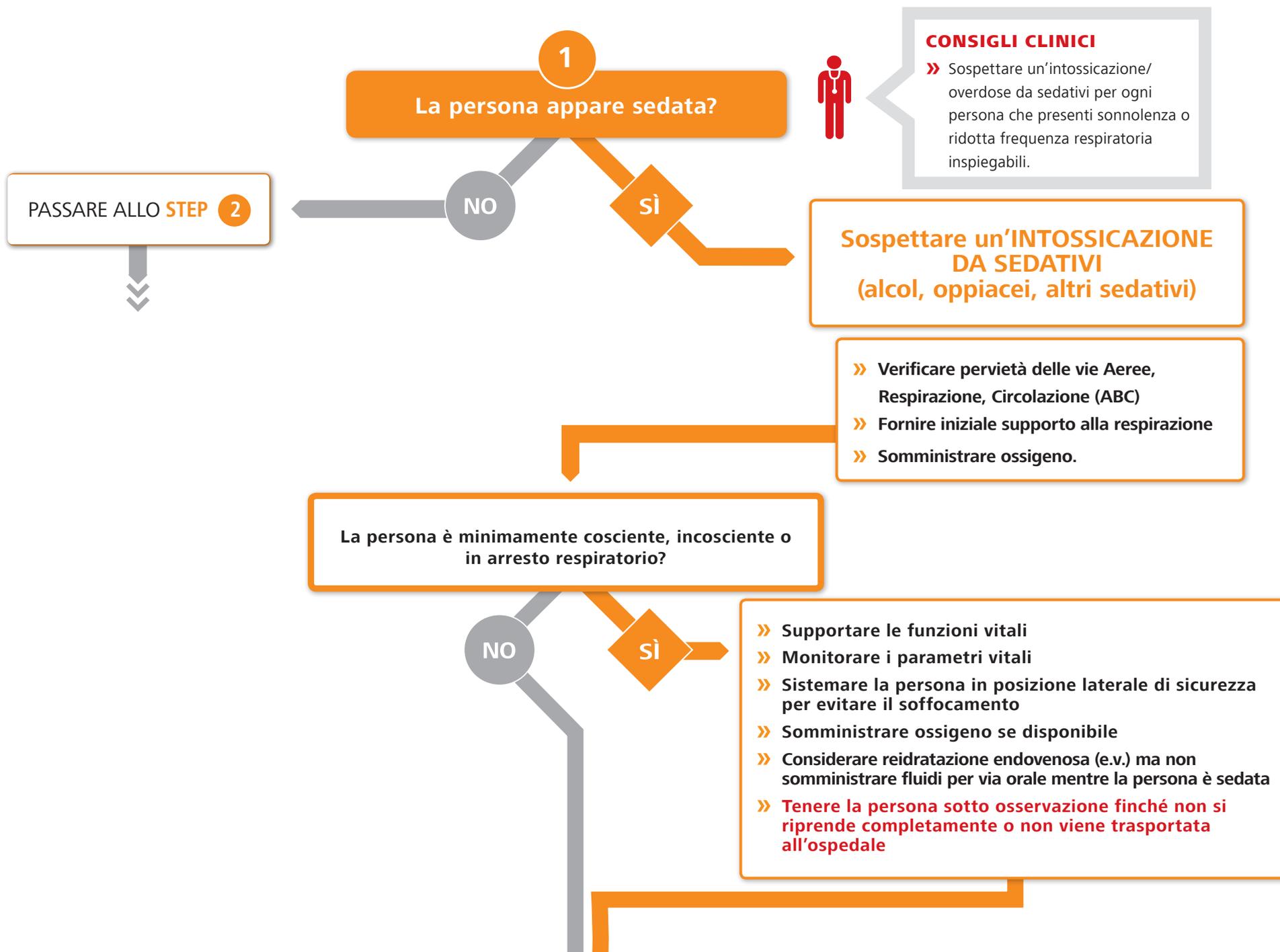


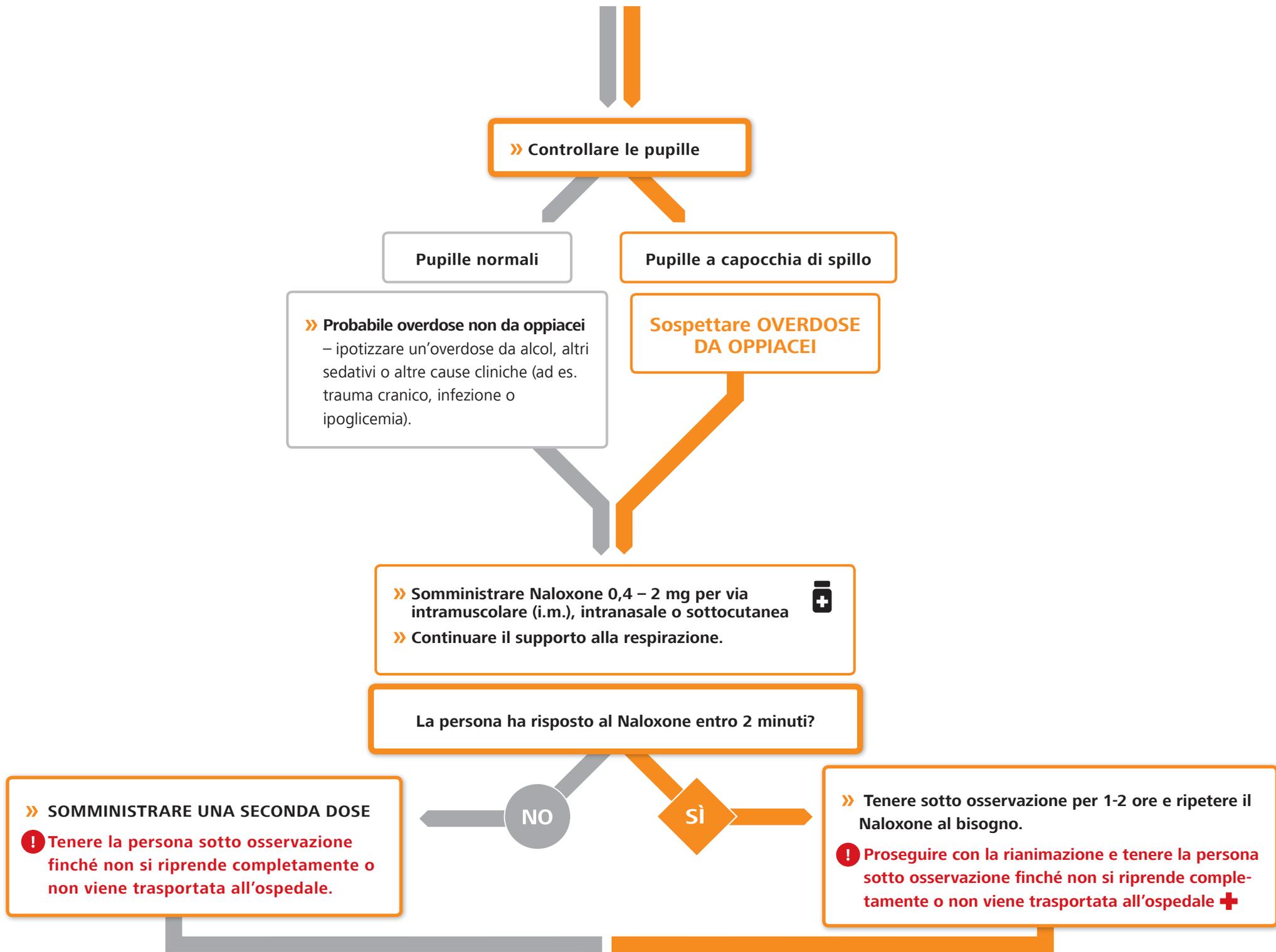
DUS » EMERGENZA

In assenza di situazioni di emergenza andare a » DUS 1 - Valutazione.

PRESENTAZIONI IN EMERGENZA DEI DISTURBI DOVUTI A USO DI SOSTANZE

- **Intossicazione da alcol:** odore di alcol nell'alito, eloquio biasciato, comportamento disinibito, alterazione del livello di coscienza, pensiero, percezione, umore o comportamento
- **Overdose da oppiacei:** la persona è incosciente o minimamente cosciente, la frequenza respiratoria è ridotta, le pupille sono a "capocchia di spillo"
- **Astinenza da alcol o altri sedativi:** tremore alle mani, sudorazione, vomito, aumento di frequenza cardiaca e pressione sanguigna, agitazione, cefalea, nausea, ansia; convulsioni e stato confusionale nei casi gravi
- **Intossicazione da stimolanti:** pupille dilatate, eccitazione, flusso di pensiero accelerato e disorganizzato, comportamento strano, recente uso di sostanze psicoattive, frequenza cardiaca e pressione sanguigna elevate, comportamento aggressivo, anomalo o violento
- **Delirium associato all'uso di sostanze:** stato confusionale, allucinazioni, flusso di pensiero accelerato, ansia, agitazione, disorientamento, tipicamente in associazione con intossicazione da sostanze stimolanti o astinenza da alcol (o altri sedativi)





2

La persona appare sovrastimolata,
ansiosa o agitata?

SÌ

NO

PASSARE allo **STEP 3**VALUTARE E GESTIRE **A** – **D****A**

La persona ha recentemente smesso di bere alcolici o di usare sedativi e adesso presenta qualcuno dei seguenti sintomi: tremori, sudorazione, vomito, aumento della pressione arteriosa (PA) e della frequenza cardiaca, agitazione.

Sospettare
LO STATO DI
ASTINENZA DA
ALCOL o
BENZODIAZEPINE

» GESTIRE LO STATO DI ASTINENZA

- Se la persona presenta tremori, sudorazione o parametri vitali alterati, somministrare diazepam 10-20 mg per os e trasferire all'ospedale o al centro di disintossicazione se possibile.
- Tenere sotto osservazione e ripetere dosi al bisogno se persistono i sintomi da astinenza (tremori, sudorazione, aumento di PA e frequenza cardiaca).
- **Soltanto** per lo stato di astinenza da alcol: somministrare tiamina 100 mg al giorno per 5 giorni.

!

TRASFERIRE IMMEDIATAMENTE ALL'OSPEDALE se sono presenti:

- Altre condizioni cliniche gravi, ad es. encefalopatia epatica, emorragia gastrointestinale o trauma cranico.
- Convulsioni: somministrare diazepam 10-20 mg per os, e.v. o rettale (p.r.) di prima istanza.
- Delirium: somministrare diazepam 10-20 mg per os, e.v. o p.r. di prima istanza. Se il delirium è grave e non risponde al diazepam, somministrare un antipsicotico come l'aloiperidolo 1-2,5 mg per os o i.m. Continuare a trattare gli altri sintomi di astinenza (tremori, sudorazione, parametri vitali alterati) con diazepam per os, e.v. o p.r.

B La persona ha recentemente assunto stimolanti (cocaina, stimolanti come anfetamina o altri) e presenta qualcuno dei seguenti sintomi: pupille dilatate, ansia, agitazione, ipereccitabilità, flusso di pensiero accelerato, aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa.

Sospettare INTOSSICAZIONE ACUTA DA STIMOLANTI

- » Somministrare diazepam 5-10 mg per os, e.v. o p.r. in dosi successive finché la persona è calma e leggermente sedata.
- » Se i sintomi psicotici non rispondono al diazepam, considerare un antipsicotico come l'aloiperidolo 1-2,5 mg per os o i.m. **Trattare finché non si risolvono i sintomi. Se persistono, andare a »PSI.**
- » Per la presa in carico di persone con condotte aggressive e/o agitate, **andare a »PSI, Tabella 5.**
- » **Se la persona presenta dolore toracico, tachiaritmia o altri segni neurologici, TRASFERIRE ALL'OSPEDALE. +**
- » **Durante la fase post-intossicazione, fare attenzione a pensieri o agiti suicidari. Se sono presenti ideazioni suicidarie andare a »SUI.**

C La persona ha recentemente sospeso l'uso di oppiacei e mostra qualcuno dei seguenti sintomi: pupille dilatate, dolori muscolari, crampi addominali, cefalea, nausea, vomito, diarrea, occhi e naso che colano, ansia, irrequietezza.

Sospettare ASTINENZA ACUTA DA OPPIACEI

- » **GESTIRE LO STATO DI ASTINENZA DA OPPIACEI**
 - Metadone 20 mg, con una dose supplementare di 5-10 mg dopo 4 ore se necessario.
 - Buprenorfina 4-8 mg, con una dose supplementare dopo 12 ore se necessario.
 - Se metadone o buprenorfina non sono disponibili, ogni oppioide può essere usato in fase acuta, ad esempio morfina solfato 10-20 mg come dose iniziale con 10 mg di dose supplementare se necessario. Considerare anche un agonista alfa adrenergico, ad es. clonidina o lofexidina.
- » **Una volta stabilizzata, andare a »DUS 2**

D **ESCLUDERE ALTRE CONDIZIONI MEDICHE O CONDIZIONI MNS RILEVANTI.**

3
La persona appare confusa?

SÌ

NO

PASSARE a **DUS 1 Valutazione**

Sono presenti condizioni cliniche che possano spiegare lo stato confusionale, ad esempio:

- trauma cranico
- ipoglicemia
- polmonite o altre infezioni
- encefalopatia epatica
- accidenti cerebrovascolari

NO

SÌ



» Gestire la condizione clinica e **+**
 inviare la persona in ospedale.

VALUTAZIONE E GESTIONE **A** - **C**

A

La persona ha smesso di bere alcolici da meno di una settimana: stato confusionale, allucinazioni, flusso di pensiero accelerato, ansia, agitazione, disorientamento, tipicamente in associazione con intossicazione da stimolante o astinenza da alcol (o altri sedativi).

Sospettare DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOL O BENZODIAZEPINE (DELIRIUM TREMENS)

» Se la persona presenta altri segni di astinenza da alcol (tremori, sudorazione, parametri vitali alterati)

- Trattare con diazepam 10-20 mg per os
- **TRASFERIRE ALL'OSPEDALE +**

» Gestire il delirium con antipsicotici come l'aloiperidolo 1-2,5 mg per os o i.m.

B

La persona ha assunto grandi quantità di alcol nei giorni precedenti e presenta qualcuno dei seguenti sintomi:

- nistagmo (movimento degli occhi involontario, rapido e ripetuto)
- oftalmoplegia (debolezza/paralisi di uno o più muscoli che controllano il movimento oculare)
- atassia (movimenti non coordinati)

Sospettare UN'ENCEFALOPATIA DI WERNICKE

» Trattare con tiamina 100-500 mg 2-3 volte al giorno e.v. o i.m. per 3-5 giorni.

» **TRASFERIRE ALL'OSPEDALE.** 

C

La persona ha assunto sostanze stimolanti nei giorni precedenti:

pupille dilatate, eccitazione, flusso di pensiero accelerato, pensiero disorganizzato, comportamento bizzarro, uso recente di sostanze psicoattive, aumentata frequenza cardiaca e pressione arteriosa, comportamento aggressivo, anomalo o violento

Sospettare UN'INTOSSICAZIONE DA STIMOLANTI O ALLUCINOGENI

» Trattare con diazepam 5-10 mg per os, e.v. o p.r. finché la persona è leggermente sedata.

» Se i sintomi psicotici **non rispondono al diazepam, considerare un antipsicotico come l'aloiperidolo 1-2,5 mg per os o i.m.**

» Se i sintomi psicotici **persistono, andare a »PSI**

CONSIGLI CLINICI

- » Dopo aver gestito la situazione di emergenza, andare a » **DUS 1 valutazione** e » **DUS 2 protocolli di gestione da 1 a 6**





DUS 1 » Valutazione

PRESENTAZIONE COMUNE DEI DISTURBI DOVUTI ALL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

- *Apparire sotto l'effetto di alcol o altre sostanze (ad es. odore di alcol, eloquio bialcistico, sedazione, comportamento anomalo)*
- *Segni di un uso recente di sostanze psicoattive (recenti segni di iniezioni, infezioni della pelle)*
- *Segni e sintomi di effetti comportamentali acuti, caratteristiche tipiche dell'astinenza o effetti dell'uso prolungato (Box 1)*
- *Deterioramento del funzionamento sociale (ad es. difficoltà al lavoro o a casa, aspetto trasandato)*
- *Segni di una malattia epatica cronica (enzimi epatici alterati), ittero (colore giallastro) della pelle e delle sclere oculari, bordi del fegato palpabili e morbidi (nelle fasi iniziali di patologia epatica), ascite (addome disteso e pieno di fluidi), spider naevi (vasi sanguigni visibili sulla cute a forma di ragnatela), stato mentale alterato (encefalopatia epatica)*
- *Problemi di equilibrio, deambulazione, coordinazione motoria e nistagmo*
- *Reperti accessori: anemia macrocitica, piastrinopenia, aumento del volume corpuscolare medio (MCV)*
- *Presentazione d'emergenza dovuta a astinenza, overdose o intossicazione da sostanze. La persona può apparire sedata, sovraeccitabile, agitata, ansiosa o confusa*
- **Le persone con disturbi da uso di sostanze possono non riferire alcun problema legato all'uso stesso. Ricercare:**
 - Ricorrente richiesta di farmaci psicoattivi, inclusi gli analgesici
 - Presenza di lesioni e ferite
 - Infezioni associate all'uso endovenoso di sostanze (HIV/AIDS, epatite C)



CONSIGLI CLINICI

- » *Evitare gli stereotipi! A chiunque si presenti in una struttura sanitaria deve essere chiesto se fa uso di tabacco o alcol.*

BOX 1: SOSTANZE PSICOATTIVE: EFFETTI COMPORTAMENTALI ACUTI, CARATTERISTICHE DELL'ASTINENZA E EFFETTI DOVUTI ALL'USO PROLUNGATO

