

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI – CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale

Triennio 2012 - 2015

DOTT.SSA IRENE FRANCI

**Disagio psichico grave e diseguaglianze:
la morte precoce dei pazienti
psichiatrici, il punto di vista dei medici
del territorio e lo sguardo dei pazienti**

Relatore: Dott.ssa Norma Sartori

Correlatore: Dott. Fabrizio Valcanover

“ La follia è diversità oppure aver paura della diversità”

Franco Basaglia

A “Guglielmo” e a tutti i suoi compagni di viaggio che mi hanno fatto capire che in fondo non siamo poi così lontani....

Ringrazio chi, in questi anni, ha suscitato in me la curiosità di osservare ciò che prima neanche avevo idea potesse essere visibile, e di avermi dato gli strumenti e gli stimoli appropriati per riuscirci.

INDICE

1. Introduzione

1.1. Premessa

1.2. Obiettivi della tesi

2. Paziente psichiatrico, assistenza e aspettativa di vita

2.1. “Stato dell’arte” sulle ricerche che riguardano questi pazienti

2.2. Incidenza di Malattie cardio-vascolari, CVD

2.3. Incidenza dei Fattori di rischio per CVD, follow-up e incidenza di malattie concomitanti

2.4. Incidenza di Sindrome Metabolica, (MetS)

2.5. Incidenza del DM e delle sue complicanze

2.6. Incidenza delle Malattie Respiratorie

2.7. Incidenza delle Disfunzioni Sessuali

2.8. Considerazioni sull' uso di farmaci psicotropi e gravidanza

3. Paziente psichiatrico nel contesto della Continuità Assistenziale

3.1. Continuità assistenziale in Trentino

4. Stigma e malattia mentale

5. Metodi ed articolazione della parte relativa alle interviste

5.1. Metodi ed articolazione della parte relativa all' indagine qualitativa

5.2. Inciso sull' intervista qualitativa

6. Le interviste in profondità a pazienti e medici

6.1. Il campione analizzato

6.2. Caratteristiche gruppo partecipanti

6.3. Intervista “in profondità” al paziente con diagnosi di malattia mentale

6.4. Intervista ai Professionisti

6.5. “Topics” emersi dalle interviste

6.5.1. Paura-Disagio-Emozioni

6.5.2. Coscienza e consapevolezza della malattia

6.5.3. Complessità e fragilità del paziente psichiatrico

6.5.4. Stigma

6.5.5. Conoscenza della dimensione del problema

6.5.6. Sintomo organico

6.5.7. Complessità relazionale

6.5.8. Collaborazione e comunicazione

6.5.9. Carico di lavoro

6.5.10. Accoglienza del paziente da parte delle Strutture

7. Conclusioni

1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa e Background

E' ampiamente documentato nella letteratura (Walker E, McGee R, et al; Shiers D., Jones P.B, Field S.,2015) il fatto che i pazienti con gravi patologie psichiatriche abbiano una durata della vita molto minore degli altri pazienti. Questa minor durata della vita è clamorosa in pazienti diabetici o con rischio cardiovascolare e arriva fino a 20 – 30 anni di meno per pazienti con sindrome metabolica.

I fattori chiamati in causa sono sia gli effetti collaterali dei farmaci neurolettici (e psicotropi in generale), sia lo stile di vita (questi pazienti sono spesso accaniti fumatori e mediamente obesi) sia la minor attenzione del personale sanitario che sottostima le patologie non psichiatriche di questi pazienti.

In special modo in Italia non esiste una particolare attenzione a questa problematica; a dimostrazione di ciò la scarsità di studi realizzati da parte di autori italiani. Inoltre molte volte la frammentazione dell'assistenza sociosanitaria, e la situazione problematica dal punto di vista assistenziale di questi pazienti complica ulteriormente l'aderenza alle raccomandazioni della letteratura internazionale.

In queste pagine si parla anche del concetto di “stigma” del paziente con malattia mentale. Questo concetto – derivato dalle scienze sociali - è importante perché può aiutare a comprendere l'atteggiamento della società e di molte figure socio-sanitarie che operano nel capo della salute nei confronti dei cittadini con “disagio psichico”.

Innanzitutto è importante sottolineare l'ambivalenza del suo significato per poter cogliere tutta la sua complessità di significato.

Goffman, nel suo saggio “i modelli di sviluppo dell’esclusione” definisce lo “stigma” come un marchio, un segno caratteristico di esclusione sia da parte di coloro “che escludono” sia da parte di coloro che “si escludono”.

Da una parte Goffman definisce lo “stigma” come un tipo di comportamento screditante all'interno della società, che causa individui indesiderati e reietti, invece che persone mentalmente “normali” e accettati dagli altri; questa caratteristica del paziente multiproblematico con disagio psichico comporta una minor qualità dell’assistenza sanitaria e sociale con ricadute negative sulla salute del suddetto paziente; dall'altra il paziente “marchiato” dallo stigma può utilizzare questo suo svantaggio come trampolino per giustificare alcuni suoi insuccessi o sfruttando tale situazione per ottenere “vantaggi secondari”.

Un’ulteriore riflessione va fatta sulla Continuità Assistenziale, servizio deputato alla copertura delle “urgenze” nel periodo di non attività dei medici di medicina generale, che si trova abitualmente a gestire in modo obbligatoriamente estemporaneo, e senza adeguati strumenti gravi situazione di disagio psichico. Tale riflessione è necessaria se pensiamo che i pazienti con disagio psichico si rivolgono frequentemente alla C.A e, che questo, per molti medici è il primo ambito di lavoro territoriale.

Questo ambito professionale viene scelto come punto di partenza dell’indagine su questi pazienti poiché per il medico di C.A è il primo ambito di lavoro territoriale. Vengono seguiti i loro percorsi e le narrazioni degli attori coinvolti, verificando gli interventi, i punti di vista e la qualità della comunicazione interprofessionale. Porremo attenzione alle criticità insite in questa comunicazione, chiedendoci se possa essere una concausa nella cattiva qualità dell’assistenza sociosanitaria analizzando i nodi critici che rendono problematico seguire in modo adeguato questi cittadini.

Attori principali della tesi sono queste persone con le loro storie inusuali e problematiche, dalle quali sempre emerge la dignità, la ricchezza e la loro densa umanità, che galleggiano e si adattano, a volte strillano ma, solitamente si

rassegnano di fronte ad un mondo tutto preso a curare persone spesso sane e comunque “normali”. E' nostro dovere ascoltare, studiare, capire e, soprattutto, agire, come singoli e come sistema, per dare una risposta adeguata a queste persone.

In questa tesi si è scelto di riferirsi alla classificazione del paziente psichiatrico secondo il concetto del DSM-III-R e non del DSM-IV e del DSM-V.

Una precisazione va fatta riguardo ai termini utilizzati: “patologia psichica” e “patologia organica”: anche se la dicotomia tra questi due concetti si è affievolita grazie alle neuroscienze si vuole precisare che per esigenze di chiarezza espositiva e di comprensione, in questa tesi per “psichico” si intenderà tutto quello che non riguarda l'aspetto organico della malattia; per “danno psichico” si intenderà il “danno emozionale”. Secondo la definizione di Schneider, “psichico” è espressione di un'esperienza conflittuale interiore e dei sentimenti della personalità ad essi collegati.

Accenno ai diversi capitoli con piccolo riassunto dell'oggetto

Questo lavoro è strutturato in diversi capitoli di cui accenniamo brevemente:

Nel primo capitolo saranno definiti gli **obiettivi** dell'indagine e gli strumenti utilizzati per la ricerca con particolare attenzione per l'intervista in profondità.

Nel secondo capitolo, “**Paziente psichiatrico, assistenza e aspettativa di vita**” apriremo con un excursus sui dati provenienti dalla letteratura internazionale circa il maggior rischio di sviluppare malattie Cardiovascolari, Sindrome Metabolica, Diabete, Obesità, Malattie Respiratorie, Infezioni Virali e Malattie ginecologiche e della notevole riduzione di aspettativa di vita che hanno questi pazienti.

Tratteremo ciascuna di queste grandi patologie facendo riferimento ai dati internazionali.

Nel terzo capitolo, “**Paziente psichiatrico nel contesto della C.A.**”, descriveremo quali sono i compiti della C.A e le criticità con cui i Medici di C.A. si devono confrontare ogni giorno.

Porremo particolare attenzione al Sistema Informatico utilizzato dalla C.A. descrivendone le funzioni e evidenziandone le criticità.

Nel quarto capitolo, intitolato “**Stigma e malattia mentale**” cercheremo di descrivere il significato dello stigma nella cultura occidentale e ciò che rappresenta oggi.

Parleremo dello stigma sotto il profilo cognitivo, affettivo e discriminatorio del termine.

Nel quinto capitolo, “**Metodi ed articolazione della parte relativa alle interviste**”, verrà descritto il metodo adottato in questo lavoro specificando quali aspetti della ricerca qualitativa si sono utilizzati e ponendo attenzione al metodo adottato per l'analisi dei dati in Categorie.

Nel sesto capitolo, “**Le interviste in profondità a pazienti e medici**” descriveremo le caratteristiche del campione utilizzato nel nostro lavoro e il metodo utilizzato.

Infine analizzeremo le interviste traendone delle *Categorie* che analizzeremo riportando le frasi più dense di significato:

1. Paura/disagio/Emozioni
2. Coscienza/consapevolezza di malattia
3. Complessità/Fragilità del paziente psichiatrico

4. Stigma
5. Conoscenza della Dimensione del Problema
6. Sintomo organico
7. Complessità relazionale
8. Collaborazione e Comunicazione tra professionisti
9. Carico di lavoro
10. Accoglienza del paziente da parte delle Strutture

Nel settimo capitolo “*Conclusioni*” scriverò le mie impressioni, riflessioni sui dati emersi, sottolineeremo le eventuali criticità e proveremo a suggerire delle possibili strategie da adottare per ricerche future.

1.2 Obiettivi della tesi

Obiettivo principale di questa tesi è di stimolare a riflettere sulla elevata mortalità di questi pazienti e anche di indagare sul loro vissuto cognitivo ed affettivo. Ho utilizzato le interviste in profondità, strumento tipico della ricerca qualitativa. Si sottolinea tuttavia che il lavoro da me svolto non può rispettare tutti i criteri della ricerca qualitativa, perché si è trattato di un esercizio formativo con l'intento di avvicinarmi ad un metodo nuovo per un medico abituato a muoversi esclusivamente nel mondo della ricerca quantitativa.

In questo contesto si inserisce il problema della valutazione del paziente psichiatrico sotto un'ottica globale intendendo per globale un'ottica olistica cioè una maggiore attenzione a considerare questi pazienti dei cittadini che si ammalano e sono esposti a fattori rischio per la salute come gli altri oltre ad avere una patologia psichiatrica.

Si vuole sottolineare che una visione a trecentosessanta gradi, rispetto a una prospettiva meramente settoriale, permetterebbe di compiere un salto di qualità in termini di cura, gestione e presa in carico di questi pazienti.

Basandosi su conoscenze note riguardo al maggior rischio di sviluppare malattie d'organo e di precoce mortalità, intento di questo lavoro è osservare in che modo e quali strumenti vengono utilizzati dai medici di MMG, di C.A e del CSM.

Ulteriore obiettivo di questa tesi è quello di porre domande per future riflessioni e ricerche sui servizi coinvolti e sul tipo di risposta proposta.

Si è svolta un'indagine basata su interviste in profondità effettuate ai pazienti e ai medici; si è cercato di indagare quale fosse la percezione del problema dal punto di vista dei pazienti nei confronti dei diversi Servizi coinvolti sul Territorio (Medico di Continuità Assistenziale, MMG, Medico del CSM) e il punto di vista degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti psichiatrici.

Con questo lavoro andiamo a analizzare i molteplici pezzi di questo complesso puzzle, se siano ben incastrati tra loro o, se non lo fossero, considerando quali siano le possibili cause e i deficit che possono determinarsi nel benessere psicofisico della persona.

In particolare le domande centrali sono:

- La presenza di rilevanti patologie complesse (malattie cardiovascolari, diabete, asma, ecc...) è adeguatamente affrontata?
- Gli effetti collaterali dei farmaci vengono valutati con attenzione?
- Questi cittadini, all'interno di una densa e spesso particolare storia sociale e sanitaria, riescono, e in che modo, ad affrontare le loro disabilità e a mantenere “un senso” della vita ?

