

Utilizzo di un sistema informativo per la valutazione e il monitoraggio degli Stati Mentali a Rischio per Psicosi: l'esperienza del Progetto innovativo TR64 di Pavia

Paolo Ambrosi¹, Davide Broglia², Giulia Zeldà de Vidovich², Alessandra Ramati²

¹Medico Psichiatra, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento dell'Università di Pavia, Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Pavia

²Medico Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Pavia

paolo.ambrosi@unipv.it

Riassunto

Gli Autori descrivono il Sistema Informativo elaborato per gestire e monitorare l'attività del progetto innovativo regionale TR64, dedicato al riconoscimento e all'intervento sulle condizioni di vulnerabilità per lo sviluppo di uno stato psicotico (ARMS). Viene dapprima discussa la cornice teorica entro la quale il progetto si colloca, per poi descrivere nei dettagli la metodologia di assessment adottata, consistente in un esame clinico e anamnestico e nella somministrazione di rating scales specifiche per la rilevazione degli ARMS. Viene infine descritta la metodologia di analisi e interpretazione dei dati clinici e strumentali mediante un sistema informatico finalizzato a rilevare l'eventuale presenza di uno stato di ARMS e, in caso positivo, valutare il livello di gravità e l'evoluzione nel corso degli anni successivi.

Summary

The authors describe the Informative System developed to manage and monitor the activity of an innovative experience aiming at the recognition and treatment of At Risk Mental States for developing a psychotic condition (ARMS). First, we discuss the theoretical frame of our work-group and then we describe the specific assessment methodology, based on a clinical and anamnestic examination, followed by the administration of rating scales devoted to the detection of the ARMS. Finally, we expose the methodology of analysis and evaluation of the clinical and instrumental data through a computerized database system that can endorse the ARMS, evaluate its level of severity and monitor its evolution over the time.

Introduzione

Il Progetto Innovativo Regionale in ambito psichiatrico "Intervento integrato di presa in carico di soggetti con esordio psicotico e con vulnerabilità clinica per disturbi psicotici" (codice TR64) è gestito dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Pavia, con la Direzione e il Coordinamento Scientifico dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Pavia; ha già operato nel triennio 2009/2011 ed è stato rinnovato per il triennio 2012/2014. Gli obiettivi del progetto sono essenzialmente 2:

1. *Vulnerabilità psicotica*: riconoscimento delle situazioni e dei casi in cui esiste un obiettivo rischio di un esordio psicotico, prima che esso si sia verificato, nonché gli interventi preventivi per scongiurare l'evoluzione psicotica.
2. *Esordio psicotico*: interventi rapidi ed efficaci sui quadri clinici che si sono già manifestati in modo chiaro e definito, configurandosi come condizioni psicotiche conclamate in fase di esordio.

L'esordio psicotico è un tema classico della ricerca psicopatologica e clinica. L'équipe dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Pavia se ne è occupata fin dal 1988, quando ha organizzato un congresso sul tema della Crisi Psicotica Acuta [1].

Da questa ricerca emergeva l'indicazione che l'intervento precoce sulle fasi iniziali della malattia è il mezzo principale per migliorare l'esito e il decorso; tuttavia, come è stato recentemente osservato, "... gli sforzi volti a ridurre l'intervallo tra esordio dei sintomi e l'inizio del trattamento (attraverso, ad esempio, la riduzione della durata dei psicosi non trattata – DUP) ha prodotto solo modesti miglioramenti dell'esito" [2]. Questa constatazione ha indotto a spostare l'attenzione ancora più indietro, sulle fasi precedenti la comparsa dei primi sintomi, sulle quali, tuttavia, non vi sono ancora evidenze obiettive né strumenti di rilevazione condivisi e collaudati. Il progetto TR64 dedica buona parte della propria attività proprio a questo tema e la finalità di questo contributo è di illustrare la cornice teorica di riferimento e il modello operativo adottato dal nostro gruppo di lavoro.

Dal concetto di Stato Prodromico a quello di Stato Mentale a Rischio (ARMS: At Risk Mental State)

Il tema della vulnerabilità psicotica è stato affrontato in modo sistematico fin dai primi anni '70 del secolo scorso da una illustre scuola psicopatologica di matrice fenomenologica: la scuola di Bonn [3]. Essa si proponeva l'ambizioso obiettivo di individuare dei segni di natura specifica, rilevabili prima dell'esordio psicotico e direttamente riconducibili alla natura "processuale" della malattia: i cosiddetti "Sintomi di Base" [4]. Questo modello ha sollevato molti dubbi e interrogativi e le principali riserve avanzate sulla natura dei Sintomi di Base riguardano proprio la loro specificità predittiva in senso psicotico.