	EFFETTI COMPORTAMENTALI ACUTI	CARATTERISTICHE DELLO STATO DI ASTINENZA	EFFETTI DOVUTI ALL'USO PROLUNGATO
Alcol	Odore alcolico dell'alito, eloquio biasciato, comportamento disinibito, agitazione, vomito, andatura instabile	Tremori, clonie, nausea/vomito, aumento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa, convulsioni, agitazione, stato confusionale, allucinazioni Possano essere fatali	Perdita di massa cerebrale, riduzione della capacità cognitiva, capacità di giudizio alterata, perdita di equilibrio, fibrosi epatica, gastrite, anemia, aumentato rischio per certe forme tumorali e una varietà di altri disturbi clinici
Benzodiazepine	Eloquio biasciato, comportamento disinibito, andatura instabile	Ansia, insonnia, tremori, clonie, nausea/vomito, aumento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa, convulsioni, agitazione, stato confusionale, allucinazioni Possano essere fatali	Perdita di memoria, aumentato rischio di cadute negli anziani, rischio di overdose fatale da sedativi
Oppiacei	Pupille a capocchia di spillo, sonnolenza e tendenza ad addormentarsi, diminuzione dell'attenzione, eloquio rallentato	Pupille dilatate, ansia, nausea/vomito/diarrea, crampi addominali, dolori muscolari più o meno intensi, cefalea, occhi e naso che colano, sbadigli, pelle d'oca, aumento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa	Stipsi, rischio di overdose fatale da sedativi, ipogonadismo, modifica della risposta alla gratificazione, all'apprendimento o allo stress
Tabacco	Eccitazione, aumentata attenzione, concentrazione e memoria, diminuzione di ansia e appetito, effetti simil-stimolanti	Irritabilità, ostilità, ansia, disforia, umore depresso, aumento della frequenza cardiaca, aumento dell'appetito	Patologie polmonari (nei fumatori di tabacco), patologie cardiovascolari, rischio di tumori e altri effetti sulla salute
Cocaina, metamfetamine e stimolanti simili alle anfetamine	Pupille dilatate, aumento di pressione arteriosa e frequenza cardiaca, eccitazione, euforia, iperattività, eloquio accelerato, flusso di pensieri accelerato, pensiero disorganizzato, paranoia, comportamento aggressivo, anomalo, violento	Stanchezza, aumento dell'appetito, umore depresso o irritabile. Attenzione ai pensieri suicidari	Ipertensione, rischio aumentato di incidenti cerebrovascolari, aritmie, patologie cardiache, ansia, depressione
Khat	Vigilanza, euforia, lieve eccitazione	Letargia, umore depresso, irritabilità	Gli utilizzatori di khat di solito spendono una significativa parte della giornata masticando il khat; stipsi, rischio di disturbi mentali come la psicosi
Cannabis	Pupille normali, congiuntiva rossa, responsività ritardata, euforia, rilassatezza	Umore depresso o labile, ansia, irritabilità, disturbi del sonno (alcune caratteristiche potrebbero non essere immediatamente osservabili)	Aumento del rischio di disturbi mentali come ansia, paranoia e psicosi, perdita di motivazione, difficoltà nella concentrazione, aumentato rischio di vasospasmo che può portare a infarto miocardico e ictus
Tramadolo	Effetti degli oppiacei (sedazione, euforia ecc) seguiti da effetti degli stimolanti (eccitazione e in alte dosi convulsioni)	Per lo più effetti dell'astinenza da oppiacei, ma anche alcuni effetti dell'astinenza da inibitori della ricaptazione di serotonina e norepinefrina (SNRI) (umore depresso, letargia)	Dipendenza da oppiacei, rischio di convulsioni, disturbi del sonno
Solventi volatili	Vertigini, disorientamento, euforia, stordimento, umore aumentato, allucinazioni, deliri, mancanza di coordinazione, disturbi del visus, ansiolisi, sedazione	Aumentato rischio di convulsioni	Funzioni cognitive alterate e demenza, neuropatia periferica, altre sequele neurologiche, aumentato rischio di aritmia che può causare morte improvvisa
Allucinogeni	Aumento di frequenza cardiaca, pressione arteriosa e temperatura corporea, calo dell'appetito, nausea, vomito, mancanza di coordinazione motoria, pupille dilatate, allucinazioni	Nessuna informazione	Episodi di psicosi acuta o cronica, flashback o esperienza di rivivere gli effetti della droga anche molto tempo dopo averne sospeso l'uso
MDMA	Aumento dell'autostima, empatia, sensazione di intimità e confidenza, comunicazione facilitata, euforia, energia	Nausea, rigidità muscolare, cefalea, perdita dell'appetito, visione offuscata, secchezza delle fauci, insonnia, depressione, ansia, stanchezza, difficoltà di concentrazione	Neurotossicità, conseguenze comportamentali e psicologiche, depressione

1

La persona fa uso di sostanze?

Esplorare l'uso di tabacco e alcol e la prescrizione di farmaci psicoattivi. A seconda del setting e della presentazione clinica, valutare l'opportunità di indagare circa l'uso di cannabis o altre sostanze.



CONSIGLI CLINICI

Mentre si raccoglie l'anamnesi, chiedere:

- » Come ha cominciato a usare sostanze?
- » Quando ha iniziato?
- » Cosa stava succedendo nella sua vita in quel periodo?
- » Qualcuno nella cerchia familiare o amicale fa uso di sostanze? Ha provato a ridurre l'uso?
- » Perché? Cos'è successo?

NO

SÌ

- » Enfatizzare i benefici in termini di salute nel non usare sostanze psicoattive.
- » **USCIRE DA QUESTO MODULO**

2

L'uso di sostanze è pericoloso?

Per ogni sostanza usata, valutare:

A Frequenza e quantità usata. (Suggerimento: Chiedere: "Quanti giorni a settimana usa questa sostanza? Quanta ne usa al giorno?")

B Comportamenti a rischio. (Suggerimento: Chiedere: "L'uso della sostanza ti crea qualche problema")

- | | | |
|--|---|--|
| - Infortuni e incidenti | - Attività sessuale sotto l'influenza di sostanze che può essere rischiosa o in seguito vissuta con rammarico | - Incapacità di prendersi cura responsabilmente di minori |
| - Guidare sotto l'influenza di sostanze | - Problemi giuridici o finanziari | - Violenza verso gli altri |
| - Utilizzo iniettivo di sostanze condividendo o riutilizzando aghi | | - Basso rendimento scolastico o lavorativo |
| - Problemi relazionali risultanti dall'uso di sostanze | | - Basso rendimento nei ruoli sociali attesi (ad es. genitorialità) |

NO

SÌ



Ricordare le risposte per usarle più tardi nella valutazione.

3

È probabile una DIPENDENZA?

Per ogni sostanza usata, porre domande sulle caratteristiche della dipendenza qui riportate:

- Elevati livelli di *uso frequente di sostanze*
- **Forte desiderio (craving)** o senso di compulsione all'uso della sostanza
- Difficoltà ad **autoregolare** l'uso di quella sostanza nonostante il rischio di conseguenze dannose
- Aumento dei livelli di **tolleranza** e **sintomi** di astinenza alla sospensione dell'uso

CONSIGLI CLINICI

Le abitudini d'uso che suggeriscono una dipendenza includono:

- TABACCO:** diverse volte al giorno, spesso cominciando al mattino.
- ALCOL:** più di 6 dosi standard per volta, quotidianamente.
- FARMACI:** assunzione di dosi maggiori rispetto a quelle prescritte e tentativo di mentire per ottenere una prescrizione.
- CANNABIS:** almeno 1 g al giorno.

NO

SÌ

» Procedere con il **PROTOCOLLO 2**

! IN CASO DI RISCHIO IMMARENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRLO prima di continuare con il protocollo (Andare a »SUI)

Si tratta di un uso pericoloso di sostanze?
Vedere le risposte allo step 2, sopra

NO

SÌ

» Procedere con il **PROTOCOLLO 1**

! IN CASO DI RISCHIO IMMARENTE DI SUICIDIO, VALUTARLO E GESTIRLO prima di continuare con il protocollo (Andare a »SUI)

» Fornire interventi psicoeducativi riguardo ai rischi legati alla frequenza d'uso di ciascuna sostanza utilizzata.

» **USCIRE DA QUESTO MODULO**



DUS 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

USO PERICOLOSO

- » Fornire **interventi psicoeducativi** e enfatizzare che la frequenza/modalità d'uso della sostanza è dannosa per la salute.
- » Esplorare le motivazioni che portano la persona a far uso di sostanze. Condurre un **colloquio motivazionale**. (Vedere **INTERVENTI PSICOSOCIALI BREVI – COLLOQUIO MOTIVAZIONALE (2.2)**).
- » Consigliare di sospendere completamente l'uso della sostanza o consumarla ad un livello non pericoloso, se è concreto. Verbalizzare la vostra intenzione di fornire tutto il supporto necessario per smettere. Chiedere alla persona se è pronta a operare questo cambiamento.
- » Esplorare **STRATEGIE PER LA RIDUZIONE O LA SOSPENSIONE DELL'USO (2.3)** e le **STRATEGIE DI RIDUZIONE DEL DANNO (2.5)**.
- » Tenere in conto i bisogni primari alimentari, abitativi e occupazionali.
- » Follow up
- » Se la persona è un adolescente o una donna in età fertile, incinta o che allatta al seno, vedere, **POPOLAZIONI CON BISOGNI SPECIFICI**.

PROTOCOLLO

2

Dipendenza

SE LA PERSONA È DIPENDENTE DA OPIACEI:

- » Il trattamento di mantenimento è generalmente più efficace della disintossicazione.
- » Valutare la gravità della dipendenza e, se appropriato, prescrivere o indirizzare la persona ad un trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei, conosciuta anche come terapia sostitutiva degli oppiacei (OST) dopo la disintossicazione. Andare al **PROTOCOLLO 5 (Trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei)**.
- » Per gli altri casi, organizzare una disintossicazione programmata se necessario. Andare a **PROTOCOLLO 4 (Astinenza da oppiacei)**.

SE LA PERSONA È DIPENDENTE DA BENZODIAZEPINE:

- » La sospensione improvvisa può portare a convulsioni e delirium. Considerare di ridurre gradualmente la dose di benzodiazepine con la dispensazione supervisionata o una più rapida riduzione in un contesto ospedaliero. Andare al **PROTOCOLLO 6 (Astinenza da benzodiazepine)**.

SE LA PERSONA È DIPENDENTE DALL'ALCOL:

- » La sospensione improvvisa dell'uso di alcol può portare a convulsioni e delirium, comunque, se la persona vuole smettere di bere, supportarla. Individuare il contesto appropriato per smettere con l'uso di alcol e organizzare la disintossicazione in regime di ricovero se necessario. Andare al **PROTOCOLLO 3 (Astinenza da alcol)**.
- » Consigliare l'assunzione di tiamina alla dose di 100 mg/die per os. 
- » Prendere in considerazione l'intervento farmacologico per prevenire ricadute nella dipendenza da alcol; i farmaci utilizzabili sono acamprosato, naltrexone e disulfiram. Si può anche usare Baclofen, anche se i suoi effetti sedativi e il rischio di abuso lo rendono più adatto a setting specialistici. Con questi farmaci, una risposta efficace può includere la riduzione nella quantità e nella frequenza del consumo di alcol, se non addirittura la completa astinenza. Vedere **Tabella 1**. 

PER TUTTE LE ALTRE SOSTANZE:

- » Consigliare di sospendere completamente l'uso della sostanza e verbalizzare l'intenzione di supportare la persona nel farlo. Chiedere se si sente pronta a farlo.
- » Esplorare **STRATEGIE PER LA RIDUZIONE O LA SOSPENSIONE DELL'USO e STRATEGIE DI RIDUZIONE DEL DANNO**.
- » Considerare di rivolgersi a gruppi di auto aiuto o comunità terapeutiche di riabilitazione/residenziali se disponibili.
- » Tenere in conto i bisogni primari alimentari, abitativi e occupazionali.
- » Valutare e trattare ogni altra comorbilità fisica o psichica, idealmente dopo 2-3 settimane di astinenza dato che alcuni problemi si risolveranno con l'astinenza.

IN TUTTI I CASI:

- » Fornire interventi psicoeducativi. 
- » Prevedere se necessario un servizio di disintossicazione o un trattamento in regime di ricovero se disponibile. Trattare lo stato di astinenza se necessario.
- » Attuare un intervento breve usando il colloquio motivazionale per incoraggiare la persona e iniziare il trattamento per la sua dipendenza da sostanze.
- » Prendere in considerazione un trattamento psicosociale a lungo termine per le persone con concomitanti problemi correlati all'uso di sostanze, se non rispondono all'iniziale intervento breve. Le terapie psicologiche evidence-based per i disturbi dovuti all'uso di sostanze includono programmi strutturati individuali e di gruppo che si svolgono per 6-12 settimane o più e che usano tecniche come la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia motivazionale di rinforzo, la terapia di gestione della contingenza, il lavoro di rinforzo della rete sociale (community reinforcement approach) e la terapia familiare. L'approccio al supporto sociale evidence-based include il supporto nel trovare occupazione e alloggio. 

PROTOCOLLO

3

Stato di astinenza da alcol

- » Predisporre un ambiente il più tranquillo e non stimolante possibile; ben illuminato durante il giorno e con luce notturna sufficiente a prevenire le cadute se la persona si sveglia la notte.
- » Assicurare un adeguato apporto di liquidi e di elettroliti, come potassio e magnesio.
- » **TRATTARE LA DISIDRATAZIONE:** mantenere un'adeguata idratazione, inclusa l'idratazione e.v. se necessario e incoraggiare l'assunzione orale di liquidi. Assicurarsi di somministrare tiamina prima del glucosio per evitare di scatenare l'encefalopatia di Wernicke.
- » **Interventi farmacologici:** 

Quando appropriato, trattare i sintomi di astinenza da alcol. In caso di disintossicazione pianificata, prevenire i sintomi da astinenza usando diazepam. La dose e la durata del trattamento con diazepam variano secondo la gravità dello stato di astinenza.

 - Somministrare diazepam ad una dose iniziale non superiore a 40 mg al giorno (10 mg quattro volte al giorno o 20 mg due volte al giorno) per 3-7 giorni per os. Diminuire gradualmente la dose e/o la frequenza delle somministrazioni appena i sintomi migliorano. Monitorare la persona frequentemente, visto che ogni persona può rispondere a questo farmaco in maniera diversa.
 - In un **setting ospedaliero**, il diazepam può essere somministrato più frequentemente (ad es. ogni ora) e a dosi maggiori, fino a 120 mg al giorno per i primi 3 giorni per os se necessario, e in base a valutazioni frequenti dei sintomi di astinenza e dello stato psichico della persona.
 - In persone con **metabolismo epatico alterato** (ad es., persone con segni di patologia epatica o persone anziane), usare una singola dose iniziale bassa di 5-10 mg per os, in quanto le benzodiazepine possono avere una durata d'azione prolungata in queste categorie di persone. In alternativa, può essere usata una benzodiazepina ad azione più breve rispetto al diazepam come l'**oxazepam**. **Vedere Tabella 1.**
- **⚠ ATTENZIONE**
Prestare attenzione quando si inizia il trattamento o si aumenta la dose di benzodiazepine, perché possono causare depressione respiratoria. Fare attenzione in persone con patologia respiratoria e/o encefalopatia epatica.

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELL'ENCEFALOPATIA DI WERNICKE:

- » Grandi consumatori cronici di alcol sono a rischio di **encefalopatia di Wernicke**, una sindrome da deficienza di tiamina caratterizzata da stato confusionale, nistagmo, oftalmoplegia (disturbi al movimento oculare) e atassia (movimenti non coordinati).
- » **Per prevenire questa sindrome, a tutte le persone con una storia di abuso cronico di alcol si dovrebbe somministrare tiamina 100 mg per os al giorno. Somministrare la tiamina prima di somministrare glucosio per evitare di scatenare l'encefalopatia di Wernicke.**

CONSIGLI CLINICI

Per una sospensione dall'alcol programmata, valutare il rischio di grave stato di astinenza per la persona. Chiedere:

- » In passato ha avuto episodi di gravi sintomi da astinenza, inclusi convulsioni e delirium?
- » Ci sono altri problemi clinici o psichici significativi?
- » Le caratteristiche dello stato di astinenza si presentano entro 6 ore dall'ultimo bicchiere bevuto?
- » I tentativi di sospendere l'assunzione di alcol, fatti in regime ambulatoriale, sono falliti in passato?
- » È una persona senza fissa dimora o senza alcun supporto sociale?

Se il rischio è elevato, è preferibile una disintossicazione in regime di ricovero piuttosto che ambulatoriale.





CONSIGLI CLINICI: Principi generali per la gestione di ogni tipo di stato di astinenza:

- » Mantenere l'idratazione.
- » Gestire i sintomi specifici dello stato di astinenza man mano che si presentano, ad es., trattare la nausea con antiemetici, il dolore con semplici analgesici e l'insonnia con sedativi leggeri.
- » Autorizzare la persona a lasciare la struttura ove è in cura, se desidera farlo.
- » Continuare il trattamento e il supporto dopo la disintossicazione.
- » Sintomi depressivi possono comparire nel periodo post-intossicazione, durante o dopo lo stato di astinenza e/o la persona può manifestare sintomi di una depressione preesistente. Fare attenzione al rischio di suicidio.
- » Proporre a tutte le persone di continuare a usufruire del trattamento, del supporto e del monitoraggio anche dopo una disintossicazione riuscita, indipendentemente dal setting in cui è avvenuta quest'ultima.

PROTOCOLLO

4

Stato di astinenza da oppiacei

- » **!** Si consiglia **CAUTELA** prima di intraprendere la sospensione dell'uso degli oppiacei, specialmente quando ne è stato fatto uso iniettivo. Quando viene presa la decisione di iniziare a smettere, informare la persona su quello che deve aspettarsi, inclusi i sintomi e la loro durata. Per esempio, la sospensione porta ad una ridotta tolleranza agli oppiacei. Questo significa che, se la persona dopo la sospensione riprende ad assumere oppiacei alla dose abituale, sarà a maggiore rischio di overdose. A causa di questo rischio, è più opportuno programmare la sospensione attraverso il ricovero in una struttura di riabilitazione o la partecipazione ad attività di supporto psicosociale. In alternativa, si può prendere in considerazione la terapia sostitutiva agli oppiacei con metadone o buprenorfina; consultare la sezione sul trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei (vedi Protocollo 5) e scegliere una delle seguenti opzioni farmacologiche per la gestione:
 - » **Buprenorfina:** la buprenorfina è somministrata per via sublinguale alla dose di 4-16 mg al giorno per 3-14 giorni per la gestione dello stato di astinenza. Prima di iniziare il trattamento con buprenorfina, è importante aspettare fino a che segni e sintomi di astinenza da oppiacei non risultino evidenti – almeno 8 ore dopo l'ultima dose di eroina e 24-48 ore dopo l'ultima dose di metadone, altrimenti si corre il rischio che la buprenorfina stessa scateni una sindrome d'astinenza. Attenzione particolare agli individui che assumo altri farmaci sedativi.
 - » **Metadone:** il metadone si somministra p.o. alla dose iniziale di 15-20mg, aumentando, se necessario, fino a 30 mg al giorno. Poi gradualmente si può diminuire la dose, fino ad eliminarla completamente in 3-10 giorni. Come con la buprenorfina, prestare particolare attenzione alle persone che assumono altri farmaci sedativi.
 - » **Clonidina e Lofexidina:** se non sono disponibili farmaci sostitutivi agli oppiacei, si possono usare clonidina o lofexidina per gestire alcuni sintomi da astinenza da oppiacei, vale a dire lo stato di ipereccitabilità. Somministrarle a dosi di 0,1-0,15 mg tre volte al giorno p.o. e dosarle in base al peso corporeo. Possono dare stordimento e sedazione. Monitorare strettamente la pressione arteriosa. Dovrebbero essere trattati anche gli altri sintomi astinenziali, ad es. la nausea con antiemetici, il dolore con semplici analgesici e l'insonnia con blandi sedativi.
 - » **Solfato di morfina:** 10-20 mg in dose iniziale con 10 mg extra se necessario. La sedazione e la depressione respiratoria risultanti possono mettere in pericolo di vita. L'uso prolungato può causare dipendenza. Per maggiori dettagli consultare la **Tabella 1**.

PROTOCOLLO

5

**Trattamento di mantenimento
con agonisti degli oppiacei**

- » Il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei avviene all'interno di un quadro normativo nazionale stabilito e regolamentato. È caratterizzato dalla prescrizione di agonisti (o agonisti parziali) degli oppiacei a lunga durata d'azione, come ad esempio metadone o buprenorfina, generalmente con cadenza giornaliera e sotto supervisione. Ci sono ampie evidenze sul fatto che il trattamento di mantenimento con agonisti come metadone e buprenorfina sia efficace nel ridurre l'uso di droghe illecite, la diffusione dell'HIV, la mortalità e la criminalità, oltre al vantaggio di migliorare la salute fisica e psichica e il funzionamento sociale.
- » **Monitoraggio:** I farmaci usati per il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei sono soggetti a rischio di abuso e uso illecito, quindi i programmi dovrebbero prevedere strategie per limitare questo rischio, incluso il consumo sotto supervisione.
- » Per maggiori dettagli, consultare la **Tabella 1**.

