



Istituzione "G. F. Minguzzi"

Provincia di Bologna

**A r e a F o r m a z i o n e**



**TRIADD**

TELETRAINING, RESEARCH AND INFORMATION  
AROUND DOUBLE DIAGNOSIS  
LEONARDO DA VINCI PILOT PROJECT

## **NOTA.**

Quanto segue è frutto di una traduzione quasi fedele (con i pro ed i contro che questo comporta) di un lavoro messo a punto da Paul Berry, Consulente Scientifico del Progetto TRIADD, che ha cercato di "uniformare" le terminologie usate dai diversi operatori, utilizzando un linguaggio il più possibile semplificato, tralasciando a volte alcune precisazioni e terminologie tecniche (e di questo ne siamo consapevoli), per non appesantire eccessivamente la lettura.

Parole chiave proposte da **Paul Berry** il quale le introduce in questo modo:

“Ho tentato di raggruppare le parole chiave in:

- 1 - concetti generali
- 2 - principali problemi di salute mentale
- 3 - trattamento farmacologico
- 4 - trattamenti psicoterapici
- 5 - servizi

## 1. CONCETTI GENERALI.

### DOPPIA DIAGNOSI

#### **Definizione**

La definizione di doppia diagnosi farà qui riferimento alla coesistenza di una diagnosi di deficit intellettivo e di una malattia mentale. Il primo può essere lieve, moderato o grave. Tutti coloro che presentano “problemi di apprendimento” possono presentare problemi psichiatrici e la malattia mentale può essere diagnosticata attraverso l’insieme delle classificazioni diagnostiche di questo tipo di malattie. Uno dei problemi principali incontrati in questa popolazione è dato dal termine che (malamente tradotto) può dirsi “diagnosi oscurata” e fa riferimento al fatto che il deficit di apprendimento di per se stesso riduce l’importanza diagnostica del problema comportamentale associato. In tali casi, i verosimili problemi di salute mentale, rischiano di non essere diagnosticate, come per esempio delle fobie se le persone presentano anche deficit di apprendimento.

#### *Riferimenti bibliografici di base*

Szymanski L. (1995) Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence. In Bouras N.(ed.) Mental Health in Mental Retardation. Cambridge University Press, Cambridge

**Altri riferimenti bibliografici** – seguiranno.

### COMPORAMENTO DIFFICILE

#### **Definizione**

I comportamenti difficili sono quelli di un utente che pone problemi al personale di assistenza di prima linea e al personale in generale. Coloro che lo presentano sono spesso aggressivi( urla, insulti): presentano aggressione fisica( attacchi al personale, morsi), aggressione contro l’ambiente (distruzione del mobilio, lancio di oggetti), autoaggressione (battere, picchiare le braccia e la testa contro oggetti, mordere il proprio corpo), fughe. Comportamenti sessuali inadeguati (esposizione in pubblico di nudità, masturbazione in pubblico, abusi sessuali su altri), comportamenti stereotipati (marciare intorno ad un oggetto qualunque, compiere movimenti oscillatori con il corpo), incontinenza attiva (giocare con escrementi), azioni illegali (pedofilia, furto, piromania), vomito autoprovocato. I comportamenti difficili di persone che presentano dei deficit di apprendimento non sono tutti associati a dei problemi di salute mentale. Può darsi che si tratti di comportamento appreso su un lungo periodo. In questi casi dei buoni metodi pedagogici come le tecniche comportamentali potranno dare ottimi risultati. In altri casi, tuttavia, saranno dei segnali di problemi di salute mentali più acuti e la ragione per la quale un procedimento di diagnosi è essenziale.

### *Riferimenti bibliografici di base*

Holt G.(1995) Challenging Behaviour. In Bouras. N.(ed) Mental Health in Mental Retardation. Cambridge.

### *Altri riferimenti bibliografici*

Emerson, E (Références à Luxembourg)

Hogg, J. and Harris, J (2001) Positive approaches to challenging behaviour. BILD publications.

## **SALUTE - MALATTIA MENTALE**

### **Definizione**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale totale e non la semplice assenza di malattia o infermità. Le persone mentalmente malate presenteranno 3 tipologie di sintomi: a) dei sintomi mentali, come sbalzi di umore, sentimenti inabituali che fanno sì che essi non potranno far fronte agli avvenimenti normali della vita quotidiana o anche sentire delle voci; b) cambiamenti fisici come disturbi di alimentazione e del bere, ipersudorazione; c) sintomi comportamentali quali azioni bizzarre e comportamenti sociali inadeguati. Tali segnali inducono il personale di assistenza a porsi delle domande quanto alla salute mentale dei loro utenti.

