



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVII • n. 1 • gennaio - giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabiella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

3 La posizione della psichiatria nella crisi contemporanea
di Giannelli A.

7 Lettera inviata dal Paŝ President della societ  Italiana di Psichiatria a tutti i soci al termine del suo mandato
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

9 La psichiatria nel modello Lombardo: analisi di organizzazione e destinazione delle risorse
di Cerveri G., Grazia C., Magni G., Campajola P., Cioffi I., Goglio M., Molteni F., Vender S., Mencacci C.

24 La Teleconferenza come mezzo di integrazione delle equipes
di Ballantini M., Tomaselli G.

28 Indagine sui fabbisogni formativi dei Medici Psichiatri
di Marturano A., Caggio F.

38 Interventi precoci e terapie naturali nel disturbo bipolare
di Porcellana M., Morganti C., Florinda S.

47 La condotta tossicomana da Freud ad oggi
di La Moglie A.

NOTE DAI CONVEGNI

52 Il futuro degli SPDC tra continuit  e innovazione
VII Congresso del Coordinamento Nazionale degli SPDC

56 La riabilitazione Psicosociale Oggi: contesti e paradigmi in cambiamento
XI Congresso Nazionale SIRP

RIFLESSIONI

58 Sul parlar da soli
Canto del cigno di uno psichiatra in pensione
di Pittini G.

IN COPERTINA: *Vir temporis acti*
Adolfo Wildt, 1911

Indagine sui fabbisogni formativi dei Medici Psichiatri

di Annarita Marturano*, Francesco Caggio**

ABSTRACT

Nowaday the universe of health professionals is characterized by rapid and global changes: first of all knowledge about technical issues and the way in which they are processed and transferred, secondly by an increasingly pressure towards specialization and comprehensive approach and finally by the continuous need of a real integration among different professionals who cooperate for an effective take in charge of the patient. A strong need to take possession of an appropriate communicative and relational style is a strict consequence of these changes.

The adequate identification of the training needs perceived by the staff is the way to create a consistent alignment between their needs, the organizational culture and the evolving needs of end users. In particular this paper is an investigation of the training needs in health care field, specifically in the clinical area of psychiatry. This research involved the working staff of the Department of Mental Health of A. O. Ospedali Riuniti of Bergamo, currently "Papa Giovanni XXIII", in particular the aim of the current contribution will focus on needs expressed by medical personnel.

Attualmente l'universo dei professionisti della salute è caratterizzato da rapidi cambiamenti dei contenuti dei saperi tecnici ma anche dalla modalità della loro elaborazione e trasmissione, da spinte sempre più pressanti tra specializzazione e approccio globale, dalla necessità di effettiva integrazione con le diverse figure che collaborano alla presa in carico del paziente, dal quale consegue una forte esigenza di appropriarsi di uno stile comunicativo e relazionale adeguato. Individuare adeguatamente i biso-

gni formativi percepiti dal personale, significa creare un allineamento costante tra le esigenze dei professionisti, la cultura organizzativa e le esigenze in continua evoluzione dell'utenza finale. In particolare questo contributo rappresenta un'esplorazione sui bisogni formativi in ambito sanitario, ma più nello specifico nell'area psichiatrica. Si tratta di un percorso di ricerca incentrato sull'analisi dei fabbisogni formativi, che ha coinvolto il personale che opera nel Dipartimento di Salute Mentale dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo, attualmente "Papa Giovanni XXIII"; nello specifico oggetto del presente lavoro saranno i bisogni formativi espressi dal personale medico.

PREMESSA

Nel contesto sanitario, come in tutti quelli caratterizzati da frequenti innovazioni e cambiamenti, è necessario sviluppare una specifica attenzione al tema della formazione degli operatori, quale elemento essenziale per il governo delle strutture. Tra le attività più importanti di una direzione aziendale vi è la definizione di una strategia di formazione integrata, che sostenga la convinzione che il valore delle persone e la loro continua crescita siano gli elementi più importanti dell'organizzazione sui quali valga la pena investire tempo e risorse.

Negli anni l'incertezza aziendale ha fortemente investito tutte le aziende sanitarie, sia pubbliche che private, coinvolte da una serie di dinamiche che hanno inciso significativamente sulle caratteristiche gestionali e organizzative, richiedendo flessibilità, capacità di apprendimento e disponibilità al cambiamento. Curare l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita (lifelong learning) è un dovere degli operatori in genere, e della sanità in particolare, ma è anche un diritto del cittadino, che richiede operatori competenti in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Sistema Sanitario Nazionale" (art. 16-bis, comma 1, D. Lgs. 229/99)¹. In uno scenario simile la formazione diventa quindi un elemento di assoluta necessità in quanto offre la possibilità di acquisire nuove

competenze dettate dal sapere (il possesso di conoscenze teoriche), dal saper fare (il possesso di abilità tecniche o manuali) e dal saper essere (il possesso di capacità comunicative e relazionali), ma anche dall'essere in grado di attuare la propria conoscenza attraverso il saper divenire. L'apprendimento rappresenta di conseguenza un fattore di significativo cambiamento, dove il requisito fondamentale diventa la capacità di imparare: imparare ad apprendere ed imparare ad accettare il cambiamento. L'ambito sanitario, a causa dei radicali cambiamenti da cui è investito, necessita di professionisti con competenze organizzative e progettuali, oltre che solide competenze tecnico-specialiste. Viene richiesta una maggiore capacità "meta-cognitiva" nel comprendere e rapportarsi ai bisogni dell'assistito, nell'apprendere a lavorare in integrazione con le altre professioni, nell'operare scelte responsabili e discrezionali in base ai bisogni emergenti.