PROTOCOLLO

6

**Stato di astinenza
da benzodiazepine**

- » La sospensione delle benzodiazepine può essere gestita passando ad una benzodiazepina a lunga durata d'azione e riducendo gradualmente la dose, in un periodo di 8-12 settimane, e congiuntamente al supporto psicosociale. È possibile uno scalaggio più rapido solo se la persona è in regime di ricovero in un setting ospedaliero o in una struttura di disintossicazione.
- » Se si sviluppa uno stato di astinenza da benzodiazepine grave e incontrollato o se esso avviene in seguito ad una cessazione improvvisa o non pianificata, consultare immediatamente uno specialista o qualcun altro disponibile, per iniziare un regime di sedazione con benzodiazepine ad alte dosi e ricoverare poi la persona all'ospedale. Prestare attenzione alla dispensazione non controllata di benzodiazepine a pazienti sconosciuti. 

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.1 Interventi psicoeducativi

- » I disturbi dovuti all'uso di sostanze spesso possono essere trattati efficacemente, migliorando le condizioni della persona.
- » Parlare dell'uso di sostanze per molte persone può essere imbarazzante. Quando si affronta l'argomento dell'uso di sostanze, è sempre opportuno utilizzare un approccio non giudicante, poiché chi si sente giudicato è meno disposto a parlare di certi argomenti. Cercare di non mostrare sorpresa ad ogni risposta ottenuta.
- » Comunicare con fiducia che è possibile smettere o ridurre l'uso problematico o pericoloso di alcol e incoraggiare la persona a tornare se sente il bisogno di parlare ulteriormente dell'argomento.
- » È più probabile che una persona riesca a ridurre o sospendere l'uso di sostanze se la decisione è sua.

2.2 Colloquio motivazionale (Intervento breve)

- » Gli interventi brevi basati sul colloquio motivazionale costituiscono un approccio non giudicante per discutere dell'uso di, approccio che incoraggia la persona a riflettere sulle proprie scelte in merito a tale uso. Gli interventi possono essere parte di un incontro molto breve mirato a evidenziare i rischi legati ad un uso pericoloso di sostanze. Oppure possono essere utilizzati come parte di una discussione più lunga che si sviluppa in diversi incontri riguardanti i vari aspetti di dipendenza causati dall'utilizzo di sostanze; questo tipo di trattamento è detto Terapia Motivazionale di rinforzo.

Durante il colloquio è importante includere tutte le parti del processo: esprimere empatia e costruire un'atmosfera di fiducia, rimarcare le contraddizioni nel racconto e contrastare false credenze. Evitare di discutere con la persona, facendole sentire che il professionista è lì per aiutarla e non per criticarla. Se la persona non è capace di impegnarsi a sospendere l'uso nocivo di sostanze in questo momento, sviscerarne le motivazioni piuttosto che forzarla a dire quello che pensa ci si aspetti.

» Tecniche per approfondire la discussione:

1. Fornire **feedback** personalizzati alla persona sui rischi associati alla modalità di uso di sostanze, sia che si tratti di un USO PERICOLOSO, sia che si tratti di una DIPENDENZA e sui danni specifici che possa procurarsi o arrecare ad altri.
2. Incoraggiare la persona ad **assumersi la responsabilità** delle proprie scelte sull'uso di sostanze, nonché sul fatto di cercare o meno assistenza a riguardo. Per fare questo, domandare fino a che punto LA PERSONA sia preoccupata circa l'uso di sostanze.
3. Esplorare con la persona **le ragioni che l'hanno portata a far uso di sostanze**, incluse la ricerca di una risposta ad altri problemi come disturbi di salute mentale o a specifici eventi stressanti, e i benefici percepiti dall'uso di sostanze, anche se solo per un breve periodo.
4. Esplorare la percezione delle **conseguenze legate all'uso di sostanze**, sia positive che negative, e, se necessario, mettere in dubbio ogni sovrastima dei benefici e sotto-stima dei rischi/danni riportata.
5. Chiedere degli **obiettivi personali** e discutere se l'uso di sostanze stia aiutando o meno la persona a raggiungerli.

6. **Costruire un confronto** con la persona, sulla base delle dichiarazioni fornite riguardo all'uso di sostanze, sulle cause e conseguenze di ciò e sugli obiettivi personali, che permetta di esplorare le evidenti incongruenze tra le conseguenze dell'uso di sostanze e gli obiettivi dichiarati dalla persona.
7. **Discutere le opzioni** per cambiare, basate sull'individuazione di obiettivi realistici e cercare di trovare un percorso condiviso per raggiungerli.
8. **Aiutare la persona a mettere in atto questi cambiamenti** trasmettendo fiducia nelle sue capacità di apportare cambiamenti positivi alla propria vita, fornendo informazioni sui prossimi passi quando necessario (ulteriori valutazioni, disintossicazioni, supporto psicosociale), dando materiale da portare a casa se disponibile.

» Esempi di domande da porre. Senza giudicare, suscitare pensieri circa l'uso di sostanze della persona ponendo le seguenti domande:

1. Rispetto alle ragioni dell'uso di sostanze. (*Chiedere: "Hai mai pensato al perché fai uso di [sostanza]?"*)
2. Rispetto ai benefici percepiti dall'uso di sostanze. (*Chiedere: "Cosa provoca in te [la sostanza]? Ti causa qualche problema?"*)
3. Rispetto ai pericoli concreti e potenziali legati all'uso di sostanze. (*Chiedere: "[Sostanza] ti ha causato qualche danno? Puoi immaginare quali danni ti causerà in futuro?"*)
4. Rispetto a cos'è più importante per la persona. (*Chiedere: "Qual è per te la cosa più importante nella vita?"*)

2.3 Strategie per la riduzione o la sospensione dell'uso

Tappe per ridurre o arrestare l'uso di tutti i tipi di sostanze:

Se la persona intende ridurre il suo uso di sostanze, discutere insieme seguendo questi passaggi.

- » Identificare le cause scatenanti l'uso e i modi per evitarle. Per esempio: evitare i pub dove ci sono persone che bevono o le aree dove abitualmente ci si procurano le droghe, ecc.
- » Identificare gli stati emotivi scatenanti l'uso e le modalità per gestirli (ad es. problemi relazionali, difficoltà al lavoro, ecc.)
- » Incoraggiare la persona a non tenere la sostanza a casa.

2.4 Gruppi di mutuo aiuto

- » **I gruppi di mutuo aiuto**, come gli Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi o simili possono essere degli utili punti di riferimento per persone con disturbi dovuti all'uso di sostanze. Forniscono informazioni, attività strutturate e supporto tra pari in un ambiente non giudicante. Cercare quali gruppi di mutuo aiuto siano disponibili in zona.

2.5 Strategie di riduzione del danno da consumo di droghe e trattamento dei disturbi associati

- » Incoraggiare la persona ad assumere comportamenti meno rischiosi.
 - Consigliare di non guidare se sotto l'effetto di sostanze.
 - Se la persona fa uso di oppiacei, fornire ai familiari naloxone da somministrare per via intramuscolare o intranasale, affinché essi lo abbiano a disposizione e lo possano usare in caso di overdose mentre la persona aspetta che arrivi l'assistenza o si sta dirigendo all'ospedale.

Se la persona fa uso iniettivo di droghe:

- » Informare la persona sui rischi dell'uso endovenoso di droghe, che includono un aumentato rischio di infezioni come ad esempio HIV/AIDS, Epatite B e C, infezioni della pelle che possono causare setticemia, endocarditi, ascessi del midollo spinale, meningiti e perfino morte.
- » Considerato che la persona potrebbe non smettere subito di fare uso iniettivo di droghe, fornire informazioni su tecniche di iniezione meno rischiose. Enfatizzare l'importanza di usare aghi e siringhe sterili per ogni iniezione e di non condividere mai il materiale per le iniezioni con altri.
- » Fornire informazioni su come accedere a programmi, se disponibili, di ricambio di aghi e siringhe o ad altre risorse disponibili per ottenere materiale per iniezioni sterili.
- » Incoraggiare e proporre almeno un test annuale per malattie veneree virali, inclusi HIV/AIDS e Epatite B e C.
 - Incoraggiare a vaccinarsi contro l'epatite B
 - Assicurare la disponibilità di profilattici
 - Assicurare la disponibilità di trattamenti per le persone con HIV/AIDS e epatiti

Trattamento delle comorbidità:

- » Prevedere una bassa soglia per lo screening della tubercolosi in persone con disturbi legati all'uso di sostanze.
- » Prendere in considerazione eventuali indagini e trattamenti sulle malattie sessualmente trasmesse.

2.4 Sostegno ai carers

Sostegno alla famiglia e ai carers:

- » Discutere con la famiglia e/o i carers l'impatto dei disturbi da uso di sostanze sugli altri componenti del nucleo familiare, inclusi i bambini.
- » Fornire informazioni ed educazione sui disturbi dovuti all'uso di sostanze.

- » Offrire una valutazione dei loro bisogni personali, sociali e di salute mentale. Offrire un trattamento per ogni disturbo prioritario di salute mentale.
- » Informarli ed aiutarli ad accedere ai gruppi di supporto per famiglie e carers (se disponibili) e ad altre risorse sociali.

CONSIGLI CLINICI:

HIV/Tubercolosi/Epatite e Uso di sostanze

- » Le persone che fanno uso iniettivo di droghe hanno un rischio aumentato di HIV/AIDS e epatiti, in particolare se non usano materiali sterili per l'iniezione o praticano sesso non sicuro in cambio di droga; una volta contratta l'infezione, hanno anche una prognosi peggiore. L'HIV/AIDS aumenta anche il rischio di infezione tubercolare e la tubercolosi attiva è la prima causa di morte in persone sieropositive o con AIDS conclamato. Anche i grandi utilizzatori di alcol e droghe sono a rischio aumentato di tubercolosi. Per questi motivi è frequente riscontrare in una persona che fa un uso combinato di sostanze, specialmente uso di eroina in e.v., infezione tubercolare, HIV/AIDS e epatite contemporaneamente.
- » I servizi che si occupano di persone che usano droghe e alcol dovrebbero regolarmente monitorare la presenza di HIV/AIDS e epatiti in tutte le persone che fanno uso di droghe per iniezione, e sospettare primariamente una tubercolosi se la persona presenta tosse, febbre, sudorazione notturna o calo ponderale.
- » Il trattamento dell'HIV/AIDS e della tubercolosi richiede l'assunzione quotidiana di farmaci, e ogni singolo giorno di terapia è importante. Sorvegliare direttamente il trattamento può migliorare la compliance allo stesso. Se la persona è anche dipendente da oppiacei, il fatto di fornire quotidianamente nello stesso posto e allo stesso orario metadone o buprenorfina sotto attento monitoraggio può facilitare la compliance al trattamento.
- » Il trattamento dell'epatite può avvenire su base quotidiana o settimanale. Consigliare alle persone affette da epatite B e C di cessare completamente l'assunzione di alcol.



Popolazioni con bisogni specifici

ADOLESCENTI

Come valutare l'adolescente:

- » Chiarire la natura confidenziale del colloquio clinico, spiegando in quali circostanze ai genitori o ai carers dell'adolescente verranno date delle informazioni.
- » Chiedere cos'altro sta succedendo nella vita dell'adolescente. Identificare i problemi principali soggiacenti. Tenere presente che l'adolescente può non essere in grado di articolare completamente cosa lo preoccupa.
- » Le domande aperte possono essere utili nel far emergere informazioni riguardanti le seguenti aree: casa, istruzione e lavoro, alimentazione, attività, droghe e alcol, sessualità, sicurezza e suicidio/depressione. Concedere tempo sufficiente per il colloquio. Valutare anche altri problemi prioritari di salute mentale. Se viene identificata qualsiasi altra problematica prioritaria, vedere » DBA.

Interventi psicoeducativi per l'adolescente:

- » Fornire all'adolescente e ai genitori informazioni sugli effetti dell'alcol o di altre sostanze sulla salute e sul funzionamento sociale.
- » Incoraggiare un cambiamento nell'ambiente di vita e nelle attività dell'adolescente, piuttosto che concentrarsi sul suo comportamento considerandolo "problematico". Incoraggiare la partecipazione alla scuola o al lavoro e il coinvolgimento in attività che lo tengano occupato. Incoraggiare la partecipazione ad attività di gruppo sicure e facilitare lo sviluppo delle abilità dell'adolescente e l'integrazione nella comunità di appartenenza. È importante che l'adolescente prenda parte ad attività che lo interessino.
- » Stimolare i genitori e/o i carers a sapere sempre dove si trova l'adolescente, con chi è, cosa sta facendo, quando rientrerà a casa e ad aspettarsi che l'adolescente si assuma la responsabilità delle proprie azioni.

DONNE IN ETÀ FERTILE, IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

Uso di alcol

- » Consigliare alle donne incinte o che programmano una **gravidanza di evitare completamente l'uso di alcol.**
- » Informare le donne che consumano anche piccole quantità di alcol nella prima fase della gravidanza che questo può danneggiare lo sviluppo del feto, e che quantità maggiori di alcol possono portare ad una sindrome caratterizzata da gravi problemi di sviluppo (Sindrome alcolica fetale).
- » Consigliare alle donne che **allattano di astenersi completamente dall'uso di alcol.**
- » Dati i benefici dell'allattamento esclusivo al seno (specialmente nei primi 6 mesi), se la madre continua a bere alcolici, è opportuno consigliare di limitarne l'uso e di ridurre al minimo il contenuto di alcol nel latte materno, ad esempio allattando prima di bere alcolici e non assumerne più fino a che l'alcolemia non torni allo zero (approssimativamente 2 ore dopo ogni bicchiere consumato, o dopo 4 ore se si sono bevuti 2 bicchieri) oppure utilizzando del latte materno precedentemente ottenuto col tiralatte.

ATTENZIONE

A tutte le madri che fanno uso pericoloso di sostanze e hanno figli piccoli dovrebbe essere offerto ogni supporto sociale disponibile, incluse visite postnatali supplementari, formazione parentale e servizio di babysitting durante le visite mediche.

Uso di droghe

- » Indagare riguardo al ciclo mestruale della donna e informarla che l'uso di sostanze può interferire sulla regolarità del ciclo, facendo nascere talvolta la falsa impressione che una gravidanza non sia possibile.
- » Discutere degli effetti nocivi delle droghe illegali sullo sviluppo fetale e assicurarsi che la donna abbia accesso ad una contraccezione efficace.
- » Consigliare alle donne in **gravidanza di interrompere l'uso di droghe illegali** e supportarle in tal senso. Alle donne incinte dipendenti da oppiacei dovrebbe generalmente essere consigliato di prendere un agonista degli oppiacei come il metadone.
- » Monitorare i bambini di madri con disturbi da uso di sostanze per eventuali sintomi di astinenza (conosciuti anche come Sindrome di Astinenza Neonatale). La Sindrome da Astinenza Neonatale dovuta all'uso materno di oppiacei dovrebbe essere trattata con basse dosi di oppiacei (come la morfina) o barbiturici. Per maggiori dettagli consultare le Linee guida per l'identificazione e la gestione dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze in gravidanza. Disponibile al sito: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
- » Consigliare alle donne che **allattano di non usare nessuna droga illegale** e supportarle in tal senso.
- » Consigliare alle donne con disturbi dovuti all'uso di sostanze di allattare al seno esclusivamente per almeno i primi 6 mesi, salvo indicazioni di uno specialista contrarie all'allattamento al seno.

INTERVENTI FARMACOLOGICI

TABELLA 1: Farmaci

CLASSE/INDICAZIONE	FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
BENZODIAZEPINE Per trattare astinenza da alcol, intossicazione da stimolanti e psicosi	Diazepam	10-20 mg in caso di segni osservabili di astinenza da alcol o intossicazione da stimolanti ogni 2 ore fino a che i segni di astinenza da alcol/ intossicazione da stimolanti non sono più osservabili o la persona è leggermente sedata. Dosi minori (fino a 10 mg quattro volte al giorno) per l'astinenza da alcol in setting ambulatoriale.	Sedazione e depressione respiratoria che possono mettere in pericolo di vita. Un uso prolungato può portare dipendenza.	⊗ Non utilizzare in persone sedate. Attenzione a combinarlo con altri sedativi. Le persone non dovrebbero guidare sotto l'effetto di questo farmaco. La durata dell'effetto può risultare prolungata in persone con grave danno epatico. Supervisionare la posologia per minimizzare il rischio di uso improprio (ad es. vendere il farmaco a qualcun altro).
ANTAGONISTI DEGLI OPIACEI Per trattare l'overdose da oppiacei	Naloxone	0.4-2 mg e.v., i.m., sottocutaneo o intranasale. Ripetere la dose al bisogno.	Può provocare disagio o sintomi da astinenza.	
VITAMINE Per prevenire o trattare l'encefalopatia di Wernicke	Tiamina (Vitamina B1)	100 mg per os al giorno per 5 giorni per prevenire l'encefalopatia di Wernicke 100 mg–500 mg e.v o i.m. 2-3 volte al giorno per 3-5 giorni per trattare l'encefalopatia di Wernicke.		
AGONISTI DEGLI OPIACEI Per trattare l'astinenza da oppiacei e la dipendenza	Metadone	Astinenza da oppiacei: dose iniziale di 20 mg, con una dose supplementare di 5-10 mg dopo 4 ore se necessario Trattamento di mantenimento: dose iniziale di 10-20 mg con dose supplementare di 10 mg se necessario, aumentando la dose giornaliera di 5-10 mg ad intervalli di qualche giorno se necessario fino a che la persona non presenta più sintomi di astinenza e non usa oppiacei illegali. Continuare finché la persona non è pronta a smettere il trattamento con agonisti degli oppiacei.	Sedazione, stato confusionale, nausea, vomito, stipsi, possibili cambiamenti ormonali, riduzione della libido, alterazioni dell'ECG come ad esempio prolungamento tratto QT o bradicardia, ipotensione, depressione respiratoria.	Usare con cautela in persone con patologia cardiaca o respiratoria.
	Buprenorfina	Dose iniziale di 4-8 mg, aumentandola di 4-8 mg ogni giorno al bisogno, fino a che la persona non presenta più sintomi da astinenza da oppiacei e non usa oppiacei illegali. Continuare finché la persona non è pronta a smettere il trattamento con agonisti degli oppiacei.	Sedazione, vertigini, atassia, nausea, vomito, stipsi, depressione respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> – Usare con cautela in insufficienza cardiaca congestizia, patologia respiratoria o epatica – Potenziale di abuso – Cessazione improvvisa può causare sintomi da astinenza.
	Morfina solfato	10-20 mg come dose iniziale con 10 mg di dose extra se necessario.	Sedazione e depressione respiratoria che possono mettere in pericolo di vita. Un uso prolungato può portare dipendenza.	⊗ Non utilizzare in persone sedate. Attenzione a combinarlo con altri sedativi. Le persone non dovrebbero guidare sotto l'effetto di questo farmaco. Supervisionare la posologia per minimizzare il rischio di uso improprio. Somministrare oppiacei a lunga durata d'azione, come metadone o buprenorfina una volta al giorno ai pazienti ambulatoriali, quando disponibili.