### *Riferimenti bibliografici di base*

Cf. Szymanski in Bouras

*Altre referenze bibliografiche* - seguiranno.

## **HANDICAP MENTALE**

Definizione: vedi il successivo capitolo sul deficit di apprendimento.

## **DEFICIT DI APPRENDIMENTO**

### **Definizione**

Il deficit di apprendimento (altri termini: handicap mentale, ritardo mentale, insufficienza mentale) rinvia ad una riduzione rilevante della capacità della persona ad apprendere e a mettere in atto le competenze richieste per vivere e funzionare in maniera adeguata nella società nella quale si vive. In termini generali la persona che presenta un deficit di apprendimento funziona sotto il livello atteso considerato come medio nella società medesima. Il deficit di apprendimento può essere leggero, medio, grave o profondo. Si fa sovente riferimento al livello di deficit intellettuale in termini di quoziente intellettuale (Q.I.). Ogni persona che lo presenta corre il rischio di un problema di salute mentale associato tale e quale come la popolazione in generale.

### *Riferimenti bibliografici di base*

Cf. Szymanski in Bouras

*Altre referenze bibliografiche:* seguiranno

## **EPIDEMIOLOGIA**

**Definizione**

Si definisce come lo studio dell'ampiezza della prevalenza di un evento medico in una società. Nel caso più particolare della doppia diagnosi è difficile stabilire chiaramente quante persone che presentano un deficit di apprendimento presentano anche una malattia mentale. Gli studi esistenti sono inadeguati nella misura in cui essi sono generalmente effettuati su delle popolazioni particolari (specialmente presso persone inviate in cliniche specializzate o presso l'utenza delle istituzioni di custodia), o perché la diagnosi di malattia mentale non è stata fatta in maniera abbastanza chiara. Gli studi non concordano sull'ampiezza della prevalenza della doppia diagnosi.

***Referenze bibliografiche di base***

Cf. Szymanski in Bouras pages 26 - 29

## 2. PRINCIPALI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE.

### DEPRESSIONE

#### **Definizione**

Si caratterizza normalmente con una caduta generale dell'umore, spesso associata ad una mancanza di motivazione, una concentrazione ridotta, un difetto di stima di sé, un sonno disturbato ed una caduta di interessi. Le persone che presentano deficit di apprendimento possono presentare sintomi quali il non rispetto degli ordini, il ripiegamento su sé, il succhiamento del pollice (espressione di regressione a comportamenti infantili), aggressività, automutilazione, grida e pianti. La diagnosi di depressione nelle persone che presentano deficit di apprendimento è un processo complesso, non è sempre possibile utilizzare i criteri di diagnosi applicabile alle persone che presentano deficit diversi da quelli di apprendimento. E' importante che il personale di assistenza si faccia aiutare nella fase della diagnosi, cosa che può avvenire usando interviste strutturate o utilizzando strumenti conosciuti a questo fine come il sistema PASS-ADD.

Nella misura in cui i sintomi sono talvolta difficili da interpretare è probabile che la depressione sia sotto diagnosticata in queste persone con deficit di apprendimento.

#### *Riferimenti bibliografici di base*

Reiss, S (1995) Psychopathology in mental retardation. In Bouras, N (ed) Mental Health in Mental Retardation. Cambridge University Press, Cambridge.

*Altri riferimenti bibliografici - seguiranno*

### PSICOSI

#### **Definizione**

Rinvia ad un raggruppamento di disturbi mentali caratterizzati da un'alterazione seria della capacità di riconoscimento della realtà. I sintomi più frequenti sono allucinazioni, deliri, sentire voci, comportamenti strani e bizzarri ed alterazioni del pensiero e del giudizio. Le psicosi sono diagnosticate nelle persone con deficit intellettivi minori nella misura in cui essi possono meglio comunicare sintomi e problemi con il linguaggio. Ciò non significa che le persone con deficit di apprendimento e difficoltà di comunicazione non presentino inoltre anche questa malattia mentale.

