

Ruolo del Pronto Soccorso nell'individuare gli esordi psicotici

Daniele Ebbli*, Panfilo Ciancaglini**

* Medico Psichiatra, già Primario Ospedaliero di Psichiatria Albenga e Tortona.

** Medico Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale ASL 3, Genova.

SINTESI

I cambiamenti verificatisi in campo psichiatrico a partire dagli anni '50 non hanno prodotto consistenti miglioramenti dell'efficacia della terapia delle psicosi. In tale ambito, viene proposto da più parti l'invito a sviluppare un atteggiamento terapeutico più attivo e attento agli aspetti preventivi. Si sottolinea che un quadro di psicosi conclamata giunge al ricovero

ospedaliero mediamente con ritardo di 2 mesi, dopo più di un anno di fase pre-psicotica e 3-5 anni di sintomatologia aspecifica. Il Pronto Soccorso può essere una struttura valida per intercettare precocemente situazioni patologiche e/o situazioni a rischio e indirizzarle verso una adeguata terapia specialistica.

Da più di 25 anni la Psichiatria è entrata nell'Ospedale Generale diventando parte dell'attività dei Servizi di Emergenza e portando con sé una storia secolare di segregazione e di istituzionalizzazione.

La fiducia nella "terapia" in campo psichiatrico è relativamente recente, rispetto alla lunga tradizione di custodia (buona o cattiva che fosse).

L'importante scoperta degli psicofarmaci, a cavallo degli anni '50-'60, non modificò nei fatti, almeno nell'ambito delle psicosi, un approccio sostanzialmente custodialistico-riabilitativo rivolto sempre alla cronicità.

D'altra parte costituiva fattore di sfiducia terapeutica l'ennesima constatazione, a cavallo degli anni '60-'70, della grossolanità dei processi diagnostici, della bassa attendibilità e validità delle diagnosi, ben evidenziata dai risultati di uno studio internazionale sulle divergenze diagnostiche nel mondo anglosassone (Progetto Diagnostico anglo-americano 1971) che ebbe il merito di promuovere i primi sistemi di classificazione "internazionali" (in particolare ICD 10 e DSM III e IV), rivolti alla creazione di un linguaggio comune, attraverso il "consenso degli esperti" e non più basati sulle teorie di singoli capiscuola.

L'entusiasmo che ha accompagnato il rinnovamento

psichiatrico degli anni '70-'80 in Italia, rivolto a obiettivi di "liberazione" e "terapia", è stato caratterizzato anche da eccessive semplificazioni rispetto alla complessità dell'oggetto di cura. Così l'enfasi sull'importanza del cambiamento istituzionale ha portato non poche delusioni nel verificare che esso non era "di per sé" sufficiente per "curare". Si evidenziava, infatti, la formazione di una nuova cronicità nell'ambito delle psicosi che non si poteva più attribuire ai meccanismi delle vecchie istituzioni, quanto piuttosto agli standard di cura dei nuovi servizi.

Su questo tema la nostra riflessione era iniziata nei primi anni '80 con una monografia che commentava i dati del Registro dei Casi del Servizio Psichiatrico di Albenga (Savona)¹.

Nell'introduzione a quel testo Eugenio Torre e Alessandra Marinoni scrivevano sulla necessità di superare la «messianica aspettativa che il solo incremento delle risorse del Servizio serva a risolvere eventuali carenze e contraddizioni dell'attuale sistema di assistenza psichiatrica», e noi stessi annotavamo che nelle innovazioni organizzative «sono particolarmente carenti le iniziative a carattere preventivo» e che «la valutazione dei servizi rivolta a una pianificazione delle attività sembra es-

sere un momento indispensabile senza il quale è facile incorrere in una cattiva utilizzazione delle risorse»^{nota 1}. Insieme ad altri² guardavamo Paesi meno inclini a facili entusiasmi (Paesi anglosassoni, Olanda, Norvegia, Germania...), con una più solida impostazione metodologica, in particolare più attenti agli aspetti valutativi dell'attività dei servizi, Paesi nei quali, in effetti, dagli anni '90 si sono sviluppati nuovi indirizzi che meritano di essere presi in considerazione e che già sono entrati nella pratica di alcuni servizi psichiatrici italiani, sia pure in numero molto limitato. Al centro di queste nuove prospettive sta proprio l'osservazione che di fronte alla sostanziale cronicizzazione del disturbo psicotico è opportuno spostare l'attenzione verso un approccio preventivo (come in altri campi della medicina, ad esempio in campo oncologico). Studi epidemiologici hanno evidenziato che, pur di fronte al minore stigma che comporta il ricovero psichiatrico in Ospedale Generale, i pazienti con psicosi conclamata giungono ai luoghi di cura mediamente con un ritardo di