Per ovviare a questi inconvenienti sono stati sviluppati altri approcci, che integrano i Sintomi di Base della Scuola di Bonn, soprattutto quelli relativi ai disturbi cognitivi, con altri fattori di rischio, principalmente la familiarità per la Schizofrenia, la presenza di un disturbo di personalità Schizotipico e il deterioramento del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo. Uno di questi, è il modello UHR (Ultra High Risk), sviluppato da McGorry [5] e ulteriormente elaborato da Klosterkotter [6], che ha portato alla definizione del concetto di At Risk Mental State (ARMS) [7], articolandolo ulteriormente in 4 livelli di gravità crescente, che precederebbero lo stato psicotico conclamato.

Questo approccio si propone di superare in modo radicale il modello basato sul concetto di Prodromi per sostituirlo con uno basato sul concetto di Stato Mentale a

Rischio di Psicosi: è possibile rilevare, prima dell'esordio psicotico, segni che siano già di natura psicotica e si ritiene che, in assenza di un trattamento specifico, si svilupperà in tempi brevi un disturbo psicotico. Questo approccio ha un interesse rilevante, non solo scientifico, ma anche assistenziale, come sottolineano Cocchi et al [8]: "Nel panorama della salute mentale necessitano innovazioni coraggiose e decisive che investano il modo di concepire la malattia, la cura, l'organizzazione stessa dei Servizi. Crediamo che il "paradigma" dell'intervento precoce, se seriamente, autenticamente e criticamente perseguito possa migliorare i Servizi di Salute Mentale, la vita dei malati e dei loro famigliari e anche quella degli operatori."

Valutazione clinica e Assessment degli ARMS

L'eterogeneità dei criteri di identificazione degli ARMS è piuttosto elevata e ad essa viene da molti attribuita la responsabilità dei risultati discordanti e contraddittori sull'efficacia dei servizi di intervento precoce sull'esordio psicotico.

Per far fronte a queste difficoltà, abbiamo ritenuto necessario organizzare innanzitutto un sistema informativo efficiente, costituito dall'insieme delle informazioni utilizzate, prodotte e trasformate dal Servizio durante l'attuazione delle proprie attività, dalle modalità in cui esse sono gestite e dalle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

Il fulcro di questo sistema è costituito da una metodologia di assessment vasta e articolata, ricavata dall'esame della letteratura internazionale più recente su questo tema. Essa prevede la somministrazione di alcune scale di screening, per valutare lo stato di salute generale, i livelli di stress psicologico e i sintomi psicotici sottosoglia:

- Perceived Stress Scale 10 item [9]
- General Health Questionnaire [10]
- Screening for Psychotic Experiences [11]

Queste scale sono state somministrate ad un campione presumibilmente sano, costituito da studenti delle scuole superiori e/o universitari, utilizzato come confronto con il campione di soggetti riconosciuti a rischio di esordio psicotico.

Questi ultimi, rappresentati da coloro che sono stati inviati al nostro servizio dai medici di base, dalle unità operative NPJA, dai consultori e dalle scuole, sono valutati mediante la Comprehensive Assessment At Risk Mental States (CAARMS), un'intervista semistrutturata sviluppata da Yung et al [12] in Australia, alla PACE clinic di Melbourne.

Al termine viene compilata la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), per valutare il funzionamento sociale nel corso dell'ultimo anno.

Le informazioni ricavate da questi strumenti di assessment vengono integrate con quelle ricavate dall'esame anamnestico e clinico per individuare l'eventuale presenza di una condizione di rischio psicotico, che si può configurare su 4 livelli di gravità crescente:

1. Gruppo Vulnerabilità;
2. Gruppo Psicosi Attenuata: 2A: Intensità sottosoglia - 2B: Frequenza sottosoglia;
3. Gruppo BLIPS (Sintomi Psicotici Brevi Limitati Intermittenti);
4. Gruppo Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico.

Nel caso in cui sia riscontrata la presenza di una condizione di rischio, vengono somministrate ulteriori scale per valutare una eventuale comorbidità psichiatrica (Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale, SCL-90, BPRS4).

La procedura di valutazione della condizione di rischio psicotico adottata dalla nostra Unità Operativa è altamente complessa e articolata, fondata su un esame clinico approfondito e sull'utilizzo di strumenti di assessment specifici ed elaborati. Ci siamo resi ben presto conto che essa non può avvalersi della procedura standard di registrazione e rendicontazione dell'attività dei servizi psichiatrici territoriali pubblici (Psiche). Per questo motivo abbiamo ritenuto che fosse necessario dotare il nostro sistema informativo di un database dedicato alla gestione di tutte le informazioni raccolte, che tuttavia non fosse statico, retrospettivo e difficile da aggiornare e da modificare, quali quelli tradizionalmente basati sull'utilizzo di fogli di lavoro tipo Excel.