#### *Riferimenti bibliografici di base*

Reiss, S. in Bouras comme ci - dessus

### DISTURBI DI PERSONALITA'

#### **Definizione**

In psichiatria generale esiste una lunga lista di questi. Dai disturbi specifici come paranoia e schizofrenia fino a disturbi particolari come piromani, cleptomania, turbe della preferenza sessuale e tutta una serie di altri disturbi. Molti di questi, però non di tutti, sono stati trovati in persone con deficit di apprendimento. Tutti questi sono caratterizzati da comportamenti che si distinguono significativamente dai modi in cui l'individuo medio reagisce nella cultura specifica esaminata. Ogni diagnosi sarà classificata in funzione dei sintomi predominanti. Così, a titolo di esempio, si possono citare:

*Personalità paranoide*: sensibilità eccessiva ai contrattempi a disgrazie o fallimenti. Serbare rancore per lungo tempo o avere ricorrenti sospetti.

*Personalità schizoide*: poche attività che procurano piacere, freddezza emotiva, mancanza di amici intimi.

*Personalità antisociale*: mancanza totale di empatia per i sentimenti altrui, rigetto delle norme sociali, debole tolleranza alle frustrazioni, scaricare su altri responsabilità di comportamenti anormali del paziente stesso, incapacità ad esprimere senso di colpa.

*Personalità emozionalmente instabile (o istrionica)*: scatti di collera, comportamenti violenti e minacciosi.

*Personalità borderline (spesso chiamata narcisistica)*: confusione dell'immagine di sé, sentimenti di vuoto, intensa instabilità delle reazioni interpersonali che giungono sovente a delle crisi, sentimenti di suicidio o di automutilazione.

*Cleptomania patologica*.

*Piromania patologica*.

*Feticismo*: bisogno di oggetti concreti per arrivare ad un'eccitazione sessuale.

*Pedofilia*: preferenza sessuale per bambini e giovanetti. Alcune persone che presentano deficit intellettivi sono interessate da bambini che funzionano al livello della propria età mentale. Si tratta in questo caso di uno stato complesso che differisce dalla pedofilia, quasi esclusivamente mascolina.

*Esibizionismo*: tendenza ricorrente ad esibire i propri organi sessuali in pubblico spesso associata alla masturbazione in pubblico.

#### **Riferimenti bibliografici di base**

Reiss, S. in Bouras comme ci – dessous.

*Altri riferimenti bibliografici* - seguiranno

## **SCHIZOFRENIA**

### **Definizione**

Circa la metà delle persone che presenta una psicosi è schizofrenica. I sintomi sono generalmente dati da allucinazione uditive (sentono le voci). Modificazioni nelle relazioni con gli altri (si ignorano gli altri), l'imprevedibilità e l'aggressività. E' difficile diagnosticare la schizofrenia nelle persone che presentano deficit di apprendimento nella misura in cui i sintomi sono talvolta simili a quelli di altri quadri psicotici. Ma anche a quelli della depressione. E' essenziale in tali casi disporre di una anamnesi completa.

### **Riferimenti bibliografici di base**

Fraser, W. And Nolan M. (1995) Psychiatric disordes in mental retardation. In Bouras, N. (ed) Mental Health in Mental Handicap. Cambridge University Press, Cambridge

## **AUTISMO**

### **Definizione**

Vi si fa riferimento sotto i termini di "continuum autistico" o di "spettro autistico", nella misura in cui i sintomi possono apparire sotto forme moderate o estreme e sulla totalità delle varietà di deficit di apprendimento. Generalmente diagnosticato prima dell'età di tre anni. Esistono tre raggruppamenti di sintomi: a- un ritardo ed una distorsione nello sviluppo delle relazioni sociali; b- problemi nel campo della comunicazione in generale sia verbale che non; c- un campo limitato di interessi e attività. Sovente le persone che presentano sintomi autistici adottano comportamenti stereotipati (battono le mani, le attorcigliano in tutti i sensi) oppure fanno prova di un

interesse ossessivo per oggetti particolari (come pezzi di filo elettrico od oggetti di plastica).

**Riferimenti bibliografici di base**

Wing, L. (1995) The autistic continuum. In Bouras, N. (ed) Mental Health in Mental Retardation. Cambridge University Press, Cambridge.

*Altri riferimenti bibliografici – seguiranno*

## MANIA

**Definizione**

La persona in questione è generalmente piena di iniziative e di vivacità: esuberante ed eccitata. Nelle persone con deficit di apprendimento c'è talvolta una tendenza ad essere molto esigenti verso il personale di assistenza per la scarsità di autocontrollo e per un bisogno di avere un eccesso di confidenzialità amicale.

