

L'alleanza con il paziente nel trattamento della psicosi

Facciamo la puntura: storie, storia e riflessioni sull'uso della siringa

Storie

Il ricordo risale a un tempo abbastanza lontano, agli inizi degli anni sessanta.

“Vai dalla signora di sotto e dille che c'è bisogno di fare la puntura”. Era la disposizione che mia madre mi impartiva per attivare il rito simil sanitario che si concludeva con un gluteo bucatto. C'era sempre qualcuno che in famiglia o fra le persone ad essa vicina possedeva l'arte di

fare la puntura e di solito non aveva niente nella propria storia che avesse a che fare con le professioni sanitarie. D'altro canto, a quell'epoca e forse ancora ora, molte delle pratiche sanitarie di una famiglia erano gestite dal buon senso e dalle abitudini, in casa mia da mia madre, appunto.

La signora arrivava con tutto quanto serviva per consumare il rito: una scatola di alluminio di forma ovale con un coperchio tenuto fermamente chiuso da un manico lungo quanto la scatola e che, ripiegato su se stesso e sul coperchio, faceva sì che l'operazione di sterilizzazione avvenisse efficacemente. La siringa

era composta da un cilindro di vetro trasparente con le tacche nere, uno stantuffo, anch'esso di vetro ma opaco e un ago, nel mio ricordo di dimensioni improponibili, che andava inserito sulla siringa. Tutto veniva riposto nella scatoletta di alluminio riempita di acqua e messa sul fuoco per la sterilizzazione.

I pochi minuti che servivano per questa operazione si consumavano in chiacchiere fra le due donne al cui cospetto stavo piuttosto preoccupato per quanto da lì a poco mi sarebbe accaduto con inevitabile dolore. Che si trattasse di soluzioni ricostituenti piuttosto che del più impegnativo antibiotico, il fatto che si

Minervino A. The alliance with the patient in the treatment of psychosis. Give a shot: stories, story and thinking on the use of the syringe. Trends Med 2012; 12(3):121-131. ©2012 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Key words:
injection
syringe
psychosis

✉ **Antonino Minervino**
Dipartimento di Salute Mentale
Azienda "Istituti Ospedalieri"
Cremona
e-mail: minerant@libero.it

Figura 1. Bollitore in alluminio con siringa ed ago.



imponesse la necessità di fare una puntura per ricevere quella medicina rendeva tutto molto più serio e tanto più era necessario usare rimedi e mezzi adeguati per riconquistare la salute, tanto più si giustificava il ricorso alla puntura con il sacrificio di sentire paura e dolore.

“ Tutto pronto, mettili sul letto e stai tranquillo”. Era il segnale che gli eventi stavano per precipitare. Mia madre mi accompagnava in camera, mi faceva stendere sul bordo del letto lato gluteo sacrificale, e mi riempiva di rassicurazioni. Avrei dovuto in quella condizione di paura trovare il modo di rilassare il muscolo vittima dell'imminente aggressione per rendere l'operazione meno dolorosa, o, in una bugia piena d'affetto, per niente dolorosa.

Tant'è, partiva lo strofinamento con il batuffolo di cotone intriso d'alcol, lo schiaffetto sul gluteo e un istante dopo mi ritrovavo trafitto, iniettato e mas-

saggiato sulla parte dolorante.

Me la ricordo brava quella signora, con bei modi, dolce e rilassata, ma risoluta come conviene quando il gesto non deve patire tentennamenti. In più con mia madre che si faceva garante con la sua presenza e con l'amicizia che la legava alla detentrica dell'arte che tutto sarebbe avvenuto nel migliore dei modi.

La puntura è puntura, c'è poco da fare! Ma come cambia tutto se la fai in una condizione piuttosto che in un'altra, se l'aggressione al gluteo tramite strumento atto a pungere la ricevi in una buona relazione piuttosto che no.

Figura 2. La bambina della pubblicità.



Storia

E' piuttosto nota a tutti la pubblicità di una siringa di una nota marca di prodotti sanitari che faceva dire ad una bambina, inquadrata solo sul viso mai attraversato da una smorfia di dolore, “Già fatto?”.

Esorcizzare il dolore di una pratica come quella della puntura è stato per quel pubblicitario l'architrave dell'idea, vincente e funzionante sul piano dell'efficacia comunicativa e, presumo, anche su quello del marketing.

Le siringhe che siamo abituati a vedere ed usare oggi, tanto in ambienti domestici quanto in ambienti professionali, sono oggetti molto diversi dalle siringhe che hanno dato vita alla pratica dell'iniezione. E, come sempre, la storia della medicina aiuta a capire meglio il presente. La storia della siringa parte da molto lontano e forse da così lontano che coincide con un mito o una leggenda.

“Ai bordi del Nilo, vive un uccello di media grandezza; ha le ali corte, il piumaggio dorsale scuro e quello del ventre bianco; le zampe sono rosse, il becco è lungo sette pollici, il collo un piede. Questo animale, quando il bisogno lo spinge, quando l'istinto l'avvisa, riempie d'acqua il becco, l'introduce nell'oppo-

“La storia della siringa che aveva paura”

C'era una volta una siringa che lavorava in Ospedale, dove c'erano tanti bambini malati.

Questa siringa prima era un po' cattiva e andava sempre in giro a spaventare i bambini. Si nascondeva, e quando li vedeva gli saltava addosso e gli faceva male.

