

Interventi di legame in Ospedale Generale. Alcune proposte operative e la descrizione di un caso.

Authors:

Facchi E., Bardicchia F., Soscia F., Pescosolido R., Cardamone G.

Riassunto

Nella pratica clinica dell'Ospedale Generale, un compito dello psichiatra dovrebbe essere quello di trasformare una richiesta di consulenza in un intervento di *liaison*, anche laddove non esista un servizio di Psichiatria di Consultazione-Collegamento. A tal fine il fattore più importante risiede nella metodologia di approccio alla consulenza. L'attenzione alle dimensioni relazionale e psicosociale, la comunicazione e il collegamento tra utenti, persone di riferimento e staff medico sono passaggi fondamentali nella costruzione di un progetto di cura individualizzato. Nell'Ospedale "Misericordia" di Grosseto (Toscana) uno specifico lavoro di *liaison* avviato nel setting ostetrico e ginecologico tra il 2010 e il 2011, si è tradotto in un raddoppio del numero delle consulenze psichiatriche richieste nel 2011, oltre ad aver prodotto risultati qualitativi dovuti al buon livello della collaborazione. Viene riportato un caso clinico di consulenza psichiatrica, esemplificativo del lavoro svolto nella direzione di una salute mentale di collegamento.

Abstract

In General Hospital practice, a task of psychiatrist should be transform a consultation to a liaison intervention, also in the absence of a specific Consultation-Liaison Psychiatric service. To this end, the method approach to a consultation request is the most important factor. Attention to relational e psychosocial dimensions, communication and connection among patients, caregivers and medical staff are fundamental steps in the construction of an individualized therapeutic project. At "Misericordia" General Hospital in Grosseto (Tuscany), a specific work of liaison started in obstetric and gynaecological setting between 2010 and 2011 produced the doubling of psychiatric consultation requests, in addition to qualitative results due to the good collaboration level. A clinical case of psychiatric consultation, exemplificative of work carried out in the direction of a liaison psychiatry, is reported in the article.

La collocazione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dentro gli ospedali generali, in seguito alla legge di riforma 833 (Cazzullo, et al, 1984), ha contribuito a determinare non solo un cambiamento nella rappresentazione mentale del disturbo mentale, ma anche un cambiamento del ruolo dello psichiatra.

Sempre più vicino agli altri specialisti medici, lo psichiatra rimane, nell'immaginario collettivo, l'intermediario per accedere ai vissuti interni della persona malata, ai contenuti emozionali ed affettivi, l'esperto di relazioni e comunicazioni, il mediatore di conflitti. Se in parte ciò costituisce specifica competenza dello psichiatra, la delega totale di tali funzioni allo specialista "psi" rischia di sostenere la scissione corpo malato/persona malata con ripercussioni negative sulla relazione terapeutica e sulla funzione di cura.

L'estrema e riduttiva conseguenza di tale atteggiamento porta a far considerare qualsiasi disturbo comportamentale come dato psicopatologico, indipendentemente dalle cause, che sono con una discreta frequenza organiche, sottese all'epifenomeno osservato.

La divisione della Medicina in Specialità ed in super-specialità, se da un lato corrisponde ad una necessità legata alla vastità delle conoscenze e delle prassi tecnico-operative, dall'altro comporta il rischio, se viene meno una visione olistica della complessità dell'uomo, di ridurre il campo di osservazione al singolo organo-sistema malato o di identificare il soggetto con il soma (eredi di un'antica dicotomia cartesiana corpo-mente) dimenticando le matrici psicologico-relazionali, sociali ed esistenziali che caratterizzano l'essere-persona.

Se nel setting della Medicina Generale è il Medico di Medicina Generale (MMG) a fare da collettore e a rimettere insieme con un senso logico le tessere di un puzzle, nell'Ospedale Generale tale funzione può essere garantita dalla collaborazione, interazione e dialogo tra i vari specialisti. Lo psichiatra, per sua specifica formazione e sensibilità, potrebbe facilitare, quando chiamato ad agire, l'organizzazione della "rete" terapeutica attorno ad ogni specifico paziente.