**Riferimenti bibliografici di base**

Fraser, W. and Nolen, M (1995) in Bouras (voir ci – dessus)

*Altri riferimenti bibliografici – seguiranno*

## SINDROME MANIACO-DEPRESSIVA

**Definizione**

Si attribuisce a persone a volte in stato maniaco a volte in stato depressivo. Le due sole dimensioni che sembrano esistere per questi individui sono o l'estremo buon umore o l'estremo malessere. Espressioni diagnostiche come "turbe bipolari" o "cicli rapidi" sono intesi come sinonimi della sindrome maniaco-depressiva.

## DEMENTIA E MALATTIA DI ALZHEIMER

**Definizione**

Deterioramento generale del funzionamento globale della persona. Può essere rapido o piuttosto lento. I principali sintomi sono perdita o deterioramento della memoria a corto e lungo termine, problemi di orientamento, modificazioni della personalità (può divenire aggressiva), negligenza nelle cure o nell'igiene personale e una perdita di competenze e capacità anteriormente integre. La demenza è presente più frequentemente nelle persone portatrici di trisomia. La malattia è progressiva ed irreversibile benché esista un grande numero di tecniche terapeutiche e di metodi che permettano di adattare l'ambiente dei pazienti dementi per aiutarli a far fronte meglio alla vita quotidiana.

**Riferimenti bibliografici di base**

Holland, A. (1995) Down's syndrome and Alzheimer's disease. In Bouras voir ci – dessus

## DELINQUENZA (sessuale e/o altra)

**Definizione**

Le persone che presentano deficit di apprendimento possono talvolta commettere dei delitti. Questo riguarda una porzione minima di questa popolazione, ma causa le maggiori preoccupazioni agli operatori dei servizi. I delitti principali sono

generalmente costituiti da comportamenti aggressivi (rapido passaggio alle vie di fatto), il furto, la piromania e i delitti sessuali. Uno dei principali problemi incontrati risiede nel livello intellettuale di funzionamento della persona che presenta deficit di apprendimento. Infatti si richiede che questo livello sia sufficiente perché la persona comprenda e sappia che ha commesso un delitto. Questo tema è oggetto di un'abbondante bibliografia così come quello del consenso al trattamento. Si è ugualmente registrato qualche progresso nei servizi prestati verso questo gruppo bersaglio particolare. Si tratta di un campo difficile e specializzato della doppia diagnosi. Il personale di base che sarà confrontato con delinquenti con handicap mentale deve cercare di ottenere un aiuto specializzato (psicologo o psichiatra nella misura del possibile).

***Riferimenti bibliografici di base***

Day, K. (1995) Psychiatric services in mental retardation: generic or specialised provision? In Bouras (vedi sopra)

## **IPERANSIETA' E DISTURBI NEVROTICI**

**Definizione**

Le nevrosi e le angosce legate allo stress costituiscono una parte rilevante dei disturbi mentali. Le persone che presentano deficit di apprendimento possono cedere a delle reazioni di panico (fra cui le visite dal medico o dal dentista, la paura di essere rinchiusi in un'automobile) o manifestare comportamenti ossessivi o compulsivi come l'atto di lavarsi le mani ritualizzato, la verifica minuziosa di porte chiuse. Spesso la reazione è talmente violenta che una somministrazione farmacologica di tipo neuroplegico deve essere fatta al fine di garantire un trattamento adeguato della persona.

***Riferimenti bibliografici di base***

Fraser, W. and Nolan, M. (1995) Psychiatric disorders in Mental Retardation. In Bouras (vedi sopra)

## 3. TRATTAMENTI FARMACOLOGICI. MEDICAMENTI.

### NEUROLETTICI

#### **Definizione**

La principale indicazione dei neurolettici è nel trattamento delle psicosi. Poiché la maggior parte dei neurolettici ha un effetto sedativo, essi sono sovente utilizzate al fine di ricondurre alla calma le persone che presentano comportamenti per così dire difficili. Questi medicinali hanno un effetto tranquillante e sono spesso usati per ridurre le angosce. Oltre questi effetti sedativi, questi medicinali possono talvolta presentare effetti secondari indesiderati. Particolarmente possono indurre la produzione di salivazione abbondante o dei tremori (simili a quelli che si vedono nei pazienti che hanno la malattia di Parkinson). Inoltre questi medicinali tendono ad aggravare l'epilessia di cui è possibile che soffrano certe persone affette da deficit intellettivo, donde la grande necessità di un controllo continuo e severo dei medicinali antiepilettici somministrati.