Parlare di formazione in psichiatria riguarda una serie articolata di problemi che essenzialmente hanno a che fare con la pratica e quindi la domanda di cura del paziente e la risposta dell'operatore. La sofferenza mentale pone una domanda di cura, spesso inespressa o ripetutamente formulata o articolata al negativo. Nella relazione di aiuto emerge un'altra sofferenza che è quella dello stesso operatore, quest'ultimo lamenta spesso che il paziente non reagisce alle cure o trasgredisce alle stesse, e spesso questo lo fa sentire impotente, manipolato, deluso. La risposta a bisogni così elevati di salute mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere l'ambito sociale e politico e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo. Nel corso degli ultimi decenni le pratiche relative all'intervento nella tutela della salute mentale hanno abbandonato le dottrine teoriche chiuse e auto-referenziali e sono sempre più fondate sul

riconoscimento della dimensione multi-fattoriale della malattia mentale. Tale prospettiva rinnova l'importanza della relazione come elemento cruciale dell'operare nel campo della salute mentale: relazione con i soggetti affetti da disturbi ma anche con i loro familiari e, più in generale, con il loro ambiente di vita. Oggi la psichiatria si sta finalmente dirigendo nella forma voluta dalla Legge 180: una psichiatria fatta non più da muri, ma da persone, contatti e legami sociali, assistenza completa del malato. La situazione esistenziale, sociale, affettiva di un malato mentale incide sulla sua condizione clinica; nel testo della Legge² è infatti esplicito il riferimento alla necessità di creare strutture territoriali (Centri Diurni, Comunità Riabilitative, ecc.) atte alla riabilitazione del paziente psichiatrico. La deistituzionalizzazione degli Ospedali Psichiatrici e il conseguente decentramento dell'organizzazione psichiatrica, ha reso possibile la messa in atto di strategie d'intervento finalizzate al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, imponendo tuttavia all'istituzione, la creazione di tutta una serie di strutture e di funzioni che consentissero la progressione del supporto esterno per i pazienti inseriti in progetti terapeutico-riabilitativi. Sorgono così i luoghi della riabilitazione che si collocano tra una situazione di ricovero totale e il domicilio del paziente. Spazi che consentono di acquisire le abilità perdute, necessarie alla vita quotidiana sociale e relazionale, e soprattutto "Comunità terapeutiche" quando la riabilitazione deve integrarsi con interventi terapeutici specifici. Sono quindi tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che danno vita alla riabilitazione, ove si costruirà il tragitto terapeutico riabilitativo del paziente, che sarà volto al raggiungimento di maggiori livelli di autonomia e minori condizioni di assistenzialità. Questo modello di assistenza territoriale viene appunto definito *psichiatria di comunità*, proprio perché l'ammalato non

1. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

2. Legge n. 180 del 13 maggio del 1978, art. 34 "gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali devono essere attuati di norma dai servizi psichiatrici territoriali".

viene sradicato dal proprio contesto umano, dalle proprie amicizie e dai propri affetti, ma viene aiutato a far sì che la sua patologia non comporti tagli netti con tutto ciò che questi contatti rappresentano per lui. Anche le cure psichiatriche sono basate attualmente sul nuovo paradigma della riabilitazione sancito dalla Legge 180, e quindi non più il cupo manicomio, ma luoghi il più possibile domestici, dove il compito principale degli operatori è quello di richiamare continuamente i pazienti a fare i conti con la vita quotidiana e il ristrutturarsi di abitudini consapevoli, con l'obiettivo ultimo di rendere possibile l'uscita dal contesto psichiatrico.

In quest'ottica è necessario che il personale che opera in psichiatria adotti un modello di cura multidisciplinare e globalmente circolare, questo significa che le differenze di "potere" delle singole professionalità sono attenuate, al fine di consentire la realizzazione di processi clinici condivisi. Affinché si possa realizzare un percorso di riabilitazione del paziente è auspicabile la collaborazione di tutte le figure professionali, creando un clima sereno, rassicurante, capace di dare ascolto oltre alla malattia ancor di più all'aspetto umano di ciascun paziente.

