

Per una cultura delle competenze in psichiatria: l'ABC per iniziare

Franco Veltro¹*

¹Direttore Dipartimento Salute Mentale, Azienda Sanitaria Regione Molise

La legge 81/2014 relativa al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari¹ ha riaperto nel mondo della psichiatria una animata discussione² sul ruolo della psichiatria nella società. In sintesi, viene affermato che gli psichiatri “non ne vogliono più sapere del mandato sociale e politico, interessati al sapere tecnico-scientifico con lo sguardo teso verso le neuroscienze”. Si potrebbe rispondere di quanto sarebbe “socialmente pericoloso” l’interrogarsi sul mandato politico mentre si è consapevoli che più del 50% delle persone affette da schizofrenia nel mondo ad esempio non ricevono trattamenti efficaci³, che la prevalenza dei disturbi mentali in Italia è del 7,3%⁴ – la stima più bassa in Europa – ma nonostante ciò con lo stesso presumibile basso “coverage” di sanità pubblica stimato negli studi epidemiologici intorno al 30%⁵. Se nel mondo la psichiatria fatica a far emergere una immagine positiva e propositiva⁶, una propria identità ed utilità per favorire l’accessibilità ai servizi sanitari, in Italia si ha l’impressione che questa difficoltà sia ancora più accentuata probabilmente per la resistenza ad abbandonare il paradigma culturale centrato sulla “follia” a favore di quello di sanità pubblica che vede la persona come affetta da “problemi di salute mentale”⁷. Condizione assai singolare per il nostro paese dove la tutela della salute mentale avviene nella comunità, in assenza di Ospedali Psichiatrici e con risorse assai limitate. Se questa tutela rimane ancora possibile lo si deve alle tante competenze proprie della psichiatria che, seppur a macchia di leopardo, sono disponibili anche nel nostro Paese e che rappresentano “l’alfabeto dello psichiatra”, ovvero le competenze fondamentali che tutti dovremmo conoscere, condividere, praticare, valutare e migliorare continuamente.

A. Ascolto Attivo e Ascolto Empatico. Riguarda l’abilità di comunicazione e di comprensione dello stato emotivo altrui che si acquisiscono tramite corsi di formazione soprattutto, ma non solo, per una buona Accoglienza delle persone con disagio psichico.

B. Biologia. Conoscere i parametri “vitali” di una persona (frequenza cardiaca, valori pressori, intervallo elettrocardiografico Qtc, glicemia, transaminasemia, etc.), è necessario per la prescrizione di psicofarmaci.

C. Clinica. La valutazione è la componente fondamentale perché l’esame psichiatrico e/o psichico permette di accertare i sintomi al fine di pianificare un trattamento appropriato, non solo farmacologico.

D. Diagnosi Funzionale. È il risultato del processo di conoscenza e comprensione completa dei fattori ostacolanti (sintomi, limitazioni del funzionamento personale e sociale, fattori ambientali) e favorenti (le “risorse” personali, sociali, ambientali) la condizione di salute.

E. Epidemiologia. Prevalenza, incidenza e fattori di rischio dei disturbi organici e funzionali, quali ad es. fattori di rischio epidemiologici per la valutazione del rischio suicidario.

F. Farmacoterapia. La conoscenza delle molecole è indispensabile per la scelta, il dosaggio e gli effetti collaterali soprattutto quando bisogna scegliere tra preparazioni anche nella modalità di rilascio del principio attivo.

G. Governance Clinica. Maggiore attenzione viene sempre più rivolta alla valutazione della qualità assistenziale in relazione alle sue diverse dimensioni: sicurezza dei pazienti (risk management); efficacia ideale e reale, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d’accesso, efficienza. Appartengono a quest’area i percorsi assistenziali e la necessità di aumentare le competenze per i percorsi terapeutici individualizzati.

H. Handicap. A questo termine pregiudizievole viene oggi preferito quello di partecipazione, limitata per i sofferenti psichici per vari fattori tra i quali il più importante è lo stigma, ossia i pregiudizi, gli stereotipi e la discriminazione. Non sempre la lotta allo stigma viene condotta in maniera competente.

I. Integrazione bio-psico-sociale. La possibilità di disporre oggi di farmaci, psicoterapie e interventi riabilitativi efficaci e specifici impone competenze elevate per “combinare bene” questi interventi sanitari tra loro, in modo sequenziale e in modalità diversificate, individuali e/o di gruppo.

L. Linee guida. Sono raccomandazioni di comportamen-

Citazione. Veltro F. Per una cultura delle competenze in psichiatria: l’ABC per iniziare. Evidence 2014;6(7): e1000084.

Pubblicato 14 luglio 2014

Copyright. © 2014 Veltro. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l’utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d’interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* e-mail: francoveltr@gmail.com

to clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere clinici e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Suggestiscono cosa fare anche nelle diverse fasi del disturbo (per esempio, di esordio piuttosto che di stabilizzazione) e costituiscono anche uno strumento di tutela medico-legale.

M. Management del disturbo mentale. Alcuni disturbi necessitano di percorsi complessi che coinvolgono spesso numerosi professionisti e operatori sanitari, di diversi enti, con competenze specifiche. Sono state studiate e validate strategie organizzative come ad esempio il case-manager o il care-manager, per garantire l'omogeneità degli interventi e il monitoraggio.

N. Neuroscienze. È il campo degli studi interdisciplinari finalizzati ad esplorare le funzioni mentali (non solo cerebrali!). In questo campo sono state studiate funzioni complesse come quelle della cognizione sociale di rilevante importanza per interventi psicosociali per l'autismo e per la schizofrenia.

O. Outcome. Indica l'esito, ossia la modificazione della condizione dello stato di salute dei pazienti, la cui valutazione sistematica e periodica attraverso indicatori predefiniti, espliciti e riproducibili permette di calibrare i trattamenti attivi.

P. Psicoeducativa. Sono trattamenti che consistono nell'abilità di scambiare informazioni sulla natura del disturbo e sul trattamento con i pazienti e con i familiari, nel migliorare le loro abilità di comunicazione e di problem-solving. Le revisioni sistematiche della letteratura scientifica li indicano tra gli interventi più efficaci per il disturbo schizofrenico e bipolare.

Q. Questionari e Interviste. A supporto della valutazione clinica (personalità, funzionamento personale e sociale, etc.), sono sempre più utilizzati per le certificazioni ad uso medico-legale, per valutare i programmi assistenziali e la soddisfazione per gli interventi ricevuti.

R. Relazione terapeutica. Fondamentale in ogni rapporto medico-paziente, assume in psichiatria una valenza specifica. Occorre molta competenza per una corretta "distanza terapeutica", che impedisca effetti negativi, quali la disorganizzazione e la vischiosità, senza lasciare spazio a una percezione di distanziamento che può determinare ansia e sentimento di abbandono.

S. Salutogenesi. Questo approccio, basato sui fattori che promuovono la salute, è ormai raccomandato da tutte le istituzioni e agenzie non governative. Si pensi solo alla promozione della salute mentale nelle scuole che si concentra sempre di più su fattori di autoefficacia, resilienza, ottimismo, speranza, abilità di vita e cooperazione tra pari.

T. Trattamenti efficaci. Oggi l'efficacia di un trattamento, non solo farmacologico ma anche psicosociale, viene valutata attraverso trial clinici controllati e randomizzati, sempre più sofisticati (alcuni con metodi "pragmatici"

e partecipati) che dovrebbero impedire l'erogazione di prestazioni inutili e/o dannose. Il manuale Clinical Evidence, realizzato dal Ministero della Salute, riporta per tutte le patologie, incluse quelle psichiatriche, gli interventi di provata o probabile efficacia.

U. Untreated psychosis. Termine convenzionale per indicare il periodo di non trattamento che intercorre tra il primo sintomo psicotico e l'inizio di un trattamento adeguato. Maggiore è il periodo di non trattamento e più difficoltà si incontrano nella gestione del disturbo. È importante conoscere i fattori che impediscono l'accesso alle cure, ben studiati in letteratura e classificati come personali, familiari e ambientali.

V. Vulnerabilità. Ci si riferisce alla valutazione della suscettibilità o predisposizione di base per i disturbi di salute mentale che sono in relazione ad elementi del corredo genetico e/o alle prime esperienze di vita. Ad esempio riveste particolare importanza la qualità della relazione con le persone significative dell'infanzia e la qualità dei fattori traumatici. Da anni il modello esplicativo per molti disturbi mentali è quello cosiddetto stress-vulnerabilità-coping, dove per coping si intende la capacità dell'individuo di fronteggiare situazioni problematiche.

Z. Zeta-test. È uno dei tanti test statistici, qui riportato per ribadire che una conoscenza di base in questo campo è necessaria per comprendere appieno la letteratura scientifica, in particolare le revisioni sistematiche con meta-analisi, il cui scopo è quello di riassumere i dati provenienti dai risultati di studi primari.

BIBLIOGRAFIA

1. Consiglio Nazionale Forense. E' legge il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Attesa per la decisione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulle carceri italiane. Newsletter 198, 3 giugno 2014. Disponibile a: www.consigliounazionaleforense.it/site/home/area-stampa/archivio-newsletter/articolo8679.html Ultimo accesso 14 luglio 2014.
2. Forum Salute Mentale. Disponibile a: www.news-forumsalutementale.it. Ultimo accesso 14 luglio 2014.
3. World Health Organization. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Schizophrenia. Disponibile a: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en. Ultimo accesso 14 luglio 2014.
4. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Visonà G et al. La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi. Disponibile a: www.epicentro.iss.it/temi/mentale/Esemed.pdf. Ultimo accesso 14 luglio 2014.
5. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. EpiCentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Salute mentale. Disponibile a: www.epicentro.iss.it/temi/mentale/mentale.asp. Ultimo accesso 14 luglio 2014.
6. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry*, 2013; 12:3.
7. Maj M. From "madness" to "mental health problems": reflections on the evolving target of psychiatry. *World Psychiatry* 2012; 11:3.