Poi un giorno la prese un bambino e la buttò nel cestino e la siringa gli domandò:

Siringa: Perché mi hai buttato nel cestino ?

Bambino: Perché tu mi fai i dispetti e mi fai male.

Siringa: Scusa, io non lo sapevo che ti mettevo paura. Mi hanno costretto a fare questo.

Bambino: Io sento dolore però so che mi fai bene e allora mi trattengo e non grido.

Adesso che la siringa sa che cosa provano i bambini quando lei li punge, gli è venuta un po' di paura e allora quando si avvicina ai bambini lo fa piano piano, come se gli volesse fare delle carezze.

Ora i bambini e la siringa sono diventati amici.

sto orifizio, e si procura da sé ciò che chiamiamo *un clistere, o un lavativo*.

L'uomo, sempre disgustato da quanto possiede, e desideroso di quanto non ha, invidiò un organo così acconco, e cercò a lungo i mezzi per supplirvi." ("Elogio burlesco della siringa", Pubblicato a metà del settecento fra le carte dell' "Accademia di Nancy").

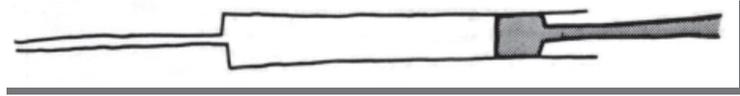
La siringa compare dunque come strumento per fare i clisteri, pratica che si perde nella notte dei tempi.

La parola siringa deriva dal greco antico "syrinx" e vuol dire tubo.

Erone d'Alessandria visse circa 100 anni prima della nascita di Cristo e fu un geniale inventore. Sono sue alcune invenzioni che anticipavano di molti secoli quelle che poi furono degli strumenti che rivoluzionarono la vita dell'uomo. A lui si attribuisce anche la creazione di una siringa in grado di controllare il passaggio di aria o liquidi, forse l'antesignana della siringa dei giorni nostri (figura 4).

Intorno all'anno 1000 visse colui che è considerato il padre fondatore della chirurgia moderna, il medico chirurgo arabo ispano Albucasis. La sua opera, *Al Tasrif*, tradotta in latino nel XII secolo da Gerardo da Cre-

Figura 4. La siringa di Albucasis in un manoscritto arabo medioevale - *On Surgery and Istruments* (con traduzione inglese e commentario di M.S. Spink e G.L. Lewis). The Wellcome Institute of the History of Medicine, Londra, 1973.



mona, contiene la descrizione di siringhe, anche se non ne rivendica l'invenzione.

Lo cita anche R. Console in "Marco Gatinaro e la storia della siringa"². In questo scritto si discute dell'attribuzione al medico Marco Gatinaro di Vercelli della seconda metà del quindicesimo secolo l'invenzione della siringa (si parla ancora di siringhe ad uso di clisteri o di lavaggi vescicali) per arrivare a concludere che non gli può essere attribuita tale invenzione. Ad onor del vero tale conclusione non è del tutto condivisa ed altri autori tendono invece a riconoscere al Gatinaro un ruolo nell'invenzione di questo strumento.

Il lavoro di Console si conclude così: "Tra la fine del diciannovesimo secolo e i primi decenni del ventesimo i nuovi enteroclistemi a gravità e le perette di gomma soppiantarono tutte le siringhe per la somministrazione dei clisteri; ma la siringa, tornata ad essere molto più piccola come ai tempi di Albucasis e munita di un ago cavo, si è diffusa enormemente per la somministrazione di medicinali attraverso la cute e quindi occupa di nuovo un

posto importante nella storia della farmacia."

Le fonti storiche paiono essere concordi nell'attribuire la paternità dell'invenzione della siringa così come è conosciuta oggi a due medici dell'800: lo scozzese Alexander Wood (1817 - 1884) e il francese Charles Gabriel Pravaz (1791 - 1853). Il primo la usava per l'iniezione di morfina sottocute nel trattamento delle nevralgie croniche, il secondo nel trattamento delle sacche aneurismatiche tramite l'iniezione di percloruro di ferro.

E' quindi intorno al 1850 che possiamo far risalire l'uso della siringa come strumento per iniettare farmaci. Una metodologia che prende rapidamente piede nella pratica medica, si diffonde e si evolve sia nello strumento che nella metodologia. All'inizio è piuttosto sottovalutata la possibilità che si creino inconvenienti tanto da leggere "...nessun atto preliminare è assolutamente necessario. Non occorre né lavare la pelle se sporca, né ungerla. Neppure occorre che l'ago venga unto... la medicazione della ferita si fa più

Figura 3. Ibis sacro del nilo.

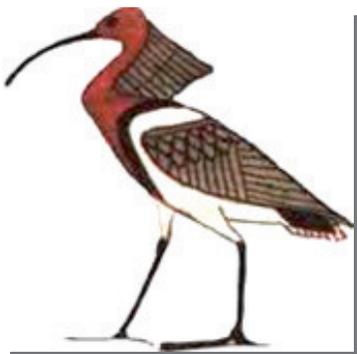


Figura 5. Siringa di Pravaz.



per prudenza che per altro. Vi si pone un pezzetto di cerotto o di taffetas”³. Una interessante ed efficace rappresentazione dello sviluppo dell'uso della siringa si trova in “La siringa: dalla “medicazione ipodermica” al prelievo di sangue”, di G. dall'Olio e R.M. Dorizzi⁵.