L'impegno di lavoro nell'area della salute mentale richiede di conseguenza un forte investimento sulla professionalità degli operatori attraverso iniziative di sostegno, aggiornamento e formazione continua. Ecco, dunque, che garantire al proprio personale sanitario un'offerta formativa qualitativamente adeguata, diventa rilevante per un'organizzazione che si colloca in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati all'utente. Tuttavia, l'offerta formativa, benché in linea con le finalità generali della struttura e quindi alla sua mission, non può non tener conto delle esigenze formative espresse da coloro che sono chiamati a realizzare, con le proprie attività, il processo di cura.

Da queste considerazioni nasce il presente contributo deriva da un'attività di ricerca realizzata nel corso del 2012, con lo scopo di indagare i fabbisogni formativi del personale sanitario e non che opera in ambito psi-

chiatrico, attraverso l'uso di uno strumento tipico della ricerca qualitativa, ovvero l'intervista semi-strutturata. Nello specifico l'indagine ha coinvolto attivamente il personale del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo (attualmente A. O. "Papa Giovanni XXIII").

L'indagine effettuata è stata realizzata senza perdere di vista la relazione con l'organizzazione (DSM) e non si è limitata a raccogliere solo i bisogni espressi dal personale coinvolto, ma anche le loro motivazioni, le loro percezioni e soprattutto le loro aspettative rispetto alla formazione erogata all'interno del servizio. Le interviste semi-strutturate sono state condotte partendo dal ruolo ricoperto all'interno dell'organizzazione, per poi indagare: le pregresse attività formative, le criticità riscontrate durante lo svolgimento della propria attività lavorativa che potessero essere superate attraverso interventi formativi adeguati, i bisogni formativi connessi alla posizione e al ruolo ricoperto. Il senso dell'indagine non è stato quello di costruire un modello standardizzato di bisogni formativi nell'area psichiatrica, stabile e duraturo nel tempo, ma bensì quello di far emergere un bisogno formativo sentito "qui e ora", inevitabilmente influenzato dai cambiamenti organizzativi in atto e dall'evoluzione dell'assistenza psichiatrica, rispetto all'insorgenza di nuove patologie sempre più complesse. In particolare, in questo contributo saranno presi in considerazione i risultati delle interviste rivolte al personale medico.

I BISOGNI FORMATIVI DEL MEDICO PSICHIATRA

Sono stati intervistati complessivamente n. 23 Medici Psichiatri (tra cui il Direttore del DSM, nonché Direttore dell'USC Psichiatria II e il Direttore USC Psichiatria I) che operavano nella struttura ospedaliera e nei servizi territoriali, nello specifico:

- n. 9 Medici Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- n. 8 Medici Centro Psicossociale;
- n. 3 Medici Strutture Riabilitative Residenziali e Semiresidenziali;

- n. 1 Medico Centro Diurno;
- n. 1 Medico Psichiatria di Consultazione;
- n. 1 Medico Ambulatorio per la ricerca, la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'umore e dell'ansia.

Molti dei medici intervistati nelle loro esposizioni hanno condiviso il pensiero di un'avvenuta **“evoluzione della psichiatria”** che richiede inevitabilmente un adeguamento delle conoscenze e delle competenze del Medico Psichiatra in quanto responsabile della gestione clinica e terapeutica dei pazienti. Le nuove patologie psichiatriche sembrano infatti configurarsi in relazione alle vicissitudini che l'identità umana sta attraversando rispetto ai luoghi della vita contemporanea, rispetto cioè alla società postmoderna e globalizzata (1). I problemi da affrontare in merito alla salute mentale e alla cura di questi disturbi poggiano ormai su di una condizione di radicale trasformazione della nostra società e di conseguenza sulla necessità di una radicale rivoluzione della consapevolezza professionale degli operatori. Ciò spinge alla ricerca di nuove pratiche di cura clinico-sociale in grado di dare nuove e più efficaci risposte a questi problemi, cercando di evitare il rischio di far riferimento esclusivamente alle vecchie pratiche psicologiche-psichiatriche. Inoltre, la psichiatria non può esulare dall'essere **psichiatria di comunità**, e quindi la molteplicità degli aspetti di vita della persona sono parte costitutiva dell'intervento. Di seguito alcune riflessioni degli intervistati:

“... credo che siamo in un momento di forte crisi della psichiatria. Paradossalmente pur vivendo in un'epoca di grande incertezza, in questa fase c'è una necessaria crisi della nosografia psichiatrica, necessaria perché non più in linea con l'evoluzione dei tempi perché si scontra con modalità di costruzione della patologia di tipo culturalmente diverso. Quindi, la psichiatria invece di essere sanamente in crisi per costruire un nuovo apparato, è ancora molto attaccata ad una nosografia ormai superata, quando poi è proprio la storia della psichiatria ad insegnarci che la nosografia ogni tanto si supera e si ridefinisce. Il concetto di disturbo di personalità

secondo me è il punto cruciale su cui si evidenzia il nostro limite nosografico, paradossalmente come strumento difensivo la psichiatria si arrocca su strumentari diagnostici sempre più dettagliati che però fanno perdere di vista il paziente. Un paziente africano depresso ha spesso un'ideazione che secondo la nostra nosografia è un'ideazione di tipo persecutorio, ma non è un paziente psicotico”.