- Emergono degli spunti per ulteriori ricerche nella didattica e in Medicina Generale tali da stimolare proposte di cambiamento di alcuni servizi socio sanitari?

2. PAZIENTE PSICHIATRICO, ASSISTENZA E ASPETTATIVA DI VITA

2.1 “Stato dell’arte” sulle ricerche che riguardano questi pazienti

Un vasto numero di studi internazionali ha dimostrato che nella malattia mentale severa (S.M.I.), che racchiude schizofrenia, disordine bipolare, disordini schizo-affettivi, depressione maggiore, l'aspettativa di vita si riduca dai 13 ai 30 anni.

Il 60% delle morti nei pazienti con SMI deriva da cause organiche, in particolar modo a malattie cardiovascolari, sindrome metabolica (MetS), diabete, obesità, malattie di carattere ginecologico e della gravidanza, malattie del tratto respiratorio e ad infezioni virali.

2.2 Incidenza di Malattie cardio-vascolari, CVD

La mortalità derivata da CVD, rispetto alla media della popolazione (29%), nei pazienti affetti da schizofrenia o disordine bipolare risulta essere 2/3 volte superiore in special modo nei pazienti giovani, mentre nei pazienti affetti da depressione il rischio è aumentato del 50%.

L'eziologia del rischio della CVD è multifattoriale. I fattori di rischio modificabili nei pazienti con SMI, se paragonati ai livelli che troviamo nella popolazione generale, risultano essere superiori anche in modo significativo. Rispettivamente nei pazienti schizofrenici e bipolari abbiamo: un aumento dell'obesità del 50% e 35%, del fumo del 65% e 61%, del DM del 12,5% e 13%, dell'ipertensione del 38,5% e 48%, della dislipidemia del 47% e 30,5% e della sindrome metabolica del 50% e 39,5%.

Il rischio di sviluppare la malattia cerebro-vascolare nel paziente schizofrenico è più frequente del 1,5/2,9% mentre nel paziente bipolare del 2,1/3,3%.

Recenti pubblicazioni hanno dimostrato che anche gli antipsicotici atipici comportano un innalzamento del rischio cardio vascolare, in particolare hanno un effetto diretto sullo sviluppo di insulino- resistenza.

I farmaci anti depressivi triciclici incrementano la frequenza cardiaca di oltre il 10%, inducono ipotensione ortostatica, rallentano la conduzione cardiaca incrementando il rischio di aritmie.

Si è visto anche un innalzamento, legato all'uso di antipsicotici atipici, di casi di morte cardiaca improvvisa, dovuta all'aumento nell'ECG del Qtc>500msec.

Sono stati rilevati casi di torsione di punta con l'utilizzo di Alloperidolo, Olanzapina e antidepressivi triciclici.

L'utilizzo degli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), Fluoxetina, Paroxitina, Sertalina, Citalopram, Fluvoxamina, è stato associato soltanto ad un aumento del Qtc e non della torsione di punta.

Numerosi studi internazionali hanno cercato di spiegare l'influenza che la depressione ha sul rischio di recidiva di eventi cardiovascolari: nello studio INTERHEART, che ha preso in esame 2500 pazienti di 52 paesi internazionali, si è potuto apprezzare come nella genesi dell' IMA i sintomi psicologici risultavano essere fattori di rischio inferiori al fumo ma paragonabili all' ipertensione e all' obesità addominale (Yusuf s., Lancet 2004).

La depressione sembra essere implicata non soltanto nella genesi dell' IMA ma anche in quella dell' insufficienza cardiaca congestizia (CHF); l'incidenza di CHF in uno studio condotto tra 2500 pazienti arruolati nel "Systolic Hypertension in elderly program" era del 16% nei pazienti depressi e del 7% in quelli non depressi (Abramson J., Arch Inter Med 2001).

Gli effetti prodotti dai sintomi depressivi sull'apparato cadiovascolare possono essere compresi dall'analisi dell'asse ipotalamo-ipofisi -surrene: i sintomi depressivi determinano un aumento della secrezione dei fattori infiammatori

come TNF alfa, IL1 e IL6 , PCR e leucociti; questi fattori a loro volta vanno ad agire sull' endotelio vascolare portando a una diminuzione della dilatazione del vaso flusso mediata determinando lesioni aterosclerotiche.

Si assiste inoltre a un aumento della sintesi di ACTH che porta alla produzione, da parte della regione corticale delle ghiandole surrenali di cortisolo e catecolammine in concentrazioni elevate; il cortisolo, per un processo di feedback, andrebbe ad agire a livello dell' asse ipotalamo-ipofisario che, a causa dei sintomi depressivi stimolerebbe nuovamente la produzione di grandi quantità di cortisolo perpetuando questo circolo vizioso. Le catecolammine (adrenalina e noradrenalina) agirebbero stimolando il processo di attivazione piastrinica determinando a livello endoteliale una diminuzione della fluidità del sangue partecipando così al processo di formazione delle placche aterosclerotiche (Musselman DL, Arch Gen Psychiatry 1998).

Vari studi internazionali hanno cercato di chiarire se l'uso di farmaci antidepressivi rispetto all'uso di placebo in pazienti con sintomi depressivi maggiori e patologia cardiovascolare concomitante possano avere una funzione cardioprotettiva: lo studio SADHART ha preso in esame 260 pazienti con SCA e sintomi depressivi durante un ricovero ospedaliero e trattati con SSRI: il risultato fu una maggiore cardioprotezione con SSRI per la riduzione dell'aggregazione piastrinica come effetto degli SSRI (Glassman AH., JAMA 2002). La sertralina è tra gli SSRI il farmaco dotato di maggiore maneggevolezza e sicurezza nel post IMA; il citalopram porta a un allungamento del QT-dose dipendente.

I triciclici sono considerati dei buoni farmaci nella CHD, non mostrano un profilo di sicurezza nell' IMA.

Tutto ciò in considerazione del fatto che i dati esistenti in letteratura sull' uso di antidepressivi e CHD sono ancora molto limitati.

2.3 Incidenza dei Fattori di rischio per CVD, follow-up e incidenza di malattie concomitanti

Si evidenzia una disparità nell "health care" dei pazienti affetti da SMI per quanto riguarda determinati fattori di rischio associati a CVD: l'88% dei pazienti non vengono trattati per dislipidemia e il 62% per l'ipertensione. Ciò determina un deficit di monitoraggio nei livelli di colesterolemia e nella prescrizione di statine. Aumentando il rischio di mortalità di questi pazienti.

Inoltre si ravvisa una minore attenzione nel follow-up di questi pazienti con RCV aumentato con basso indice di esami ematici prescritti durante l'anno.

A seguito di questa minore qualità di cura, la popolazione affetta da disturbi mentali, specialmente in età avanzata, ha quindi un maggior rischio di mortalità legato a CVD.

Nei pazienti affetti da SMI si ha, inoltre, una maggior incidenza di virus HIV e Epatite C, in seguito ad una minor conoscenza sulla prevenzione di queste malattie con conseguenti comportamenti a rischio. Sarebbe quindi importante effettuare degli screening per accertare la presenza di queste patologie, in special modo perché esse portano ad un incremento dei disturbi metabolici che, sommato all'aumento dato dall'uso dei farmaci, determina un grande innalzamento del rischio di CVD.

2.4 Incidenza di Sindrome Metabolica, (MetS)

I pazienti schizofrenici in trattamento presentano un'incidenza maggiore di MetS del 19%- 68% (a seconda di altri fattori quali sesso, età, paese di provenienza, trattamento con antipsicotici, fumo, dieta, attività/inattività fisica).

Nei pazienti con disturbo bipolare l'aumento di MetS è tra il 22 ed il 30%, mentre nei pazienti con disturbo schizo-affettivo del 42%.

L'utilizzo di Clorpromazina, Clozapina, Olanzapina determina un alto rischio di sviluppo di MetS; di Amisulpiride un rischio moderato; di Risperidone un rischio medio; di Ariprazolo, Alloperidolo un basso rischio.

Gli studi a livello internazionale dimostrano che la percentuale di test di screening per MetS su pazienti SMI che devono iniziare il trattamento con antipsicotici varia tra l'8% ed il 30%.

Inoltre i pazienti, pur se con sindrome metabolica riconosciuta, non ricevono test appropriati per la misura dei maggiori fattori di rischio per CVD (obesità, pressione arteriosa, colesterolo HDL, trigliceridi, glucosio, microalbumuria). Per i pazienti in trattamento in follow-up per MetS, infatti, soltanto sull'8,8% vengono effettuati test.

La MetS viene quindi sotto-diagnostica e sotto-trattata nei pazienti con SMI.

Il rischio di sviluppare diabete nei pazienti con sintomi depressivi è tra l'1,2 ed il 2,6 volte più alto rispetto alla popolazione senza depressione.

Tra i fattori più importanti della MetS ricordiamo che i pazienti affetti da SMI, sia in trattamento che non in trattamento, hanno un rischio aumentato di sviluppare sovrappeso (BMI 25,0/29,9), obesità (BMI>30,0) e di obesità addominale; aumento più marcato in caso di schizofrenia (2,8/3,5%), e meno per depressione maggiore e disordine bipolare (1,2/1,5%).

Come per la popolazione generale il rischio è legato anche alla scarsa attività fisica, ad una dieta mediocre. Nel paziente SMI è fortemente dipendente anche ai sintomi della malattia stessa (sintomi negativi, disorganizzati) e al tipo di trattamento.

I farmaci, come effetto collaterale, portano ad un aumento dell'appetito e, a causa della sedazione, contribuiscono in modo significativo all'aumento del peso.

Tra i farmaci antidepressivi che comportano un maggior rischio di aumento di peso troviamo l'Amitriptilina, l'Amirtazapina e la Paroxetina; tra quelli stabilizzatori dell'umore e anticomulsivanti abbiamo il Litio e il Valproato; tra gli antipsicotici la Clorpromazina, la Clozapina, l'Olanzapina e il Risperidone.

Sedentarietà e aumento di peso sarebbero accelerati dall' uso di fumo di sigaretta e cannabis; quest' ultima infatti stimola l'appetito aumentando la probabilità di incidenza di obesità. Il 76% delle persone con diagnosi di primo evento psicotico sono fumatori abituali. L'abitudine al fumo in UK sarebbe una delle principali cause che farebbero precipitare condizioni cliniche instabili esponendo i pazienti ad aumentato rischio di morte. Per i fumatori l'incidenza di DM2 sarebbe del 44% (rispetto ai non fumatori) che salirebbe al 61% per i fumatori con un numero di sigarette fumate al giorno sopra 20.

2.5 Incidenza del DM e delle sue complicanze

Il diabete ha un'eziologia data da molteplici fattori genetici, legati allo stile di vita e alla terapia seguita.

I farmaci con rischio diabetogeno maggiore sono gli antipsicotici atipici, il rischio calcolato sarebbe 1,3 volte più alto nei pazienti schizofrenici che utilizzano antipsicotici atipici rispetto a coloro che utilizzano una terapia con antipsicotici tipici.

Tra gli atipici l'Olanzapina (r.r. 1,29), la Clozapina (r.r. 1,45) e il Risperidone (r.r. 1,23) son associati con un aumentato rischio di diabete mellito nei pazienti schizofrenici o con disordine bipolare.

Data la grande eterogeneità e i pochi studi disponibili è invece ancora poco chiaro come la terapia antidepressiva possa aumentare il rischio di diabete mellito. Nonostante ciò sembra che l'uso di antidepressivi triciclici e degli inibitori della ricaptazione della serotonina determinino un aumento del rischio di insorgenza di diabete mellito.

Tra gli stabilizzatori dell'umore il Valproato sarebbe associato ad un elevato rischio di sviluppo di insulino resistenza con conseguente maggior rischio di diabete mellito.

Anche per i pazienti diabetici è dimostrato che il livello di assistenza medica è notevolmente inferiore per i pazienti affetti da SMI rispetto ai pazienti non psichiatrici. La conseguenza del ritardo della diagnosi di diabete e la prolungata esposizione ad elevati livelli glicemici causa importanti danni d'organo: retinopatia, nefropatia e neuropatia diabetica.

Nel paziente con malattia mentale affetto da diabete mellito l'incidenza di chetocadisi diabetica sarebbe dieci volte più alta nel paziente schizofrenico rispetto alla popolazione generale. I farmaci maggiormente collegati all'insorgenza della chetoacidosi diabetica sono la Clozapina e l'Olanzapina.