La siringa di Pravaz rappresenta il prototipo dello strumento per iniezioni su cui si apportano di volta in volta modifiche che la portano verso lo strumento che noi conosciamo e usiamo: Leiter nel 1864, Luer nel 1886 per citare i primi⁴.

Si arriva all'inizio del '900 con l'utilizzo di siringhe di vetro graduate con aghi metallici. Nel 1908 la “via iniettabile” è inserita nel codice dei farmacisti e può essere utilizzata per la somministrazione di farmaci.

L'ultima rivoluzione è l'arrivo intorno agli anni '70 della siringa in plastica con aghi monouso. Dagli anni '80 si impone visti gli enormi vantaggi che assicura in termini di sterilità e praticità, a fronte di costi molto contenuti.

Oggi

Da tanti anni a questa parte l'uso della siringa per l'iniezione intradermica e sottocutanea di farmaci è sostanzialmente una pratica infermieristica. Rappresenta forse il gesto medico più replicato in ambiente non sanitario, soprattutto in ambito domestico, dove, come un tempo e come ricordato prima, è spesso chiesto a qualcuno della famiglia di imparare l'arte di fare la puntura.

Ma come pratica professionale infermieristica è oggetto di protocolli operativi precisi ed aggiornati che hanno come scopo una corretta pratica che eviti gli effetti indesiderati e cerchi di li-

Figura 6. P. Schivardi “ La medicazione ipodermica”, 1871.

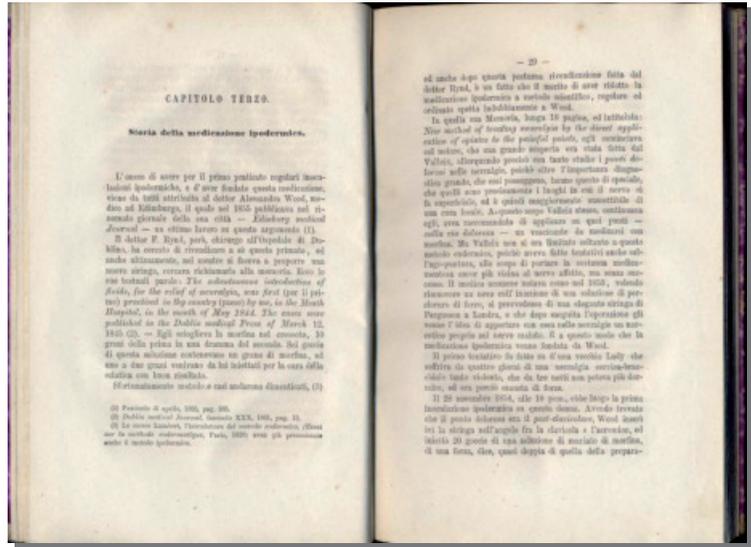


Figura 7. Siringa di Luer e astuccio.



mitare l'inevitabile dolore dovuto alla sollecitazione dei recettori algici posti nel derma.

Sono protocolli che si basano sulla Evidence based Nursing (EbN) e grazie ai quali le quotidiane azioni professionali possono poggiare su prove d'efficacia piuttosto che su abitudini consolidate che spesso contengono il rischio di rinunciare a revisioni critiche di ciò che si fa⁵. Un'interessante indagine multicentrica⁶ dimostra come, su un campione di circa 150 infermieri professionali che hanno risposto ad un questionario di 30 domande (25 aperte e 5 chiuse) riguardanti la somministrazione di farmaci per via intramuscolare e sottocutanea, le conoscenze su quel che si fa non sono sempre del tutto adeguate a quel che si dovrebbe sapere. *“La raccolta e l'elaborazione dei dati hanno confermato che la conoscenza degli infermieri rispetto all'argomento trattato è ancora lontana da quello che le evidenze scientifiche enunciano.”*

Fra tutti gli items del questionario riporto solo quello sulla sede dell'iniezione: *“Dall'analisi dei dati è emerso che l'82% degli infermieri considera la sede dorsoglutea come sede d'elezione e solo il 9,5% ha indicato la sede ventro-glutea...”*

Quest'ultima è indicata in letteratura come la sede più sicura, di facile accesso e meno dolorosa^{7,8}.

L'interesse per questa indagine multicentrica è legato semplicemente al fatto che dimostra come prevalgono, nell'agire professionale quotidiano, le abitudini e che queste spesso non siano così vicine ai comportamenti ottimali indicati dalle conoscenze più aggiornate. Non è una critica ad una categoria di professionisti, anzi! Dimostra piuttosto la capacità di introdurre nella propria pratica professionale un punto di vista capace

di avere come solo obiettivo quello del miglioramento continuo in virtù della capacità di riconoscere quello che di migliorabile c'è nelle nostre azioni professionali, anche e soprattutto quando sono considerate consolidate e acquisite.

Un punto di vista simile è quello che regge tutte le procedure di miglioramento della qualità e di accreditamento all'eccellenza come, per esempio, quella di Joint Commission International⁹.