Dai dati della letteratura si stima che circa il 30-60% dei pazienti ricoverati in ospedale generale presenta comorbidità medico-psichiatrica con maggiore prevalenza per i disturbi d'ansia, dell'umore e sindromi psico-organiche (in particolare delirium) (Rigatelli M et al, 2001). E' presente inoltre un'associazione statisticamente significativa tra copresenza di un qualche disturbo psichiatrico ed aumento della degenza media.

Altro dato in linea con quanto detto sopra è che il 50% dei cosiddetti "alti utilizzatori" del Servizio Sanitario presenta una problematica di salute mentale.

Lo psichiatra viene però attivato in consulenza in misura inferiore rispetto a quanto atteso in base ai dati di prevalenza di comorbidità e per lo più per situazioni dove è già presente in anamnesi una storia psichiatrica e/o per la gestione di pazienti con disturbo/clamore comportamentale che determinano difficoltà a livello terapeutico-assistenziale.

Questo rischia spesso di confinare e ridurre l'azione dello psichiatra ad un intervento di tipo contenitivo e sulla gestione del disturbo comportamentale.

In altri casi la richiesta di consulenza può essere motivata dalla necessità di interpretare un sintomo somatico non obiettivabile, piuttosto che dalla esigenza di comprendere i vissuti psicopatologici del paziente, nel caso ad esempio dei disturbi somatoformi.

In altri casi, in relazione ad una richiesta appropriata di consulenza, lo psichiatra può autolimitare il proprio intervento ad una consultazione orientata al solo paziente.

La nostra riflessione nasce dal tentativo, nella prassi clinica, di trasformare una richiesta di consulenza in un intervento di liaison, ossia di collegamento tra operatori e rete socio-familiare per la costruzione del progetto di cura/intervento individualizzato. Fondamentale in questo processo ci sembra l'attenzione alla dimensione relazionale e di comunicazione con il paziente, con eventuali familiari significativi presenti e/o convocati, con il medico richiedente il consulto, con l'équipe curante (infermieri in turno), con eventuali altre agenzie esterne (medici di medicina generale, unità di psicologia, consultorio, servizi sociali...).

Non è sempre semplice raggiungere tutti gli interlocutori e, a volte, il tempo da poter dedicare è limitato da altre questioni operative.

La Psichiatria di consultazione-collegamento può essere raffigurata come una "rete" posta tra modello bio-medico-psichiatrico e psicosociale, dove la conoscenza non viene rivolta solo al paziente-"corpo" ma all'individuo nella sua complessità ed interezza, con le sue matrici antropologico-culturali e le sue relazioni interpersonali, in una cornice sistemica che tiene conto dei contesti comprese le eventuali dinamiche istituzionali interrelate. Lo psichiatra che opera in quest'ottica può svolgere una funzione non solo di specialista esperto di sintomi psichici, ma "organizzatore" e punto centrale della rete terapeutica, attraverso il coinvolgimento dell'équipe curante, della famiglia, delle agenzie istituzionali che possono o che hanno un ruolo significativo, attraverso l'attivazione di reti formali ed informali attorno alla persona che esprime malessere.

Centrale, come in ogni altro intervento psichiatrico, è la relazione terapeutica che si stabilisce con il paziente, fondamentale per il passaggio di comunicazioni, emozioni, esperienze e per mantenere un approccio di fondo psicoterapico (supporto all'io, aumento dell'autostima, sostegno delle difese e ripristino di strategie adattative e di coping).

Lo psichiatra può inoltre intervenire sull'équipe medica fornendo o potenziando strumenti di tipo relazionale e comunicativo, oltre a fornire indicazioni farmacologiche, per migliorare la gestione delle problematiche insorte in reparto. Altre volte lo psichiatra si trova ad intervenire interpretando i vissuti controtransferali (di ansia, angoscia, impotenza, rabbia), che un certo tipo di sofferenza può scatenare nell'équipe curante, agendo una azione di generica "tranquillizzazione" dell'ambiente.

E' inoltre importante effettuare sempre la restituzione a chi formula una domanda di consulenza, cercando condivisione, punti di incontro nonostante le diverse matrici culturali e con rispetto delle diverse professionalità..

