



PSICOTERAPIA NELLA PSICHIATRIA DI LIAISON

La sede dell'evento è l'Auditorium "Gaetano Martino" dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina.

La data è il 14 Febbraio 2014

Relatori e Moderatori

FELICE AGOSTINO - Dirigente sociologo DSM ASP Reggio Calabria

MATTEO ALLONE - Responsabile UOS Centro Diurno "Camelot" DSM ASP Messina

BRUNO ARTUSO - Specialista ambulatoriale di Chirurgia generale ASP Messina

LUIGI BALDARI - Responsabile UOS Psicoterapia Studi e Ricerche DSM ASP Messina

ANNA CARRECA - Direttore UOC MDSM 7 ASP Palermo, Segretario Sez. Siciliana SIPCC

GIACOMO CAUDO - Presidente Ordine dei Medici di Messina

ANTONINO CIRAULO - Direttore Dipartimento Salute Mentale ASP Messina

TIZIANA FRIGIONE - Dirigente psichiatra ASP Messina

CESIRA GEMELLI - Dirigente sociologo DSM ASP Reggio Calabria

AURELIO LEMBO - Medico di Medicina generale Messina

STEFANO LEONARDI - Vice Segretario Nazionale FIMMG - C.A.

ANTONIO MILICI - Dirigente psichiatra con incarico di struttura semplice ASP Messina

ROBERTO MOTTA - Direttore MDSM Messina Nord ASP Messina

CARMELO STAROPOLI - Specialista ambulatoriale Neurologo Responsabile di Branca ASP Messina

PREMESSA/RAZIONALE

"La psichiatria di collegamento e di consultazione (P.C.C.) svolta nell'Ospedale generale ed in collaborazione con i Medici di Medicina generale garantisce importanti risultati sia sul piano della individuazione precoce dei disturbi psichici, che sul piano della qualità dell'assistenza di base.

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. è determinata anche dall'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali, dal riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psichiatrico può essere determinante nell'incrementare la compliance da parte del paziente, con una migliore riuscita delle procedure diagnostico-terapeutiche previste; dalle richieste sempre più pertinenti di un miglioramento della relazione medico-paziente, basato sulla umanizzazione delle relazioni stesse e sull'ascolto, attento ed empatico, delle istanze di chi vive una sofferenza fisica e/o psichica.

La P.C.C. dovrà, quindi, prendere in carico il paziente nei reparti ospedalieri, evitando il trasferimento in SPDC; sensibilizzare gli specialisti di altre branche a passare, nella prassi medica di tutti i giorni, dal modello || curare-guarire || al modello prendersi cura della persona malata e della famiglia" (*Regione Sicilia – Assessorato della Salute, Il Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute" 2011-2013*).

DESTINATARI DEL CORSO

n.100 Medici (tutte le discipline)