In un'esperienza diretta fatta con l'accREDITAMENTO all'eccellenza con Joint Commission International ho potuto costatare quanto spazio di miglioramento ci fosse nel nostro agire quotidiano a dispetto della costante attenzione alla qualità che pure avevamo avuto nel tempo. E dunque per fare in maniera corretta una iniezione bisogna tener presente una sequenza di azioni descritte in protocolli che motivano ognuna delle azioni stesse: dalla scelta della sede di somministrazione (muscolo deltoide, sede ventro gluteale, ecc.) alla tecnica per introdurre l'ago, solo per citarne alcune. In alcuni protocolli le azioni che costituiscono la procedura sono 16 e sono riportate di seguito:

1. Controllare la prescrizione del farmaco, la scadenza, il dosaggio e la via di somministrazione con un altro infermiere.
2. Usare un ago con filtro o un ago di calibro 23 o minore per aspirare il farmaco.
3. Cambiare l'ago dopo la preparazione.
4. Per somministrare l'IM, usare un ago di lunghezza appropriata per assicurare che il farmaco si depositi all'interno del muscolo.
5. Non adottare la tecnica del-

la bolla d'aria per inoculare tutto il farmaco

6. Usare la sede ventrogluteale come sede di scelta, salvo controindicazioni.
7. Aiutare il paziente ad assumere la posizione idonea per facilitare l'iniezione nella sede scelta.
8. Detergere la parte con soluzione alcolica prima dell'iniezione.
9. Usare la tecnica del tratto zeta per eseguire tutte le iniezioni.
10. Inserire velocemente l'ago nella cute a 90 gradi lasciando un terzo dell'ago esposto.
11. Aspirare per verificare presenza di sangue. Se è presente rinunciare e ripetere tutta la procedura.
12. Iniettare senza superare la velocità 1 ml ogni 10 secondi.
13. Estrarre rapidamente, premere se vi è perdita di sangue.
14. Non massaggiare la zona.
15. Riporre i taglianti in modo sicuro e documentare la procedura.
16. Osservare la zona 2-4 ore dopo l'iniezione per identificare e monitorare ogni effetto locale⁷.

Riflessione prima

Introdurre in una zona del corpo uno strumento a punta che inietti sostanze estranee è, fra le tante cose, un gesto con caratteristiche aggressive.

Lesiona l'integrità del corpo, provoca dolore tanto nell'atto in sé quanto nell'introdurre le sostanze che possono avere determinate caratteristiche che rendono più o meno intensa l'esperienza dolorosa e tutto ciò fa capire quanto sia necessario fidarsi di chi fa l'iniezione. L'ele-

mento della fiducia rimanda all'importanza della relazione fra paziente e operatore sanitario, medico o infermiere che sia, alla qualità della relazione e alla "competenza relazionale"¹⁰.

Se poi pensiamo che la maggior parte delle iniezioni è fatta sul gluteo, da dietro, indipendentemente da tutte le ragioni tecniche che giustificano e rendono legittima la scelta di tale sede, resta evidente che, almeno da un punto di vista psicologico e relazionale, si pone un ulteriore elemento di criticità: devi sottoporli ad un gesto aggressivo e doloroso da parte di altri da dietro, alle spalle e sul gluteo!

Se usciamo per un attimo dalla consuetudine dove siamo soliti osservare tale scena e la astraiamo guardandola come se grazie a un effetto di dissolvenza tutti gli elementi di contesto sparissero, per opera di un bravo regista, potremmo rimanere colpiti dall'effetto che ne risulta e la fiducia e la relazione quindi si renderebbero ancora più evidenti nella loro importanza.

Il paziente grave

La cura e l'assistenza al paziente grave sono uno dei nodi della

complessità del lavorare in psichiatria¹¹.

Certamente uno dei più importanti e, naturalmente, coinvolge tutti gli operatori, tutte le professioni.

Ma quando parliamo di paziente grave ci riferiamo ad una categoria diagnostica, qualunque sia il sistema diagnostico che di solito viene usato in quel contesto? O preferiamo rivolgerci all'emergenza di certi comportamenti? Oppure scegliamo criteri che si rivolgono al tipo di trattamento che prescriviamo e rispetto al quale il paziente è "resistente"? Oppure teniamo conto di una percezione soggettiva di grande difficoltà a occuparci di quella persona?¹² E così via, con altre possibili domande, fino magari a concludere che può essere la somma, l'incrocio di tutti questi criteri a darci un orientamento in questo non facile problema della definizione di paziente grave.

Sono però sicuro di non banalizzare la questione se fra i pazienti gravi di cui ci si occupa in psichiatria, nella psichiatria dei Servizi Psichiatrici pubblici in primis, indico quelli affetti da psicosi.

Sarebbe forse meglio dire pazienti gravosi, nel senso del

grande impegno che ci chiedono nel prenderci cura di loro, o meglio nel fare cura con loro.

Pazienti impegnativi, quindi, perché impegnano in una relazione che può occupare poco tempo (per esempio il paziente acuto), o che può protrarsi per molto, moltissimo tempo.

Mettere insieme il concetto di paziente grave e impegnativo con il concetto di relazione come strumento professionale irrinunciabile, in ogni professione sanitaria, in ogni professione d'aiuto, pone il problema della formazione.

Mi limito a sottolineare come la formazione in generale e quella relazionale nello specifico, rappresenti un investimento strategico che merita lo sforzo di ricercare le risorse necessarie da dedicare ad essa.

