

mhGAP Guida Interventi

per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze
in strutture sanitarie non specializzate

mhGAP Guida Interventi
per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze
in strutture sanitarie non specializzate

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:
Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di sostanze
Organizzazione Mondiale della Sanità
Viale Appia 20
CH-1211 Ginevra 27
Svizzera
Email: mhgap-info@who.int
Sito web: [www.who.int/mental_health / mhGAP](http://www.who.int/mental_health/mhGAP)

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2010
col titolo: mhGAP Intervention Guide for mental, neurological
and substance use disorders in non-specialized health settings.
mental health Gap Action Programme (mhGAP) © World Health
Organization 2010.

Il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha
concesso i diritti di traduzione e di pubblicazione per l'edizione in
italiano al Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione
in Salute Mentale/WHO Collaborating Centre for Research and
Training, Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), ASUITs, Trieste,
Italy, che è esclusivamente responsabile per l'edizione italiana.

Edizione italiana a cura di: Roberto Mezzina, Valentina Botter, Anita
Marini, Pietro Mulé, Renzo Bonn.

Adattamento grafico: La Collina soc. coop. Impresa Sociale - Trieste

© Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale - Via Weiss 5 - 34127
Trieste (Italia), anno 2014
who.cc@asuits.sanita.fvg.it

Realizzato grazie a finanziamenti della Regione Autonoma Friuli-
Venezia Giulia.

mhGAP Guida Interventi

per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze
in strutture sanitarie non specializzate

Versione 1.0



Sommario



Prefazione	iii
Ringraziamenti	iv
Abbreviazioni e Simboli	vii

I Introduzione	1
----------------------	---

II Principi generali di Cura	6
------------------------------------	---

III Master Chart	8
------------------------	---

IV Moduli

1. Depressione moderata-grave	10
2. Psicosi	18
3. Disturbi Bipolari	24
4. Epilessia / Crisi epilettiche	32
5. Disturbi dello sviluppo	40
6. Disturbi comportamentali	44
7. Demenza	50
8. Uso di alcool e disturbi dovuti all'uso di alcool	58
9. Uso di droghe e Disturbi dovuti all'uso di droghe	66
10. Autolesionismo / Suicidio	74
11. Altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale	80

V Interventi Psicosociali avanzati	82
--	----

Prefazione



I sistemi sanitari di tutto il mondo devono affrontare sfide enormi per fornire assistenza e per tutelare i diritti umani delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Le risorse disponibili sono insufficienti, iniquamente distribuite e utilizzate in modo inefficace. Come conseguenza, una gran parte delle persone con questi disturbi non riceve nessun tipo di cura.

Nel 2008, l'OMS ha lanciato il programma mental health Gap Action Programme (mhGAP) per ovviare alla mancanza di cure, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, per le persone che soffrono di disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Il quattordici per cento del carico globale di malattia è causato da questi disturbi e quasi tre quarti di questo carico proviene dai Paesi a basso e medio reddito. In questi ultimi le risorse disponibili sono insufficienti - la stragrande maggioranza dei Paesi destina meno del 2% del budget sanitario alla salute mentale - situazione che porta a un divario di trattamento che in molti Paesi a basso e medio reddito è di oltre il 75%.

Dal punto di vista economico vale la pena intervenire. I disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze interferiscono, in modo sostanziale, con la capacità dei bambini di imparare e con la capacità degli adulti di funzionare in famiglia, sul lavoro e nella società in generale. Agire è anche una strategia a favore dei poveri. Questi disturbi sono fattori di rischio, o conseguenze, di molti altri problemi di salute, e sono troppo spesso associati con la povertà, l'emarginazione e lo svantaggio sociale.

C'è un'idea largamente condivisa ma sbagliata, secondo la quale i miglioramenti nella salute mentale richiedono tecnologie sofisticate e costose e personale altamente specializzato. In realtà, la maggior parte dei disturbi neurologici, mentali e da uso di sostanze, che si traducono in alti tassi di morbidità e mortalità, può essere gestita da operatori sanitari non specializzati. Ciò che è necessario è l'incremento della capacità del sistema di assistenza sanitaria di base di offrire un pacchetto integrato di cura attraverso la formazione, il supporto e la supervisione.

E' in questo contesto che ho il piacere di presentare *“Le Linee Guida mhGAP per la diagnosi e cura dei disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze in contesti sanitari non specialistici”* come uno strumento tecnico per l'attuazione del programma mhGAP.

Le Linee Guida per la diagnosi e cura sono state sviluppate attraverso una revisione sistematica delle evidenze scientifiche, seguita da un processo internazionale partecipato di consultazione. Forniscono l'intera gamma di raccomandazioni per favorire cure di alta qualità nei servizi di primo e secondo livello da parte di operatori sanitari non specialisti in contesti poveri di risorse. Indicano inoltre la cura integrata dei disturbi prioritari utilizzando protocolli per il processo clinico decisionale.

Spero che queste Linee Guida siano utili per gli operatori sanitari, per coloro che hanno potere decisionale e per i manager dei programmi, centrando l'obiettivo di rispondere ai bisogni delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Abbiamo le conoscenze. Ora la nostra grande sfida è quella di tradurre queste conoscenze in azioni, e di raggiungere le persone più bisognose.

A handwritten signature in blue ink, reading 'M. Chan'.

Dott.ssa Margaret Chan

Direttore Generale
Organizzazione Mondiale Sanità

Ringraziamenti

Visione e concettualizzazione

Ala Alwan, Vice Direttore Generale, Malattie non trasmissibili e Salute mentale, OMS, Benedetto Saraceno, ex Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze, OMS, Shekhar Saxena, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze, OMS.

Coordinamento del progetto e Editing

Tarun Dua, Nicolas Clark, Edwige Faydi S, Alexandra Fleischmann, Vladimir Poznyak, Mark van Ommeren, M Taghi Yasamy, Shekhar Saxena.

Contributi e guida

Abbiamo ricevuto materiale prezioso, aiuto e consigli da parte del personale tecnico presso la sede centrale dell'OMS, il personale degli Uffici regionali e nazionali e molti esperti internazionali. Questi contributi sono stati di vitale importanza per lo sviluppo delle linee guida per la diagnosi e cura.

OMS di Ginevra

Meena Cabral de Mello, Venkatraman Chandra-Mouli, Natalie Drew, Daniela Fuhr, Michelle Funk, Sandra Gove, Suzanne Hill, Jodi Morris, Mwansa Nkowane, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Robert Scherpbier, Rami Subhi, Isy Vromans, Silke Walleiser.

Uffici Regionali e Nazionali dell'OMS

Zohra Abaakouk, Ufficio Nazionale OMS Haiti; Thérèse Agossou, Ufficio Regionale OMS per l'Africa, Victor Aparicio, Ufficio Nazionale OMS Panama Subregionale; Andrea Bruni, Ufficio nazionale Sierra Leone; Vijay Chandra, Ufficio Regionale OMS per il Sud-Est asiatico; Sebastiana Da Gama Nkomo, Ufficio Regionale OMS per l'Africa; Carina-Ferreira Borges, Ufficio Regionale OMS per l'Africa; Nargiza Khodjaeva, Ufficio Nazionale OMS Cisgiordania e Gaza; Ledia Lazeri, Ufficio Nazionale OMS Albania Haifa Madi, Ufficio Regionale OMS per il Mediterraneo Orientale; Albert Maramis, Ufficio Nazionale OMS Indonesia; Anita Marini, Ufficio Nazionale OMS Giordania; Rajesh Mehta, Ufficio Regionale OMS per il Sud-Est asiatico; Linda Milan, Ufficio Regionale OMS per il Pacifico occidentale, Lars Moller, Ufficio Regionale OMS per l'Europa; Maristela Monteiro, Ufficio Regionale OMS per le Americhe; Matthijs Muijen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa; Emmanuel Musa, Ufficio Nazionale OMS Nigeria; Neena Raina, Ufficio Regionale OMS per il Sud-Est asiatico, Jorge Rodriguez, Ufficio Regionale OMS per le Americhe, Khalid Saeed, Ufficio Regionale OMS per il Mediterraneo Orientale; Emmanuel Streel, Ufficio Regionale OMS per il Mediterraneo Orientale; Xiangdong Wang, Ufficio Regionale OMS per il Pacifico Occidentale.

Supporto amministrativo

Frances Kaskoutas-Norgan, Adeline Loo, Grazia Motturi-Gerbail, Tess Narciso, Mylène Schreiber, Rosa Seminario, Rosemary Westermeyer.

Tirocinanti

Scott Baker, Christina Broussard, Lynn Gauthier, Nelly Huynh, Kushal Jain, Kelsey Klaver, Jessica Mears, Manasi Sharma, Aditi Singh, Stephen Tang, Keiko Wada, Aislinn Williams.

Esperti internazionali

Clive Adams, Gran Bretagna; Robert Ali, Australia; Alan Apter, Israele, Yael Apter, Israele, José Ayuso-Mateos *, Spagna; Corrado Barbui *, Italia; Erin Barriball, Australia; Ettore Beghi, Italia; Gail Bell, UK; Gretchen Birbeck *, SUA; Jonathan Bisson, Gran Bretagna; Philip Boyce, Australia; Vladimir Carli, Svezia; Erico Castro-Costa, Brasile; Andrew Mohanraj Chandrasekaran †, Indonesia, Sonia Chehil, Canada; Colin Coxhead, Svizzera; Jair de Jesus Mari, Brasile, Carlos de Mendonça Lima, Portogallo, Diego DeLeo, Australia; Christopher Dowrick, Gran Bretagna; Colin Drummond, UK; Julian Eaton †, Nigeria; Eric Emerson, Gran Bretagna; Cleusa P Ferri, Gran Bretagna; Alan Flisher § *, Sud Africa; Eric Fombonne, Canada; Maria Lucia Formigoni †, Brasile; Melvyn Freeman *, Sud Africa, Linda Gask, Gran Bretagna; Panteleimon Giannakopoulos *, Svizzera; Richard P Hastings, Gran Bretagna; Allan Horwitz, USA; Takashi Izutsu, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione; Lynne M Jones †, Gran Bretagna; Mario F Juruena, Brasile; Budi Anna Keliat †, Indonesia; Kairi Kolves, Australia; Shaji S Kunnukattil †, India; Stan Kutcher, Canada; Tuuli Lahti, Finlandia; Noeline Latt, Australia; Itzhak Levav *, Israele, Nicholas Lintzeris, Australia; Jouko Lonnqvist, Finlandia; Lars Mehlum, Norvegia; Nalaka Mendis, Sri Lanka, Ana-Claire Meyer, USA; Valerio Daisy Miguelina Acosta, Repubblica Dominicana; Li Li Min, Brasile; Charles Newton †, Kenya, Isidoro Obot *, Nigeria; Lubomir Okruhlica †, Slovacchia; Olayinka Omigbodun * †, Nigeria; Timo Partonen, Finlandia; Vikram Patel *, India e Regno Unito; Michael Phillips * †, Cina, Pierre-Marie Preux, Francia; Martin Principe * †, Gran Bretagna; Atif Rahman * †, Pakistan e Gran Bretagna; Afarin Rahimi-Movaghar *, Iran; Janet Robertson, Gran Bretagna; Josemir W Sander *, Gran Bretagna; Sardarpour Gudarzi Shahrokh, Iran; John Saunders *, Australia; Chiara Servili †, Italia, Pratap Sharan †, India; Lorenzo Tarsitani, Italia; Rangaswamy Thara * †, India; Graham Thornicroft * †, Gran Bretagna; Jürgen Ünutzer *, Stati Uniti d'America; Marco Vakkur, Svizzera; Peter Ventevogel * †, Paesi Bassi; Lakshmi Vijayakumar * †, India, Eugenio Vitelli, Italia; Wen-Zhi Wang †, Cina.

* Membro del Gruppo Di Sviluppo della Linea Guida mhGAP dell'OMS

§ Partecipante ad un incontro organizzato dalla Fondazione Rockefeller su "Lo sviluppo del pacchetto essenziale per disturbi mentali, neurologici e dovuti al consumo di sostanze nell'ambito del programma dell'OMS sulla salute mentale"

† Deceduto

Ringraziamenti

Revisione tecnica

In aggiunta, ulteriori feedback e commenti sulla prima stesura sono stati forniti dalle seguenti organizzazioni internazionali ed esperti:

Le organizzazioni

‡ Autistica (Eileen Hopkins, Jenny Longmore, UK), Autism Speaks (Geri Dawson, Andy Shih, Roberto Tuchman, USA), CBM (Julian Eaton, Nigeria; Allen Foster, Birgit Radtke, Germania); Cittadinanza (Andrea Melella, Raffaella Meregalli, Italia); Fondation d'Harcourt (Maddalena Occhetta, Svizzera); Fondazione S. Camille de Lellis (Chiara Ciriminna, Svizzera), Comitato internazionale della Croce rossa (Renato Souza, Brasile), Federazione internazionale della Croce rossa e delle società della Mezzaluna Rossa (Nana Wiedemann, Danimarca); International Medical Corps (Neerja Chowdary, Allen Dyer, Peter Hughes, Lynne Jones, Nick Rose, Regno Unito); Karolinska Institutet (Danuta Wasserman, Svezia), Medici Senza Frontiere (Frédérique Drogoul, Francia; Barbara Laumont, Belgio; Carmen Martinez, Spagna; Hans Stolk, Paesi Bassi); ‡ Salute Mentale utenti di rete di Zambia (Sylvester Katontoka, Zambia), Istituto Nazionale di Salute Mentale (Pamela Collins, USA); ‡ Schizofrenia Awareness Association (Gurudatt Kundapurkar, India; Terre des Hommes, (Sabine Rakatomalala, Svizzera); Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (Marian Schilperoord); Popolazione Fondo delle Nazioni Unite (Takashi Izutsu); Associazione Mondiale di Riabilitazione Psicosociale (Stelios Stylianidis, Grecia); Federazione Mondiale di Neurologia (Johan Aarli, Norvegia); World Psychiatric Association (Dimitris Anagnostopoulos, Grecia; Vincent Camus, Francia; Wolfgang Gaebel, Germania; Tarek A Gawad, Egitto, Helen Herrman, Australia, Miguel Jorge, Brasile; Levent Kuey, Turchia, Mario Maj, Italia; Eugenia Soumaki, Grecia, Allan Tasman, USA).

‡ La società civile/organizzazione utenti

Revisori esperti

Gretel Acevedo de Pinzón, Panama; Atalay Alem, Etiopia; Deifallah Allouzi, Jordan, Michael Anibueze, Nigeria; Joseph Asare, Ghana, Mohammad Asfour, Giordania; Sawitri Assanangkornchai, Thailandia; Fahmy Bahgat, Egitto; Pierre Bastin, Belgio; Myron Belfer, USA; Vivek Benegal, India; José Bertolote, Brasile; Arvin Bhana, Sud Africa, Thomas Bornemann, SUA; Yarida Boyd, Panama, Boris Budosan, Croazia; Odille Chang, Figi, Sudipto Chatterjee, India; Hilary J Dennis, Lesotho, M Parameshvara Deva, Malesia; Hervita Diatri, Indonesia; Ivan Doci, Slovacchia, Joseph Edem-Hotah, Sierra Leone; Rabi El Chammay, Libano, Hashim Ali El Mousaad, Giordania, Eric Emerson, UK; Saeed Farooq, Pakistan; Abebu Fekadu, Etiopia, Sally Field, Sud Africa; Amadou Gallo Diop, Senegal, Pol Gerits, Belgio; Tsehaysina Getahun, Etiopia; Rita Giacaman, Cisgiordania e Striscia di Gaza; Melissa Gladstone, Regno Unito, Margaret Grigg, Australia; Oye Gureje, Nigeria; Simone Honikman, Sud Africa; Asma Humayun, Pakistan; Martsenkovsky Igor, Ucraina; Begone Ariño Jackson, Spagna; Rachel Jenkins, Regno Unito; Olubunmi Johnson, Sud Africa, Rajesh Kalaria, Regno Unito; Angelina Kakooza, Uganda; Devora Kestel, Argentina; Sharon Kleintjes, Sud Africa; Vijay Kumar, India; Hannah Kuper, Regno Unito; Ledia Lazëri, Albania, Antonio Lora, Italia; Lena Lundgren, SUA; Ana Cecilia Marques Petta Roselli, Brasile; Tony Marson, Regno Unito; Edward Mbewe, Zambia, Driss Moussaoui, Marocco; Hussain Malik Mubbashar, Pakistan; Giulio Muron, Uganda; Hideyuki Nakane, Giappone; Giulietta Nakku, Uganda; Friday Nsalamo, Zambia, Emilio Ovuga, Uganda; Fredrick Owiti, in Kenya; Em Perera, Nepal; Inge Petersen, Sud Africa; Moh'd Bassam Qasem, Giordania, Shobha Raja, India; Rajat Ray, India; Telmo M. Ronzani, Brasile, SP Sashidharan, Regno Unito; Sarah Skeen, Sud Africa, Jean-Pierre Soubrier, Francia; Abang Bennett Abang Taha, Brunei Darussalam, Ambros Uchtenhagen, Svizzera; Kristian Wahlbeck, Finlandia; Lawrence Wissow, Stati Uniti; Lyudmyla Yur `yeva, Ucraina; Douglas Zatzick, SUA; Anthony Zimba, Zambia.

Gruppo per la produzione

Montaggio: Philip Jenkins, Francia

Progetto grafico e impaginazione: Erica Lefstad e Christian Bäuerle, Germania

Coordinamento Stampa: Pascale Broisin, OMS, Ginevra

Sostegno finanziario

Le seguenti organizzazioni hanno contribuito finanziariamente allo sviluppo e alla produzione della Guida di intervento:

American Psychiatric Association, USA; Associazione degli Ospedali Psichiatrici di Aichi, Giappone, Autism Speak, USA; CBM; Il Governo dell'Italia; il Governo del Giappone, il Governo dei Paesi Bassi; Ufficio Internazionale per l'Epilessia; Lega Internazionale Contro l'Epilessia; Medical research Council, Gran Bretagna; National Institute of Mental Health, USA; Public Health Agency of Canada, Canada; la Fondazione Shirley, Gran Bretagna; Syngenta, Svizzera; Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, World Psychiatric Association.

Abbreviazioni e Simboli



Abbreviazioni

AIDS	sindrome da immunodeficienza acquisita
TCC	terapia cognitivo - comportamentale
HIV	virus dell'immunodeficienza umana
i.m.	intramuscolare
IMCI	gestione integrata delle malattie infantili
IPT	psicoterapia interpersonale
e.v.	endovenosa
mhGAP	Mental Health Gap Action Programm (Programma di intervento sul GAP nel trattamento dei problemi di salute mentale)
mhGAP-IG	Linee guida per la diagnosi e cura
OST	terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi
SSRI	inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina
IST	infezioni a trasmissione sessuale
TCA	antidepressivo triciclico

Simboli

	Neonati / bambini piccoli		Inviare all'ospedale
	Bambini / adolescenti		Farmaci
	Donne		Interventi psicosociali
	Donne in stato di gravidanza		Consultare lo specialista
	Adulti		Terminare la valutazione
	Anziani		
	Attenzione/Problema		
	Vai a / Cerca/ Esci da questo modulo		
	Vietato		Se SI
	Ulteriori informazioni		Se NO

Introduzione

Mental Health Gap Action (mhGAP) Programma di intervento per la riduzione del “gap” nel trattamento dei problemi mentali nel mondo, cioè del divario tra coloro che hanno bisogno di cure e coloro che le ricevono

Nei Paesi a basso e medio reddito, circa quattro persone su cinque che necessitano di cure per disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze non le ricevono. Anche quando disponibili, i trattamenti spesso non sono né evidence-based né di alta qualità. Di recente l'OMS ha lanciato il programma Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), in particolare per i Paesi a basso e medio reddito, con l'obiettivo di incrementare le possibilità di assistenza per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Queste Linee Guida (mhGAP-IG) sono state sviluppate per agevolare la cura dei disturbi mentali con trattamenti evidence-based (individuati dal mhGAP), in contesti di cura non specialistici.

C'è l'idea largamente condivisa ma sbagliata che tutte le terapie per la salute mentale siano sofisticate e possano essere offerte solo da personale altamente specializzato. Negli ultimi anni invece la ricerca ha dimostrato la praticabilità di trattamenti farmacologici e psicosociali in contesti sanitari non specialistici.

Questa guida modello si basa su una revisione di tutte le evidenze scientifiche disponibili in questo settore e presenta i trattamenti consigliati per l'utilizzo in Paesi a basso e medio reddito. Le Linee Guida mhGAP includono indicazioni su interventi evidence-based per riconoscere e curare una serie di disturbi prioritari. I disturbi prioritari qui previsti sono la depressione, la psicosi, il disturbo bipolare, l'epilessia, i disturbi dello sviluppo e del comportamento nei bambini e negli adolescenti, la demenza, i disturbi da uso di alcool, i disturbi da uso di droga, l'autolesionismo/suicidio e altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale. Questi disturbi sono stati identificati e scelti come prioritari perché rappresentano un grande carico in termini di mortalità, morbidità o disabilità, hanno elevati costi economici e sono associati alle violazioni dei diritti umani.

Sviluppo delle Linee Guida mhGAP per la diagnosi e cura dei disturbi mentali (mhGAP-IG)

Le Linee Guida mhGAP per la diagnosi e cura dei disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (mhGAP-IG) sono state sviluppate attraverso un intenso processo di revisione delle evidenze scientifiche. Sono state svolte revisioni sistematiche per ottenere indicazioni terapeutiche che fossero evidence-based. A questo scopo è stato costituito il Gruppo OMS di Sviluppo delle Linee Guida composto da esperti internazionali, che hanno collaborato strettamente con il Segretariato dell'OMS. Le indicazioni terapeutiche sono state poi convertite in interventi successivi, step by step, presentati in modo chiaro, sempre con la collaborazione di un gruppo internazionale di esperti. Le Linee Guida mhGAP sono state infine trasmesse a una fascia più ampia di esperti in tutto il mondo per ricevere tutti i diversi contributi.

Le mhGAP-IG sono basate su trattamenti evidence-based per disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/).

Le Linee Guida del programma mhGAP e le Linee Guida mhGAP per la diagnosi e cura dei disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze saranno riesaminate e aggiornate ogni 5 anni. Qualsiasi revisione e aggiornamento intercorrente sarà fatto sulla versione online del documento.

Scopo delle Linee Guida mhGAP (mhGAP-IG)

Le Linee Guida mhGAP sono state sviluppate per l'uso in contesti sanitari non specialistici.

Sono indirizzate a operatori sanitari che lavorano in strutture di primo o secondo livello. Sono quegli operatori sanitari che lavorano in un centro di salute oppure che fanno parte di una équipe clinica che lavora in un ospedale distrettuale o in una clinica. Questi operatori sanitari possono essere medici di medicina generale, infermieri e ufficiali sanitari. Anche altri operatori sanitari non specializzati possono utilizzare le Linee Guida mhGAP con i necessari adattamenti. Le strutture di primo livello includono i centri sanitari che fungono da primo punto di contatto con un professionista della salute e forniscono assistenza medica e infermieristica ambulatoriale. Si tratta di prestazioni che possono essere fornite da medici di medicina generale, ufficiali sanitari, infermieri di comunità, ma, se necessario (con versioni adattate) anche da dentisti, farmacisti, ostetriche. Le strutture di secondo livello includono gli ospedali di primo livello, di tipo distrettuale che coprono un'area definita dal punto di vista geografico e politico-amministrativo. Il clinico distrettuale o lo specialista di salute mentale svolgono una funzione di supporto, di mentoring, consulenza e invio alle équipe sanitarie di primo livello.

Le Linee Guida mhGAP sono sintetiche in modo da facilitare gli interventi terapeutici da parte degli operatori sanitari non specializzati dei Paesi a basso e medio reddito, che hanno in genere un carico di lavoro molto gravoso. Descrivono nel dettaglio *che cosa fare* ma non descrivono il *come fare*. E' dunque importante che gli operatori sanitari non specializzati siano formati e poi supervisionati e sostenuti nell'utilizzo delle Linee Guida mhGAP nella diagnosi e nella cura delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze.

Introduzione

Le Linee Guida mhGAP non intendono trattare lo sviluppo e l'organizzazione dei servizi. L'OMS ha infatti già pubblicato documenti che guidano lo sviluppo e l'organizzazione dei servizi, come ad esempio uno strumento per la valutazione dei sistemi di salute mentale, un pacchetto di linee guida che vanno dallo sviluppo di politiche di salute mentale allo sviluppo e organizzazione di servizi di salute mentale e documenti specifici per l'integrazione della salute mentale nelle cure primarie. Informazioni sull'implementazione del programma mhGAP sono contenute nel *mental health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Alla fine dell'Introduzione sono riportati documenti OMS utili e i siti web di riferimento.

Per quanto siano pensate per un uso non specialistico, le Linee Guida mhGAP possono risultare utili anche agli specialisti che, in aggiunta, hanno un ruolo fondamentale e sostanziale nella formazione, supporto e supervisione. Le mhGAP-IG indicano dove si rendano necessari rinvii a consulenze specialistiche. Ove gli specialisti non siano disponibili nel territorio limitrofo, suggerisce soluzioni creative di intervento. Ad esempio, in carenza di risorse e in assenza di specialisti, può essere implementata la formazione in salute mentale di operatori non specializzati, in modo che questi possano seguire alcuni percorsi terapeutici. Gli specialisti potrebbero fruire anche di una formazione in ambito di salute pubblica e di organizzazione dei servizi. L'applicazione ottimale del mhGAP-IG richiederebbe la cooperazione fattiva di esperti di salute pubblica, specialisti dedicati e amministratori attenti.

Adattare/contestualizzare le Linee Guida mhGAP

Le Linee Guida mhGAP sono linee guida modello generiche, ed è essenziale che vengano adattate al contesto nazionale e locale. Coloro che utilizzano le Linee Guida mhGAP possono selezionare un sottoinsieme di disturbi prioritari, o un sottoinsieme di trattamenti, per adattarli e implementarli, a seconda delle differenze contestuali nella prevalenza e nella disponibilità delle risorse. Adattare le Linee Guida al contesto è necessario per garantire che i disturbi che contribuiscono maggiormente al carico di malattia in un determinato Paese siano inclusi e che le Linee Guida mhGAP siano appropriate per i fattori locali che influenzano la cura delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze nelle strutture sanitarie. Il processo di adattamento al contesto locale dovrebbe essere utilizzato come un'opportunità per sviluppare un consenso su questioni tecniche riguardanti i vari disturbi; questo richiede il coinvolgimento dei principali stakeholder nazionali. L'adattamento al contesto comprende la traduzione linguistica e la verifica che i trattamenti siano accettabili in quello specifico contesto socio-culturale e adatti per il sistema sanitario locale.

Attuazione del programma mhGAP – punti chiave

L'attuazione a livello nazionale dovrebbe iniziare dall'organizzazione di una riunione degli stakeholder nazionali, dalla valutazione dei bisogni e dall'identificazione degli ostacoli all'incremento della disponibilità dei trattamenti. Ciò dovrebbe portare alla preparazione di un piano d'azione per l'incremento della disponibilità dei servizi, per la difesa dei diritti, per lo sviluppo delle risorse umane e la riqualificazione delle stesse (*task shifting*), per la risoluzione di problemi di budget e di finanziamento, per lo sviluppo di un sistema informativo per i disturbi prioritari e per le attività di valutazione e monitoraggio.

L'implementazione a livello distrettuale risulta più agevole dopo che decisioni prese a livello nazionale siano state messe in pratica. Inizialmente, a livello distrettuale, sono necessarie una serie di riunioni di coordinamento. Tutti gli operatori sanitari di quell'area devono essere informati sul programma, soprattutto se la salute mentale viene integrata per la prima volta all'interno della loro area di intervento. La presentazione delle Linee Guida mhGAP può far sentire gli operatori più a loro agio quando realizzano che si tratta di uno strumento semplice, applicabile nel loro contesto e ben integrabile nel sistema sanitario. Lo sviluppo di competenze negli operatori per la cura della salute mentale richiede una formazione iniziale, sostegno e supervisione continua. Tuttavia, la formazione per imparare a utilizzare le Linee Guida mhGAP dovrebbe essere coordinata in modo tale da non interrompere l'erogazione dei servizi sanitari in corso.

Introduzione

Come usare le Linee Guida mhGAP

- » Le Linee Guida mhGAP iniziano con la presentazione dei **“Principi generali di cura”**.
Suggeriscono buone pratiche cliniche per facilitare l'interazione degli operatori sanitari con persone che richiedano cure per la salute mentale. Tutti coloro che utilizzano lo strumento dovrebbero familiarizzare con questi principi e seguirli per quanto possibile
- » Le Linee Guida mhGAP comprendono una **“Master Chart”**, che fornisce informazioni sulle modalità comuni di presentazione delle più importanti condizioni cliniche. La Master Chart dovrebbe guidare il clinico all'uso dei relativi moduli.
 - Nel caso di potenziale comorbidità (compresenza di due disturbi) è importante che il clinico la confermi e faccia poi un piano di cura complessivo.
 - Il disturbo più grave va trattato per primo. Nel follow-up alla visita successiva si deve controllare se siano migliorati anche i sintomi o segni che indicano la presenza di un qualunque altro disturbo prioritario. Se il disturbo è segnalato come un'emergenza va trattato per primo. Per esempio se la persona ha le convulsioni, l'episodio acuto va trattato per primo, anche prima di raccogliere una storia dettagliata sulla presenza di epilessia.
- » I **moduli**, organizzati secondo i disturbi prioritari singoli, sono uno strumento di decisione e gestione clinica e terapeutica. Ciascun modulo ha un diverso colore per consentire una facile differenziazione. All'inizio di ciascun modulo vi è un'introduzione che spiega quale (i) disturbo (i) il modulo riguardi.

- » Ciascun modulo è costituito da due sezioni. La prima è la sezione che guida alla definizione della diagnosi e della cura (**Guida alla diagnosi e alla cura**).

In questa sezione, i contenuti sono presentati in una cornice di flowcharts con numerosi punti di decisione. Ogni punto di decisione è identificato da un numero ed è espresso sotto forma di domanda. Ogni punto decisionale presenta informazioni organizzate sotto forma di tre colonne: **“valutare, decidere, curare”**.

Valutare

Decidere

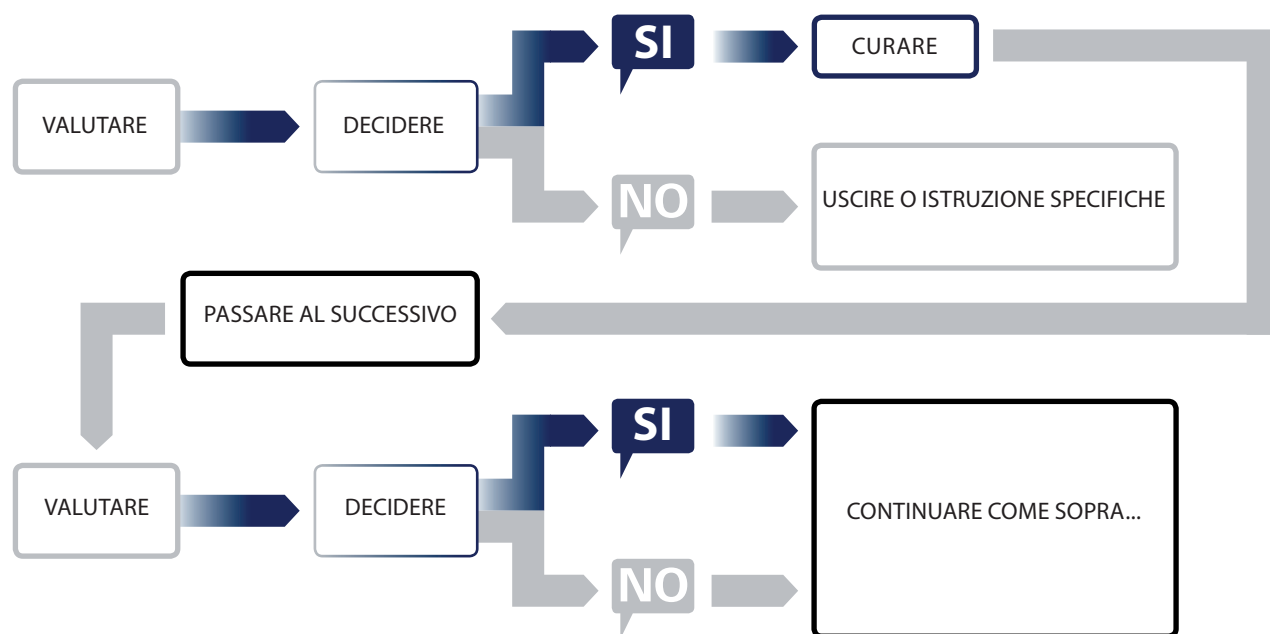
Curare

- La colonna a sinistra include i dettagli per la valutazione della persona. E' la **colonna del valutare**, che guida l'operatore nella valutazione delle condizioni cliniche di una persona. Gli operatori devono considerare tutti gli elementi di questa colonna prima di passare alla colonna successiva.
- La colonna in mezzo specifica i differenti scenari con cui l'operatore sanitario può doversi confrontare. È la **colonna del decidere**.
- La colonna a destra fornisce suggerimenti su come gestire il problema. È la **colonna del curare**. Offre informazioni e consigli, in relazione a specifici punti di decisione, riguardanti le terapie psicosociali e farmacologiche. Il consiglio sulle terapie è collegato (riferimenti incrociati) ai dettagli sul piano terapeutico che sono troppo particolareggiati per essere inclusi nelle flowcharts. I dettagli sul piano terapeutico sono identificati con codici. Ad esempio, DEP 3, indica il dettaglio di intervento terapeutico numero 3 per la depressione Moderata-Grave.