CLASSE/INDICAZIONE	FARMACO	POSOLOGIA	EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI
AGONISTI ALFA ADRENERGICI Per trattare l'astinenza da oppiacei	Clonidina	Iniziare con 0,1 mg 2-3 volte al giorno. Aumentare il dosaggio, se tollerato, in dosi frazionate per gestire i sintomi di astinenza, fino ad un massimo di 1 mg al giorno.	Sedazione, stordimento, vertigini, cefalea, nausea/vomito, secchezza delle fauci, stipsi, disfunzioni sessuali, depressione, agitazione, ipotensione, tachicardia, bradicardia sinusale e blocco atrioventricolare.	Usare con cautela in patologie cardiache, cerebrovascolari ed epatiche. Usare dosi inferiori in presenza di patologie renali. Attenzione al potenziale di abuso. Monitorare strettamente i segni vitali ⊗ NON sospendere improvvisamente, visto che l'astinenza può causare ipertensione di rimbalzo. Evitare in gravidanza e allattamento. 
	Lofexidina	Iniziare con 0,4-0,6 mg due volte al giorno. Aumentare al bisogno di 0,4-0,8 mg al giorno. Dose massima per somministrazione: 0,8 mg. Dose massima giornaliera: 2,4 mg (in 2-4 dosi frazionate).	Sedazione, stordimento, ipotensione, alterazioni dell'ECG come prolungamento del tratto QT e bradicardia sinusale.	Usare con cautela in patologie cardiache, cerebrovascolari e renali. Evitare in persone con sindrome del QT lungo, disturbi metabolici o che assumono altri farmaci che possono prolungare il tratto QT. Monitorare costantemente i segni vitali. ⊗ NON sospendere improvvisamente, visto che l'astinenza può causare ipertensione di rimbalzo.
FARMACI PER PREVENIRE LE RICADUTE IN SITUAZIONI DI DIPENDENZA DA ALCOL Per sopprimere l'urgenza di bere	Acamprosato	Iniziare con 2 pastiglie da 333 mg per os tre volte al giorno per 12 mesi. Se la persona pesa meno di 60 kg, somministrare 2 pastiglie 2 volte al giorno per 12 mesi.	Diarrea, flatulenza, nausea/vomito, dolore addominale, depressione, ansietà, ideazioni suicide, prurito. Occasionalmente possono presentarsi rash maculo papulare e raramente reazioni bollose della cute.	In caso di patologia renale moderata, somministrare una dose inferiore. 333 mg per os 3 volte al giorno. ⊗ CONTROINDICATO in caso di patologia renale grave e in patologia epatica.
	Naltrexone	Iniziare con 50 mg al giorno per 6-12 mesi. Nel caso di dipendenza da oppiacei, assicurarsi che non ci sia stato uso di oppiacei negli ultimi 7 giorni (per esempio somministrando una dose di naloxone).	Sedazione, vertigini, nausea/vomito, dolore addominale, insonnia, ansietà, ridotta energia, dolore articolare e muscolare. Monitorare la funzionalità epatica dato il rischio di tossicità epatica.	Rischio di OVERDOSE FATALE in persone che usano oppiacei dopo 24 ore dall'ultima dose di naltrexone, a causa della rapida perdita dell'effetto antagonistico. ⊗ NON usare in persone con insufficienza epatica o epatite acuta.
	Disulfiram	Iniziare con 200-400 mg al giorno.	Sonnolenza, vertigini, cefalea, vampate di calore, sudorazione, secchezza delle fauci, nausea/vomito, tremori, cattivo odore corporeo, disfunzioni sessuali. Raramente possono presentarsi reazioni psicotiche, dermatiti allergiche, neuropatie periferiche o danno epatico. Reazioni gravi possono portare a stato confusionale, collasso cardiovascolare e morte.	Gli antidepressivi triciclici (TCA), gli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO), gli antipsicotici, i vasodilatatori e gli antagonisti alfa o beta adrenergici aggravano la reazione disulfiram-alcol. La sensibilizzazione all'alcol continua per 6-14 giorni dopo aver assunto disulfiram, anche a basse dosi. ⊗ NON usare con alcol, dato che la reazione può mettere in pericolo di vita o essere fatale. ⊗ NON usare in gravidanza e allattamento  ⊗ CONTROINDICATO in persone con ipertensione, patologia cardiaca, epatica o renale, anamnesi positiva per eventi cerebrovascolari, psicosi, impulsività o se a rischio di suicidio.

SUB 3 » Follow-up

1

VALUTARE IL MIGLIORAMENTO

Ad ogni visita, valutare:

- » La quantità e la frequenza dell'uso di sostanze, la salute mentale e fisica, i fattori di rischio e quelli protettivi (ad es., relazioni, alloggio, impiego, ecc.)
- » Chiedere riguardo ai fattori che portano all'uso di sostanze e alle conseguenze dell'uso di sostanze.



RACCOMANDAZIONI SULLA FREQUENZA DEI CONTATTI

- » **Usò problematico:** follow-up entro un mese e poi al bisogno.
- » **Dipendenza:** follow-up diverse volte a settimana per le prime 2 settimane, poi settimanalmente per il primo mese. Se migliora, diminuire la frequenza a mensile e poi al bisogno.

USO DI SOSTANZE IN CORSO

- » Sviluppare strategie per ridurre il danno
- » Trattare i problemi di salute
- » Sviluppare strategie per ridurre l'uso
- » Organizzare la disintossicazione o il trattamento di mantenimento se la persona acconsente
- » Condurre colloqui di rivalutazione e sensibilizzazione

CESSAZIONE RECENTE DELL'USO O PASSAGGIO AD UN USO NON PERICOLOSO

- » Prevedere l'esame delle urine per confermare l'astinenza
- » Dare feedback positivi per incoraggiare il mantenimento dell'astinenza / dell'uso non pericoloso
- » Trattare gli altri problemi clinici
- » Prendere in considerazione un trattamento farmacologico per prevenire le ricadute nella dipendenza da alcol e oppiacei
- » Prevedere terapie psicosociali per prevenire le ricadute e gruppi di mutuo aiuto
- » Offrire supporto negli ambiti che potrebbero ridurre il rischio di ricadute, come la casa o il lavoro

CESSAZIONE DA LUNGO TEMPO O USO NON PERICOLOSO

- » Prevedere l'esame delle urine occasionale per confermare la cessazione d'uso
- » Fornire feedback positivi
- » Offrire supporto negli ambiti che potrebbero ridurre il rischio di ricadute (ad es., la casa e il lavoro)
- » Trattare gli altri problemi clinici
- » Incoraggiare la partecipazione a gruppi di mutuo aiuto
- » Diminuire la frequenza delle rivalutazioni

BOX 2. SEGNI DI USO CRONICO DI SOSTANZE E INDAGINI DA CONSIDERARE

SEGNI DI UN USO CRONICO ED ELEVATO DI ALCOL:

- » **Patologia epatica:** ricercare itterizia (colorazione giallastra) di pelle e sclere oculari, bordi del fegato palpabili e morbidi (nelle fasi iniziali di patologia epatica), ascite (addome disteso e pieno di fluidi), spider naevi (vasi sanguigni visibili sulla cute a forma di ragno), stato mentale alterato (encefalopatia epatica).
- » **Danno cerebellare:** ricercare problemi di equilibrio, andatura, coordinazione nei movimenti e nistagmo.
- » **Indagini da considerare:**
 - Enzimi epatici: elevati enzimi epatici e elevata ammoniemia indicano una patologia epatica
 - Emocromo completo: ricercare anemia macrocitica e piastrinopenia.

SEGNI DI USO CRONICO DI DROGHE:

- » Difficoltà a prendersi cura di sé, problemi odontoiatrici, infezioni parassitarie della pelle, come pidocchi o scabbia e malnutrizione.
- » Segni di iniezione: ricercare siti di iniezione su braccia o gambe, con segni visibili sia recenti che vecchi. Chiedere alla persona dove si inietta la droga e ispezionare il sito per accertarsi che non ci siano segni di infezione locale.
- » Comuni complicanze per la salute derivanti dall'uso di droga tramite iniezione: le persone che si iniettano droghe hanno un rischio maggiore di contrarre infezioni come HIV/AIDS, epatiti B e C e tubercolosi. Sono anche ad alto rischio di infezioni cutanee nei siti di iniezione. In alcuni casi, esse possono diffondersi attraverso il flusso ematico e causare setticemia, endocarditi, accessi spinali, meningiti o anche la morte.
- » Indagini da considerare:
 - Analisi tossicologica delle urine: nei casi di emergenza, si dovrebbe effettuare uno screening tossicologico delle urine tutte le volte che si sospetta intossicazione, stato d'astinenza o overdose, specialmente nei casi in cui la persona è incapace di riferire ciò che ha assunto.
 - Se la persona si è iniettata droghe, offrire esami ematici per virus a trasmissione ematica, HIV/AIDS ed epatite B e C, ecc.
 - Se la persona ha avuto rapporti sessuali non protetti, proporre esami per infezioni a trasmissione sessuale, inclusi HIV, sifilide, clamidia, gonorrea, e papilloma virus umano (HPV).
 - Effettuare un test per la tubercolosi, analizzare un campione di espettorato e effettuare un rx del torace se si sospetta la tubercolosi. Ricercare segni e sintomi come tosse cronica produttiva, febbre, brividi e calo ponderale.

AUTOLESIONISMO / SUICIDIO

Il suicidio è l'atto di uccidere deliberatamente sè stessi. L'autolesionismo è un termine più ampio che si riferisce all'auto-avvelenamento o alle lesioni intenzionalmente auto-inflitte, che possono o meno avere un intento o esito fatale.

A qualsiasi persona di età superiore ai 10 anni che presenti qualcuna delle seguenti condizioni vanno poste domande sui pensieri o piani di autolesionismo nell'ultimo mese e sugli atti di autolesionismo nell'ultimo anno:

- » Condizioni MNS prioritarie. Vedi Master Chart (» MC)
- » Dolore cronico
- » Sofferenza emotiva intensa e acuta

Esplorare la presenza di pensieri, piani e atti autolesionistici durante la valutazione iniziale e poi periodicamente, secondo necessità. Prestare attenzione allo stato psichico della persona nonché alla sofferenza emotiva.



CONSIGLI CLINICI:

Fare domande sull'autolesionismo NON provoca atti di autolesionismo. Al contrario, riduce spesso l'ansia associata a pensieri o atti di autolesionismo e aiuta la persona a sentirsi capita. Tuttavia, prima di fare domande sull'autolesionismo, bisogna cercare di stabilire un rapporto con la persona. Chiedere di spiegare le ragioni per le quali fa del male a se stessa.

SUI » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » Valutare se la persona ha tentato un atto di autolesionismo clinicamente rilevante
- » Valutare il rischio imminente di autolesionismo/suicidio
- » Valutare la presenza di eventuali condizioni MNS prioritarie
- » Valutare eventuale presenza di dolore cronico
- » Valutare la gravità dei sintomi emotivi



GESTIONE

- » **Protocolli di gestione**
 1. Atti di autolesionismo clinicamente rilevanti
 2. Rischio imminente di autolesionismo/suicidio
 3. Rischio di autolesionismo/suicidio
- » **Preso in carico di base e interventi psicosociali**



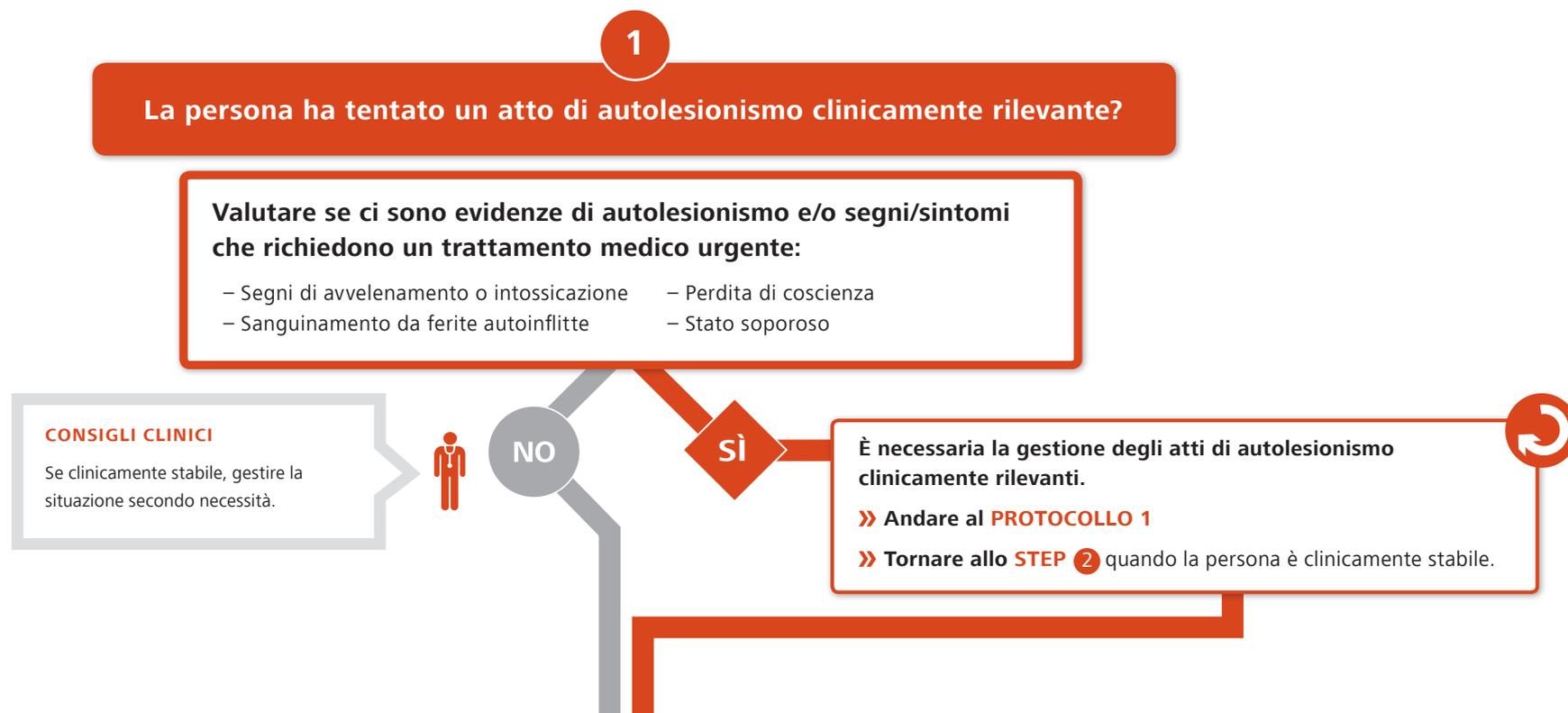
FOLLOW-UP



SUI 1 » Valutazione

Valutare il rischio di autolesionismo/suicidio se la persona presenta:

- *Estrema disperazione o mancanza di speranza, pensieri/progetti/atti autolesionistici o suicidari attuali o passati, atti di autolesionismo con segni di avvelenamento/intossicazione, sanguinamento da ferite autoinflitte, perdita di coscienza e/o stato soporoso, OPPURE*
- *Alcune condizioni MNS prioritarie, dolore cronico o estrema angoscia.*



2

Sussiste un rischio imminente di autolesionismo/suicidio ?

Chiedere alla persona e ai carers se sussiste una **QUALSIASI** delle situazioni seguenti:

- Presenza di pensieri o progetti di autolesionismo/suicidio
- Storia clinica di pensieri o progetti di autolesionismo nel mese appena trascorso o atti di autolesionismo nel corso dell'ultimo anno **in una persona che attualmente è estremamente agitata, violenta, angosciata o che non comunica**

NO

Sì

Probabile **RISCHIO IMMINE**TE DI AUTOLESIONISMO/SUICIDIO

» Andare al **PROTOCOLLO 2**, gestire e poi continuare con lo **STEP 3**

Sono stati presenti pensieri o progetti di autolesionismo nell'ultimo mese o atti autolesionistici nell'ultimo anno ?

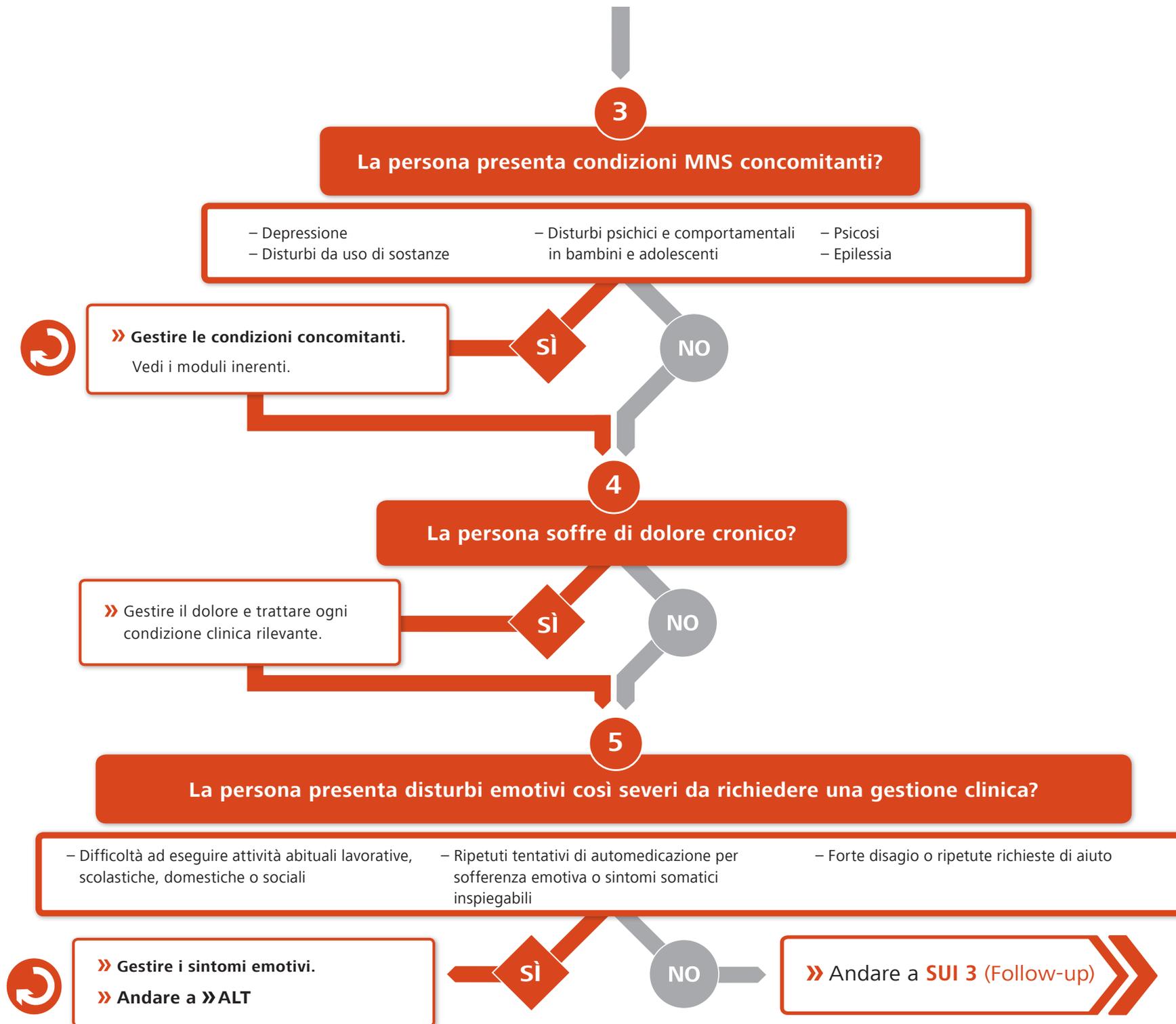
NO

Sì

Il rischio imminente di autolesionismo/suicidio è improbabile ma non da escludere.