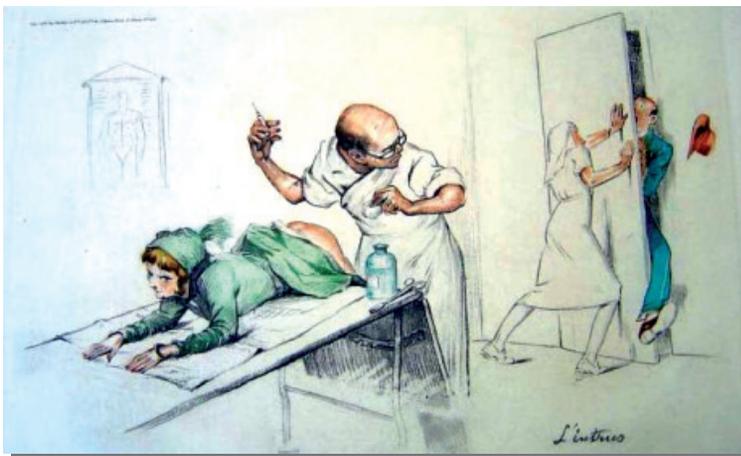
Ciò soprattutto se ci si prefigge l'obiettivo di erogare nelle proprie strutture interventi efficaci e di qualità, a beneficio ovviamente dei pazienti, ma che tengano conto anche del "costo" in termini di salute e benessere degli operatori sempre più esposti al rischio stress derivato dal lavoro¹³.

Competenza relazionale e burn out

Il lavoro delle varie figure professionali operanti nel Dipartimento di Salute Mentale ha un rischio di burn-out condiviso con quello di altre categorie professionali ed un rischio specifico legato alle peculiarità della cura e dell'assistenza ai pazienti psichiatrici.

Gli operatori dei DSM sono particolarmente sensibili a questa tematica per la consapevolezza crescente che buona parte del benessere personale e professionale dipende dalla capacità personale e dell'organizzazio-

Figura 8. Vignetta.



ne che li contiene di affrontare e prevenire il rischio di burn-out^{14,15}.

Tutte le categorie professionali che operano nei Servizi di Salute Mentale sono esposte a specifici fattori di rischio quali:

- la specificità della sofferenza psichica;
- il carico emotivo che deriva dall'occuparsi di pazienti gravi e con disturbi cronici;
- la responsabilità che deriva da diversi atti professionali;
- la mancanza diffusa di strumenti di "scarico" delle tensioni;
- il rischio di aumento di errori professionali derivanti da stress lavorativo.

Uno degli aspetti più significativi del problema del burn-out è rappresentato dalla componente relazionale: ogni operatore si confronta quotidianamente con la relazione con i pazienti, la relazione con i colleghi, la relazione con i familiari dei pazienti (per citare le più significative). Risulta quindi evidente come la "competenza relazionale" sia una componente importante dell'agire professionale e che andrebbe acquisita con un percorso formativo. Il Gruppo Balint è uno specifico e collaudato strumento formativo utile all'acquisizione di tale competenza¹⁶. Il lavoro del Gruppo Balint¹⁷ si struttura a partire dal "racconto" di un caso professionale portato in discussione da parte di un partecipante. Terminata la presentazione gli altri membri del gruppo che lo desiderano possono intervenire ponendo domande, formulando ipotesi, esprimendo pareri e considerazioni. La discussione del caso dura di solito 90'. Il lavoro del gruppo è guidato dal conduttore il quale, attento alle interazioni tra i partecipanti e tra lui ed il

gruppo stesso, svolge la funzione di centrare il lavoro sulla relazione. La frequenza degli incontri è preferibilmente settimanale o quindicinale e la durata nel tempo dell'esperienza è di almeno un paio di anni. Persegue l'obiettivo della formazione psicologica e dell'addestramento al rapporto professionale col paziente sul piano della relazione. Poiché il lavoro del gruppo è articolato attraverso una serie di incontri scaglionati nel tempo con periodicità prefissata, il GB fa parte dei gruppi di tipo "continuo", evidenziando con ciò la struttura processuale e non occasionale del lavoro e, per il lavoro sul caso, fa parte dei "gruppi eterocentrati"¹⁸.

Riflessione seconda

La somministrazione delle terapie è, fra tutti gli atti professionali dell'attività degli infermieri in ambito psichiatrico, uno fra i più delicati. Un gesto professionale di grande rilevanza, spesso banalizzato, che trova in una buona relazione un valore terapeutico aggiuntivo e nella sua assenza un elemento di grande criticità.

In quest'ambito, la terapia iniettiva ha delle ulteriori peculiarità che ci riportano al nostro discorso sulle iniezioni.

Cominciamo con qualche riflessione sulla relazione con il paziente psicotico: relazione impegnativa, coinvolgente, faticosa, gratificante, frustrante, arricchente.

Il paziente psicotico è una persona che entra in relazione attraverso espressioni di sé difficili, come difficili sono un linguaggio non comune, l'espressione di un senso non sempre condivisibile, la messa in atto di comportamenti di non chiara lettura, la manifestazione di per-

cezioni soggettive, il confronto con realtà molto personali, costruite ed evidenti per loro ma inesistenti per noi, oppure di comune esperienza ma di diversa interpretazione.