2 mesi e rispetto all'evidenza dei sintomi che un ridotto numero di essi resta in contatto con le strutture specialistiche a un anno di distanza. Si è anche evidenziato che nell'anno precedente alla comparsa della patologia conclamata sono già presenti alcuni dei sintomi patognomici della patologia e che nei 3-5 anni precedenti sono presenti sintomi aspecifici, che configurano un malessere, non ancora inquadrabile in una patologia definita, quanto invece definibile come stato mentale a rischio (Figura 1)⁴. Poiché le psicosi hanno normalmente esordio fra i 15 e i 30 anni, si comprende facilmente che l'attenzione alla salute mentale del giovane dai 14 anni fino ai 30 (dalla primissima adolescenza alla maturità) sia un fattore di grande rilevanza per tutte le strutture in contatto con tale fascia d'età (famiglia, scuola, mondo del lavoro, associazioni e club sportivi, servizi sociali, medici di medicina generale, ospedale). Negli anni caratterizzati dalla presenza dei sintomi aspecifici (quelli che definiscono la DUI - *Duration of*

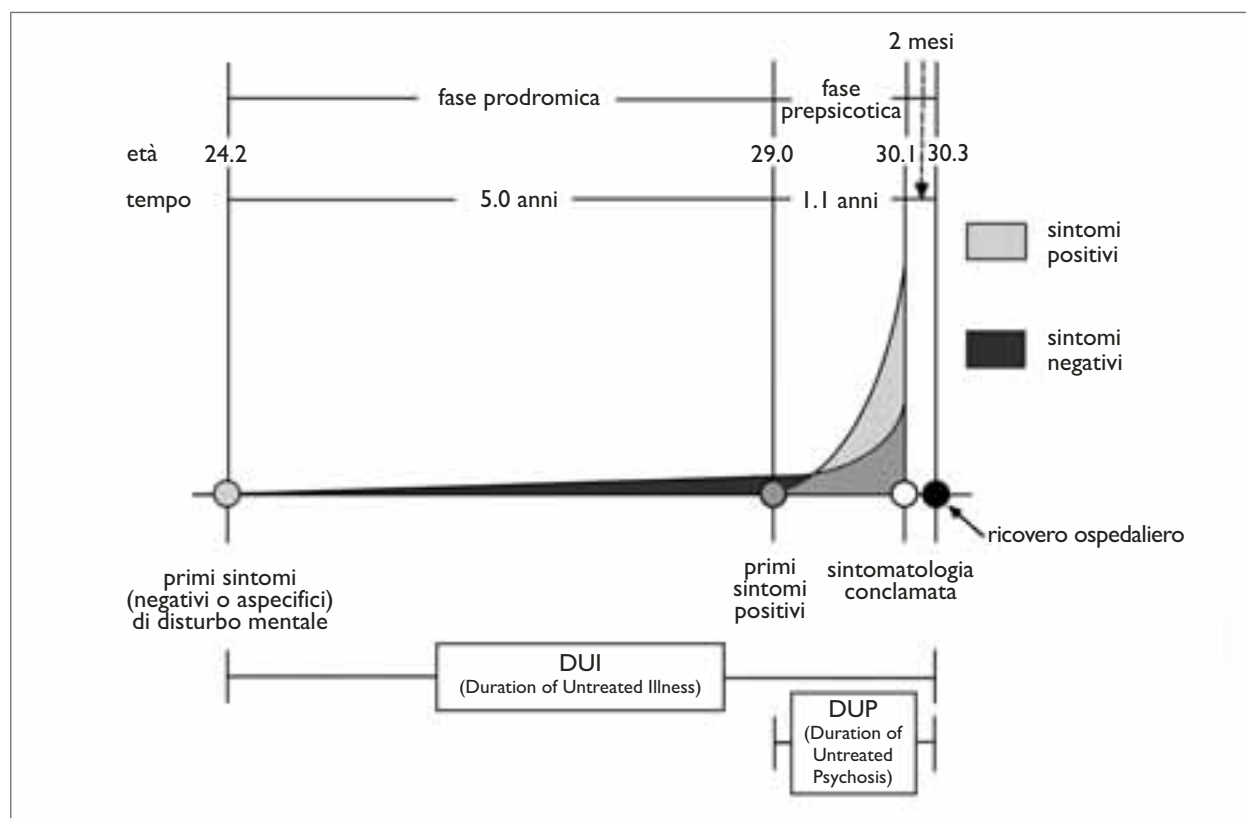


Fig. 1 - Valutazione dei sintomi degli esordi psicotici e dei comportamenti a rischio (tratto e tradotto da Klosterkötter J. *Predicting the onset of schizophrenia*. In: *Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Towards a Conceptual Model of the Disease Process*, 2002).

Nota 1. Gli ancor rari orientamenti a indirizzo epidemiologico presenti nella psichiatria italiana si coagularono nel 1989 nella costituzione della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (S.I.E.P.) con il prof. Eugenio Torre (ordinario di Igiene Mentale dell'Università di Pavia) fra i primi promotori e primo presidente. Alla sua memoria, dopo la recente prematura scomparsa (giugno 2007), dedichiamo quest'articolo.