2.6 Incidenza delle Malattie Respiratorie

Per quanto riguarda le malattie respiratorie gli studi più recenti dimostrano come, a seguito della chiusura dei manicomi (dove polmoniti e TBC risultavano molto frequenti), le problematiche inerenti si siano molto ridotte, riducendo il gap rispetto alla popolazione generale che tuttavia ancora persiste. Nel paziente schizofrenico si ha, infatti, un rischio maggiore di 1,4 volte di insorgenza di malattie respiratorie (e fino al doppio per quanto riguarda le polmoniti) rispetto alla popolazione generale. Questo è probabilmente legato al fatto che questi pazienti non seguono una terapia farmacologica tempestiva all'insorgenza delle malattie respiratorie.

L'incidenza di tabagismo nel paziente psichiatrico è da due a quattro volte maggiore che nella popolazione generale, dal 20 al 35% in più.

In uno studio svedese si evince anche che le BPCO passano per l'uomo dal 2,3% nella popolazione generale al 3,9% nel paziente schizofrenico, e per la donna dal 2,2% al 6,5%.

2.7 Incidenza delle Disfunzioni Sessuali

Riguardo alla sfera sessuale i pazienti schizofrenici risultano affetti da disfunzioni sessuali nella misura del 30-80% delle donne e del 45-80% negli uomini. Questo aspetto potrebbe essere legato alla malattia stessa o essere un effetto collaterale della terapia con antidepressivi.

Inoltre il 70% dei pazienti affetti da depressione maggiore può essere soggetta a disfunzioni della sfera sessuale; approssimativamente circa il 25% avrebbe disturbi dell'eccitazione e di lubrificazione. I pazienti con grave malattia mentale avrebbero un rischio aumentato di sviluppare disturbi del comportamento sessuale mettendoli a rischio di incorrere in malattie sessualmente trasmesse.

L'utilizzo dei vari farmaci antipsicotici avrebbero un diverso impatto sulle disfunzioni sessuali: il risperidone avrebbe un rischio maggiore dell'haloperidolo, superiore a quello dell'olanzapina che a sua volta avrebbe un rischio aumentato rispetto alla clozapina e a quello della quetiapina. Anche gli AD, eccetto la mirtazepina, determinerebbero o esacerberebbero nel 50% dei pazienti disturbi sessuali. Il 30%-60% dei pazienti trattati con SSRI svilupperebbero anomalie del comportamento sessuale.

2.8 Considerazioni sull' uso di farmaci psicotropi e gravidanza

Per quanto riguarda il periodo della gravidanza è importante valutare la sicurezza dei farmaci psicotropi. Molto spesso queste donne non possono interrompere la loro terapia ; al momento non ci sarebbero dati sicuri circa l'utilizzo dei farmaci AP durante la gravidanza e l'aumentato rischio di malformazioni fetali. I maggiori responsabili di malformazioni fetali sarebbero gli stabilizzatori dell'umore, particolarmente la carbamazepina, il valproato.

3. PAZIENTE PSICHIATRICO NEL CONTESTO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

3.1 Continuita' assistenziale in Trentino

Viene analizzato il campo di lavoro reale della Continuità Assistenziale, confrontandolo con i compiti istituzionali.

Il ruolo istituzionale del medico di C.A, che presta servizio nei giorni feriali dalle 20.00 alle 8.00 e nei giorni festivi 24 ore su 24, ruota attorno al concetto di "urgenza". Il medico di C.A deve garantire le visite ambulatoriali o domiciliari (a discrezione del medico) per prestare assistenza ai pazienti che presentano sintomi insorti acutamente e la cui valutazione non può essere procrastinata fino agli orari di presenza del M.M.G.

A conferma del ruolo del medico di C.A anche il fatto che le terapie e i certificati di malattia dovrebbero essere prescritti fino a un massimo di tre giorni.

Nell' esperienza reale il medico invece si trova spesso a dover affrontare da solo complesse situazioni di vecchia data che o, non sono state gestite in modo corretto, o, non hanno comunque trovato ancora un loro percorso di assistenza e cura.

Spesso i pazienti che si rivolgono alla C.A sono già conosciuti per i numerosi accessi fatti e persistono ad accedere al servizio di C.A in modo continuativo.

L' analisi dei dati di questo lavoro si basa sulla mia esperienza di Continuità Assistenziale.

Mio intento iniziale era quello di quantificare il numero di accessi totali dei pazienti psichiatrici in C.A nel periodo gennaio 2013- gennaio 2015.

A questo fine sono stati coinvolti Direttore e Vicedirettore del Distretto Ovest, purtroppo non è stato possibile reperire dati utili a causa del protocollo di integrazione dei dati cui si avvale il S.I.T: esso non prevede, per ciascun

accesso in Guardia Medica da parte dei pazienti, l'inserimento della diagnosi secondo il modello internazionale ad oggi giunto alla sua decima revisione, ICD-10 (International Classification of Disease).

Infatti, non è previsto dal sistema informatico che il medico di C.A assegni una diagnosi secondo il classificatore standard (Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Correlati ICD).

Per questo motivo non è possibile estrapolare dati numerici circa il numero di accessi per una specifica patologia.

Quindi I dati sono stati raccolti per un periodo di un anno nella sede centrale del distretto ovest di Cles sulla base del lavoro svolto da me e dai miei colleghi di C.A.

Ho rilevato che durante l'attività di Continuità Assistenziale si assiste a un numero significativo di accessi da parte dei pazienti psichiatrici già presi in carico o meno dal C.S.M territoriale.

Durante un turno di 12 ore di C.A il numero di accessi di tali pazienti era di circa 2 pazienti e 10 erano gli accessi di pazienti che non si rivolgevano alla C.A per problemi psichiatrici sia nei giorni festivi diurni che nei turni notturni.

Durante i turni festivi diurni il tipo di accesso da parte di questi pazienti era per lo più di tipo ambulatoriale con sintomi specifici riportati dal paziente sia di tipo organico che riguardo alla loro patologia psichiatrica.

Durante i turni notturni circa il 50% degli accessi in C.A erano richieste telefoniche e l'altro 50% erano visite ambulatoriali o domiciliari.

Le richieste telefoniche notturne erano basate principalmente su domande riguardo la terapia da assumere e se si potesse assumere una dose maggiore dei farmaci rispetto a quella prestabilita per quell'orario in seguito a riferita insonnia e/o stato di ansia. I farmaci che il paziente chiedeva di assumere in dose maggiore, doppia o tripla erano della classe delle BDZ.

Tali richieste avvenivano tra le ore 20.00 (in coincidenza dell'inizio del turno di C.A) e le ore 04.00.

Un'altra quota di telefonate erano incentrate prevalentemente su colloqui col paziente per riferito malessere e stato psichico non controllato; rispetto alle precedenti consultazioni quest'ultime risultavano molto più complesse poiché, oltre ad ascoltare la sintomatologia riferita vi era poi da chiedere la terapia che avevano assunto, se era stata presa correttamente; inoltre la difficoltà maggiore stava nello stabilire un modo per entrare in contatto con il paziente e nel trovare una strategia di intervento che risultasse d'aiuto e di sollievo ai problemi riferiti.

Tali consultazioni telefoniche in media duravano 15-30 minuti.

Gli accessi diurni durante i giorni festivi erano principalmente richieste ambulatoriali o a domicilio: nelle visite ambulatoriali il paziente riferiva sempre almeno un sintomo; nell'ordine la frequenza dei sintomi riportati erano:

- dolore toracico anteriore o posteriore
- difficoltà respiratoria delle alte e delle basse vie con tosse
- prurito a livello dei genitali, cistite, dismenorrea
- dolore addominale di tipo colico associato a nausea e scariche diarroiche
- prurito generalizzato e agitazione
- allucinazioni visive e uditive
- ideazione suicidaria

Il medico di C.A non avendo accesso alla documentazione clinica del paziente deve basarsi esclusivamente su sintomi e terapie riferite dal paziente che, a volte, si rivelano imprecise o inattendibili.

Da qui deriva la difficoltà riscontrata dal M.C.A nella loro gestione, l'enorme responsabilità di cui il medico di C.A si fa carico dovendosi districare tra la sintomatologia riferita e la terapia cronica che questi pazienti dicevano di utilizzare.

Questa difficoltà nasce dall'attuale non sincronizzazione tra il sistema informatico territoriale di C.A , (S.I.T) con il sistema informatico ospedaliero, S.I.O., con il sistema informatico S.I.T del C.S.M (centro di salute mentale) e con il sistema informatico per la medicina generale AMPERE e i vari programmi utilizzati dai MMG (Medimax, Medico 2000, Millewin e altri).

Questo non permette il flusso di informazioni tra il M.M.G e il medico di C.A, né tra il M.M.G e il C.S.M (centro di salute mentale): quest'ultimo caso è ancora più eclatante se si considera che sia il medico di C.A e il medico di C.S.M sono obbligati dall'azienda sanitaria ad utilizzare il medesimo sistema informatico, il S.I.T, che oltre a non ricevere flussi informatici dal S.I.O non permette nemmeno la comunicazione di informazioni tra i diversi utenti dello stesso programma: infatti il S.I.T è utilizzato da più tipi di operatori della sanità (medico di C.A, medico del C.S.M, medico del centro alcoologico, infermieri territoriali ecc) ma non è permessa la comunicazione tra questi vari servizi.

4. STIGMA E MALATTIA MENTALE

"Una cosa è considerare il problema una crisi, e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto, la crisi è una soggettività", Franco Basaglia.

Possiamo definire stigma la marchiatura screditante nei confronti di chi la porta addosso.

Il termine deriva proprio dall'azione di "marchiare a fuoco" e di sfregiare con coltelli i colpevoli di reati, gli schiavi, per far sì che venissero individuati subito tra tante persone. Anche nella Grecia antica lo stigma era inteso come segno corporale che Dio dava ai cristiani dannati (Kozlovic, 2008).

Goffmann attribuisce un'accezione meno corporale del termine ed esalta invece il concetto di "discredito sociale permanente" da cui la società si difende (Goffman 1963). Secondo lui lo stigma è una ideologia creata dall'individuo "sano" nei confronti dei pazienti psichiatrici per spiegare la loro inferiorità (Goffmann 2008).

In tal senso lo stigma associato alla malattia mentale è insito nella cultura occidentale determinando comportamenti discriminatori. Ciò determina effetti sia sul singolo, che sulle istituzioni sanitarie le quali, si trovano a dover sostenere spese enormi per la medicalizzazione che questi pazienti richiedono e per la loro scarsa compliance al trattamento con ripercussioni a lungo termine (Corrigan, 2004).

Mentre in altri contesti si è assistito a un decremento dello stigma, nel paziente psichiatrico ciò non è avvenuto se si pensa all'accezione di malvagità e cattiveria che riveste il malato mentale nella società (Teachman et al., 2006).

Esiste un aspetto cognitivo di stigma, inteso come pregiudizio, falsa credenza del paziente psichiatrico come un individuo incomprensibile, imprevedibile e un violento; un aspetto affettivo, dove il malato mentale veicola sentimenti come

l'ansia, il distacco, la paura; e un aspetto discriminatorio, per il quale il paziente viene allontanato e isolato dalla società.

A causa del comportamento, a volte di difficile interpretazione, del malato psichiatrico egli si riveste di un habitus pericoloso che influenza il giudizio delle persone; da ciò deriva che il paziente malato di mente non possa venire aiutato da nessuno, e proprio per la sua insita "cattiveria" (Basaglia, 1997; Teachman 2006) è un individuo strano e violento e privo di intelligenza (Reaume,2002; Penn e Taporek, 2004). Queste credenze hanno generato una etichettatura che si è trasmessa nel tempo ridicolizzando tali persone, generando timore e odio nei loro confronti (Reume ,2002).

Attraverso una chiave di lettura "sociale" del paziente psichiatrico nasce il concetto di "carriera morale" (Goffman, 1968) del malato mentale, come processo di esclusione di cui egli stesso è oggetto dal momento in cui è stato individuato come malato.

Come in un processo concatenato il mondo reale esclude il malato da esso e il malato si esclude dal mondo reale. È così difficile stabilire se la reale causa dell'emarginazione del malato sia dovuta alla sua malattia o alla società che ha voluto il suo isolamento. Il mondo reale concede sempre meno spazio di azione al malato mentale e questo porta il paziente a isolarsi dal reale. Questa visione implica che l'uomo debba vivere entro dei confini che egli conosce e, il superarli determina in lui uno stato d'ansia dovuto alla consapevolezza dell' abnormità della sua condotta rispetto a quei valori riconosciuti e accettati dalla società (Basaglia 1968).