Non sempre le risorse umane ed economiche delle Aziende Sanitarie in cui lavoriamo ci consentono di organizzare un vero e proprio Servizio Psichiatrico di Consultazione-Collegamento con uno staff dedicato, ma anche in assenza di un servizio organizzato che offra una liaison attiva, è possibile rileggere e convertire una richiesta di consulenza in un intervento di consultazione-collegamento.

In altri termini il vertice di osservazione va spostato dalla semplice osservazione/medicalizzazione del quadro clinico verso un modello integrato e complesso che tenga conto dei sistemi, dei significati esistenziali e psico-sociali della malattia: nell'ottica di un tale intervento, a nostro parere, la figura dello psicologo ospedaliero rappresenta un tassello importante nella costruzione di un lavoro di liaison. Lo psicologo infatti in molti casi è vissuto dal paziente e dagli stessi operatori in maniera meno stigmatizzante e il suo affiancamento al lavoro dello psichiatra riduce i rischi di collusione su approcci medicalizzanti.

Dati relativi l'attività di consulenza psichiatrica negli anni 2010-2011 nell'ambito dell'ospedale generale di Grosseto.

L'attività di consulenza nell'Ospedale "Misericordia" di Grosseto è svolta da 12 psichiatri che si alternano nei turni di guardia nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), non essendo previsto un servizio di consultazione dedicato con apposito staff. Nel corso dell'ultimo anno l'unica psicologa adibita ad effettuare consulenze nei reparti del presidio ospedaliero è stata collocata a svolgere altre mansioni.

Le consulenze possono essere richieste al servizio psichiatrico dal Pronto Soccorso in modalità urgente con chiamata diretta e dai diversi reparti ospedalieri con modalità ordinaria o urgente attraverso un modulo di richiesta cartaceo.

Per gli anni 2010-2011 i dati sulle consulenze ricavabili dal sistema informatico Caribel attualmente in uso ci permettono di stimare unicamente il numero delle prestazioni svolte in consulenza in pronto soccorso e nella totalità dei reparti. Per gli stessi anni è stato possibile ricavare una stima del numero di consulenze effettuate per aree attraverso un conteggio manuale delle schede di annotazione delle consulenze svolte dai singoli psichiatri [tab. 1].

Anni	2010	2011
Consulenze tot	749	690
Pronto Soccorso.	549	488

Reparti:	200	202
1. Area medica	59,5%	40,6%
2. Area chirurgica	23,0%	24,3%
3. Area intensiva	10,5%	18,8%
4. Ostetricia-ginecologia	4,5%	8,4%

La lettura dei dati mostra una riduzione delle consulenze richieste tra il 2010 e il 2011 (da 749 a 690) dovute sostanzialmente a una riduzione degli interventi effettuati in pronto soccorso. Nell'ambito dei reparti il numero di consulenze totali nei due anni di riferimento si equivalgono, con però una diversa distribuzione delle richieste se si considerano le quattro aree medica, chirurgica, intensiva, ostetricia-ginecologia.

Va premesso che l'interpretazione di tali dati andrebbe fatta considerando le numerose variabili sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali oltre che su quelle demografico-ambientali.

In ambito ospedaliero l'accesso in PS per problematiche che portano alla consultazione psichiatrica (e quindi non solo per conclamati problemi psicopatologici) fa da cartina di tornasole rispetto alle risposte che i Servizi Socio-Sanitari e la Rete Comunitaria riescono a dare ai cittadini. E' difficile pertanto ipotizzare una spiegazione rispetto al dato rilevato per il PS.

Rispetto al dato della diminuzione delle richieste da parte dell'area medica, un elemento che ci è sembrato di dover considerare è il cambiamento avvenuto tra il 2010 e il 2011 nell'organizzazione dei reparti. Siamo infatti passati da un sistema organizzato per reparti specialistici al sistema per intensità di cure, strutturato in setting. Ciò ha comportato la copresenza in ogni setting di diverse figure specialistiche, il cui ruolo si sta progressivamente spostando da quello di case manager a quello dell'intervento specialistico all'interno di un approccio multiorganico. Tale riduzione del case management da parte del medico, che appare essere preminente nei setting di area internistica, a nostro parere ha influenzato la riduzione della percentuale delle consulenze richieste.