- Le Linee Guida mhGAP utilizzano una serie di simboli per evidenziare alcuni aspetti all'interno delle colonne **valutare, decidere, curare** delle flowcharts. Un elenco dei simboli e la loro spiegazione si trovano nella sezione *Abbreviazioni e simboli*.

Introduzione

NOTA: per sviluppare un piano di gestione completa per la persona gli utilizzatori del mhGAP-IG devono iniziare dalla sezione **valutare e gestire** e passare per tutti i punti decisionali.



Istruzioni per utilizzare le flowcharts in modo corretto e completo

- » La seconda sezione di ogni modulo comprende i **Dettagli sul piano terapeutico** e offre maggiori indicazioni su follow up, invio specialistico e prevenzione delle recidive; inoltre offre dettagli tecnici sui trattamenti psicosociali e farmacologici, e sugli effetti collaterali importanti e eventuali interazioni di questi ultimi. I dettagli sul piano terapeutico sono presentati in un formato generico. Essi richiedono un opportuno adattamento, anche linguistico, alle condizioni locali, e possibilmente l'integrazione con esempi e illustrazioni per migliorarne la comprensione, l'accettabilità e la fattiva messa in atto.
- » Sebbene le mhGAP-IG siano principalmente focalizzate su interventi e trattamenti clinici, forniscono anche agli operatori sanitari suggerimenti per interventi evidence based di prevenzione nella comunità per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Alla fine della descrizione di alcune di queste condizioni si possono trovare delle **schede di prevenzione** contenenti gli interventi relativi.
- » La sezione V riguarda gli **"Interventi Psicosociali Avanzati"**. Negli intenti delle Linee Guida mhGAP, il termine "Interventi Psicosociali Avanzati" si riferisce a trattamenti che richiedono diverse ore del tempo di lavoro di un operatore sanitario per essere appresi e, tipicamente, diverse ore per essere applicati. I trattamenti di questo genere possono essere applicati in contesti sanitari non specialistici, ma solo quando sia disponibile un tempo sufficiente. Nelle flowcharts dei moduli, queste terapie sono indicate con l'abbreviazione **INT** ad indicare che richiedono un uso relativamente più intenso di risorse umane.

Introduzione



Documenti OMS correlati che possono essere scaricati dai seguenti link:

Valutazione dei disturbi da carenza di iodio e controllo della loro eliminazione: Una guida per i manager dei programmi.

Terza edizione (aggiornamento 1 Settembre 2008)

http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

CBR: Una strategia per la riabilitazione a parità di opportunità, la riduzione della povertà e l'inclusione sociale delle persone con disabilità (Joint Position Paper 2004)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

Gestione clinica dell'intossicazione acuta da pesticidi: prevenzione dei comportamenti suicidari

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilessia: Un manuale per i funzionari medici e clinici in Africa

http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

Linee guida IASC sulla salute mentale e il supporto psicosociale in emergenza

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf

Cura IMCI per lo sviluppo: per la crescita sana e lo sviluppo dei bambini

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

Miglioramento dei sistemi e dei servizi sanitari per la salute mentale

http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Alimentazione di neonati e bambini - strumenti e materiali

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

Gestione integrata delle malattie in adolescenti e adulti / Gestione integrata delle malattie infantili (IMAI /IMCI)

<http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/>

Gestione integrata delle malattie infantili (IMCI)

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

L'integrazione della salute mentale nelle cure primarie - una prospettiva globale

http://www.who.int/mental_health/policy/integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Serie Lancet sulla salute mentale globale 2007

http://www.who.int/mental_health/en/

Programma di azione sulla salute mentale Gap (mhGAP)

http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

mhGAP Evidence Resource Centre

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

Il trattamento farmacologico dei disturbi mentali nell'assistenza sanitaria di base

http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

Gravidanza, parto, post-parto e assistenza al neonato: Una guida per la pratica di base

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

Prevenire il suicidio: una serie di risorse

http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevenzione delle malattie cardiovascolari: linee guida per la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

La prevenzione dei disturbi mentali: Interventi efficaci e opzioni politiche

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Promuovere la salute mentale: Concetti, evidenze emerse, prassi

http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Organizzazione Mondiale Sanità - Strumento di valutazione per sistemi di salute mentale (WHO-AIMS)

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

Gli operatori sanitari dovrebbero seguire le buone pratiche cliniche nelle loro interazioni con tutte le persone in cerca di assistenza. Dovrebbero inoltre rispettare la privacy delle persone in cerca di cure per disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze, promuovere buone relazioni con loro e i loro familiari e/o accompagnatori e rispondere in modo non giudicante, non stigmatizzante e supportivo. Le seguenti azioni - chiave devono essere tenute presenti quando si utilizzano le Linee Guida mhGAP. Non vengono ripetute in ogni modulo.

1. La comunicazione con le persone in cerca di cure e i loro familiari e/o accompagnatori

- » Assicurarsi che la comunicazione sia chiara, empatica e sensibile alle differenze di età, sesso, cultura e lingua.
- » Essere costantemente amichevole, rispettoso e non giudicante.
- » Utilizzare un linguaggio semplice e chiaro.
- » Rispondere con sensibilità alla condivisione da parte del paziente di informazioni private e della propria sofferenza (ad esempio episodi di aggressione sessuale o autolesionismo).
- » Fornire alla persona in cerca di cure informazioni sul suo stato di salute, in termini comprensibili.
- » Interrogare la persona sulla consapevolezza della propria condizione.

2. Valutazione

- » Raccogliere informazioni sulla storia medica (anamnesi), sui problemi attuali, sulla storia pregressa e la storia familiare.
- » Effettuare una valutazione fisica generale.
- » Valutare, curare o considerare, a seconda del caso, tutte le patologie cliniche concomitanti.
- » Valutare i problemi psicosociali, prendendo nota dei disagi sociali e relazionali passati e attuali, delle circostanze di vita e di quelle finanziarie, e di tutti gli eventi di vita stressanti in corso.

3. Trattamento e monitoraggio

- » Definire l'importanza della terapia per la persona, così come la sua disponibilità a partecipare alla cura.
- » Definire gli obiettivi per il trattamento della persona interessata e creare un piano terapeutico che rispetti le sue preferenze di cura (anche quelle del familiare e/o accompagnatore che lo/a segue, se opportuno).
- » Elaborare un piano per dare continuità ai trattamenti e per costruire un follow-up, insieme alla persona.
- » Informare la persona sulla durata prevista del trattamento, i potenziali effetti collaterali della terapia, le eventuali terapie alternative, l'importanza dell'aderenza al programma terapeutico, e la probabile prognosi.
- » Rispondere alle domande e preoccupazioni della persona sul trattamento e comunicare speranze realistiche su un miglioramento del suo funzionamento e sulla sua ripresa.
- » Monitorare continuamente gli effetti e gli esiti del trattamento, le interazioni farmacologiche (comprese quelle con l'alcool, i farmaci da banco e le medicine tradizionali/complementari) e gli effetti collaterali del trattamento, e fare i dovuti aggiustamenti.
- » Agevolare l'invio allo specialista, se disponibile e secondo necessità.
- » Impegnarsi nel costruire per la persona contatti con le risorse comunitarie.
- » Al follow-up, rivalutare le aspettative della persona inerenti al trattamento, il suo stato clinico, la comprensione e l'aderenza al trattamento, e sforzarsi di correggere ogni idea sbagliata.

- » Incoraggiare l'automonitoraggio dei sintomi e spiegare quando chiedere aiuto immediatamente.
- » Documentare nella cartella clinica gli aspetti chiave delle interazioni con la persona e la famiglia.
- » Usare le risorse familiari e comunitarie per contattare le persone che non sono ritornate per il follow-up (controllo) regolare.
- » Chiedere visite di follow-up più frequenti per le donne in gravidanza o per le donne che la stanno pianificando.
- » Valutare i rischi potenziali dei farmaci sul feto o bambino quando si forniscono cure a donne in gravidanza o in fase di allattamento.
- » Assicurarsi che i bambini di donne in trattamento e che allattano siano monitorati per effetti collaterali o da sospensione della terapia farmacologica e fare un esame complessivo, se necessario.
- » Richiedere controlli di follow-up più frequenti per le persone anziane con disturbi prioritari con associata perdita di autonomia o in situazione di isolamento sociale.
- » Assicurarsi che le persone vengano trattate in modo olistico, rispondendo ai bisogni di salute mentale delle persone con disturbi fisici, così come ai bisogni di salute fisica delle persone con disturbi mentali.

4. Mobilitarsi ed offrire supporto sociale

- » Essere sensibili alle problematiche sociali che la persona si trova ad affrontare e considerare quanto queste possano influenzare la sua salute fisica, mentale ed il suo benessere generale.

Principi Generali di Cura



- » Quando opportuno, coinvolgere il familiare e/o accompagnatore nella cura della persona.
- » Se disponibile, incoraggiare il coinvolgimento nei gruppi di auto aiuto e di supporto ai familiari.
- » Identificare e mobilitare possibili fonti di sostegno sociale e comunitario nelle aree locali, inclusi i supporti educativi, relativi all'alloggio e professionali.
- » Per i bambini e gli adolescenti, coordinarsi con le scuole per mobilitare aiuti educativi e sociali, dove possibile.
- » Prestare particolare attenzione alla confidenzialità, così come al diritto della persona alla privacy.
- » Con il consenso della persona mantenere i familiari e/o accompagnatori informati sullo stato di salute della persona, comprese le questioni relative alla valutazione, trattamento, follow-up e potenziali effetti collaterali.
- » Prevenire lo stigma, la marginalizzazione e la discriminazione e favorire l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze, promuovendo forti legami con i settori lavorativi, educativi, sociali (inclusi i settori abitativi) ed ogni altro settore comunitario di rilievo.

5. Protezione dei diritti umani

- » Prestare particolare attenzione agli standards nazionali ed internazionali per i diritti umani (box 1).
- » Promuovere una vita autonoma ed indipendente nella comunità e scoraggiare le istituzionalizzazioni.
- » Offrire cure nel rispetto della dignità della persona, in modo sensibile e appropriato culturalmente, libero da discriminazioni sulla base della razza, del colore, del sesso, della lingua, della religione, delle opinioni politiche o di altro genere, delle origini etniche, indigene o sociali, dello status economico o di nascita, dell'età o di ogni altro stato.
- » Assicurarsi che la persona comprenda la terapia e fornisca un consenso valido e libero.
- » Coinvolgere i bambini e gli adolescenti nei trattamenti proposti in modo coerente con le loro capacità evolutive e dare loro la possibilità di discutere i loro dubbi in privato.

6. Attenzione al benessere generale

- » Fornire consigli sull'attività fisica e sul mantenimento di un peso corporeo adeguato.
- » Educare le persone circa l'uso pericoloso dell'alcool.
- » Incoraggiare la cessazione dell'uso di tabacco e sostanze psicotrope.
- » Fornire informazioni sui comportamenti a rischio (ad esempio sesso non protetto).
- » Effettuare regolarmente controlli sanitari per la salute fisica.
- » Preparare le persone ai cambiamenti degli stadi di sviluppo della vita, come la pubertà e la menopausa, e offrire loro il sostegno necessario.
- » Discutere della pianificazione di eventuali gravidanze e dei metodi contraccettivi con donne in età riproduttiva.

BOX 1

Standards internazionali chiave per i diritti umani

Convenzione contro le torture ed altri trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti. Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 39/46 annesso 39. UN Doc. A/39/51 (1984). Entrata in vigore il 26/6/1987.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>

Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione verso le donne (1979) Adottata dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 34/180 del 18 dicembre 1979.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e il protocollo facoltativo. Adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006.
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Convenzione sui diritti del bambino (1989). Adottata dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 44/25 del 20 Novembre 1989.
<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966). Adottato dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966.
<http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966). Adottato dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

mhGAP-IG Master Chart: quale(i) disturbo(i) prioritario andare a valutare?

1. Questi quadri sintomatologici, di comune presentazione, indicano la necessità di una valutazione.
2. Se le persone presentano sintomi relativi a più di un disturbo, è necessario valutare ogni disturbo.
3. Tutti i disturbi si riferiscono a tutte le età, se non diversamente specificato.

SINTOMI COMUNI

- » Scarsa energia, stanchezza, disturbi del sonno o dell'appetito
- » Persistente tristezza o ansia; irritabilità
- » Scarso interesse o piacere nelle attività che un tempo risultavano interessanti o piacevoli
- » Sintomi multipli con nessuna chiara causa fisica (ad esempio dolori, palpitazioni, intorpidimento)
- » Difficoltà nello svolgimento di lavori abituali, delle attività scolastiche, domestiche o sociali

DISTURBO
DA VALUTARE

Depressione * ‡

VAI A

DEP

10

- » Comportamenti anomali o disorganizzati (per esempio discorsi incoerenti o incomprensibili, aspetto insolito, mancanza di cura della propria persona, aspetto trasandato)
- » Deliri (idea o sospetto falsi, in cui la persona crede fermamente)
- » Allucinazioni (sentire voci o vedere cose che non ci sono)
- » Trascurare le responsabilità abituali legate al lavoro, alla scuola, alle attività domestiche o sociali
- » Sintomi maniacali (per diversi giorni la persona si sente felice in maniera anormale, troppo energica, troppo loquace, molto irritabile, non dorme, ha un comportamento sconsiderato)

Psicosi *

PSY

18

- » Movimento convulsivo o convulsioni / crisi epilettiche
- » Durante le convulsioni:
 - Perdita di coscienza o alterazione della coscienza
 - Improvviso arresto motorio, rigidità
 - Morso della lingua, lesioni traumatiche, incontinenza urinaria o fecale
- » Dopo le convulsioni: stanchezza, sonnolenza, confusione, comportamento anomalo, mal di testa, dolori muscolari o debolezza di un lato del corpo

Epilessia / crisi
epilettiche

EPI

32

- » Ritardo dello sviluppo: l'apprendimento molto più lento rispetto ad altri bambini della stessa età in attività come: sorridere, stare seduto, in piedi, camminare, parlare / comunicare e in altre aree di sviluppo, come la lettura e la scrittura
- » Anomalie nella comunicazione, comportamento limitato, ripetitivo
- » Difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane normali per quell'età

Disturbi dello
sviluppo

DEV

40



Bambini / adolescenti

- » Disattenzione eccessiva e distrazione, interruzione continua delle attività prima di riuscire a portarle a compimento e passaggio ad altre attività
- » Iperattività eccessiva: eccessivo correre, estrema difficoltà a rimanere seduti, parlare eccessivamente o agitarsi
- » Impulsività eccessiva: fare spesso le cose senza pensarci prima
- » Comportamento ripetuto di continuo disturbo agli altri (ad esempio, attacchi di collera insoliti, frequenti e gravi, comportamento crudele, disobbedienza persistente e grave, tendenza a rubare)
- » Cambiamenti improvvisi nel comportamento o nei rapporti con i coetanei, tra cui l'isolamento e la rabbia

Disturbi comportamentali

BEH



Bambini / adolescenti

44

- » Deterioramento della memoria o problemi di memoria (grave smemoratezza) e di orientamento (consapevolezza del tempo, dello spazio e di sé)
- » Disturbi dell'umore oppure problemi comportamentali come apatia (l'apparire disinteressato) o irritabilità
- » Perdita del controllo emotivo - facile suscettibilità, irritabilità o tendenza al pianto
- » Difficoltà nello svolgimento di lavori abituali e delle attività domestiche o sociali

Demenza

DEM



Anziani

50

- » Aspetto che rivela l'essere sotto l'effetto di alcool (per esempio odore di alcool nell'alito, sembrare ubriaco, barcollare)
- » Presentarsi con un infortunio
- » Sintomi somatici associati all'uso di alcool (per esempio insonnia, stanchezza, anoressia, nausea, vomito, disturbi digestivi, diarrea, mal di testa)
- » Difficoltà nello svolgimento del lavoro abituale, delle attività scolastiche, domestiche o sociali

Disturbi dovuti all'uso di alcool

ALC

58

- » Apparire sotto l'effetto di droghe (ad esempio, scarsa energia, agitazione, irrequietezza, parlare farfugliando)
- » Segni da uso di droga (segni di iniezione, infezioni della pelle, aspetto trasandato)
- » Richiesta di prescrizione di farmaci sedativi (compresse per dormire, oppioidi)
- » Difficoltà finanziarie o problemi legali connessi alla criminalità
- » Difficoltà nello svolgimento del lavoro abituale, di attività scolastiche, domestiche o sociali

Disturbi dovuti all'uso di droghe

DRU

66

- » Pensieri ricorrenti, pianificazione o atti di autolesionismo o tentato suicidio
- » Presenza nella storia personale di pensieri, pianificazioni o atti di autolesionismo o tentato suicidio

Autolesionismo / Suicidio

SUI

74

* Il modulo **Disturbo Bipolare (BPD)** è accessibile sia attraverso il modulo **Psicosi** che il modulo **Depressione**.

† Al modulo **Altri sintomi emotivi importanti o lamentele somatiche non spiegabili da una condizione medica generale (OTH)** si può accedere attraverso il modulo **Depressione**.

Depressione Moderata - Grave

Negli episodi depressivi tipici, la persona sperimenta un umore depresso, perdita d'interesse e della capacità di godere delle cose e una diminuzione del livello di energia vitale che provoca una riduzione delle attività per almeno due settimane. Molte persone con depressione soffrono anche di sintomi d'ansia e somatici che non trovano spiegazione dal punto di vista medico.

Questo modulo copre la Depressione Moderata-Grave nell'arco della vita compresa l'infanzia, l'adolescenza e la vecchiaia.

Una persona che si collochi nella categoria della Depressione Moderata-Grave delle Linee Guida mhGAP ha difficoltà nel portare a termine le sue abituali attività lavorative, scolastiche, domestiche o sociali a causa dei sintomi della depressione.

Il trattamento dei sintomi che non siano dovuti alla Depressione Moderata-Grave è descritto nel modulo "Altri Sintomi Emotivi Importanti o Lamentele Somatiche non spiegabili da una condizione medica generale"» OTH

Si noti che persone esposte a gravi avversità contingenti spesso sperimentano difficoltà psicologiche compatibili con i sintomi della depressione, ma non necessariamente siano affette da Depressione Moderata - Grave. Nel considerare se la persona abbia una Depressione Moderata - Grave, è essenziale valutare non solo la presenza dei sintomi specifici, ma anche se a causa di questi vi siano difficoltà nel funzionamento quotidiano.

1. La persona ha una depressione moderata - grave?

» Per almeno 2 settimane la persona ha manifestato almeno 2 dei seguenti sintomi principali:

- Umore depresso (la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno) *(per bambini e adolescenti: irritabilità o umore depresso)*
- Perdita di interesse o piacere in attività di solito piacevoli
- Diminuita energia o facile affaticamento

» Nelle ultime 2 settimane ha mostrato almeno 3 altri sintomi depressivi:

- Concentrazione e attenzione ridotte
- Ridotta autostima e fiducia in sé
- Senso di colpa e indegnità
- Visione del futuro negativa e pessimistica
- Idee o gesti autolesivi o suicidari
- Disturbi del sonno
- Riduzione dell'appetito

» La persona presenta difficoltà nello svolgimento del proprio lavoro abituale, delle attività scolastiche, domestiche o sociali?

SI

Se **SI** a tutte e tre le domande è probabile vi sia una depressione moderata - grave

- » Psicoeducazione. » **DEP 2.1**
- » Affrontare i fattori di stress psicosociale. » **DEP 2.2**
- » Riattivare le reti sociali. » **DEP 2.3**
- » Considerare gli antidepressivi. » **DEP 3**
- » Se disponibile, consigliare terapia interpersonale, attivazione comportamentale o terapia cognito comportamentale. » **INT**
- » Se disponibili, considerare trattamenti aggiuntivi: programmi strutturati di attività fisica » **DEP 2.4**, tecniche di rilassamento o terapie di problem - solving. » **INT**
- » **NON** curare i sintomi con iniezioni o altri trattamenti inefficaci (es.: vitamine). ❌
- » Programmare follow-up regolari. » **DEP 2.5**

NO

Se **NO** ad alcune o a tutte e tre le domande e se non sono state identificati disturbi prioritari nella Master Chart

- » Uscire da questo modulo ed effettuare la valutazione per **Altri Disturbi Emotivi Importanti** o **lamentele somatiche non spiegabili da una condizione medica generale.** » **OTH**

Verificare se vi sono stati lutti recenti o altre perdite gravi nei 2 mesi precedenti



In caso di lutti recenti o altre gravi perdite

Seguire le indicazioni di cui sopra ma **NON** considerare gli antidepressivi o la psicoterapia come terapia di prima scelta. ❌ Discutere e sostenere un processo di elaborazione del lutto culturalmente appropriato.



Depressione

Guida alla diagnosi e alla cura

DEP1

2. La persona soffre di depressione bipolare?

- » Informarsi riguardo a **precedenti episodi di sintomi maniacali**, con sintomi quali umore estremamente elevato, espansivo o irritabile, iperattività ed estrema logorrea, fuga d'idee, estrema riduzione del bisogno di sonno, grandiosità, estrema distraibilità e comportamenti sconsiderati. Vai al modulo Disturbo Bipolare » **BPD**

SI

La **Depressione Bipolare** è probabile se la persona ha avuto:

- » 3 o più sintomi maniacali per almeno 1 settimana, OPPURE
- » Una diagnosi precedentemente accertata di disturbo bipolare

» Trattare la depressione bipolare. Vai al Modulo Disturbo Bipolare » **BPD**

NOTA: le persone con depressione bipolare sono a rischio di sviluppare mania. Il loro trattamento è diverso!

3. La persona ha una depressione con aspetti di tipo psicotico (deliri, allucinazioni, stupore)?

SI

Se SI

» Aggiungere al trattamento di cui sopra per la depressione moderata-grave un antipsicotico consultando uno specialista. 🧑🏻‍⚕️
Vai al Modulo Psicosi. » **PSY**

4. Condizioni concomitanti

- » **(Ri)considerare il rischio di suicidio /autolesionismo** (vedi Master Chart)
- » **(Ri)considerare la possibilità della presenza di un disturbo da uso di alcool o di altre sostanze** (vedi Master Chart)
- » **Verificare la presenza di patologie mediche concomitanti**, specialmente segni / sintomi suggestivi di ipotiroidismo, anemia, tumori, ictus, ipertensione, diabete, HIV/AIDS, obesità o dovute all'uso di farmaci che possano causare o esacerbare la depressione (come gli steroidi).

SI

Se è presente una condizione concomitante

» Curare sia la depressione moderata-grave che la condizione concomitante.
» Controllare l'aderenza alla terapia della patologia medica concomitante, perché la depressione può ridurla.

5. La persona è una donna in età riproduttiva



Informarsi rispetto a:

- » Gravidanza attuale nota o possibile
- » Data dell'ultima mestruazione, se gravida
- » Allattamento al seno in atto

SI

Se gravida o sta allattando



Seguire i consigli di trattamento sopra indicati per la depressione da moderata a grave, ma

- » In gravidanza e allattamento gli antidepressivi andrebbero evitati per quanto possibile. ❌
- » Se non vi è risposta al trattamento psicosociale prendere in considerazione l'uso dei più bassi dosaggi efficaci di antidepressivi.
- » **CONSULTARE UNO SPECIALISTA** 🚑
- » Se sta allattando evitare farmaci a lunga azione, come la fluoxetina

6. La persona è un bambino o un adolescente



Se ha meno di 12 anni

- » **NON** prescrivere farmaci antidepressivi. ❌
- » Offrire psicoeducazione ai genitori. » **DEP 2.1**
- » Affrontare i fattori psicosociali di stress. » **DEP 2.2**
- » Programmare un follow-up regolare. » **DEP 2.5**

Se ha più di 12 anni

- » **NON** considerare i farmaci antidepressivi come trattamento di prima scelta. ❌
- » Psicoeducazione. » **DEP 2.1**
- » Affrontare i fattori psicosociali di stress. » **DEP 2.2**
- » Se disponibile, prendere in considerazione una psicoterapia interpersonale (IPT) o una terapia cognitivo comportamentale (CBT), l'attivazione comportamentale. » **INT**
- » Se disponibile prendere in considerazione un trattamento aggiuntivo con un programma strutturato di attività fisica » **DEP 2.4**, tecniche di rilassamento o terapia di problem solving. » **INT**
- » Quando gli interventi psicosociali si dimostrano inefficaci, prendere in considerazione la fluoxetina (ma non altri SSRI o triciclici). » **DEP 3**
- » Programmare un follow-up regolare. » **DEP 2.5**

Depressione

Dettagli sul piano terapeutico



DEP2

Interventi e consigli psicosociali / non farmacologici

2.1 Psicoeducazione

(per la persona o la sua famiglia, se opportuno)

- » La depressione è un problema molto comune che può capitare a chiunque.
- » Le persone depresse tendono ad avere opinioni negative non realistiche riguardo a se stesse, la loro vita e il loro futuro.
- » È possibile un trattamento efficace. Generalmente è necessaria almeno qualche settimana prima che il trattamento riduca i sintomi depressivi. È importante l'aderenza a tutti i trattamenti che vengono prescritti.
- » Vanno enfatizzati i seguenti punti:
 - l'importanza di **continuare** il più a lungo possibile **le attività che di solito erano considerate interessanti o davano piacere** indipendentemente dal fatto che al momento attuale non sembrino interessanti o non diano piacere;
 - l'importanza di cercare di **mantenere un ciclo regolare di sonno** (ad esempio andando a letto ogni notte alla stessa ora, cercando di mantenere lo stesso numero di ore di sonno di prima, evitando di dormire troppo);
 - Il beneficio di **un'attività fisica regolare**, per quanto possibile;
 - il beneficio di **un'attività sociale regolare**, inclusa la partecipazione alle comuni attività sociali, per quanto possibile;
 - individuare **pensieri autolesivi e suicidari** e tornare a cercare aiuto quando si presentano,
 - nelle persone anziane l'importanza di continuare a chiedere aiuto per i problemi di salute fisica.

2.2 Affrontare i fattori di stress psicosociali presenti

- » Offrire alla persona la **possibilità di parlare**, preferibilmente in uno spazio privato. Far esprimere l'opinione soggettiva della persona circa le cause dei suoi sintomi.
- » Fare domande sui **fattori di stress psicosociali presenti** e nei limiti del possibile occuparsi delle istanze sociali pertinenti e del problem solving per i fattori di stress psicosociali o le difficoltà relazionali con l'aiuto dei servizi e delle risorse di comunità.
- » Valutare e gestire tutte le situazioni di **maltrattamento, abuso** (ad esempio la violenza domestica) e **di abbandono** (ad esempio di bambini o anziani). Prendere contatto con le risorse legali e comunitarie, se opportuno.
- » **Nei bambini e negli adolescenti:** 
 - valutare e trattare i problemi **mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze** (in particolare la depressione) nei genitori (vai alla Master Chart)
 - valutare i **fattori di stress psicosociali dei genitori** e trattarli nei limiti del possibile con l'aiuto dei servizi e delle risorse della comunità.
 - valutare e trattare **maltrattamento, esclusione, bullismo** (chiedere direttamente al bambino/adolescente)
 - nel caso ci siano **problemi di rendimento scolastico**, discutere con gli insegnanti su come sostenere lo studente
 - fornire una formazione culturalmente rilevante sulle competenze genitoriali, se disponibile. »INT

2.3 Riattivare le reti sociali

- » Identificare le **attività sociali precedentemente svolte** dalla persona che, se ricominciate, avrebbero la potenzialità di fornire un sostegno psicosociale diretto o indiretto (esempio riunioni di famiglia, uscite con gli amici, visite ai vicini, attività sociali sui posti di lavoro, attività sportive e comunitarie).
- » Investire sui punti di forza e sulle abilità della persona ed incoraggiarla attivamente a **riprendere le attività sociali precedenti** per quanto possibile.

2.4 Programmi strutturati di attività fisica

(opzione aggiuntiva per il trattamento della depressione moderata-grave)

- » Organizzazione di attività fisica di durata moderata (esempio 45 minuti tre volte alla settimana).
- » Esplorare con la persona quale genere di attività fisica sia più gradito, sostenerla ad aumentare gradualmente la quantità di attività fisica, iniziando ad esempio con 5 minuti di attività.

2.5 Offrire un follow-up regolare

- » Seguire il paziente regolarmente (per esempio personalmente nel servizio, per via telefonica o attraverso l'operatore sanitario o infermiere di comunità).
- » Rivalutare la persona rispetto ai miglioramenti (ad esempio ogni 4 settimane).



Trattamento con antidepressivi

3.1 Trattamento con farmaci antidepressivi

» Selezionare un antidepressivo

- Selezionare un antidepressivo dal prontuario nazionale o dell'OMS. La Fluoxetina (ma non altri inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e l'Amitriptilina (come altri antidepressivi triciclici (TCA)) sono gli antidepressivi indicati nel prontuario dell'O.M.S. e si trovano sulla Lista Modello dei Farmaci Essenziali dell'O.M.S., vedere » **DEP 3.5**
- nel selezionare un antidepressivo per la persona, considerare il suo quadro sintomatico, il profilo degli effetti collaterali del farmaco e l'efficacia dei precedenti trattamenti antidepressivi, se ce ne sono stati.
- per le condizioni mediche in comorbidità: prima di prescrivere un antidepressivo, considerarne l'interazione potenziale: farmaco-malattia o farmaco-farmaco. Consultare il prontuario nazionale o quello dell' O.M.S.
- la combinazione degli antidepressivi con altri farmaci psicotropi richiede la supervisione o la consulenza di uno specialista . 

» Spiegare alla persona ed alla famiglia

- Il ritardo nella comparsa degli effetti terapeutici dell'antidepressivo;
- i potenziali effetti collaterali ed i rischi di questi sintomi;
- la necessità di chiedere aiuto con prontezza qualora questi creino disagio e come identificare i segni della maniacalità;
- la possibilità di comparsa di sintomi da discontinuità/sospensione nel caso si saltino le dosi, e che questi segni sono di solito lievi ed autolimitanti ma occasionalmente possono essere gravi, soprattutto se il trattamento è interrotto bruscamente. Comunque gli antidepressivi non inducono dipendenza;
- la durata del trattamento, sottolineando che gli antidepressivi sono efficaci sia nel trattare la depressione che nel prevenirne le recidive.

3.2 Precauzioni da osservare per il trattamento antidepressivo in popolazioni speciali !

» Persone con idee, piani o atti di autolesionismo o suicidio

- Gli SSRI sono la prima scelta.
- Monitoraggi frequenti (ad es. una volta alla settimana).
- Per evitare il sovradosaggio in persone a rischio imminente di autolesionismo/ suicidio, assicurarsi che queste persone abbiano accesso solo ad un limitato quantitativo di antidepressivi (ad es. rifornirli per una settimana alla volta). Vedere il modulo Autolesionismo/Suicidio.  » **SUI 1**

» Adolescenti da dodici anni in su

- Quando gli interventi psicosociali si dimostrano inefficaci, considerare la fluoxetina (ma non altri SSRI o triciclici).
- Ove possibile, consultarsi con uno specialista nel trattare gli adolescenti con fluoxetina. 
- Monitorare gli adolescenti trattati con fluoxetina (idealmente una volta alla settimana) rispetto alla comparsa di idee suicidarie durante il primo mese di trattamento. Avvertire l'adolescente e i genitori dell'aumentato rischio di idee suicidarie e della necessità di prendere urgente contatto con i servizi se dovessero notare questi sintomi.

» Anziani

- I TCA andrebbero evitati, se possibile. Gli SSRI sono la prima scelta.
- Monitorare con cura gli effetti collaterali, soprattutto con i TCA.
- Considerare l'aumentato rischio di interazioni farmacologiche e aspettare tempi di risposta più lunghi (un minimo di 6-8 settimane prima di considerare un farmaco inefficace e 12 settimane se in questo periodo vi è una risposta parziale).

» Persone con malattie cardiovascolari

- Gli SSRI sono la prima scelta.
- **NON** prescrivere TCA a persone a rischio di aritmie cardiache gravi o con infarto miocardico recente. 