La "carriera del pre-degente può essere ritenuta un modello di esclusione: egli si presenta come un uomo dotato di diritti e di legami con il mondo, di cui, già all'inizio del suo soggiorno in ospedale, non rivela quasi più traccia" (Goffman).

Durante l'ospedalizzazione viene sottolineato sempre di più l'isolamento del paziente dalla società che non lo riconosce e in cui egli non si riconosce; così si crea un distacco sempre più marcato dell' uomo malato dalla realtà, il mondo diventa sempre più "aproblematico e irreal"; non esiste più una realtà contro cui

opporsi, urlare e lasciare il segno di sé. Egli è stato definito dalla società come malato per il suo disturbato rapporto con il reale e, se prima il mondo era per lui un nido di problematicità a cui non era riuscito ad opporsi, ora, il mondo reale è così lontano da lui, tanto da trovarsi immerso in un mondo tutto suo privo di problemi e di conflitti; vivendo in una dimensione plasmata estirpando tutti i problemi, i dubbi, gli interrogativi, il rapporto con il mondo esterno diviene nullo e come tale anche la persona stessa perde la propria connotazione di individuo. La giustificazione di tutti i tratti mentali, considerati distorti dalla società, del paziente psichiatrico nella sua malattia fa sì che il malato non venga più contestato né contraddetto ma negato (Basaglia 1968).

Se le istituzioni volevano proteggere l'individuo isolandolo in un mondo "sicuro", estirpandogli tutte le ansie e le angosce, esse avrebbero finito per generare individui espropriati della loro persona, incapaci di provare a camminare con le proprie gambe perché ormai convinti di non averne più diritto.

5. METODI ED ARTICOLAZIONE DELLA PARTE RELATIVA ALLE INTERVISTE

5.1 Metodi ed articolazione della parte relativa all' indagine qualitativa

Partendo dal contesto della Continuità Assistenziale, utilizzando una metodologia qualitativa, vengono seguiti alcuni percorsi di cura e di assistenza in pazienti psichiatrici con grave disagio psichico evidenziando le prescrizioni/proposte del medico di medicina generale, del servizio psichiatrico e di eventuali altri attori sociosanitari (Pronto soccorso, specialisti, assistenti sociali, domiciliari ecc).

Si analizzerà anche lo scambio informativo/comunicativo tra questi soggetti, con particolare riguardo al grado di attenzione alla patologia organica in termini di diagnosi e cura e al vissuto soggettivo di malattia del paziente, e alla presenza di buchi assistenziali e di cura individuando, laddove possibili, le cause di questa mancanza.

Viene anche indagato il vissuto soggettivo del paziente che si rivolge alla CA.

L'indagine verrà infine estesa ai medici di MG, CA e agli psichiatri per cogliere l'approccio degli operatori al paziente in oggetto e ai suoi problemi organici e psichici.

Questa è una ricerca a scopo formativo e quindi che non aspira ad un completo rispetto dei criteri di validazione delle ricerche qualitative.

Di seguito un approfondimento del percorso metodologico per quanto riguarda gli strumenti usati: utilizzeremo come strumento di indagine interviste in profondità ai pazienti e ai professionisti.

L'analisi dei dati ottenuti dalle interviste avverrà seguendo i seguenti steps (Meaning Condensation, Doing Interviews, S.Kvale,2008)

- 1- dare un senso complessivo all' intervista
- 2- creare dei raggruppamenti per temi
- 3- descrivere ogni tema secondo i principali punti di vista emersi
- 4- interrogarsi sul significato dei temi rispetto ai nostri propositi iniziali della ricerca
- 5- raggruppare in una descrizione d' insieme i concetti fondamentali emersi durante le interviste in Categorie.

Tale analisi narrativa tiene conto dell' osservazione partecipante dell' intervistatore e categorizza i dati in gruppi riproducibili.

5.2 Inciso sull' intervista qualitativa

Per intervista si intende una conversazione tra una persona che conduce l' intervista , *intervistatore*, e altre persone scelte candidate a dare le risposte, *intervistati* .Scopo dell' intervista è:

- esplorare idee, convinzioni, valori che con l' osservazione non si arriva ad indagare.
- Acquisire informazioni sui dati già osservati per comprenderne meglio il significato
- scavare nella memoria degli intervistati riguardo a concetti esistenti ma non evidenti a uno sguardo superficiale.

Nella ricerca qualitativa si usano interviste qualitative semistrutturate o non strutturate (biografica, clinica, ermeneutica) diversamente dalla ricerca quantitativa che utilizza questionari: quest' ultimo tipo di intervista si definisce *intervista strutturata*: essa viene svolta su un campione molto grande e statisticamente significativo; si utilizza come materiale per l'indagine dei

questionari precompilati che vengono somministrati agli intervistati; le domande sono prefissate, standardizzate, vengono poste nello stesso modo e nello stesso ordine a tutti gli intervistati. Il ricercatore pone le domande come sono scritte, con scarsa autonomia, se l'intervistato non capisce la domanda essa può essere formulata nuovamente ma sempre come scritta nel questionario. Il tempo impiegato per eseguire l'intervista è ristretto e questo permette di raggruppare un numero grande e rappresentativo ottenendo un numero elevato di risposte poco approfondite su un vasto numero di temi.

Spesso le domande non sono comprese dagli intervistati e l'intervistatore può sentirsi frustrato. Inoltre è necessario molto tempo per compilare un questionario in base alle domande che si vogliono fare.

L'intervista qualitativa può essere semistrutturata o in profondità: rispetto a quella semistrutturata, l'intervista in profondità si avvale di un campione piccolo di intervistati; come la semistrutturata esplora dei temi importanti ma non pone mai l'obbligo di porre domande precise; il ricercatore ha grande autonomia nel porre le domande, l'intervistatore in profondità pone ogni tipo di domanda nel modo che ritiene più adatto per la sua ricerca.

Il materiale raccolto con l'intervista sarà molto accurato su un numero ristretto di argomenti.

Le domande utilizzate sono aperte nell'intervista in profondità e aperte, semi-aperte oppure chiuse, indirette, aneddotiche in quella *semistrutturata*.

Le domande vengono modulate in base agli intervistati rivisitando lo stile della domanda se non venisse compresa dall'intervistato: questo vale per entrambi i tipi di intervista se si esclude il fatto che nella semistrutturata ci sono alcune domande fisse, da porre a tutti gli intervistati nello stesso modo.

Nell'intervista in profondità, rispetto a tutte le altre tipologie di interviste possono emergere elementi importanti, non previsti inizialmente; l'intervistatore può anche riformulare le domande in modo diverso se non vengono capite o lasciare del tempo all'intervistato per rispondere utilizzando delle tecniche di riflessione.

Nell'intervista in profondità e in quella semistrutturata l'intervistatore deve avere un' adeguata esperienza di eseguire interviste di questo tipo e questo implica costi elevati. Il tempo necessario per ogni intervista è imponente e il campione interpellato può essere rappresentativo solo a livello qualitativo. Categorizzare i risultati delle interviste è un lavoro complesso.

L'intervista qualitativa usufruisce di un'estrema elasticità di raccolta dei dati e pone sullo stesso piano intervistato e intervistatore con grande equità dei ruoli.

Chi conduce l'intervista concentra la propria attenzione sul pensiero dell'intervistato, più per il modo in cui ha vissuto le esperienze che riporta che per l'esperienza stessa.

Seguendo questa direzione l'intervistatore mira a cogliere nelle parole dell'intervistato esperienze profonde e intime, ricche di dettagli per cogliere il loro vissuto nella sua interezza e complessità (Bryman 2008).

L' intervista in profondità è piuttosto aperta e libera, vengono poste principalmente domande aperte, poche domande chiuse; nell' intervista si segue una traccia ponendo all' intervistato le domande senza che esse abbiano né un ordine prestabilito né un modo preciso di essere poste; le domande sono più che altro degli “stimoli” che incanalano l'intervistato a raccontare, descrivere, riflettere.

Le domande poste dall' intervistato godono di “bassa direttività”, nel senso che l'intervistatore lascia parlare liberamente l'intervistato tenendo ben presenti gli argomenti da trattare nell'intervista che descrivono un perimetro entro cui muoversi (Corbetta 1999). Gli argomenti che non rientrano nella ricerca non verranno discussi e l'intervistato verrà riportato da chi conduce l'intervista a soffermarsi su temi di interesse. Nonostante ciò se l'intervistatore lo reputa opportuno può approfondire meglio certi aspetti che durante l'intervista emergono e che possono arricchire lo studio (Thomas 2008).

I fondamenti della ricerca qualitativa mirano a soddisfare questi risultati:

- Mirano ad analizzare le opinioni, le necessità, le aspettative del paziente; cerca di spiegare i dati osservati, non tenta di ricondurli a una misurazione.
- Derivano anche da discipline non mediche come la psicologia, l'antropologia, la sociologia.
- Si avvale di un metodo induttivo, che, a partire da un gruppo di dati osservati cerca di interpretarli.
- I risultati vengono discussi, valutati per la loro validità interna ed esterna; si basano su un tipo di ricerca (qualitativa) che , utilizza:
 - la Riflessività, intesa come fattore che influenza la Validità della ricerca e
 - la Trasferibilità.

Per Riflessività si intende che il ricercatore oltre a fare ricerca influenza la ricerca rispetto all' oggetto che si va ad osservare e rispetto ai risultati ottenuti. Il ricercatore utilizza il proprio punto di vista e il proprio bagaglio di conoscenze e ciò influenza la ricerca.

Tramite la dichiarazione del proprio bagaglio prima dell'inizio dello studio il ricercatore evita di confondere le conoscenze che ha fin dall'inizio del lavoro con quelle che emergono durante lo studio.

Per Trasferibilità si intende produrre informazioni che possono essere condivise e applicate in un campo più vasto tramite la categorizzazione.

La Categorizzazione è intesa come processo di analisi dei dati: costante confronto attraverso l' Analisi Narrativa che stimola il pensiero e porta alla creazione di Categorie; si può utilizzare il modello del Caleidoscopio come modello che setaccia le molteplici informazioni individuate rendendole più omogenee, organizzandole in delle sottoclassi pur mantenendo la loro peculiarità insita nella loro originaria natura; come si fa con un Caleidoscopio partendo da una miriade di piccoli vetrini colorati, con forme e dimensioni

diverse, “interpretandoli” ,si creano immagini complesse, comprensibili, uniche e riconducibili ai loro pezzi originari singoli (Dye J.F et al.)

Il processo di categorizzazione inizia con un' analisi dei dati ottenuti tramite le interviste in profondità; dopodiché si procede a frammentare i dati al fine di ricavarne le proprietà; da questa fase iniziale si crea una categorizzazione aperta a modifiche in corso di analisi dei dati.

Successivamente si creano delle interconnessioni tra varie Categorie sfruttando le caratteristiche comuni osservabili tra esse.

Tramite un binario due Categorie simili per almeno un aspetto si raggruppano in una Categoria più complessa arricchita da numerose sfaccettature.

Ultimo passo è quello di creare delle Categorie più astratte che si avvicinano di più alla teoria della ricerca.

Il Ricercatore è colui che utilizza la propria soggettività al pari dei soggetti coinvolti nella ricerca partecipando attivamente alla produzione dei risultati dello studio.

6. LE INTERVISTE IN PROFONDITA' :

6.1 Il campione analizzato

E' stato individuato un gruppo di quattro pazienti da intervistare: i pazienti intervistati erano stati visti da me durante vari turni di Guardia Medica presso il Distretto Ovest di Cles.

I pazienti sono stati contattati per via telefonica da parte del CSM Cles che era con loro in costante contatto; nella telefonata è stato chiesto ai pazienti se volessero partecipare a un' intervista per un lavoro di studio; dopo aver dato il loro assenso sono stati ricontattati da me per decidere giorno e orario dell' intervista.

Sono stati poi scelti sei medici da intervistare, di cui tre medici di medicina generale, un medico di continuità assistenziale e 2 psichiatri; tutti i medici intervistati lavorano nello stesso Distretto di provenienza dei pazienti intervistati.

6.2 Caratteristiche gruppo partecipanti

Il gruppo degli intervistati corrisponde alla somma del numero di pazienti e di medici.