PROGRAMMA

ore 9.00

Giacomo Caudo

Introduzione

Moderatori: **Luigi Baldari, Matteo Allone**

Antonino Ciruolo

Organizzazione funzionale del Dipartimento di Salute Mentale

Luigi Baldari

Diagnosi psichiatrica descrittiva e diagnosi psicodinamica

Anna Carreca

La relazione empatica tra medico e paziente oncologico: prendersi cura e curarsi

Matteo Allone

La psicologia della complessità nella complessità specialistica

Carmelo Staropoli

Le co-morbilità psichiatriche in neurologia

Bruno Artuso

La Sindrome del colon irritabile tra soma e psiche

Antonio Milici

La Psichiatria di consultazione in ambito cardiologico

ore 14.30

Moderatore: **Stefano Leonardi**

Roberto Motta

Esperienze di formazione con operatori di Servizi ad alto carico emozionale

Aurelio Lembo

Il disturbo mentale: esperienze del medico di famiglia

Felice Agostino, Cesira Gemelli

Il medico di famiglia e lo psichiatra: una ricerca empirica

Tiziana Frigione

Emergenze/urgenze in Psichiatria. Strategie di intervento

Fine lavori: Ore 17.00



ABSTRACTS

ANTONINO CIRAIOLO

Organizzazione funzionale del Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è una delle strutture dell'ASP che presentano particolare complessità sia nell'aspetto organizzativo territoriale sia in nell'aspetto funzionale. Si tratta di un dipartimento "verticale", ossia di un dipartimento il cui "deployment" prevede una varietà di strutture che si dipanano da una capillarità ambulatoriale territoriale, passando per strutture di tipologia residenziale e semi residenziale, sino a giungere all'articolazione più "ordinaria" del reparto ospedaliero. Ogni articolazione si armonizza con le specifiche necessità dell'utenza, per fornire una risposta quanto più completa possibile. Le attività poste in essere dal DSM non necessariamente ricadono all'interno delle proprie strutture ma possono, e spesso devono, essere poste in altri contesti per consentire quei processi di reinserimento sociale assolutamente indispensabili a ricreare le condizioni per il recupero e mantenimento della "salute mentale".

LUIGI BALDARI

Diagnosi psichiatrica descrittiva e diagnosi psicodinamica

La diagnosi descrittiva, che sta alla base dei sistemi DSM e ICD, è ormai quella più utilizzata sia in medicina che in psichiatria. In realtà, il tentativo di ridefinire la psicopatologia in forme che facilitino la ricerca ha inavvertitamente prodotto descrizioni di sindromi cliniche che risultano categoriali in modo artificioso e che non riescono a cogliere le esperienze complesse dei pazienti.

Le persone sono complesse, ma le loro complicazioni non sono casuali. Le teorie analitiche permettono di dare un senso ai loro vissuti ed ai loro comportamenti. Queste mettono l'accento sulle tematiche e sulle dinamiche, non sui tratti, che vengono descritti in elenchi di attributi statici in manuali quali il DSM.

Per Nancy McWilliams (2012) la Diagnosi psicoanalitica si concentra su due macrodimensioni del funzionamento individuale:

1. la struttura della personalità, ovvero dove si colloca il paziente lungo il continuum che va dalle forme di funzionamento più sane a quelle più disturbate;
2. i tipi di personalità, cioè le modalità caratteristiche con cui il paziente organizza il proprio funzionamento mentale e interagisce col mondo.

Spesso, soprattutto nei primi colloqui, per il clinico è più importante cogliere il livello evolutivo globale del paziente che identificare la descrizione tipologica che più gli si adatta. Egli verifica quanto meno la forza dell'Io della persona che ha chiesto la consultazione. Tuttavia, entrambi i tipi di valutazione sono utili.

ANNA CARRECA

La relazione empatica tra medico e paziente oncologico: prendersi cura e curarsi

Il presente contributo è la descrizione di un modello di intervento dell'équipe dell'Unità Operativa di Psichiatria di Collegamento del Dipartimento di Salute Mentale ASP di Palermo, rivolto alla presa in carico di pazienti neoplastici e alla formazione delle loro équipes curanti, con una particolare attenzione al ruolo dei MMG.

L'intervento è stato richiesto spesso dagli operatori sanitari stessi, i quali sentivano la necessità di avere uno spazio dove potersi confrontare e dare "voce" ai vissuti contraddittori sperimentati e attivati dal prendersi cura del paziente oncologico.

L'assistenza dedicata a tale patologia, rappresenta uno dei momenti più impegnativi per l'équipe curante; essere a fianco della persona affetta da malattie gravi, talvolta ad esito infausto, e accompagnarla nel suo percorso è esperienza densa di significati, complessa e difficile.

Le conquiste tecnologiche in ambito medico, con i relativi successi hanno facilitato l'affermarsi delle illusioni di vita eterna e di conseguenza un rifiuto della malattia e dei suoi aspetti limitanti.



L'aver dato spazio ad una medicina d'organo ha reso impossibile sia sul piano logico che sul piano psicologico una codificazione della morte come evento naturale che appartiene alla vita, quindi la morte deve essere sconfitta.