Il netto aumento di richiesta di consulenza nell'area intensiva (cardiologia, UTIC, rianimazione), in cui non è stato effettuato alcun intervento programmato di liaison, va ricercato in altri fattori, alcuni dei quali possono essere solo ipotizzati: ad es la maggiore attenzione agli aspetti medico-legali per i sempre maggiori warnings sugli effetti cardiologici degli psicofarmaci.

Il setting ostetrico-ginecologico è stato considerato come area a parte poiché è stato effettuato uno specifico lavoro di liaison con gli operatori dell'ostetricia nell'ottica di una compartecipazione nei processi decisionali e di integrazione degli interventi: il riscontro di un numero raddoppiato di consulenze richiesteci da questa area è indicativo di tale collaborazione.

Nel caso clinico presentato verrà descritta un'esperienza discreta di operatività a partire da una richiesta di consulenza nella direzione di una psichiatria di liaison.

Caso clinico

La richiesta di consulenza arriva con carattere di urgenza dal reparto di ostetricia in prima serata: una donna, al secondo giorno dal parto avvenuto con cesareo, minaccia il suicidio! Arriviamo rapidamente in ostetricia, ascoltiamo il resoconto e la preoccupazione del ginecologo e dell'ostetrica che avevano raccolto la "richiesta di aiuto" della paziente e chiediamo uno spazio adeguato dove effettuare il colloquio con la donna e con il marito, in quel momento presente nella stanza.

A. è una donna di circa trent'anni, già madre di una bimba di 5 anni affetta da una patologia autistica. Conosce ed ha avuto contatti con il nostro CSM per la sorella minore con problemi di salute mentale. L'ansia che manifesta in modo marcato all'inizio dell'incontro tende a stemperarsi con il colloquio. A. si relaziona subito in modo sintonico: aiutata a tratti dal marito, racconta la sua storia, sottolinea le proprie difficoltà e debolezze e il successivo senso di competenza e forza per aver sostenuto in modo adeguato il ruolo di madre di una bimba con problemi. Ora però è angosciata dall'idea di non essere in grado di gestire il nuovo "carico" incrementato dall'arrivo del neonato. La stanchezza che le deriva da due notti insonni potenzia a circolo vizioso ansia e preoccupazione fino al punto, dice A., di essersi sentita esasperata e di aver pensato di farla finita. Ridefiniamo la "crisi" esattamente in questi termini: da un lato il calo ormonale post-partum e la stanchezza associata all'evento, dall'altro la difficoltà di A. nel ripensare una nuova organizzazione e gestione del quotidiano. Esplicitiamo la richiesta di aiuto che la paziente sta rivolgendo al marito, ad altre figure familiari significative, agli operatori sociosanitari. La presenza del marito durante questo primo colloquio è fondamentale per garantire in questa fase alla paziente almeno un supporto ed una condivisione emotiva. Decidiamo di non intervenire con una terapia psicofarmacologica, sia per dare il messaggio ad A. che è in grado di contenere la propria ansia, sia per non compromettere l'allattamento ed una relazione madre-figlio che nonostante la difficoltà è partita bene.

Chiediamo all'ostetrica di garantire alla donna la possibilità di un riposo notturno, magari con la presenza durante la notte di una delle due nonne (madre o suocera) o affidando il neonato al nido; rassicuriamo il medico ed il personale di reparto, che già ipotizzavano una psicosi post-partum, che il nostro orientamento diagnostico è verso una reazione d'ansia e proponiamo una rivalutazione l'indomani mattina, possibilmente anche con le nonne.

Il giorno successivo l'ostetrica ci anticipa che la donna sta decisamente meglio; l'ostetrica inoltre, donna vecchio stampo e di particolare sensibilità, ha già di sua iniziativa attivato un servizio territoriale che prevede la possibilità di un aiuto ostetrico a domicilio. Insieme contattiamo l'assistente sociale, il quale conosce il nucleo familiare e ha già previsto un aiuto per la minore disabile, così da ristrutturare l'intervento ed il supporto ad A. in relazione alle nuove esigenze. Infine, sempre in team con l'ostetrica, convochiamo la mamma e la suocera di A. L'ostetrica, con autorevolezza, si rivolge direttamente alle nonne (prima generazione) e fornisce indicazioni semplici e pratiche circa il modo in cui ora possono aiutare la neo-mamma : limitare e filtrare le visite di parenti e conoscenti, occuparsi delle faccende domestiche e della cucina in modo che A. possa dedicarsi ai due bambini. Tutto ciò avviene con l'assenso-condivisione di madre e suocera rispetto ai consigli operativi e all'ascolto partecipe della paziente.

