**PROGETTO PREVENZIONE DEPRESSIONE**

Può essere:

-Prevenzione ricadute giovani adulti (2016).

-Depressione post-partum

-Prevenzione depressione in generale.

1. **Titolo**
2. **Modello Teorico**

Nel DSM-5 il disturbo depressivo maggiore viene descritto come la presenza, per almeno due settimane, di umore depresso, perdita di piacere o interesse, disturbi del sonno, agitazione o rallentamento psicomotorio, mancanza di energia, ridotta capacità di concentrazione, diminuzione o aumento dell’appetito, sentimenti di autosvalutazione e di colpa eccessivi. Questo quadro sintomatologico crea un disagio clinicamente significativo nella vita dell’individuo, provocando compromissioni in molte aree importanti come quella affettiva, sociale e lavorativa. Sono compromesse anche aspetti quali la motivazione, le autonomie personali e la cura di sé.

Il disturbo depressivo maggiore può insorgere per la prima volta a qualsiasi età, ma la probabilità di esordio aumenta marcatamente con la pubertà. Quindi è importante la prevenzione delle ricadute nei **giovani adulti**.Il decorso del disturbo depressivo maggiore è abbastanza variabile, in quanto alcuni individui non raggiungono mai, o solo raramente, la remissione. La cronicità, così come la gravità, dei sintomi depressivi aumenta spesso con l’età, riducendo la probabilità di una risoluzione completa della sintomatologia. Risulta pertanto importante anche considerare la prevenzione delle ricadute non solo nei giovani adulti ma anche in **fasce d’età più avanzate**.

***Qualora si trattasse di pz dimessi da una struttura🡪*** Si tratta di una patologia che richiede interventi multidisciplinari: farmacologici, psicologici, educativi e di assistenza sociale.

Talvolta è opportuno trasferire i pazienti in comunità, anche dopo un ricovero presso cliniche psichiatriche, così da garantire un’assistenza continuativa e costante; altre volte, se la sintomatologia lo consente, è possibile seguirli nei centri diurni, mentre continuano a svolgere la loro vita nella propria famiglia. In questo secondo caso, si tratta di pazienti con abilità residue da incrementare, per favorire un miglioramento delle condizioni di vita e di integrazione sociale.

Resta prioritaria la necessità di reinserirli nel tessuto sociale e di permettere loro di recuperare autonomia nella vita quotidiana, nel lavoro e nella socialità. Perché questo sia possibile, vengono solitamente elaborati progetti che tengono conto di questi aspetti.

1. **Destinatari**

DIRETTI: 20 pazienti

INDIRETTI: famiglie, comunità.

1. **Obiettivo generale:** L’obiettivo generale è quello di prevenire la depressione nei giovani adulti/prevenire le ricadute, informando i pazienti sui vari aspetti della depressione, per restituire loro maggiori abilità comunicative sociali, emotive e di cura di sé.

**Obiettivi Specifici:**

-informare sui vari aspetti della depressione, al fine di riconoscere i primi sintomi di un’eventuale ricaduta per poter applicare in quei momenti gli insegnamenti esperienziali ottenuti attraverso questo intervento;

-educare alla cura di sé (incremento delle autonomie personali);

-stimolare le abilità residue di comunicazione, di socializzazione, di problem-solving, di decision-making e di regolazione delle emozioni per la gestione di sé nel proprio contesto;

-stimolazione creativa e sociale, al fine di favorire la cooperazione superando l’isolamento e di rinforzare il senso di autoefficacia;

-facilitare l’integrazione sociale, evitando che il loro isolamento sia aggravato da stereotipi e stigmatizzazioni della malattia mentale.

1. **Metodologia**

L’impostazione del progetto sarà psicoeducativa; lo psicologo seguirà pertanto un programma di attività che utilizza semplici tecniche di modifica e miglioramento degli atteggiamenti e dei comportamenti, non per obiettivi terapeutici, bensì di abilitazione, riabilitazione e promozione del benessere, poiché questi sono gli interventi a cui lo psicologo è autorizzato (Legge 56/89). Attraverso un apprendimento esperienziale, lo psicologo lavora sulla comunicazione efficace, abilità di problem-solving, decision-making e gestione delle emozioni. Saranno attuati anche laboratori creativi condotti da un tecnico della riabilitazione psichiatrica.

I pazienti hanno già ricevuto dall’Asl una diagnosi, quindi sono già stati somministrati test specifici. Inoltre, i pazienti si recano una volta alla settimana all’Asl per la psicoterapia individuale. Questo progetto riguarda, dunque, soltanto le attività specifiche nel centro.

1. **Attività** (fasi, tempi, strumenti)

**1’ fase: PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**: il progetto sarà presentato dallo psicologo in un’assemblea ai pazienti destinatari, e alle altre figure professionali che parteciperanno allo svolgimento del progetto (, tecnico della riabilitazione, **assistente sociale**). Per valutare aspettative e bisogni sarà consegnato un questionario.

**Strumenti:** questionario, pc, slide, videoproiettore. **Tempi:** assemblea di 2ore e 2ore per lo psicologo per la raccolta dati e la stesura della relazione.