Gli operatori specialistici e i medici curanti, nelle diverse fasi di malattia, si trovano spesso ad assistere il paziente non solo dal punto di vista medico e terapeutico, ma anche sul piano emotivo e si trovano, inoltre, a gestire le diverse dinamiche familiari che si attivano durante l'iter diagnostico-terapeutico, che la situazione di "crisi" esaspera.

Il dolore del malato è spesso un dolore totale, che tocca la persona non solo nel suo corpo, ma interessa le sue emozioni, le sue relazioni e le sue domande spirituali e non sempre gli operatori sanitari riescono a rispondere "terapeuticamente". Nella nostra esperienza più la relazione medico-paziente si fonda sull'empatia, nel rispetto dei reciproci ruoli, più aiutiamo i pazienti a trovare le loro risposte e ad attivare una salvifica valenza trasformativa.

Si può e si deve attivare un intervento, che attenzionando i bisogni fisici, emozionali e spirituali del paziente faccia rinascere la speranza, non secondo l'accezione usata comunemente, ma una speranza terapeutica, alimentata da elementi interiori e spirituali, che riesca a far sì che il paziente dia un senso nuovo al proprio percorso di vita e alla propria esistenza.

Il pensiero-guida che ci ha ispirati in questo percorso di confronto con il paziente è stato quello di non volere scegliere un modello preordinato di intervento, quanto piuttosto, nella dimensione dell'ascolto, tendere a cogliere e assecondare una scelta del soggetto sofferente: si è posto, quindi, il focus "sull'epifania" dell'incontro che funge da deterrente contro il pericolo di oggettivare una relazione.

I gesti, gli sguardi, i silenzi, la vicinanza/distanza posturale, le emozioni incistate e inesprese ma presenti, le emozioni urlate, fanno dell'incontro qualcosa di unico e prezioso, che deve essere vissuto come una risorsa con valenza terapeutica.

Questo "pensiero terapeutico", non più agito, ma vissuto, ha creato una sintonia capace di curare per quello che il paziente sceglieva come cura personale.

MATTEO ALLONE

La psicologia della complessità nella complessità specialistica

C.G. Jung nel 1927 tiene a Karlsruhe una conferenza che verrà pubblicata per la prima volta nel 1928 dal titolo "Psicologia analitica e concezione del mondo". La Weltanschauung sarà per Jung un concetto teso a definire un atteggiamento, una visione del mondo. Ed utilizzerà una metafora militare, dove la nostra coscienza che crede e si illude della semplicità della propria azione viene paragonata al soldato semplice, che fronteggia il nemico ma sconosce i piani del comando generale, influenzati, dalla strategia, dalla logistica ed anche, last but not least, da considerazioni politiche. Ma anche il comandante sconosce certi fattori, quali le sue stesse predisposizioni personali e le loro complicate premesse. Anche l'atteggiamento psichico che si determina all'interno della specifica componente organica consta di una costellazione di contenuti di enorme complessità, che è alla base della relazione tra l'uomo nella sua unità psicocorporea ed il mondo. E di questi fenomeni complessi che si occupa la Psicologia Analitica, contrariamente alla psicologia fisiologica o sperimentale che tende a ridurre i fenomeni complessi nei loro elementi.

CARMELO STAROPOLI

Le co-morbilità psichiatriche in neurologia

L'esperienza clinica quotidiana indica una possibile co-esistenza tra disturbi neurologici (stroke, M. di Parkinson, sclerosi multipla, sindromi emicraniche) e sintomatologia psichiatrica. L'incidenza è sicuramente maggiore di quella che viene riportata statisticamente, in quanto essa viene spesso misconosciuta. La domanda che da sempre ci si è posta è se siano delle modificazioni fisiopatologiche nell'ambito di patologie neurologiche specifiche ad indurre l'insorgenza ed a determinarne decorso e prognosi di quadri lesionali psichiatrici d'innesto. Una domanda classica ad esempio, è quella se sia l'emicrania a rendere depressi o, di converso, sia la depressione del tono dell'umore ad innescare o comunque ad incidere sulla sintomatologia cefalalgica? Non esiste una risposta univoca a questa ed ad altre domande similari. Ci si rivolge, pertanto, al concetto di



