

IL PAZIENTE REVOLVING-DOOR TRA DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE E SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

FAUSTO VENTURA

U.O.PSICHIATRIA ASL 4 PRATO

DIRETTORE F.F. DR. L.FOSSI

Il paziente revolving-door impegna costantemente un servizio psichiatrico nelle sue varie articolazioni : centro di salute mentale, strutture di accoglienza variamente articolate, il servizio ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC) e, conseguentemente, il dipartimento di emergenza-accettazione (DEA) nel suo ruolo di filtro di tutte le criticità sanitarie di un dato territorio 24h/24h. Lo scopo di questo elaborato è riflettere su come due distinti apparati, il DEA ed il SPDC, interagiscano tra di loro nella gestione appunto di un paziente difficile come è colui che viene definito il paziente della porta girevole, per evidenziare possibili cambiamenti e limitare le spesso inevitabili situazioni di reciproco blocco. Infatti il paziente revolving-door (rdp) è il più delle volte un paziente con un grave disturbo borderline di personalità (bdp), oppure un paziente con problematiche psichiatriche alle quali si sommano comportamenti a rischio come un poliabuso di sostanze (alcol in primo luogo, ma anche, insieme e contemporaneamente, sostanze stimolanti come la cocaina, anfetamino-simili, oppure eroina oppure ancora uno degli infiniti prodotti di incerta natura e definizione che il mercato illegale produce ogni giorno). Un altro tipo di utente che dobbiamo considerare è il paziente ipocondriaco che, saltando ogni filtro accessibile sul territorio (medico di medicina generale, servizio psichiatrico territoriale, laddove sia già riconosciuto come paziente con problematiche psicopatologiche significative), si presenta regolarmente in DEA lamentando somatizzazioni spesso vaghe, indefinite, che colpiscono diversi apparati contemporaneamente, che richiede con fermezza, patologica, un intervento unicamente e puramente medico internistico, rifiutando in molti casi la consulenza psichiatrica, vissuta come una risposta, per lui, fuorviante rispetto al bisogno manifestato. In questi casi l'accesso al DEA con successiva consulenza psichiatrica può ripetersi più volte nell'arco delle stesse 24/h.

Non bisogna comunque dimenticare che, più in generale, il fenomeno del revolving-door è spesso determinato da una non aderenza alla terapia farmacologica prescritta, che comporta quindi una ricaduta ed una conseguente riammissione ospedaliera in tempi molto brevi. D'altra parte è la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che segnala come il 50% dei soggetti in trattamento per patologie croniche non assume adeguatamente e correttamente le terapie , con inevitabile riduzione della efficacia dei trattamenti ed una conseguente maggiore morbilità.

Oggi inoltre assistiamo, in un periodo di profonda crisi economica e sociale, ad una crescente fragilità delle reti sociali, che assicuravano, in passato un supporto significativo a soggetti in difficoltà, come sono i pazienti psichiatrici ; una delle tante ricadute di questa attuale condizione è che il ricorso alle più varie strutture di assistenza è in continuo aumento, e tra questi possiamo inserire sicuramente anche l'ospedale nelle sue varie articolazioni (e i dati, pur disomogenei nella modalità della raccolta dati, testimoniano tutti un aumento del numero di accessi ai vari DEA/PS).

E' importante comunque tenere ben presente la difficoltà di instaurare una relazione adeguata con il paz borderline che, per definizione, ha una cronica costitutiva incapacità a costruire relazioni sufficientemente stabili e valide. Infatti un servizio psichiatrico riesce a tenere in cura un paz. BL solo quando, oltre al singolo medico che riesce ad creare un rapporto diretto di cura con il paz, contemporaneamente tutto il gruppo di lavoro psichiatrico diviene, nel suo complesso, un punto di riferimento e di accoglimento dei suoi bisogni, senza farsi "travolgere" dalle spesso molteplici, assurde e contraddittorie domande di aiuto. Tutto questo stile di lavoro del servizio psichiatrico in un certo senso si ridimensiona nel momento in cui il medesimo paziente acceda al DEA/PS. Anche in questo contesto infatti ogni medico, ogni infermiere ha un proprio stile, una propria capacità di ascolto e di accoglienza. Il paz B.L. Spesso mette a dura prova queste tipiche caratteristiche della professione di aiuto effettuate in un PS. Vi sono quindi operatori che non appena il paz. Varca la soglia del DEA, nel più breve tempo possibile attivano la consulenza psichiatrica (per avviare la soluzione di un immediato ricovero in SPDC), comunque per ridurre al minimo l'interazione con un paziente difficile per definizione. Altri invece mettono in atto una diversa capacità di accoglimento, cercando davvero di comprendere e decifrare la richiesta di aiuto del paz, magari cercando di vagliare le eventuali patologie propriamente e puramente internistiche (con richiesta di esami laboratoristici, laddove ovviamente siano necessari) prima di ridurre tutto il malessere del paz ad un bisogno psichiatrico, che necessita quindi "solo" della consulenza specifica. Accade anche che molte volte il paz stesso, proprio con i suoi numerosi e ripetuti accessi al DEA/PS, sia ben conosciuto dagli operatori medesimi, per cui le sue modalità di comportamento "strane" sono ben tollerate, come "acquisite" quasi generando una "familiarità" con lo stesso paziente. Si può dire che esista una sorta di "clessidra" del tempo, per cui con alcuni paz. Scatta, pressochè immediata, la richiesta di intervento psichiatrico, in altri casi invece il paz viene gestito per più lungo tempo in DEA. E' come se, variando gli "attori" del procedimento, al paz. fosse consentito di "recitare" la sua sofferenza in "palcoscenici" diversi. La metafora della teatralità non è ovviamente scelta a caso, perchè questo tipo di paz hanno , tra le altre, la caratteristica di necessitare, usandole fino in fondo, di plurime figure di accudimento, sulle quali riversano il fondamentale bisogno inappagato di totale accoglimento, spesso con manifestazioni appunto teatrali quanto sterili.

Se non si comprendono (con discussioni, incontri, confronti periodici, audit frequenti sui casi più difficili) questi meccanismi messi in atto da questo tipo di paz., nasceranno solo irrigidimenti ed incomprensioni tra operatori del DEA e quelli del SPDC, che intervengono in consulenza. Anche il ricorso alla stesura di protocolli/linee guida può rivelarsi un fattore di irrigidimento reciproco nel tentativo finale di tenere ognuna "la propria linea", perdendo quindi la necessaria flessibilità e modularità di un intervento comunque sempre complesso e variegato e rischiando, in definitiva, di non dare risposte che abbiano una corretta valenza terapeutica e di cura.

BIBLIOGRAFIA

- HOWEGO I et. Al. "The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management". Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 37, 169-183 (2003)
- Lichtenberg P. et. al. "Clinical case management of revolving-door patients: a semi-randomized study" Acta Psychiatr. Scand. 117, 449-54 (2008)
- Organizzazione Mondiale della Sanità "Adherence to long term therapies" , OMS, Geneva (2003)