

Mercoledì 14 OTTOBRE 2015

## Congresso Sip. Studio Università di Brescia. Il 63% dei pazienti con schizofrenia presenta stati di agitazione psicomotoria

***Dallo studio presentato durante il Congresso della Società italiana di psichiatria emerge che, su 500 pazienti con schizofrenia, 314 presentavano stati di agitazione e soddisfacevano i criteri della scala PANSS EC, superando i 14 punti su 35 oltre i quali la condizione del paziente è da considerarsi di agitazione psicomotoria appunto. La causa? Sempre di più è associata a sostanze stupefacenti.***

Presso il Dipartimento di salute mentale dell'Università di Brescia è stato condotto uno studio per verificare su quanti pazienti con schizofrenia comparissero stati di agitazione psicomotoria nei vari livelli di pericolosità. Sui 500 pazienti che sono arrivati in reparto con diagnosi di schizofrenia, ben il 63% presentava agitazione psicomotoria soddisfacevano i criteri della scala PANSS EC, superando i 14 punti su 35. Oltre il livello 14 si tratta comunque di pazienti meritevoli di attenzione clinica specifica e di intervento medico immediato. Gli esperti avvertono: sempre più spesso questi fenomeni sono legati all'assunzione di sostanze stupefacenti.

**Nello specifico, il 14% di tutti i casi di agitazione psicomotoria (circa 500 mila in Italia ogni anno) sono dovuti all'abuso di droghe.** Anche in quest'ultimo caso si assiste spesso ad una escalation, cioè di un passaggio da condizioni che sono inizialmente di semplice irrequietezza ad una fase intermedia caratterizzata da manifestazioni di aggressività verbale e non sino ad uno stadio finale di vera e propria violenza. Per questo è fondamentale che un disturbo o una anomalia comportamentale di questo tipo venga riconosciuta il più rapidamente possibile, identificando la causa tra le tantissime che possono sfociare nella violenza, al fine di poter intervenire il più rapidamente possibile, dopo aver escluso possibili cause organiche. Se non viene riconosciuta questa gradualità, e non si interviene rapidamente a livello sia strutturale che ambientale, il rischio di escalation verso il grado più severo è molto alto. E ad essere in pericolo sono principalmente gli operatori sanitari e i familiari.

“L'agitazione psicomotoria – spiega **Emilio Sacchetti**, presidente della Società Italiana di Psichiatria e direttore del dipartimento di salute mentale degli Spedali Civili Università di Brescia – richiede interventi immediati, e questa immediatezza è generalmente garantita una volta che il paziente sia giunto in pronto soccorso o sia accettato in un SPDC, cioè nei servizi psichiatrici ospedalieri. Più problematica può risultare invece la gestione dell'agitazione psicomotoria al di fuori delle mura ospedaliere. Ciò soprattutto perché l'intervento risulta spesso tardivo come nel caso di pazienti non in carico ai servizi psichiatrici territoriali o che non aderiscono o aderiscono solo parzialmente al progetto terapeutico. Il ritardo dell'intervento può arrecare, e spesso arreca, gravi danni non solo alla persona-paziente, ma anche alla famiglia ed anche agli operatori intervenuti d'urgenza. Infatti, tanto più breve è il periodo di tempo che intercorre tra le primissime manifestazioni della crisi e l'avvio del trattamento, relazionale o farmacologico che sia, tanto migliore è l'efficacia dell'intervento”.

“Il tipo di intervento, sia di carattere comportamentale sia di carattere farmacologico – spiega **Claudio**

**Mencacci**, direttore del dipartimento di neuroscienze all'ospedale Fatebenefratelli di Milano e co-presidente del congresso con il prof. Sacchetti – gioca un ruolo importante, fondamentale. In situazioni di grande tensione e paura, l'agitazione psicomotoria è uno stato che può essere oggetto di prevenzione e risulta, una volta sviluppato, del tutto curabile. A livello di prevenzione, è fondamentale la preparazione al riconoscimento precoce sia da parte del network familiare e di quanti interagiscono con pazienti con precedenti episodi di agitazione psicomotoria che dei pazienti stessi. A livello di cura, si deve sempre prevedere una strategia complessa che coniughi tra loro interventi ambientali, psicologici, comportamentali e farmacologici, quali l'offerta di una camera singola, la riduzione per quanto possibile di qualsiasi stimolo esterno nocivo e quindi la garanzia di un contesto tranquillo, lo sforzo costante da parte di tutto lo staff per un rapporto basato sulla disponibilità ed empatia e l'uso di farmaci”.

“È fondamentale – aggiunge Sacchetti – che l'intervento sul paziente in agitazione psicomotoria si articoli sempre tenendo in primo piano la necessità del rispetto della persona. Quindi, nella pratica clinica anche dei casi più gravi non può e non deve limitarsi alla semplice somministrazione più o meno forzata di una qualche terapia farmacologica: la farmacoterapia, dunque, deve iscriversi in un progetto più vasto e sfaccettato di tipo relazionale e di coinvolgimento/adesione del paziente. In questa prospettiva è evidente che l'uso per via iniettiva di farmaci, siano essi benzodiazepine o antipsicotici di prima o di seconda generazione può qualificarsi non di rado come un intervento coercitivo che può rendere problematica l'instaurazione di un valido ed empatico rapporto medico-paziente anche se il contenimento farmacologico implica vissuti meno drammatici di quello fisico. Nella prospettiva di un progetto terapeutico basato sulla collaborazione e fiducia, appare di notevole importanza e valore innovativo l'acquisizione di farmaci per il trattamento dell'agitazione psicomotoria che vengono somministrati per via inalatoria: l'esperienza clinica nelle nazioni dove questi farmaci sono già stati commercializzati conferma che la assunzione inalatoria viene vissuta in maniera molto meno coercitiva ed invasiva dai pazienti”.

“La possibilità di utilizzare strumenti che non siano solamente di tipo iniettivo – conclude Mencacci – sicuramente può consentire di vivere con minore senso di angoscia un intervento medico comunque complesso. Tutto ciò che ci permette di stabilire un rapporto di collaborazione e soprattutto la possibilità di utilizzare modalità meno cruente, a parità di rapidità d'azione, deve essere un principio guida nel trattamento di questi casi. In particolare per quanto riguarda il genere femminile, contribuisce a far vivere con minor intrusione e senso di umiliazione una situazione dove la terapia è oggi per necessità è fatta intramuscolo”.

**Marzia Caposio**