### ANTIDEPRESSIVI

#### **Definizione**

Sono dei medicinali la cui azione farmacologia tende a compensare l'insufficienza di alcune sostanze biochimiche nel cervello. Non solo in individui che presentano depressione, ma anche in persone che presentano livelli elevati di angoscia. Gli effetti sono generalmente osservati dopo un periodo che va da due a tre settimane e conviene somministrarle per un periodo di almeno sei mesi a partire dall'inizio della reazione positiva. Vi è tutta una serie di nuovi medicinali sul mercato attualmente. Le formule disponibili precedentemente presentavano degli effetti secondari indesiderabili come la secchezza delle fauci, la costipazione, l'agitazione e le vertigini. Questi sono meno presenti nei nuovi antidepressivi e tendono a risolversi dopo qualche settimana.

### MEDICAMENTI REGOLATORI DELL'UMORE altrimenti chiamati timoisolettici (antimaniacali)

#### **Definizione**

Il trattamento dei soggetti con sindrome maniaco depressiva comprende frequentemente la somministrazione di un medicamento conosciuto sotto il nome di litio. Questo agisce come regolatore dell'umore e come sedativo. E' anche utilizzato nel trattamento della depressione e nelle persone con handicap mentale e con comportamenti difficili. Il litio può comportare delle lesioni gastriche. I pazienti che praticano questi trattamenti devono sottoporsi a prelievi periodici di sangue per controllare il livello della litiemia. Altri effetti secondari sono la nausea il tremore delle mani e una minzione abbondante. Un altro medicamento la cui utilizzazione comincia ad espandersi per trattare le persone che presentano al tempo stesso problemi di apprendimento, disturbi dell'umore e comportamenti difficili è la carbamazepina. In realtà è un antiepilettico di cui si è osservato nel tempo un gran numero di casi un'azione identica a quella del litio, presentando al tempo stesso un numero minore di effetti secondari problematici.

### TRANQUILLANTI ED IPNOTICI

#### **Definizione**

Il Valium e il Diazepam e gli altri ipnotici inducono il sonno e riducono l'angoscia. Essi sono ugualmente utilizzati nel trattamento dell'epilessia. Tuttavia questi medicinali

inducono un'assuefazione e non possono pertanto essere utilizzati a lungo. E' tuttavia molto utile nel trattamento a breve termine dei comportamenti difficili in cui c'è un effetto sedativo rapido quando viene iniettato.

*Riferimenti bibliografici principali per l'insieme di questa sezione*

Crebbe, H. (1995) Pharmacotherapy in mental retardation. In Bouras (cf. supra)

## 4. TRATTAMENTO - TERAPIE

### APPROCCIO COMPORTAMENTALE

**Definizione**

E' probabilmente la forma di terapia meglio conosciuta per il trattamento delle persone che presentano un deficit di apprendimento e problemi comportamentali. E' un approccio usato per valutare la natura del problema attraverso un'analisi funzionale che implica un'analisi della persona medesima, del suo ambiente, del suo stile di vita e un'analisi delle persone importanti per la persona in questione. Si fa frequentemente ricorso al sistema ABC. Esso implica un'analisi di ciò che avveniva prima che il comportamento fosse adottato, di ciò che è e di ciò che fa seguito a questo comportamento. Grazie ad un'utilizzazione prudente delle conseguenze (rinforzo in particolare ma ugualmente la punizione o la frustrazione), il personale di assistenza di base può modificare il comportamento di un utente. Il metodo è stato ugualmente utilizzato con molto successo come aiuto all'apprendimento di nuove competenze.

*Riferimenti bibliografici di base*

Gardner, W. I. and Graeber, J (1995) Use of behavioural therapies to enhance personal competency a multimodal diagnostic and intervention model.

### PSICOTERAPIE (in generale)

**Definizione**

Termine generico che rinvia ad una forma di terapia che mira a comprendere la situazione attuale di una persona come i problemi presenti alla luce del vissuto anteriore di una persona. A seconda degli indirizzi teorici di riferimento si possono avere diverse forme: terapia comportamentale, psicanalitica, psicodinamica, comportamentale cognitiva etc..

