Il silenzio assordante sulla salute mentale

Il Ruolo Del Medico
Di Medicina Generale
Nella Salute Mentale

Ovidio Brignoli e Grazia Rinaldis
Medici di Medicina Generale Brescia

Il medico di famiglia e il paziente con patologie psichiatriche.

- Ansia
- Disturbi somatoformi
- Attacco di panico
- Depressione reattiva
- Depressione maggiore
- Depressione bipolare
- Disturbo di personalità
- Schizofrenia
- Psicosi paranoide

Patologie psichiatriche poco complesse

- Ansia
- Disturbi somatoformi
- Attacco di panico
- Depressione reattiva

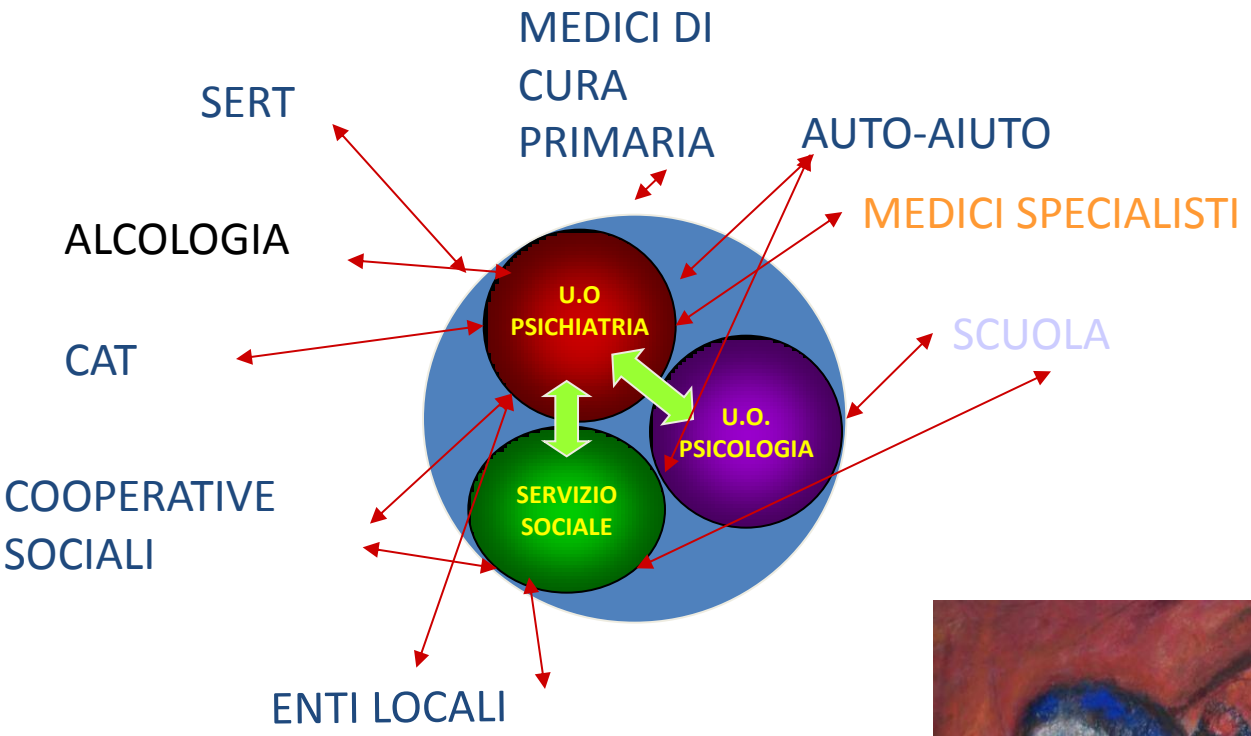
Patologie psichiatriche più complesse

- Depressione maggiore
- Depressione bipolare
- Schizofrenia
- Disturbo di personalità
- Psicosi paranoide

Di chi si deve preoccupare e occupare il medico di famiglia ?