Proviamo solo a pensare quanto nella vita personale una sola di queste espressioni dell'altro ci metterebbe in difficoltà: un amico che ti dice con molta partecipazione qualcosa di sé e che non riesci a capire, un figlio che si comporta in un modo diverso da come ti aspetti, una compagna che si chiude nel suo mondo cui non hai accesso, o più semplicemente quando di fronte ad un evento tu capisci una cosa molto diversa di quello che ha capito il tuo interlocutore. Quanto diventa difficile, anche solo per pochi momenti, stare insieme.

Proviamo ora a pensare a quando sperimentiamo tutto ciò nel mondo professionale, con molta intensità, e ci rendiamo conto, anche solo intuitivamente, della peculiarità dell'impegno relazionale con il paziente psicotico.

E' una sollecitazione a un confronto non facile, dove per istinto la prima cosa che viene da fare è delegittimare l'interlocutore e ridurlo solo a espressione di follia.

Molto più impegnativo è cercare il senso, non per noi che non capiamo, ma per chi lo produce, per il paziente.

Ancora più impegnativo è saper stare con lui rinunciando a una condivisione di senso e motivati a cercarlo insieme e se non si trova riuscire comunque a stare insieme.

Chi si impegna in una relazione professionale che si caratterizza per quanto detto fin qui è sottoposto ad un carico emotivo che può essere risorsa o peso. Ma che sia l'uno o l'altra cosa,

resta una variabile importante per l'esito dell'agire professionale e per la qualità della vita professionale.

In tutto ciò gli infermieri sono fortemente impegnati.

Un esempio per tutti: un'equipe psichiatrica addestrata e formata sul piano della relazione ha in ciò uno strumento formidabile per il contenimento ed il controllo degli agiti aggressivi^{19,20}.

Somministrare farmaci

La somministrazione delle terapie nel trattamento di un paziente psicotico, soprattutto in fase di scopenso, è un momento difficile e delicato sia per il paziente che per l'infermiere.

Impegna nella ricerca dell'accettazione e dell'adesione al trattamento, vissuto spesso all'inizio in molti modi, magari addirittura come una minaccia. Molte volte l'obiettivo iniziale è far sì che la terapia diventi una risorsa per il paziente, obiettivo difficile ed irrinunciabile.

E' noto, tra l'altro, che il problema dell'accettazione e dell'adesione ai trattamenti è comune a tutti gli ambiti della medicina e costituisce un vero ostacolo per l'efficacia dei trattamenti.

Introdurre farmaci nel proprio corpo, introdurre sostanze chimiche, rappresenta un gesto apparentemente banale, ma ricco di implicazioni psicologiche che spesso sfuggono pur rappresentando una variabile fondamentale nei trattamenti.

Facciamo qualche esempio. L'ansia e l'angoscia che provoca l'assunzione di un farmaco vissuto come sostanza estranea al corpo e che ne viola l'integrità, tanto quanto il male che dovrebbe combattere: da qui la bassa tolleranza a effetti collaterali minimi e transitori con la

relativa sospensione immediata della terapia o la non adesione alle modalità prescritte per l'uso corretto della terapia. O l'incapacità a tollerare qualunque forma di disagio o di sofferenza, anche minima, con un ricorso immediato al farmaco o, in caso di malattia, un'ansia continua sulla cura, sulla sua capacità di essere efficace²¹.

In psichiatria, quando compaiono, questi fenomeni sono amplificati e se la terapia deve essere assunta per via iniettiva si carica ulteriormente di valenze psicologiche perché, come detto prima, l'iniezione è l'iniezione! Nel bene e nel male.

Antipsicotici atipici: una nuova epoca?

La disponibilità di farmaci nuovi ha modificato in modo significativo il trattamento farmacologico per molte patologie in ambito psichiatrico²².

Un esempio importante è quello degli antipsicotici atipici, primo fra tutti il risperidone, che hanno di fatto soppiantato l'uso dei neurolettici creando nuovi scenari nel trattamento dei disturbi psicotici. Seppure con la dovuta attenzione agli effetti collaterali tipici di questi farmaci, di sicuro è aumentata la sicurezza e l'efficacia dei trattamenti in patologie così impegnative. Quello che a mio avviso ha molto cambiato le cose nella pratica quotidiana è stato che i farmaci antipsicotici atipici hanno consentito un approccio al trattamento farmacologico scivolo da quella preoccupazione per gli effetti collaterali inevitabili che i neurolettici provocavano.

Una collateralità grave sul piano neurologico, cognitivo, affettivo, metabolico che, per l'inevitabile compromissione della

tollerabilità e della sicurezza, comportava una discreta apprensione nella prescrizione ed una "indesiderabilità" della cura da parte del paziente. Non bisogna trascurare che molti di quegli effetti collaterali provocavano vissuti così intensi nel paziente da generare una sindrome iatrogena che si andava a sommare al disturbo di partenza. Un vero e proprio rebus terapeutico. Un grande problema sia per l'approccio e l'accesso alle cure sia per l'adesione ai trattamenti e un problema di grande impatto relazionale.

Letteratura ed iconografia sono ricche di testimonianze di un'epoca che non può essere considerata del tutto superata. Certamente anche i farmaci antipsicotici atipici hanno bisogno di un'attenta gestione del trattamento e di una continua sorveglianza sugli effetti collaterali, ma lo scenario è cambiato in meglio a favore di un più facile approccio alle cure che le rende più accessibili ed accettate dal paziente.