“... c'è una grande necessità di affrontare la nuova psichiatria, perché i grandi temi del passato oggi vanno rivisitati e poi c'è una patologia emergente come i disturbi di personalità che abbracciano tutta la nuova patologia da stupefacenti, tutta la devianza che nasce da aspetti sociali, culturali, di integrazione”.

“Il nostro lavoro è cambiato tantissimo perché è cambiata la patologia, quando ho iniziato a lavorare c'erano i nevrotici, i “matti”, oggi i “matti” non ci sono più, sono i disturbi di personalità a crescere a dismisura. È quindi cambiata la patologia con cui si ha a che fare, sono persone con cui non si sa bene come intervenire, non ci sono terapie, sono pazienti che non riconoscono il disturbo. Si è anche abbassata l'età dell'esordio, prima i minori che avevano questi scompensi erano pochissimi, ora aumentano tanto. L'altra cosa è l'aumento delle sostanze, abbiamo tanti pazienti in comune con il Ser.T perché spesso i pazienti tossici presentano una patologia psichiatrica. Lo stesso vale per gli extracomunitari, un anno fa erano una piccola minoranza, adesso stanno diventando un numero consistente, sono tutte persone che oltre ad avere problemi clinici hanno spesso problemi assistenziali, assicurativi, di casa, di lavoro”.

Da queste riflessioni si evidenzia non solo un cambiamento dell'assistenza psichiatrica intesa come sostenuto dal Direttore del DSM *“in termini di psichiatria di comunità e di conseguenza non più tanto orientata ad una clinica prettamente focalizzata su un medico e un paziente, ma orientata sui sistemi che includono tutti gli ambiti sociali in cui un determinato paziente si colloca”*, ma un cambiamento delle patologie maggiormente trattate,

dell'età di esordio della malattia ed un incremento dei pazienti stranieri con tutte le complessità che le differenze culturali possono determinare nell'assistenza.

Durante le interviste i Medici Psichiatri hanno attribuito notevole rilevanza ai **disturbi di personalità** e quindi alla necessità di formarsi in merito agli strumenti per il trattamento e la gestione di pazienti affetti da queste patologie, un'esigenza emersa condivisa sia dal personale che operava nel contesto ospedaliero che nei servizi territoriali.

Un disturbo di personalità rappresenta *“un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione”*³. Secondo la Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei problemi sanitari elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10), un disturbo di personalità è *“una grave alterazione nella costituzione caratteriale e nelle tendenze comportamentali dell'individuo, che di solito coinvolge diverse aree della personalità ed è quasi sempre associato con una considerevole compromissione del benessere personale e del funzionamento sociale”*. Le due definizioni sono accumulate dall'evidenziare il carattere pervasivo della componente esperienziale e comportamentale, che si discosta dalle aspettative culturali e causa disagio individuale e sofferenza. Il tema dei disturbi di personalità e del loro trattamento è diventato di estrema attualità, dalla ricerca epidemiologica si evince che nella popolazione possono quantificarsi con una percentuale che varia dal 4,4 al 13% (2). Le teorie che attribuivano l'insorgenza di questo genere di disturbi a cause puramente genetiche o puramente socio-ambientali, sono state smentite dai recenti studi che dimostrano

piuttosto l'interazione gene-ambiente. Il trattamento di questo genere di disturbo consiste prevalentemente in un approccio psicoterapeutico, eventualmente associato ad una terapia farmacologica sintomatica. Solitamente per questo genere di pazienti non richiede trattamento ospedaliero, in alcuni casi però questo è inevitabile, in particolare può essere necessario ricoverare il paziente in caso di patologia borderline e di patologia antisociale 3 .

La necessità di approfondire attraverso percorsi formativi il trattamento del disturbo di personalità e la gestione della relazione del paziente affetto da tale disturbo, è legata al fatto che si tratta di disturbi complessi legati al modo di essere nel mondo dell'individuo, piuttosto che a sintomi definiti e precisi. La letteratura in materia sostiene che questo genere di disturbi sono riconducibili all'incontro di diversi fattori causali, tra cui ad esempio le caratteristiche comportamentali, un ambiente familiare patologico, esperienze traumatiche, ma sono anche sicuramente legati ad aspetti sociali e antropologici legati al grado di accettabilità sociale delle caratteristiche temperamentali di ciascun individuo (4). Da qui l'esigenza del personale medico di trattare questa tematica anche attraverso il confronto con strutture specializzate nel trattamento di questa patologia. Rispetto a questo tema si riportano alcune considerazioni degli intervistati:

“Ci troviamo di fronte ad un'emergenza che riguarda i disturbi di personalità con aumento dell'incidenza della fascia adolescenziale in fasce di popolazione, senza alcuna caratteristica di marginalità, e quindi famiglie abbienti che pongono richieste e problematiche circa le richieste di intervento e i trattamenti, assolutamente inedite in passato. Si è verificata una progressione sia come numero di casi che nella complessità della richiesta di cura. C'è quindi un'inadeguatezza della nostra risposta legata alla mancanza di strumenti a disposizione”.

3. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, IV ed. riv. Washington, D.C., 2000, APA trad. it. (2001), DSM-IV-TR: Manuale Diagnostico e Statistico, dei disturbi mentali, Masson, Milano, p. 729.

“... non ci sono più le patologie di un tempo, sono sempre più nella dimensione dei disturbi di personalità che anche nelle aree psicotiche presenti. Sta cambiando per tante ragioni, soprattutto culturale l'espressione psicopatologica, i servizi sono organizzati ancora secondo un modello antico che era costruito per trattare le psicosi di una volta. Il paziente è sempre più inserito nel contesto sociale, per cui, trattare oggi il disturbo di personalità vuol dire avere a che fare con un'area sociale che un tempo non era coinvolta, il malato era isolato nel suo spazio costruito per accoglierlo”.

“È vero abbiamo tantissimi casi di doppia diagnosi o disturbi di personalità, rispetto alle schizofrenie che sono ormai un po' datate. È vero su questi argomenti non abbiamo molti supporti formativi, sarebbe sicuramente utile approfondirli. Sarebbe utile quindi approfondire le patologie più presenti, che assorbono più risorse come i disturbi di personalità che non hanno una terapia farmacologica specifica e quindi si agisce asseconda del sintomo presentato. Sono patologie meno gravi sul piano nosografico però più difficili da gestire e a evoluzione incerta”.

“Sono situazioni che necessitano di particolare assistenza e spesso non siamo preparati”.

E alcune considerazioni del Direttore del DSM:

“due anni fa abbiamo fatto un percorso abbastanza articolato con un relatore canadese che gestisce un centro sui disturbi di personalità, un percorso della durata di tre giorni sulla gestione di questi disturbi. È una patologia che è poco inclusa nella formazione di base, effettivamente oggi molto diffusa dai contorni epistemologici sfumati e quindi certamente nell'area della formazione clinica è un'area che deve essere sviluppata”.

Un altro tema particolarmente sentito dai medici intervistati riguardava il crescente rapporto con la **multiculturalità** e quindi con il paziente straniero. I massicci fenomeni di immigrazione di popolazioni africane e asiatiche e al loro spesso precario inserimento hanno comportato la necessità di formare gli operatori sanitari alla presa in carico di questi pazienti, che manifestano spesso un disagio psichico radicato in culture diverse dalla nostra. Il fenomeno ha dato vita a numerosi studi sull'argomento che hanno approfondito la valutazione dell'influenza dei diversi orientamenti di valore (credenze religiose, la struttura della famiglia, il ruolo e lo status della donna, ecc.), sulla morbosità psichiatrica, la verifica dell'esistenza di sindromi psichiatriche specifiche di determinate culture, la possibilità di manifestazioni psicopatologiche diverse, la determinazione delle forme di trattamento psichiatrico meglio accettate e più efficaci, in situazioni culturali diverse.

Rispetto a questo fenomeno il Direttore del DSM, in occasione della presentazione di un'iniziativa formativa ha precisato:

“Oggi gli stranieri rappresentano il 20% dei nostri pazienti. Accedono soprattutto agli SPDC e in regime di urgenza, quando cioè la cura non è più rinviabile. Questo, oltre a non facilitare il compito dei curanti, denota la loro difficoltà a intraprendere azioni di prevenzione e anche poca conoscenza dei percorsi di accesso ai servizi psichiatrici, oltre a riflettere modi diversi di concepire e anche curare la malattia mentale. Questa è una prima area su cui dobbiamo lavorare. Un altro problema è di tipo linguistico, che possiamo superare solo attraverso una sistematica collaborazione con i mediatori culturali, a cui deve essere affidato il compito non solo di fare una traduzione linguistica, ma di costituire un ponte di collegamento tra due mondi culturali”⁴.

⁴ “Psicopatologia e psicofarmacologia dei migranti: verso un osservatori clinico ed epidemiologico regionale”, 25 febbraio 2010, Bergamo.

La presenza nella popolazione lombarda di un'ampia componente appartenente ad altre nazionalità e culture, è un fenomeno che va consolidandosi nell'intero territorio regionale anche se con intensità differenti. Tale fenomeno oggi è rappresentata da un sempre crescente numero di famiglie con un maggiore radicamento nel territorio. I fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichici possono anche trarre origine dai cambiamenti dei riferimenti culturali, nonché dalla fatica per la ricerca di una nuova integrazione sociale.

Da qui nasce l'esigenza da parte dei medici intervistati di aggiornarsi sui temi della psichiatria transculturale e sulla di una funzione di accoglienza che consideri le differenze culturali degli utenti e si adatti agli aspetti specifici del singolo. Un medico sostiene:

"... la cura dell'approccio multiculturale, ci troviamo spesso spaesati, impreparati. Iniziano ad esserci anche delle condanne per aver somministrato dei farmaci a pazienti appartenenti a culture differenti dalla nostra, farmaci che in quel tipo di organizzazione culturale e metabolica non andavano bene".