- Malato
- Famiglia
- Società

rete servizi territoriali integrati



elementi fondamentali per buona presa in carico

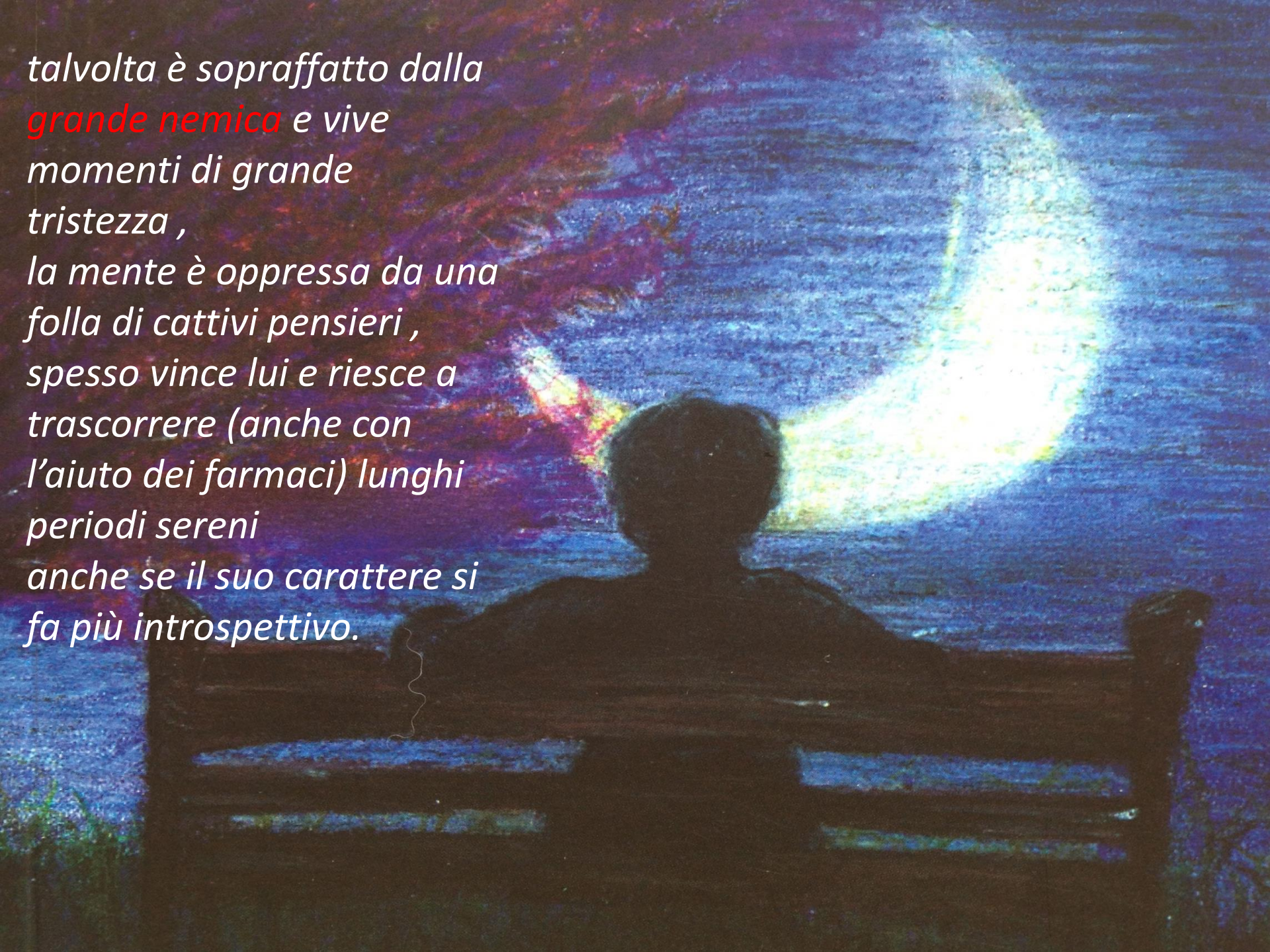
- **accoglienza** adeguata
- **comprensione** del problema
- **alleanza** terapeutica con la persona in difficolta'
- **alleanza** con la famiglia
- **alleanza** con la rete informale di contesto di vita quotidiana
- **attivazione delle risorse** disponibili nella rete sociale istituzionale e informale
- **accordo nell'equipe** che si cura di bisogni della persona e della sua famiglia
- **negoziazione con paziente e familiari** su quali risorse attivare nella determinazione del percorso emancipativo piu' efficace
- **flessibilita' delle risorse** per raggiungere gli obiettivi

Quali criticità ?

- Criteri di diagnosi poco codificabili e oggettivi
- Difficoltà nella comunicazione della diagnosi
- Mancanza di rete territoriale