Si caratterizza per:

- piccolo campione: numero pazienti + numero medici
- campione pazienti disomogeneo per tipo di sintomo riportato
- campione medici scelti casualmente in base alla disponibilità

6.3 Intervista “in profondità” al paziente con diagnosi di malattia mentale

L'intervista al paziente cominciava con la richiesta del consenso e l'illustrazione della modalità di intervista, tramite registrazione, conservando l'anonimato dell'intervistato.

Poi si spiegavano quali fossero gli obiettivi della ricerca sottolineando che l'intento di questo studio era capire come e se il paziente psichiatrico si sentisse seguito dai servizi sanitari in merito ai sintomi per i quali aveva contattato la guardia medica.

Ciascuna intervista mediamente è durata 25 minuti.

I pazienti si sono prestati con piacere a essere intervistati e questo non ha comportato particolari difficoltà.

6.4 Intervista ai Professionisti

Anche in questo caso l'intervista iniziava con la richiesta del consenso e illustrando le modalità con cui si sarebbe svolta, tramite registrazione, conservando l'anonimato.

Dopo aver illustrato ai medici l'idea di partenza dell'indagine spiego loro che condurrò un' intervista in cui cercherò di esplorare meglio alcuni aspetti dell'assistenza al paziente psichiatrico da parte delle diverse figure mediche.

Partendo dal dato oggettivo che i pazienti utilizzano di frequente il servizio di C.A del Distretto Ovest, Cles, inizio a porre le mie domande.

I medici si sono fatti coinvolgere volentieri e non ho trovato difficoltà a intervistarli. Ciascuna intervista è durata circa 30 minuti.

6.5 “Topics” emersi dalle interviste

6.5.1 Paura – Disagio – Emozioni

Questa categoria, rispetto agli obiettivi iniziali di questo lavoro, è emersa durante la ricerca come elemento importante non previsto inizialmente e presente sia nei medici che nei pazienti.

Durante le varie interviste questa caratteristica è emersa sotto diversi profili e sfumature:

In primis è emersa la paura intesa come l’insieme di emozioni che scaturiscono nel medico di M.G.durante la visita; questo aspetto si ritrova in frasi come:

“Io cercherei di pormi nello stesso modo che con gli altri pazienti anche se a volte non ci sono riuscita, a causa della paura, delle reazioni...”

Inoltre, nel MMG si è concretizzata la *paura di fronte alla gestione del paziente psichiatrico grave* in ***“I pazienti già catalogati come psichiatrici gravi mi mettono paura, principalmente mi deriva dalla gravità della patologia psichiatrica... Se schizofrenico, con stato d’ansia, ero io da sudare, non sapevo cosa dovevo dire per farlo star bene, cosa non dire per non farlo scattare...”***

Emerge, da parte del MMG anche un altro tipo di paura non legata alla “minaccia” derivata dall’atteggiamento o dallo stato del paziente, ma una paura legata ai propri compiti e ruoli professionali, la paura del fallimento nell’instaurare una valida relazione terapeutica, per la difficoltà di mantenere i contatti nel tempo. Paura accompagnata anche da un senso di impotenza e di solitudine, a volte addirittura di abbandono, rispetto alla gestione del paziente:

“...ti poni con sofferenza, difficoltà verso di loro...”

“Alcuni sono già in terapia seguiti dal CSM, quindi li vedi con una certa tranquillità, altri.... ricordo un paio di fallimenti relazionali con pazienti paranoidi....”

Si è rilevata una paura da parte dei *pazienti* per il perpetuarsi di un disagio di natura organica o psichica ed emerge il timore, da parte del paziente, di non venire compreso.

“Per me sono problemi, anche se vengo per cose piccole perché io me le sento...il medico mi dice -stai tranquilla, non hai niente- ma io vado a casa e ci penso ancora. Per me sono problemi.”

“Mi preoccupa, avendo da controllare il mioma mi preoccupa anche di quello, di come mi troverà il medico, che non sia grave... Penso sempre che le cose debbono essere stabili.”

Non mi aspettavo che il medico di M.M.G. provasse queste forti emozioni di fronte al paziente psichiatrico, vera e propria paura del paziente, addirittura pena, come se ci fosse una difficoltà a gestire e contenere l'alone di sofferenza che questo tipo di paziente emana, senso di inadeguatezza relazionale e professionale, perfino sentimenti di abbandono e di essere lasciati soli ad affrontare situazioni al di là delle proprie possibilità e competenze.

Anche la paura del paziente non era prevista soprattutto nella sua sfumatura di non essere compreso dal medico.

6.5.2 Coscienza-Consapevolezza di Malattia

Questa *categoria* è emersa a conferma dei miei obiettivi iniziali e si è presentata sotto varie sfumature sia nella voce dei medici che in quella dei pazienti.

Il primo aspetto ha riguardato la consapevolezza da parte dei medici della complessità di gestione del paziente.

-Lo Psichiatra afferma che spesso il paziente psichiatrico presenta oltre alla malattia mentale, anche altre problematiche che possono pesare sulla malattia psichiatrica: **“certamente, spesso hanno altri problemi che interagiscono con il problema psichico....ne aumentano il problema psichiatrico.....si...”**

-Il medico di Guardia dice **“Faccio come farei con qualsiasi altra persona, che sia tutto a posto, anche perché spesso non è nulla di che ma non si sa mai che non ci sia qualcosa di vero...”**

-Il Medico di Medicina Generale dice che il paziente passa da momenti in cui si trascura totalmente ad altri in cui rovescia in un'unica volta tutti i suoi problemi sul medico: **“alla fine penso che si sottovalutino, si sottostimino.....si trascurano tanto da un punto di vista degli screening, del followup....o magari quella volta che vengono ti tirano fuori problemi gravi tutti insieme...”**

Un altro aspetto emerso nella categoria **“Coscienza-consapevolezza di malattia”** è stata l'ambivalenza emersa tra la “consapevolezza del medico di dover indagare i sintomi riportati dal paziente con un preciso percorso diagnostico-terapeutico” e le difficoltà che il medico incontra a seguire tale indicazione: **“ le abbiamo comunque dato da prendere dei FANS e però non sono serviti a nulla... ho sentito anche il palliativista e lui non ha reputato opportuno fare una terapia del dolore...si....è psicotica... mah...rispetto a una paziente non psichiatrica dai tutta un'altra importanza al dolore.....”**

Anche nel *paziente* si riconosce la coscienza di malattia, emerge il malessere del paziente che porta sulle sue spalle la malattia mentale:

“chiarire la situazione nei malati mentali non è facile...” e **“forse è anche la malattia che mi prende l'ansia... ma anche il mio problema di tutti i giorni**

di dover andare tutto il giorno in bagno....forse sono legate come cose....tutte insieme”

Inaspettatamente affiora che il paziente, durante una fase di riflessione sul suo modo di presentarsi al medico, si pone il dubbio di quanto i disturbi per cui si rivolge al medico siano di natura organica e quanto siano legati alla malattia mentale.

6.5.3 Complessità clinica e complessità di contesto

Questa categoria è stata, rispetto a miei obiettivi iniziali di indagine, una conferma pur considerando che alcune sfumature emerse sono state una novità.

E' emerso che i determinanti sociali come il livello di scolarità, l'ambiente familiare, il livello di benessere economico incidono profondamente sul tipo di approccio che il medico propone al paziente e sulla compliance del paziente alla terapia proposta. Lo psichiatra dice:

“il contesto economico, l' ambiente familiare, la possibilità di accesso alla psicoterapia.... dargli una terapia farmacologica in ambulatorio o riuscire ad appoggiarsi a servizi specialistici come il Centro di Salute Mentale o a sedute di psicoterapia dipende da questi fattori contestuali” .

E poi lo Psichiatra dice: , **“pur avendo fratelli , sorelle , un 'ex moglie, figli....nessuno lo vuole incontrare, nessuno vuole parlarci , è una persona difficile, a volte può fare paura, ha un modo di porsi intimidatorio.....non è una persona facile....va preso così...ma, questa non è una categoria diagnostica....il problema è su più livelli anche per quel che riguarda un supporto di rete familiare...non c'è, c'è solo la psichiatria e questo è un limite e un problema...**

Qui, per la prima volta si avverte, inaspettatamente, la rimostranza dello Psichiatra verso le istituzioni per doversi occupare interamente e in solitudine del paziente con disagio psichico.

Anche i pazienti mettono in luce la necessità di un ambiente domestico adeguato per il proprio benessere psico-fisico:

“Vorrei migliorare.....migliorare la vita....son sempre di ronda....vorrei non andare sempre in giro....stare più a casa....magari....legandomi al piede della tavola, così starei di più a casa.....magari la sera”

e ancora, **“eh...a casa ogni tanto c'è una bega, un litigio....dipende come hanno la luna...mah...mi provocano e io esco sì, vogliono tutto sul piatto ...tutto scodellato...”**, **“se stessi bene a casa guarderei la TV, mi riposerei, studierei meglio..il copione**

L'influenza che il contesto in cui medico e paziente si incontrano e iniziano il colloquio è stato come spiare da dietro una porta come potrebbe cambiare l'approccio del paziente alla sua malattia smussando, forse, quella complessità che gli appartiene e che tanto intimorisce il medico:

“se li incontri per strada sono diversi...se poi pensi al lavoro che fanno, beh non ti sembrano le stesse persone, lo stesso pezzo di tronco con cui qui non riesci a parlare....dipende dall'ambiente....tant'è che una mi ha detto “ lei non viene mai al bar? ” qui, pare che, per il *M.M.G*, incontrare lo stesso paziente fuori dall' ambulatorio sia come colloquiare con una persona più sciolta, con cui si possa dialogare e instaurare un rapporto di fiducia.

Emerge come nuovo elemento che l'ambiente dove il Medico incontra il paziente influenzi il risultato della consultazione allargando ulteriormente il carattere di complessità del paziente psichiatrico.

E' anche emerso che, secondo lo *Psichiatra*, questi pazienti si recherebbero malvolentieri in visita dal loro M.M.G. e questo porterebbe a uno scarso monitoraggio dell' evoluzione clinica del paziente da parte del M.M.G.

D' altra parte il M.M.G si troverebbe in difficoltà ogni qual volta questi pazienti, restii alle visite dal loro M.M.G ,decidano di recarsi in ambulatorio scaricando sul Medico una valanga di sintomi, emozioni, stati d'animo....tutti potenzialmente in cerca di risposte...

“ magari quella volta che vengono ti tirano fuori problemi gravi tutti insieme” e ancora

” il venire dal medico era un problema talmente grande per lui che quando è arrivato da me ... aveva tutta una serie di cose dentro...magari si trascurano e dicono “è troppo impegnativo andare, parlare...” e “poi ci sono quelli che avrebbero davvero bisogno di più controllo e non vengono , ti sfuggono...”

Inoltre emerge la difficoltà del medico di trasmettere al paziente l'importanza di eseguire accertamenti **“devi convincerli a fare esami sai...”** .

Emerge anche l' impotenza del medico di tramettere la gravità di certe situazioni cliniche emersa in alcuni pazienti:

“ un paziente ha avuto un infarto e non vuole più andare dal cardiologo, ha una sorta di rifiuto per lo specialista....credo perchè lei si è focalizzata su un altro problema...e non va più a fare controlli...”

oppure **“....ora andrò ancora alla carica perchè mi pareva di sentire una epatomegalia....lui non vuole andare a fare l'ecografia.....non va...”**

Anche il paziente si rende conto della difficoltà che ha di parlare di certe questioni con il medico lasciandolo allo scuro di tutto:

“Si, per esempio ho timidezza a parlare di certi argomenti....sulle emorroidi...perchè mi vergogno” e ancora “ è la riservatezza per certi temi....”

Il paziente si rende conto che ci sono problemi contingenti alla sua malattia a cui deve pensare **“eh....devo pensare ai chili di troppo...faccio delle passeggiate, ho perso due chili... e continuerò così...”**

un altro paziente è molto attento e consapevole del problema della dipendenza dall' alcool che ha avuto in passato:

“ sono 3 anni che ho smesso di bere...mi venne l'idea al bar, poi al bar ho smesso, ho detto alla cameriera di darmi l'ultimo bicchiere di rosso e quello è stato l'ultimo..”.

Qui comprendiamo l'importanza che il contesto socio-economico del paziente determina sull' approccio e sulle scelte proposte al paziente dallo Psichiatra.