Rischio di autolesionismo/suicidio improbabile

» Andare al **PROTOCOLLO 3**, gestire e poi continuare con lo **STEP 3**



SUI 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

Atti di autolesionismo clinicamente rilevanti

- » **In tutti i casi:** Collocare la persona in un ambiente sicuro e di supporto, all'interno di una struttura sanitaria.
- » ❌ NON lasciare la persona da sola.
- » Trattare dal punto di vista medico le lesioni o l'avvelenamento. 🏥 Se si tratta di intossicazione acuta da pesticidi, seguire « Gestione dell'intossicazione da pesticidi. (2.1)
- » Se è necessaria l'ospedalizzazione, continuare a monitorare strettamente la persona per prevenire il suicidio.
- » Assistere la persona con tendenza all'autolesionismo. (2.2)
- » Offrire ed attivare un supporto psicosociale. (2.3) 👤
- » Offrire supporto ai carers. (2.4)
- » Consultare uno specialista in salute mentale, se disponibile. 👤
- » Mantenere dei contatti regolari ed effettuare il **Follow-up.** 🔄

PROTOCOLLO

2

Rischio imminente di autolesionismo/suicidio

- » Rimuovere i mezzi potenziali di autolesionismo.
- » Predisporre un ambiente sicuro e di supporto ; se possibile, offrire una stanza separata e silenziosa durante l'attesa.
- » ❌ NON lasciare la persona da sola.
- » Sorvegliare e far assistere la persona da un membro del personale o da un familiare per garantire la sicurezza costante.
- » Occuparsi della condizione psichica e della sofferenza emotiva.
- » Fornire interventi psicoeducativi alla persona e ai suoi carers. (2.5) 👤
- » Offrire ed attivare il sostegno psicosociale. (2.3) 👤
- » Offrire sostegno ai carers. (2.4)
- » Consultare uno specialista in salute mentale, se disponibile. 👤
- » Mantenere dei contatti regolari ed effettuare il **Follow-up.** 🔄

PROTOCOLLO

3

Rischio di autolesionismo/suicidio

- » Offrire ed attivare il sostegno psicosociale. (2.3) 👤
- » Consultare uno specialista in salute mentale, se disponibile. 👤
- » Mantenere dei contatti regolari ed effettuare il **Follow-up.** 🔄

2.1 Gestione dell'intossicazione da pesticidi

» Se la struttura sanitaria ha un minimo di competenze e risorse, trattare secondo il documento dell'OMS "Gestione clinica dell'intossicazione acuta da pesticidi" (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

In caso contrario, trasferire immediatamente la persona in una struttura che disponga delle seguenti risorse:

- Competenze e conoscenze in rianimazione cardiopolmonare e nella valutazione delle caratteristiche cliniche dell'avvelenamento da pesticidi.
 - Competenze e conoscenze nella gestione delle vie aeree; in particolare nell'intubare e sostenere la respirazione fintanto che è possibile utilizzare un apparecchio per la ventilazione assistita.
 - Atropina e mezzi per la sua somministrazione endovenosa (e.v.), se si sviluppano segni colinergici di avvelenamento.
 - Diazepam e mezzi per la sua somministrazione in e.v. se la persona presenta convulsioni.
- » Prendere in considerazione la somministrazione di carbone attivo se la persona è cosciente, fornisce il consenso informato e si presenta entro un'ora dall'avvelenamento.
- » Non è raccomandata l'emesi forzata.
- » ❌ Non somministrare liquidi per via orale.

2.2 Assistenza alla persona con tendenza all'autolesionismo

» Collocare la persona in un ambiente sicuro e di supporto, all'interno di una struttura sanitaria (❌ non lasciarla da sola). Se la persona è in attesa di trattamento, predisporre un ambiente che riduca al minimo il disagio, se possibile, in una stanza separata e silenziosa con la costante supervisione e il contatto con un membro dello staff designato o un familiare per garantirne la sicurezza.

» Rimuovere i mezzi potenziali di autolesionismo.

» Consultare uno specialista in salute mentale, se disponibile.



» Mobilitare la famiglia, gli amici e altri soggetti vicini alla persona o le altre risorse disponibili nella comunità per monitorare e sostenere la persona durante il periodo di rischio imminente (vedi "Offrire e attivare il supporto psicosociale". (2.3)

» Trattare le persone che si sono procurate lesioni con la stessa cura, rispetto e riservatezza offerti ad ogni altro soggetto ed essere sensibili al probabile disagio emotivo associato all'autolesionismo.

» Coinvolgere i carers, se la persona accetta il loro supporto, durante la valutazione e il trattamento; se possibile, la valutazione psicosociale dovrebbe includere un colloquio individuale tra la persona e l'operatore, per favorire l'emergere di questioni private.

» Fornire supporto emotivo ai familiari/carers se ne hanno bisogno. (2.4)

» Assicurare la continuità delle cure.

» Per la prevenzione dell'autolesionismo non è raccomandato il ricovero in strutture ospedaliere non specializzate in salute mentale. Qualora fosse necessario il ricovero in ospedale per la gestione delle conseguenze dell'atto autolesionistico, monitorare strettamente la persona per prevenire ulteriori atti autolesionistici in ospedale.

» **Nella prescrizione di farmaci:**

- Vedere i moduli mhGAP-IG inerenti gli interventi farmacologici per la gestione delle condizioni concomitanti.
- Usare i farmaci meno pericolosi in caso di sovradosaggio intenzionale.
- Fare prescrizioni breve durata (ad es., una settimana per volta).

INTERVENTI PSICOSOCIALI

2.3 Offrire e attivare il sostegno psicosociale

» Offrire sostegno alla persona

- Esaminare le ragioni e i percorsi che danno importanza alla vita.
- Concentrarsi sui punti di forza della persona portandola a parlare di come ha risolto i problemi in precedenza.
- Prevedere un intervento terapeutico di problem-solving per aiutare le persone che abbiano compiuto atti autolesionistici nel corso dell'ultimo anno, se sono disponibili sufficienti risorse umane. **Andare a Cure e pratiche di base »CPB**

» Attivare il sostegno psicosociale

- Mobilitare la famiglia, gli amici, le persone vicine e le altre risorse disponibili per garantire un monitoraggio attento della persona finché persiste il rischio di autolesionismo/suicidio.
- Consigliare alla persona e ai carers di limitare l'accesso ai mezzi potenzialmente autolesivi (ad esempio pesticidi/ sostanze tossiche, farmaci, armi da fuoco, ecc) quando la persona ha pensieri, progetti o atti di autolesionismo.
- Ottimizzare il sostegno sociale disponibile da parte delle risorse della comunità. Queste includono risorse informali, come parenti, amici, conoscenti, colleghi e leader religiosi o risorse formali della comunità, se disponibili, come centri di gestione della crisi e i centri di salute mentale.

2.4 Sostegno ai carers

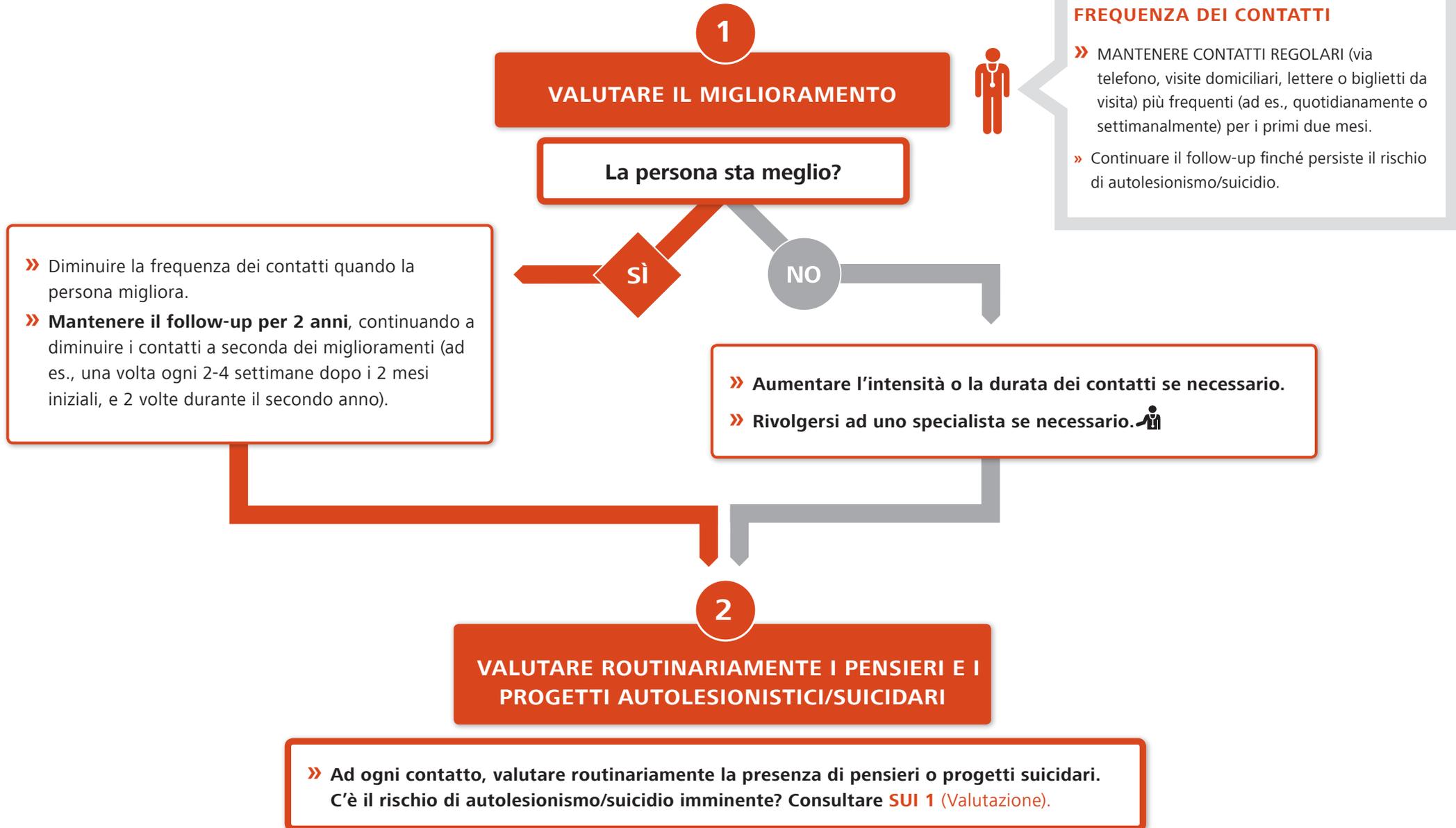
- » Informare i carers e i membri della famiglia che porre domande riguardo al suicidio può spesso aiutare la persona a sentirsi sollevata, meno ansiosa e più compresa.
- » I carers e i membri della famiglia della persona a rischio di autolesionismo spesso si trovano in una situazione di forte stress. Fornire loro supporto emotivo se ne hanno bisogno.
- » Informare i carers che anche se possono sentirsi frustrati, dovrebbero evitare l'ostilità e le critiche pesanti nei confronti della persona vulnerabile a rischio di autolesionismo/suicidio.

2.5 Interventi psicoeducativi

» Messaggi chiave per la persona e i carers

- Se si hanno pensieri di autolesionismo/suicidio, cercare aiuto immediatamente da parte di una persona di fiducia (familiare, amico o operatore sanitario).
- “Va bene” parlare di suicidio. Parlare di suicidio non provoca atti di suicidio.
- I suicidi sono prevenibili.
- Avere sperimentato un atto di autolesionismo o aver tentato il suicidio è un indicatore di grave sofferenza emotiva. La persona non vede alternative o soluzioni alla situazione. Per questo è importante fornire immediatamente alla persona sostegno per i problemi emotivi e gli eventi stressanti.
- Mezzi di potenziale autolesionismo (ad es., pesticidi, armi da fuoco, farmaci) dovrebbero essere rimossi dal domicilio.
- La rete sociale, incluse la famiglia e le persone significative, è importante per fornire il supporto sociale.

SUI 3 » Follow-up



ALTRI DISTURBI SIGNIFICATIVI DELLA SALUTE MENTALE

Questo modulo intende offrire un prontuario sulla presa in carico di svariati disturbi di salute mentale non affrontati in altre sezioni della guida. Tra i disturbi qui considerati, alcuni sono simili alla depressione, ma, ad una analisi più attenta, si distinguono di fatto dalle altre condizioni trattate in questa guida.

Alcuni disturbi di salute mentale sono considerati significativi quando compromettono il funzionamento nelle attività di vita quotidiana o quando la persona richiede aiuto per poterle compiere. Altri disturbi possono essere dovuti allo stress.

- » Questo modulo non dovrà essere preso in considerazione nei casi che già rispondono ai criteri di una delle condizioni prioritarie contemplate nella guida mhGAP (fatta eccezione per l'autolesionismo).
- » Questo modulo dovrà essere utilizzato solo dopo aver escluso con certezza la depressione.
- » Questo modulo dovrà essere utilizzato in caso di gestione di pazienti adulti. In caso di bambini o adolescenti, passare alla sezione » DBA.

ALT » Panoramica rapida



VALUTAZIONE

- » Escludere cause legate ad altre condizioni obiettive che potrebbero spiegare pienamente la presentazione dei sintomi
- » Escludere la depressione o altre condizioni MNS
- » Accertarsi se la persona cerca aiuto per ottenere un sollievo dai sintomi o se ha effettivamente difficoltà nel funzionamento di vita quotidiana
- » Accertarsi se la persona è stata esposta a fattori stressanti estremi
- » Valutare se esiste il rischio imminente di autolesionismo/suicidio



GESTIONE

» Protocolli di Gestione

1. Altri disturbi significativi della salute mentale
2. Altri disturbi significativi della salute mentale in persone esposte a fattori stressanti estremi



FOLLOW-UP



ALT 1 » Valutazione

PRESENTAZIONI PIÙ COMUNI DI ALTRI DISTURBI SIGNIFICATIVI DELLA SALUTE MENTALE

- *La persona si sente estremamente stanca, depressa, irritata, ansiosa o stressata.*
- *Disturbi somatici inspiegabili dal punto di vista medico (nella fattispecie, sintomi somatici che non hanno cause obiettive note che possano spiegare pienamente i sintomi).*

1

È presente una causa organica che possa spiegare completamente i sintomi riportati?

» Gestire qualunque causa obiettiva identificata e fare una doppia verifica per capire se i sintomi persistono.

SÌ

NO

2

Si tratta di depressione o di altra condizione MNS discussa in un altro modulo di questa guida?

» Andare al relativo modulo.

SÌ

NO

3

La persona cerca aiuto per ottenere un sollievo dai sintomi o ha effettivamente difficoltà nel funzionamento di vita quotidiana a causa di tali sintomi?

» Nessun trattamento necessario.

NO

SÌ

Sono probabili ALTRI DISTURBI SIGNIFICATIVI DELLA SALUTE MENTALE

4

La persona è stata esposta a fattori stressanti estremi?
(ad es., violenza fisica o sessuale, incidenti gravi, lutti o altre perdite importanti)

NO

SÌ

» Andare ai **PROTOCOLLI 1 e 2**

» Andare al **PROTOCOLLO 1**

! IN CASO DI RISCHIO IMMINENTE DI SUICIDIO, VALUTARE E GESTIRE la situazione prima di passare ai PROTOCOLLI 1 e 2 (Andare a »SUI).





ALT 2 » Gestione e presa in carico

PROTOCOLLO

1

ALTRI DISTURBI SIGNIFICATIVI DELLA SALUTE MENTALE

- » ❌ **NON prescrivere terapie con ansiolitici o antidepressivi** (se non specificamente indicato da uno specialista).
 - » ❌ **NON somministrare vitamine o altri trattamenti inefficaci.**
 - » **In tutti i casi, ridurre le situazioni di stress e potenziare il supporto sociale, come descritto in Cure e pratiche di base (CPB).**
 - Identificare i fattori psicosociali stressanti in atto.
 - Potenziare il supporto.
 - Insegnare alla persona tecniche di gestione dello stress, ad es., le tecniche di rilassamento (**Box 1** alla fine del modulo).
 - » **Quando non si riesce a identificare alcuna condizione obiettiva che spieghi pienamente la presentazione dei sintomi somatici, riconoscere l'esistenza fattiva dei sintomi e fornire possibili spiegazioni.**
 - Evitare di prescrivere esami di laboratorio o altre indagini, a meno che non vi sia una chiara indicazione medica, ad es., anomalie nei segni vitali.
 - In caso di prescrizione di ulteriori indagini, scoraggiare eventuali aspettative non realistiche, dicendo alla persona che il risultato atteso sarà probabilmente del tutto normale.
- Spiegare alla persona che non è stata riscontrata alcuna malattia grave. Comunicare che i risultati clinici e degli esami di laboratorio sono nella norma.
 - Se la persona insiste nel fare ulteriori indagini, rispondere che ulteriori indagini non necessarie potrebbero causare inutili preoccupazioni ed avere effetti indesiderati.
 - Riconoscere che i sintomi non sono immaginari e che comunque è importante gestirli in quanto causa di malessere significativo per la persona.
 - Chiedere direttamente **alla persona di spiegare** la causa dei sintomi e indagare sugli aspetti che la preoccupano. Ciò aiuta a ottenere indizi interessanti sull'origine del malessere, a costruire una rapporto di reciproca fiducia e a garantire una migliore compliance alla terapia farmacologica.
 - Spiegare che la sofferenza/lo stress emotivo spesso implicano sensazioni fisiche, ad es., mal di stomaco, tensione muscolare, ecc. Chiedere e poi discutere dei possibili collegamenti tra le sensazioni/lo stress e i sintomi.
 - Incoraggiare il mantenimento delle (o il graduale ritorno alle) attività quotidiane.
 - Ricordarsi di applicare la strategia di ridurre lo stress e potenziare il supporto sociale. Andare a » **CPB**.