**2’ fase: INFORMAZIONE**: lo psicologo fornice informazioni ai pazienti sulla depressione, sulle modalità di intervento e l’evoluzione nel tempo. In questa fase lo psicologo riveste un ruolo più direttivo, fornisce spiegazioni e risponde ai quesiti, ai dubbi dei pazienti fornendogli anche un supporto attraverso l’ascolto attivo.

**Strumenti:** dispense cartacee, pc, slide e video proiettore) **Tempi:** 2 ore d’incontro per lo psicologo.

**3’ fase: INCREMENTARE LA CURA DI SE’**: un tecnico della riabilitazione psichiatrica condurrà incontri di gruppo con i pazienti per apprendere la cura di sé (igiene personale e gestione dei propri oggetti), per incrementare le autonomie personali compromesse. Prendersi cura di sé e del proprio corpo ha importanti conseguenze positive anche a livello psicologico e si acquisisce una maggiore consapevolezza di sé.

**Strumenti:** schede cartacee**. Tempi:** 2 incontri al mese di 1ora ciascuno (per un totale di 16ore).

**4’ fase: TRAINING SULLE ABILITA’ SOCIALI, EMOTIVE COMUNICATIVE E PROBLEM-SOLVING:** lo psicologo condurrà incontri di gruppo sul problem-solving e altre abilità sociali per apprendere in modo esperienziale a gestire se stessi, le proprie emozioni e il proprio contesto. Grazie alla discussione in gruppo si definisce con chiarezza il problema, si individuano le possibili soluzioni e le conseguenze e si attivano le risorse di ognuno. Questi pazienti spesso tendono ad essere passivi, non possiedono abilità di coping e di pianificazione dell’azione; grazie a questi incontri si favorisce, inoltre, l’ascolto attivo e il rispetto reciproco attraverso riflessioni sulla comunicazione assertiva.

**Strumenti: schede cartacee. Tempi:** 2 incontri al mese di 1ora ciascuno (per un totale di 16ore).

**5’ fase: STIMOLAZIONE CREATIVA E SOCIALE:** il tecnico della riabilitazione psichiatrica condurrà laboratori creativi, come collage, disegno, manipolazione della creta, da svolgere sia individualmente che in gruppo, così da stimolare la cooperazione tra i pazienti, superando l’isolamento sociale e lavorando anche sulle proprie emozioni, inoltre, creare, dare forma, realizzare qualcosa di concreto e visibile rafforza il senso di autoefficacia, recuperando fiducia in sé stessi e nelle proprie abilità costruttive.

**Strumenti: materiali cartacei, colori, creta. Tempi:** 2 laboratori al mese di 1ora ciascuno (per un totale di 16ore).

**6’ fase: ATTIVAZIONE DI UNA RETE:** per favorire l’integrazione sociale, è opportuno attivare partnership con cooperative sociali o associazioni di volontariato per consentire ai pazienti di sviluppare semplici abilità tecniche e lavorative per agevolare il reinserimento nella comunità e nel mondo lavorativo. I pazienti faranno un incontro con l’assistente sociale per intraprendere percorsi di reinserimento lavorativo o di utilità sociale personalizzati.

**Strumenti:** materiale cartaceo. **Tempi:** 1incontro di 3ore con l’assistente sociale.

**7’ fase: Conclusione del progetto.** Lo psicologo terrà un incontro conclusivo con i pazienti, per dare una valutazione dei risultati del progetto e per fare un bilancio del percorso. Somministrazione di un questionario di valutazione del percorso.

**Strumenti:** questionario, pc, slide, videoproiettore**. Tempi:** incontro di 2ore, 2ore per la raccolta dati e stesura della relazione finale.

**Durata totale del progetto:** 8 mesi**.**

1. **Risorse Materiali:** locali messi a disposizione dal centro diurno, materiale cartaceo e per i laboratori creativi.

**Risorse Umane:** uno psicologo, uno psichiatra, un tecnico della riabilitazione psichiatrica e **un’assistente sociale**.

1. **Budget**

Psicologo: 26h x 50 = 1300euro

Tecnico: 32h X 25 = 800euro

**Assistente Sociale: 3h x 25 = 75euro**

Materiale cartaceo e artistico: 300euro

**TOT=** 2475euro

1. **Rischi** (criticità): atteggiamento non collaborativo e scarsa compliance da parte dei pazienti; stereotipi e pregiudizi nei confronti della malattia mentale; drop-out; peggioramento delle condizione di salute dei pazienti/ricadute acute; burn-out operatori.
2. **Valutazione** (metodi di verifica dell’intervento)
* **“iniziale”:** somministrazione questionario appositamente elaborato per esplorare aspettative, bisogni, propositi dei destinatari.
* **“in-itinere”:** diari di bordo degli operatori e dei professionisti in cui vengono annotate osservazioni, valutazioni, ostacoli e andamento del progetto, griglie di osservazione dei partecipanti; resoconti mensili.
* **“finale” tutti:** questionario appositamente costruito per valutare il progetto**.**