Da quando sono disponibili farmaci antipsicotici atipici per via iniettiva, sia in forma pronta che a rilascio prolungato, si è aggiunta un'ulteriore possibilità, potendo rinunciare ai neurolettici che per tanto tempo sono stati gli unici cui poter ricorrere quando si rendeva necessaria la via iniettiva.

Infine un accenno alla formulazione depot e a lento rilascio. Nella pratica psichiatrica l'uso dei farmaci neurolettici depot si impose nel tentativo di risolvere il problema della mancata o scarsa adesione al trattamento. La disponibilità di antipsicotici atipici per via iniettiva e a rilascio prolungato (come per esempio il risperidone e il paliperidone palmitato) ha aperto a nuove strategie di trattamento

centrate sull'utilizzo di tale via di somministrazione e tali formulazioni farmacologiche.

Acquisita l'adesione al trattamento da parte del paziente, consolidata la sua motivazione alla cura, sperimentata la tollerabilità e la sicurezza del farmaco su quel paziente, la possibilità di sottrarsi all'assunzione quotidiana può diventare una risorsa per il paziente, opportunità da inserire in una strategia che nasce da un'alleanza terapeutica consolidata dalla fiducia e dalla collaborazione.

Queste nuove opportunità consentono al paziente di acquisire quel potere contrattuale, quella partecipazione ai modi della cura che certo non erano frequenti nell'epoca dei neurolettici.

E' ora possibile che i membri dell'equipe curante si liberino più facilmente della funzione prescrittiva e di controllo che così pesantemente gravano sul loro ruolo, anche se per certi versi ed in una certa misura possono essere ritenute ineludibili, per favorire il consolidamento del ruolo terapeutico che più gli compete.

A sostegno di quanto detto fin qui sull'uso dei nuovi farmaci, sull'uso della terapia iniettiva e sull'aumento della partecipazione dei pazienti alla scelta delle modalità di cura si trovano nella letteratura più recente argomenti interessanti.

Un sondaggio condotto su pazienti schizofrenici circa il loro parere sul trattamento farmacologico ricevuto ha evidenziato il loro parere positivo sui farmaci ricevuti (antipsicotici atipici) e un'altra indagine ha messo in evidenza la preferenza, per la metà dei pazienti coinvolti, per la terapia iniettiva. Un'indagine fatta in Francia²³ e finalizzata a raccogliere il parere dei pazienti circa la possibilità di scegliere il

sito dell'iniezione ha dimostrato per il 75% del campione (281 pazienti schizofrenici) la percezione ampiamente positiva del trattamento iniettabile accompagnata dall'indicazione di sentirsi meglio, per il 70% l'importanza di poter scegliere il sito dell'iniezione, per il 56% la legittimità della possibilità di scelta come aspetto significativo di partecipazione al trattamento e per il 53% il miglioramento significativo nel rapporto con il medico e con l'infermiere. Per chi aveva già sperimentato sia la via di somministrazione sul gluteo e sia quella sul deltoide, la preferenza andava al muscolo deltoide. Significativa la conclusione del lavoro che riporta i dati precedenti: *"L'indagine qui presentata potrebbe contribuire a convincere gli operatori sanitari a proporre la scelta per i pazienti tra i due siti di iniezione, al fine di migliorare la loro compliance al trattamento"*.

Possiamo considerare superata l'epoca in cui il trattamento per via iniettiva di un farmaco antipsicotico a rilascio prolungato era una scelta che s'imponeva per superare la difficoltà di trattare un paziente senza motivazione alla cura, il più delle volte perché senza consapevolezza di malattia. L'esperienza condotta nei servizi di salute mentale, soprattutto in Italia in virtù della riforma dell'assistenza psichiatrica, ha prodotto modificazioni importanti.

Il concetto e le pratiche di cura sono sempre più improntati al coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari e da parte delle figure professionali l'interesse e la sensibilità agli aspetti relazionali sono diventati parte integrante del lavoro.

Fare l'iniezione indicava una modalità di cura che privilegiava la via di somministrazione per esigenze di controllo. Ora l'evo-

luzione della farmacoterapia nel trattamento dei disturbi psicotici e la disponibilità di antipsicotici atipici hanno profondamente modificato il quadro della cura: hanno migliorato gli esiti, la sicurezza e l'adesione. Questo vuol dire che la via iniettiva è restituita alla sua naturale funzione di modalità di somministrazione di un farmaco e che quando il farmaco ha una formulazione a rilascio prolungato costituisce una strategia di cura che paziente ed équipe possono scegliere insieme, in modo da mettere la parte farmacologica della cura al servizio del progetto terapeutico.

Decidere insieme, paziente e curante, di passare da una terapia farmacologica da assumere quotidianamente ad una terapia farmacologica basata sulla somministrazione di un farmaco a rilascio prolungato, può essere un punto strategico del progetto terapeutico che consente di dedicare tempo ed energia agli aspetti psicologici e riabilitativi e di sottrarsi allo stress legati alla assunzione una o più volte al giorno del farmaco con tutto ciò che questo implica.

Considerazione terza e conclusiva

E' una grande conquista poter pensare ai nostri pazienti come protagonisti attivi della loro cura e come persone coinvolte nella gestione della loro terapia.

E' una grande conquista poter pensare di essere professionisti il cui ruolo terapeutico prevale sugli altri aspetti.