Untreated Illness) è possibile che qualcuno si accorga che qualcosa non va per il verso giusto: «era diventato trasandato, parlava poco, non studiava più... si chiudeva a lungo nella sua stanza, non frequentava più gli amici, a scuola si era isolato... sembrava un po' assente, a volte chiedeva cose poco chiare, faceva domande in modo ripetitivo», ma che si dia spiegazioni di questo genere: «credevamo avesse i soliti problemi degli adolescenti di oggi... pensavamo a difficoltà scolastiche con qualche insegnante, con il gruppo dei compagni... oppure a questioni sentimentali».

Sebbene riguardo questo periodo non vi siano ancora strategie d'intervento *evidence based*, pur essendo comunque utile intervenire sia pure con grande cautela, il ritardo dell'intervento nel primo episodio psicotico non ha alcuna giustificazione.

Una DUP (*Duration Of Untreated Psychosis*) di 12-15 mesi non ha ragion d'essere di fronte a numerosi studi che evidenziano un rapporto tra la durata di questo periodo e la gravità prognostica e di fronte al fatto che essa prolunga inutilmente una grave condizione di malessere.

Infatti, esistono adeguate indicazioni sul "che fare" al primo impatto con l'esordio psicotico sia riguardo ai trattamenti farmacologici sia a quelli psicosociali come ben descritto nelle linee guida inglesi del NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) del 2003³, disponibili anche nella traduzione italiana.

Stiamo dunque mettendo in evidenza l'importanza degli *interventi precoci nelle psicosi*. Questa impostazione presuppone due snodi fondamentali: l'identificazione dei casi e la strategia terapeutica da applicare. Riguardo al primo punto si è sottolineata in vari paesi l'importanza della sensibilizzazione del medico di medicina generale. Nella realtà sanitaria italiana occorre ricordare che spesso anche il Pronto Soccorso (PS) funziona come primo livello di accesso di fronte a un malessere, qualunque esso sia. Il PS di piccole e medie città arriva a "filtrare" ogni anno quote elevate di popolazione residente ed è quindi probabile che arrivi per primo in contatto con un paziente con "psicosi non trattata" e a maggior ragione con "malattia non trattata".

La consapevolezza di svolgere anche funzioni di

"primo livello" ha spinto la segreteria scientifica del IV Congresso Mediterraneo di Medicina di Emergenza (Sorrento 15-19 settembre 2007) a dedicare un'intera sessione a temi di base della psichiatria in Pronto Soccorso e in particolare di approfondire un argomento "preventivo".

In quella sede abbiamo svolto una relazione che presentava gli aspetti salienti dell'inquadramento degli esordi psicotici e degli stati mentali a rischio e delle modalità d'intervento farmacologico e psicosociale.

Abbiamo registrato l'impressione che un PS organizzato sia in grado non solo di "rispondere" all'emergenza e alla cronicità psichiatriche, ma anche di "individuare" patologie meno evidenti e quindi "avviare" a percorsi terapeutici appropriati.

Perché ciò si realizzi, occorre che si verifichi un cambiamento di rotta nell'approccio ai disturbi psicotici rispetto alla prassi psichiatrica oggi prevalente.

Si tratta cioè di uscire dalla gestione ordinaria della cronicità, da un atteggiamento di attesa, non assertivo e ancorato al pessimismo, andando verso interventi più attivi e più attenti alle radici del disturbo.

Bibliografia

1. Eblli D, Ciancaglini P. *La valutazione dell'attività di un servizio psichiatrico*. Ed. La Goliardica Pavese, Pavia, 1983.
2. Tansella M. (a cura di) *L'approccio epidemiologico in psichiatria*. Torino, Ed. Boringhieri 1985.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. 2003 (ed. italiana a cura di Carrà G, Barale F, Marinoni A. *Schizofrenia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004).
4. Klosterkötter J. *Predicting the onset of schizophrenia*. In: *Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Towards a Conceptual Model of the Disease Process* (ed. Hafner H), Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2002.

Letture di approfondimento

- Asioli F, Berardi D (a cura di). *Disturbi psichiatrici e cure primarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007 (per un approfondimento teorico e pratico sui Disturbi Psichiatrici in generale, a un primo livello d'intervento).
- Cocchi A, Meneghelli A. *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2004 (per un approfondimento teorico e pratico sugli "interventi precoci").

ABSTRACT

The change happened in psychiatric field from the 50s did not produce a considerable improvement in the effectiveness of psychosis therapy.

In this realm, many Authors are suggesting to develop a more active and careful therapeutic attitude to prevention aspects. They underline that a clinical picture of maximum of positive symptoms

arrives at the hospital admission with an average delay of two months, after a year of psychotic prephase and 3-5 years of negative or non specific signs of mental disorder. The emergency department could be a good structure for the early interception of pathological or risk conditions and to direct them towards a proper specialist therapy.