Altri invece:

"È un capitolo relativamente recente ma enorme di conseguenza molto importante, per esempio di alcune tipologie tipo oriente estremo, bisognerebbe avere a disposizione mediatori culturali che però faticano a rendersi disponibili secondo quella flessibilità che ci viene richiesta. Ad esempio il paziente cinese, oltre ad una diversità linguistica parliamo soprattutto di una diversità culturale, di modalità espressive della patologia. Ad esempio abbiamo tante pazienti donne magrebine che non parlano italiano e hanno bisogno del figlio o del marito per interloquire".

"L'aspetto della multiculturalità è importantissimo, è importante la cultura del paziente perché rispetto al posto da cui viene cambiano le usanze, è bene comprenderle per capire anche determinati atteggiamenti del paziente".

"Credo comunque che la multiculturalità sia una delle aree di frontiera della psichiatria di oggi!".

I medici intervistati richiedevano di approfondire ulteriormente il fenomeno poiché riscontravano difficoltà nella gestione della complessità dell'assistenza di questi pazienti, che oltre a manifestare un disturbo psichico, hanno tutta una serie di bisogni legati per esempio alla lingua, alla difficoltà di trovare lavoro; bisogni spesso non soddisfatti che inficiano il processo di cura e riabilitazione. Tuttavia pochi sostenevano che:

"L'evoluzione è quella di una popolazione che tende ad adeguarsi ai nostri modelli, l'esigenza che portano questi pazienti è quella di un'omogeneizzazione".

"La multiculturalità è sicuramente un aspetto molto importante, ma è molto difficile, sono tanti aspetti, tante culture, per come la vedo io è necessario vedere caso per caso, perché sono diversi tra di loro".

Altra tematica richiesta come oggetto di formazione è la **gestione dell'aggressività del paziente**. Nelle persone affette da disturbi psichiatrici la risposta a stimoli esterni percepiti come eccessivamente frustranti, spesso avviene in maniera non commisurata agli stessi, l'aggressione in questi casi diviene l'unica risposta possibile. La persona manifesta quindi un'incapacità di elaborare meccanismi di difesa alternativi in risposta all'aumento della frustrazione.

Opinione condivisa era che questa esigenza fosse preminente negli SPDC in cui si ospitano pazienti acuti: "... sono tanti casi, ma possono capitare soprattutto con i pazienti più acuti. Avere un bagaglio di conoscenze su questa argomentazione credo che sia importante, ho riscontrato la stessa esigenza con i colleghi medici ma anche con gli infermieri".

"L'Ospedale in particolar modo ha un'alta concentrazione di situazioni molto complesse e difficili e quindi è inevitabile che si vada a riflettere su questo aspetto, e che sia necessario una formazione sulla gestione del paziente nei momenti in cui si verificano i comportamenti violenti, che sia condivisa da medici e infermieri, affinché si attui un intervento univoco e continuativo".

Rispetto a questo bisogno formativo il Direttore dell'Unità di Struttura Complessa Psichiatria I sosteneva:

“Questo aspetto è molto importante, si tratterebbe di corsi che trattano le dinamiche comportamentali, come comportarsi, come reagire, come muoversi, come riconoscere determinati segnali nella persona che si ha di fronte. Questa è un'esigenza pratica, concreta che viene fuori spesso”.

Emergeva inoltre l'esigenza di promuovere percorsi formativi che approfondivano aspetti quali la **comunicazione con il paziente e con i suoi familiari**. I professionisti sanitari si rapportano continuamente con i pazienti, con i loro familiari, con i colleghi, la comunicazione è quindi una costante nell'attività professionale degli operatori sanitari e la qualità della comunicazione messa in atto influenza notevolmente la percezione qualitativa degli utenti. Una buona comunicazione comprende una buona accoglienza del paziente, la raccolta della storia del paziente può essere estremamente utile se si utilizzano tecniche di ascolto attivo, la spiegazione chiara ed esauriente delle motivazioni dello svolgimento di alcuni esami diagnostici, la negoziazione della terapia, può favorire la compliance da parte del paziente. La relazione con il paziente è un momento centrale dell'intervento, tuttavia entrare in relazione con il paziente può risultare difficile, perché quest'ultimo comunica in modo “strano” o incomprensibile, il medico, così come gli altri operatori di un DSM, devono quindi utilizzare la propria esperienza, le proprie emozioni, i propri stati affettivi, come strumento di riconoscimento diagnostico e di cura.