PROTOCOLLO

2

**ALTRI DISTURBI SIGNIFICATIVI DELLA SALUTE MENTALE IN
PERSONE ESPOSTE A EVENTI STRESSOGENI ESTREMI**

(ad es., violenza fisica o sessuale, incidenti gravi, lutti o altre perdite significative)

- » **In tutti i casi, a prescindere dal fatto che la persona presenti problemi emotivi, fisici o comportamentali dopo l'esposizione a eventi stressogeni estremi, fornire supporto come descritto nel PROTOCOLLO 1. Ascoltare attentamente.**
- » **✘ NON esercitare pressioni sulla persona per costringerla a parlare dell'evento.**
- » **Esaminarne i bisogni sociali.**
 - **Chiedere** alla persona quali sono i suoi bisogni e le sue paure.
 - **Aiutarla** ad analizzare i propri bisogni principali, a valutare l'accesso ai servizi e a stabilire relazioni con la famiglia o altri tipi di relazioni sociali.
 - **Proteggerla** da (ulteriori) pericoli, se necessario.
 - **Incoraggiarla** a ritornare alle normali attività precedentemente svolte, ad es., a scuola o a lavoro, a casa e nella società, se ciò è fattibile e culturalmente appropriato.
- » **In caso di perdita importante, spiegare che:**
 - È normale provare dolore ed essere in lutto per le perdite importanti. Si può essere addolorati per una persona, un luogo o una proprietà oppure per la perdita di denaro o dello stato di benessere. Il lutto/perdita ha effetti sia fisici che mentali.
 - Ogni persona elabora la perdita in modo diverso. Alcuni mostrano emozioni forti, mentre altri no. Piangere non significa mostrare debolezza. Anche le persone che non piangono possono provare un dolore emotivo della stessa intensità, ma lo esprimono in modo diverso.
- Nella maggior parte dei casi, il dolore per una perdita si attenua con il passare del tempo. È lecito pensare che la tristezza, la rabbia o il dolore provati non scompariranno mai, ma in molti casi l'intensità di questi sentimenti si riduce nel tempo. Talvolta ci si potrebbe sentire meglio per un periodo, e poi qualcosa ci riporta a pensare alla perdita e ci si sente nuovamente male come i primi giorni. Non c'è un modo giusto o sbagliato di provare dolore. Alcune volte ci si può sentire molto tristi, altre volte indifferenti, e altre volte ancora si è anche in grado di divertirsi. Queste esperienze solitamente diventano meno intense e meno frequenti col passare del tempo.
- » **In caso di perdita della persona amata, discutere e suggerire strategie e/o pratiche di lutto culturalmente appropriate.**
 - Chiedere se sono state tenute o programmate cerimonie funebri appropriate. In caso di risposta negativa, discutere degli eventuali ostacoli e di come affrontarli.
- » **Se si sospetta un disturbo prolungato dovuto a una perdita, consultare uno specialista per ulteriore valutazione o gestione.** 
- La persona potrebbe presentare un disturbo prolungato dovuto al dolore della perdita quando i sintomi includono una considerevole difficoltà nelle funzioni di vita quotidiana per **almeno 6 mesi**, con pensieri fissi o profonda nostalgia per la persona amata deceduta, accompagnate da intenso dolore emotivo.

» **In caso di reazione ad una recente esposizione a un evento potenzialmente traumatico, spiegare che:**

- Le persone spesso hanno delle reazioni dopo tali eventi. Le reazioni possono variare ampiamente da persona a persona e cambiare nel tempo.
- Le reazioni vanno da sintomi somatici come palpitazioni, dolori e malesseri, gastriti e cefalee, a sintomi emotivi e comportamentali, quali disturbi del sonno, tristezza, ansia, irritabilità e aggressività.
- Questi sentimenti potrebbero essere esacerbati o riapparire quando accadono episodi che ricordano l'evento stressante o in presenza di nuovi eventi stressanti.
- Nella maggior parte dei casi, i sintomi si riducono nel tempo, in particolare se la persona riesce a riposare, ad avere un adeguato supporto sociale e si impegna in azioni che favoriscono la riduzione dello stress. Andare a » **CPB**.
Passare al **Box 1**.

» **Se si sospetta un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), consultare uno specialista per ulteriore valutazione e gestione.** 

- Dopo un evento potenzialmente traumatico, è possibile che la persona abbia un PTSD che comporta considerevoli difficoltà nel funzionamento quotidiano per **almeno 1 mese**, presentando sintomi quali incubi ricorrenti, flashback o ricordi intrusivi degli eventi, accompagnati da paura o terrore intenso; possono anche presentarsi sintomi di evitamento deliberato di tutto ciò che porta a ricordare l'evento; preoccupazione eccessiva e stato di allerta verso il pericolo o reazione intensa ai rumori forti o a movimenti inaspettati.

ALT 3 » Follow-up

VALUTARE EVENTUALI MIGLIORAMENTI

La persona sta migliorando?

SÌ

NO

- » Continuare il piano terapeutico
- » Follow-up secondo necessità 

RACCOMANDAZIONI SULLA FREQUENZA DEI CONTATTI

- » Chiedere alla persona di ritornare nel giro di 2-4 settimane se i sintomi non migliorano, ovvero in qualunque altro momento se i sintomi peggiorano.



Se la persona non migliora oppure se la persona o il carer **insistono sulla necessità di ulteriori indagini diagnostiche o trattamenti:**

- » Rivedere i Protocolli 1 e 2
- » Prendere in considerazione la visita presso uno specialista. 

BOX 1: ISTRUZIONI PER IL TRAINING DI RILASSAMENTO

» **Rendere manifesto come si intende procedere.**

“Adesso ti insegnerò a respirare correttamente per aiutarti a rilassare il corpo e la mente. Bisogna prima fare un po’ di pratica per poter ottenere benefici da questa tecnica di respirazione. Il motivo per cui questa strategia si basa sulla respirazione sta nel fatto che quando ci sentiamo stressati, il nostro respiro diventa più veloce e corto, facendoci sentire più tesi. Per iniziare a rilassarsi, bisogna modificare la respirazione. Prima di cominciare, però, iniziamo a rilassare il corpo”.

» **Iniziare lentamente gli esercizi di rilassamento e fare una dimostrazione sulla respirazione.**

“Con delicatezza, scuoti e rilassa braccia e gambe. Lascia che diventino molli e sciolte. Ruota le spalle indietro e delicatamente muovi la testa da un lato e poi dall’altro. Ora metti una mano sulla pancia e l’altra mano sulla parte superiore del torace (petto). Ora immagina di avere un palloncino nello stomaco che, quando inspiri, si gonfia e il tuo stomaco si espande. Quando espiri, l’aria nel palloncino fuoriesce e il tuo stomaco si appiattisce. Prima guarda me. Comincerò ad espirare per far uscire tutta l’aria dallo stomaco”.
Fate una dimostrazione della respirazione dallo stomaco – esagerare il movimento di fuoriuscita dell’aria e di appiattimento della pancia.

» **Concentrarsi sulle tecniche di respirazione.**

“Cerca di respirare con lo stomaco insieme a me. Ricorda: si inizia a espirare fino a quando non esce fuori tutta l’aria dalla pancia, poi si comincia a inspirare. Se ci riesci, inspira attraverso il naso ed espira dalla bocca. Il secondo passo è quello di rallentare a poco a poco la frequenza di respirazione. Impiega tre secondi per inspirare, trattieni il fiato per due secondi e poi espira per tre secondi. Io conterò insieme a te. Puoi chiudere gli occhi o tenerli aperti. Inspira lentamente: 1, 2, 3. Trattieni il fiato: 1, 2. Ora espira: 1, 2, 3”. Ripetere gli esercizi per circa un minuto, riposarsi per un altro minuto, quindi ripetere il ciclo altre due volte.

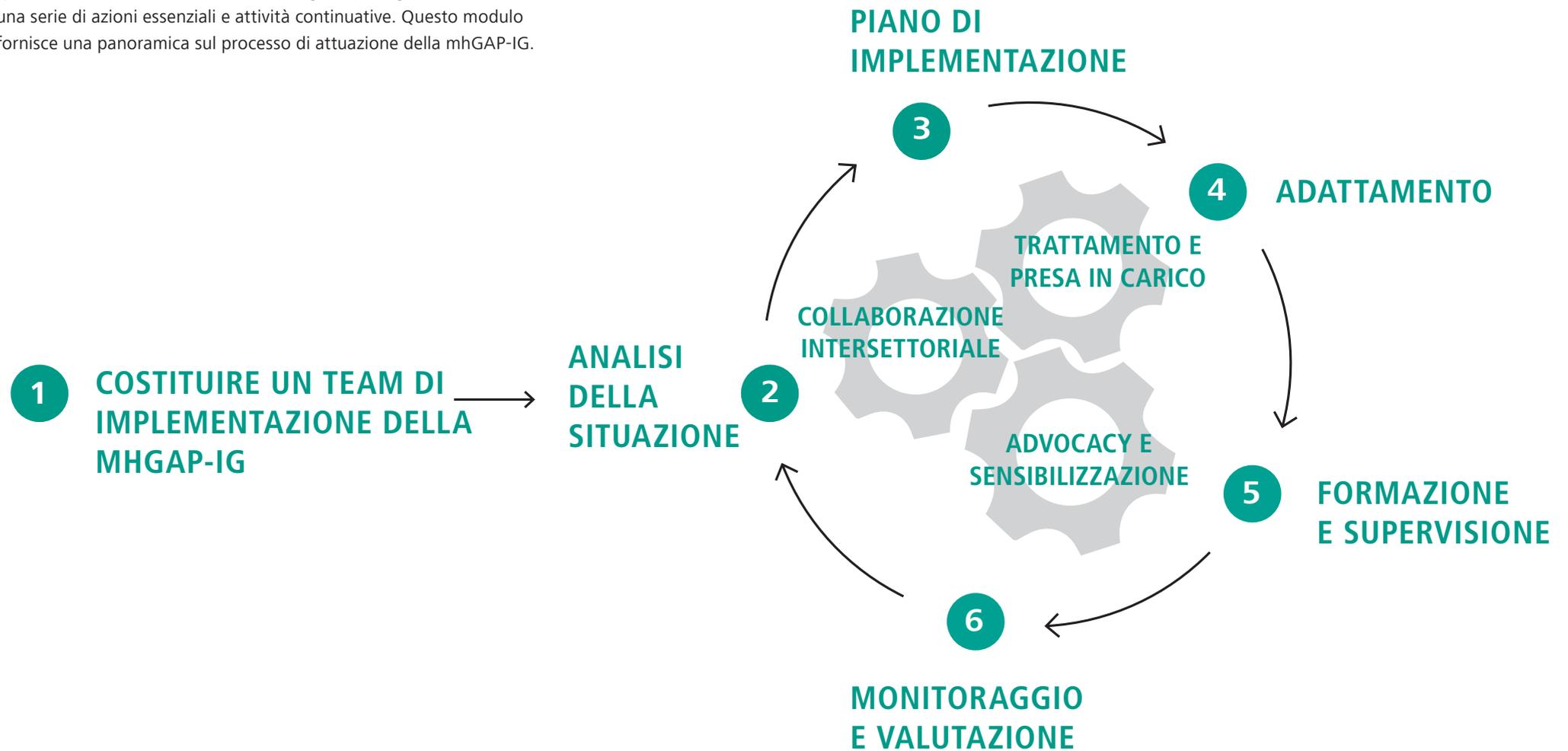
» **Incoraggiare l’esercizio in modo autonomo.**

“Prova a farlo da solo/a per un minuto. È una cosa su cui ti puoi esercitare autonomamente.”

IMPLEMENTAZIONE DELLA MHGAP-IG

mhGAP-IG: Processo di implementazione

Si raccomanda a chi pianifica il programma di intraprendere una serie di azioni per implementare questa guida in contesti sanitari non specializzati. Esse sono riassunte nel diagramma seguente, che include una serie di azioni essenziali e attività continuative. Questo modulo fornisce una panoramica sul processo di attuazione della mhGAP-IG.



1 Costituire un team di implementazione della mhGAP-IG

- » Potrebbe essere necessario istituire uno o più team, a seconda dell'area/regione geografica da coprire.
- » Definire chiaramente lo scopo e i termini di riferimento dei team di implementazione e sviluppare un piano di lavoro per ciascuno dei membri del team. Una delle funzioni chiave dei team è la supervisione del processo di implementazione.
- » Partire da qualsiasi gruppo già esistente, piuttosto che crearne uno nuovo, ad esempio un comitato per la salute già attivo o un gruppo consultivo della comunità. Talora esistono già più gruppi; in questi casi unire i gruppi o crearne uno nuovo con la partecipazione di membri da parte di tutti i gruppi può essere una soluzione.
- » Il team di implementazione dovrebbe includere almeno un membro di ognuna delle seguenti categorie: società civile e fruitori dei servizi, amministratori politici, sostenitori finanziari o donatori attuali o potenziali, gestori dei programmi, fornitori di servizi e addetti alla comunicazione.
- » Formare gruppi d'azione più piccoli o task force per concentrarsi su attività specifiche, ad esempio un gruppo di azione per implementare le attività formative e un altro per implementare le attività di advocacy e sensibilizzazione. Identificare sempre chiaramente le funzioni di una task force e il ruolo di ciascuno dei suoi membri.

2 Analisi della situazione

L'obiettivo principale dell'analisi è quello di reperire le informazioni per il processo di pianificazione, adattamento e implementazione circa le risorse e i bisogni relativi alle condizioni MSN. Questo processo richiede uno studio delle fonti documentali, ad esempio il profilo del Paese nel Mental Health Atlas dell'OMS e il report dello strumento di valutazione dei sistemi di salute mentale dell'OMS (AIMS) o altre valutazioni già esistenti e la costruzione di interviste e di gruppi di discussione con più stakeholders per rispondere alle seguenti domande:

- » Quali valutazioni dei bisogni e delle risorse sono prioritarie? Cosa si sa già?
- » Quali sono le politiche nazionali riguardanti la salute mentale, la disponibilità di personale nel Paese/regione e le organizzazioni che forniscono servizi di salute mentale?
- » Quali sono le credenze e gli atteggiamenti rispetto alla ricerca di cure riguardo la salute mentale nel Paese/regione?
- » Quali potenziali ostacoli esistono in relazione all'implementazione della mhGAP-IG, per esempio, stigma e discriminazione nei confronti delle persone con disturbi MNS, priorità di salute nazionale che prevaricano i disturbi MNS, ecc.?

3 Piano di implementazione della mhGAP-IG

Sulla base dell'analisi della situazione, sviluppare un piano per l'implementazione della mhGAP-IG per rispondere alle seguenti domande:

Dove

- » Dove verrà implementata la mhGAP-IG (ad es. centri, distretti, città)?

Quando

- » Quando verrà implementata ciascuna attività della mhGAP-IG (ad es., calendarizzazione delle attività per l'adattamento, i corsi per i formatori, le attività formative, di supervisione e advocacy)?

Cosa

- » Quali sono le risorse necessarie e disponibili per l'implementazione della mhGAP-IG, incluse risorse umane e finanziarie e infrastrutture (ad es., strutture, approvvigionamento di farmaci)?

Chi

- » Chi sarà formato e quali conoscenze e competenze possiede già (ad es., le competenze e conoscenze che infermieri e medici di cure primarie già possiedono), e chi sarà responsabile di ciascuna attività (ad esempio, chi formerà e chi supervisionerà)?

Come

- » Come si possono migliorare la comunicazione e i percorsi di riferimento nei diversi livelli del sistema, introducendo nel contempo un nuovo servizio?
- » Come si possono raccogliere dati sulle attività di implementazione della mhGAP-IG ed integrarli negli indicatori del sistema informativo sanitario?

4 Adattamento

L'adattamento della mhGAP-IG è il processo attraverso cui vengono decisi e introdotti i cambiamenti necessari proposti nella mhGAP-IG, i materiali per la formazione, gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione (M&V) e gli altri strumenti necessari per adattarsi al particolare contesto di un Paese o regione.

Obiettivo dell'adattamento della mhGAP-IG:

Permettere l'implementazione della guida, incluse le sue componenti di valutazione e gestione, nell'ambito del sistema sanitario locale.

- » Assicurarsi che la guida sia accettabile nel contesto socio-culturale locale.
- » Utilizzare termini locali per migliorare la comunicazione con utenti e carers.
- » Chiarire i percorsi di riferimento.
- » Realizzare materiali coerenti con le linee guida e le politiche nazionali, a seconda dei casi.
- » Fornire una base per lo sviluppo di programmi e strumenti di formazione appropriati.
- » Assicurare che gli indicatori M&V siano in linea con il sistema informativo sanitario nazionale.

Metodo di adattamento della mhGAP-IG:

- » Organizzare un laboratorio con un gruppo di differenti stakeholders per contestualizzare e adattare la mhGAP-IG, i materiali per la formazione, l'M&V ed altri strumenti.
- » Includere esperti in discipline rilevanti (ad es., psichiatria, dipendenze, neurologia, pediatria, scienze sociali e psicologia), persone rappresentanti differenti livelli di cure primarie (ad es. professionisti della salute pubblica, fornitori di assistenza sanitaria, specialisti di medicina di famiglia, infermieri, farmacisti, professionisti del sistema di informazione sanitaria), fruitori dei servizi e politici.
- » Utilizzare le analisi della situazione condotte per l'area geografica in cui verrà implementata la mhGAP-IG.
- » Assicurarsi che il processo di adattamento sia in linea con i documenti nazionali (ad es., le politiche sanitarie nazionali, la legislazione e la pianificazione sanitaria, i protocolli clinici e le linee guida usate nella medicina generale/cure primarie e il prontuario nazionale dei farmaci).

5 Formazione e supervisione della mhGAP-IG

Un aspetto importante dell'implementazione della mhGAP-IG è la formazione del personale che fornisce assistenza sanitaria in un contesto non specialistico, gestendo il personale di prima linea e tutti quei meccanismi che servono a garantire supporto e supervisione continui. Nonostante la guida agli interventi sia pensata per essere utilizzata primariamente da non specialisti, l'efficacia della sua implementazione richiede uno sforzo coordinato da parte di specialisti ed esperti di salute pubblica.

L'intento formativo della mhGAP-IG è quello di insegnare a operatori sanitari non specialisti le competenze e le conoscenze necessarie a valutare e gestire le persone con condizioni MNS prioritarie. La durata della formazione dipende dagli adattamenti locali apportati, così come dalle conoscenze e competenze che gli operatori non specialisti già possiedono. Di norma, questo processo formativo richiede diverse giornate e può essere condotto sia con lezioni frontali che tramite e-learning, a seconda della fattibilità.

La struttura della formazione può seguire un piano a cascata con due livelli: un facilitatore "capo" che forma i "formatori", che a loro volta formeranno gli operatori sanitari non specialisti di prima linea.

La formazione dei formatori della mhGAP-IG: Supporto e supervisione della mhGAP-IG:

L'obiettivo è di assicurare che i formatori siano competenti e sicuri nella loro abilità di formare operatori sanitari non specialisti e di agire come risorse informate per questi operatori.

I formatori/supervisor della mhGAP-IG dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- » Essere specializzati nelle condizioni MNS (psichiatra, infermiere specializzato in psichiatria, neurologo,), essere medici o infermieri formati e con esperienza nel gestire i disturbi MNS tramite la mhGAP-IG, e/o essere già supervisor del sistema sanitario generale.
- » Avere competenze cliniche ed esperienza in salute mentale e/o nella presa in carico di disturbi MNS.
- » Avere competenze ed esperienza con gli aspetti amministrativi della gestione di disturbi MNS, inclusa la tenuta della documentazione sanitaria, la gestione dei follow-up e le consulenze.
- » Essere efficaci facilitatori e risolutori di problemi.
- » Essere disponibili al supporto e alla supervisione, e prevedere incontri regolari di supervisione.