Avvertiamo il disagio del medico quando dice che a causa della scarsa tendenza del paziente a recarsi dal M.M.G il monitoraggio che si potrebbe attuare con adeguati esami di follow-up viene a mancare e, come, una volta che questi pazienti decidono di recarsi in ambulatorio scaricano in una sola volta, come un fiume in piena, tutti i loro problemi mettendo il M.M.G in seria difficoltà sia da un punto di vista emozionale che di gestione oggettiva di tutti i problemi esposti.

Emerge anche la difficoltà del M.M.G a trasmettere al paziente la pericolosità di certe situazioni cliniche e, quindi, una difficoltà di relazione e di gestione del paziente psichiatrico.

6.5.4 Stigma

Questa categoria appartiene a uno di quegli elementi che ci eravamo prefissati di indagare all' inizio della nostra indagine. E' emersa sotto varie sfumature in ognuna delle persone intervistate, medici e pazienti.

Nel medico di Medicina Generale l'aspetto più diffuso dello *stigma* riguarda il suo pregiudizio di collocare il sintomo organico del paziente insieme al suo "essere matto". Ciò si può leggere in diversi punti delle nostre interviste :

" Penso che in questi pazienti i sintomi presentati possano essere di tipo psicosomatico spesso...questo non vuol dire che non indaghi con la diagnostica...certo è che parti con un preconcetto...però ti sforzi di comportarti come con gli altri, il mio tentativo è di comportarmi nello stesso modo ma sono un po' condizionato..." , il medico confessa la sua *coscienza dell' essere stigmatizzante.*

Oppure:

"...intanto questi pazienti hanno dei disturbi psicosomatici da discernere se possano essere anche problemi reali..." , il M.M.G. mettendo in serio dubbio che un disturbo organico riferito dal paziente possa essere reale e da indagare meglio.

A volte i sintomi organici riferiti dal paziente vengono attribuiti dal M.M.G agli effetti collaterali della terapia psichiatrica che assume : **" negli psichiatrici invece penso all'effetto collaterale dei farmaci come lo penserei per un altro se stesse facendo una terapia per qualcos'altro...oppure correlato alla sua patologia, non dico che se lo inventi ma....quello che può essere correlato.... sicuramente uno scompenso psichico peggiora tutte le sintomatologie"**

Al ripresentarsi di sintomi già analizzati in precedenza dal M.M.G., quest' ultimo rimane fermo sulla sua idea precedente che il sintomo organico sia di natura psichica e non vale la pena di indagarlo ulteriormente :

“l'altro giorno mi ha chiamato l'infermiera per dirmi che si lamentava ancora del dolore...ma...io...le ho detto che è già stato valutato il significato che la paziente dà al suo male...”

Gli Psichiatri vedono da parte di altri medici un comportamento stigmatizzante verso i pazienti **“forse uno dei problemi più grandi è che ci sono tanti pregiudizi....già l' etichetta “psichiatrico” è una parola che non mi piace...ogni volta che un paziente ha a che fare con la psichiatria automaticamente i colleghi di altre specialità o anche gli assistenti sociali tendono a riportare ogni problema alla sfera psichiatrica”** , **“è un termine molto stigmatizzante il termine “psichiatrico”, purtroppo adesso trovo molto..... diffusamente diffuso...”**

e medici che criticano il modo di lavorare di altri colleghi perché sottovalutano i sintomi riportati solo perché sono pazienti psichiatrici **“ dipende molto dalla sensibilità del singolo medico, se uno ha un problema fisico non dovremmo ritardare la diagnosi....mi è capitato di sentire “tanto è matto, cosa vuol fare”, a maggior ragione devi spenderti ancora di più...”**

Emerge una critica verso i MMG da parte degli specialisti psichiatri **“vedo che c'è un po' questa tendenza di dire che visto che tu hai questo problema (psichiatrico) tutti gli altri problemi confluiscono in quello...perché uno ha mal di pancia....allora è lo stato emotivo che te lo determina...e invece non è così...”**,

e verso gli altri specialisti **“ho una paziente che ha fatto 3 ricoveri in reparti psichiatrici e nessuno si era accorto che da giovane aveva avuto**

un'encefalite....mah dico io....un' anamnesi non gliel'ha fatta nessuno, nemmeno lo specialista in ospedale...”

emerge una delusione, un senso quasi di impotenza dello Psichiatra **“ecco, io vedo che questa operazione qui si fa....e mi dispiace perché è un retaggio del passato....prima era un concetto manicomialeun pochino il concetto viene esportato ancora....ha avuto una trasformazione rispetto al concetto di base ma c'è ancora....”**

Lo Psichiatra specifica il suo modo di operare nei confronti dei suoi pazienti facendo trasparire che il suo modo di porsi è assolutamente non stigmatizzante: **“in fondo li tratto come tutti gli altri come la scienza psichiatrica ci insegna a fare...e questa cosa attecchisce molto perché loro si sentono considerati...”**

Come nuovo aspetto emerge che lo *“Stigma”*, sia per i M.M.G che per gli Psichiatri è elemento comune di riflessione sotto punti di vista diversi: se lo Psichiatra ha il desiderio di sottolineare il bisogno che c'è di abbandonare l'atteggiamento stigmatizzante da parte di tutto il personale sanitario, il M.M.G dichiara la sua volontà di abbandonare quell' approccio stigmatizzante da cui talvolta è guidato nel suo lavoro di tutti i giorni.

Stupisce riconoscere che il Paziente non sembra avvertire l'atteggiamento stigmatizzante dei Medici come invece si sarebbe potuto pensare.

6.5.5 Conoscenza della Dimensione del Problema

Questa categoria rappresenta uno dei principali campi che volevamo esplorare fin dall' inizio della nostra indagine. Motivo principale per questo tema era la misera reperibilità di letteratura presente in Italia con studi che abbiano indagato

la maggiore incidenza di patologie CV, Diabete (DM), Sindrome Metabolica e quant' altro e della precoce mortalità del paziente psichiatrico.

E' stata la letteratura anglosassone a incuriosirci riportando studi quantitativi sull'incidenza di patologie associate alla malattia mentale da moderata a grave alla precoce mortalità di questi pazienti che, come riportato nella parte "Analisi dei dati quantitativi dalla letteratura" sappiamo vivere da 10 fino a 20 anni meno rispetto alla popolazione generale.

Dalle nostre interviste è stata confermata la scarsa conoscenza e rilevanza da parte dei MMG dell'associazione tra malattia mentale e Patologie Organiche Maggiori (Malattie Cardiovascolari, Diabete Mellito, Sindrome Metabolica ecc...).

I M.M.G non considerano il paziente psichiatrico più a rischio degli altri di sviluppare nella loro vita tali patologie, alcuni pensano che il paziente psichiatrico addirittura *"sia più sano degli altri"*.

Una parte di questi medici attribuiscono ai farmaci utilizzati per la loro malattia mentale degli effetti collaterali che devono essere per questo controllati con esami ematochimici e ECG.

Solo alcuni tengono in considerazione che questi pazienti muoiono prima pur non sapendo quantificare gli anni di vita in meno rispetto alla popolazione generale.

Gli Psichiatri reputano che per poter parlare di anni di vita in meno dovrebbero essere fatti dei "seri studi clinici" smascherando così la loro non conoscenza degli studi anglosassoni pubblicati.

I medici Psichiatri danno importanza alle patologie associate, agli effetti collaterali dei farmaci e agli esami che da protocollo i pazienti sono invitati a fare per seguire l'andamento terapeutico.

Riguardo al rischio di sviluppare altre patologie i M.M.G dicono : **“sono patologie frequenti ma non so se esiste una interrelazione....certo capita di vederle insieme...”**

Altri dicono **“mah, no ... sinceramente mi pare di no, mi sembra che abbiano meno patologie degli altri pazienti...non hanno mai accennato ad altre terapie per la pressione o il cuore...”**

Gli *Psichiatri* dicono

“ ci sono pazienti che hanno problemi fisici e organici di vario genere....diabete , obesità , problemi cardiologici....sono molto comuni...”

Riguardo agli effetti collaterali dei farmaci di ambito psichiatrico gli *Psichiatri* dicono: **“ con i nostri serotoninergici sarebbe buona norma fare un ecg all'inizio della terapie ” e “ le comorbilità mediche vengono accumulate nel corso delle nostre terapie purtroppo, vedi tutti i rischi metabolici legati al trattamento antipsicotico ”**

I MMG riguardo all' incidenza sugli effetti collaterali dei farmaci dicono: **“Mah....insomma....solo con qualche paziente che usava farmaci antipsicotici ho riscontrato sintomi extrapiramidali ma a volte è impossibile sacrificare il farmaco, è troppo importante.....”**

Riguardo all' aspettativa di vita di questi pazienti i MMG dicono

“ secondo me non hanno un aspettativa di vita tanto ridotta.....secondo me non c' è differenza...”

e gli *Psichiatri* dicono: **“moltissimi studi dimostrano che la mortalità dei pazienti psichiatrici è molto aumentata rispetto alla popolazione generale non tanto per i suicidi ma per le malattie organiche...”**

“non ricordo gli anni di vita.....comunque muoiono prima della popolazione generale per problemi cardiovascolari se non muoiono prima per suicidioper la forma cardiocircolatoria sicuramente....”

Il paziente dice che il MMG si occupa di fare richieste, di “curare” se ci sono dei sintomi:

“ il medico di base mi cura.....mi da le cose....mi fa le richieste ”

Diversamente dalle attese emerge che ci sono M.M.G che credono che l'aspettativa di questi pazienti sia inferiore a alla media della popolazione generale e altri suoi colleghi che invece pensano che abbiano un aspettativa di vita superiore.

Gli Psichiatri hanno maggiore consapevolezza rispetto al M.M.G della minor aspettativa di vita di questi pazienti pur non sapendo quantificare.

6.5.6 Sintomo organico

Questa categoria rappresenta uno dei campi che ci eravamo proposti di indagare fin dall'inizio della nostra ricerca. Riferimenti ad essa sono rintracciabili in tutte le interviste fatte sia ai medici che ai pazienti.

Il sintomo organico è uno, se non il principale, motivo di accesso in ambulatorio.

Molti medici interpretano ciò come una richiesta di attenzione da parte del paziente.; il medico fa molta fatica a indagare il sintomo, condizionato dallo *stigma* per il paziente psichiatrico, considerato tale, anche quando riporta un sintomo preciso al medico.

Il medico di Medicina Generale asserisce anche che, prima di considerare come *organico* il sintomo si debba escludere che non si tratti di qualcosa di *psicosomatico*.

“ Il dolore che ha penso sia un modo per attirare l'attenzione....sintomo depressivo, ansia, per richiamare l'attenzione”

“ Loro hanno imparato che riferendo una determinata patologia hanno più attenzione...”

“Penso che in questi pazienti i sintomi presentati possano essere di tipo psicosomatico spesso...”

I medici dicono che sia un pretesto del paziente per essere accolti e considerati, e che però non sia vissuto come *Il Problema* tanto che, se gli vengono richiesti esami di accertamento il paziente spesso non li fa:

“ Fa esami del sangue raramente, se glielo chiedi tu si fa misurare la Pressione...ma ha dimenticato il problema del cuore che ha...”

“...no, direi di no, alcuni a volte si, ma spesso non danno peso al sintomo...”

Il medico parla di “*malattia senza causa*” per descrivere il sintomo organico “**questi sintomi secondo me sono privi di una causa....”**

“vengono lamentati dei disturbi che sono strani...”

Il medico sa, e lo sottolinea nella sua intervista che ogni sintomo andrebbe indagato:

“se però hanno un sintomo acuto grave io gli dico di andare in P.S...ma loro spesso dicono “no, no, non vado in P.S , tanto mi mandano via”....”

Per lo *Psichiatra*, il sintomo organico può talora essere un modo per attirare l'attenzione del medico ma questo non esclude un suo doveroso approfondimento diagnostico da parte del MMG o di specialisti. Tali indagini spesso mancano e questo porta spesso a ritardi nelle diagnosi o *diagnosi perse*.

“...questo tra l'altro porta anche a dei ritardi nelle diagnosi nei nostri pazienti e un pochino a una “trascuratezza”

“vedo che c'è un po' questa tendenza di dire che visto che tu hai questo problema (psichiatrico) tutti gli altri problemi confluiscono in quello...se un paziente ha mal di pancia....allora è lo stato emotivo che te lo determina....mah...”