- in tutti i casi cardiovascolari, misurare la pressione arteriosa prima di prescrivere TCA e fare attenzione all'ipotensione ortostatica una volta che il trattamento con TCA è stato iniziato.

3.3 Monitoraggio delle persone in trattamento antidepressivo

- » Se nel corso del trattamento emergono **sintomi maniacali**: interrompere immediatamente gli antidepressivi e valutare e trattare la psicosi e il disturbo bipolare.  » **BPD**

- » Se le persone in trattamento con SSRI mostrano **acatisia marcata/prolungata** (irrequietezza interiore o incapacità di restare fermi), riesaminare il trattamento. Passare all'uso di TCA o considerare l'uso concomitante di diazepam (5 - 10 mg / die) per un breve periodo (1 settimana). Qualora si passasse ai TCA, tenere presente la tollerabilità ridotta rispetto ai farmaci SSRI e l'aumento del rischio di cardio - tossicità e tossicità in caso di sovradosaggio.

- » Se vi è **scarsa aderenza**, identificare e tentare di affrontare le ragioni della stessa (ad es. effetti collaterali, costi, convinzioni personali sulla malattia e sul trattamento).

- » Se la **risposta è inadeguata** (aggravamento dei sintomi o mancato miglioramento dopo 4-6 settimane) rivalutare la diagnosi (incluse le diagnosi in comorbidità) e verificare se il trattamento è stato assunto regolarmente e prescritto al massimo dosaggio. Prendere in considerazione l'aumento della dose. Se i sintomi persistono per 4-6 settimane dopo la prescrizione del dosaggio massimo, allora prendere in considerazione il passaggio ad un altro trattamento (ad es. trattamento psicologico » **INT**, classi differenti di antidepressivi » **DEP3.5**). passare da un antidepressivo all'altro con attenzione, cioè: sospendere il primo farmaco; lasciare uno spazio di qualche giorno se clinicamente possibile; iniziare il secondo farmaco. Se si passa dalla fluoxetina ai TCA, l'intervallo dovrebbe essere più lungo, ad esempio una settimana.

Depressione

DEP3

Dettagli sul piano terapeutico

- » Se la **risposta è assente** dopo aver provato in modo adeguato due antidepressivi o è assente dopo il ricorso ad un antidepressivo ed a un trattamento CBT o IPT: **consultare uno specialista** 🧑🏻‍⚕️

3.4 Concludere un trattamento farmacologico antidepressivo

- » **Prendere in considerazione la sospensione** di un trattamento antidepressivo quando la persona (a) non ha più o ha minimi sintomi depressivi per 9-12 mesi e (b) è stata in grado di svolgere le sue attività ordinarie per lo stesso periodo di tempo.
 - » **Concludere il contatto terapeutico** come segue:
 - Discutere anticipatamente con la persona circa la fine del trattamento.
 - Per i TCA e la maggioranza dei SSRI (ma più rapidamente per la fluoxetina): ridurre gradualmente le dosi per un periodo di almeno 4 settimane; alcune persone possono richiedere periodi più lunghi.
 - Ricordare alla persona la possibilità di comparsa di sintomi da discontinuità/sospensione del farmaco o da riduzione del dosaggio e che questi sintomi sono di solito lievi o autolimitanti, ma possono essere occasionalmente gravi, in modo particolare se il trattamento viene sospeso bruscamente.
 - Dare indicazioni sui sintomi precoci di eventuale ricaduta (ad es. alterazioni del sonno o dell'appetito per più di 3 giorni) e su quando presentarsi ai controlli di routine.
 - Ripetere i messaggi psicoeducazionali, in quanto importanti
- » DEP 2.1

- » **Monitorare e gestire i sintomi da sospensione degli antidepressivi** (comuni: vertigini, formicolii, ansia, irritabilità, stanchezza, cefalea, nausea, problemi di sonno).
 - Se sintomi da sospensione modesti: rassicurare la persona e monitorare i sintomi.
 - Se sintomi da astinenza gravi: reintrodurre l'antidepressivo alla dose efficace e ridurre più gradualmente.
 - **Consultare uno specialista** 🧑🏻‍⚕️ se persistono sintomi da discontinuità/sospensione significativi.
- » **Monitorare la ricomparsa di sintomi depressivi** durante la sospensione della terapia: prescrivere lo stesso antidepressivo alla dose precedentemente efficace per almeno altri 12 mesi se i sintomi riemergono.

Dettagli sul piano terapeutico

Queste informazioni hanno valore puramente indicativo e non vogliono essere una guida esaustiva sull'uso dei farmaci, della loro posologia e dei loro effetti collaterali. Maggiori dettagli sono riportati nel "Trattamento farmacologico dei disturbi mentali nell'assistenza sanitaria di base" (OMS, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

3.5 Informazioni relative agli SSRI e TCA

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI; es. fluoxetina)

Effetti collaterali gravi (rari)

- » Marcata / prolungata acatisia (irrequietezza interiore o incapacità a stare fermi);
- » Emorragie anomale in coloro che utilizzano regolarmente l'aspirina e altri farmaci anti-infiammatori non steroidei.

Effetti collaterali comuni

(la maggior parte degli effetti collaterali diminuiscono dopo alcuni giorni; nessuno è permanente)

- » Irrequietezza, nervosismo, insonnia, anoressia e altri disturbi gastrointestinali, cefalea, disfunzioni sessuali.

Avvertenze

- » Rischio di indurre stati maniacali nelle persone con disturbo bipolare.

Tempo di risposta dopo l'inizio della posologia adeguata

- » 4-6 settimane.

Dosaggio fluoxetina negli adulti sani

- » Iniziare il trattamento con 20 mg al giorno (per ridurre il rischio di effetti collaterali che compromettono l'aderenza, si può iniziare con 10 mg (es. mezza compressa) una volta al giorno e aumentare a 20 mg se il farmaco è tollerato).
- » In assenza di risposta in 4-6 settimane o risposta parziale in 6 settimane, aumentare la dose di 20 mg (dose massima 60 mg) secondo la tollerabilità e risposta dei sintomi.

Dosaggio fluoxetina negli adolescenti

- » Iniziare il trattamento con 10 mg (es. mezza compressa) una volta al giorno e aumentare a 20 mg dopo 1-2 settimane (dose massima 20 mg)
- » In assenza di risposta in 6-12 settimane o risposta parziale in 12 settimane, consultare uno specialista.

Dosaggio fluoxetina nei pazienti anziani o affetti da patologia medica

- » Iniziare il trattamento con 10 mg (se disponibile) una volta al giorno o 20 mg a giorni alterni per 1-2 settimane e poi aumentare a 20 mg se tollerato.
- » In assenza di risposta in 6-12 settimane o risposta parziale in 12 settimane, aumentare gradualmente la dose (dose massima 60 mg). Aumentare la dose in modo più graduale rispetto agli adulti sani.

Antidepressivi triciclici (TCA; es. amitriptilina)

Effetti collaterali gravi (rari)

- » aritmia cardiaca.

Effetti collaterali comuni

(la maggior parte degli effetti collaterali diminuiscono dopo alcuni giorni; nessuno è permanente)

- » Ipotensione ortostatica (rischio di caduta), secchezza delle fauci, stipsi, difficoltà a urinare, vertigini, visione offuscata e sedazione.

Avvertenze

- » Rischio di indurre stati maniacali, soprattutto nelle persone con disturbo bipolare;
- » Compromissione della capacità di eseguire alcuni compiti più complicati (per esempio guidare) - prendere precauzioni fino a quando si è abituati al farmaco;
- » Rischio di autolesionismo (letale in overdose);
- » Terapia meno efficace e sedazione maggiore se somministrata a utenti consumatori regolari di alcool.

Tempo di risposta dopo l'inizio della posologia adeguata

- » 4-6 settimane (il dolore e il sonno tendono a migliorare in pochi giorni).

Dosaggio amitriptilina negli adulti sani

- » Iniziare il trattamento con 50 mg prima di coricarsi.
- » Aumentare di 25 - 50 mg ogni 1 - 2 settimane, puntando ad un dosaggio target di 100 - 150 mg da raggiungere in 4-6 settimane a seconda della risposta e della tollerabilità.
- » In assenza di risposta in 4-6 settimane o risposta parziale in 6 settimane, aumentare gradualmente la dose (dose massima 200 mg) in dosi frazionate (oppure un'unica dose di notte).

Dosaggio amitriptilina negli adolescenti

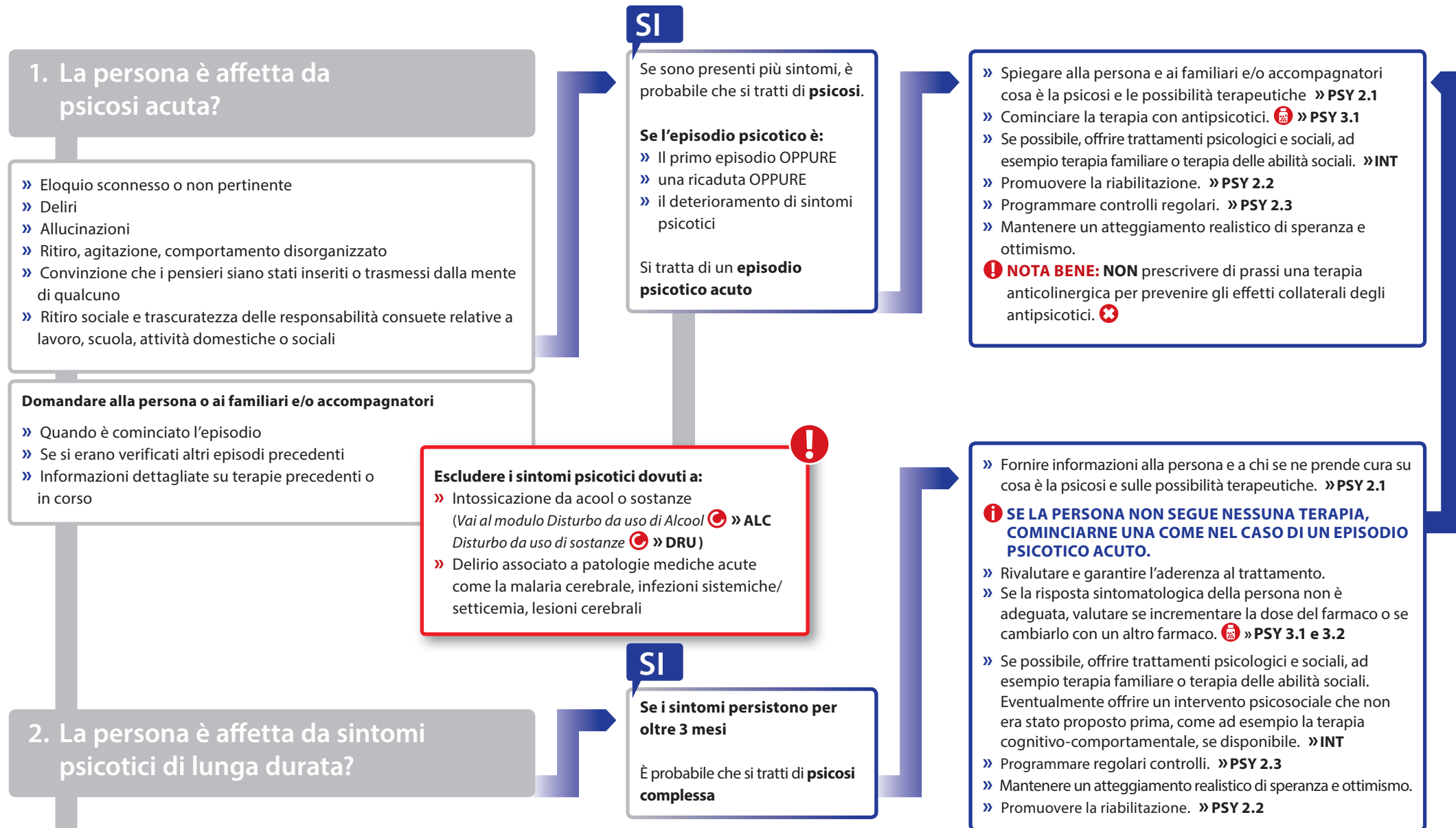
- » **NON prescrivere** l'amitriptilina negli adolescenti. ❌

Dosaggio amitriptilina negli anziani o affetti da patologia medica

- » Iniziare con 25 mg prima di coricarsi.
- » Aumentare di 25 mg ogni settimana, puntando ad un dosaggio target di 50 - 75 mg da raggiungere in 4-6 settimane.
- » In assenza di risposta in 6-12 settimane o risposta parziale in 12 settimane, aumentare gradualmente la dose (dose massima 100 mg) in dosi frazionate.
- » Monitorare l'ipotensione ortostatica.

La psicosi è caratterizzata da distorsioni del pensiero e della percezione, nonché da una gamma incoerente e limitata di emozioni. Può essere presente un eloquio sconnesso o non pertinente. Si possono presentare anche allucinazioni (sentire voci o vedere cose che non ci sono), deliri (fissazioni e convinzioni false idiosincratiche) o sospettosità eccessiva e infondata. Si possono osservare anche gravi anomalie nel comportamento, come un comportamento disorganizzato, agitazione, eccitazione e inattività o iperattività. Si possono rilevare inoltre problematiche emotive, come ad esempio un'apatia marcata o una sconnessione tra l'emozione dichiarata e l'affettività osservabile (in termini di espressione facciale o linguaggio corporeo). Le persone affette da psicosi sono esposte a un elevato rischio di violazione dei diritti umani.

Guida alla diagnosi e alla cura



Guida alla diagnosi e alla cura

3. La persona ha un episodio maniacale acuto?

Verificare la presenza di:

- » Diversi giorni di:
 - Umore eccessivamente elevato o irritabile
 - Energia e attività eccessive
 - Eloquio eccessivo
 - Avventatezza
- » Episodi precedenti di:
 - Umore depresso
 - Energia e attività ridotte
 (vai al modulo Depressione per maggiori dettagli). » **DEP**

NOTA BENE:

- » Anche le persone che soffrono solo di episodi maniacali (senza depressione) sono diagnosticati come affetti da disturbo bipolare.
- » Nel disturbo bipolare è frequente un recupero completo tra un episodio e quello successivo.

SI

Se SI, potrebbe trattarsi di disturbo bipolare

» Abbandona questo modulo e vai al modulo **Disturbo Bipolare » BPD**

4. Verificare la concomitanza di altri disturbi

- » Disturbi da uso di alcool o da uso di droga
- » Suicidio / autolesionismo
- » Demenza
- » Patologie mediche concomitanti: *verificare in particolare segni/sintomi di ictus, diabete, ipertensione, HIV/AIDS, malaria cerebrale o farmaci (p.es. steroidi)*

SI

se SI, allora

» Curare sia la psicosi che il disturbo concomitante.

Donna in età fertile?



- » Nel caso di una donna in gravidanza, coordinarsi con il ginecologo o lo specialista di salute materno infantile (se disponibile) per organizzare le cure. 🚑
- » Illustrare il rischio di conseguenze indesiderate per la madre e il bambino, compreso il rischio di complicazioni ostetriche alla nascita e ricadute psicotiche (specialmente se la terapia viene modificata o sospesa).
- » Alle donne con psicosi che stanno pianificando una gravidanza, che sono in gravidanza o che allattano, dovrebbe essere consigliata una terapia orale con aloperidone o clorpromazina a basso dosaggio.
- » È da evitare l'utilizzo di routine di antipsicotici in forma depot.

Dettagli sul piano terapeutico

Interventi psicosociali

2.1 Psicoeducazione

» Messaggi da trasmettere alla persona affetta da psicosi, sostenere:

- la sua capacità di ripresa;
- l'importanza di mantenere, per quanto possibile, regolari attività sociali, educative e occupazionali;
- come la sofferenza e i problemi possano essere ridotti con la terapia;
- l'importanza di assumere i farmaci con regolarità;
- il diritto della persona ad essere coinvolta in tutte le decisioni relative alla propria terapia;
- l'importanza di mantenersi in salute (per esempio dieta sana, esercizio fisico, igiene personale).

» Ulteriori messaggi da trasmettere ai familiari della persona affetta da psicosi

- la persona con psicosi può udire voci o credere fermamente in cose che non sono reali;
- la persona affetta da psicosi spesso non riconosce di essere malata e può reagire talvolta con ostilità;
- l'importanza di riconoscere la ricomparsa/il peggioramento dei sintomi e di tornare a chiedere una nuova valutazione;
- sottolineare l'importanza di coinvolgere la persona in seno alla famiglia e nelle altre attività sociali;
- i familiari dovrebbero evitare di manifestare un giudizio severo e immutabile oppure ostilità verso la persona con psicosi;
- le persone affette da psicosi sono spesso oggetto di discriminazione mentre dovrebbero godere degli stessi diritti di cui godono tutte le persone;
- una persona affetta da psicosi può avere difficoltà a recuperare o a funzionare in ambienti di lavoro o di vita estremamente stressanti;
- è opportuno che la persona abbia un lavoro o altrimenti un'altra occupazione importante;

– in genere è preferibile che la persona viva in famiglia o in comunità, ovvero in un ambiente supportivo di tipo non-ospedaliero. Evitare ricoveri per periodi prolungati.

2.2 Promuovere la riabilitazione nella comunità

Coinvolgere attivamente le persone con psicosi e i loro familiari e/o accompagnatori nella progettazione, realizzazione e valutazione di questi trattamenti.

- » Coordinare i trattamenti con il personale sanitario e con i colleghi dei servizi sociali, comprese le organizzazioni che si occupano di disabilità.
- » Facilitare i contatti con le risorse sanitarie e sociali disponibili allo scopo di rispondere ai bisogni fisici, sociali e di salute mentale della famiglia.
- » Incoraggiare attivamente la persona a riprendere le sue attività sociali, di formazione e occupazionali con le modalità opportune, e consigliare i familiari su questi temi. Favorire l'integrazione in attività economiche e sociali, compreso un inserimento lavorativo protetto in un contesto socialmente e culturalmente appropriato. Le persone affette da psicosi sono spesso vittime di discriminazione, quindi è importante cercare di superare i pregiudizi interiorizzati e quelli esterni, lavorando per il conseguimento della migliore qualità di vita possibile. Collaborare con gli enti locali nella ricerca di opportunità lavorative o formative adeguate ai bisogni e alle competenze della persona.

» Valutare una possibilità di alloggiativa protetta/con assistenza, quando necessario e disponibile. Valutare attentamente la capacità funzionale individuale e il bisogno di assistenza della persona per consigliare o ricercare soluzioni abitative ottimali, tenendo ben presente i diritti umani della persona.

2.3 Follow-up

- » Le persone affette da psicosi hanno bisogno di regolari follow-up (controlli).
- » All'inizio il *follow-up* deve essere il più frequente possibile, perfino giornaliero, fino a quando i sintomi acuti cominciano a rispondere alla terapia. Quando i sintomi sono regrediti, si consiglia un controllo mensile o trimestrale sulla base dei bisogni clinici e di altri elementi logistici (disponibilità di operatori, distanza dal centro, ecc.).
- » Mantenere un atteggiamento realistico di speranza e ottimismo durante il trattamento.
- » Ad ogni appuntamento di *follow-up*, valutare i sintomi, gli effetti collaterali della terapia farmacologica e la compliance. La mancata aderenza alla terapia è un problema frequente; in tali casi il coinvolgimento dei familiari e/o accompagnatori è fondamentale.
- » Valutare e curare eventuali patologie concomitanti.
- » Valutare la necessità di trattamenti psicosociali ad ogni appuntamento di *follow-up*.



Dettagli sul piano terapeutico

Terapie farmacologiche

3.1 Iniziare i farmaci antipsicotici

- » Per un controllo tempestivo dei sintomi psicotici acuti, è opportuno che gli operatori sanitari inizino il trattamento con farmaci antipsicotici immediatamente dopo la valutazione/diagnosi. Scegliere la somministrazione per iniezione intramuscolare acuta soltanto se il trattamento orale non è praticabile. Per un controllo tempestivo di sintomi psicotici acuti non prescrivere iniezioni in forma depot a rilascio prolungato.
- » Prescrivere un solo farmaco antipsicotico alla volta.
- » “Comincia con poco e procedi lentamente”: cominciare con un dosaggio basso entro il range terapeutico (per i dettagli vedi la tabella sui farmaci antipsicotici) e aumentare lentamente fino alla più bassa dose efficace, allo scopo di minimizzare il rischio di effetti collaterali.
- » Continuare il farmaco alla dose ottimale per almeno 4-6 settimane prima di giudicarlo inefficace.
- » Alle persone affette da psicosi va offerto di prassi un trattamento orale a base di aloperidolo o clorpromazina.

Tabella: farmaci antipsicotici

Farmaco:	Aloperidolo	Clorpromazina	Flufenazina deposito / rilascio prolungato
Dose di partenza:	1.5 – 3 mg	75 mg	12.5 mg
Dose efficace tipica (mg)	3 – 20 mg / die	75 – 300 mg / die*	12.5 – 100mg ogni 2 – 5 sett.
Somministrazione:	orale/intramuscolare (per psicosi acute)	orale	iniezione intramuscolare profonda nel gluteo
Effetti collaterali importanti:			
Sedazione:	+	+++	+
Esitazione urinaria:	+	++	+
Ipotensione ortostatica:	+	+++	+
Effetti extrapiramidali:**	+++	+	+++
Sindrome neurolettica maligna:***	rara	rara	rara
Discinesia tardiva:****	+	+	+
Variazioni ECG:	+	+	+
Controindicazioni:	livello di coscienza ridotto, depressione del midollo osseo, feocromocitoma, porfiria, malattia dei gangli basali	livello di coscienza ridotto, depressione del midollo osseo, feocromocitoma	bambini, livello di coscienza ridotto, Parkinsonismo, aterosclerosi cerebrale marcata

La presente tabella è uno strumento solo per una consultazione rapida e non una guida completa ai farmaci, ai loro dosaggi ed effetti collaterali. Maggiori informazioni sono disponibili in “Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care” (OMS, 2009). (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

* In casi gravi può essere necessario fino a 1 g.

** I sintomi extrapiramidali comprendono reazioni distoniche acute, tic, tremore, troclea dentata e rigidità muscolare.

*** La sindrome neurolettica maligna è un disturbo raro ma potenzialmente fatale caratterizzato da rigidità muscolare, temperatura elevata e pressione arteriosa elevata.

**** La discinesia tardiva è un effetto collaterale a lungo termine dei farmaci antipsicotici caratterizzato da movimenti muscolari involontari, in particolare del viso, delle mani e del tronco.

Dettagli sul piano terapeutico



Terapie farmacologiche

3.2 Monitoraggio di persone in terapia con farmaci antipsicotici

» **Se utilizzando un farmaco alla volta a un dosaggio adeguato e per una durata adeguata la risposta a uno o più farmaci antipsicotici è inadeguata:**

- Rivedere la diagnosi (ed eventuali diagnosi in comorbilità).
- Accertarsi che la psicosi non sia indotta dall'uso di alcool o sostanze psicoattive (anche se era già stato verificato all'inizio).
- Garantire l'aderenza alla terapia; eventualmente passare a farmaci iniettabili in forma depot/rilascio prolungato allo scopo di migliorare la compliance.
- Valutare l'aumento della dose del farmaco in uso o il passaggio a un altro farmaco.
- Valutare se ricorrere ad antipsicotici atipici/di seconda generazione (ad eccezione della clozapina) come alternativa all'alooperidolo o alla clorpromazina, sempreché non sussistano problemi di costo e disponibilità.
- Valutare se utilizzare la clozapina per le persone che non hanno risposto ad altri farmaci antipsicotici a dosaggi adeguati e per un tempo adeguato. La clozapina può essere prescritta da personale sanitario non specializzato, preferibilmente sotto la supervisione di uno specialista della salute mentale. A causa del rischio mortale per agranulocitosi, la clozapina può essere utilizzata esclusivamente se è disponibile un monitoraggio tramite esami di laboratorio.

» **Se si verificano effetti collaterali extrapiramidali (per es. Parkinsonismo o distonia):**

- Ridurre la dose del farmaco antipsicotico e
- Valutare se passare a un altro antipsicotico (per es. passare dall'alooperidolo alla clorpromazina).
- Valutare l'opportunità di una terapia anticolinergica di breve durata se le altre strategie non sono efficaci oppure quando gli effetti extrapiramidali sono acuti, gravi o invalidanti.

Farmaci anticolinergici

Biperidene, se necessario, va introdotto ad una dose iniziale di 1 mg due volte al giorno, aumentando la dose fino a 3-12 mg/die, orale o intravenoso. Gli effetti collaterali comprendono sedazione, confusione e disturbi della memoria, specialmente negli anziani. Altri effetti collaterali rari sono il glaucoma ad angolo chiuso, la miastenia grave, l'ostruzione gastrointestinale.

Triesifenidile (Benzexolo) può essere utilizzato come farmaco alternativo a 4-12 mg/die. Gli effetti collaterali sono simili a quelli del biperidene.

3.3 Interruzione della terapia con farmaci antipsicotici

» **Per le psicosi acute**, proseguire il trattamento antipsicotico per altri 12 mesi dopo la remissione completa.

» **Per le persone affette da psicosi cronica**, considerare la sospensione della terapia quando la persona è stabile da diversi anni, soppesando l'aumentato rischio di ricaduta in seguito all'interruzione della cura versus i potenziali effetti collaterali del farmaco, tenendo conto delle preferenze del paziente e informando eventualmente la famiglia.

» Se possibile, **CONSULTARE UNO SPECIALISTA**  prima di decidere di interrompere la terapia con farmaci antipsicotici.

Disturbo Bipolare

DB

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 attività (mania) ed altre volte in un abbassamento dell'umore e in una diminuzione di energia e 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.

1. La persona è in uno stato maniacale?

Cercare la presenza di:

- » Umore elevato, espanso o irritabile
- » Aumentato livello di attività, irrequietezza, eccitamento
- » Eloquio aumentato
- » Perdita delle normali inibizioni sociali
- » Diminuito bisogno di sonno
- » Aumentata autostima
- » Distrattibilità
- » Aumentata attivazione sessuale o comportamenti sessuali disinibiti.

Chiedere informazioni su:

- » Durata dei sintomi
- » Se i sintomi hanno interferito con le abituali responsabilità legate al lavoro, alla scuola, alle attività domestiche o sociali
- » Se si è resa necessaria una ospedalizzazione.

SI

Se la persona presenta:

- » diversi sintomi
- » della durata di almeno 1 settimana
- » abbastanza gravi da interferire in modo significativo con il lavoro e le attività sociali o da richiedere l'ospedalizzazione

Uno stato maniacale è probabile

- » Iniziare il trattamento della mania acuta con litio, valproato, carbamazepina o con antipsicotici. » DB 3.1
- » Prendere in considerazione un trattamento breve con benzodiazepine (come il diazepam) per i disturbi del comportamento o l'agitazione. » DB 3.2
- » **Interrompere ogni antidepressivo.** » DB 3.3
- » Consigliare alla persona di modificare lo stile di vita; fornire informazioni sul disturbo bipolare e il suo trattamento. » DB 2.1
- » Effettuare regolare follow-up. » DB 2.4

Se i sintomi maniacali sono associati all'intossicazione da sostanze riferirsi al modulo sugli abusi di sostanze » SOST 2.4

SI

Se SI, allora è probabile la **depressione bipolare**.

2. La persona ha avuto un noto episodio di mania pregresso ma adesso soffre di uno stato depressivo?

(Per la valutazione vai al Modulo Depressione » DEP)

- » Iniziare il trattamento con uno stabilizzatore dell'umore » DB 4
- » Prendere in considerazione il trattamento con un antidepressivo in combinazione **con uno stabilizzatore** dell'umore per depressione moderata/ grave secondo le indicazioni del Modulo Depressione. » DEP

! Informare la persona riguardo al rischio di viraggio maniacale prima di iniziare il trattamento antidepressivo

- » Consigliare alla persona di modificare lo stile di vita; fornire informazioni sul disturbo bipolare e il suo trattamento. » DB 2.1
- » Riattivare le reti sociali di supporto. » DB 2.2
- » Qualora disponibili, considerare terapie psicologiche. » INT
- » Proporre attività riabilitative, incluse adeguate attività lavorative ed educative, utilizzando sia reti formali che informali. » DB 2.3
- » Effettuare regolare follow-up (visite di controllo). » DB 2.4

Disturbo Bipolare

DB 1

Guida alla diagnosi e alla cura

3. Identificare la presenza di disturbi concomitanti

- » Disturbi da abuso di alcool o sostanze
- » Demenza
- » Suicidio /autolesionismo
- » Patologie mediche concomitanti, specialmente iper- o ipotiroidismo, malattie renali o cardiovascolari

SI

Se SI

» Trattare **sia il disturbo bipolare** che il **disturbo concomitante**.



4. La persona non soffre attualmente di un episodio maniacale o depressivo ma ha una storia clinica di episodi maniacali?

SI

La persona presenta un'elevata probabilità di soffrire di disturbo bipolare e si trova attualmente tra un episodio e l'altro.

La prevenzione delle recidive è necessaria se la persona ha avuto:

- » 2 o più episodi clinici acuti (ad es. 2 episodi di mania, o un episodio di mania e un episodio di depressione)
- OPPURE**
- » un singolo episodio maniacale che ha comportato rischi significativi e conseguenze negative

- » Se la persona non sta assumendo uno stabilizzatore dell'umore, iniziarne uno.  **» DB 4**
- » Consigliare alla persona di modificare il proprio stile di vita; fornire informazioni sul disturbo bipolare e il suo trattamento. **» DB 2.1**
- » Riattivare le reti sociali. **» DB 2.2**
- » Proporre attività di riabilitazione, comprese adeguate attività lavorative ed educative, utilizzando reti formali e informali. **» DB 2.3**
- » Effettuare regolare follow-up (visite di controllo); monitorare gli effetti collaterali e l'aderenza alla terapia. **» DB 2.4**

5. La persona appartiene ad una delle seguenti categorie?

SI

» **Gravidanza o allattamento al seno**



SI

» **Anziani**



SI

» **Adolescenti**



- » **CONSULTARE UNO SPECIALISTA**, se disponibile. 🧑🏻‍⚕️
- » **Evitare di iniziare il trattamento con uno stabilizzatore dell'umore.** ⚠️
- » Valutare la somministrazione di aloperidolo a basso dosaggio (**con cautela**).
- » Se una donna in stato di gravidanza sviluppa una mania acuta durante l'assunzione di uno stabilizzatore dell'umore, considerare il passaggio all'aloperidolo a basse dosi.



- » Utilizzare i farmaci a dosi più basse.
- » Aspettarsi un rischio maggiore di interazioni farmacologiche.



- » I sintomi iniziali possono essere atipici.
- » Prestare particolare attenzione all'aderenza alla terapia.
- » **CONSULTARE UNO SPECIALISTA**, se disponibile. 🧑🏻‍⚕️



Disturbo Bipolare



DB 2

Dettagli sul piano terapeutico



Interventi psicosociali

2.1 Psicoeducazione

Comunicazioni dirette alle persone con disturbo bipolare (non in uno stato maniacale acuto in atto) e ai loro familiari.

- » **Spiegazione:** il disturbo bipolare è una condizione di salute mentale che tende a provocare stati d'animo estremi, che possono variare dal sentirsi molto depressi e stanchi al sentirsi estremamente energici, irritati ed eccessivamente eccitati.
- » È opportuno usare un **metodo per monitorare l'umore**, per esempio il tenere un registro quotidiano dove vengono registrate l'irritabilità, la rabbia o l'euforia.
- » È importante mantenere **abitudini di sonno regolare** (ad es. andare a letto alla stessa ora ogni notte, cercare di dormire tanto quanto prima della malattia, evitare di dormire molto meno del solito).
- » Le **ricadute devono essere prevenute**, attraverso il riconoscimento della ricomparsa dei sintomi, come il dormire meno, spendere più soldi o sentirsi molto più energici del solito e tornare a chiedere un trattamento quando questi sintomi ricompaiono.
- » Una persona in stato maniacale **non ha consapevolezza del disturbo** e può persino trarre godimento dall'euforia e dall'aumentata energia, perciò sono fondamentali i familiari/accompagnatori nella prevenzione delle ricadute.
- » **L'alcool e altre sostanze psicoattive** dovrebbero essere evitate.
- » Dal momento che i **cambiamenti dello stile di vita** dovrebbero essere protratti per il tempo necessario, potenzialmente a tempo indeterminato, andrebbero pianificati e sviluppati in un'ottica di sostenibilità.

- » La persona dovrebbe essere incoraggiata a **cercare sostegno** dopo eventi di vita significativi (ad es. un lutto) e a parlarne con la famiglia e gli amici.
- » Vanno migliorate le **strategie generali di coping**, ovvero le strategie atte ad affrontare i problemi della vita quotidiana come ad esempio la pianificazione di un programma di lavoro o di studio regolare che eviti la privazione di sonno, il miglioramento delle reti di supporto sociale, il discutere e il cercare consiglio su decisioni importanti (specialmente quelle inerenti scelte economiche o che prevedono impegni significativi).
- » Vanno considerati i bisogni di salute fisica, mentale e sociale **dell'intera famiglia**.
- » **Costruire una relazione:** la fiducia reciproca tra la persona e il personale sanitario è fondamentale per una persona con disturbo bipolare, poiché un'alleanza terapeutica positiva può migliorare l'esito clinico a lungo termine, in particolare migliorando l'aderenza alla terapia.