Ciò può solo accadere nella misura in cui cresce la partecipazione dei nostri pazienti alla cura, cresce il loro ruolo di persone attive e responsabili. Poter scegliere è un'azione propriamente legata all'essere attivi e

responsabili e consente alla relazione di essere terapeutica.

Il ruolo delle terapie iniettive nei trattamenti psichiatrici è di grande rilievo e avere nuove opportunità in questo campo e con caratteristiche innovative è una risorsa al servizio dell'evoluzione delle cure.

Fare una terapia iniettiva nel muscolo deltoide, come viene indicato per almeno le prime due iniezioni del trattamento con paliperidone palmitato a rilascio prolungato, risponde ad esigenze farmacocinetiche.

Avere la possibilità di fare una terapia iniettiva in una situazione delicata come il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici è, come abbiamo visto, un sicuro vantaggio. Poterlo fare "vis a vis", guardandosi, stando in una relazione frontale e aper-

ta piuttosto che "alle spalle" è un ulteriore vantaggio, per niente trascurabile e banalizzabile per il grande impatto positivo che ha sulla relazione. E poter restituire al paziente la possibilità di scegliere è un atto terapeutico.

E la paura della puntura e del dolore che fine hanno fatto? Forse sarà meglio riprenderle per un attimo, visto che sono due aspetti forti della terapia iniettiva e che sono quelli che lasciano una traccia nella nostra memoria.

Accomuna piccoli e grandi, maschi e femmine, insomma... non guarda in faccia a nessuno!

Invece è stato di recente dimostrato che guardare in faccia fa effetto a proposito di paura e dolore della puntura.

Uno studio italiano ed inglese condotto presso la University College di Londra e pubblicato lo scorso ha dimostrato che guardare mentre si riceve un'iniezione ha un effetto analgesico, riduce in maniera significativa l'esperienza del dolore²⁴. Lo studio, pubblicato su "Psychological Science" sottolinea l'importanza della vista in relazione agli altri sistemi percettivi nel ridurre la percezione del dolore e sottolinea l'importanza del contesto in cui si riceve l'iniezione.

Stare davanti nel somministrare una terapia iniettiva piuttosto che stare dietro, stare in una buona relazione, avere la possibilità di aumentare il ruolo della vista sono quindi ingredienti per una buona pratica iniettiva. **T+M**

Bibliografia

1. Portale Sanitario Pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
2. **Console R.** In "Marco Gatinaia e la storia della siringa" in *chifar.unipv.it/museo/Console/gatt.htm*
3. **Schivardi P.** La medicazione ipodermica. Esposizione teorico pratica. Fratelli Rechiedei, Milano 1871
4. <http://www.amber-ambre-inclusions.info>
5. **Dall'Olio G, Dorizzi RM.** La siringa: dalla "medicazione ipodermica" al prelievo di sangue". *Riv Med Lab - JLM* 2003; vol 4, n. 3-4.
6. **Sola T.** Iniezione intramuscolare e sottocutanea: i risultati di un'indagine multicentrica su prove di efficacia e pratica assistenziale. *Nursing Oggi* 2005; 3.
7. **Mosci D.** Iniezioni intramuscolari: tutte le raccomandazioni. Assistenza anziani, gen-feb 2005.
8. **Rodger AM, King L.** Drawing up and administering intramuscular injections: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2000; 31:574-582.
9. jointcommissioninternational.org
10. **Minervino A, Parietti P, I Gruppi Balint.** Consensus Statement su Medicina Psicosomatica e Formazione Psicologica del medico. Ed Seu, Roma 1997.
11. **Attanasio L, Di Gennaro A.** Il paziente grave, ed Armando, Roma 2012.
12. **Nivoli GC.** La Patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri, 2001.
13. **Di Mattei V, Prunas A, Sarno L.** Il burn out negli operatori della salute mentale: quali interventi?, in *psicologia della salute*, F. Angeli ed, 2004; 2.
14. **Lasalvia A, Tansella M.** Stress lavorativo e burnout in salute mentale, *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20:279-285
15. **Scarnera P, Bosco A, Soletti E, et al.** Preventing Burnout in Mental Health Workers at Interpersonal Level: an Italian Pilot Study. *Community Mental Health Journal*, Dicembre 2008.
16. **Minervino A.** Competenze e strumenti per la formazione, in *Psichiatria e Medicina Dialoghi e Confini*, CiC ed, Roma 2003.
17. **Balint M.** Medico Paziente e malattia, ed it. Feltrinelli, Milano 1961.
18. **Minervino A, Giannetti F.** Il Gruppo Balint, in "Pregiudizio e terapie", a cura di A. Minervino, Alpes ed, Roma 2012.
19. Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) regionale sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) nell'ambito delle attività del Dipartimento di salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica, in *Documenti della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia*, 2011
20. **Rocca P, Villari V, Bogetto F.** Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2006; 30:586-598.

21. **Giradi P, Minervino A, et al.** *Ansia comprendere per curare*. Fioriti ed, Roma 2003.
22. **Brugnoli R, Girardi P.** *Manuale di farmacoterapia psichiatrica*, ed Pacini, Roma 2011
23. **Millet B, Gourevitch R, Levoyer D, et al.** Study on how schizophrenic patients perceive treatment with injections in the deltoid muscle. *Encephale* 2012; 38: 97-103.
24. **Mancini F.** Visual Distortion of Body Size Modulates Pain Perception. *Psychological Science* 2011; 22:325-330.