Per segni o sintomi di nuova insorgenza o attivi l'impressione dello Psichiatra è che i pazienti non siano guidati dall' interesse a risolverli :**“Generalmente non hanno motivazione a risolvere questo e altri problemi , almeno è la mia percezione questa, si fa fatica a ricordarlo...”**

Per corredi di sintomi di cui è già stata fatta diagnosi di malattia, come il diabete, lo psichiatra dice :

“quando hanno problemi fisici sono molto ligi al dovere, magari non prendono farmaci psichiatrici ma si fanno l'insulina....”

mentre se il sintomo è rimandato dai medici alla loro malattia psichiatrica il paziente scappa.

Per il *paziente* il *sintomo organico* è effettivamente il motivo di accesso nell'ambulatorio del MMG; non è vissuto come una Malattia e raramente è approfondito con la consulenza di Medici Specialisti:

“vado dal mio MMG se c'è un problema di salute insomma, un problema...”

“si, si, mi ha visitato...mi ha prescritto un farmaco e poi è andato tutto a posto”

“il MMG lo chiamo spesso.....per I miei problemi.....perchè vado spesso in bagno a urinare e lui mi dice di fare gli esami delle urine e altre volte di non farlo”

Il paziente pare convincersi che il suo problema non sia importante quando il MMG gli dice che non è un motivo per preoccuparsi e indagare:

“ forse vengo troppo spesso in G.M e vengo a disturbare per motivi non troppo importanti....piccoli motivi... il MMG mi dice “stai tranquilla non hai niente”.

“ vado dal medico vado per chiarirmi qualcosa ma a volte vado perché mi sento male ho qualcosa....l'ho trovato molto competente per quello

Diversamente da come mi sarei aspettata il Medico di Medicina Generale è un punto di riferimento per il paziente psichiatrico che desidera esporre un problema o ricevere un chiarimento.

Interessante e inaspettato è notare come in alcuni Pazienti nonostante il sintomo organico sia il principale motivo di accesso ambulatoriale esso non costituisca per loro il problema fondamentale e a causa di questo non vengono eseguiti gli esami di accertamento prescritti dai Medici.

6.5.7 Complessità relazionale

Questa categoria fa parte di uno di quei campi d'indagine che fin dall' inizio del nostro lavoro volevamo andare a osservare.

Mi incuriosiva approfondire se il paziente desiderasse da parte dei medici un rapporto diverso da quello che aveva e se questo potesse incidere sul risultato del rapporto medico-paziente e se eventuali carenze da parte del personale medico fossero da imputare a una scarsa compliance terapeutica da parte del paziente.

Per il Medico di Medicina Generale il paziente cerca il dialogo, e per questo servirebbe molto tempo da dedicargli :

“ i pazienti, se hai tempo, e gli dai spazio.....ti raccontano tutto....”

“ vorrebbero parlare di più, sicuramente, più che della terapia....., anche per affrontare l'aspetto della solitudine...”

“ il colloqui è importante...ma non sempre è possibile....a volte non si ha tempo.....”

Per il Medico di Medicina Generale una conoscenza profonda del paziente migliora il risultato del loro rapporto:

“se conosci i pazienti da più tempo è diverso....si, è diverso , migliora la comunicazione.....cade la vergogna”

Anche l'empatia tra medico e paziente influenza il grado di sostegno e di aiuto che il medico è in grado di dedicare al suo paziente:

“il problema è anche l'interazione tra medico e paziente, se si capiscono, se c'è intesa e se c'è qualcuno che ha voglia di lavorarci su....non è così scontato....”

Per i medici di Medicina Generale il rapporto che il paziente ha con i colleghi del CSM dipende fortemente da eventuali rapporti avuti in precedenza con il Centro:

“esperienze passate vissute negativamente con il Centro di Salute Mentale hanno poca fiducia nel personale e nell' ambiente...”

“.... trovano destabilizzante trovare medici psichiatri diversi alla visita....”

I pazienti sono anch' essi d'accordo sul fatto che il colloquio sia una delle loro principali richieste:

“io devo parlare per risolvere il problema, tenere il colloquio, praticamente mi tranquillizza e poi si risolve un po’ il problema, tranquillizzandomi.....”

Ci sono pazienti che rimangono delusi dall' approccio privo di “compassione” del medico:

“sono collaboranti ma non trovano le parole, non trovano le parole....; è successo una volta che stavo male , è venuto a casa mi ha fatto una puntura e bon....senza nessun' altro approccio, senza nessun altro rimedio....”

e addirittura qualche paziente sembra voglia giustificare l'atteggiamento distaccato del medico incolpando se stessi di non meritare certe attenzioni:

“...mi lasciano andare subito non mi fanno niente...vengo a disturbare per motivi non troppo importanti...”

Mi sono stupita della lucida consapevolezza che hanno i pazienti rispetto alla loro complessità assistenziale, alle numerose richieste e a tutti i problemi che riversano sul M.M.G. tendendo quasi a giustificare l'atteggiamento distaccato del M.M.G.

6.5.8 Collaborazione e Comunicazione tra professionisti

Questa categoria risponde a uno degli interrogativi che ci eravamo posti nella fase di progettazione e ideazione di questo lavoro; è nata in noi l' idea che si potesse approfondire meglio quali fossero le necessità di medici e pazienti rispetto al loro rapporto con le figure mediche con cui avevano a che fare.

Per i medici volevamo scoprire se sentissero la necessità di una collaborazione con i colleghi di altre specialità, con la Psichiatria in primis ma anche con

specialisti di altri campi per eventuali consulenze richieste per inquadrare meglio i loro pazienti.

Per i pazienti volevamo capire se avvertissero o meno la necessità di avere intorno a se una rete fatta da medici e operatori socio-assistenziali e se si potesse migliorare la loro assistenza sfruttando le risorse socio-economiche attualmente disponibili.

I medici riferiscono di trovare conforto e rassicurazione nel confronto con lo psichiatra per casi clinici più complessi:

“ Mi sono sentita con I medici del CSM, mi tranquillizza questo, se ho qualche paziente con patologia più complessa chiedo un consiglio a loro...”

“a volte posso essere coinvolto emotivamente ma ...potendo coinvolgere lo specialista.....mi sento tranquillo...”

“se ho necessità chiamo lo psichiatra reperibile perché loro conoscono la loro storia e insieme allora posso aiutarli ma da sola....non so...”

Lo psichiatra dice che a volte capita di prendere contatto con il MMG per problemi non attinenti alla patologia psichiatrica di base:

“....se scopro che un paziente ha una cardiopatia o un problema intestinale come mi è capitato comunichiamo, conosco tutti I medici di base ormai, se hanno qualche problema chiamano...devo dire che....non so se è un bene o un male....”

sottolineando che in un paziente psichiatrico preso in carico dal CSM spesso è proprio lo psichiatra a mettere al corrente il medico di sintomi o malattie di nuovo riscontro.

Dalle parole dello psichiatra sembra che se il MMG avesse una visione più completa e più continuativa del quadro dei suoi pazienti psichiatrici certi sintomi potrebbero essere trattati proprio dal MMG e non dallo Psichiatra che si trova in difficoltà ad affrontare problematiche non di attinenza psichiatrica:

“tendenzialmente il MMG penso abbia l'idea che i nostri pazienti siano nostri...e questo sarebbe una cosa su cui lavorare a mio modo di vedere....mi son trovata con depressi anziani, e dal momento in cui noi diagnosticliamo la depressione pare che ce ne dobbiamo occupare noi....in realtà dovrebbe tornare dal proprio medico di base, farà controlli periodici...”

Questo denota una scarsa comunicazione tra MMG e Psichiatra: l'uno si lamenta dell'altro di una scarsa comunicazione dando per scontato, entrambi, che starebbe all' altro fare “il primo passo”... Il MMG ha individuato che i referti redatti dallo psichiatra non giungono direttamente online nella cartella del paziente e questo porta a una minore conoscenza dell' evoluzione clinica del paziente e di eventuali cambiamenti nelle terapie.

D'altronde lo Psichiatra è scocciato dal fatto che il MMG non chieda informazioni circa il suo paziente:

“Con i MMG con il computer siamo stati facilitati, attraverso il SIT possiamo vedere soprattutto le prescrizioni fatte dal MMG e di recente possiamo anche visionare gli esami ematici che il paziente fa, così possiamo vedere un pochino cosa sta facendo il MMG grossolanamente, almeno sull'andamento....una volta quando c'era il piano terapeutico c' era una maggiore comunicazione, ora comunichiamo con il MMG solo raramente”

Il M.C.A. dice:

“ E’ successo una volta che non riuscivo a gestire bene la cose perché abbiamo informazioni molto limitate, non sappiamo niente di questi pazienti, non abbiamo accesso alla loro storia clinica...nemmeno le terapie...e questo mi crea difficoltà....crea difficoltà a me e a loro....”

Il M.M.G. dice:

“....non arrivano online i referti del C.S.M., sono scritti a mano, se non me lo porta la persona direttamente le terapie nuove le prescrivono direttamente al CSM e io non le vedo...”

“il rapporto con lo psichiatra è utile.....e per altri pazienti gravi è indispensabile....a volte viaggiano su binari separati...a volte quello che decidono su un paziente non mi viene riportato, non mi arrivano i referti dei pazienti psichiatrici, con Ampere non arrivano...”

“infatti non mi vengono nemmeno a chiedere la prescrizione di farmaci psichiatrici, anche senza piano terapeutico, perché i pazienti non pensano siano di attinenza del MMG, quindi non mi coinvolgono nemmeno, non mi rendono partecipe.....e questo mi crea dubbi.....”

Riguardo a richieste di collaborazione con altri specialisti i medici dicono:

“...non ho visto tante visite specialistiche su consiglio del Centro di Salute Mentale... solo esami ematici e ecg....”

evidenziando che per questa tipologia di pazienti non ci sono molte richieste di consulenze extrapsichiatriche.

I *pazienti* dicono di avere l' impressione che i medici tra se si sentano e questo può portare a dei benefici:

“parlano i medici tra loro secondo me....per me va bene, stanno facendo molto per me”

“se il medico di guardia conoscesse la mia storia sarebbe più capace di muoversi a tranquillizzarmi....si, sarei più tranquillo io”

ma secondo altri pazienti cercare la collaborazione con altri medici è un segno di ignoranza da parte del medico...:

“se il medico di guardia chiedesse informazioni al mio M.M.G. o con il C.S.M....ma..... è un segno che non saprebbe come fare il MDG, sarebbe segno che non saprebbe come fare.....”

Rispetto all'accesso a visite specialistiche non psichiatriche il paziente dice di non averne fatte molte e che quelle eseguite si sono risolte velocemente, senza approfondire troppo:

“sono stato al Centro Antidiabetico una volta....poi mi ha seguito il mio medico....”

“il cardiologo mi ha visitato il cuore, mi ha ricoverato una notte e mi ha messo su il monitor per vedere bene la pressione e la mattina verso le 11 mi ha dimesso....avevo un dolore al torace da tempo ormai...”

Si intravede un disagio da parte del MMG che realizza di non essere aggiornato sulla storia attuale del suo paziente e un fastidio verso lo Psichiatra che decide i cambiamenti terapeutici da fare senza comunicarli al MMG. Sembra quasi che il M.M.G si senta “derubato” del suo paziente per mano dello Psichiatra che tende ad accentrare su se stesso le sue informazioni cliniche.

D’altro canto lo Psichiatra lamenta che alcuni pazienti non vengono seguiti dal loro M.M.G e che pesi tutta su di loro la cura del paziente.

6.5.9 Carico di lavoro

Mi ero prefissata di indagare questa categoria fin dall'inizio dell'indagine: partendo dalla mia personale esperienza di Medico di Continuità Assistenziale ho notato che questi pazienti facevano ripetuti accessi ambulatoriali sia diurni che notturni. Mi sono chiesta se ciò accadesse anche nell'ambulatorio del loro MMG e a quale carico di lavoro fossero sottoposti i loro MMG.

Le interviste hanno evidenziato che i Medici di Medicina Generale devono prestare un impegno leggermente maggiore per il lavoro di accoglienza e di ricettazione di questi pazienti rispetto a quello che accade con gli altri pazienti:

“ si rivolgono a me anche per le ricettazionima non eccessivamente.... per le terapie e per gli esami ematici anche se spesso li richiedono dal CSM....”

“Terapia ansiolitica e terapia con serotoninergici la prescriviamo noi, terapia con antipsicotici le prescrivono loro come prima prescrizione e anche dopo, spesso le fanno loro....”