Calendario della formazione:

I formatori dovranno condurre i successivi corsi di formazione sulla mhGAP-IG e fornire supporto e supervisione agli operatori sanitari. Oltre alla formazione nella valutazione e gestione di persone con disturbi MNS, come descritto nella mhGAP-IG, impareranno metodi di formazione, pianificazione dei curricula, metodi di supervisione e garanzia della qualità degli interventi.

I partecipanti ai corsi di formazione sulla mhGAP-IG (che chiameremo "tirocinanti" mhGAP-IG) sono di norma operatori sanitari non specializzati che lavorano in cliniche/ospedali per l'assistenza primaria o secondaria. Necessitano di supporto continuo per trasferire quello che hanno imparato durante formazione alla pratica clinica. La supervisione è vista come parte del continuum formativo richiesto per creare operatori sanitari competenti nell'applicazione della mhGAP-IG. Il supporto e la supervisione non solo hanno lo scopo di aiutare i tirocinanti mhGAP-IG a fornire una migliore assistenza in salute mentale (supervisione clinica), ma anche di rafforzare il contesto lavorativo correlato in relazione all'implementazione della mhGAP-IG (supervisione amministrativa e programmatica).

Obiettivi specifici di supporto e supervisione:

- » Fornire assistenza nel processo di trasferimento di competenze e conoscenze dal momento formativo alla pratica clinica.
- » Assicurarsi che gli interventi di salute mentale forniti siano in linea con la mhGAP-IG e individuare aree per un futuro sviluppo di competenze.
- » Identificare e fornire assistenza riguardo le problematiche riscontrate dai tirocinanti formati all'uso dell'mhGAP-IG al fine di gestire le situazioni cliniche complesse.
- » Contribuire a motivare gli operatori sanitari non specializzati nel fornire assistenza sanitaria di qualità a persone con disturbi MNS.
- » Assicurarsi che la necessaria documentazione e le procedure amministrative inerenti i disturbi MNS, come consulenze e follow-up, siano istituiti e/o integrati nel sistema esistente della struttura sanitaria locale.

- » Assicurarsi che la fornitura di farmaci, attrezzature mediche e altri sistemi di supporto per l'implementazione della mhGAP-IG siano operativi.
- » Agire e incoraggiare atteggiamenti rispettosi e non giudicanti e trattamenti eticamente corretti che promuovano e proteggano i diritti umani degli individui con condizioni MNS.
- » Fornire supporto agli operatori sanitari in situazioni stressanti.

6 Monitoraggio e Valutazione (M&V)

Il monitoraggio e la valutazione (M&V) possono fornire informazioni per valutare se il programma stia “facendo la differenza” e per chi; può identificare le aree del programma che funzionano e quelle che invece devono essere perfezionate. Le informazioni ottenute dal M&V possono dimostrare agli attuatori e finanziatori del programma che i loro investimenti stanno dando buoni frutti. Il processo di M&V fornisce preziose informazioni per imparare dalle esperienze passate, migliorare la fornitura di servizi, pianificare, allocare risorse e evidenziare risultati anche per dimostrare affidabilità agli stakeholders chiave. La frase “ciò che si può misurare, si può fare” riassume l'importanza del monitoraggio e della valutazione nella pianificazione e implementazione del programma.

M&V prevede pianificazione, coordinamento, raccolta, analisi e utilizzo dei dati a livello nazionale, regionale e locale, comprese strutture sanitarie, formatori, tirocinanti e supervisori della mhGAP-IG; pertanto, sarebbe utile che il team di implementazione della mhGAP-IG nominasse un coordinatore M&V o un sottocomitato per pianificare e portare avanti questo aspetto.

Alcuni esempi di indicatori che possono essere usati per monitorare l'implementazione della mhGAP-IG sono: indicatori a livello di struttura, ad es., numero di operatori sanitari non specializzati formati sulla mhGAP-IG, numero di visite di supporto e supervisione ad ogni struttura sanitaria che utilizza la mhGAP-IG; e indicatori a livello di sistema, ad es., numero di strutture sanitarie che usano la mhGAP-IG per valutare e gestire persone con disturbi MNS, numero di strutture sanitarie con una fornitura continuativa di farmaci essenziali per i disturbi MNS.

Assicurarsi che gli indicatori siano integrati nel sistema informativo sanitario. Raccogliere i dati usando gli indicatori aiuterà nel monitoraggio della applicazione della mhGAP-IG. I dati, inoltre, costituiranno altresì un contributo biennale al Mental Health Atlas dell'OMS sugli aspetti di salute mentale, al fine di monitorare i progressi sull'implementazione del Mental Health Action Plan 2013-2020.

Valutare il processo di implementazione della mhGAP-IG, identificare i successi così come i bisogni di miglioramento e aggiornare l'analisi della situazione.

Oltre alle sei azioni sopra descritte, ci sono tre attività continuative che costituiscono una parte essenziale dell'implementazione della mhGAP-IG. Queste verranno descritte nelle sezioni seguenti.

A. EROGAZIONE DEI TRATTAMENTI E DELL'ASSISTENZA

La mhGAP-IG raccomanda che parte degli interventi farmacologici e psicologici sia erogata da contesti sanitari non specializzati. Raccomanda, per esempio, la Terapia del Problem Solving (PST) e la Terapia Interpersonale (IPT) per la depressione dell'adulto. L'OMS ha sviluppato interventi psicologici in forme semplificate. Sono interventi modulabili la cui applicazione richiede un uso di risorse umane specializzate meno intensivo. Gli interventi sono stati opportunamente modificati per poter impiegare meno risorse rispetto agli interventi psicologici convenzionali e far sì che le persone con e senza una formazione precedente in assistenza in salute mentale possano efficacemente proporre una versione a “bassa intensità” di PST e IPT, fatte salve la loro formazione e supervisione. Esempi di manuali dell'OMS su interventi psicologici modulabili che fanno parte del pacchetto mhGAP-IG includono: WHO Problem Management Therapy PM+ manual, WHO Interpersonal Therapy manual, WHO Thinking Healthy manual for maternal depression e WHO Parental Skills training manual.

Alcuni farmaci essenziali possono essere usati per trattare i sintomi dei disturbi MNS, per accorciare il decorso di alcuni disturbi, per ridurre la conseguente disabilità e prevenirne le ricadute. Tali farmaci essenziali sono inseriti nella Model Lists of Essential Medicines dell'OMS. L'accesso ai farmaci essenziali è una componente del “diritto alla salute (al miglior livello di salute possibile)”.

Ci sono quattro gruppi di farmaci utilizzati per trattare le condizioni MNS prioritarie menzionati in questa guida:

- » gli antipsicotici per i disturbi psicotici;
- » i farmaci usati per i disturbi dell'umore (sia per la depressione che per il disturbo bipolare);
- » gli anticonvulsivanti/antiepilettici;
- » i farmaci usati per la gestione dell'astinenza da sostanze, dell'intossicazione o della dipendenza.

L'esperienza di molti Paesi dimostra che è sempre possibile migliorare l'approvvigionamento e l'utilizzo dei farmaci. L'accesso ai farmaci essenziali per la popolazione generale è determinato da: (i) una selezione razionale dei farmaci da utilizzare; (ii) un prezzo ragionevole degli stessi; (iii) la pianificazione di finanziamenti sostenibili; e (iv) dall'esistenza di un sistema sanitario e di sistemi di approvvigionamento affidabili.

B. ADVOCACY E SENSIBILIZZAZIONE:

Nell'ambito della salute mentale, i movimenti di advocacy utilizzano le informazioni in modo deliberato e strategico per esercitare pressioni verso il cambiamento. Esempi di advocacy sono la promozione dei bisogni e dei diritti delle persone con disturbo mentale, così come di quelli della popolazione generale. L'advocacy è diversa dall'educazione. L'educazione informa e aiuta, favorendo la conoscenza di un argomento. L'advocacy, invece, ha l'obiettivo di persuadere. Questo avviene attraverso la richiesta di azioni specifiche. Un principio cardine afferma che l'advocacy è efficace solo quando ai destinatari è chiesto di fare qualcosa. Mobilitare le persone significa domandare loro di diventare parte della soluzione a un problema.

Esempi di azioni di advocacy

Azioni di advocacy per la popolazione generale:

- » Includere e mobilitare le persone con disturbi MNS e i loro carers in azioni di advocacy. Assicurarsi che la comunità abbia un contatto sociale diretto e positivo con le persone con condizioni MNS.
- » Utilizzare i media per aumentare la consapevolezza sui problemi di salute mentale, per esempio attraverso dichiarazioni pubbliche, articoli su riviste e cartelloni nelle strutture sanitarie e, allo stesso tempo, enfatizzare la necessità di una comunicazione pubblica responsabile, specialmente per quanto concerne il suicidio.
- » Sensibilizzare sui temi riguardanti la salute mentale nei luoghi pubblici (ad esempio, scuole, strutture sanitarie).
- » Organizzare manifestazioni pubbliche e conferenze sui temi della salute mentale.

Azioni di advocacy con operatori sanitari e di salute mentale:

- » Promuovere la comprensione dell'importanza della presa in carico a livello di comunità di appartenenza, della partecipazione alla comunità e dei diritti umani delle persone affette da condizioni MNS.
- » Fornire formazione e supporto adeguati agli operatori sanitari e di salute mentale.

C. LAVORO DI RETE E COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE:

L'implementazione della mhGAP-IG richiede la collaborazione tra vari settori e gli stakeholders, quali:

- » **Servizi e operatori sanitari specialisti e non specialisti:** ad esempio psicologi, assistenti sanitari, assistenti sociali, servizi ospedalieri e ambulatoriali, assistenti domiciliari.
- » **Fruitori dei servizi:** ad esempio, gruppi o individui che soffrono della stessa patologia, familiari che soffrono della stessa patologia o che si prendono cura di una persona che presenta la stessa condizione (sempre dopo aver chiesto il consenso a tutte le persone coinvolte).
- » **Famiglia e amici:** identificare le attività sociali svolte dalla persona in precedenza che, se riprese, avrebbero il potenziale di fornire supporto sociale e psicologico diretto o indiretto (ad es., riunioni familiari, uscire con gli amici, andare a trovare i vicini, attività sociali nel luogo di lavoro, sport, attività comunitarie) e incoraggiare la persona a riprenderle.
- » **Supporto informale comunitario:** ad esempio, gruppi spirituali, gruppi ricreativi, gruppi di donne, gruppi di supporto per giovani, gruppi culturali, gruppi di mutuo aiuto, supporto telefonico...
- » **Educazione e impiego lavorativo:** ad esempio, scuole, educazione, programmi di formazione per generare reddito o formazione professionale. Nello specifico, programmi per la prevenzione del suicidio nell'ambito scolastico che includano la sensibilizzazione sulla salute mentale e la formazione alle competenze per ridurre i tentativi e le morti per suicidio tra gli studenti adolescenti.
- » **Organizzazioni non governative:** ad esempio, consulenza legale, servizi di protezione per minori, programmi contro la violenza di genere o programmi di supporto psicosociale.

- » **Servizi governativi e supporti socio sanitari:** ad esempio, sistema giudiziario pubblico, servizi sociali per minori, pensioni, disabilità, agevolazioni sui trasporti.

Per facilitare una comunicazione efficace tra questi gruppi è importante:

- » Assicurarsi che i membri del team di implementazione della mhGAP-IG abbiano **ruoli e funzioni ben definiti**.
- » **Preparare una lista di risorse e incentivi** per aiutare gli operatori sanitari non specializzati dello staff a creare legami significativi a favore delle persone con condizioni MNS prioritarie, i loro carers e altri membri della famiglia, **raccogliendo informazioni dall'analisi situazionale e aggiornando regolarmente questa lista in base alle nuove informazioni**.

GLOSSARIO

TERMINI

DEFINIZIONE

Acatisia	Sensazione soggettiva di irrequietezza, spesso accompagnata da uno stato di eccessiva attività motoria (ad es., clonie delle gambe, continuo dondolio da un piede all'altro, incessante camminare su e giù, incapacità a rimanere fermi).
Acinesia	Assenza o difficoltà di movimenti volontari. Difficoltà a iniziare un'attività motoria o a passare da un pattern motorio a un altro. Sintomo spesso associato alla malattia di Parkinson.
Agitazione	Stato di irrequietezza con manifestazione di attività motoria eccessiva accompagnato da ansia.
Agranulocitosi	Patologia ematica caratterizzata dall'assenza di granulociti (un tipo di globuli bianchi). È una condizione patologica acuta, che comporta una severa e pericolosa leucopenia. Può essere legata all'uso di alcuni farmaci.
Ascesso spinale	Patologia del midollo spinale causata da un'infezione batterica, virale o fungina, caratterizzata da un accumulo locale di materiale purulento a livello del midollo. La persona può presentare febbre, dolore alla schiena e deficit neurologici. La trasmissione dell'agente infettivo avviene per via ematica.
Allucinazione	Errata percezione della realtà: il soggetto può vedere, udire, sentire (sperimentare sensazioni tattili) o percepire odori e gusti che non sono reali.
Allungamento dell'intervallo QT	È un possibile effetto secondario all'uso di alcuni farmaci, consiste in un'alterazione della ripolarizzazione ventricolare rilevabile all'elettrocardiogramma come un prolungamento dell'intervallo QT. Può causare aritmie ventricolari sintomatiche e un aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa.
Alterazione dello stato mentale	Alterazione del livello di coscienza o dello stato mentale, al limite della perdita di conoscenza, sovente indotto dal consumo di sostanze psicotrope o da disturbi di natura psichiatrica o neurologica. Presentazioni comuni sono stato confusionale e disorientamento. Consultare anche le voci delirium e stato confusionale.
Alzheimer	Patologia degenerativa del sistema nervoso centrale a eziologia sconosciuta, nella maggior parte dei casi con particolari caratteristiche neuropatologiche e neurochimiche. La patologia ha spesso esordio insidioso e lento ma inarrestabile evoluzione nel corso di alcuni anni.

TERMINI

DEFINIZIONE

Anemia aplastica	Patologia caratterizzata dall'incapacità delle cellule ematiche staminali di produrre nuove cellule ematiche. Tale patologia è caratterizzata anche dal riscontro di bassi livelli di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine nel sangue. I sintomi caratteristici sono il pallore, l'affaticabilità, le vertigini, il rischio aumentato di infezioni e ematomi e la tendenza al sanguinamento prolungato.
Anticolinergici (effetti collaterali)	Farmaci che bloccano l'effetto dell'acetilcolina sui recettori muscarinici. Gli effetti collaterali degli anticolinergici sono la secchezza delle fauci, la ritenzione urinaria, le palpitazioni e la tachicardia sinusale.
Attacco ischemico transitorio (TIA)	Episodio transitorio di disfunzione neurologica focale, causato da un'ischemia focale del cervello o della retina, senza fenomeni infartuali rilevabili nella zona cerebrale o retinica interessate. La sintomatologia correlata si risolve normalmente entro 24 ore.
Atassia	Deficit della coordinazione muscolare. La persona presenta difficoltà nella coordinazione causate dalla compromissione del sistema nervoso che regola i movimenti e l'equilibrio. L'atassia può coinvolgere le dita, le mani, gli arti superiori e inferiori o l'intero corpo e compromettere il linguaggio o i movimenti oculari.
Attivazione comportamentale	Trattamento psicologico che si focalizza nel miglioramento del tono dell'umore conseguente alla ripresa di attività finalizzate e abitualmente considerate piacevoli, nonostante l'attuale umore deflesso. Può essere utilizzata da sola, o integrare la terapia cognitivo comportamentale.
Attività della vita quotidiana	In inglese Activities of Daily Living (ADLs), nozione che descrive il funzionamento nella quotidianità della persona: comprende le attività di base necessarie al vivere autonomo/indipendente, ovvero la capacità di alimentarsi, curare l'igiene personale, utilizzare i servizi igienici, etc. Esistono diversi strumenti di valutazione per determinare la capacità dell'individuo di svolgere tali attività con o senza assistenza.
Autismo (disturbo dello spettro dell'autismo)	All'interno dei disturbi dello spettro dell'autismo si collocano disturbi diversi, quali l'autismo, il disturbo disintegrativo dell'infanzia e la sindrome di Asperger.
Autolesionismo	L'infliggersi intenzionalmente ferite o la volontaria assunzione di sostanze tossiche, che possono essere sottesi o meno da un'ideazione suicidaria.

TERMINI**DEFINIZIONE**

Autonomia	La capacità percepita di controllare, gestire e prendere decisioni personali inerenti la propria vita quotidiana, conformi ai propri ruoli e alle proprie preferenze.
Comorbilità	Per comorbilità si intende l'esistenza contemporanea di più patologie o disturbi.
Comportamenti disorganizzati	Comportamenti che si manifestano con postura, andatura o altre attività che risultano imprevedibili e privi di senso/obiettivo (per es., urlare agli estranei incontrati per strada).
Comportamenti oppositivi	Comportamenti marcatamente sprezzanti, provocatori, astiosi, ribelli che si manifestano all'interno di uno stato umorale caratterizzato da irritabilità o rabbia persistente, spesso accompagnati da crisi di collera e dalla tendenza ad atteggiamenti ostinati e di contestazione.
Confidenzialità, riservatezza	Rispetto della privacy nell'ambito della comunicazione privilegiata (ad es., tra paziente e medico) e nella gestione dei dati clinici.
Consenso informato	Il processo attraverso il quale l'operatore sanitario fornisce al paziente informazioni inerenti il suo stato di salute per permettergli di operare la libera scelta di accettare o rifiutare un trattamento proposto. La raccolta del consenso informato include la discussione dei seguenti elementi: la descrizione del progetto terapeutico/procedura proposta; le possibili alternative all'intervento proposto; rischi, benefici e margini di incertezza inerenti le alternative al trattamento proposto; la valutazione della comprensione della persona rispetto a quanto proposto, e l'eventuale raccolta del consenso o rifiuto della persona.
Convulsioni, movimenti convulsivi	Disturbi clinici o sub-clinici delle funzioni della corteccia cerebrale legati a un'improvvisa, anomala e disorganizzata scarica neuronale (vedere anche crisi epilettica). Le manifestazioni cliniche includono lo sviluppo di anomalie a livello motorio, sensoriale o psichico.
Crisi epilettica	Episodio di malfunzionamento cerebrale dovuto a disturbi del funzionamento corticale risultante in scariche improvvise, anomale, eccessive e disorganizzate delle cellule cerebrali. Le manifestazioni cliniche consistono in fenomeni motori, sensoriali e psichici anormali.
Deficit di vitamina K nel neonato	La carenza di vitamina D può provocare gravi emorragie nei neonati, più spesso subito dopo la nascita, ma anche fino a 6 mesi di età. Le emorragie possono verificarsi a livello cutaneo, gastrointestinale, intracranico o delle mucose. Tale deficit può essere causato dall'assunzione materna di antiepilettici.
Deficit focali	Segni neurologici di fenomeni osservabili che coinvolgono tutto il corpo o reazioni che suggeriscono la localizzazione di una lesione relativamente circoscritta nel sistema nervoso.