co-morbilità. Di fatto, quella vera, è assolutamente straordinaria in quanto con questo termine si identificano due disturbi diversi, che accidentalmente concomitano. Più comunemente per co-morbilità si intende invece una “co-occorrenza” di diagnosi. E' indiscusso, infatti, che possano coesistere meccanismi fisiopatologici tra patologie somatiche e psichiche. Sulla base di queste considerazioni, eminenti clinici hanno sostenuto che manifestazioni nosologiche, considerate francamente psichiatriche, come la depressione maggiore, di fatto siano un disturbo neurologico con sintomi psichiatrici. La complessità del rapporto mente/corpo probabilmente non ci permette ipotesi di assoluta certezza. La risposta più consona sta probabilmente in una visione globale del paziente, se si vuole, olistica e soprattutto personalizzata, partendo dall'analisi accurata dei dati anamnestici e di neurodiagnostica per giungere poi a convogliare diagnosi e terapia.

BRUNO ARTUSO

La Sindrome del colon irritabile tra soma e psiche

La sindrome del colon irritabile (IBS) è un disordine funzionale gastrointestinale, caratterizzato da dolore o fastidio addominale associato ad alterazione dell'alvo. La diagnosi è prevalentemente clinica e si basa sulla presenza di un quadro sintomatologico che risponde ai Criteri di Roma (I, II, III).

I processi fisiopatologici rimangono ancora non del tutto chiariti, ma alcuni fattori giocano un ruolo cruciale per un giusto inquadramento della sindrome del colon irritabile, in quanto parte di un sistema più complesso, il Brain Gut Axis.

La crescente conoscenza nella patofisiologia dell'IBS si è tradotta in strategie d'intervento terapeutico che comprendono l'ambito farmacologico, l'utilizzo di fibre e probiotici nella dieta, terapie psicoanalitiche.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di svolgere una revisione sistematica della letteratura riguardo la sindrome del colon irritabile nei suoi aspetti eziopatogenetici e neurofisiologici su cui basare un'ipotesi di trattamento psicoanalitico.

ANTONIO MILICI

La Psichiatria di consultazione in ambito cardiologico

I disturbi depressivi e i disturbi d'ansia sono presenti nella popolazione generale nella percentuale del 15-30 % sia come disturbi esclusivi che in comorbilità.

Queste percentuali dimostrano la dimensione del problema per i soggetti che ne sono sofferenti e per la relativa ricaduta sui congiunti, sulla società e per i costi complessivi della malattia.

Nel caso della depressione e dei disturbi d'ansia abbiamo sintomi psichici e fisici che rendono ancora più difficoltosa la diagnosi differenziale con altre patologie. In particolare le malattie cardiache hanno molti punti di contatto e relazioni con le sopra menzionate patologie psichiatriche che rendono necessaria una integrazione dei saperi dei rispettivi specialisti.

ore 14.30

ROBERTO MOTTA

Esperienze di formazione con operatori di Servizi ad alto carico emozionale

Saranno descritte diverse esperienze formative attuate, già da diversi anni con operatori di alcuni Reparti ad alto carico assistenziale ed emozionale, realizzate al fine di alleviare il disagio provocato dal confronto con scelte operative difficili, con la sofferenza ed il dolore dei pazienti e dei familiari, con la possibile perdita del paziente. Da queste esperienze è scaturito un modello di intervento formativo che sarà presentato nei complessi aspetti metodologici.