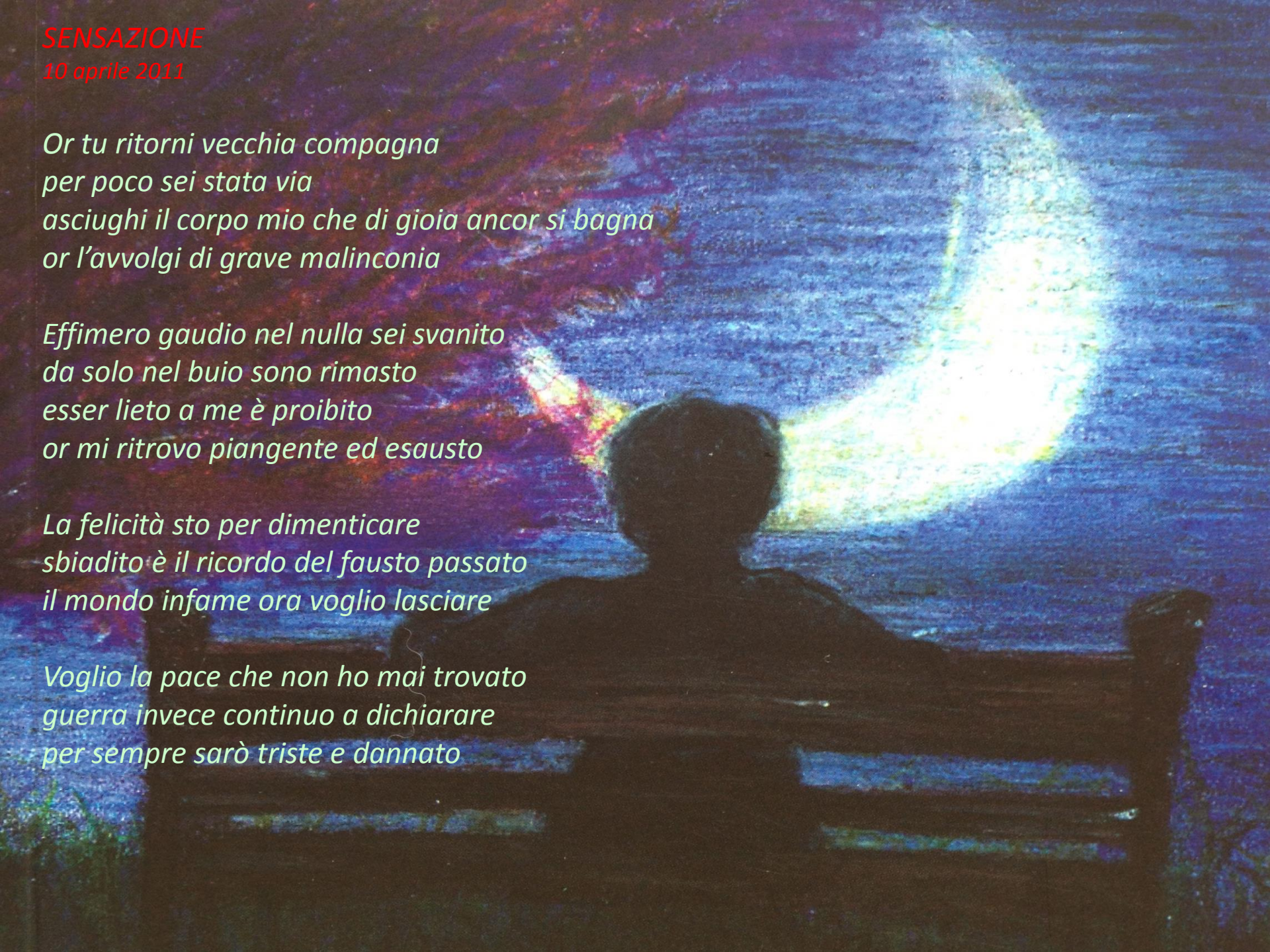
Francesco è un bambino allegro, vivacissimo e felice ,dal sorriso contagioso.

Il giorno del suo 16° compleanno si manifesta
la prima gravissima
crisi depressiva :


talvolta è sopraffatto dalla
grande nemica e vive
momenti di grande
tristezza ,
la mente è oppressa da una
folla di cattivi pensieri ,
spesso vince lui e riesce a
trascorrere (anche con
l'aiuto dei farmaci) lunghi
periodi sereni
anche se il suo carattere si
fa più introspettivo.

Francesco muore in un terso e caldo mattino

il 17 luglio 2012, a 19 anni,
togliendosi la vita "volando" da una torre del Castello di Brescia,
cadendo ….
tra le braccia di Dio



SENSAZIONE

10 aprile 2011

Or tu ritorni vecchia compagna
per poco sei stata via
asciughi il corpo mio che di gioia ancor si bagna
or l'avvolgi di grave malinconia

Effimero gaudio nel nulla sei svanito
da solo nel buio sono rimasto
esser lieto a me è proibito
or mi ritrovo piangente ed esausto

La felicità sto per dimenticare
sbiadito è il ricordo del fausto passato
il mondo infame ora voglio lasciare

Voglio la pace che non ho mai trovato
guerra invece continuo a dichiarare
per sempre sarò triste e dannato