2.2 Riattivare le reti sociali

- » Identificare le precedenti attività sociali della persona che, se riavviate, potrebbero garantire supporto psicosociale diretto o indiretto (ad esempio, riunioni di famiglia, gite con gli amici, andare a trovare vicini di casa, attività sociali nei luoghi di lavoro, sport, attività di comunità).
- » Incoraggiare la persona a riprendere in maniera attiva queste attività sociali e fornire indicazioni ai familiari riguardo a questo argomento.

2.3 Riabilitazione

- » Promuovere occasioni per le persone e per coloro che se ne prendono cura di coinvolgimento in attività economiche, educative e culturali adeguate al loro ambiente culturale, utilizzando i sistemi formali ed informali disponibili.
- » Valutare forme di lavoro protetto per coloro che hanno difficoltà a ottenere o mantenere un impiego normale.

2.4 Follow-up (controllo)

- » **Sono necessarie visite di controllo regolari.** Il tasso di ricaduta è alto e le persone in stato maniacale spesso non riescono a cogliere la necessità di un trattamento, così, frequentemente, non aderiscono alla terapia e il coinvolgimento dei familiari e/o accompagnatori risulta decisivo in tali periodi.
- » Ad ogni visita di controllo, valutare i sintomi, gli effetti indesiderati dei farmaci, l'aderenza alla terapia e la necessità di interventi psicosociali.
- » Una persona con mania deve sottoporsi a regolari visite programmate di controllo. Il monitoraggio deve essere più frequente fino a quando l'episodio maniacale non sia risolto.
- » Fornire alla persona e a chi se ne prende cura informazioni sul disturbo e sul suo trattamento, in particolare sui segni e sui sintomi di mania, sull'importanza di assumere regolarmente i farmaci, anche in assenza di sintomi e sulla tipica difficoltà che la persona può a volte avere nel comprendere la necessità di una terapia. Se un paziente non ha una persona a lui vicina o qualcuno che lo possa frequentare periodicamente, incoraggiare il coinvolgimento di una persona che appartenga alla comunità del paziente, preferibilmente qualcuno della sua rete di amici e familiari.



Il trattamento della mania acuta

3.1 Il litio, il valproato, la carbamazepina o gli antipsicotici

Valutare l'uso di litio, valproato, carbamazepina o antipsicotici per la terapia della mania acuta. Il litio può essere preso in considerazione solo se il monitoraggio clinico e di laboratorio sono disponibili. Se i sintomi sono gravi, è consigliabile utilizzare un antipsicotico, in quanto la rapidità d'azione terapeutica è maggiore rispetto agli stabilizzatori dell'umore.

Per i dettagli riguardanti la dose, il monitoraggio, gli effetti indesiderati, etc, vedi la sezione sugli stabilizzatori dell'umore nel trattamento di mantenimento dei disturbi bipolari e la tabella sugli stabilizzatori dell'umore » **DB 3**

Per i dettagli sull'uso di antipsicotici, vai al Modulo Psicosi, interventi farmacologici. » **PSI 3**

3.2 Le benzodiazepine

Una persona in uno stato maniacale e di agitazione può trarre beneficio da un uso a breve termine di benzodiazepine, come il diazepam.

Le benzodiazepine vanno interrotte gradualmente non appena i sintomi migliorano, dal momento che si può sviluppare tolleranza.

3.3 Gli antidepressivi

Se la mania dovesse comparire in una persona in trattamento con antidepressivi, interromperne l'uso il prima possibile, in maniera rapida o gradualmente, soppesando il rischio di sintomi da interruzione (consultare il modulo Depressione, interventi farmacologici, vedi » **DEP**) a fronte del rischio di un peggioramento della mania provocato dall'antidepressivo. »

Le persone con disturbo bipolare non dovrebbero sottoporsi ad una terapia con soli antidepressivi a causa del rischio di induzione di mania, in particolare con gli antidepressivi triciclici. Gli antidepressivi hanno minore probabilità di indurre mania se assunti in combinazione con il litio, una terapia antipsicotica o il valproato.

3.4 Monitoraggio

Il trattamento dovrebbe essere regolarmente monitorato e la sua efficacia valutata dopo 3 e 6 settimane.

Se i sintomi della persona non migliorano dopo 6 settimane, valutare il passaggio ad un farmaco diverso o aggiungere un altro farmaco come terapia in associazione, ad esempio un antipsicotico in aggiunta ad uno stabilizzatore dell'umore. Se la terapia combinata si rivela inefficace, **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.** »

Disturbo Bipolare

Dettagli sul piano terapeutico



DB 4



Terapia di mantenimento nel disturbo bipolare

Scegliere uno stabilizzatore dell'umore (litio, valproato, carbamazepina)

4.1 Il litio

- » Considerare il litio solo se sono disponibili il monitoraggio clinico e di laboratorio.
- » La monoterapia con litio è efficace sulle ricadute sia maniacali che depressive, anche se è più efficace come farmaco antimaniacale.
- » Prima di iniziare la terapia con il litio, eseguire i test di funzionalità renale, tiroidea, emocromo completo, elettrocardiogramma e un test di gravidanza, se possibile.



NOTA: il trattamento con il litio ne richiede un attento monitoraggio dei livelli sierici, in quanto il farmaco ha un range terapeutico ristretto. Inoltre, la funzione tiroidea deve essere controllata ogni 6 - 12 mesi. Se gli esami di laboratorio non sono disponibili o eseguibili, il litio dovrebbe essere evitato. Una inadeguata adesione alla terapia o un'interruzione improvvisa del trattamento con litio possono aumentare il rischio di ricaduta. Non prescrivere litio quando l'approvvigionamento del farmaco può essere frequentemente interrotto.

- » Iniziare con un basso dosaggio (300 mg alla sera); aumentare gradualmente la dose controllando parallelamente la concentrazione ematica ogni 7 giorni fino a quando raggiunge 0,6-1,0 mEq / litro. Una volta raggiunti i livelli ematici terapeutici, ricondurre i valori sierici ogni 2-3 mesi.

- » Sono necessari almeno 6 mesi per determinare la piena efficacia del litio come terapia di mantenimento nel disturbo bipolare.
- » Consigliare alla persona di mantenere un'adeguata assunzione di liquidi, in particolare dopo aver sudato, se costretta all'immobilità per lunghi periodi o in stato febbrile.
- » Rivolgersi al medico se la persona dovesse avere diarrea o vomito.
- » Una persona in cura con il litio dovrebbe evitare l'uso improprio di farmaci anti-infiammatori non steroidei.
- » Se si verificano disturbi metabolici o respiratori gravi, valutare l'interruzione del trattamento con litio per un massimo di 7 giorni.

4.2 Il valproato

- » Prima di iniziare il trattamento con valproato, raccogliere la storia clinica relativa a malattie cardiovascolari, renali o epatiche.
- » Iniziare con un basso dosaggio (500 mg / giorno), aumentandolo (in base alla tollerabilità) fino alla dose desiderata.
- » Monitorare attentamente la risposta clinica, gli effetti indesiderati e l'aderenza alla terapia. Spiegare i segni e sintomi dei possibili disturbi ematici e epatici, e consigliare alla persona di cercare aiuto immediato se questi dovessero presentarsi.
- » Ridurre la dose del farmaco in caso persistano effetti indesiderati non tollerabili. Se la riduzione del dosaggio non è d'aiuto, valutare il passaggio ad un altro farmaco antimaniacale.

4.3 La carbamazepina

- » Se il litio e il valproato sono inefficaci o scarsamente tollerati, o se la terapia con uno di questi farmaci non è praticabile, considerare l'uso della carbamazepina.
- » Prima e durante la terapia con carbamazepina, raccogliere la storia clinica di eventuale malattia cardiovascolare, renale o epatica.
- » Iniziare con un basso dosaggio (200 mg / giorno prima di coricarsi) e aumentarlo lentamente fino a raggiungere una dose di 600 - 1000 mg / die.
- » Gli operatori sanitari devono tenere conto del fatto che il dosaggio potrebbe dover essere modificato dopo 2 settimane a causa dell'effetto di induzione degli enzimi epatici.
- » Ridurre la dose del farmaco se persistono effetti collaterali intollerabili. Se la riduzione del dosaggio non è d'aiuto, passare ad un altro agente antimaniacale.



Evitare l'uso di litio, valproato e carbamazepina nelle donne in gravidanza e soppesare rischi e benefici del trattamento nelle donne in età fertile.

Se la persona ha recidive frequenti e continui peggioramenti del funzionamento personale, passare ad uno stabilizzatore dell'umore diverso o aggiungere un secondo stabilizzatore **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.**



Terapia di mantenimento nel disturbo bipolare

4.4 La sospensione degli stabilizzatori dell'umore

- » Se una persona non si trova al momento della valutazione in uno stato maniaco o depressivo (disturbo bipolare nel periodo intermedio tra un episodio e l'altro), effettuare visite di controllo ogni 3 mesi. Continuare il trattamento e monitorare le possibili recidive.
- » Continuare la terapia di mantenimento con lo stabilizzatore dell'umore per almeno 2 anni dopo l'ultimo episodio bipolare.
- » Tuttavia, se una persona ha avuto episodi gravi con sintomi psicotici o ricadute frequenti, **CONSULTARE UNO SPECIALISTA** riguardo alla decisione di interrompere la terapia di mantenimento dopo 2 anni.
- » Quando si sospendono i farmaci, ridurre gradualmente il dosaggio, nell'arco di settimane o mesi.
- » Se si passa all'uso di un farmaco diverso, utilizzare entrambi i farmaci per 2 settimane prima della sospensione graduale del primo farmaco.

Tabella: Stabilizzatori dell'umore

Questa tabella è per una consultazione rapida e non intende essere una guida completa per l'uso dei farmaci, per il loro dosaggio ed effetti indesiderati. Maggiori dettagli sono riportati in "Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health" WHO, 2009) http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

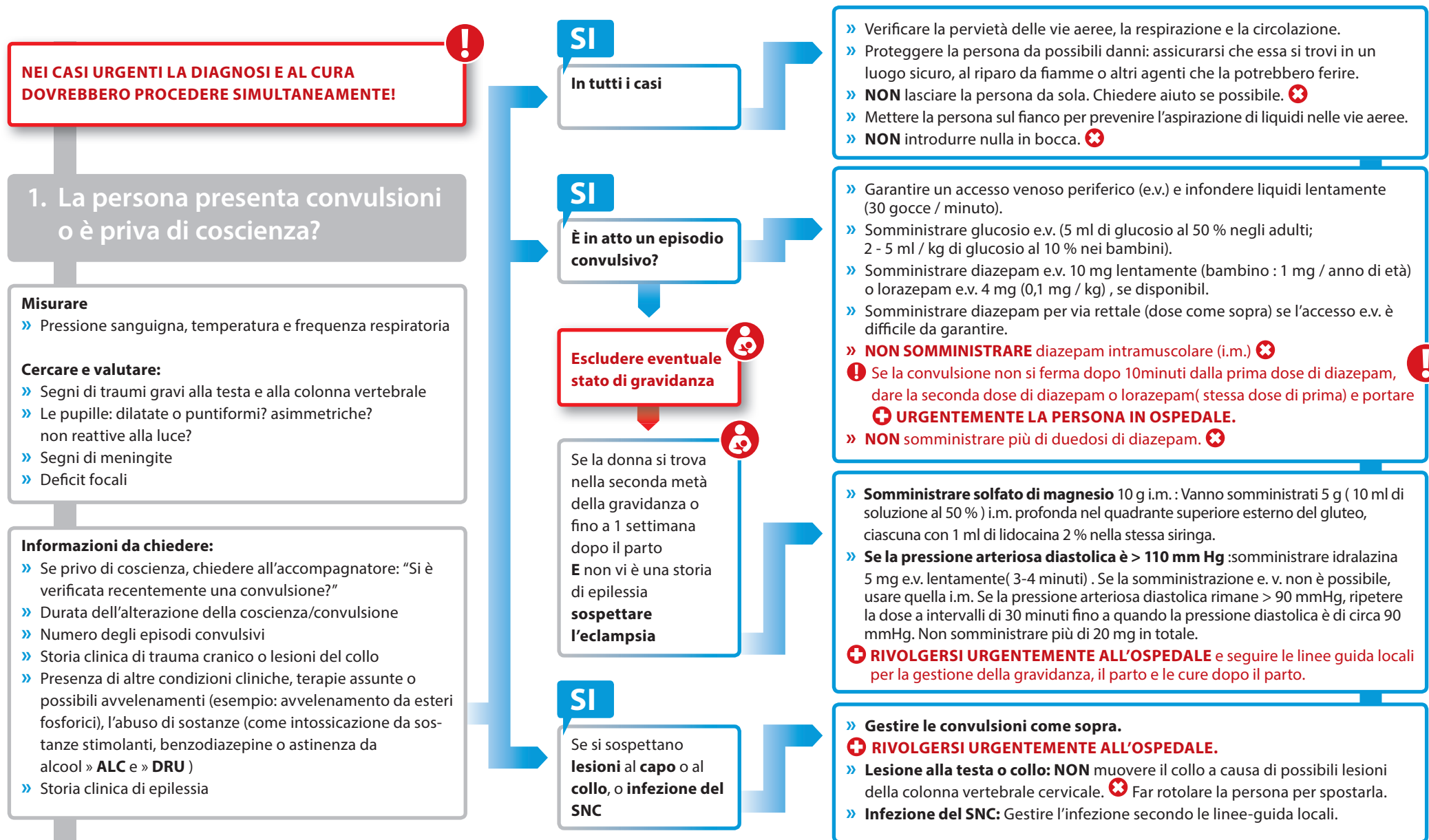
Farmaco:	Litio	Valproato	Carbamazepina
Dosaggio iniziale (mg):	300	500	200
Dosaggio usualmente efficace (mg):	600 – 1200	1000 – 2000	400 – 600
Somministrazione:	orale	orale	orale
Livello ematico desiderabile:	0.6 – 1.0 mEq/litro mania: 0.8 – 1.0 mEq/litro; mantenimento: 0.6 – 0.8 mEq/litro. <i>E' fondamentale il monitoraggio regolare dei livelli sierici.</i>	Generalmente non raccomandato	Generalmente non raccomandato
Effetti collaterali rilevanti:	Problemi della coordinazione motoria, poliuria, polidipsia, problemi cognitivi, aritmie cardiache, diabete insipido, ipotiroidismo	Usare cautela se vi è una malattia epatica sottostante. E' possibile la perdita di capelli e, raramente la pancreatite.	Diplopia, diminuita coordinazione motoria, rash, elevazione degli enzimi epatici; Raramente: sindrome di Stevens- Johnson, anemia aplastica.
Sedazione:	++	++	++
Tremore:	++	++	++
Aumento di peso:	++	++	++
Epatotossicità:	-	++	+
Trombocitopenia:	-	+	+
Leucopenia, lieve asintomatica:	-	+	+

L'epilessia è una condizione clinica di lunga durata, caratterizzata da ricorrenti episodi critici improvvisi. Si riconoscono diverse cause: può avere un'origine genetica o può verificarsi in persone che hanno una storia clinica di trauma perinatale, infezioni cerebrali o lesioni al capo. In alcuni casi, può non essere identificata una causa specifica. Le convulsioni sono causate da un'anomala attività neuronale e possono essere di varie forme; le persone epilettiche possono avere più di un tipo di attacco. Si possono identificare due forme principali di crisi: convulsive e non convulsive. L'epilessia non convulsiva presenta caratteristiche quali alterazioni nella coscienza, nel comportamento, nell'umore o sensoriali (anomalie nel senso del gusto, dell'olfatto, della vista o dell'udito), talvolta simili a quelle presenti nei disturbi di salute mentale, tanto da potere essere scambiata con questi. L'epilessia convulsiva presenta la caratteristica contrazione muscolare improvvisa, che determina la caduta della persona; la stessa presenterà rigidità e contrazioni muscolari alternate a rilassamento, con o senza incontinenza della vescica o dell'intestino. Questa tipologia è associata ad un maggiore rischio di stigma e a una morbidità e mortalità maggiori. Il presente modulo riguarda solo l'epilessia convulsiva.

Epilessia/crisi epilettiche

EPI 1

Guida alla diagnosi e alla cura » in Casi di Emergenza



Epilessia/crisi epilettiche

EPI 1

Guida alla Valutazione e alla Gestione »in Casi di Emergenza



2. Le convulsioni sono ancora in corso?

Se le convulsioni

- » durano più di 30 minuti **OPPURE**
- » si verificano così **frequentemente** che la persona non riprende coscienza tra i vari episodi di convulsione **OPPURE**
- » Non rispondono a due dosi di diazepam

NEI CASI URGENTI LA DIAGNOSI E LA CURA VANNO EFFETTUATE SIMULTANEAMENTE!

STATO EPILETTICO SOSPETTO

➤ RIVOLGERSI URGENTEMENTE ALL'OSPEDALE e gestire in regime ospedaliero.

- » Verificare le vie aeree, la respirazione, la circolazione.
- » Somministrare ossigeno.
- » Verificare la necessità di intubazione / ventilazione quando stanno per essere somministrate dosi multiple di vari farmaci.
- » Mettere la persona sul fianco per evitare l'aspirazione.
- » **NON METTERE** nulla in bocca durante una convulsione. ❌

Somministrare :

- » Fenobarbital 10 – 15 mg / kg, i.v. (100 mg / minuto).
- OPPURE**
- » Fenitoina 15 – 18 mg / kg i.v. (attraverso un accesso diverso dal diazepam) nell'arco di 60 minuti. E' fondamentale avere un buon accesso endovenoso in quanto il farmaco è molto caustico e causerà un significativo danno locale in caso di stravasamento.

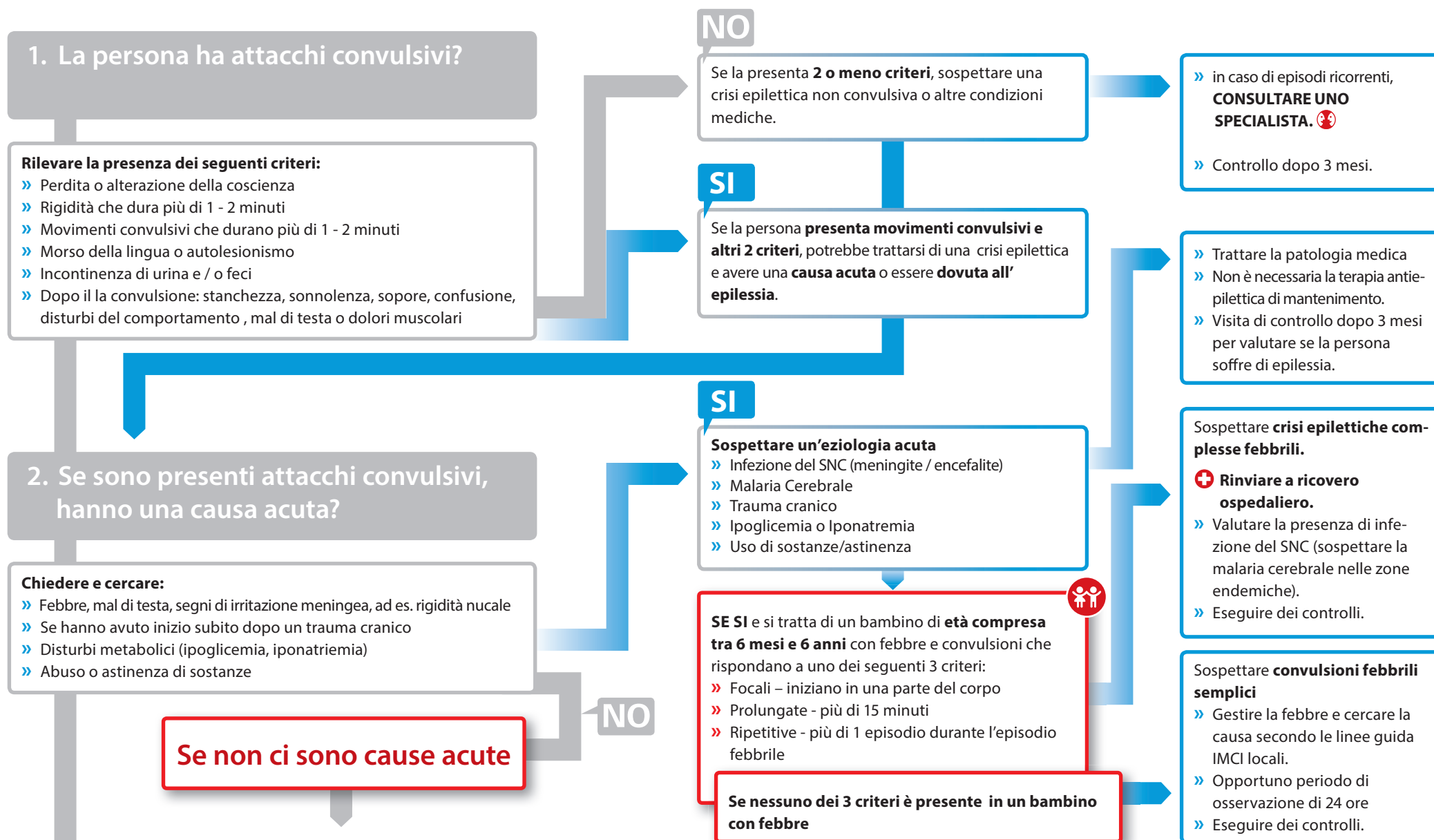
Se le crisi continuano:

- » Somministrare un altro farmaco (se disponibile) **OPPURE** un'ulteriore dose di fenitoina 10 mg / kg e.v. (attraverso un accesso diverso da quello del diazepam) nell'arco di 30 minuti.
- » Monitorare la persona per la depressione respiratoria.

Epilessia/crisi epilettiche

EPI 1

Guida alla diagnosi e alla cura



Epilessia/crisi epilettiche

Guida alla diagnosi e alla cura

EPI 1

Se non ci sono cause acute

3. La persona ha avuto almeno due crisi convulsive nell'ultimo anno in due giorni diversi?

Chiedere informazioni su:

- » Gravità:
 - Con quale frequenza si verificano?
 - Quanti episodi nel corso dell'ultimo anno?
 - Quando è stato l'ultimo episodio?
- » Possibile eziologia dell'epilessia (eventuali storie cliniche di asfissia o traumi, lesioni alla testa, infezioni del sistema nervoso centrale, storia familiare di convulsioni)

NO

Se non c'è una causa evidente e la persona ha avuto un unico episodio convulsivo

Non si tratta di epilessia

- » Non è richiesta una terapia di mantenimento con farmaci antiepilettici.
- » Visita di controllo dopo 3 mesi. Se si sono verificati ulteriori movimenti anomali che siano suggestivi di una crisi, valutare un'eventuale diagnosi di epilessia.

SI

Se sì, prendere in considerazione la diagnosi di **epilessia**

- » Iniziare con un farmaco antiepilettico  » **EPI 2.1**; fenobarbital, fenitoina, carbamazepina oppure valproato. » **EPI 2.3**
- » Informare sul disturbo, sul più opportuno stile di vita e sulle norme di sicurezza da osservare, sull'importanza dell'aderenza alla terapia e al programma di regolare monitoraggio. » **EPI 3.1**
- » Follow up regolare. » **EPI 2.2**

4. La persona appartiene a una delle seguenti categorie?

Nei bambini, cercare la presenza di ritardo mentale associato (vedi Modulo Disturbi dello Sviluppo) » **DEV** o problemi comportamentali (vedi Modulo Disturbi del Comportamento) » **BEH**

Donne in età fertile

5. Condizioni concomitanti

Valutare l'eventuale stato di **depressione, psicosi o autolesionismo** (vedere mhGAP - IG Master Charts)

SI

Epilessia associata a **disabilità intellettiva** o **disturbi comportamentali**

- » Se disponibile, valutare carbamazepina o valproato » **EPI 2.3** (evitare il fenobarbital e fenitoina)
- » Fornire adeguata assistenza alla disabilità intellettiva associata. Ⓢ » **DEV** o ai disturbi comportamentali. Ⓢ » **BEH**

- » Consigliare folati Ⓢ (5 mg/die) in **tutte** le donne in età fertile.
- » **Evitare** il valproato in tutte le donne in età fertile. ✗

SI

Se **in stato di gravidanza**

- » **Evitare il Valproato** nelle donne in gravidanza. ✗
- » **Evitare la politerapia** nelle donne in gravidanza. ✗
- » Raccomandare il parto in ospedale. Ⓢ
- » Dopo il parto, dare 1 mg di vitamina K i.m. al neonato per prevenire il disturbo emorragico del neonato

SI

Se **sta allattando**

- » Iniziare l'uso di fenobarbital, fenitoina, carbamazepina o valproato, oppure continuare la terapia con farmaci antiepilettici, se questo è già stato iniziato.

SI

Se vi è un disturbo concomitante

- » Gestire sia l'epilessia che il disturbo concomitante. Ⓢ

Epilessia / crisi epilettiche



EPI 2

Dettagli sul piano terapeutico



Terapia Farmacologica e Indicazioni

2.1 Iniziare la terapia con farmaci antiepilettici

La stragrande maggioranza delle crisi può essere controllata (interrotta o ridotta significativamente) dai farmaci antiepilettici.

- » Prescrivere fenobarbital, fenitoina, carbamazepina oppure valproato, a seconda della disponibilità nel Paese.
- » Iniziare la terapia con un solo farmaco antiepilettico.
- » Iniziare la terapia con la dose più bassa e aumentarla lentamente fino ad ottenere il completo controllo delle convulsioni.
- » Lo scopo della terapia è quello di utilizzare la dose più bassa di mantenimento che fornisca il completo controllo della crisi.
- » Informare la persona e la famiglia su:
 - Il ritardo nella comparsa dell'effetto terapeutico e il decorso della terapia;
 - Potenziali effetti indesiderati e il rischio di tali sintomi; chiedere aiuto tempestivamente se i sintomi sono disturbanti;
 - Il rischio di sintomi da astinenza / interruzione brusca in caso di dosi saltate;
 - La necessità di visite di controllo regolari.
- » Chiedere alla persona e alla famiglia di tenere un semplice diario delle crisi.
- » Per le condizioni mediche in comorbidità: Prima di prescrivere un farmaco antiepilettico, prendere in considerazione la probabilità di danno correlato al farmaco o dell'interazione tra farmaci. Consultare il prontuario nazionale o dell'OMS.

2.2 Follow-up

- » Valutare e controllare la risposta sintomatologica, gli effetti indesiderati nonché l'aderenza alla terapia.
- » Alcuni effetti indesiderati potrebbero verificarsi a causa delle alte dosi di farmaci antiepilettici (sonnolenza, nistagmo, diplopia e atassia) altri potrebbero essere effetti idiosincratichi (quali reazioni allergiche, depressione del midollo osseo, insufficienza epatica). Per i dettagli dei singoli farmaci antiepilettici, vedere » EPI 2.3
- » La dose antiepilettica corretta è la più bassa con cui si ottiene il controllo completo della crisi senza effetti indesiderati.
- » Se ci sono effetti indesiderati dose-dipendenti, diminuire la dose del farmaco. In caso di reazioni idiosincratiche, sospendere il farmaco antiepilettico che la persona sta usando e passare a uno qualsiasi degli altri farmaci antiepilettici.
- » Se la risposta è scarsa (riduzione di meno del 50% della frequenza delle crisi epilettiche), nonostante una buona aderenza, aumentare alla dose massima tollerata.
- » Se la risposta è ancora insufficiente, provare la monoterapia con un altro farmaco. Iniziare il secondo farmaco ed aumentare fino a una dose adeguata o alla massima tollerata e solo allora ridurre lentamente il primo farmaco.
- » **Se le convulsioni sono infrequenti e dosi più elevate di farmaci producono effetti indesiderati, un controllo non completo potrebbe essere l'obiettivo raggiungibile realisticamente.**

- » Se le crisi continuano dopo i tentativi con due monoterapie, rivedere la diagnosi (inclusa la comorbidità), l'aderenza alla terapia e, se necessario, consultare uno specialista per ulteriori valutazioni e terapie.
- » Se ci sono effetti negativi o la risposta è insufficiente, fare visite di controllo mensilmente.
- » Prolungare gli incontri a ogni 3 mesi se le crisi sono sotto controllo.

Come e quando smettere l'uso di farmaci antiepilettici

- » Nessuna crisi negli ultimi 2 anni.
- » Discutere la decisione con la persona/e coloro che l'assistono, soppesando il rischio di ricadute.
- » In alcuni casi di epilessia, potrebbe essere necessaria la terapia a lungo termine con farmaci antiepilettici, ad esempio, nei casi di epilessia secondaria a trauma cranico o infezione del SNC, o se le convulsioni fossero difficili da controllare.
- » Ridurre la terapia gradualmente nel caso di 2 mesi.

Dettagli sul piano terapeutico



2.3 Terapia Farmacologica e indicazioni

Il fenobarbital

- » Va somministrato soltanto una volta al giorno.
- » Somministrare prima di coricarsi (per ridurre la sonnolenza durante il giorno).
- » **Adulti:** iniziare con 1 mg / kg / die (compressa da 60 mg) per 2 settimane. Se la risposta è scarsa, aumentare a 2 mg / kg / die (120 mg) per 2 mesi. Se le crisi persistono, aumentare la dose a 3 mg / kg / die (180 mg).
- » **Bambini:** Iniziare con 2 mg / kg / die per 2 settimane. Se la risposta è scarsa, aumentare la dose a 3 mg / kg / giorno per 2 mesi. Se le convulsioni persistono, aumentare la dose fino ad un massimo di 6 mg / kg / die.
- » Somministrare per 14-21 giorni consecutivi per ottenere livelli costanti di fenobarbital nel sangue; nonostante possano verificarsi crisi epilettiche durante questo periodo esse non dovrebbero essere considerate come un fallimento della terapia.
- » Effetti indesiderati: Dose-dipendenti: sonnolenza, letargia, iperattività nei bambini; Idiosincratice: rash cutaneo, depressione midollare, insufficienza epatica.

La carbamazepina

- » Somministrare il farmaco due volte al giorno.
- » Lo steady-state si raggiunge in un massimo di 8 giorni.
- » Effetti indesiderati: reazioni cutanee allergiche (che possono essere gravi), visione offuscata, diplopia (visione doppia), atassia (andatura instabile) e nausea: questi ultimi sintomi sono di solito presenti all'inizio della terapia o se si utilizzano alte dosi.

La fenitoina

- » Per i bambini , somministrare due volte al giorno; per gli adulti , può essere somministrato una volta al giorno.
- » Piccoli incrementi di dose possono implicare grandi cambiamenti nella concentrazione, quindi, gli incrementi devono essere di 25 - 30 mg.

- » Effetti correlati al dosaggio: sonnolenza, atassia e disartria, spasmi muscolari e confusione mentale, lineamenti facciali grossolani, iperplasia gengivale e irsutismo (non comune); Idiosincratice: anemia e altre anomalie ematologiche, reazioni di ipersensibilità compresa l'eruzione cutanea, epatite.

Il valproato di sodio

- » Sono disponibili diverse preparazioni, di solito somministrate 2 o 3 volte al giorno.
- » Effetti indesiderati: sedazione e tremore (dose-dipendenti), perdita di capelli transitoria (la ricrescita inizia normalmente entro 6 mesi), aumento del peso corporeo, compromissione della funzionalità epatica (idiosincratice).

	Bambino		Adolescente / adulto	
	Dose iniziale	Dose di mantenimento	Dose iniziale	Dose di mantenimento
Carbamazepina	5 mg / kg / die	10 – 30 mg / kg / die	100 – 200 mg / die	400 – 1400 mg / die
Fenobarbital	2 – 3 mg / kg / die	2 – 6 mg / kg / die	60 mg / die	60 – 180 mg / die
Fenitoina	3 – 4 mg / kg / die	3 – 8 mg / kg / die (max. 300 mg/die)	150 – 200 mg / die	200 – 400 mg / die
Valproato di Sodio	15 – 20 mg / kg / die	15 – 30 mg / kg / die	400 mg / die	400 – 2000 mg / die

Epilessia / crisi epilettiche



EPI 3

Dettagli sul piano terapeutico



Interventi Psicosociali

3.1 Formare le persone con convulsioni / epilessia e coloro che prestano assistenza

Spiegare:

- » Che cos'è la convulsione/l'epilessia (per es. "Una crisi o convulsione è una problematica legata al cervello. L'epilessia è una malattia che implica crisi ricorrenti. L'epilessia non è una malattia contagiosa e non è causata da stregoneria o spiriti").
- » La natura della convulsione in relazione ad una determinata persona e le possibili cause.
- » Che si tratta di una condizione clinica di lunga durata, ma le crisi possono essere completamente controllate nel 75% degli individui, dopo di che essi possono vivere senza farmaci per il resto della loro vita.
- » Le diverse opzioni di terapia.
- » Le ragioni per il rinvio a consulto medico (quando applicabile).