AURELIO LEMBO

Il disturbo mentale: esperienze del medico di famiglia

Il Medico di Medicina Generale riveste un ruolo chiave in rapporto al riconoscimento e alla cura dei disturbi psichici. Numerosi studi hanno dimostrato che la maggior parte dei pazienti con disturbi emotivi presenti nella popolazione generale vengono visti dal Medico di Medicina Generale, è stato ad esempio osservato che nel corso di una settimana i pazienti con disturbi psichici che si



rivolgono al medico di base sono circa 10 volte di più numerosi di quelli che entrano in contatto con i Servizi Psichiatrici e 50 volte più numerosi di quelli che vengono ricoverati nei reparti psichiatrici ospedalieri. I disturbi emotivi più frequentemente trattati in setting non specialistici rappresentano inoltre un importante problema di salute pubblica. In un'elevata percentuale di casi tali disturbi presentano infatti un decorso protratto, si associano a diversi tipi di limitazioni sul piano e all'incremento dell'utilizzazione dei servizi sanitari.

Nonostante nell'ambito della medicina generale venga riconosciuto e trattato un considerevole numero di pazienti con disturbi emotivi, molti studi hanno dimostrato che soltanto una parte dei pazienti viene riconosciuta. Si stima infatti che da un terzo alla metà dei pazienti sofferenti di un disturbo emotivo non vengono identificati dal medico di Medicina Generale.

FELICE AGOSTINO, CESIRA GEMELLI

Il medico di famiglia e lo psichiatra: una ricerca empirica

La relazione analizza i risultati di una ricerca empirica condotta utilizzando un questionario predisposto dal Servizio di Sociologia del Dipartimento di salute mentale dell'ASL 9 Locri. La ricerca ha coinvolto l'universo dei medici di famiglia del distretto sud della stessa ASL. Sono stati intervistati 43 medici di base.

Le 29 domande del questionario, in parte strutturate, in parte semistrutturate, erano volte ad indagare l'autopercezione dei medici di famiglia rispetto ad argomenti inerenti:

- Valutazione delle proprie conoscenze, risorse e competenze
- Rapporto tra medico di base, psichiatria e servizi psichiatrici
- Circostanze e modalità di invio dei pazienti
- Problemi relativi all'ascolto ed alla relazione con pazienti affetti da disturbi della sfera psichica
- Difficoltà incontrate dal medico di base nell'occuparsi di pazienti con disturbi psichici
- Desideri e suggerimenti relativi ai rapporti con i servizi psichiatrici
- Esigenze di formazione ed informazione e modalità ritenute più idonee

TIZIANA FRIGIONE

Emergenze/urgenze in Psichiatria. Strategie di intervento

Il paradigma culturale di riferimento nell'emergenza/urgenza psichiatrica ispirato al modello repressivo e custodialistico trova nel ricovero l'unica risposta terapeutica possibile. L'approccio clinico e psicosociale guarda al disagio psichico nella sua complessità e propone una lettura attenta della sintomatologia, del contesto, delle dinamiche affettive, familiari e sociali che sottendono e determinano la sofferenza. Accogliere una visione complessa del disagio psichico orienta verso risposte articolate e di senso che guidano le scelte sul campo. Gli operatori sanitari chiamati a rispondere nell'emergenza/urgenza psichiatrica hanno la possibilità di orientare e diversificare le strategie terapeutiche al fine di garantire una presa in carico globale del paziente, collaborando alla costruzione di una rete di supporto e di collaborazione con i servizi di riferimento, ponendo il paziente al centro della cura. Il TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) e l'ASO (Accertamento sanitario obbligatorio) inseriti in questa visione complessa dell'approccio terapeutico rappresentano strumenti fondamentali ed utili per affrontare condizioni psicopatologiche che necessitano risposte immediate.

ALLA FINE DEL CORSO:

- Valutazione dell'apprendimento: a ciascun partecipante verrà fornito un questionario contenente 22 domande relative agli argomenti oggetto del presente evento e corredate, ciascuna da diverse risposte, di cui solo una esatta. Il partecipante dovrà rispondere in maniera corretta ad un minimo di 16 domande (70%) per ottenere l'idoneità al superamento del corso. Alla fine a ciascun partecipante verrà fornita la scheda ministeriale di valutazione del corso.