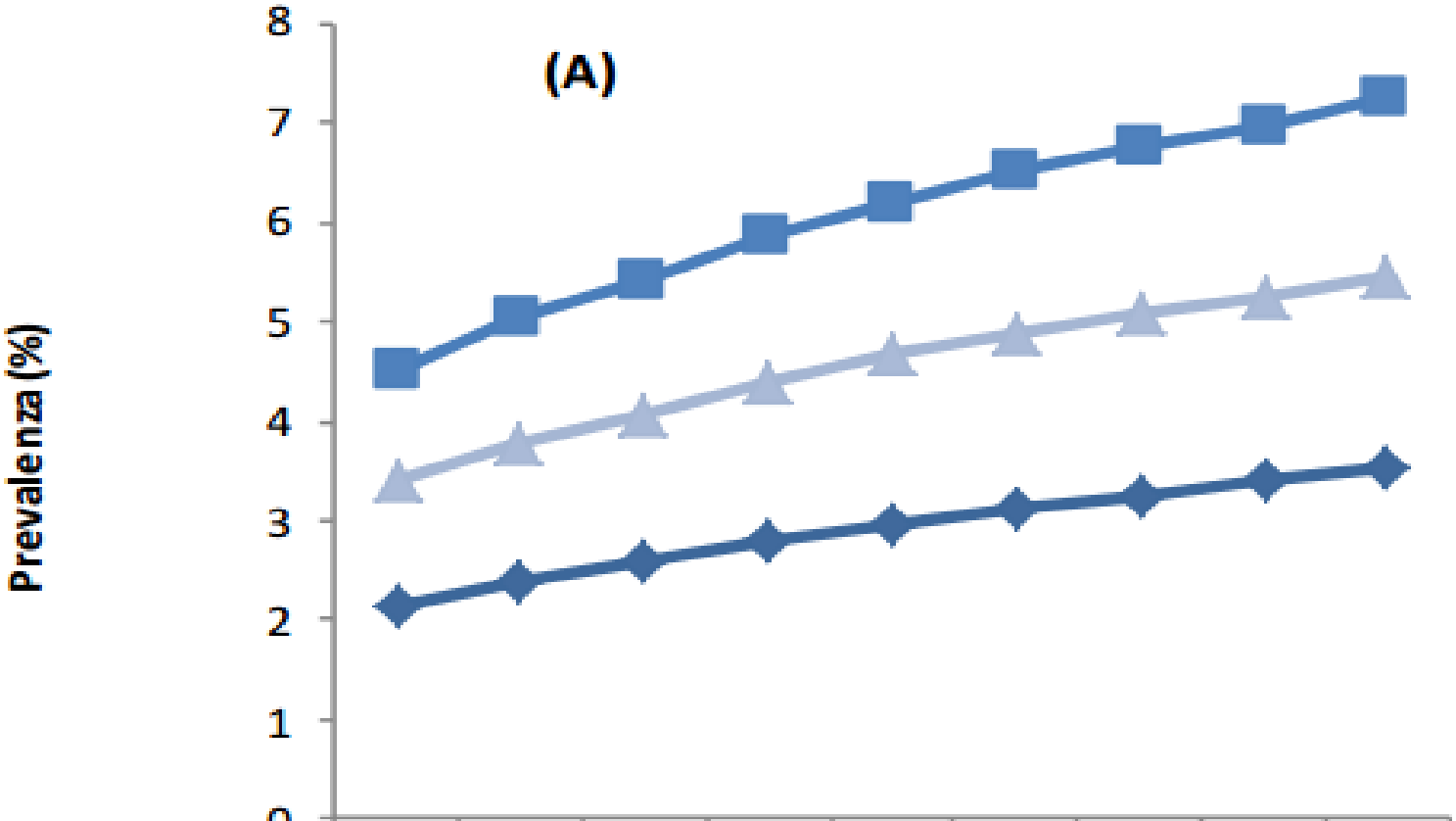
Depressione maggiore

- Come intercettare i primi segnali ?

- Abbiamo a disposizione strumenti per supportare un sospetto diagnostico ?

DATI
HEALTH SEARCH (2013)

Database della Medicina Generale e lo strumento più importante di cui la Società si è dotata per svolgere le proprie attività di ricerca e produzione di informazioni rilevanti sullo stato di salute della popolazione e dei processi di cura



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maschi	2,1	2,4	2,6	2,8	3,0	3,1	3,3	3,4	3,5
Femmine	4,5	5,0	5,4	5,9	6,2	6,5	6,8	7,0	7,3
Totale	3,4	3,8	4,1	4,4	4,7	4,9	5,1	5,3	5,5