! Precauzioni da prendere a casa durante la crisi:

- » Sdraiare la persona su un fianco, con la testa girata di lato per aiutare la respirazione ed evitare l'aspirazione di secrezioni e vomito.
- » Assicurarsi che la persona stia respirando correttamente.
- » Non cercare di trattenere o di mettere qualcosa nella bocca.
- » Restare con la persona fino a quando la crisi si ferma e lei si riprende.
- » A volte le persone con epilessia sanno o sentono che le crisi sono in arrivo. In tal caso devono sdraiarsi in un luogo sicuro per proteggersi dai danni di una caduta.
- » Ricordate che l'epilessia non è contagiosa, perciò nessuno inizierà ad avere crisi soltanto dando una mano a chi le ha.

Esaminare con attenzione le questioni relative allo stile di vita:

- » Le persone con epilessia possono condurre una vita normale. Possono sposarsi e avere figli.
- » I genitori non dovrebbero mai togliere dalla scuola i bambini con epilessia.
- » Le persone con epilessia possono lavorare nella maggior parte dei posti di lavoro. Tuttavia, essi dovrebbero evitare certi lavori come quelli che prevedano l'uso di macchinari pesanti.
- » Le persone con epilessia dovrebbero evitare di cucinare su fiamme libere e di nuotare da sole.
- » Le persone con epilessia dovrebbero evitare l'uso eccessivo di alcool e sostanze voluttuarie, di dormire molto meno del solito o andare in posti dove ci sono luci lampeggianti.
- » Vanno osservate le leggi nazionali relative alla questione della diagnosi di epilessia e normative sul possesso di patente di guida.

I Disturbi dello sviluppo comprendono sia condizioni quali la disabilità intellettiva / ritardo mentale che i disturbi pervasivi dello sviluppo, tra cui l'autismo. Questi disturbi di solito hanno un esordio infantile e portano a un deterioramento o ritardo nella maturazione delle funzioni connesse al sistema nervoso centrale; hanno inoltre un decorso stabile, piuttosto che caratterizzato da remissioni e recidive, che si verifica invece in altri disturbi mentali. Nonostante l'esordio in età infantile, i disturbi dello sviluppo tendono a persistere in età adulta. I soggetti con un disturbo dello sviluppo sono più vulnerabili alle malattie fisiche e sviluppano più frequentemente altri disturbi prioritari indicati nelle Linee Guida mhGAP richiedendo quindi ulteriore attenzione da parte degli operatori sanitari.

Disabilità intellettiva

La disabilità intellettiva è caratterizzata dalla compromissione delle abilità in diverse aree (ad esempio, cognitiva, del linguaggio, motoria e sociale) durante il periodo dello sviluppo. Una minore intelligenza diminuisce la capacità di rispondere alle richieste quotidiane della vita. Il test QI per il calcolo del quoziente intellettivo può fornire una mappa delle abilità della persona, ma dovrebbe essere utilizzato solo se validato per l'uso nella popolazione in cui deve essere applicato.

Disturbi pervasivi dello sviluppo tra cui l'autismo

Gli elementi caratteristici di tali disturbi sono la compromissione dei comportamenti sociali, della comunicazione e del linguaggio e la presenza di una ristretta gamma di interessi e attività, uniche per l'individuo e svolte ripetutamente. L'esordio è nell'infanzia o nella prima infanzia. Di solito, ma non sempre, si accompagnano a un certo grado di ritardo mentale. I comportamenti di cui sopra sono di comune riscontro anche negli individui con disabilità intellettiva.

Disturbi dello sviluppo

Guida alla diagnosi e alla cura

DEV 1

1. Il bambino ha un ritardo nello sviluppo?

Valutare lo sviluppo del bambino secondo le normali tappe o confrontandolo con altri bambini della stessa età nello stesso Paese.

(Per esempio stabilire l'età in cui il bambino ha iniziato a sorridere, a stare seduto, in piedi da solo, camminare, parlare, capire le istruzioni e comunicare con gli altri.)

Per i bambini più grandi in aggiunta a quanto sopra, si noti come svolgono i compiti scolastici o le attività domestiche quotidiane.

Cercare:

- » Anomalie nella comunicazione (ad esempio, la mancanza di un uso sociale delle competenze linguistiche, la mancanza di flessibilità nell'utilizzo linguistico)
- » Modelli di comportamento, attività e interessi limitati, ripetitivi (stereotipati)
- » Il tempo, la sequenza e l'andamento di queste caratteristiche
- » La perdita di competenze precedentemente acquisite
- » La storia clinica familiare di disturbi dello sviluppo
- » Disabilità visiva e dell'udito
- » Epilessia associata
- » Segni associati di disabilità motoria o paralisi cerebrale

SI

Se c'è un **ritardo nello sviluppo** o **anomalie indicate nella comunicazione o nel comportamento**

Ci sono delle **carenze nutrizionali** tra cui la **carenza di iodio e/o condizioni mediche?**

SI

» **Trattare i problemi nutrizionali**, tra cui la carenza di iodio e delle condizioni mediche, utilizzando le linee guida IMCI.

IN TUTTI I CASI

- » Avviare la psicoeducazione in famiglia. » **DEV 2.1**
- » Considerare il corso di formazione sulle competenze genitoriali, quando disponibile. » **INT**
- » Informare sui servizi sociali ed educativi disponibili e collaborare con loro.
- » Contattare la scuola, dopo aver ricevuto il consenso della persona e del carer e fornire consigli. » **DEV 2.2**
- » Valutare il livello attuale di funzionamento adattivo in **consultazione con lo specialista**, se disponibile.
- » Gestire le condizioni associate come la disabilità visiva e dell'udito.
- » Fornire supporto per situazioni difficili attese nella vita.
- » Facilitare e collaborare con i servizi di riabilitazione della comunità. » **DEV 2.3**
- » Contribuire a promuovere e proteggere i diritti umani dei bambini e della famiglia. » **DEV 2.4**
- » Fornire supporto di familiari/carers. » **DEV 2.5**
- » Fare riferimento a uno specialista, se disponibile, per ulteriori valutazioni eziologiche.
- » Effettuare visite di controllo regolari. » **DEV 2.6**

Disturbi dello sviluppo

Guida alla diagnosi e alla cura

DEV 1

2. Il ritardo di sviluppo è dovuto a un ambiente non-stimolante o alla depressione materna?

SI

Se l'ambiente non è stimolante o la madre soffre di depressione

- » Fornire psicoeducazione alla famiglia » **DEV 2.1** e formare i genitori su come offrire un ambiente stimolante al bambino.
- » Trattare la depressione materna. Vai al modulo Depressione » **DEP** e consulta altri documenti OMS per la depressione materna e lo sviluppo della prima infanzia. 

3. Cercare un altro disturbo prioritario mentale, neurologico o da uso di sostanze (vai alla Master Chart delle linee guida mhGAP).

SI

Se SI

- » **Curare in base ai moduli pertinenti**
 - Epilessia » **EPI**
 - Depressione » **DEP**
 - Disturbi comportamentali » **BEH**

 Fare attenzione nel prescrivere farmaci psicotropi alle persone con disturbi dello sviluppo in quanto sono spesso più sensibili ai loro effetti collaterali.

Considerare in particolar modo:

- » Epilessia
- » Depressione
- » Disturbi comportamentali

4. Il bambino ha dei disturbi comportamentali?

SI

Se SI

- » Trattare qualsiasi problema fisico acuto curabile sottostante che aggrava i problemi comportamentali.
- » Considerare ulteriore psicoeducazione familiare (Vai al Modulo per i Disturbi del Comportamento)  » **BEH**. Implementare le competenze genitoriali sullo specifico problema comportamentale. » **INT**
- » Prendere in considerazione la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), se disponibili operatori qualificati.
- » Offrire ulteriore sostegno ai familiari/accompagnatori.

Dettagli sul piano terapeutico

Terapia Psicosociale e consulenza

2.1 Psicoeducazione familiare

La Psicoeducazione coinvolge la persona con disturbi dello sviluppo e la famiglia, a seconda della gravità della condizione e la disponibilità e l'importanza del ruolo del membro familiare nella vita quotidiana. Il genitore o membro familiare significativo deve essere formato a:

- » Accettare e prendersi cura del bambino con disturbi dello sviluppo.
 - » Imparare a conoscere ciò che è stressante per il bambino e cosa lo rende felice, cosa causa i disturbi comportamentali e ciò che li limita, quali sono i punti di forza del bambino e le sue debolezze e come meglio apprende.
 - » Capire che le persone con disturbi dello sviluppo possono avere difficoltà quando si trovano ad affrontare situazioni nuove.
 - » Strutturare la giornata con orari regolari per mangiare, giocare, apprendere e dormire.
 - » Coinvolgere i soggetti nelle attività della vita di tutti i giorni, partendo da compiti semplici da eseguire uno alla volta.
 - » Portarli a scuola, per quanto possibile, frequentando le scuole pubbliche, anche se è preferibile non a tempo pieno.
 - » Prestare attenzione alla loro igiene personale ed educarli alla cura di sé.
 - » Premiare prontamente il loro buon comportamento e non dare alcuna ricompensa quando il comportamento è problematico. »
- BEH 2.1**

- » Tutelarli da ogni forma di abuso.
- » Rispettare il loro diritto ad avere una zona di sicurezza all'interno di un confine visibile, dove possano sentirsi al sicuro, a proprio agio, muoversi e giocare liberamente.
- » Comunicare e condividere informazioni con altri genitori che hanno bambini con condizioni simili.

2.2 Consigli per gli insegnanti

» Fare un piano su come affrontare particolari esigenze educative del bambino. Ecco alcuni semplici consigli:

- Chiedere al bambino di sedersi di fronte alla classe.
- Dare al bambino tempo in più per capire i compiti.
- Suddividere i compiti più lunghi in parti più piccole.
- Identificare episodi di bullismo e prendere provvedimenti opportuni per fermarli.

2.3 Riabilitazione su base comunitaria (CBR)

La CBR si focalizza sul coinvolgere la comunità nel migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, rispondendo ai loro bisogni fondamentali e garantendo la loro integrazione sociale e partecipazione. Inoltre, offre alle persone con disabilità l'accesso alla riabilitazione all'interno della propria comunità, usando risorse prevalentemente locali. Si svolge nelle case, nelle scuole e in altri luoghi centrali della comunità. Viene attuata attraverso gli sforzi congiunti dei bambini

con disturbi dello sviluppo, delle loro famiglie e della comunità, nonché dei servizi sanitari, educativi, professionali e sociali. Si occupa di promuovere un clima che rispetti e tuteli i diritti delle persone con disabilità, della adeguata formazione da rivolgere al bambino, di potenziare le risorse familiari, contribuendo a ridurre lo stress, e di migliorare le strategie di coping per affrontare il disturbo dello sviluppo. Gli interventi possono quindi comprendere il sostegno alle attività nella vita quotidiana e in ambito scolastico, la formazione professionale e il sostegno ai genitori.

2.4 Promuovere e proteggere i diritti umani dei bambini e della famiglia

- » Rivedere i principi generali di cura. Prestare attenzione alla questione dei diritti umani e della dignità. Per esempio:
 - Non avviare interventi senza il consenso informato; prevenire il maltrattamento.
 - Evitare l'istituzionalizzazione.
 - Promuovere l'accesso alla scolarizzazione e alle altre forme di istruzione.

2.5 Supporto per i familiari e/o accompagnatori (carers)

- » Identificare l'impatto psicosociale sui carers.
- » Valutare i bisogni del carer e promuovere il sostegno e le risorse necessarie per la loro vita familiare, il loro lavoro, le attività sociali e sanitarie. Organizzare "assistenze sollievo", per consentire momenti di riposo, durante i quali operatori sanitari di fiducia si occupano temporaneamente del bambino o della persona con disturbo dello sviluppo.

Disturbi dello Sviluppo



DEV 2

Dettagli sul piano terapeutico

Terapia Psicosociale e consulenza

2.6 Visite di controllo (follow-up)

» Visite di controllo regolari.

» Per la prima infanzia adottare le linee guida IMCI per le visite di controllo.

» Criteri di riferimento:

- Se non si nota alcun miglioramento o un ulteriore deterioramento dello sviluppo e/o del comportamento ;
- Se si prevedono pericoli per il bambino o altri soggetti;
- Se la salute fisica ne risente (ad esempio comparsa di problemi nutrizionali).

Dove rivolgersi

- » Se la persona soddisfa i criteri di riferimento di cui sopra e ha sintomi compatibili con disabilità intellettiva, caratterizzata da ritardo generale in diverse aree di sviluppo, come ad esempio cognitiva, linguaggio, motoria e sociale, allora:
 - Evitare l'istituzionalizzazione.
 - Rivolgersi a servizi specialistici ambulatoriali competenti sulla disabilità intellettiva, se disponibili.
 - Fare riferimento a servizi specialistici ambulatoriali di logoterapia, se disponibili.
- » Se la persona soddisfa i criteri di riferimento di cui sopra e ha sintomi compatibili con un disturbo pervasivo dello sviluppo, caratterizzato da problemi di interazione sociale, comunicazione e comportamento (limitato / ripetitivo), allora:
 - Evitare l'istituzionalizzazione.
 - Fare riferimento a servizi specialistici ambulatoriali per i disturbi pervasivi dello sviluppo o autismo, se disponibili.

Prevenzione dei Disturbi dello Sviluppo

- » Fornire assistenza, prevenire e trattare la malnutrizione e le infezioni nelle donne in gravidanza. Prestare adeguata assistenza al parto e nel post partum, comprese idonee cure neonatali.. Evitare i traumi cranici, le neuroinfezioni e la malnutrizione nei neonati e nei bambini piccoli.
 - » Identificare i bambini malnutriti, quelli che si ammalano frequentemente e ogni altro gruppo di bambini a rischio e fornire opportuna assistenza. Organizzare incontri con i genitori anche attraverso visite domiciliari.
- » Istruire i genitori su come migliorare la relazione parentale e su come fornire adeguati stimoli psicosociali al bambino.
- » Nel caso in cui si scopra che la madre è affetta da depressione, proporre alla stessa di iniziare una terapia, preferibilmente attraverso interventi psicosociali.
- » Offrire sostegno psicosociale supplementare alle madri con depressione o sofferenti di qualsiasi altro disturbo mentale, neurologico o da uso di sostanze. Questo può articolarsi in visite domiciliari, psicoeducazione, miglioramento delle competenze genitoriali.
- » Le donne che sono in stato di gravidanza, o ne stanno pianificando una, dovrebbero considerare di evitare il consumo di alcool, visto che lo sviluppo fetale del cervello è particolarmente sensibile agli effetti di questa sostanza, già dalle prime settimane dopo il concepimento.

Ulteriori risorse dell' OMS:

- » IMCI : http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html
- » Making Pregnancy Safer: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/
- » Prevention of mental disorders: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Il termine “Disturbi comportamentali” comprende diverse condizioni specifiche, quali il disturbo ipercinetico o deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e altri disturbi comportamentali. Singoli sintomi comportamentali, che si presentano con diversi livelli di gravità, sono molto comuni nella popolazione. Solo ai bambini e agli adolescenti con un grado di compromissione psicologica, sociale, educativa o professionale da moderata a grave, e che si presenta in più ambiti, dovrebbe essere diagnosticato un disturbo comportamentale. In alcuni bambini con disturbi comportamentali, la condizione persiste anche in età adulta.

Disturbo Ipercinetico / deficit di attenzione e iperattività (ADHD)

Le caratteristiche principali sono la compromissione dell'attenzione e l'iperattività. La compromissione dell'attenzione si manifesta con l'interruzione continua di un'attività, e con il lasciarla incompiuta. Il bambino o l'adolescente passa inoltre frequentemente da un'attività all'altra. Questi deficit nella persistenza e nell'attenzione dovrebbero essere diagnosticati come un disturbo solo se sono troppo frequenti rispetto all'età e all'intelligenza del bambino o dell'adolescente e pregiudicano il normale funzionamento e apprendimento. L'iperattività si manifesta come uno stato di agitazione eccessiva, soprattutto in situazioni che richiedano una certa calma. Ciò comporta che il bambino o l'adolescente corra e salti, si alzi da una sedia quando era opportuno rimanesse seduto, presenti un'eccessiva loquacità e rumorosità, si agiti e si dimeni. I problemi comportamentali tipici dovrebbero avere un'insorgenza precoce (prima dei 6 anni) e una lunga durata (> 6 mesi) e non essere limitati ad un solo contesto.

Altri disturbi comportamentali

Si possono presentare come attacchi di collera insolitamente frequenti e importanti e come disobbedienza persistente e grave. I disturbi della condotta possono essere caratterizzati da uno schema ripetitivo e persistente di condotta antisociale, aggressiva o provocatoria. Tale comportamento, quando si palesa nella sua forma estrema, risulta molto più grave di un ordinario capriccio infantile o della usuale ribellione adolescenziale. Esempi di tali comportamenti sono il manifestare tendenza eccessiva all'aggressività o al bullismo o crudeltà verso gli animali o altre persone, l'appicare dei fuochi, il procurare gravi danni alle proprietà, il rubare, il mentire ripetutamente e lo scappare da scuola o da casa. I giudizi relativi alla presenza di altri disturbi del comportamento devono tenere conto del livello di sviluppo del bambino o dell'adolescente e della durata dei comportamenti problematici (almeno 6 mesi).

1. La persona ha problemi di disattenzione e iperattività?

Chiedere alla persona e al familiare/accompagnatore (carer) informazioni su:

- » Disattenzione
- » Abbandono prematuro dei compiti
- » Lasciare attività incompiute
- » Passaggio frequente da un'attività all'altra
- » Ipercinesia:
 - Iperattività (eccessiva per il contesto o la specifica)
 - Difficoltà a stare fermi
 - Eccessiva loquacità o rumorosità
 - Agitarsi o dimenarsi
- » Età di esordio e persistenza in contesti diversi dei suddetti sintomi che causano difficoltà con genitori, insegnanti, fratelli, coetanei, o in tutti i campi funzionali. Se i problemi si manifestano solo in un contesto, considerare le cause specifiche per tale area.

- » Valutare se i sintomi sono compatibili con il livello di sviluppo del bambino.

- » Esplorare l'impatto dei:
 - fattori sociali, familiari e scolastici o lavorativi
 - condizioni/patologie mediche

ESCLUDERE:

- » Condizioni mediche o altri disturbi prioritari che possono potenzialmente causare disturbi del comportamento (ad esempio ipertiroidismo, depressione o uso di alcool o droghe)

SI

Se ci sono diversi sintomi e

- » Persistono in contesti diversi
- » Sono superiori a quelli di altri bambini della stessa età e livello di intelligenza
- » Sono iniziati prima di 6 anni
- » Sono durati almeno 6 mesi
- » Interferiscono in modo importante nel funzionamento del bambino

valutare il **Problema di disattenzione e iperattività (ADHD)**

- » Offrire psicoeducazione familiare »BEH 2.1
- » Considerare corsi di formazione sulle competenze genitoriali, quando disponibili. »INT
- » Contattare l'insegnante del bambino (se va a scuola, con il consenso del bambino stesso e del carer), fornire consulenza e suggerire programmi per i bisogni educativi speciali. »BEH 2.2
- » Considerare gli interventi psicosociali, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la formazione sulle abilità sociali in base alla disponibilità. »INT
- » Sostenere la famiglia nella gestione dei problemi sociali e familiari che influenzano il comportamento del bambino. Se disponibili, utilizzare tecniche di problem-solving. »INT
- » Valutare l'impatto dei Disturbi comportamentali sui careres e offrire loro un sostegno per le loro esigenze personali di salute, sociale e mentale. »BEH 2.3
- » Se il carer è depresso, utilizzare il relativo modulo mhGAP-IG. »DEP

- » **CONSULTARE UNO SPECIALISTA** per il metilfenidato »BEH 3
Solo se:
 - gli interventi di cui sopra falliscono
 - il bambino è stato valutato attentamente
 - il bambino ha almeno 6 anni.
- » **Il metilfenidato non deve essere usato se il bambino ha meno di 6 anni.**
- » Monitorare gli effetti collaterali e i potenziali rischi di un uso improprio e diverso del farmaco.
- » Registrare regolarmente e attentamente nella cartella clinica i dettagli della prescrizione e gli effetti collaterali.

Disturbi Comportamentali

Guida alla diagnosi e alla cura

BEH 1

2. La persona mostra segni evidenti di altri Disturbi comportamentali?

Chiedere informazioni su:

- » Comportamento antisociale, aggressivo o provocatorio reiterato e persistente, esempio:
 - Livelli eccessivi di aggressività o episodi di bullismo
 - Crudeltà verso gli animali o altre persone
 - Causare gravi danni alle proprietà
 - Appiccare il fuoco
 - Rubare
 - Mentire ripetutamente
 - Assenteismo da scuola
 - Fuga da casa
 - Gravi e frequenti accessi di collera
 - Comportamenti provocatori e ribelli
 - Disobbedienza persistente grave
- » L'età di insorgenza dei sintomi e la durata

Valutare se i sintomi sono compatibili con il livello di sviluppo del bambino.

Esplorare l'impatto di:

- » Fattori sociali, familiari ed educativi o lavorativi
- » Condizioni/patologie mediche
- » Uso di alcool o di droghe

ESCLUDERE:

- » **Condizioni mediche o altri disturbi prioritari che possono potenzialmente causare disturbi del comportamento** (ad esempio ipertiroidismo, depressione o uso di alcool o droghe)

SI

Se ci sono diversi sintomi e

- » Sono molto più gravi di un normale capriccio infantile o della ribellione adolescenziale
- » Sono durati almeno 6 mesi
- » Non sono correlabili a una normale tappa di sviluppo del bambino
- » Non sono solo una risposta a gravi fattori di stress sociali, familiari o educativi

valutare una diagnosi di
altri Disturbi Comportamentali

- » Offrire psicoeducazione familiare » **BEH 2.1**
- » Considerare corsi di formazione sulle competenze genitoriali, quando disponibili. » **INT**
- » Contattare l'insegnante del bambino (se va a scuola, con il consenso del bambino stesso e del carer), fornire consulenza e suggerire programmi per i bisogni educativi speciali. » **BEH 2.2**
- » Anticipare i cambiamenti maggiori del ciclo vitale (come la pubertà, l'inizio della scuola o la nascita di un fratello) e organizzare un sostegno personale e sociale.
- » Considerare gli interventi psicosociali, come **CBT** e la formazione sulle abilità sociali in base alla disponibilità » **INT**
- » Valutare l'impatto dei Disturbi comportamentali sui careres e offrire loro un sostegno per le loro esigenze personali di salute, sociale e mentale. » **BEH 2.3**
- » **NON** usare farmaci per Disturbi comportamentali nei bambini e negli adolescenti. ❌ Valutare il metilfenidato solo nelle condizioni di cui sopra per il disturbo ipercinetico.

3. Il disturbo comportamentale è una reazione a un evento traumatico/stressante?

Esplorare:

- » Il bambino è vittima di bullismo o è stato ferito fuori casa?
- » C'è qualche preoccupazione che riguarda lesioni o minacce ricevute dentro la propria casa?
- » I genitori presentano qualche disturbo prioritario per il quale hanno bisogno di assistenza? (vai alla Master Chart delle Line Guida mgGAP)

4. La persona presenta altri disturbi prioritari?

(vai alla Master Chart delle Line Guida mgGAP)

Valutare la presenza di:

- » Disturbi dello sviluppo
- » Depressione
- » Uso di alcool o di droga
- » Epilessia
- » Psicosi
- » Comportamenti suicidari

SI

Se SI

- » Contattare i genitori.
- » Offrire formazione su competenze genitoriali ed effettuare visite a domicilio. In caso di rischio grave o di mancata risposta, coinvolgere altre risorse disponibili e specialisti.
- » Considerare interventi legali in base alla legislazione locale.
- » Indirizzare i genitori che ne hanno necessità, e che acconsentono, verso i servizi di salute mentale.

SI

Se SI

Curare il disturbo concomitante secondo il modulo appropriato:

- » Disturbi dello sviluppo » **DEV**
- » Depressione » **DEP**
- » Uso di Alcool » **ALC**
- » Uso di Droga » **DRU**
- » Epilessia » **EPI**
- » Psicosi » **PSY**
- » Suicidio/autolesionismo » **SUI**

Disturbi Comportamentali



BEH 2

Dettagli sul piano terapeutico

Interventi Psicosociali

2.1 Psicoeducazione familiare

- » Accettare e prendersi cura del bambino con un disturbo comportamentale.
- » Essere coerente su ciò che al bambino è consentito e non consentito fare.
- » Lodare o premiare il bambino dopo aver osservato un buon comportamento e rispondere solo ai più importanti problemi comportamentali; trovare il modo di evitare gravi scontri o situazioni difficili prevedibili.
- » Iniziare la modifica del comportamento problematico, concentrandosi su pochi comportamenti, ben osservabili e che il bambino sia in grado di affrontare
- » Dare comandi chiari, semplici e brevi che sottolineino ciò che il bambino dovrebbe fare, piuttosto che non fare.
- » Non abusare mai fisicamente o emotivamente il bambino. Le punizioni dovrebbero essere lievi e poco frequenti rispetto agli apprezzamenti. Ad esempio, posticipare i premi (ad es. una sorpresa o attività divertente) dopo che il bambino non si è comportato adeguatamente.
- » Per sostituire la punizione, utilizzare "time out" brevi e chiari dopo che il bambino abbia manifestato un problema comportamentale. Il "Time out" è la separazione temporanea da un ambiente gratificante, ovvero una strategia di un programma pianificato e registrato per modificare il comportamento. Istruire i genitori su come applicarlo in caso di necessità.

- » Rimandare le discussioni con il bambino fino a quando ci si calma.

2.2 Consigli per gli insegnanti

Pianificare strategie per affrontare i particolari bisogni educativi del bambino. Semplici consigli sono:

- » Chiedere al bambino di sedersi di fronte alla classe.
- » Dare al bambino più tempo per capire i compiti.
- » Suddividere i compiti complessi in parti più piccole.
- » Identificare episodi di bullismo e prendere i provvedimenti opportuni per fermarli.

2.3 Supporto per i carers

- » Identificare l'impatto psicosociale sui carers.
- » Valutare i bisogni del familiare e/o accompagnatore e promuovere il sostegno e le risorse necessarie per la loro vita familiare, il lavoro, le attività sociali e sanitarie. Organizzare "assistenza sollievo", per consentire momenti di riposo, durante i quali operatori sanitari di fiducia si occupano temporaneamente del bambino.

Dettagli sul piano terapeutico



Interventi farmacologici: Metilfenidato

- » **NON** utilizzare farmaci nelle cure primarie senza consultare uno specialista. ❌
- » **NON** usare farmaci per Disturbi comportamentali generali nei bambini e negli adolescenti. ❌ Valutare il metilfenidato per il disturbo ipercinetico solo se gli interventi psicosociali hanno fallito, se il bambino è stato valutato attentamente e ha almeno 6 anni e sono state escluse le condizioni che possono essere complicate dalla somministrazione di metilfenidato.
- » L'uso di farmaci stimolanti deve sempre essere parte di un piano di terapia che comprenda interventi psicologici, comportamentali ed educativi.
- » Registrare regolarmente nella cartella clinica la quantità erogata e la data di prescrizione, così come la reazione e gli effetti collaterali.

Il metilfenidato

3.1 Iniziare la terapia con metilfenidato

- » **Disponibilità:** il metilfenidato è soggetto a restrizioni in molti paesi. Conoscere la normativa che disciplina la prescrizione e la fornitura di farmaci stimolanti.
- » **Preparazione:** le formulazioni a rilascio immediato sono generalmente disponibili in compresse da 10 mg. Le formulazioni a rilascio graduale sono disponibili solo in alcuni paesi.
- » **Valutazione clinica prima di iniziare l'uso del metilfenidato:** oltre ai suggerimenti per la valutazione indicati nelle flowcharts, considerare con attenzione i seguenti parametri:

- Funzionalità del sistema cardiovascolare - storia clinica, polso, pressione arteriosa, esame cardiaco (ECG se è clinicamente indicato); l'uso di metilfenidato è controindicato nelle malattie cardiovascolari;
- Altezza e peso ;
- Valutazione del rischio per uso di stupefacenti e uso illecito di farmaci;
- Patologie mediche specifiche (es. utilizzare il metilfenidato con cautela nei bambini sia che soffrano di ADHD che di epilessia);
- Altri disturbi mentali - il metilfenidato può peggiorare l'ansia ed è controindicato nei casi di psicosi.

- » **NON** prescrivere senza la supervisione di specialisti. ❌

3.2 Dosaggio e somministrazione

- » **Formulazione a rilascio immediato:**
 - Iniziare con 5 mg una o due volte al giorno.
 - Gradualmente (in 4-6 settimane) aumentare la dose (in 2-3 dosi frazionate), fino a quando non vi è un ulteriore miglioramento e gli effetti collaterali sono tollerabili, fino ad una dose massima giornaliera raccomandata di 60 mg (in 2-3 dosi frazionate).
- » **Preparazioni a rilascio prolungato:** se disponibile, prescrivere una singola dose al mattino.

3.3 Valutazione della reazione

Registrare i sintomi e gli effetti collaterali ad ogni cambiamento della posologia. Se si verifica la ricomparsa di iperattività quando l'effetto del farmaco svanisce, la dose totale può essere divisa in modo da includere una dose serale.

3.4 Effetti collaterali

- » **Effetti collaterali comuni:** insonnia, diminuzione dell'appetito, ansia e cambi d'umore
 - ridurre la dose E **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.** 🚑
- » **Effetti collaterali meno comuni:** dolore addominale, cefalea, nausea, temporaneo ritardo di crescita e peso ridotto (monitorare l'altezza e il peso, prendere in considerazione una pausa nel trattamento farmacologico durante le vacanze scolastiche per consentire il recupero della crescita), cambiamento della pressione sanguigna e frequenza cardiaca (monitorare prima e dopo il cambiamento della dose e successivamente una volta ogni 3 mesi - consultare un medico nel caso si noti un cambiamento importante in due rilevazioni), vomito (alimentare), tic nervosi.
- » Esami del sangue di routine e ECG non sono necessari; vanno eseguiti se c'è un'indicazione clinica.

3.5 Visite di controllo

- » Interrompere il metilfenidato se non vi è alcuna risposta dopo 1 mese.
- » Misurare il peso ogni 3 mesi e l'altezza ogni 6 mesi. Se l'aumento di altezza o di peso si arresta, interrompere il metilfenidato e **consultare uno specialista.** 🚑
- » Se il bambino risponde al metilfenidato, continuare per un anno e poi **consultare uno specialista** 🚑 per verificare se è il caso di proseguire o meno.

La demenza è una sindrome dovuta a una patologia cerebrale, generalmente a carattere cronico e progressivo. Le condizioni che causano demenza producono cambiamenti nelle abilità mentali, nella personalità e nel comportamento della persona. Le persone con demenza di solito presentano difficoltà di memoria e nelle competenze necessarie allo svolgimento delle attività quotidiane. La demenza non fa parte del normale processo di invecchiamento. Anche se può verificarsi a qualsiasi età, è più comune nelle persone anziane.

Le persone che soffrono di demenza riportano spesso problemi di memoria o di sentirsi depresse. Altri sintomi comuni sono il deterioramento del controllo emotivo, del comportamento sociale o dell'iniziativa.

Le persone affette da demenza possono essere totalmente inconsapevoli di questi cambiamenti e dunque non chiedere aiuto in prima persona. Così, talvolta, è la famiglia che richiede aiuto. I familiari possono notare problemi di memoria, cambiamenti della personalità o del comportamento, stato di confusione, vagabondaggio o incontinenza.

Tuttavia, alcune persone affette da demenza e i loro familiari e/o accompagnatori possono negare o minimizzare la gravità della perdita della memoria e dei problemi correlati.

La demenza porta al declino nel funzionamento intellettuale e di solito interferisce con le attività della vita quotidiana, come lavarsi, vestirsi, mangiare e provvedere all'igiene personale.

1. La persona soffre di demenza?

- » Chiedere alla persona, e anche a qualcuno che la conosce bene, circa i problemi con la memoria, l'orientamento, il linguaggio e la difficoltà nel ricoprire ruoli chiave o svolgere attività. » **DEM 2**
- » Valutare l'orientamento, la memoria e linguaggio. » **DEM 2**
- » Chiedere alla persona o ai familiari e/o a chi presta assistenza riguardo ai sintomi:
 - Quando sono stati notati la prima volta?
 - Quanti anni aveva la persona?
 - L'esordio è stato improvviso o graduale? (nell'arco di diversi mesi o anni)?
 - Da quanto tempo perdura la malattia?
 - I sintomi peggiorano di notte?
 - Vi sono associati sonnolenza, disturbi della coscienza?
 - L'esordio era legato ad un trauma cranico, a uno svenimento o un ictus?
- » C'è una storia clinica di:
 - Gozzo, bradicardia, pelle secca o ipotiroidismo?
 - Infezioni a trasmissione sessuale (STI) o HIV?
 - Malattie cardiovascolari?
 - Inadeguata alimentazione, malnutrizione, anemia?