TERMINI**DEFINIZIONE**

Deliri	Errate convinzioni in contrasto con l'evidenza. Tali convinzioni non vengono smontate da argomentazioni razionali, e non sono accettate né condivise da soggetti appartenenti alla stessa cultura della persona che ne soffre (ad es., non è un aspetto di qualche credo religioso).
Delirium	Stato mentale transitorio e fluttuante, caratterizzato da disturbo dell'attenzione (es., ridotta abilità nell'orientare, focalizzare, sostenere e spostare l'attenzione) e della consapevolezza (es., ridotta capacità di orientarsi nell'ambiente), che si sviluppa nell'arco di un breve lasso temporale e tende a fluttuare nel corso della giornata. Il disturbo è accompagnato da (altri) disturbi della percezione, della memoria, del pensiero, delle emozioni o delle funzioni psicomotorie. Può avere origine da cause organiche acute quali infezioni, farmaci, anomalie metaboliche, intossicazione o astinenza da sostanze.
Depressione respiratoria	Frequenza respiratoria rallentata e inadeguata, che causa un'insufficiente ossigenazione. Può essere causata da una lesione cerebrale, o da un'intossicazione (ad es. da benzodiazepine).
Disabilità	Ogni limitazione o perdita (risultante da un deficit/danno/compromissione) della capacità di svolgere un'attività nei modi e negli ambiti considerati come "normali" per un essere umano. Il termine disabilità riflette le conseguenze della compromissione in termini di performance e di attività dell'individuo.
Discinesia tardiva	Una tipologia di distonia caratterizzata da movimenti rotatori e contrazioni muscolari prolungate che coinvolgono la regione del capo, del collo e meno frequentemente della schiena. Tale disturbo non migliora dopo la sospensione del trattamento antipsicotico.
Disinibizione, comportamento disinibito	Mancanza di controllo che si manifesta come inosservanza delle convenzioni sociali, impulsività e difficoltà nella valutazione delle situazioni rischiose. Può condizionare l'aspetto emotivo, cognitivo e percettivo del soggetto.
Disintossicazione	Il processo attraverso il quale un soggetto sospende l'uso di una sostanza psicoattiva. Quando tale processo avviene in un contesto clinico, la sicurezza del paziente è maggiormente garantita ed è possibile minimizzare gli effetti astinenziali.
Disorganizzazione (del pensiero)	Disturbo dei processi associativi, che si manifesta tipicamente attraverso la formulazione di discorsi nei quali il soggetto passa repentinamente da un argomento all'altro senza che questi abbiano relazione tra loro. Il soggetto non mostra di essere consapevole della mancanza di connessione o dell'illogicità di tale espressione del pensiero.

TERMINI	DEFINIZIONE
Distraibilità	Difficoltà di concentrazione e focalizzazione su un compito; l'attenzione è facilmente sviata da stimoli esterni.
Eclampsia	Condizione che colpisce le donne incinte, caratterizzata da crisi epilettiche o convulsioni manifestantesi per la prima volta in gravidanza. La condizione è spesso associata a ipertensione, convulsioni, crisi epilettiche, ansia, dolore epigastrico, cefalea acuta, offuscamento della vista, proteinuria e edema indotti dallo stato di gravidanza e che possono manifestarsi durante la gravidanza, il parto o il puerperio.
Encefalopatia epatica	Stato mentale alterato, caratterizzato da sonnolenza, stato confusionale o coma, provocato da una disfunzione epatica.
Ergoterapia	Terapia che mira ad aiutare la persona a ritrovare la sua indipendenza nella vita quotidiana attraverso la riabilitazione e l'uso di dispositivi di supporto alla disabilità. Inoltre tale terapia comprende la promozione della crescita, dell'autostima e della realizzazione personale.
Eruzione maculopapulare	Eruzione cutanea che consiste nella presenza sia di macule (zone cutanee non rilevate ma con alterazione della colorazione cutanea, simili a lentiggini) che di papule (piccole zone cutanee in rilievo, spesso di forma rotondeggiante e dal diametro inferiore ai 5 mm).
Extrapiramidali (effetti secondari/sintomi) - EPS	Anomalie nei movimenti muscolari, causate principalmente da farmaci antipsicotici. Includono tremori/clonie, rigidità, spasmi e/o acatisia.
Feocromocitoma	Tumore neuroendocrino della midollare delle ghiandole surrenali, che causa sintomi (soprattutto cefalea, palpitazioni e sudorazione eccessiva) e segni (soprattutto ipertensione, perdita di peso e diabete) che riflettono l'effetto dell'epinefrina e della norepinefrina sui recettori α e β adrenergici.
Fuga delle idee	Pensieri in rapida successione, correlati solo in modo tangenziale, con passaggio repentino da un'idea ad un'altra; fenomeno spesso associato a un episodio maniacale o ad altri disturbi psichici.
Incidente cerebro vascolare (Ictus)	Blocco improvviso delle funzioni cerebrali attribuibile a una patologia di origine vascolare, principalmente ad una trombosi, un'emorragia o un'embolia.

TERMINI	DEFINIZIONE
Ipersensibilità (reazione da ipersensibilità)	Le reazioni da ipersensibilità sono parte degli effetti secondari indesiderabili dati dall'uso di prodotti farmaceutici (principio attivo o eccipienti), simili clinicamente a una reazione allergica. Appartengono alle reazioni avverse a farmaci di tipo B, definite dall'OMS come dose-dipendenti, non prevedibili, dannose e come reazioni non volute a un farmaco utilizzato a dosaggi normalmente prescritti. Possono avere caratteristiche cliniche diverse, con diversa modalità di insorgenza e gravità.
Ipervigilanza	Iperattivazione intensa e prolungata del sistema nervoso autonomo, accompagnata da uno stato di ipervigilanza e ipersensibilità agli stimoli dell'ambiente esterno. Tali manifestazioni sono spesso osservabili nel disturbo post traumatico da stress e spesso associate all'uso di sostanze psicoattive o a stati astinenziali.
Ipotensione ortostatica	Brusca caduta della pressione sanguigna che può avvenire durante i cambi posturali (ad es., passare dalla posizione distesa a quella seduta o verticale) e che comporta sensazioni simili a vertigini e capogiri. Non è una condizione pericolosa per la vita.
Irritabilità	Stato umorale caratterizzato dalla facile tendenza a infastidirsi o arrabbiarsi in modo non proporzionato alle circostanze.
Irritazione meningea (sindrome meningea)	Irritazione dei tessuti che rivestono il cervello e il midollo spinale, generalmente causata da un'infezione.
Lutto	Il processo di perdita, afflizione e consolazione generalmente associato alla perdita di una persona cara.
Medicina non convenzionale o tradizionale	Il complesso di modalità di cura basate sulle conoscenze proprie a ciascuna cultura.
Meningite	Patologia delle meningi (le membrane che rivestono il cervello e il midollo spinale) generalmente causata da un'infezione batterica, virale, fungina o da parassiti.
Miastenia grave	Patologia che interessa la trasmissione neuromuscolare, caratterizzata da debolezza/affaticabilità dei muscoli cranici e scheletrici. Le manifestazioni cliniche comprendono diplopia e ptosi fluttuanti, debolezza/affaticabilità dei muscoli facciali, bulbari, respiratorie prossimali degli arti.
Necrolisi epidermica tossica (Epidermolisi necrotica)	Patologia cutanea desquamante potenzialmente letale, generalmente conseguenza di una reazione all'uso di farmaci o di un'infezione. Simile alla sindrome di Stevens-Johnson, ma più grave.

TERMINI**DEFINIZIONE****Neuroinfezioni**

Patologie infettive che interessano il cervello e/o il midollo spinale.

Parent Skill Training (terapia di supporto alla genitorialità)

Insieme di interventi terapeutici che hanno l'obiettivo di modificare l'atteggiamento dei genitori e di potenziare l'adozione di strategie genitoriali efficaci. Comprendono l'insegnamento ai genitori di tecniche di comunicazione emotiva e di capacità di interazione genitore-figlio e metodi di rinforzo positivo per migliorare il comportamento e il funzionamento del bambino/adolescente.

Polineuropatia

Patologia e disordine funzionale dei nervi periferici. Può manifestarsi come alterata sensibilità delle estremità, parestesia (sensazione di formicolio), debolezza degli arti o perdita di massa muscolare e mancanza dei riflessi tendinei profondi.

Politerapia

Prescrizione contemporanea di più farmaci per una stessa condizione.

Porfirie

Gruppo di patologie caratterizzate da manifestazioni neuro-viscerali intermittenti, lesioni cutanee o da una combinazione delle stesse. I segni clinici della patologia si manifestano di solito nell'età adulta, sebbene alcune porfirie possano interessare anche l'età infantile. Una neurotossicità diretta o indiretta può causare manifestazioni neurologiche.

Privacy

Concerne il diritto a essere protetti da incursioni non volute nella propria sfera personale. Riguarda tanto le persone accolte o ospiti in centri/istituzioni sanitarie nelle loro attività quotidiane quanto la raccolta e registrazione dei dati clinici riservati che le riguardano.

Processi cognitivi

I processi e le funzioni mentali associati al pensare. Tra questi si includono le facoltà inerenti il ragionamento, la memoria, la capacità di giudizio, di risoluzione dei problemi e di pianificazione.

Problem-solving (terapia)

Terapia psicologica che utilizza tecniche di identificazione e risoluzione di problemi (problem-solving) per un numero definito di sessioni.

Prodotti erboristici

Insieme di rimedi appartenenti alla tradizione popolare, alcuni identificati nei secoli per le loro proprietà curative, derivati o consistenti in parti di piante. In molte culture, la conoscenza inerente l'efficacia dei rimedi erboristici è custodita con attenzione, e spesso custodita gelosamente e tramandata oralmente da una generazione all'altra tramandata di generazione in generazione attraverso la tradizione orale.

TERMINI**DEFINIZIONE****Prurito**

Smania di grattarsi, intensa sensazione che provoca l'urgenza di sfregarsi o grattarsi la pelle per ottenere sollievo.

Pseudo-demenza

Un disturbo simile alla demenza non dovuto a una patologia organica del cervello, potenzialmente reversibile con un adeguato trattamento; si può manifestare attraverso sintomi depressivi negli anziani.

Psicoeducazione

Il processo attraverso il quale soggetti portatori di un disturbo MNS e i loro caregivers vengono informati riguardo la natura del disturbo, le probabili cause, l'evoluzione, le conseguenze, la prognosi, il trattamento e le eventuali alternative.

Reazione idiosincrasica

La reazione individuale, non prevedibile, e non dose-dipendente all'uso di una sostanza: può caratterizzarsi come sonnolenza o euforia, vampate, contrazione spastica di mani e piedi, apnea, etc.

Rete sociale

Costrutto di sociologia analitica che individua nelle caratteristiche dei legami sociali tra i soggetti, piuttosto che nelle caratteristiche del singolo, la chiave di lettura del comportamento.

Ricaduta

Il ricominciare ad utilizzare alcol o altre sostanze psicoattive dopo un periodo di astinenza, sovente accompagnato dalla ricomparsa di sintomi da dipendenza. Il termine viene utilizzato anche per designare la ricomparsa dei sintomi di un disturbo MNS dopo un periodo di ripresa.

Ricovero temporaneo/ accoglienza - Respite care

Ricovero/accoglienza temporanea in una struttura/istituzione sanitaria di una persona abitualmente curata a casa.

Rigidità

Resistenza al movimento passivo di un arto che pur mantiene l'adeguata ampiezza del movimento. È un sintomo di parkinsonismo.

Ritiro sociale

Incapacità del soggetto a coinvolgersi in attività e relazioni tipiche della sua età con i propri pari o i propri familiari.

Sindrome alcolica fetale

La Sindrome alcolica fetale è una sindrome malformativa del feto/ bambino causata dal consumo di alcol della madre durante la gravidanza. È caratterizzata da deficit della crescita prenatale e/o postnatale e da un cluster unico di anomalie facciali minori presenti in tutte le etnie, identificabili alla nascita e che non diminuiscono con l'età. I bambini che ne sono affetti presentano gravi anomalie del sistema nervoso centrale quali: microcefalia, compromissioni cognitive e comportamentali (disabilità intellettiva, deficit cognitivi, disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, deficit nelle funzioni esecutive e nell'elaborazione viso-spaziale e deficit di memoria e attenzione).

TERMINI

DEFINIZIONE

Sindrome da astinenza neonatale	L'esposizione a sostanze d'abuso durante la vita intrauterina può provocare sintomi astinenziali nel neonato. I sintomi astinenziali sono prevalentemente neurologici, e interferiscono con il normale funzionamento del sistema nervoso autonomo. La presentazione clinica è variabile e dipende da svariati fattori, quali per es., il tipo e la dose di sostanza assunta e i processi di metabolismo ed escrezione della madre e del neonato.
Sindrome di Stevens-Johnson	Patologia cutanea potenzialmente fatale, caratterizzata da desquamazione cutanea dolorosa, ulcere, lesioni bollose e croste a livello di cute e mucosa, interessante il cavo orale, la lingua, le labbra, la gola, la regione oculare e genitale, talora associata a febbre. Spesso causata da una severa reazione all'uso di farmaci, specialmente antiepilettici.
Sindrome neurolettica maligna (SNM)	Una condizione rara ma potenzialmente fatale, provocata dall'assunzione di antipsicotici, caratterizzata dalla presenza di febbre, delirium, rigidità muscolare e ipertensione arteriosa.
Spider naevus	Insieme di piccoli vasi sanguigni visibili sulla cute, che compaiono tipicamente durante la gravidanza o quali sintomi di specifiche patologie (ad es., cirrosi epatica e acne rosacea).
Stato confusionale	Lo stato confusionale è caratterizzato da un disturbo della coscienza associato a una patologia cerebrale acuta o cronica (infezioni, intossicazioni da sostanze o farmaci, anomalie metaboliche...). Si manifesta clinicamente con disorientamento, rallentamento delle funzioni cognitive, allentamento dei nessi associativi, apatia, mancanza di iniziativa, affaticabilità, deficit attentivi. Negli stati confusionali di lieve gravità le risposte razionali o comportamentali possono essere ancora suscitate dall'intervento dell'esaminatore, mentre in quelli di maggiore gravità risulta impossibile per il soggetto entrare in contatto con l'ambiente esterno. Tali stati hanno generalmente carattere transitorio e fluttuante nella giornata.
Stato epilettico (status epilepticus)	Definito come un'attività di scarica continua, ovvero di scariche ricorrenti senza ripresa (ritorno al baseline) della durata minima di 5 minuti, rilevata clinicamente o attraverso l'elettroencefalogramma, può essere convulsivo o non convulsivo.
Stigma	L'attribuzione di una differenza con caratteri negativi ad una persona rispetto alle altre. Lo stigma riguardante i soggetti con disturbo mentale conduce spesso a fenomeni di esclusione sociale e discriminazione e comporta un carico di difficoltà ancora maggiore alla persona che ne è vittima.
Suicidaria (ideazione)	Pensieri, idee, ruminazioni sulla possibilità di porre fine alla propria vita, che spaziano dal senso di inutilità alla formulazione e pianificazione di gesti autosoppressivi.

TERMINI

DEFINIZIONE

Tecniche di rilassamento	Comprendono diverse tecniche, tra le quali ad esempio gli esercizi di respirazione, atte a favorire uno stato di rilassamento.
Terapia di gestione della contingenza	Metodo strutturato che consiste nella ricompensa di alcuni comportamenti considerati desiderabili, ad es., seguire il trattamento ed evitare l'uso di sostanze dannose. Le ricompense e i riconoscimenti esterni devono essere gradualmente ridotti, con l'instaurarsi di meccanismi di ricompensa/gratificazione naturali.
Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)	Intervento psicologico che combina componenti cognitive (finalizzate a modificare un pensiero, per esempio attraverso l'identificazione e la modifica di idee negative non realistiche) e di componenti comportamentali (finalizzate all'agire diversamente, ad es.: l'aiutare la persona a dedicarsi maggiormente ad attività per lei gratificanti).
Terapia (di rinforzo) motivazionale	Terapia strutturata (di solito al massimo in 4 sessioni) finalizzata ad aiutare soggetti con disturbo da uso di sostanze. Utilizza un approccio mirato a promuovere il cambiamento utilizzando tecniche motivazionali, quali ad es., coinvolgendo il soggetto in colloqui sulle modalità d'uso della sostanza, cercando di evincere i benefici e i rischi percepiti dalla persona in relazione ai valori in cui crede, evitando comunque di entrare in conflitto se mostra resistenze ma piuttosto incoraggiandola a decidere da sé i propri obiettivi.
Terapia interpersonale (IPT)	Trattamento psicologico incentrato sulla connessione tra sintomi depressivi e problemi interpersonali, specialmente quando implicano dolore, liti, cambiamenti di vita e isolamento sociale. È nota anche come Psicoterapia Interpersonale.
Terapia familiare	Sedute di counselling che si svolgono in molteplici sessioni programmate (generalmente più di sei) nell'arco di alcuni mesi. Gli incontri sono rivolti alle famiglie o gruppi di famiglie, in presenza, quando è possibile, anche della persona colpita dalla patologia mentale.
Trombocitopenia	Tasso anormalmente ridotto di piastrine nel sangue. Tale patologia può manifestarsi con ematomi ed eccessivi sanguinamenti. La conferma diagnostica avviene attraverso l'evidenza della conta piastrinica in un campione ematico.
Tremore	Movimenti involontari che provocano l'oscillazione ritmica di una parte del corpo, sovente le dita delle mani.
Wandering (il vagabondare)	Le persone con demenza avvertono l'urgenza di camminare e spostarsi, talora fuori casa. Spesso però hanno difficoltà ad orientarsi e corrono il rischio di smarrirsi.



L'elevata prevalenza dei disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (MNS) rende conto di una parte significativa del carico di malattia e disabilità a livello globale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso la diffusione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) con l'obiettivo di colmare il divario tra le risorse disponibili e la rilevante necessità di servizi. L'obiettivo del mhGAP è quello di ampliare assistenza e servizi mediante l'utilizzo di interventi basati sull'evidenza per la prevenzione e la presa in carico di condizioni MNS prioritarie. La prima versione della Guida agli interventi mhGAP per contesti sanitari non specialistici è stata pubblicata nel 2010 come un semplice strumento tecnico che permettesse la presa in carico integrata delle condizioni MNS prioritarie per i clinici.

Diffusa in oltre 90 Paesi, la mhGAP-IG 1.0 ha avuto un ampio successo. Forti di questo successo, presentiamo la mhGAP-IG 2.0, con aggiornamenti rispetto a nuove linee guida basate sull'evidenza, una migliore fruibilità e nuove sezioni utili ad espandere le opportunità di impiego sia per gli operatori sanitari che per i programmatori/amministratori sanitari.

Il nostro augurio è che questa guida continui a fornire una mappa per costruire assistenza e servizi per le persone portatrici di un disturbo MNS in tutto il mondo, avvicinandoci all'obiettivo della copertura universale dei bisogni di salute.

La mhGAP-IG 2.0 include i seguenti capitoli:

» **Cure e Pratiche di Base**

» **Master Chart**

» **Depressione**

» **Psicosi**

» **Epilessia**

» **Disturbi psichici e comportamentali in bambini e adolescenti**

» **Demenza**

» **Disturbi da Uso di sostanze**

» **Autolesionismo/Suicidio**

» **Altri disturbi significativi della salute mentale**

» **Implementazione della mhGAP-IG**

**Per ulteriori informazioni,
contattare:**

*Dipartimento Salute Mentale e
Abuso di sostanze
Organizzazione Mondiale Sanità
Avenue Appia 20
CH-1211 Ginevra 27
Svizzera*

*Email: mhgap-info@who.int
Website: www.who.int/mental_health/mhgap*