Proponiamo infine di chiudere l'incontro con un colloquio individuale con la donna nella sua stanza (la scelta del luogo era dettata dal fatto che era utile osservare l'interazione madre-neonato): A. si mostra affettiva, è solare, guarda con intensità il proprio bimbo, peraltro oggettivamente bello e ce lo presenta; ci tiene anche a far vedere le foto della primogenita. Ciò che avviene nella stanza potenzia l'alleanza terapeutica: A. esprime gratitudine, e noi le offriamo la possibilità di contattarci direttamente in caso di successiva difficoltà.

Due mesi dopo abbiamo saputo che non si sono manifestate altre difficoltà.

L'esperienza clinica proposta è esemplificativa di una modalità di intervento, efficace e transitiva, che si ispira al modello della Psichiatria di Consultazione-Collegamento. La tempestività della risposta non sta tanto nel carattere d'urgenza della domanda, ma dalla lettura della domanda stessa, effettuata a partire dal disagio espresso dalla paziente e traducibile essenzialmente nel bisogno di rassicurazione e di supporto. Da qui si articolano risposte a più livelli che complessivamente determinano una risoluzione rapida dell'acuzie anche senza l'utilizzo (non necessario in questo caso) di terapia psicofarmacologica.

Per aprire un confronto

Sebbene preliminari, le osservazioni sui dati delle consulenze portano a formulare alcune ipotesi sull'influenza che i modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari hanno sulla pratiche operative quotidiane. Un buon funzionamento di una salute mentale di consultazione-collegamento richiederebbe in primis la strutturazione di una metodologia condivisa, laddove non è possibile pensare a un servizio con tempi e operatori specificamente dedicati.

Nel nostro caso il risultato ottenuto, non solo in termini quantitativi ma soprattutto qualitativi, nell'ambito dell'area ostetrico-ginecologica, incoraggia l'implementazione di modelli di lavoro analoghi anche in altre aree ospedaliere.

La numerosità e la variabilità degli interlocutori possibili richiedenti la consulenza in aree, quali i setting internistici, rendono più complicata la modalità di collaborazione.

Il superamento di tale difficoltà richiederebbe la strutturazione di un lavoro che preveda incontri programmati tra operatori delle diverse discipline per condividere un metodo finalizzato a garantire un approccio multidimensionale alla persona. Tale metodo dovrebbe quindi contemplare la raccolta di informazioni necessarie per ottenere un feed-back del lavoro svolto ai fini di un miglioramento continuo dell'intervento di liaison: es. oltre a dati demografici e alla diagnosi medica e psichiatrica dei pazienti per cui è richiesta la consulenza, dati relativi alle modalità di richiesta ed erogazione della consulenza e programma alla dimissione. In una prospettiva di scambio e confronto tra operatori e clinici impegnati sul campo.

Bibliografia

1. Cazzullo CI, Comazzi AM, Guaraldi GP, Rigatelli M, Verdecchia. General hospital psychiatry in Italy: on the hospitalization of psychiatric patients and consultation/liaison psychiatry after Law 180/1978. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6: 261-65.
2. Feinstein R.E., Brewer A.A., *Primary Care Psychiatry and Behavioral Medicine*. New York, Springer Publishing Company, Inc; 1999.
3. Kendell R.E., Chalmers J.C., Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-673.
4. Rigatelli M, Ferrari S, Galeazzi GM. La psichiatria di consultazione nell'ospedale generale. *Nòos* 2001; n.26: 255-271.
5. Rundell J.R., Wise M.G., *La psichiatria nella pratica medica*. Text book of consultation-liaison psychiatry. Centro Scientifico Editore; 1998
6. Stotland N., Garrick T., *Manual of Psychiatric Consultation*. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc; 1990