SI

Se la valutazione del deficit cognitivo o di memoria indica che:

- » È presente da almeno 6 mesi
- » È di natura progressiva,
- » È associato alla riduzione del funzionamento sociale

E' probabile la diagnosi di DEMENZA

- » Riferire il risultato della valutazione. » **DEM 3.1**
- » Offrire trattamenti psicosociali per i sintomi cognitivi e per il funzionamento cognitivo. » **DEM 3.2**
- » Promuovere l'autonomia e il mantenimento del funzionamento. » **DEM 3.3**
- » Effettuare un follow-up. » **DEM 3.6**

NO

- » Se l'esordio è improvviso e la durata è breve (giorni o settimane)
- » Se il disturbo è maggiore di notte ed è associato a perdita di coscienza
- » Se c'è disorientamento di tempo e spazio

E' probabile il DELIRIUM

» **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.**

NO

Se vi sono altre CARATTERISTICHE ATIPICHE come:

- » Esordio prima dei 60 anni
- » Ipotiroidismo di rilevanza clinica
- » Malattia cardiovascolare
- » Storia di precedente infezione sessualmente trasmessa (STI) o HIV
- » Storia di trauma cranico o ictus

» **CONSULTARE UNO SPECIALISTA.**

Demenza

DEM 1

Guida alla diagnosi e alla cura

2. La persona soffre di un altro disturbo mentale prioritario?

» Depressione da moderata a grave

NOTA: Nella demenza la depressione è comune, ma i sintomi possono essere difficili da ricavare dalla persona interessata, quindi potrebbe essere necessario basarsi sulle indicazioni del familiare e/o di chi presta assistenza circa importanti cambiamenti.

» Psicosi

(Valutare secondo la Master Chart delle Linee Guida mhGAP)

SI

Se è presente **depressione da moderata a grave**

SI

Se è presente **psicosi**

- » Gestire la depressione moderata-grave associata » **DEP** o la psicosi. » **PSY**
- » Rivedere la diagnosi di demenza dopo un efficace trattamento della depressione. Il deficit cognitivo può essere il risultato della depressione grave, anziché della demenza. Una ripresa completa indicherebbe la probabilità di una depressione come problematica primaria.

3. La persona presenta i sintomi comportamentali e psicologici della demenza?

Chiedere al familiare e/o a chi presta assistenza circa:

- » Il comportamento: vagabondaggio, disturbi notturni, agitazione e aggressività.
- » Sintomi psichici: allucinazioni, deliri, ansia o umore depresso
- » Quando si verificano questi sintomi e con che frequenza
- » Se questi sintomi costituiscano un problema per la persona o per chi la assiste

Esplorare possibili fattori scatenanti:

- » Fisici, come dolore, costipazione, infezioni urinarie
- » Psicologici, come la depressione
- » Ambientali, come ad esempio il sovra-affollamento o qualunque trasferimento

❗ **Accertare i rischi imminenti di danno per la persona** (ad esempio il vagabondaggio) o per chi presta assistenza (ad esempio un comportamento aggressivo che spaventi il familiare e/o chi presta assistenza oppure che possa portare nocumento ad altri soggetti).

SI

Se sono presenti i **sintomi comportamentali e psicologici della demenza**

SI

Se ci sono **rischi imminenti che la persona ferisca sé stessa o chi presta assistenza**

- » Offrire interventi psicosociali. » **DEM 3.4**
- » Effettuare un follow-up (controllo) » **DEM 3.6**

- » **Fornire interventi psicosociali.** » **DEM 3.4**
- » Inoltre, fornire in seconda battuta trattamenti farmacologici. » **DEM 4**

4. Sono presenti malattie cardiovascolari e fattori di rischio?

Rilevare la presenza di:

- » Ipertensione (pressione sanguigna)
- » Iperlipidemia
- » Diabete
- » Fumo
- » Obesità (peso, rapporto vita-fianchi)
- » Malattie cardiache (angina o infarto del miocardio)
- » Precedenti attacchi ischemici transitori o ictus

SI

Se sono presenti **fattori di rischio o malattie cardiovascolari**

- » Ridurre i fattori di rischio cardiovascolare secondo le linee guida locali:
 - Consigliare alla persona di smettere di fumare
 - Trattare l'ipertensione
 - Per l'obesità consigliare la riduzione del peso
 - Trattare il diabete
- » Inviare agli specialisti appropriati. 🚑

5. La persona soffre di altri disturbi fisici?

- » Valutare lo stato nutrizionale, vista, udito, dentizione, funzione della vescica e intestinale e la presenza di dolore
- » Effettuare un'analisi delle urine
- » Rivalutare i farmaci assunti, in particolare quelli con un significativo effetto collaterale anticolinergico - come l'amitriptilina (antidepressivo); molti antistaminici e farmaci antipsicotici, e le eventuali interazioni tra farmaci

SI

Se ci sono **disturbi fisici associati, in particolar modo:**

- » Insufficiente condizione nutrizionale
- » Infezioni del tratto urinario
- » Costipazione o diarrea
- » Interazioni farmacologiche o effetti collaterali indesiderati

- » Trattare le condizioni fisiche associate considerando che ciò potrebbe migliorare il funzionamento cognitivo globale.
- » Inviare agli specialisti appropriati. 🚑

6. Il familiare e/o accompagnatore è stressato o ha bisogno di aiuto?

Valutare

- » Chi è la figura principale che presta assistenza?
- » Chi altro offre assistenza e che tipo di assistenza?
- » C'è qualcosa che trova particolarmente difficile da gestire?
- » Chi assiste riesce ad affrontare la situazione? È stressato? È depresso?
- » Si trova ad affrontare una riduzione del proprio reddito e/o spese supplementari a causa delle esigenze assistenziali?

SI

Se **chi presta assistenza sta:**

- » Vivendo un'esperienza molto stressante
- » Attraversando una depressione
- » Affrontando costi non sostenibili per l'assistenza

- » Offrire interventi a favore di chi presta assistenza. » **DEM 3.5**
- » Prendere in attenta considerazione e vari interventi psicosociali:
 - Sostegno finanziario, come ad es. servizi per la disabilità
 - Informazioni sulla condizione della persona
 - Assistenza sostitutiva
 - Attivazione della rete di supporto di comunità
 - Terapia familiare o individuale, se disponibile
- » Follow up. » **DEM 3.6**
- » Valutare la depressione di chi presta assistenza secondo il Modulo Depressione e gestirla conseguentemente. 🔄
- » **DEP**

Demenza

DEM 2

Dettagli sul piano terapeutico

Identificare la Demenza

Identificare la demenza richiede:

- » la valutazione della memoria e delle funzioni cognitive attraverso l'utilizzo di semplici test.
- e
- » la conferma, tramite il confronto con un familiare o un'altra persona che conosca bene il soggetto, che i sintomi devono:
 - essersi sviluppati abbastanza recentemente
 - essere in progressivo peggioramento
 - causare regolarmente difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, domestiche o sociali

La demenza può essere anche valutata utilizzando qualsiasi strumento validato a livello locale

2.1 Valutare la memoria e le funzioni cognitive

- » Valutare la memoria chiedendo alla persona di ripetere tre parole comuni immediatamente, poi nuovamente 3-5 minuti dopo.
- » Valutare l'orientamento nel tempo (ora del giorno, giorno della settimana, stagione e anno) e nello spazio (in cui la persona è esaminata, o dove è il mercato o il negozio più vicino a casa sua).
- » Esaminare le competenze linguistiche chiedendo alla persona di nominare le parti del corpo, e di spiegare la funzione di un oggetto, come ad esempio: "Che cosa si fa con un martello?"

2.2 Intervistare "l'informatore chiave"

- » In un colloquio con un informatore chiave (qualcuno che conosca bene la persona), indagare la presenza di recenti cambiamenti nel modo di pensare e di ragionare, nella memoria e nell'orientamento. I vuoti di memoria occasionali sono comuni nelle persone anziane, mentre alcuni problemi possono essere significativi anche se poco frequenti.
- » Indagare, ad esempio, quanto spesso la persona dimentica dove ha messo le cose, se a volte dimentica quello che è successo il giorno prima, se a volte dimentica dov'è.
- » Chiedere all'informatore quando questi problemi sono iniziati e quanto stanno peggiorando con il trascorrere del tempo. Rilevare se ci siano dei periodi di tempo, giorni, settimane o più, durante i quali il pensiero e la memoria siano del tutto tornati alla normalità.
- » Identificare la presenza di difficoltà durante le attività quotidiane può essere problematico se la famiglia le sottovaluta, se sono relativamente piccole, o se le famiglie abitualmente offrono un ampio supporto alla cura delle persone anziane. I compiti più complessi, come la gestione del budget domestico, fare la spesa o cucinare tendono ad essere compromessi per primi. Le attività fondamentali della cura di sé come vestirsi, lavarsi, alimentarsi e occuparsi dell'igiene personale vengono colpite solo successivamente.
- » È necessario conoscere quali siano le "attività abituali" per gli anziani nella vostra zona e per quella determinata famiglia. Considerare se vi siano stati cambiamenti recenti e progressivi. Ad esempio se la persona compia errori o ci metta più tempo per svolgere compiti, li esegua meno bene, o rinunci alle attività.

Dettagli sul piano terapeutico



Interventi Psicosociali

3.1 Comunicare i risultati della valutazione

Chiedere alle persone che vengono esaminate per una possibile demenza se desiderano conoscere la diagnosi e con chi questa deve essere condivisa. La spiegazione deve essere adeguata alla loro capacità di comprendere e ritenere le informazioni.

Iniziare dando informazioni di base sul disturbo - ma senza sovraccaricare con troppe informazioni. Può essere utile comunicare che:

- » La demenza è una patologia del cervello e tende a peggiorare nel tempo.
- » Anche se non esiste una cura, si può fare molto per aiutare e sostenere la persona e la famiglia.
- » Molte preoccupazioni e comportamenti si possono gestire nel momento stesso in cui si presentano. Molto può essere fatto per rendere la vita della persona più confortevole e quella di chi presta assistenza meno stressante.

Mettere a punto un'offerta realistica di aiuto e supporto continuo e informare la persona e chi presta assistenza su qualsiasi altro supporto disponibile nella propria comunità

3.2 Interventi Psicosociali per i sintomi e il funzionamento cognitivo

- » Ripetere con regolarità alle persone affette da demenza informazioni di orientamento (ad esempio il giorno, la data, il tempo e nomi di persone), per aiutarle a rimanere orientate nel tempo, nello spazio e nella consapevolezza di sé.
- » Utilizzare materiali come giornali, programmi radio o TV, album di famiglia e articoli per favorire la comunicazione, l'orientamento rispetto ad eventi attuali, per stimolare i ricordi e per consentire alle persone di condividere e valorizzare le loro esperienze.
- » Usare frasi semplici e brevi per rendere chiara la comunicazione verbale. Cercare di ridurre al minimo necessario i rumori concomitanti, come la radio, la TV o conversazioni di altre persone. Ascoltare attentamente ciò che la persona ha da dire.
- » Mantenere le cose semplici, evitare modifiche della routine ed evitare di esporre la persona a luoghi sconosciuti e che generano confusione, a meno che ciò non sia necessario.

3.3 Promuovere l'autonomia, il funzionamento e la mobilità

Pianificare le attività della vita quotidiana in modo da massimizzare l'attività autonoma, migliorare il funzionamento, contribuire ad adeguare e sviluppare le competenze e ridurre al minimo la necessità di un sostegno. Facilitare la riabilitazione attraverso la comunità coinvolgendo le persone e chi presta assistenza nella pianificazione e messa in atto di tali interventi. Assistere la persona in stretta connessione con le risorse sociali disponibili.

In particolare, considerare quanto segue:

- » Fornire consigli per mantenere le competenze per l'igiene personale in autonomia, compresi suggerimenti per la regolare assunzione di liquidi (se l'incontinenza si verifica, tutte le possibili cause devono essere valutate e tutte le opzioni di trattamento provate prima di concludere che essa abbia un carattere permanente).
- » Informare i membri della famiglia sull'importanza di mantenere il pavimento della casa privo di ingombri per ridurre il rischio di caduta.
- » Consigliare di apportare degli adattamenti alla casa. Può essere utile aggiungere un corrimano o delle rampe. Sistemare segnali sui luoghi-chiave (ad esempio: servizi igienici, bagno, camera da letto) può contribuire a garantire che la persona non si perda o perda l'orientamento, quando è a casa.
- » Consigliare l'attività fisica e l'esercizio fisico per mantenere la mobilità e per ridurre il rischio di cadute.
- » Consigliare attività ricreative (commisurate alla fase di demenza).
- » Indirizzare alla terapia occupazionale, se disponibile.
- » Gestire i deficit sensoriali (come l'ipovisione, l'ipoacusia) con dispositivi adeguati (ad esempio: lenti, apparecchi acustici).

Demenza



DEM 3

Dettagli sul piano terapeutico

Interventi Psicosociali

3.4 Gestione dei sintomi comportamentali e psicologici

- » Identificare e trattare i problemi fisici di salute sottostanti che possono influenzare il comportamento (dolore, infezioni, ecc.).
- » Considerare cambiamenti ambientali, come posti a sedere adeguati, aree sicure per spostarsi, cartelli (ad esempio, cartello di Non uscita sulla porta di strada, o appropriato cartello sui servizi igienici).
- » Identificare gli eventi (ad esempio, la spesa in un mercato affollato) o i fattori (per es. uscire da soli) che possono precedere, innescare o aumentare i comportamenti problematici e provare a modificarli.
- » Valutare strategie per rilassare, calmare o distrarre, e suggerire alla persona di fare attività che gli piacciono (per esempio andare a fare una passeggiata, ascoltare musica conversare), specialmente quando si sente agitata.

Poiché le persone affette da demenza sono a rischio di abusi e di abbandono, gli operatori sanitari dovrebbero vigilare per proteggerle e applicare le pertinenti regolamentazioni locali in materia. !

3.5 Interventi per i familiari e/o accompagnatori

- » Identificare il disagio psicologico e l'impatto psicosociale su coloro che prestano assistenza. Valutare i loro bisogni al fine di assicurare il sostegno e le risorse necessarie per la loro vita familiare, lavoro, attività sociali e sanitarie.
- » Riconoscere che può essere estremamente frustrante e stressante prendersi cura di persone con demenza. E' importante che coloro

che prestano assistenza continuino a prendersi cura delle persone affette da demenza, evitando atteggiamenti ostili o neglienti. Chi presta assistenza deve essere incoraggiato a rispettare la dignità della persona con demenza e a coinvolgerla nelle decisioni sulla propria vita, per quanto possibile.

- » Sin dal momento della diagnosi, fornire informazioni alle persone affette da demenza, alla loro famiglia e ad altre persone che prestano assistenza in maniera informale. Ciò deve essere fatto con sensibilità e tenendo conto della volontà della persona e di coloro che prestano assistenza.
- » Fornire formazione e supporto su abilità specifiche (come la gestione dei disturbi del comportamento) se necessario. Per rendere questi interventi maggiormente efficaci, suscitare la partecipazione attiva di chi presta assistenza (per esempio attraverso simulate).
- » Considerare la possibilità di offrire un sostegno concreto, ad esempio ove possibile, l'assistenza sostitutiva a domicilio. Un altro membro della famiglia o una persona adatta può garantire la sorveglianza e la cura della persona affetta da demenza (preferibilmente nel domicilio abituale). Questo può aiutare chi presta continuativamente assistenza permettendogli di riposarsi o svolgere altre attività.
- » Verificare se la persona abbia i requisiti per i benefici pensionistici di invalidità previsti o per altre forme di sostegno sociale o economico. Questi possono essere erogati dal governo, da enti non governativi o reti sociali.
- » Se possibile, cercare di affrontare lo stress psicologico di chi presta assistenza attraverso il supporto, l'aiuto alla risoluzione di problemi, l'assistenza psicologica o interventi cognitivo-comportamentali (andare al Modulo depressione e interventi psicosociali avanzati).  » DEP e  » INT

- » Valutare e trattare la depressione moderata - grave in chi presta assistenza (andare al Modulo Depressione).  » DEP

3.6 Follow-up (controllo)

- » Almeno una volta ogni tre mesi, effettuare una rivalutazione dell'assistenza medica e sociale.
- » **Ad ogni visita di controllo, valutare:**
 - le comorbidità mediche e psichiatriche, ivi inclusi i deficit visivi e uditivi, il dolore, la continenza;
 - la stabilità o la progressione dei sintomi di demenza, la ricerca di eventuali nuovi sintomi ed eventuali cambiamenti repentini;
 - la capacità di partecipare alle attività della vita quotidiana e le eventuali nuove esigenze di cura;
 - i rischi per la sicurezza (ad esempio: la guida, la gestione finanziaria, la gestione dei farmaci, rischi per la sicurezza nel cucinare a casa, nel fumare, vagare, ecc.); !
 - la presenza e la gravità della depressione;
 - la presenza e la gravità dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza;
 - il rischio di autolesionismo;
 - Se sta seguendo una terapia: la reazione al trattamento, gli effetti collaterali e l'aderenza, nonché sintomi cognitivi e sintomi bersaglio del trattamento;
 - Eventuali ostacoli alla partecipazione al trattamento;
 - La fatica e l'adattamento di chi presta assistenza e esigenze di informazione, formazione e supporto.
- » Confrontare la valutazione attuale con note precedenti e discutere i risultati con la persona e con chi le presta assistenza.
- » Determinare eventuali nuove esigenze di sostegno della persona e/o di chi presta assistenza e agevolarle, se necessario.
- » Discutere e concordare eventuali modifiche del piano terapeutico-assistenziale.

Dettagli sul piano terapeutico



Interventi Farmacologici

» Per i sintomi comportamentali e psicologici della demenza, considerare i farmaci antipsicotici, come l'aloiperidolo oppure gli antipsicotici atipici, solo dopo aver provato interventi psicosociali. Si possono valutare questi farmaci se i sintomi persistono e vi è il rischio imminente di danno per la persona o chi la assiste.

» **CONSULTARE UNO SPECIALISTA** 

» Iniziare con 0,5 mg di aloperidolo per via orale o i.m. se necessario. Evitare l'aloiperidolo e.v. Evitare il diazepam.

» "Iniziare piano, andare piano", effettuare una titolazione, esaminare le necessità periodicamente (almeno mensilmente), controllando anche gli effetti collaterali extrapiramidali. Usare la dose efficace più bassa.

» Andare al Modulo Psicosi per i dettagli sul farmaco antipsicotico.  » **PSY 3**

NON prendere in considerazione gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (come donepezil, galantamina e rivastigmina) o la memantina per tutti i casi di demenza. Essi vanno considerati solo in contesti in cui la diagnosi specifica della malattia di Alzheimer può essere formulata, dove siano disponibili un adeguato supporto e supervisione da parte di specialisti e un monitoraggio (per gli effetti collaterali) da parte di chi presta assistenza.

Abuso di Alcool e Disturbi da abuso di Alcool

ALC

Le condizioni derivanti dalle varie modalità di consumo di alcool includono l'intossicazione acuta da alcool, l'uso problematico di alcool, la sindrome da dipendenza alcolica e lo stato di astinenza da alcool. L'intossicazione acuta è una condizione transitoria che segue l'assunzione di alcool cui conseguono disturbi della coscienza, del pensiero, della percezione, dell'umore o del comportamento. L'uso problematico di alcool è una modalità di consumo di alcool che causa danni alla salute. Il danno può essere fisico (ad esempio disturbi epatici) o mentale (ad esempio episodi di disturbo depressivo). E' spesso associato a conseguenze sociali (ad esempio problemi familiari o problemi sul lavoro).

La dipendenza da alcool consiste in un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcool assume un'elevata rilevanza per la persona rispetto ad altri comportamenti che un tempo avevano una maggiore importanza. Lo stato di astinenza da alcool si riferisce ad un gruppo di sintomi che possono verificarsi in seguito alla sospensione dell'alcool dopo un uso quotidiano prolungato.



1. La persona presenta sintomi gravi di intossicazione da alcool?

Rilevare:

- » Odore di alcool nell'alito
- » Basciamento
- » Comportamento disinibito

Valutare:

- » Livello di coscienza
- » Condizione cognitiva e percezione

SI

Se ci sono alterazioni dei livelli di coscienza, cognitivà, percezione, umore o comportamento a seguito del consumo recente di alcool

L'intossicazione da alcool è probabile

- » Valutare la pervietà delle vie aeree e la respirazione.
- » Mettere la persona sul fianco per evitare il fenomeno dell'aspirazione nel caso vomitasse.
- » Rivolgersi ad un ospedale se necessario o tenere sotto osservazione finché l'effetto dell'alcool scompare del tutto.
- » **Se si sospetta l'avvelenamento da metanolo, rivolgersi all'ospedale per la gestione dell'emergenza.**

2. La persona presenta segni di astinenza da alcool?

L'astinenza da alcool si verifica dopo la cessazione del consumo di alcool, in genere tra 6 ore e 6 giorni dopo l'ultima assunzione.

Rilevare:

- » Tremore alle mani
- » Sudorazione
- » Vomito
- » Aumento pulsazioni e pressione arteriosa
- » Agitazione

Chiedere se sono presenti:

- » Mal di testa
- » Nausea
- » Ansia

NOTA: Convulsioni e confusione possono verificarsi in casi gravi.

SI

E' probabile che l'astinenza sia di grado GRAVE? Cercare:

- » Episodi passati di astinenza grave da alcool incluso il delirium e le convulsioni
- » Altri disturbi fisici o psichiatrici o dipendenza da benzodiazepine
- » Gravi sintomi di astinenza già evidenti a distanza di poche ore dopo aver smesso di bere

- » Trattare **immediatamente** con diazepam. » ALC 3.1
- » Trattare in ospedale o in un centro di disintossicazione, se disponibile.
- » **Se l'astinenza è aggravata dal delirium:** » ALC 3.1
 - Trattare l'astinenza con diazepam.
 - Trattare il caso in un ambiente sicuro.
 - Mantenere un buono stato di idratazione
 - Se il delirium o le allucinazioni persistono nonostante il trattamento degli altri sintomi di astinenza, allora considerare l'utilizzo di antipsicotici come aloperidolo 2,5-5 mg per via orale fino a 3 volte al giorno.
- » **Se l'astinenza è aggravata da una convulsione,** trattare con diazepam in prima istanza e non utilizzare antiepilettici per prevenire ulteriori crisi.

Consumo di Alcool e Disturbi Da Consumo di Alcool !

ALC 1

Guida alla diagnosi e alla cura » in Casi di Emergenza !

3. La persona soffre di disorientamento grave o obnubilamento della coscienza con una storia clinica recente di consumo di alcool?

SI

Si tratta di encefalopatia di Wernicke, trauma cranico o delirium da astinenza da alcool?

- » Rilevare presenza di nistagmo e atassia per encefalopatia di Wernicke. L'oftalmoplegia può verificarsi in casi gravi.
- » Rilevare segni di lesione alla testa, come lacerazioni o sanguinamento intorno alla testa o alle orecchie.
- » Rivalutare il delirium da astinenza da alcool

Encefalopatia acuta di Wernicke

- » Trattare tutti i casi sospetti con tiamina, e.v. o i.m, 100 mg 3 volte al giorno per 3-5 giorni.
- » Inviare la persona con urgenza in ospedale. +

Lesioni alla testa

- » Monitorare il livello di coscienza.
- » Chiedere l'opinione di un chirurgo. 🚑

Delirium da astinenza da Alcool

- » Trattare il delirium da astinenza da alcool.
- » ALC 3.1

Escludere altre cause comuni di disorientamento, come le infezioni, l'ipossia, l'ipoglicemia, l'encefalopatia epatica, ed eventi cerebrovascolari. !

1. Indagare sulla modalità di consumo di alcool e sui danni correlati all'alcool

» Chiedere se la persona consuma alcool.

Se SI

» Chiedere se la persona consuma alcool in modo problematico/pericoloso per la salute:

Quantità e frequenza nel bere

- Ha consumato 5 o più bevande standard (o 60 g di alcool)* in qualsiasi occasione negli ultimi 12 mesi
- Beve in media più di due bevande standard al giorno
- Beve alcool tutti i giorni della settimana

* Una bevanda standard è una misura della quantità di alcool puro assunto, di solito tra 8 g e 12 g. Se la quantità di alcool contenuta in una bevanda standard in un dato Paese è al di fuori di questi limiti, potrebbe essere necessario modificare il numero di bicchieri.

NOTA: Rilevare disturbi da uso di alcool nell'attività di routine

L'uso pericoloso di alcool e i disturbi dovuti dall'uso di alcool sono comuni. Tranne che nelle zone a bassissimo consumo di alcool, alle persone che si presentano presso una struttura sanitaria dovrebbe essere chiesto quali siano le abitudini sul consumo di alcool. Questo può essere fatto informalmente o con l'uso di un questionario come l'OMS - AUDIT o il OMS - ASSIST.

SI

Se SI

- » Raccogliere una storia più dettagliata alla ricerca di un uso problematico di alcool o di una dipendenza (**vedi sotto il punto 2 e » ALC 2.1**)

Se non c'è dipendenza da alcool

- » **il quadro clinico è**
USO PERICOLOSO DI ALCOOL
o
USO DANNOSO DI ALCOOL

- » Esporre in maniera chiara i risultati della valutazione dell'uso di alcool e spiegare il collegamento tra l'intensità di consumo di alcool e le problematiche di salute della persona nonché i rischi a breve e lungo termine dell'uso di alcool attuale.

- » Chiedere di altri abusi di sostanze **» DRU 2.1**
- » Condurre una breve discussione sulle motivazioni della persona a consumare alcool.

i Vedi Interventi Brevi » ALC 2.2 per i dettagli

- » Esporre in maniera chiara le indicazioni sia per ridurre a livelli minori di consumo sia per interrompere del tutto l'uso di alcool e offrire disponibilità ad aiutare la persona a fare ciò.
 - Se la persona vuole provare a ridurre o interrompere l'uso di alcool, allora discutere le modalità di raggiungimento di questo obiettivo.
 - Se non è così, esprimere in maniera fiduciosa la futura possibilità di interrompere o ridurre un uso pericoloso o dannoso di alcool e incoraggiare la persona a ritornare se intendesse ridiscutere dell'argomento in seguito.

- » Fissare un controllo alla prima occasione possibile.
- » Ricercare il parere di uno specialista **»** su ciò che è opportuno per persone che fanno un uso pericoloso di alcool o che non hanno risposto agli interventi brevi.

» Se la persona è un adolescente vedi » ALC 2.6

» Se la persona è una donna in stato di gravidanza o in allattamento allora, vedi » ALC 2.7

Consumo di Alcool e Disturbi Da Consumo di Alcool

ALC 1

Guida alla diagnosi e alla cura

2. La persona soffre di dipendenza da alcool?

Raccogliere una storia clinica dettagliata sul consumo di alcool » ALC 2.1

Valutare:

- » Un forte desiderio o impulso ad assumere alcool
- » Difficoltà a controllare l'uso di alcool in termini di inizio, cessazione o livelli di utilizzo
- » Una condizione fisica di astinenza quando l'uso di alcool viene cessato o ridotto, come si manifesta nella caratteristica sindrome di astinenza da alcool; l'utilizzo della stessa sostanza (o simile) con l'intenzione di alleviare o evitare i sintomi di astinenza
- » La presenza di tolleranza, cosicché dosi maggiori di alcool sono necessarie al fine di ottenere gli effetti prodotti in origine da dosi inferiori
- » Abbandono progressivo di attività piacevoli o interessi a causa del consumo di alcool, l'aumento della quantità di tempo necessario per ottenere o assumere alcool o per riprendersi dai suoi effetti
- » Se l'uso di alcool persiste nonostante vi sia l'evidenza di conseguenze pericolose, come un danno epatico, uno stato depressivo o la diminuzione del funzionamento cognitivo.

SI

Se sono presenti **3 o più segni**:

**Il quadro clinico è
DIPENDENZA ALCOLICA**

- » Indicare chiaramente i risultati della valutazione e spiegare sia i rischi a breve che a lungo termine della continuazione dell'uso di alcool ai livelli attuali.
- » Condurre una breve discussione sulle motivazioni della persona riguardo all'uso di alcool. **Vedere interventi brevi. » ALC 2.2**
- » Consigliare la completa cessazione dell'assunzione di alcool.
- » Consigliare l'assunzione giornaliera di 100 mg di tiamina.
- » Se la persona manifesta la volontà di provare a interrompere l'assunzione di alcool, facilitarne la cessazione.
 - Determinare l'ambiente appropriato per cessare l'assunzione.
 - Pianificare l'interruzione.
 - Predisporre la disintossicazione, se necessario.
 - Durante la disintossicazione, trattare i sintomi di astinenza con diazepam. 🚫 » ALC 3.1
- » Dopo la disintossicazione, prevenire le ricadute con i farmaci (nal-trexone, acamprosate o disulfiram) 🚫, se disponibili. » ALC 3.2
- » Valutare e trattare eventuali comorbidità mediche o psichiatriche, in maniera ideale dopo 2-3 settimane di astinenza visto che alcuni problemi si risolveranno con l'astinenza.
- » Considerare il rinvio ad un gruppo di sostegno (come Alcolisti Anonimi) o a una comunità terapeutica residenziale. » ALC 2.3
- » **NON** infliggere "punizioni" come parte del trattamento. ✖
- » Rispondere alle esigenze abitative e occupazionali. » ALC 2.4
- » Fornire informazioni e supporto alla persona e a coloro che le prestano assistenza e ai familiari. » ALC 2.5
- » Se disponibili, fornire interventi psicosociali come il counseling o la terapia psicologica familiare, il counseling o la terapia di problem solving, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia di potenziamento motivazionale, o la terapia per la gestione delle contingenze. » INT
- » Considerare il rinvio ad un servizio specializzato. +
- » Effettuare visite di controllo in base alle esigenze, frequenti inizialmente
- » Cercare l'aiuto di uno specialista, se necessario. 🚫

Dettagli sul piano terapeutico

2.1 Ricostituire la storia clinica del consumo

Quando si fanno domande sul consumo di alcool:

- » Chiedere senza suggerire implicitamente una risposta e cercare di non mostrare sorpresa per le risposte date.
- » Fare domande sull'intensità e le modalità di consumo di alcool, così come su qualsiasi comportamento associato al consumo di alcool che potrebbe mettere a rischio la salute della persona e degli altri (cioè, dove, quando e con chi il consumo di alcool si verifica generalmente, cosa innesca il consumo di alcool, le attività svolte durante l'intossicazione, le implicazioni finanziarie, la capacità di prendersi cura dei bambini e la violenza verso gli altri).
- » Porre domande sulla presenza di danni provocati dall'alcool, tra cui:
 - Incidenti, guida in stato di ebbrezza
 - Problemi relazionali
 - Problemi di salute come malattie del fegato/ulcere gastriche
 - Problemi legali/finanziari
 - Attività sessuale in stato di intossicazione, rischiosa o seguita da senso di colpa
 - Violenza alcool-correlata ivi compresa la violenza domestica
- » Fare domande sull'inizio e la progressione del consumo di alcool in relazione ad altri eventi della vita, per esempio, raccogliendone nessi cronologici.
- » Se vi è evidenza di uso pericoloso o dannoso di alcool, fare domande sulla dipendenza, indagando sull'instaurarsi della tolleranza, sui sintomi di astinenza, sull'uso di quantità crescenti o per un maggior periodo di tempo rispetto a quanto voluto, sull'uso continuato di alcool nonostante i problemi ad esso correlati, sulle difficoltà nel fermare o ridurre l'uso di alcool e sul desiderio di l'alcool.

- » Fare domande sulle reti sociali e sulle modalità di uso di alcool e di altre sostanze da parte della persona.

Nell'esaminare la persona, cercare:

- » Presenza di uno stato di intossicazione e di astinenza;
- » Evidenze di elevato consumo cronico di alcool, come disturbi epatici (ingrossamento epatico, segni periferici di danno epatico), danni neurologici cerebellari o periferici.

Indagini che vanno eseguite (se possibile):

- » Enzimi epatici e esame completo del sangue.

2.2 Interventi brevi per ridurre il consumo nocivo di alcool

» Esempi di modi in cui il consumo dannoso o pericoloso di alcool può essere ridotto

- Non avere alcool in casa;
- Non andare al pub o altri luoghi in cui le persone utilizzano alcool;
- Chiedere il sostegno di familiari o amici;
- Chiedere alla persona di tornare con la famiglia o gli amici e discutere un percorso insieme al servizio sanitario.
- » **Parlare con le persone sui motivi che le spingono ad utilizzare l'alcool**
 - Coinvolgere la persona in una discussione sull'uso di alcool in modo che lui/lei sia in grado di parlare dei benefici percepiti e dei danni effettivi e/o potenziali, prendendo in considerazione gli aspetti che sono più importanti nella propria esistenza.

- Orientare la discussione verso una valutazione equilibrata degli effetti positivi e negativi dell'alcool mettendo in discussione le informazioni che ne sovrastimano i benefici e sottolineando gli aspetti negativi che forse sono stati sottovalutati.
- Evitare di polemizzare con la persona e cercare di riformulare la frase in modo differente, se si incontra resistenza - cercare di comprendere il reale impatto dell'alcool nella vita della persona, per quanto è possibile in quel determinato momento.
- Incoraggiare le persone a decidere da sé se vogliono cambiare la loro modalità di consumo di alcool in particolare se c'è stata una discussione equilibrata dei pro e dei contro dell'attuale modalità di consumo.
- Se la persona non è ancora pronta a smettere o ridurre l'uso di alcool, chiederle di tornare per discuterne ulteriormente.

2.3 Gruppi di sostegno

- » Considerare la possibilità di consigliare alle persone con dipendenza da alcool di entrare in un gruppo di sostegno, ad esempio Alcoolisti Anonimi. Prendere in considerazione di facilitare il primo contatto, per esempio prendendo l'appuntamento e accompagnando la persona al primo incontro.

2.4 Rispondere alle necessità di alloggio e occupazione

- » Dove possibile, lavorare con le agenzie locali e le risorse di comunità per fornire un'occupazione assistita per coloro che necessitano di sostegno per tornare al lavoro o per trovare nuova occupazione e per consentire l'accesso alle occasioni lavorative (o educative) locali, commisurate alle esigenze della persona e al livello delle sue abilità.

Consumo di Alcool e Disturbi Da Consumo di Alcool

ALC 2

Dettagli sul piano terapeutico

- » Dove possibile, lavorare insieme alle agenzie locali e alle risorse di comunità per trovare alloggi sovvenzionati o strutture residenziali assistite, nonché strutture abitative indipendenti, qualora necessario. Nel consigliare e agevolare delle soluzioni abitative ottimali esaminare con attenzione la capacità della persona e l'accessibilità ad alcool o ad altre sostanze.

2.5 Sostenere le famiglie e chi presta assistenza

Discutere con la famiglia e con chi presta assistenza l'impatto dell'uso di alcool e della dipendenza su loro stessi e su gli altri membri della famiglia, compresi i bambini.

Sulla base della risposta delle famiglie:

- » Offrire una valutazione dei loro bisogni personali, sociali e di salute mentale.
- » Fornire informazioni e formazione circa l'uso di alcool e la dipendenza.
- » Aiutare ad identificare le fonti di stress correlate al consumo di alcool; esplorare metodi per fronteggiarle e promuovere comportamenti efficaci per fronteggiarle.
- » Informare circa l'esistenza di gruppi di supporto e aiutare ad accedervi (ad esempio, i gruppi di auto-aiuto per le famiglie e per chi presta assistenza) e di ulteriori risorse sociali.

2.6 Uso di sostanze in adolescenza

- » Chiarire la natura riservata dell'incontro a carattere sanitario ed in quali circostanze i genitori o altri adulti verranno eventualmente informati.

- » Identificare le questioni di fondo più importanti per l'adolescente, tenendo presente che gli adolescenti spesso non sono in grado di esprimere in maniera articolata i loro problemi. Ciò potrebbe significare fare domande aperte riguardanti i settori contemplati dalla sigla HEAD (Home, Education / Employment / Eating, Activities, Drugs and alcohol, Sexuality / Safety / Suicide), predisponendo un tempo sufficiente per la discussione.

- » Anche se di solito si presentano con problemi meno gravi dovuti all'uso di sostanze, i giovani si possono presentare in uno stato di dipendenza grave. Perciò è altrettanto importante vagliare i problemi di droga e alcool degli adolescenti.
- » Fornire ai genitori e all'adolescente informazioni sugli effetti dell'uso di alcool e di altre sostanze sulla salute individuale e sul funzionamento sociale.
- » Favorire un cambiamento nell'ambiente dell'adolescente piuttosto che concentrarsi direttamente sull'adolescente come causa dei problemi, ad esempio incoraggiando la partecipazione a scuola o al lavoro e alle attività di dopo- scuola / lavori che occupano il suo tempo, e incoraggiare la partecipazione ad attività di gruppo che facilitino l'acquisizione di competenze e la partecipazione attiva alla comunità. È importante che gli adolescenti siano coinvolti in attività che li interessino.
- » Incoraggiare i genitori e/o adulti responsabili a informarsi su dove vada l'adolescente, con chi passi il tempo, quello che sta facendo, quando tornerà a casa, e ad aspettarsi che l'adolescente sia responsabile delle sue attività.

- » Incoraggiare i genitori ad impostare aspettative definite (allo stesso tempo essere pronti a negoziare queste aspettative con l'adolescente) e discutere le conseguenze dei comportamenti dell'adolescente e della non conformità degli stessi con le aspettative.

- » Consigliare ai genitori di limitare i propri comportamenti che possano contribuire all'uso di sostanze dei loro figli, tra cui l'acquisto o la fornitura di alcool o la fornitura di denaro speso per l'uso di sostanze, tenendo presente la potenziale influenza del proprio uso di alcool e droghe sui figli.

2.7 Donne – Gravidanza e allattamento

- » Consigliare alle donne che sono incinte o che pianificano una gravidanza di evitare completamente l'alcool.
- » Informare le donne che consumare anche quantità minime di alcolici all'inizio della gravidanza può danneggiare il feto in via di sviluppo e che maggiori quantità di alcool possono causare gravi problemi di sviluppo chiamati sindrome fetale alcolica (SFA, FAS).
- » Consigliare alle donne che allattano di evitare completamente l'alcool.
- » Dati i benefici dell'allattamento esclusivo al seno (in particolare nei primi 6 mesi), se le madri continuano a assumere alcolici, dovrebbe essere consigliato loro di limitarne il consumo, per ridurre al minimo il contenuto di alcool del latte materno (per esempio allattare al seno prima di bere alcolici e non allattare di nuovo finché i livelli ematici non cadono a zero facendo passare circa 2 ore per ogni bevanda consumata, ovvero 4 ore se DUE bevande sono state consumate, oppure utilizzare latte materno estratto prima dell'assunzione di alcool).
- » Alle madri con bambini piccoli che fanno uso nocivo di sostanze tossiche dovrebbe essere offerto tutto ciò che il servizio sociale rende disponibile, tra cui visite post-parto aggiuntive, formazione sulla competenza genitoriale e assistenza ai bambini durante le visite mediche.

Dettagli sul piano terapeutico

3.1 Trattamento della sospensione

- » Prestare attenzione alle persone a rischio di sindrome da astinenza, per esempio alle persone con dipendenza da alcool non diagnosticata, ricoverate in ospedale.
- » Quando vi è l'evidenza dell'insorgenza di una sindrome di astinenza (o prima che si sviluppino i sintomi di astinenza in caso di interruzione pianificata), somministrare diazepam  ad una dose iniziale fino a 40 mg al giorno (cioè 10 mg quattro volte al giorno o 20 mg due volte al giorno) per 3 - 7 giorni. Nelle persone con metabolismo epatico compromesso (ad esempio insufficienza epatica, anziani) utilizzare inizialmente una bassa dose singola (5 - 10 mg) e determinare la durata d'azione di questa dose prima di prescrivere ulteriori dosi.

 *La dose e la durata del trattamento con diazepam dovrebbero essere determinate individualmente, a seconda della gravità dell'astinenza e la presenza di altri disordini a carattere medico. In ambito ospedaliero, il diazepam può essere usato con maggiore frequenza (cioè ogni ora) e a più alti dosaggi giornalieri (cioè, fino a 120 mg al giorno per i primi 3 giorni) se necessario, e sulla base di frequenti rivalutazioni della persona.*

- » Somministrare tiamina  100 mg/die per via orale per 5 giorni (o più a lungo, se necessario) per prevenire lo sviluppo di sindromi da carenza di tiamina, come l'encefalopatia di Wernicke. Prendere in considerazione ulteriori integrazioni vitaminiche quando indicato.
- » Garantire un adeguato apporto di liquidi e di elettroliti. Correggere i livelli di potassio e magnesio che sono tipicamente bassi.

» Garantire adeguato supporto a chi presta assistenza.

- » Predisporre un ambiente il più possibile tranquillo e privo di sollecitazioni, che sia ben illuminato di giorno e abbastanza illuminato di notte per evitare cadute se ci si alza.
- » Quando la persona ha una grave dipendenza da alcool (storia pregressa di gravi episodi di astinenza da alcool, convulsioni o delirium) o concomitanti patologie gravi mediche o psichiatriche, o manca un supporto adeguato, **CONSULTARE UNO SPECIALISTA**, se disponibile. 
- » Prendere in considerazione e trattare ulteriori problemi di salute (ad esempio l'encefalopatia di Wernicke, l'encefalopatia epatica, il sanguinamento gastrointestinale, il trauma cranico con o senza ematoma subdurale). Le benzodiazepine non dovrebbero essere usate in pazienti con encefalopatia epatica o depressione respiratoria.

DOVE effettuare la sospensione dell'uso di alcool?

- » Ci sono stati precedenti episodi di gravi sintomi di astinenza, convulsioni o delirium?
- » Ci sono altri problemi medici o psichiatrici importanti?
- » Entro 6 ore dall'assunzione dell'ultima bevanda alcolica si sono manifestati segni significativi di astinenza?
- » La sospensione in regime ambulatoriale è fallita?
- » La persona è senza casa o senza alcun sostegno sociale?

 **Se la risposta è SI' a una qualsiasi delle domande sopramenzionate, allora è da preferire il ricovero.**

Il delirium da sospensione di alcool

- » Trattare la persona in un ambiente povero di stimoli e sicuro, in cui sia poco probabile che possa farsi del male.
- » Trattare la sottostante astinenza da alcool con diazepam. 
- » Somministrare tiamina 100mg e.v.o i.m. 3 volte al giorno per 5 giorni. 
- » Utilizzare farmaci antipsicotici, se necessario, solo per la durata dei sintomi psicotici (ad esempio alopèridolo 2,5-5 mg per via orale tds). 
- » Mantenere un buono stato di idratazione.
- » Evitare di contenere la persona.

Prendere sempre in considerazione altre cause di delirio e allucinazioni (es. trauma cranico, ipoglicemia, infezione -la più comune è la polmonite-, ipossia, encefalopatia epatica o eventi cerebrovascolari).

Consumo di Alcool e Disturbi Da Consumo di Alcool

ALC 3

Dettagli sul piano terapeutico

3.2 Farmaci per la prevenzione delle recidive dopo la sospensione dell'uso di alcool

Diversi farmaci sono utili nel trattamento della dipendenza da alcool e aumentano la probabilità che la persona mantenga l'astinenza dall'alcool. I principali farmaci sono acamprosato, naltrexone e disulfiram. La decisione di utilizzare uno di questi farmaci deve essere presa tenendo in considerazione le preferenze della persona e una valutazione dei rischi/benefici (ad esempio sussiste un rischio aumentato se il farmaco viene somministrato da personale sanitario formato non medico o se la persona ha malattie epatiche o utilizza altre sostanze). Tutti e tre i farmaci dovrebbero essere evitati, se possibile, nelle donne in gravidanza, che allattano e nelle persone con insufficienza renale o epatica di grado significativo, anche se ogni situazione dovrebbe essere valutata singolarmente. Qualora fosse disponibile un centro specializzato, la persona può essere indirizzata in quella sede per questi ed altri trattamenti. Con questi farmaci, può essere considerata una risposta efficace una riduzione della quantità e della frequenza di consumo di alcool, se non la completa astinenza.

3.2.1 L'acamprosato

L'acamprosato sopprime la spinta a bere alcolici nella persona alcool-dipendente. E' consigliabile iniziare subito dopo aver ottenuto la sospensione. Viene somministrato alla dose di 2 compresse (contenenti ciascuna 333 mg di acamprosato) tre volte al giorno, eccetto che per le persone con un peso corporeo inferiore a 60 kg per le quali la dose viene ridotta a 2 compresse due volte al giorno. Il trattamento è di solito protratto per 12 mesi. Gli effetti indesiderati associati al trattamento con acamprosato si verificano in circa il 20 % dei pazienti e comprendono diarrea, nausea, vomito, dolore addominale, prurito, qualche volta rash maculopapulare e raramente reazioni cutanee bollose.

3.2.2 Il naltrexone

Anche il naltrexone tende a sopprimere il desiderio a bere alcolici. Può essere iniziato dopo la sospensione dell'alcool alla dose di 50 mg al giorno. Viene quindi mantenuto entro il range di 50 - 100 mg per 12 mesi. È importante sottolineare che la persona non deve aver assunto oppiacei nei 7 giorni precedenti. La persona deve essere informata del fatto che il naltrexone blocca l'effetto dei farmaci oppioidi nel caso in cui dovesse avere bisogno di analgesici oppioidi nell'immediato futuro. Gli effetti indesiderati si verificano in circa il 20% dei pazienti e comprendono nausea, vomito, dolore addominale, ansia, disturbi del sonno, mal di testa, astenia, dolori articolari e muscolari. La tossicità epatica può verificarsi con dosi elevate di naltrexone e se possibile, devono essere effettuati regolarmente test di funzionalità epatica.

3.2.3 Disulfiram

L'efficacia del disulfiram è basata sul timore di sviluppare una reazione sgradevole e potenzialmente pericolosa, che comprende arrossamento facciale, nausea, vomito e svenimento, nel caso in cui l'alcool venga assunto dalla persona. La persona deve essere informata sul meccanismo di azione e sulla natura della reazione tra disulfiram e alcool, compreso il fatto che 1 paziente su 15.000 in trattamento muore a causa della reazione (questo rischio risulta comunque basso rispetto a quello di morire di dipendenza da alcool non trattata). Il disulfiram dovrebbe essere offerto a pazienti motivati, per i quali sia possibile disporre un monitoraggio dell'aderenza al trattamento da parte di personale medico, assistenti o membri della famiglia, e qualora gli operatori sanitari siano consapevoli dei potenziali effetti avversi, tra cui la reazione disulfiram - alcool. La dose è generalmente di 200 mg al giorno. Le reazioni avverse includono sonnolenza, affaticamento, nausea, vomito, riduzione della libido, raramente reazioni psicotiche, dermatite allergica, neurite periferica o danno alle cellule epatiche. Il disulfiram è controindicato in persone con malattia coronarica, insufficienza cardiaca, storia clinica di eventi cerebro - vascolari, ipertensione, psicosi, gravi disturbi di personalità o a rischio di suicidio.

Le condizioni cliniche derivanti dalle diverse tipologie di assunzione di sostanze includono il sovradosaggio acuto di sedativi, l'intossicazione acuta di stimolanti o overdose, il consumo dannoso o pericoloso, la dipendenza da cannabis, da oppiacei, da stimolanti, da benzodiazepine e i loro corrispondenti stati di astinenza.

L'assunzione dannosa di sostanze è un esempio di consumo che causa danni alla salute. Il danno può essere fisico (come nei casi di infezioni correlate all'uso di droghe) o psichico (ad esempio episodi di disturbo depressivo) ed è spesso associato a un deterioramento del ruolo sociale (ad esempio, problemi familiari, problemi legali o problemi legati al lavoro).

La tossicodipendenza è un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'assunzione di sostanze è prioritario per un individuo rispetto ad altri comportamenti che un tempo avevano maggiore rilevanza.

Lo stato di astinenza comprende un corteo di sintomi che si verificano al momento della cessazione dell'assunzione di droghe dopo un utilizzo quotidiano prolungato.

Uso di Droga e Disturbi dovuti all'uso di Droga



DRU 1

Guida alla diagnosi e alla cura » per Casi di Emergenza



Uso di Droga e Disturbi dovuti all'uso di Droga

DRU 1

Guida alla diagnosi e alla cura

1. La persona fa uso di sostanze illecite o non prescritte in modo da danneggiare la propria salute?

- » Indagare sul consumo recente di sostanze dannose. » **DRU 2.1**
- » Individuare i danni causati da tali sostanze.

NOTA: questionari di screening, come gli WHO- Assist, possono essere usati per individuare l'uso di droghe e problemi correlati

NOTA: Conclusioni del caso

La prevalenza di disturbi dovuti all'uso di sostanze psicotrope varia enormemente da un contesto all'altro. Nei contesti con alti livelli di consumo di droga, potrebbe essere opportuno fare domande a tutti i pazienti sull'eventuale assunzione. Ciò può essere fatto informalmente o con l'uso di un questionario come il WHO - ASSIST. In altri contesti, fare domande sull'uso di droga quando le caratteristiche cliniche presentate suggeriscono la presenza di un disturbo dovuto all'uso di droga. Queste includono l'aspetto trasandato, la presenza di lesioni, infezioni e problemi di salute mentale.

SI

Se **SI** allora valutare la dipendenza (vedere n. 2 qui di seguito) e i danni causati dalla sostanza. Se la persona non è dipendente, allora il quadro clinico è:

USO PERICOLOSO DI DROGA
o
USO DANNOSO DI DROGA

- » Esporre chiaramente alla persona i risultati della valutazione dell'uso di sostanze e spiegare i legami tra questa modalità di utilizzo di sostanze, problemi di salute e rischi a breve e lungo termine dovuti alla continuazione dell'assunzione al livello attuale.
- » Chiedere informazioni su assunzione di alcool e altre sostanze. 🔄 » **ALC 2.1**
- » Indagare brevemente le ragioni della persona riguardanti l'uso di droga.
- » **Per i dettagli vedere Interventi brevi » DRU 2.2**
- » Esporre chiaramente la raccomandazione di interrompere il consumo di sostanze nocive e la disponibilità ad aiutare la persona a farlo.
 - Se la persona è disposta a cercare di ridurre o interrompere l'uso di droghe, allora discutere i modi per raggiungere questo obiettivo.
 - In caso contrario, comunicare con sicurezza che è possibile cessare o ridurre l'uso di sostanze pericolose o nocive e incoraggiare la persona a tornare, se lui o lei vuole discuterne ulteriormente.
- » Se la persona è un adolescente, vedere la sezione Uso di sostanze negli adolescenti. 🔄 » **ALC 2.6**
- » Se si tratta di una donna incinta o che allatta 🤱, vedere » **DRU 2.7**
- » Effettuare follow-up quando opportuno.
- » Se necessario consultare un esperto per le persone che continuano il consumo dannoso di droga e che non sono riuscite a rispondere a interventi brevi. 🔄

2. Sono presenti i sintomi della tossicodipendenza?

» **Condurre una valutazione dettagliata sull'uso di droga. » DRU 2.1**

Rilevare:

- » Il forte desiderio o senso di costrizione ad assumere sostanze
- » Difficoltà a controllare l'uso di sostanze in termini di inizio, cessazione o livelli di utilizzo
- » Uno stato fisiologico di astinenza quando l'uso della sostanza è cessato o ridotto, come la tipica sindrome di astinenza, oppure l'utilizzo della stessa sostanza (o una strettamente correlata) con l'intenzione di alleviare o evitare i sintomi di astinenza
- » L'eventuale tolleranza, per cui sono necessarie alte dosi di sostanza per ottenere effetti prodotti in origine da dosi inferiori
- » L'abbandono progressivo di altre attività piacevoli o interessi a causa del consumo della sostanza, la crescente quantità di tempo necessario per ottenere o assumere la sostanza o per riprendersi dai suoi effetti
- » La continuazione del consumo di droga, nonostante la chiara evidenza di conseguenze palesemente nocive

SI

Se ci sono 3 o più caratteristiche,

Il quadro clinico è:
TOSSICODIPENDENZA

- » Esporre chiaramente la diagnosi e informare sui rischi di danni a breve e lungo termine.
- » Carpire le ragioni della persona sull'uso della sostanza, utilizzando brevi tecniche di intervento. » **DRU 2.2**
- » Consigliare alla persona di smettere di usare la sostanza e indicare l'intenzione di sostenere la persona nel farlo.
- » Chiedere alla persona se è pronta a cercare di interrompere il consumo.

» **Dipendenza da Stimolanti o Cannabis**

- Fornire un breve intervento più intenso (cioè, fino a 3 sessioni, ciascuna della durata fino a 45 minuti). » **DRU 2.2**
- Trattare i sintomi di astinenza. » **DRU 3.3**
- Organizzare il servizio di disintossicazione, se necessario.

» **Dipendenza da oppiacei**

- Valutare la gravità della dipendenza. » **DRU 2.1**
- Nella maggior parte dei casi, consigliare il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei (noto anche come terapia sostitutiva con oppioidi, OST). Fornire o fare riferimento per OST, se disponibili. » **DRU 3.1**
- Disporre la disintossicazione programmata, se opportuno. » **DRU 3.1**

» **Dipendenza da benzodiazepine**

- Riduzione progressiva delle benzodiazepine con monitoraggio dell'erogazione o più rapida riduzione delle benzodiazepine in un ambiente ospedaliero. » **DRU 3.2**

IN TUTTI I CASI

- » Considerare l'invio a gruppi di sostegno e riabilitazione/comunità terapeutiche. » **DRU 2.3**
- » Affrontare problemi abitativi e occupazionali. » **DRU 2.4**
- » Fornire informazioni e supporto alle persone, ai carers e familiari. » **DRU 2.5**
- » Se disponibili, fornire interventi psicosociali, come la consulenza o la terapia familiare, la consulenza o terapia di problem solving, la terapia cognitivo- comportamentale, la terapia di potenziamento motivazionale, la terapia per la gestione degli imprevisti. » **INT**
- » Fornire strategie di riduzione del danno per le persone che usano la modalità iniettiva per assumere la sostanza. » **DRU 2.6**

Uso di Droga e Disturbi dovuti all'uso di Droga

DRU 2

Dettagli sul piano terapeutico

2.1 Valutazione

Documentare la storia clinica dell'uso di sostanze

Quando si fanno domande sul consumo:

- » Informarsi in merito all'utilizzo illecito di droga senza giudicare, dopo aver raccolto informazioni sull'uso rilevante di qualsiasi sostanza, anche legale (nicotina, alcool ...).
- » Informarsi su livello e modalità di assunzione e sui comportamenti associati all'uso di sostanze che potrebbero mettere a rischio la propria salute e la salute degli altri (ad esempio l'assumere la sostanza fumandola o iniettandola, le attività svolte sotto l'effetto della droga, le implicazioni finanziarie, la capacità di prendersi cura di bambini e la violenza verso gli altri).
- » Fare domande sull'inizio e la progressione del consumo in relazione ad altri eventi di vita, per esempio documentando una storia cronologica.
- » Informarsi in merito ai danni dovuti all'uso di sostanze, tra cui:
 - Infortuni e incidenti
 - Guida sotto l'effetto della sostanza
 - Problemi relazionali
 - Assunzione iniettiva e i rischi connessi
 - Problemi legali /finanziari
 - Comportamento sessuale eccessivamente disinibito e promiscuo
- » Fare domande sulla dipendenza, sullo sviluppo di tolleranza, sui sintomi di astinenza, sull'uso di quantità maggiori oppure per un maggior periodo di tempo rispetto alla propria volontà, sull'uso continuativo nonostante i problemi legati all'assunzione, sulla difficoltà di smettere o ridurre l'uso e sul desiderio di assunzione della sostanza.

Cosa rilevare nella valutazione:

- » **Segni di iniezione:** I punti comuni di iniezione sono la fossa cubitale anteriore o l'inguine. La persona può mostrare spontaneamente la sede d'iniezione. I segni passati di iniezione appaiono come zone cutanee pigmentate o assottigliate. I punti recenti di iniezione sono piccoli e di solito un po' rossi e infiammati. Nei casi di dipendenza da farmaci iniettati (come l'eroina), entrambi i segni di iniezione dovrebbero essere visibili.
- » **Intossicazione e astinenza:**
 - Intossicazione da oppiacei: sonnolenza, essere "nel mondo dei sogni", parlata lenta, pupille dilatate e respirazione rallentata.
 - Astinenza da oppiacei: ansia, pupille dilatate, crampi addominali, sbadigli, naso che cola e piloerezione ("pelle d'oca").
 - Intossicazione da Benzodiazepine: sedazione, discorso rallentato e confuso, respirazione rallentata.
 - Sospensione delle benzodiazepine: ansia e agitazione, crampi muscolari, crampi addominali, polso e pressione sanguigna elevati, l'insonnia, e (se grave) convulsioni e delirio.
 - Intossicazione da Stimolanti: iperattività, eloquio rapido e pupille dilatate.
 - Astinenza da stimolanti: inizialmente affaticamento, aumento dell'appetito, irritabilità, poi depressione emotiva, e ansia.
 - Intossicazione da cannabis: arrossamento congiuntive, reazioni lente, dimensione normale delle pupille.
 - Astinenza da Cannabis: labilità d'umore, ansia e crampi muscolari (potrebbero non esserci eventuali caratteristiche osservabili).

» **Aspetto fisico.** L'aspetto fisico è un indicatore utile della capacità di cura personale.

» **Comuni complicanze legate al consumo di stupefacenti:** ci può essere evidenza di infezione da HIV e patologie correlate, epatite B o C, infezioni nel punto di iniezione o tubercolosi.

» **Altre condizioni comuni associate:** problematiche dentarie, infezioni della pelle dovute ai parassiti (pidocchi, scabbia), malattie sessualmente trasmissibili, malnutrizione.

Indagini da prendere in considerazione

- » Rilevazione delle sostanze nelle urine: può essere un modo utile per verificare l'uso di droga, in particolare se la persona ha qualcosa da guadagnare nascondendo la verità. Dovrebbe essere effettuato prima di iniziare OST ed i risultati dovrebbero essere disponibili prima della terza somministrazione (per evitare overdose accidentale in soggetti non dipendenti da oppioidi, iniziando con OST). Si può utilizzare anche una rilevazione con lo stick urinario, anche se è meno affidabile.
- » Sierologia per i virus ematici (HIV, epatite B e C).
- » Test per le infezioni sessualmente trasmissibili (IST).
- » Analisi dell'espettorato (quando si sospetta tubercolosi).

Dettagli sul piano terapeutico

Interventi Psicosociali

2.2 Tecniche di intervento breve

Modalità per discutere dell'uso di sostanze:

- » Coinvolgere la persona in una discussione sull'uso delle sostanze in modo che lui / lei sia in grado di parlare sia dei benefici percepiti che dei danni effettivi e/o potenziali, prendendo in considerazione gli aspetti più importanti nella sua vita.
- » Indirizzare la discussione verso una valutazione equilibrata degli effetti positivi e negativi della sostanza, mettendo sulla bilancia le presunzioni esagerate di benefici e sottolineando alcuni degli aspetti negativi che sono di solito sottovalutati.
- » Evitare di polemizzare con la persona e cercare di riformulare, l'intervento se oppone resistenza - cercando di capire il reale impatto della sostanza nella sua vita, per quanto è possibile per quella persona in quel momento.
- » Incoraggiare le persone a decidere autonomamente se vogliono cambiare la modalità di consumo di sostanze, in particolare dopo una discussione equilibrata sui pro e contro dell'attuale utilizzo.
- » Se la persona non è ancora pronta a smettere o ridurre l'uso di sostanze, chiederle di tornare per discuterne ulteriormente, magari con un familiare o un amico.

2.3 Gruppi di sostegno

Valutare l'opzione di consigliare le persone con tossicodipendenza a unirsi ad un gruppo di sostegno, ad esempio, Narcotici Anonimi. Facilitare il contatto iniziale, per esempio prendendo l'appuntamento e accompagnando la persona alla prima sessione di incontro.

2.4 Affrontare le necessità di alloggio e occupazione

- » Dove disponibile, lavorare con le agenzie locali e le risorse della comunità per fornire un'occupazione assistita per coloro che hanno bisogno di sostegno per tornare o trovare un lavoro e per consentire l'accesso alle opportunità locali di lavoro (o educazione), in base alle esigenze della persona e al suo livello di abilità.
- » Se disponibili, lavorare con le agenzie locali e le risorse della comunità per trovare alloggi sovvenzionati o strutture di residenza assistita, nonché strutture indipendenti, se necessario. Nel consigliare e sostenere l'aspetto abitativo, valutare con attenzione la capacità dell'individuo e la disponibilità di alcool o di altre sostanze.

2.5 Sostenere le famiglie e i carers

Discutere circa l'impatto del consumo e della dipendenza da sostanze su se stessi e sugli altri membri della famiglia, compresi i bambini.

In base al feedback proveniente dalle famiglie:

- » Offrire una valutazione dei bisogni di salute mentale, personali e sociali.
- » Fornire informazioni sull'uso dannoso/pericoloso di sostanze e sulla dipendenza.
- » Identificare le fonti di stress correlate al consumo di sostanze; esplorare metodi di coping e promuovere comportamenti efficaci di problem solving.
- » Informare dell'esistenza di gruppi di supporto e facilitarvi l'accesso (ad esempio, i gruppi di sostegno per le famiglie e i carers) e attivare altre risorse sociali.

Uso di Droga e Disturbi dovuti all'uso di Droga



DRU 2

Dettagli sul piano terapeutico

Interventi Psicosociali

2.6 Strategie di riduzione del danno

- » Informare sui rischi dell'assunzione di sostanze per via iniettiva.
- » Fornire informazioni sulle tecniche di iniezione meno rischiose e sull'importanza di usare siringhe sterili.
- » Dare informazioni su come ottenere dispositivi iniettivi/siringhe sterili.
- » Incoraggiare e dare la propria disponibilità per eseguire il test per le malattie virali trasmissibili per via ematica, ove possibile.
- » Organizzare l'assistenza per le complicazioni dovute al consumo di droga e altri problemi medici e psichiatrici e il sostegno psicosociale, anche se la persona non vuole smettere di usare sostanze in questo momento.
- » Nel tempo, quando è stato consolidato un rapporto fiduciario, dovrebbero essere fatti sforzi maggiori per incoraggiare le persone che si iniettano sostanze a ricevere cure per i loro disturbi.

2.7 Donne – Gravidanza e allattamento

- » Richiedere informazioni sul ciclo mestruale e informare le donne che il consumo di stupefacenti può interferire con il ciclo mestruale, a volte portando erroneamente a pensare che una gravidanza non sia possibile.
- » Offrire suggerimenti e aiutare le donne incinte a interrompere l'uso di sostanze psicoattive. In gravidanza le donne con dipendenza da oppioidi dovrebbero essere consigliate di assumere un sostituto agonista oppioide, come il metadone.
- » Identificare i neonati di madri con disturbi dovuti all'uso di farmaci per trattare i sintomi di astinenza (sindrome di astinenza neonatale). La sindrome di astinenza neonatale dovuta al consumo materno di oppiacei deve essere trattata con dosi basse di oppioidi (come la morfina) o barbiturici.
- » Sostenere le madri che allattano e consigliare di non utilizzare alcuna sostanza psicoattiva.
- » Consigliare e assistere le madri con disturbi dovuti all'uso di sostanze ad allattare esclusivamente al seno per almeno i primi 6 mesi, a meno che non ci sia una prescrizione medica che lo sconsigli.
- » Le madri che utilizzano sostanze psicoattive e i loro bambini dovrebbero beneficiare dei servizi di sostegno sociale disponibili, tra cui visite post-parto aggiuntive, incontri sulle competenze genitoriali e assistenza dei bambini durante le visite mediche.

Dettagli sul piano terapeutico



Farmacoterapia

3.1 Terapia dell'astinenza da oppiacei

❗ Prestare cautela prima di iniziare la sospensione dall'uso di oppiacei, in particolare quando vi è stato un iniettivo. L'astinenza indotta provoca una bassa tolleranza agli oppiacei, e se si verifica la ripresa dell'assunzione, la persona sarà a rischio di overdose. L'astinenza è meglio superata quando vi è l'ammissione a un programma di riabilitazione residenziale. In alternativa, la persona può essere indirizzata a una terapia di mantenimento con agonisti degli oppiacei con metadone o buprenorfina. Quando si decide di avviare la fase di astinenza, informare sui sintomi attesi e la durata del processo di interruzione e selezionare una delle seguenti opzioni farmacologiche:

- » la **Buprenorfina** viene somministrata per via sublinguale a un dosaggio compreso tra 4-16 mg al giorno per 3-14 giorni. Prima di iniziare il trattamento con buprenorfina, è importante aspettare finché i sintomi di astinenza da oppiacei siano evidenti (almeno 8 ore dopo l'ultima assunzione di eroina e almeno 24 - 48 ore dopo l'ultima assunzione di metadone), poiché vi è il rischio di precipitare una sindrome da astinenza. Si deve prestare particolare attenzione se alla persona sono stati prescritti altri farmaci sedativi.
- » Il **metadone** viene somministrato per via orale a un dosaggio iniziale di 15 - 20 mg, da aumentare se necessario a 30 mg al giorno, per poi calare in 3 - 10 giorni. Si deve prestare particolare attenzione se alla persona sono stati prescritti altri farmaci sedativi.
- » **Clonidina o lofexidina** viene somministrata a un dosaggio di 0,1-0,15 mg 3 volte al giorno (a seconda del peso corporeo). Può provocare vertigini e sedazione. Dovrebbe essere prescritto un concomitante trattamento sintomatico, ad esempio il trattamento della nausea con antiemetici, del dolore con analgesici semplici e dell'insonnia con sedativi leggeri. Monitorare attentamente la pressione sanguigna.