Sino a qualche anno fa si riteneva che la comunicazione fosse una caratteristica della persona che non poteva essere modificata con la formazione, in questi ultimi anni invece, gli studi della psicologia della comunicazione dimostrano che la comunicazione è una scienza, che vi sono alcuni fattori che facilitano la comunicazione professionista-paziente, e che tali fattori possono essere appresi durante corsi di formazione rivolti al personale sanitario. Da qui alcune riflessioni dei Medici intervistati:

“Il nostro lavoro è centrato sulla relazione, che in psichiatria è l'elemento più importante del percorso di cura. Pertanto è sulla relazione che bisogna lavorare, non si tratta solo di una predisposizione o vocazione, ci sono comportamenti, reazioni, che possono essere apprese attraverso una formazione adeguata”.

“L'addestramento alla relazione con il paziente credo sia fondamentale, la relazione è uno strumento terapeutico ed è importante saperla gestire!”.

“... la modalità di relazionarsi con il paziente è un aspetto molto personale, c'è chi è maggiormente predisposto e questo gli riesce spontaneo, c'è chi invece fa più fatica”.

“... il nostro lavoro è basato sulla relazione, il paziente non ha una patologia organica e spesso per alcune figure professionali questo non è così scontato. Il loro ruolo in questo contesto è molto complesso”.

“Non c'è dubbio, approfondire l'area delle relazioni. Se mi limito alla diagnosi, alla prognosi e alla terapia non ci sono grosse difficoltà, il problema è che la relazione sta a monte di tutto... non è positivo che all'intero di un servizio ci siano tanti modi di fare, dobbiamo identificarci in un unico modo di agire, un modo univoco, che è positivo per gli operatori ma anche per i pazienti”.

Il tema della comunicazione con il paziente in particolare, ma anche con il familiare, comportano una riflessione sull'importanza che riveste l'ascolto e sul fatto che spesso, esso viene meno, conseguenza dei ritmi lavorativi pressanti. Dal non ascolto derivano diverse difficoltà di comunicazione che compromettono la creazione di un legame di fiducia tra medico-paziente. Parte della professione della professione del medico è la capacità di ascoltare gli altri e di capire le loro esigenze e necessità. Il paziente ha bisogno quindi di sicurezza per potersi esprimere e la sicurezza nasce solo in un clima che gli dimostra fiducia (5).

Infine, tra le esigenze formative maggiormente sostenute dal personale medico vi era la necessità strutturare gli incontri in équipe, convertendoli in veri e propri percorsi formativi in cui ciascun membro del gruppo multidisciplinare condividesse le sue conoscenze con gli altri, facendo in modo che condivisione e il confronto del caso clinico potessero rappresentare un luogo di formazione. Il **lavoro di équipe** richiede quindi che tutti gli operatori coinvolti abbiano una chiara e definita idea della propria funzione e delle proprie abilità professionali, possano esprimerle ed attuarle nella prassi, nonché rispettino e siano consapevoli delle funzioni e delle abilità degli altri membri. Di seguito alcune considerazioni in merito:

“La tematica del lavoro di équipe è fondamentale, ad esempio noi in Comunità organizziamo incontri, non sono attività formative strutturate, ma coinvolgo tutti gli operatori della Comunità, durante i quali discutiamo del paziente che ha accesso in Struttura, parliamo della patologia, cosa la patologia può portare all'interno dell'équipe, quali sono le reazioni da avere, quali sono gli aspetti da tenere sotto controllo [...]. Credo sia un elemento fondamentale!”

“... facciamo due riunioni strutturate a settimana e un incontro ogni mattina, tuttavia ci sono membri dell'équipe più riflessivi ed altri più pratici, questo ci porta spesso a gestire dei conflitti. Sarebbe importante lavorare sull'équipe per utilizzare strumenti che ci consentano di migliorare l'efficacia del lavorare insieme. Non so come possa tradursi in formazione ma credo sia utile evidenziarlo”.

“... c'è un'economia delle forze con il risparmio che ci viene imposto e da tener presente, questo porta a valorizzare le risorse interne, una riunione allargata di équipe, magari di tutto il Dipartimento, possono essere anche momenti di aggiornamento. Parlare di casi clinici, diversificare i vari interventi con l'apporto dei vari operatori, può essere anche quella una formazione!”

“Diciamo che il tempo per lo scambio di informazioni è sempre

risicato, anche in virtù del fatto che ci sono tanti pazienti e tante richieste, quindi il tempo è sempre meno”.

“... capisco che non è semplice, ma ci sono delle situazioni in cui è importantissimo chiarirsi, confrontarsi, in un momento di libero scambio”.

“... diciamo che abbiamo un po' perso la fiducia in queste cose, però questo desiderio resta sempre presente, è come se fosse qualcosa che non possiamo più permetterci perché siamo troppo presi dal fare”.

E quanto sostenuto dal Direttore dell'USC Psichiatria I:

“Questa è una questione di ritmi, il nostro lavoro è molto logorante, quando hai gestito un caso molto impegnativo, è buona norma di igiene mentale poter condividere con il collega, questo ti aiuta a ritrovare un minimo di equilibrio in una situazione stressante. È in questo senso che è importante poter parlare con i colleghi e confrontarsi sui casi. È anche vero che dovremmo imparare a lavorare di più in équipe e quindi anche facendo riferimento alle altre figure professionali, così come previsto dal Piano Regionale nel Case Management, ecc., mentre si tende ancora molto a gestire singolarmente il caso e a non interfacciarsi in équipe. Questo modo di lavorare allenterebbe la tensione e anche il carico di lavoro...”