Il carico di lavoro principalmente diventa pesante per l'aspetto emotivo che questi pazienti evocano nel medico e per i dubbi diagnostici che con le loro frequenti richieste determinano. Questo crea insicurezza nel medico e scarsa empatia con il paziente:

“Il carico di lavoro è maggiore, perché oltre alla frequenza di certe persone, che poi non è nemmeno detto, quando vengono dovresti chiedergli di tutto di più per indagarli a fondo...poi i dubbi che sorgono a me se sono sintomi psichici o meno....se hanno cambiato terapia e non me lo hanno comunicato dal CSM...”

“Sicuramente le telefonate sono molte di più rispetto ai non psichiatrici.....c'è un paziente che mi chiama in continuazione....mi manda messagginon la smette proprio....magari a volte mi manda un messaggio per dirmi che sta meglio...ha bisogno di rassicurazione....”

Per lo psichiatra, il motivo del sostenuto carico di lavoro a cui è sottoposto sta nel fatto che molti di questi pazienti si rivolgono esclusivamente allo psichiatra per qualunque problema, psichiatrico e non:

“...ci sono poi pazienti che hanno molti aspetti problematici che non vanno dal M.M.G. e restano agganciati solo alla psichiatria; li è lo psichiatra a doversi occupare di tutto e questo porta lo psichiatra a dover far tutto...”

...e per il lavoro di educazione del paziente che lo psichiatra fa affinché la compliance al trattamento sia adeguata:

“Lavoriamo molto sull'adesione al trattamento, per alcune patologie non è un problema, per altre lo è fin dall'inizio..... lavoriamo in ambito psicoeducativo, dove va ad agire il farmaco, come agisce, perché è importante non interrompere, sulla gravità delle ricadute che è bene non avere per poter lavorare bene insieme...”

Rispetto al' accesso in G.M. i pazienti dicono:

“dal Medico di Guardia vengo perché penso di stare male, non per le medicine..”

E' interessante notare come, mentre ci aspettavamo che la mole di lavoro per il M.M.G. nell'assistenza del paziente psichiatrico fosse causata principalmente dal maggior tempo da dedicargli, si è visto come una fetta importante del carico di lavoro fosse dovuta al carico emotivo che questi pazienti suscitano nel M.M.G.

6.5.10 Accoglienza del paziente da parte delle Strutture

I Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale e gli Psichiatri riguardo all'accoglienza verso il paziente psichiatrico dicono:

“...chiedo al paziente perché sia venuto in G.M.....se è solamente un fatto di momentanea solitudine, quindi necessità di esprimere sentimenti, sensazioni...il paziente parla, racconta....”

Il M.M.G. e il M.C.A. osservano principalmente i fatti che gli si presentano davanti senza ripercorrere il passato:

“.....li visito, cerco di ascoltarli, faccio un'anamnesi dettagliata....prescrivo terapie, cerco sempre di farli venire in ambulatorio, se non possono ma penso che serva vederli vado a domicilio, cerco di dare qualche consiglio per cercare di tranquillizzarli un pochino...”

Lo Psichiatra , per aiutare il paziente cerca di scavare nella sua storia:

“Facciamo accomodare il paziente, raccogliamo l'anamnesi, se c'è un anamnesi passata psichiatrica, se c'è un anamnesi familiare positiva per patologia psichiatrica”

Lo Psichiatra nel parlare di questi pazienti parla di come dovrebbero venire accolti dagli altri medici in quegli orari in cui non possono rivolgersi al CSM mettendo l'accento sul fatto che queste persone hanno necessità di sentirsi accolti tramite la conversazione e l'ascolto:

“richiedono molta attenzione quando il servizio non c'è perché altrimenti o il centro diurno o l'operatore....c'è sempre un operatore.....sono messaggi relazionali....che chiedono a chi c'è”

I pazienti dicono del CSM:

“il Centro segue il paziente anche se non è ammalato, anche se non ha il problema segue il paziente, e cerca di capire com'è l'andamento della vita e della giornata e se ci sono problemi cerca di risolverli....”

“lo psichiatra entra di più nella persona, nel senso che la conosce meglio però scava un po'....mi consiglia, mi dice come stare meglio..”

del medico di Guardia dicono:

“mi ha visitato facendomi spogliare e stendendomi; mi ha visitato bene e il medico mi ha fatto una puntura per il male, a volte mi hanno fatto una ricetta per prendere le medicine...”

Sorprende scoprire come il paziente psichiatrico, a fronte della propria fragilità ed inadeguatezza all'interno del mondo, abbia invece ben chiaro come orientarsi nei servizi sanitari e sappia cosa chiedere ai diversi servizi e professionisti della salute.

7. CONCLUSIONI

In accordo con la letteratura, da questo lavoro emerge che in tutti i professionisti preposti alla cura del paziente psichiatrico non ci sia – seppure con sfumature diverse – grande consapevolezza degli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici determinando nei medici scarsa attenzione verso gli stessi effetti, contribuendo così all' insorgenza silente di patologie organiche importanti.

I pazienti stessi tendono a lamentarsi poco degli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici che usano e non hanno paura dell'insorgenza di possibili malattie organiche gravi (cardiovascolari, diabete...) come ce l'ha la maggior parte della popolazione con fattori di rischio non legati all' uso di farmaci psichiatrici.

Ciò a fronte della scarsa vigilanza e alla scarsa comunicazione medico-paziente riguardo ai possibili effetti collaterali causati dagli antipsicotici.

Considerando poi l'importanza che l' impatto emotivo ha nella relazione con questi pazienti potremmo ipotizzare, con ulteriori ricerche, che se la relazione medico-paziente fosse vissuta in maniera più serena e fosse meno influenzata dal pregiudizio, forse, la qualità di assistenza, diagnosi e cura potrebbe essere migliore per questi pazienti e diventare per tutti gli operatori sanitari argomento di formazione.

Come conferma la letteratura anglosassone, gli effetti collaterali dei farmaci, insieme alle patologie organiche sottovalutate e non curate bene nel tempo sarebbero causa di minor durata di vita per questi pazienti. Poiché alcune interviste suggeriscono che i medici hanno la percezione di questa minor durata di vita andrebbero date più informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci e sugli studi che parlano di incidenza della grandi patologie, andrebbe incentivato l' utilizzo di strumenti relazionali e gestionali ponendo particolare attenzione all'

integrazione tra servizi territoriali che cooperano insieme per la cura del paziente psichiatrico.

Questi ultimi aspetti meriterebbero ricerche ulteriori a investimenti formativi e gestionali.

Rimane infine da approfondire se e come dovrebbe essere stimolata la consapevolezza per una salute globale in questi pazienti.

Andando nel particolare delle interviste emerge anche una sorta di “collusione” tra il Medico di Medicina Generale e il Paziente Psichiatrico riguardo al sintomo organico.

Da un lato il paziente non dà un peso rilevante al sintomo organico essendo più dedito a utilizzare strumentalmente quest’ultimo per essere ascoltato piuttosto che tentare di risolverlo in modo definitivo.

Dall’altro lato il M.M.G. descrive il malessere riferito del paziente come una “malattia senza causa” . Ciò fa pensare che questo possa condizionare il modo di affrontare il sintomo organico da parte del M.M.G.

Viene da chiedersi se, con un paziente diverso, “non matto”, il medico si comporterebbe nello stesso modo. Se il paziente vivesse diversamente quel sintomo che ha deciso di condividere con il suo medico se lo considerasse per quello che oggettivamente è; o se il paziente dovrà utilizzare sempre un pretesto per essere ascoltato.

Ci chiediamo se il ruolo del M.M.G non possa essere quello di educare e responsabilizzare questi pazienti considerandoli come delle persone complesse sì, ma degne di ricevere rispetto e un’assistenza sanitaria adeguata.

Questo crea ulteriori interrogativi in merito a una possibile strada risolutiva che probabilmente meriterebbero altre ricerche di approfondimento.

Si nota anche che, nonostante siano emersi dei limiti nel rapporto medico-paziente e a volte anche una scarsa attenzione da parte del M.M.G e del M.C.A. verso il paziente psichiatrico, quest' ultimo però riconosce e apprezza l'importanza di ricevere da parte dei medici disponibilità e rassicurazioni che riescano a farlo stare meglio.

Inoltre notiamo come sia lo Psichiatra che il MMG avvertono un disagio nel gestire il paziente psichiatrico lamentando una scarsa collaborazione reciproca.

Entrambi tendono a comunicare con il collega solo in situazioni estreme.

Sarebbe utile indagare sulle possibili cause di questa mancanza per ricercare delle soluzioni che portino a un più proficuo lavoro di gruppo?

Una delle strade da percorrere potrebbe essere quella di promuovere il lavoro in team tra M.M.G. e Psichiatria sul Territorio?

Partendo dalla mia esperienza personale durante il Corso di Formazione in Medicina Generale a Trento dove ho avuto l'opportunità di conoscere il metodo di apprendimento del Paziente Simulato, strumento che integra competenze cliniche ,capacità relazionali e attenzione verso la storia umana del paziente, è possibile immaginare questo tipo di soluzione per far sì che i medici riflettano sul proprio comportamento in modo da migliorarsi verso la gestione e la cura del paziente psichiatrico?

Andrebbe anche indagato se esistono e come vengono praticate forme di "educazione sanitaria" del cittadino rivolgendo l'attenzione a questi pazienti che forse non si sentono, nella società in cui vivono, delle persone "globali" ma sole.

BIBLIOGRAFIA:

A.Bianchi e coll., “Manuale di Neuroscienze Forensi”, 2009.

S.Campostrini, “Indagini e statistiche per il turismo”, Univeristà Cà Foscari, Venezia, Febbraio 2011

Crump C., Winkleby M.A., Sundquist K., et al, Am J Psychiatry 170:3, March 2013, “Comorbidities and Mortality in Person With Schizophrenia: a Swedish National Cohort Study”.

De Hert M., Correl C.U., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M. et al., Worl Psychiatry 2011; 10:52-77, “Physical illness in patients with severe mental disorders.Prevalence, impact of medications and disparities in health care”

A. De Lillo, “l' intervista” E.Sala, 2010, “Il mondo della ricerca qualitativa”

Dye J.F, Schatz I.M, Rosemberg B.A., Coleman S.T, Constant Comparison Method: A Kaleidoscope of Data, the qualitative report , January 2000

Alexander H. Glassman, MD; Christopher M. O'Connor, MD; Robert M. Califf, MD; Karl Swedberg, MD; Peter Schwartz, MD; J. Thomas Bigger, Jr, MD, Sertraline Treatment of Major Depression in Patients With Acute MI or Unstable Angina, JAMA 2002.

E.Goffman, La Carriera morale del malato mentale, in Asylums, Le istituzioni totali, introduzione di Franco e Franca Basaglia, traduzione di Franca Basaglia, Einaudi, Torino, 1968.

David L. Hare, Samia R. Toukhsati, Peter Johansson, Tiny Jaarsma, Depression and cardiovascular disease: a clinical review, European Heart Journal 2013

Moineddin R, et al. J Epidemiol Community Health 2014; 68:64-70, "Mental health status and gender as risk factors for onset of physical illness over 10 years" , Matheson FI, Smith KLW.

Dominique L. Musselman, MD; Dwight L. Evans, MD; Charles B. Nemeroff, MD, PhD, The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease, Arch Gen Psychiatry, July, 1998

Carmine Pizzi, Lamberto Manzoli, Stefano Mancini, Grazia Maria Costa, "Analysis of potential predictors of depression among coronary heart disease risk factors including heart rate variability, markers of inflammation, and endothelial function" , European Heart Journal, April 2008.

S.Kvale, " Doing Interviews, 2008 "

Oud MJT, Shuling J. Groenier K.H, et al, BMC Family Practice, "Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study".

Elisabet Resinger Walker, PhD, JAMA Psychiatry 2015; "Mortality in Mental Disorders and Global disease Burden Implications, A systematic Review and Meta-analysis".

David Shiers, Peter B Jones, Steve Fields, British Journal of General Practice, June 2009; “ Early intervention in psychosis: keeping the body in mind”

Smith D.J, Martin D., McLean G. at al, BMC Medicine 2013,11:263, “ Multmorbidity in bipolar disorder and undertreatment of cardiovascular disease: a cross sectional study”.

Ya-Mei Bai, Tung-Ping Su, Mu-Hong Chen, Tzeng-Ji Chen, wen-Han Chang, Journal of Affective Disorders 2013, “Risk of developing diabetes mellitus and hyperlipidemia among patients with bipolar disorder, major depressive disorder, and schizophrenia; a 10-year nationwide population-based prospective cohort study”,