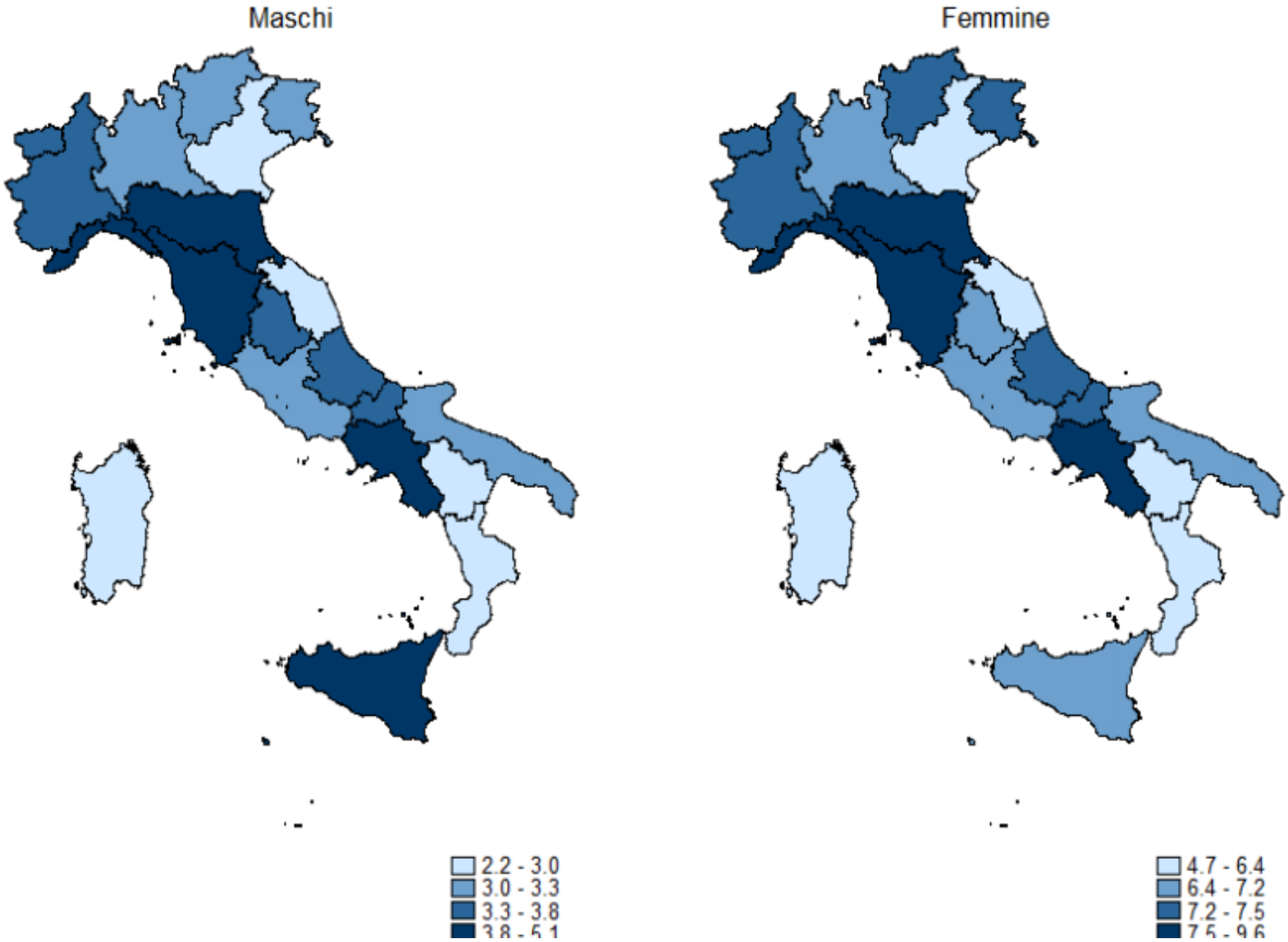

Maschi
2.2 - 3.0
3.0 - 3.3
3.3 - 3.8
3.8 - 5.1
Femmine
4.7 - 6.4
6.4 - 7.2
7.2 - 7.5
7.5 - 9.6

Figura 3.9c Prevalenza (%) "lifetime" di depressione: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

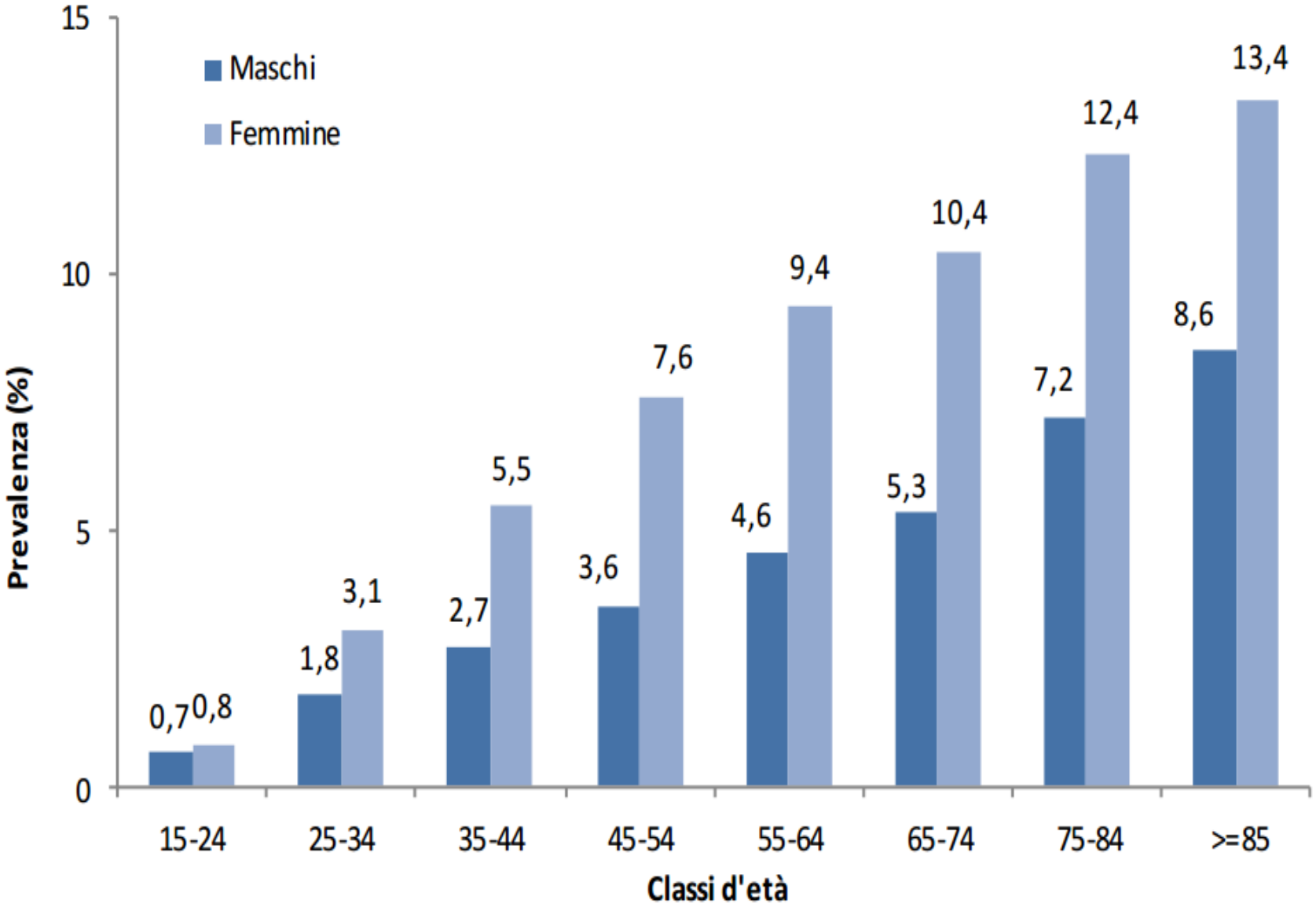


Tabella 2. - *Prevalenza dei disturbi mentali in Italia (percentuali pesate ed intervalli di confidenza)*

	Prevalenza a 12 mesi % (IC 95%)			Prevalenza nel corso della vita (lifetime) % (IC 95%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ogni disturbo mentale	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2- 3,0)	7,3 (6,0-8,6)	11,6 (9,7- 14,0)	24,4 (21,0-28,0)	18,3 (16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)	7,2 (6,0-8,4)	14,9 (13,0-17,0)	11,2 (9,8- 13,0)
Ogni disturbo d'ansia	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)	5,5 (4,0-7,1)	16,2 (13,0-19,0)	11,1 (9,3- 13,0)
Ogni disturbo da alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	2,0 (1,1-3,0)	0,1 (0,0-0,3)	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)	6,5 (5,5-7,5)	13,4 (11,0-15,0)	10,1 (9,0- 1,0)
Distimia	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	2,3 (1,6-3,0)	4,4 (3,2-5,5)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-1,2)	3,0 (2,0-4,0)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)	1,6 (0,8-2,3)	2,6 (1,6-3,6)	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)	2,5 (1,4-3,6)	8,6 (6,2-11,0)	5,7 (4,3-7,0)
DPTS	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)	1,1 (0,1-2,1)	3,3 (1,7-4,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,6 (0,1-1,1)	1,7 (0,9-2,5)	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,9 (0,5-1,3)	2,2 (1,6-2,8)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,0	0,1 (0,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	0,0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)

DPTS: disturbo post-traumatico da stress

Depressione bipolare

“X” è una giovane donna , sposata, ha due figli e lavora in un corpo delle forze dell’ordine .
E’ sempre molto attiva ed impegnata ma riesce comunque a seguire i figli nelle loro attività scolastiche ed extra-scolastiche.

Da tempo si lamenta del marito , che conosco da quando è ragazzo , in quanto non si sente supportata nella conduzione della vita familiare (gli orari di lavoro lo impegnano troppo anche il sabato e la domenica!) .

Depressione bipolare

Mi riprometto di sentire il marito , le chiedo di venire con lui , perché alcune cose che lei riferisce non mi convincono (lei da quando è nato il figlio maschio dorme nel “lettone con il figlio” e il marito sul divano …
vengo a sapere di shopping sfrenato con ritardo anche di un anno nel pagamento ...
Il marito a me dice di essere disponibile ad un incontro mentre lei attribuisce a lui la non disponibilità .... Viene di continuo , sempre in divisa, dicendomi che non ce la fa più, riferisce sintomi invalidanti che non trovano riscontro in esami strumentali nè all’esame clinico ...

Improvvisamente viene in ambulatorio con un giovane collega che ha bisogno di una visita e si presenta con un look cambiato : nuova pettinatura , smalto, trucco e tacchi !) .
Non riesco a combinare l’incontro !

Depressione bipolare

La figlia adolescente comincia a manifestare segni di disagio … crisi isteriche che simulano crisiepilettiche che mettono tutti i parenti e le insegnanti in allarme ...
Ma dopo vari accessi al PS e accertamenti approfonditi ... è tutto nella norma !

Dalla figlia vengo a sapere della situazione di abbandono della casa e dei figli (non fa la spesa, non fa da mangiare , non lava e non stira ... È sparita di casa per qalche giorno e non sapevamo dove era ...)
Ma quando la incontri sembra la madre più attenta e preoccupata del mondo!

La figlia , venuta in ambulatorio con il padre, mi mostra sms raccapriccianti e deliranti della madre e mi racconta episodi di reazione sconsiderata da parte della stessa ...

Depressione bipolare

Che fare ?

Come mandarla in consulenza psichiatrica ?

Su quali elementi basare la mia ipotesi di disturbo bipolare ?

Ammesso che io riesca a mandarla da uno psichiatra ...
Come lo specialista alla prima visita potrebbe rilevare alcuni segnali di malattia che in tanti anni ho fatto fatica a individuare e a collegare ?

La cosa che più mi angoscia è il possesso di un'arma da fuoco ... E la responsabilità su due minori ...
Posso far capire alla figlia e al marito che potrebbe esserci una patologia psichica che fa dire e fare cose non volute ?
Che la madre nonché la moglie avrebbe bisogno di cure ?

Disturbo di personalità

Conosco “Y” da almeno 25 anni
e sono da tutto questo tempo il medico curante suo e della sua famiglia.
E’ un bravo ragazzo ,sensibile , intelligente e con una discreta cultura.
Apprezzato come operatore presso un centro anziani .
Nel 2004 , in seguito a delusione amorosa, presenta attacchi di panico e ansia che riesco a curare (con Paroxetina).

Poi si fa sempre più evidente il suo tratto si personalità patologica : narciso e intollerante alle regole sociali del vivere .
La situazione familiare non è rosea dal punto di vista economico … lavoretti sporadici che trova non lo appagano ma soprattutto i suoi comportamenti ,incomincia a bere e a utilizzare sostanze, non gli rendono semplice il collocamento.
Affronta, messo alle strette ,un ricovero per disintossicarsi e un percorso di recupero in una comunità dalla quale esce per riferiti maltrattamenti.

Disturbo di personalità

Alterna periodi di impegno con la famiglia e con la sottoscritta a non utilizzare alcol e sostanze ma la non occupazione e la depressione lo riportano ad automedicarsi con queste.

Si mette a scrivere e in quest'ultimo periodo gli vengono pubblicati racconti e poesie ma ciò non è sufficiente a dargli un motivo di vita.

E' in terapia psichiatrica , in quanto riconosciuto affetto da Depressione e Disturbo di personalità ma la frequentazione del CPS di riferimento non è sempre assidua .
Chiedo aiuto a vari psichiatri e in occasione di accessi in Pronto Soccorso contatto i medici chiedendo un miglior inquadramento della sua patologia psichiatrica e una cura più efficace per poi inserirlo in una struttura protetta e allontanarlo dalla madre con la quale c'è un rapporto patologico.

Disturbo di personalità

Purtroppo mi scontro con la “schizofrenia” di un servizio Psichiatrico che da un lato pone diagnosi di un disturbo psichiatrico riconosciuto dal DSM V , Disturbo di Personalità e Depressione Maggiore, ma continua a considerarlo etilista e pertanto soggetto che volontariamente deve decidere di sottoporsi a disassuefazione dall’alcol e non è dunque di competenza psichiatrica !

Al CPS alla mia segnalazione di aggravamento della situazione psichica depressiva e dell’automedicazione con alcol e sostanze e alla mia richiesta di aiuto come medico curante mi viene risposto che gli utenti sono tanti, pertanto il primo appuntamento è a 30 giorni , che non possiamo salvare il mondo intero e che se ci saranno degli agiti l’interessato risponderà davanti alla giustizia e sconterà la pena meritata.

Dopo averlo seguito giorno per giorno arriva il fatidico appuntamento dove viene confermata la terapia che avevo prescritto e gli viene fissato un controllo a 30 giorni , peccato che a quel appuntamento lo psichiatra era assente e veniva rimandato di un altro mese !

Disturbo di personalità

Successivamente “X” non andrà più al CPS

Negli ultimi 3 mesi c’è il tracollo ormai sono rari i giorni in cui è sobrio ma la cosa che più mi preoccupa è che è diventato aggressivo e , a maggior ragione sotto effetto di alcol e sostanze, pericoloso per sé e per gli altri (in particolare per la madre che minacce di ammazzare e che più volte strattona e prende per il collo).
La madre non ha il coraggio di sporgere denuncia ai carabinieri che vengono più volte interpellati da lei , da passanti e da vicini di casa.
Gli operatori del 118 più volte lo raccolgono per strada, in uno di questi episodi infrange un finestrino di un autobus lanciando una bottiglia di brandy …. Ma è tutta colpa dell’alcol e quindi se lui non va spontaneamente al NOA non si può fare nulla!

Disturbo di personalità

Due giorni di seguito viene in ambulatorio in stato pietoso, si regge in piedi a mala pena e la madre mi chiama e mi dice che il figlio è fuori dalla porta ,ubriaco , con una bottiglia in mano, la minaccia e lei ha deciso di non farlo entrare.
Chiamo il CPS chiedendo di parlare con lo Psichiatra che lo avrebbe in cura e ho divergenza di vedute sul caso , dopo mezz'ora lo stesso mi richiama consigliandomi eventualmente di richiedere un ASO e conviene con me che forse un soggiorno in una struttura protetta potrebbe essere una buona idea.
Finisco ambulatorio alle 13 e 45 e alle 14 e 15 mi chiama la dottoressa che condivide con me lo studio perché "X" è arrivato in studio, non si regge in piedi e lei non sa che cosa fare .
Arrivo in ambulatorio di corsa e con calma gli parlo e cerco di convincerlo ad accettare un ricovero volontario in Psichiatria e mi offro di chiamare il 118 e di accompagnarlo personalmente in Ospedale , acconsente ma quando i tre volontari arrivano oppone resistenza e ci insulta .

Disturbo di personalità

Mentre sono in attesa dell'arrivo
dell'ambulanza richiamo lo psichiatra del CPS pensando che possa venirmi in aiuto …. Mi sbaglio ! Per fortuna "X" non è particolarmente aggressivo !
Nel frattempo viene segnalata alla centrale della Polizia Urbana la mia proposta di ASO *(Accertamento Sanitario Obbligatorio) ,*
viene inviata una pattuglia (due vigili) che ,per fortuna, concorda con la Centrale la possibilità di invio via fax della mia richiesta con i dati del paziente e le motivazioni che mi hanno portato a richiedere l'ASO ,
che un'altra pattuglia dovrà portare personalmente al Sindaco che dovrà firmare così da consentire alla stessa di venire nel mio studio e prelevare , con l'aiuto dei volontari del 118 e dei vigili che per 2 ore mi hanno fatto compagnia, il paziente a cui , nel frattempo, ero riuscita a praticare una fiala di Valium .

Disturbo di personalità

Finalmente alle 17 e 15 arriva la pattuglia con la firma del Sindaco , che , impegnato, aveva fatto attendere per un'ora i due vigili, e , a forza , conducono "X" in Pronto Soccorso.

Ma la vicenda non finisce qui …!

Disturbo di personalità

Alle 21 – 21 e 30 ricevo una telefonata dal medico del PS che mi chiede notizie del paziente in quanto la psichiatra che ha fatto la consulenza non è convinta di eseguire il TSO e , visto che alle 22 ci sarà il cambio di guardia , mi farà chiamare dallo psichiatra che prenderà servizio .

All'alba delle 22 e 30 ricevo la telefonata dallo psichiatra a cui racconto di nuovo tutta la storia del mio paziente e gli comunico tutta la mia preoccupazione per la sua incolumità e quella della madre e di eventuali terze persone e finalmente riesco a convincerlo della necessità del provvedimento che a breve verrà attuato .

Se in tutto questo tempo fosse successo qualcosa di irreparabile ?

Chi risponde degli agiti ma soprattutto della sofferenza e dell’infelicità di questi pazienti e delle loro famiglie?

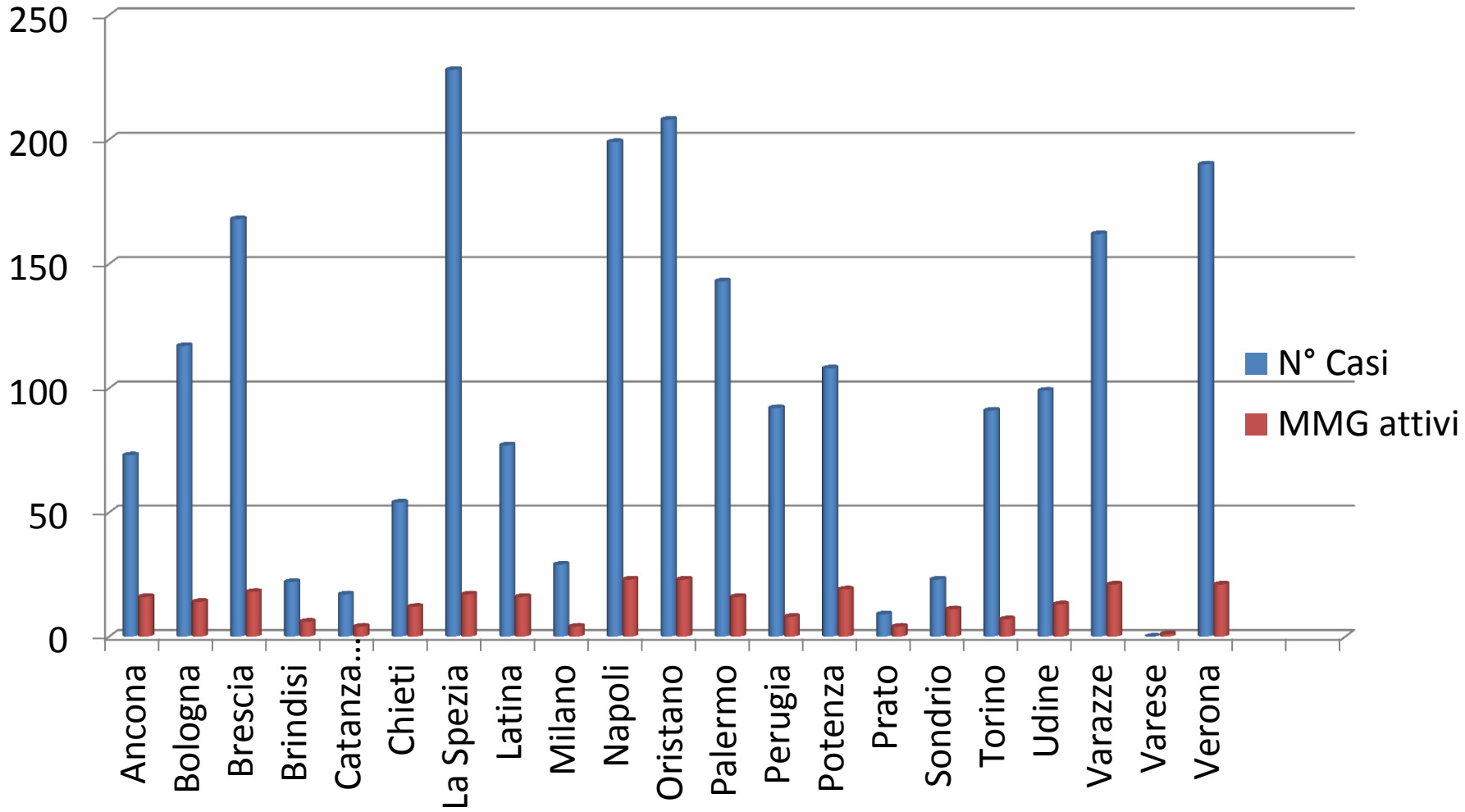
Come rompere il silenzio assordante ?

Psichè (depressione):obiettivi

- Confrontare l’incidenza
- Ridurre le variabilità diagnostiche
- Confrontare l’approccio clinico
- Confrontare l’approccio terapeutico
- Valutare l’uso dei farmaci
- Valutare l’uso di strumenti internazionali validati nella gestione della depressione
- Valutare il burden of disease

Psichè: strumenti

- Formazione dei formatori e dei partecipanti su caso clinico
  - 21 città
  - 435 MMG
  - 136 MMG non hanno inviato dati al T2
- Adozione di strumenti per la diagnosi (MINI)
- Adozione di strumenti per la gravità e per il monitoraggio (MADRS)
- Creazione di uno strumento elettronico per l'archiviazione e l'estrazione dei dati dalla cartella MW
- Creazione di una comunità WEB dei MMG Psichè
- GPG Psichè per l'audit personale e dei gruppi
- Creazione di una comunità di pratica



Totale casi 2045

Medici attivi 299

Grazie !