Come sostenuto da L. Frighi *“L'équipe ... non può essere intesa come la semplice somma di persone con competenze e ruoli specifici, bensì come un'esperienza operativa protraentesi nel tempo e sottoposta a meccanismi di autocorrezione, del tipo feedback, da parte di tutti i componenti”* (6). In questa definizione si può cogliere la complessa problematica della formazione dei professionisti che operano in un DSM. L'équipe non ha solo lo scopo di rendere più efficiente l'organizzazione del lavoro, essa diventa anche un punto di riferimento, di sostegno per il singolo che si trova spesso solo ad affrontare tanti problemi legati al paziente, in particolare: il paziente che con la sua ansia intacca l'equilibrata professionalità del medico, dell'infermiere, ecc., l'aggressività del

paziente, i familiari che non collaborano per un supporto valido e congiunto (7). Simili problematiche a lungo andare possono provocare un logoramento psicologico che può mutarsi in frustrazione professionale. L'équipe può essere di aiuto a far sì che ciò non accada.

Se per formazione intendiamo il processo in cui le informazioni teoriche ricevute si traducono in atti e comportamenti che affrontano in modo competente e qualificato i problemi posti, si può affermare che la riunione di équipe costituisce anch'essa uno strumento di formazione permanente (8). Infatti, mediante la discussione dei piani di trattamento o la revisione degli obiettivi, esse può diventare utile a utilizzare il modello teorico di riferimento per prendere decisioni operative, traendone gli elementi per riadattare continuamente al contesto lavorativo il modello teorico di riferimento. Il lavoro di gruppo consente inoltre l'esercizio di capacità assertive e comunicative, nonché sviluppa le abilità di osservazione e di valutazione degli interventi propri e degli altri.

CONCLUSIONI

Così come emerso dalle testimonianze dei Medici intervistati, il cambio di prospettiva nella presa in carico del paziente psichiatrico e di conseguenza la necessità di pianificare e realizzare interventi complessi e multidisciplinari, necessitano l'acquisizione di nuove competenze da parte dei professionisti del settore. Da recenti analisi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato infatti evidenziato che la formazione del personale che opera in psichiatria spesso non è adeguata ai contesti di cura richiesti dai nuovi paradigmi. Si pone quindi per i Medici Psichiatri e per tutti i componenti dell'équipé multidisciplinare, la necessità di acquisire nuovi strumenti, nuovi valori e nuove attitudini, che siano fondati sulle più recenti acquisizioni scientifiche. È infatti necessario che nella presa in carico del paziente psichiatrico "si individuino più interventi - e quindi più relazioni terapeutiche - che nel loro intreccio definiscono un complesso progetto riabilitativo che sta - come principio teorico e articolazione metodologica - nel

chiedere al paziente che cerchi di vivere come tutti gli altri anche se egli non si sente come tutti gli altri, mantenendolo così fortemente ancorato alla "societas" (9).

**Referente Ufficio Formazione Casa di Cura del Policlinico di Milano.*

***Pedagogista, consulente e formatore nei e per i servizi di cura, collabora con l'Università Statale di Milano-Bicocca.*

BIBLIOGRAFIA

1. Barone R., Bruschetta S., Giunta S., *Gruppoanalisi e comunità terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca.* Franco Angeli, Milano, 2010.
2. Emmelkamp P. M. G., Kamphuis J. H., *I disturbi di personalità.* Il Mulino, Milano, 2007, p. 3.
3. Gaston, A., Gaston, C. M., *Psichiatria e igiene mentale.* Masson, Milano, 2002, p. 98.
4. Galanti M. A., *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine.* Carocci, Roma, 2007.
5. Kanizsa S., *L'ascolto del malato: problemi di pedagogia relazionale in ospedale.* Guerini e Associati, Milano, 1988.
6. Frighi L., *La formazione e il ruolo dello psicoterapeuta nell'équipe di igiene mentale.* Psicoterapie, numero unico, Edizioni CISSPAT, Padova, 1981, pp.41-43.
7. Basetti O., *Educare assistendo.* Rosini Editrice, Firenze, 1994.
8. Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi.* Franco Angeli, Milano 2003, p. 199.
9. Rabboni M., Caggio F., *Tranquille abitudini quotidiane.* Formazione Psichiatrica, XVIII, n. 2, aprile/giugno 1997, p. 409.

Il presente lavoro è tratto, con relativa sintetica revisione, dalla tesi di laurea "LA FORMAZIONE CONTINUA IN PSICHIATRIA. Prima indagine sui bisogni formativi del personale del Dipartimento di Salute Mentale dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo" di Annarita Marturano ai fini della laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche, relatore Prof. Francesco Caggio.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi