

Il ruolo dello psichiatra



40anni
DI APERTURA MENTALE
ANNIVERSARIO DELLA LEGGE 180

- Unico progetto (anche se più servizi)
- Progetto centrato sulla persona (complessità vs semplificazione diagnostica)
- Sottoscrizione del progetto da parte del paziente/famiglia
- Orientamento ai problemi (diagnosi funzionale, obiettivi calati su persona e contesto)
- Tempi definiti e valutazione degli esiti

La Salute Mentale è “strutturalmente” in rete

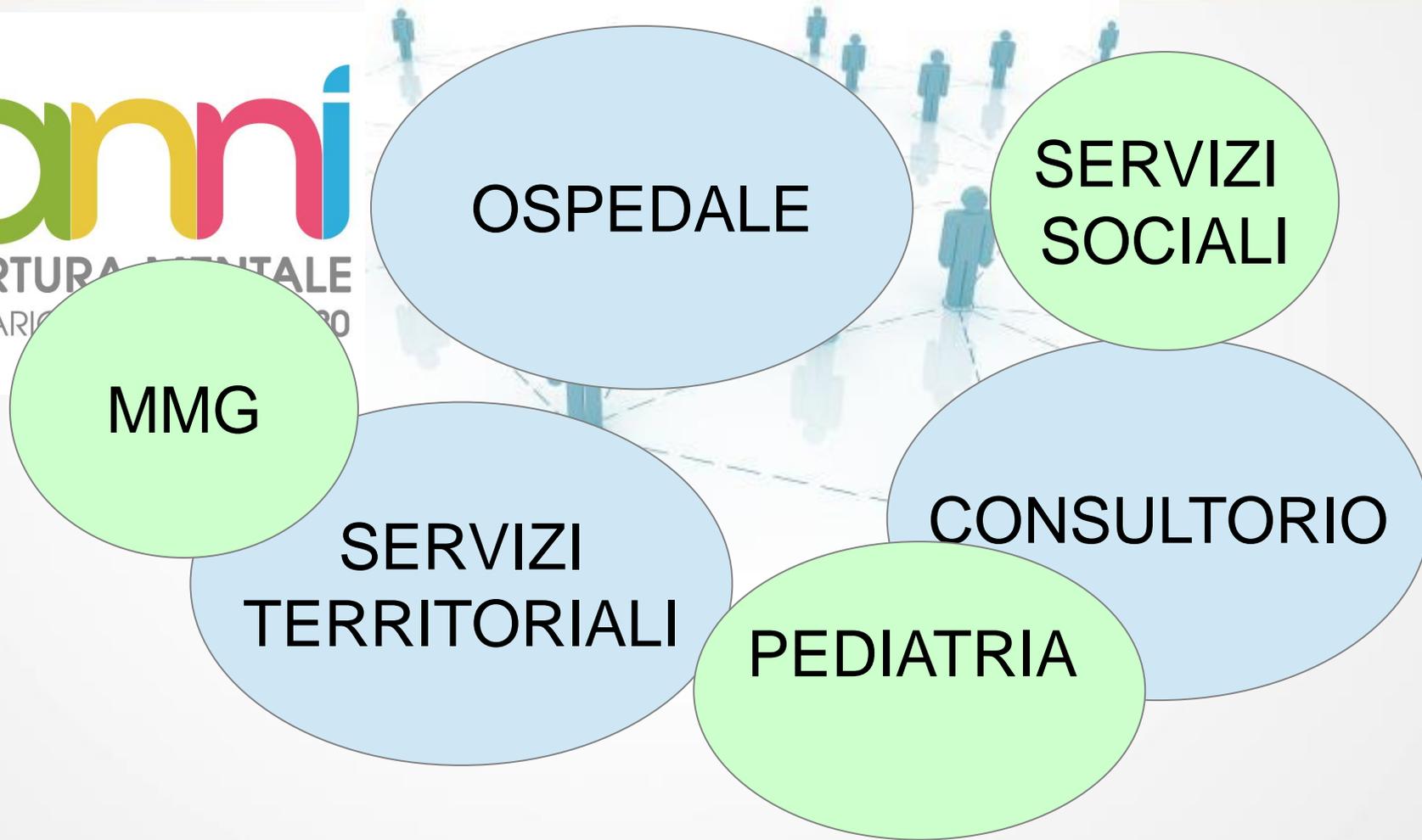
Famiglia
Affetti
Lavoro
Associazioni
Servizi Sociali
Amici
Case della Salute
Gruppi religiosi
Ospedale
Tempo libero
Medici di Medicina Generale
Percorso Nascita
Scuola
Formazione professionale
Ecc...ecc...
...



Lo psichiatra deve essere soprattutto capace di **modulare il proprio intervento nella rete**; deve conoscere la rete e capire in questo contesto come posizionarsi per garantire alla persona il trattamento di miglior qualità possibile (appropriatezza)

La Salute Mentale è “strutturalmente” in rete

40anni
DI APERTURA MENTALE
ANNIVERSARIO



La Salute Mentale è “strutturalmente” in rete

La donna esprime davvero il malessere? (timore di essere stigmatizzata? Conseguenze sociali?)
Il compagno è affettivamente presente? E la famiglia di origine?
La paziente ha problemi “normali” in gravidanza o esprime una psicopatologia?
Come la rete dei servizi si è attivata? Cosa ha osservato?
Cosa già si sta facendo?
Quale ruolo viene richiesto al Centro di Salute Mentale?



Lo psichiatra deve essere soprattutto capace di modulare il proprio intervento nella rete; deve conoscere la rete e capire come posizionarsi per garantire alla persona il trattamento di miglior qualità possibile (appropriatezza)

La Salute Mentale è “strutturalmente” in rete

La terapia farmacologica ha più rischi o benefici?

Chi può verificare la corretta gestione delle medicine?

Cosa succede di significativo oltre alla gravidanza?

Quali opzioni/offerte diverse dai farmaci?

Che significato dare ad una anamnesi psicopatologica positiva?

L'intervento quali altre ricadute può avere? (salute bambino, coppia, familiari ecc)



Lo psichiatra deve essere soprattutto capace di modulare il proprio intervento nella rete; deve conoscere la rete e capire come posizionarsi per garantire alla persona il trattamento di miglior qualità possibile (appropriatezza)

- Mila Ferri
- Gisella Garaffoni
- Marco Martinelli
- Franco Marzullo
- Annalinda Mosca
- Giulia Nappi
- Claudio Ravani
- Alessio Saponaro
- Stefano Sforza
- Sandra Ventura
- Eleonora Verdini
- Maurizio Vescovi

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

**RACCOMANDAZIONI
PER LA PREVENZIONE
DELLE CONDIZIONI
SUICIDARIE IN UN TERRITORIO**

La prevenzione del suicidio in ambito territoriale

europsichiatria
za e adolescenza
chatria
nelle
psichiatria
infanzia
ipendenze
psichiatria
salute
adulti

Salute Mentale
Dipendenze Patologiche
Salute nelle Carceri

Regione Emilia-Romagna

Le evidenze "strategiche"

Il suicidio è un comportamento plurideterminato; spesso è associato ad aspetti psicopatologici che, se riconosciuti e trattati, possono determinare una significativa diminuzione del rischio

Nel mondo i progetti di prevenzione del suicidio di dimostrata efficacia erano basati su una delle seguenti strategie:

- rendere difficile l'accesso ai mezzi con cui effettuarlo
- **intercettare nel modo più efficace e capillare la popolazione a rischio, attraverso programmi che coinvolgono la *primary care***

Una persona con pensieri suicidiari si rivolge più frequentemente al proprio medico di base, con cui ha costruito nel tempo un rapporto di fiducia, piuttosto che ad uno specialista

La presenza di programmi specifici di "collaborative care" tra Medici di Medicina Generale e Servizi di Salute Mentale (es: Programma "Leggieri") costituisce un fattore decisivo per l'efficacia dei progetti di prevenzione del suicidio

In sostanza:
parlare del suicidio con il
paziente è il modo più
efficace di evitarne la messa
in atto

Alto grado di strutturazione



Basso grado di strutturazione



Intervista/colloquio semistrutturato

- Il medico dispone di un elenco di domande che gli servono come traccia orientativa, affinché il colloquio resti centrato sul tema. E' una tipologia di colloquio con caratteristiche di flessibilità e adattabilità. Le domande sono aperte: l'obiettivo è indagare quanto più possibile una situazione, una circostanza, un'ipotesi diagnostica definita; l'ordine dei quesiti non è rigido, accompagna piuttosto il dialogo, adattandosi. Non è obbligatorio porre tutte le domande. Le risposte sono libere. Creare un clima favorevole.

Domande in un'intervista per la valutazione della ideazione o progettualità suicidaria

Non è detto che sia necessario porre tutte le domande. Sebbene l'elenco di domande sia presentato in modo lineare, il fine delle domande è quello di essere utilizzate nel contesto della valutazione, come processo all'interno della conversazione o delle argomentazioni che fluiscono nel contesto della relazione operatore-paziente.



<p>Traumi/eventi recenti/situazioni con "perdita di speranza"</p>	<p>Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di "infuturarsi" ecc) con possibile ideazione suicidiaria</p>	<p>L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di "status" sociale.</p>
<p>Lutto recente per un parente morto suicida</p>	<p>E' una condizione nella quale il rischio aumenta moltissimo</p>	<p>Monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala</p>
<p>Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose</p>	<p>Anche in questo caso vi è "perdita della speranza"; il dolore cronico, se pre è sempre contestuale modificazioni dell'um ugualmente non cons "vie di fuga"</p>	<p>Attenzione in particolare agli anziani con dolore cronico</p>

Life events (sindromi reattive abnormi)

Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio	In queste persone il rischio è molto più alto che nella popolazione generale	Conoscendo il paziente e la sua storia, ricordare che il rischio aumenta quanto più l'episodio precedente aveva consapevoli intenzionalità suicidiarie
Condizione di isolamento	Aumenta il rischio, specialmente se c'è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici	Attenzione agli anziani, ma anche ai giovani maschi
Fattori famigliari	Storia familiare con suicidio, elevata conflittualità, disturbi psichici	Attenzione alla presenza di una delle altre condizioni elencate
Post partum	Periodo con alterazioni dell'umore su base organica e psichica	Attenzione particolare alle pazienti con storia di disturbi psichici o uso di sostanze

Rischio specifico elevato

Le evidenze: fattori di rischio	Cosa osservare/ricercare	Perchè	Aspetti pratici
	Disturbi psichici (soprattutto depressione)	Sicuramente è il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, che la maggioranza delle volte è depressione	In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui propri pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o comportamenti impulsivi. Molta attenzione ai pazienti da poco dimessi da ricovero psichiatrico.
	Uso/abuso di sostanze	O da solo, o associate a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio	Da considerare attentamente i propri pazienti che abusano di alcol

Depressione e altri disturbi psichici