3.2 Terapia dell'astinenza da benzodiazepine

La sospensione volontaria delle benzodiazepine dovrebbe prevedere una loro progressiva riduzione in 8-12 settimane e il passaggio alle benzodiazepine a lunga emivita in concomitanza con un supporto psicosociale.

Se si verifica un'interruzione improvvisa e non controllata delle benzodiazepine (o si verificasse uno stato di astinenza durante la cessazione improvvisa di questi farmaci): **CONSULTARE UNO SPECIALISTA** 📞 o altra risorsa disponibile per concertare l'avvio di una terapia con benzodiazepine ad alto dosaggio e di ricovero ospedaliero.

❗ *Evitare di prescrivere benzodiazepine ai pazienti esterni sconosciuti.*

3.3 Astinenze da altre sostanze (anfetamine, cannabis, cocaina)

- » Trattare i sintomi di astinenza che emergono, ad esempio, avviare il trattamento della nausea con antiemetici, del dolore con analgesici semplici, dell'insonnia con sedativi leggeri.
- » Mantenere l'idratazione.
- » Evitare di far sentire costretta la persona.
- » Lasciare che la persona abbandoni la struttura sanitaria, se lo desidera.
- » I sintomi depressivi possono verificarsi dopo la sospensione o durante il periodo di interruzione dell'uso della sostanza e la persona può soffrire di riacutizzazione di una depressione precedente. Prestare attenzione al rischio di suicidio.

3.4 Trattamento continuativo e sostegno dopo la disintossicazione

Offrire a tutte le persone un trattamento continuativo, l'assistenza e il monitoraggio dopo della riuscita disintossicazione, indipendentemente dal contesto in cui vengono proposti.

3.5 Il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei (conosciuto anche come terapia sostitutiva degli oppiacei)

Il trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei richiede un quadro clinico stabilizzato (questi farmaci non devono essere prescritti in assenza di tale quadro). E' caratterizzato dalla prescrizione di oppioidi a lungo rilascio, come il metadone e la buprenorfina, generalmente con un monitoraggio giornaliero. Ci sono molte evidenze che il trattamento di mantenimento con agonisti, metadone e buprenorfina, riduca efficacemente l'uso di sostanze illecite, la mortalità, la diffusione del virus HIV e la criminalità associate nonché migliori la salute fisica e psichica e il funzionamento sociale dei soggetti.

Monitoraggio: I farmaci utilizzati nel trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei possono essere usati impropriamente e sottratti; di conseguenza, i programmi terapeutici utilizzano vari metodi per limitare tali rischi, tra cui il monitoraggio del consumo.



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, bisogna cercare di stabilire un rapporto con la persona prima di fare domande sull'autolesionismo. Chiedere alle persone di spiegare le ragioni per le quali si fanno del male.

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 intenzionali auto-inflitte, che possono o meno avere un intento o esito fatale.

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

- » qualunque altro disturbo a carattere primario (vedi mhGAP-Linee guida Master Chart);
- » dolore cronico;
- » sofferenza emotiva acuta.

Valutare i pensieri, i piani e gli atti di autolesionismo durante la valutazione iniziale e in seguito, periodicamente, quando opportuno. Prestare attenzione allo stato psichico della persona nonché alla sofferenza emotiva.

1. La persona ha tentato un atto di autolesionismo grave dal punto di vista medico?

Esaminare con attenzione le evidenze di autolesionismo

Cercare:

- » Segni di avvelenamento o intossicazione
- » Segni/sintomi che richiedono cure mediche urgenti, quali:
 - Sanguinamento della ferita autoinflitta
 - Perdita di coscienza
 - Estrema letargia

Chiedere informazioni su:

- » Recenti avvelenamenti o ulteriori atti di autolesionismo

SI

Se la persona necessita di un trattamento medico urgente per un atto di autolesionismo

- » Trattare dal punto di vista medico le lesioni o l'avvelenamento. 
- » In caso di **intossicazione acuta da Pesticidi**, seguire il trattamento per Intossicazione da pesticidi. » SUI 2.3
- » Se è necessaria l'ospedalizzazione, continuare a monitorare la persona strettamente per prevenire il suicidio.

NO

Se NO, valutare il rischio imminente di autolesionismo / suicidio

In tutti i casi:

Collocare le persone in un ambiente sicuro e di supporto, all'interno di una struttura sanitaria (non lasciarle sole).

- » Trattare la persona con tendenza all'autolesionismo. » SUI 2.1
- » Offrire e attivare supporto psicosociale. » SUI 2.2
- » Consultare uno specialista della salute mentale, se disponibile. 
- » Mantenere contatti regolari e visite di controllo. » SUI 2.4

Autolesionismo/Suicidio

SUI 1

Guida alla diagnosi e alla cura

2. Sussiste un rischio imminente di autolesionismo/suicidio?

Porre domande alla persona e a chi se ne prende cura riguardo:

- » Presenza di pensieri o piani di suicidio o di autolesionismo attuali
- » Storia clinica di pensieri o piani di autolesionismo nel mese passato o di un atto di autolesionismo nel corso dell'anno passato
- » Accesso mezzi con cui ferirsi

Rilevare:

- » Grave sofferenza emotiva
- » Perdita di speranza
- » Stato di agitazione estrema
- » Violenza
- » Comportamento di chiusura comunicativa
- » Isolamento sociale

SI

Se ci sono:

- » Pensieri o piani di suicidio / autolesionismo in atto O
- » Storia di pensieri o piani di autolesionismo nel mese precedente o atti di autolesionismo nell'anno precedente in una persona che è ora **estremamente agitata, violenta, afflitta o poco comunicativa**

Vi è il **rischio imminente di autolesionismo/suicidio.**

» Adottare le seguenti precauzioni: !

- Rimuovere i mezzi autolesivi.
- Predisporre un ambiente sicuro e di supporto, se possibile, offrire una stanza separata e silenziosa durante l'attesa.
- Non lasciare sola la persona.
- Sorvegliare e far assistere la persona da un membro del personale o un membro della famiglia per garantire la sicurezza.
- Prestare attenzione allo stato psichico e alla sofferenza emotiva.
- » Offrire e attivare il sostegno psicosociale. » SUI 2.2
- » Consultare uno specialista della salute mentale, se disponibile. 🚑
- » Mantenere un contatto e visite di controllo regolari. » SUI 2.4

NO

Non c'è rischio imminente di autolesionismo/suicidio, **ma c'è una storia di pensieri o piani di autolesionismo nel mese passato o di un atto di autolesionismo nel corso dell'anno passato**

- » Offrire e attivare il sostegno psicosociale. » SUI 2.2
- » Consultare uno specialista della salute mentale, se disponibile. 🚑
- » Mantenere contatti e visite di controllo regolari. » SUI 2.4

3. La persona presenta concomitanti e prioritari disturbi mentali, neurologici o da uso di sostanze?

(Vedi Linee Guida mhGAP Master Chart)

- » Depressione
- » Disturbi da uso di alcool o di sostanze
- » Disturbo bipolare
- » Psicosi
- » Epilessia
- » Disturbi Comportamentali

SI

Se ci sono disturbi prioritari concomitanti

Gestire i disturbi concomitanti (vedere i moduli inerenti) in aggiunta agli interventi sopracitati.

4. La persona soffre di dolore cronico?

SI

Se è presente dolore cronico

Gestire il dolore e trattare ogni patologia medica rilevante

5. La persona presenta disturbi emotivi gravi da richiedere la gestione clinica?

SI

Se SI,
è necessaria una gestione clinica supplementare di quei dati sintomi

Andare al modulo **Altri disturbi emotivi importanti o lamentele somatiche non spiegabili con una condizione medica generale.** » OTH

- » Difficoltà ad eseguire attività abituali, scolastiche, domestiche o sociali
- » Forte disagio o ripetute ricerche di aiuto
- » Ripetuta automedicazione per la sofferenza emotiva o sintomi somatici inspiegabili

Autolesionismo/Suicidio



SUI 2

Dettagli sul piano terapeutico

Indicazioni e Trattamento

2.1 Assistenza alla persona con autolesionismo

Collocare la persona in un ambiente sicuro e di supporto all'interno della struttura sanitaria (non lasciarla sola). Se una persona con tendenza all'autolesionismo deve attendere per il trattamento, offrire un ambiente che riduca al minimo il disagio, se possibile in una stanza tranquilla e separata con la supervisione e il regolare contatto con un membro del personale o della famiglia per garantirne la sicurezza.

- » Rimuovere mezzi di potenziale autolesionismo.
 - » Consultare uno specialista della salute mentale, se disponibile. 
 - » Se uno specialista della salute mentale non è disponibile, attivare la famiglia, gli amici e gli altri soggetti vicini al paziente o le altre risorse di comunità disponibili per monitorare e sostenere l'individuo durante il periodo di rischio imminente.
- » **SUI 2.2**
- » Trattare le persone che si sono procurate lesioni con la stessa cura, rispetto e riservatezza delle altre persone ed essere sensibili al probabile disagio emotivo associato all'autolesionismo.
 - » Coinvolgere i familiari o chi presta assistenza durante la valutazione ed il trattamento se la persona accetta il loro supporto, anche se la valutazione psicosociale dovrebbe prevedere di solito un colloquio individuale tra la persona e l'operatore per favorire l'emergere di preoccupazioni o questioni private.
 - » Fornire supporto emotivo ai familiari e/o a accompagnatori se ne hanno bisogno.
 - » Garantire la continuità delle cure.

- » Non è raccomandato il ricovero nei reparti non psichiatrici degli ospedali con l'obiettivo di prevenire atti di autolesionismo. Qualora fosse necessario il ricovero in un ospedale generale (non psichiatrico) per la gestione delle conseguenze mediche di un atto di autolesionismo, monitorare la persona da vicino per prevenire un eventuale successivo atto di autolesionismo in ospedale.

» Nella prescrizione di farmaci:

- Utilizzare farmaci meno pericolosi in caso di sovradosaggio;
- Fare prescrizioni per durate brevi (ad esempio, una settimana alla volta).

2.2 Offrire ed attivare sostegno psicosociale

Offrire sostegno psicosociale

- » Offrire sostegno alla persona.
- » Esaminare attentamente la motivazione e i percorsi che danno importanza alla vita.
- » Focalizzarsi su i punti di forza della persona portandola a parlare di come sono stati risolti i problemi in precedenza.
- » Valutare un intervento terapeutico di problem-solving per il trattamento di persone con atti di autolesionismo nel corso dell'ultimo anno, se sono disponibili sufficienti risorse umane. »INT

Attivare il sostegno psicosociale

- » Mobilitare la famiglia, gli amici, le persone vicine e le altre risorse disponibili per garantire un monitoraggio attento dell'individuo finché persiste il rischio.
- » Consigliare alla persona e a chi presta assistenza di limitare l'accesso ai mezzi di autolesionismo (ad esempio i pesticidi e altre sostanze tossiche, farmaci, armi da fuoco), quando l'individuo ha pensieri, piani o atti di autolesionismo.
- » Ottimizzare il sostegno sociale da parte delle risorse comunitarie disponibili. Queste includono le risorse informali come parenti, amici, conoscenti, colleghi e capi religiosi, o le risorse formali della comunità, se disponibili, come i crisis center e i centri di salute mentale.
- » Far sapere a chi presta assistenza e agli altri membri della famiglia che porre domande sul suicidio spesso riduce l'ansia che circonda il pensiero; facendo sentire la persona sollevata e meglio compresa.
- » I familiari e chi presta assistenza a persone a rischio di autolesionismo sono spesso sottoposti a importante stress. Fornire un sostegno emotivo ai familiari e a chi presta assistenza, se ne hanno bisogno.
- » Avvisare i familiari e coloro che prestano assistenza che, anche se possono sentirsi frustrati, si consiglia di evitare l'ostilità o la critica pesante verso la persona a rischio di autolesionismo.

Dettagli sul piano terapeutico

Indicazioni e Trattamento

2.3 Gestione dell'Intossicazione da Pesticidi

- » Se la struttura sanitaria ha un minimo di competenze e risorse, allora trattare secondo il documento dell'OMS "Gestione clinica di intossicazione acuta da pesticidi" (http://www.Who.int/mental_health/prevenzione/suicidio/pesticides_intoxication.pdf).

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

- Competenze e conoscenze su come rianimare gli individui e valutare le caratteristiche cliniche di avvelenamento da pesticidi;
 - Competenze e conoscenze per trattare le vie aeree, in particolare per intubare e sostenere la respirazione fino a quando può essere utilizzato un apparecchio di ventilazione assistita;
 - Atropina e mezzi per la sua somministrazione endovenosa se si sviluppano sintomi colinergici di avvelenamento;
 - Diazepam e mezzi per la sua somministrazione endovenosa se la persona sviluppa crisi epilettiche.
- » valutare la somministrazione di carbone attivo se la persona è cosciente, dà il consenso informato e si presenta entro un'ora dall'avvelenamento.
 - » non è raccomandata l'emesi forzata.
 - » non vanno somministrati fluidi per via orale.

2.4 Mantenere contatti e controlli regolari

- » Mantenere contatti regolari (via telefono, visite domiciliari, lettere o cartoline di contatto), **più frequenti all'inizio** (per esempio ogni settimana per i primi 2 mesi) e meno frequentemente man mano che la persona migliora (una volta ogni 2-4 settimane successivamente). Valutare di mantenere un contatto più intenso o lungo se necessario.
- » Effettuare visite di controllo il più a lungo possibile se persiste il rischio di suicidio. Ad ogni visita, valutare pensieri e progetti frequenti di suicidio. Se il rischio è imminente, andare alla sottosezione Rischio imminente di autolesionismo/Suicidio nella sezione Valutazione e gestione di questo modulo. **»SUI 1**

2.5 La Prevenzione del suicidio

Oltre alla valutazione clinica e alla gestione dei disturbi a carattere prioritario, le autorità sanitarie a livello distrettuale e gli operatori sanitari possono prendere provvedimenti per prevenire il suicidio, come segue:

- » **Limitare l'accesso ai mezzi di possibile autolesionismo (come pesticidi, armi da fuoco, luoghi alti).**
 - Coinvolgere attivamente la comunità per trovare, contestualmente, le possibili modalità di attuazione di interventi sulla popolazione per ridurre l'accesso ai mezzi di suicidio.
 - Implementare una collaborazione tra il sistema sanitario e gli altri settori rilevanti.
- » **Sviluppare politiche per ridurre l'uso pericoloso di alcool come una componente di prevenzione del suicidio** in particolare nelle popolazioni con un'alta prevalenza di uso di alcool.
- » **Assistere e incoraggiare i media ad attivare pratiche responsabili nel riportare un suicidio.**
 - Evitare linguaggi che rendano sensazionalistico o viceversa tendano a normalizzare il suicidio presentandolo come la soluzione a un problema.
 - Evitare foto e descrizioni esplicite del metodo utilizzato per suicidarsi.
 - Fornire informazioni su dove cercare aiuto.

Altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale

OTH

Le persone incluse nella categoria delle Linee Guida mhGAP “ Altri sintomi emotivi importanti o lamentele somatiche non spiegabili da una condizione medica generale” soffrono di ansia, di sintomi depressivi o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale. Non presentano alcuno degli altri disturbi indicati in questo documento (tranne che, eventualmente, l’autolesionismo). Le persone di questa categoria possono avere una sofferenza “normale” o un disturbo mentale, non trattato nelle mhGAP - IG (es. disturbo somatoforme, depressione lieve, distimia, disturbo di panico , disturbo d’ansia generalizzato, disturbo post traumatico da stress , disturbo acuto da stress , disturbo dell’adattamento).

La cura di “Altri sintomi emotivi importanti o lamentele somatiche non spiegabili da una condizione medica generale “, da parte di medici formati sulle Linee Guida mhGAP, esclude farmaci psicotropi. Tuttavia, un sottoinsieme di persone di questa categoria possono beneficiare di farmaci prescritti da un medico qualificato esperto nella diagnosi e nel trattamento evidence-based dei disturbi non inclusi in queste Linee Guida.



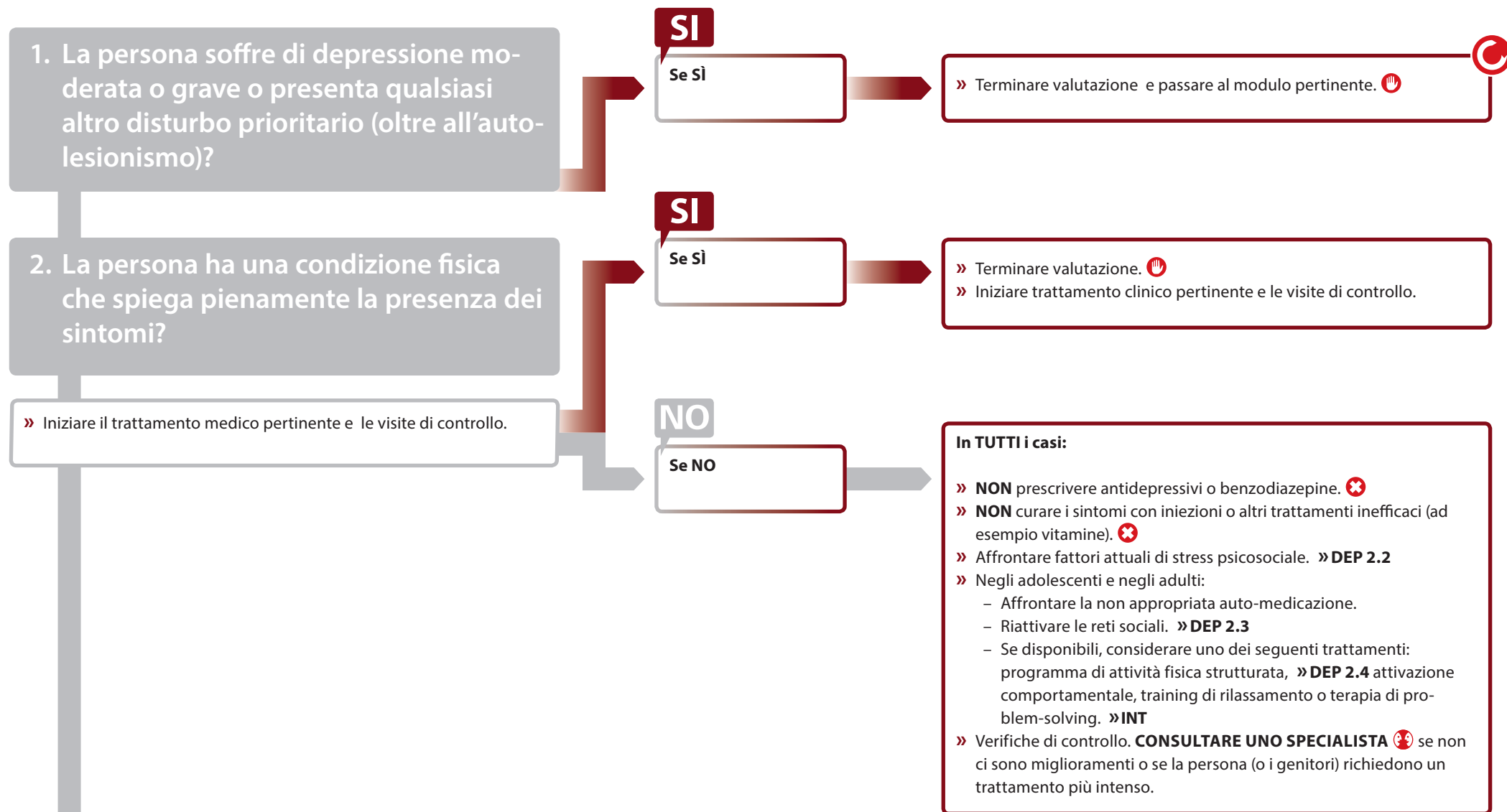
» Questo modulo non deve essere considerato per le persone che soddisfano i criteri di una delle condizioni prioritarie mhGAP (tranne che per la condizione di autolesionismo).

» Questo modulo deve essere usato solo dopo aver esplicitamente escluso la depressione moderata-grave. (» **DEP**).

Altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale

OTH 1

Guida alla diagnosi e alla cura



Altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale

OTH 1

Guida alla diagnosi e alla cura

3. Ci sono importanti sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale?

SI

Se Sì

Seguire le indicazioni precedenti (applicabile a TUTTI i casi) e inoltre:

- » Evitare inutili esami clinici/rinvii e l'effetto placebo. ❌
- » Riconoscere che i sintomi non sono "immaginari".
- » Comunicare i risultati delle prove e/o esami, sottolineando che nessuna malattia pericolosa è stata identificata, ma che è comunque importante affrontare i sintomi dolorosi.
- » Richiedere alla persona il parere sui sintomi somatici di cui soffre.
- » Spiegare come le sensazioni corporee (mal di stomaco, tensione muscolare) possano essere collegate al suo stato emotivo e rilevare i potenziali legami tra sensazioni ed emozioni corporee della persona.
- » Incoraggiare la continuazione (o il ritorno graduale) alle normali attività quotidiane.
- » Raccomandare alla persona di tornare nuovamente se i sintomi peggiorano.

4. La persona è stata recentemente esposta a gravi fattori stressanti? (perdite, eventi traumatici)?

SI

Se Sì

Seguire le indicazioni precedenti (applicabile a TUTTI i casi) e inoltre:

- » In caso di lutto: sostenerne l'elaborazione in maniera culturalmente appropriata / Riadattare e riattivare le reti sociali. » **DEP 2.3**
- » In caso di sofferenza acuta dopo recenti eventi traumatici: offrire supporto psicologico di base (pronto soccorso psicologico ad esempio ascoltare senza forzare la persona a parlare; valutare i bisogni e le preoccupazioni; garantire che le istanze fisiche di base siano soddisfatte; fornire o mobilitare il sostegno sociale e proteggere da ulteriori peggioramenti.
- » **NON** invitare ad un resoconto dell'esperienza traumatica (per esempio, non invitare la persona a sfogarsi chiedendole di raccontare brevemente ma sistematicamente percezioni, pensieri e reazioni emotive vissute durante un recente, evento stressante). ❌

5. Ci sono stati (a) pensieri o pianificazione di suicidio/autolesionismo durante l'ultimo mese oppure (b) atti di autolesionismo durante l'ultimo anno?

SI

Se Sì

- » Curare sia i sintomi emotivi importanti o le lamentele somatiche non spiegabili da una condizione medica generale (vedi sopra) che il rischio di autolesionismo. » **SUI 1**



Nelle Linee Guida mhGAP , il termine “terapia psicosociale avanzata ” si riferisce ad una terapia che richiede più di un paio d’ore del tempo di un operatore sanitario per essere imparata, e in genere, più di un paio d’ore per essere applicata. Tali terapie possono essere offerte in ambiti di cura non specialistici, ma solo quando le risorse umane hanno a disposizione il tempo necessario.

Gli interventi descritti in questa sezione comprendono sia gli interventi psicologici che sociali che richiedono un notevole tempo per essere realizzati. Un certo numero di interventi descritti sono noti come psicoterapie o trattamenti psicologici. In tutto il mondo, questi trattamenti tendono ad essere forniti da specialisti appositamente formati. Tuttavia, essi possono essere offerti da operatori sanitari non specializzati, ma formati e supervisionati. Questi trattamenti psicologici sono di solito forniti settimanalmente per alcuni mesi, sia individualmente che in gruppo.

Alcuni dei trattamenti, come la terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale, nei paesi a basso reddito sono stati offerti con successo da operatori sanitari di comunità come parte di programmi di ricerca che consentirono loro di avere il tempo necessario per imparare e mettere in pratica questi trattamenti sotto supervisione. Tali esempi mostrano come queste terapie possano essere rese disponibili attraverso risorse umane non specialistiche, che offrono così la possibilità di incrementare la copertura.

Incrementare la copertura delle cure richiede investimenti. I manager dei sistemi sanitari dovrebbero assegnare risorse umane sufficienti per la cura dei disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze al fine di assicurare un'ampia disponibilità delle terapie indicate in questa sezione.

La parte restante di questa sezione fornisce le descrizioni sommarie di ciascuno degli interventi (in ordine alfabetico). All'interno dei moduli, questi interventi sono contrassegnati dalla sigla **»INT**, indicando che questi richiedono un utilizzo più intenso di risorse umane. Vi è la necessità di sviluppare specifici protocolli e manuali di formazione per attuare tali interventi in contesti sanitari non specialistici.

Attivazione Comportamentale

L'attivazione comportamentale, che è anche una componente della terapia cognitivo-comportamentale per la depressione, è un trattamento psicologico che si concentra sulle attività di pianificazione per incoraggiare una persona a non evitare le attività gratificanti. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento per la depressione (compresa la depressione bipolare) e altri sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale.

La terapia Cognitivo-comportamentale (CBT)

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si basa sull'idea che i sentimenti sono influenzati dal pensiero e dal comportamento. Le persone con disturbo mentale tendono ad avere pensieri distorti irrealistici, che se non controllati possono portare a comportamenti disfunzionali. La CBT ha tipicamente una componente cognitiva (aiutando la persona a sviluppare la capacità di identificare e sfidare i pensieri negativi non realistici) e una componente comportamentale. La CBT è diversa per i diversi problemi di salute mentale. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento per la depressione (compresa la depressione bipolare), disturbi comportamentali, disturbi da uso di alcol o droga e lo indicano anche come opzione di trattamento per la psicosi appena dopo la fase acuta.

Terapia di gestione delle contingenze

La terapia di gestione delle contingenze è un metodo strutturato per premiare alcuni comportamenti desiderati, come ad esempio aderire al trattamento, tenere un comportamento corretto durante il trattamento ed evitare il nocivo uso di sostanze. Le ricompense per comportamenti desiderati vengono ridotte nel tempo, a mano a mano che si stabiliscono le ricompense naturali. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come terapia per le persone con disturbo da uso di alcool o droga.

Counseling o terapia familiare

Il counseling o terapia familiare dovrebbero coinvolgere la persona, se possibile. Comporta diverse (di solito più di sei) sessioni pianificate con una durata di mesi. Dovrebbe essere disponibile per singole famiglie o gruppi di famiglie. Ha funzioni di supporto ed educative o di trattamento. Include spesso il problem solving o la gestione delle crisi. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come terapia per le persone con psicosi, disturbi dovuti all'uso di alcol o di droga.

Psicoterapia Interpersonale (IPT)

La psicoterapia interpersonale (IPT) è un trattamento psicologico per aiutare una persona a identificare e risolvere i problemi presenti nella relazione con la famiglia, gli amici, partner e altre persone. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento per la depressione, compresa la depressione bipolare.

Terapia Motivazionale

La terapia Motivazionale è una terapia strutturata, di solito della durata di quattro sessioni o meno, per aiutare le persone che sono dipendenti da sostanze. Si tratta di un approccio per motivare al cambiamento, utilizzando le tecniche delle interviste motivazionali descritte nella sezione sugli interventi brevi. **» ALC 2.2.** Le Linee Guida mhGAP lo indicano come terapia per le persone con disturbi dovuti all'uso di alcol o di droga.

Interventi Psicosociali Avanzati


 INT

Corsi di formazione sulle competenze genitoriali per genitori di bambini e adolescenti con Disturbi Comportamentali

I corsi di formazione sulle competenze genitoriali per genitori di bambini con Disturbi comportamentali implicano una formazione centrata sulle interazioni positive genitore-figlio e sulla comunicazione emotiva, insegnando l'importanza della coerenza genitoriale, scoraggiando dure punizioni e richiedendo, durante la formazione, di fare pratica di nuove competenze nei rapporti con i propri bambini. Anche se il contenuto deve essere culturalmente sensibile, non deve altresì consentire la violazione dei diritti umani fondamentali dei bambini in base ai principi internazionali condivisi. Per essere in grado di formare dei genitori, gli operatori sanitari devono loro stessi ricevere essi una formazione specifica.

Corsi di formazione sulle competenze genitoriali per genitori di bambini e adolescenti con disturbi dello sviluppo

I corsi di formazione sulle competenze genitoriali per i genitori di bambini con disturbi dello sviluppo comporta l'uso di materiale di formazione culturalmente adeguato sul problema di migliorare lo sviluppo, il funzionamento e la partecipazione del bambino all'interno delle famiglie e delle comunità. Vengono utilizzate tecniche per insegnare specifiche abilità sociali, di comunicazione e abilità comportamentali che utilizzano principi comportamentali (ad esempio, insegnare nuovi comportamenti premiando questi comportamenti o affrontare i comportamenti problematici, analizzando attentamente cosa scatena il comportamento problematico) per cambiare i fattori ambientali di rischio. I genitori hanno bisogno di essere sostenuti nell'applicazione del corso di formazione ricevuto. I genitori di bambini con livelli differenti di disabilità intellettiva e comportamenti problematici specifici hanno bisogno di sviluppare ulteriori competenze adeguate ai bisogni dei loro figli. Gli operatori sanitari hanno bisogno di ulteriore formazione per essere in grado di formare i genitori.

Counseling o terapia di Problem solving

Il counseling o la terapia di problem solving è un trattamento psicologico che offre supporto diretto e pratico. Il terapeuta e la persona lavorano insieme per identificare e isolare le aree - chiave problematiche che potrebbero contribuire a problemi di salute mentale della persona, suddividere questi problemi in specifici compiti gestibili, e risolvere i problemi e sviluppare strategie di coping per i problemi particolari. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento aggiuntivo per la depressione (compresa la depressione bipolare) e come opzione di trattamento per i disturbi da uso di alcol o droga. Lo indicano inoltre per l'autolesionismo, sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale o per genitori di bambini e adolescenti con Disturbi comportamentali.

Tecniche di rilassamento

Questo trattamento comporta l'insegnamento di tecniche come esercizi di respirazione e il rilassamento progressivo per suscitare appunto una risposta di rilassamento. Il rilassamento progressivo insegna come identificare e rilassare specifici gruppi muscolari. Di solito il trattamento consiste in esercizi di rilassamento quotidiani per almeno 1-2 mesi. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento aggiuntivo per la depressione (compresa la depressione bipolare), e come opzione di trattamento per altri Sintomi emotivi importanti o sintomi somatici non spiegabili da una condizione medica generale.

Terapia delle abilità sociali

La terapia delle abilità sociali aiuta a ricostruire competenze e strategie di coping nelle situazioni sociali per ridurre la sofferenza nella vita quotidiana. Utilizza i giochi di ruolo, compiti sociali, l'incoraggiamento e il rinforzo sociale positivo per contribuire a migliorare la capacità di comunicazione e le interazioni sociali. La formazione sulle competenze può essere fatta con individui, famiglie e gruppi. Di solito il trattamento è costituito da sessioni da 45 a 90 minuti una o due volte a settimana per un periodo iniziale di 3 mesi, per poi proseguire mensilmente. Le Linee Guida mhGAP lo indicano come opzione di trattamento per le persone con psicosi o disturbi comportamentali.

“Le Linee Guida mhGAP per la diagnosi e cura sono una svolta per il settore della salute mentale e offre una speranza per le persone con malattie mentali. Fornisce istruzioni chiare e di facile utilizzo per la diagnosi e la cura delle malattie mentali. Non riesco a immaginare una guida migliore per i paesi..”

Thomas Bornemann » The Carter Center, USA

“Un eccellente manuale pratico per operatori sanitari non specializzati che gestiscono disturbi mentali, neurologici e dovuti all’uso di stupefacenti al livello primario e secondario di assistenza sanitaria, nei sistemi LED governativi e non-governativi.”

Allen Foster » Presidente, CBM

“La Guida mhGAP dell’OMS aprirà la via a più opportunità per la gestione delle patologie che contribuiscono alla sofferenza degli individui e le loro famiglie in tutto il mondo. Questi algoritmi con delle sfumature riconoscono che non ci sono interventi che vadano bene per tutti, piuttosto, un trattamento evidence-based fornito da non specialisti che possono e devono essere adattati alle esigenze individuali e ambienti culturali.”

Thomas Insel » Direttore dell’Istituto Nazionale di Salute Mentale, Stati Uniti d’America

“Uno strumento completo e molto utile, che contribuirà in modo significativo all’integrazione della salute mentale nella medicina di base in diversi paesi a basso e medio reddito.”

Mario Maj » Presidente del World Psychiatric Association

“La guida evidence-based dell’OMS ci aiuterà ad estendere la cura a tutte le persone affette da malattie mentali attraverso il Programma Nazionale e distrettuale di Salute Mentale nel paese.”

K. Sujatha Rao » Segretario, Salute & Benessere Familiare, Governo dell’India

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