### TERAPIA PSICOANALITICA

**Definizione**

Questa forma di terapia basata sulle teorie psicoanalitiche è importante quando si lavora sugli aspetti emozionali di una persona che presenta una doppia diagnosi. Fino a poco fa si pensava che questa non era adatta a persone che presentano deficienze intellettive, ma non è così. Mettendo l'accento sulla comprensione emozionale e non sul funzionamento cognitivo, anche individui handicappati profondi sono in grado di reagire. La terapia può essere applicata in forma individuale, familiare o di gruppo. Si pone l'accento sulla storia personale dell'utente e delle sue relazioni con gli altri che contano od hanno contato per lui. Referenze bibliografiche da trascrivere.

*Riferimenti bibliografici di base*

Hollins, S. Sinason, V. Ad Thompson, S. (1995) Individual Group and Family Therapy. In Bouras (cf. supra)

### *Altri riferimenti bibliografici*

Sinason, V. (1992) *Mental handicap and the Human Condition*. Free Association Books, London.

De Groef, J. and Heinemann, E. (Eds.) (1998) *Psychoanalysis and Mental Handicap*. Free Association Books, London.

Berry, P. (1998) *Psychotherapy in a village for people with learning disability*. In, De Groef, J and Heinemann, E. (cf. supra).

## 5. I SERVIZI.

### UNITA' RESIDENZIALI COMUNITARIE SPECIALIZZATE

#### **Definizione**

Alcune rare Unità Residenziale specializzate sono state pensate per accogliervi persone che presentano un comportamento molto difficile. L'accento è messo sulla messa a disposizione di personale sufficientemente adeguato, sulla formazione di questo personale e il sostegno che può essere loro dato da professionisti come lo psichiatra o lo psicologo. Alcune di queste unità sono talvolta chiuse in ragione della natura del disturbo mentale (aggressività estrema, pedofilia). I programmi di trattamento sono generalmente di durata limitata, ma possono anche andare da alcuni mesi ad alcuni anni. Sono servizi molto costosi e pertanto destinabili accessibili ai casi più difficili e complessi.

#### *Riferimenti bibliografici di base*

Bouras, N. Brooks, D. Ad Drummond, K. (1995) *Community psychiatric services for people with mental retardation*. In Bouras (cf. supra)

Day, K. (1995) *Psychiatric services in mental retardation: generic or specialised provision?* In Bouras (cf. supra)

### SERVIZI OSPEDALIERI SPECIALI

#### **Definizione**

In casi estremi, come può riscontrarsi nella comunità intesa in senso largo, può essere necessario indirizzare una persona che presenta deficit di apprendimento verso un ospedale o una unità psichiatrica locale. Una tale evenienza si verifica allorché la malattia mentale presente è talmente grave che la vita di una persona medesima è in pericolo (suicidio o pericolo fisico per altri). Seppure tali casi sono rari le persone con doppia diagnosi richiedono le medesime possibilità di trattamento intensivo degli altri membri della comunità. E' essenziale in questo caso che personale di base e altri professionisti siano disponibili per dare istruzioni al personale ospedaliero e metterlo al corrente della persona e dei suoi bisogni particolari. Questo è particolarmente importante quando è richiesto un trattamento farmacologico. Il personale dell'unità ospedaliera deve essere perfettamente e completamente informato degli antecedenti medicali e terapeutici relativi al paziente per elaborare un piano di trattamento adeguato.

#### *Riferimenti bibliografici di base*

Bouras

Day (cf. supra)

### SERVIZI PSICHIATRICI COMUNITARI E GENERALI

**Definizione**

I principali obiettivi dei servizi destinati a questo gruppo bersaglio è di andare incontro ai bisogni di salute mentale di persone con dei deficit di apprendimento. Sono stati elaborati eccellenti modelli comunitari che prevedono in modo particolare dei trattamenti specializzati di salute mentale comunitaria. Comprendono: la prestazione diagnostica o clinica, servizi terapeutici (tra cui aiuti a domicilio, cure esterne o ambulatoriali) implicanti delle equipe multidisciplinari comprendenti psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, persone in prima linea ben formate che beneficiano dell'appoggio di altre persone di formazione e allorquando è necessario di altri servizi terapeutici(occupazionali, linguistici, fisioterapici)un equipe clinica fornirà un piano di trattamento e controllerà il caso clinico. In questo caso è essenziale disporre di procedure di valutazione adeguate.

***Riferimenti bibliografici di base***

Gravestock, S. (1995) Quality assurance for adults with mental retardation and mental health needs. In Bouras (cf. supra)

Mansell, J. (1995) The challenge of providing high quality services. In Bouras (cf. supra).