Sistema Informatico di Valutazione e Monitoraggio degli ARMS

Il risultato di questo lavoro è consistito nella elaborazione di un database dinamico, relazionale, prospettico, evolutivo, che funziona sia come sistema di registrazione e archiviazione delle informazioni socio-anagrafiche e cliniche degli utenti, sia come modulo di gestione e monitoraggio di tutte le attività del progetto.

L'inserimento delle variabili cliniche e socio-anagrafiche avviene attraverso un pannello di comando agevole e "amichevole", illustrato dalla figura 1, attraverso il quale si può accedere a gruppi specifici di informazioni: Pazienti, Interventi, Assessment, Diagnosi, Utility, Statistiche e Report.

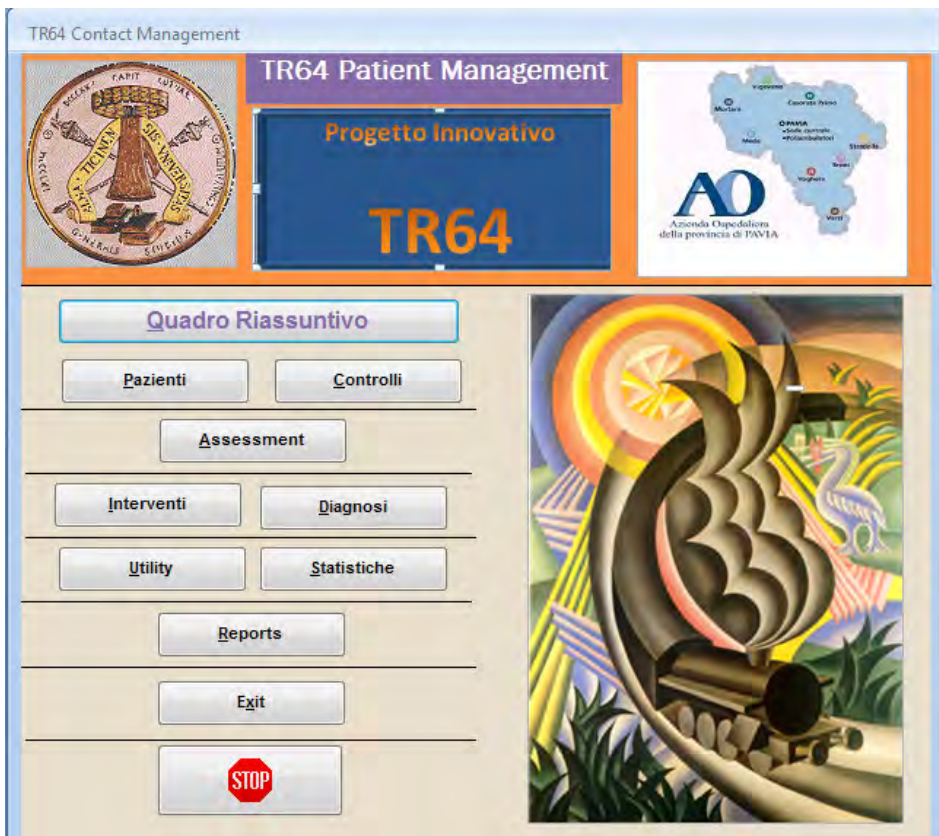


Figura 1 – Pannello di comando del sistema informatico

Le informazioni socio-anagrafiche e quelle relative agli interventi possono essere recuperate da Psiche e inserite facilmente nel Database, in modo da evitare il fastidio di una ripetizione della procedura di digitazione dei dati. In questo modo, le informazioni di base possono essere integrate con quelle più specifiche, ricavate dalla procedura di assessment clinico per valutare l'eventuale stato di ARMS. Ciò consente la possibilità di "interrogare" il database in tempo reale per ottenere informazioni significative mediante due modalità di Ricerca (Figura 2):

«Ricerca Standard»: sulla base a una serie di parametri standardizzati, premessa per una analisi statistica dettagliata delle caratteristiche del campione;

«Ricerca Aperta»: sulla base di altre variabili definite successivamente a partire da ipotesi di ricerca, che si vogliono testare: ad esempio, raggruppando e/o componendo le variabili di base o introducendone di nuove, suggerite dai risultati della Ricerca Standard o da nuove evidenze fornite dalla letteratura sull'argomento,

Ricerca Pazienti

Last Name: <input type="text"/>	Sesso: <input type="text"/>	Stato civile: <input type="text"/>	Scolarità: <input type="text"/>
First Name: <input type="text"/>	Città: <input type="text"/>	Nascita: <input type="text"/>	Residenza: <input type="text"/>
Regione: <input type="text"/>	Nascita: <input type="text"/>	Residenza: <input type="text"/>	Occupazione: <input type="text"/>
Contact From: <input type="text"/>	To: <input type="text"/>	Età 1° Cont.: <input type="text"/>	Età Attuale: <input type="text"/>
T0 Date From: <input type="text"/>	To: <input type="text"/>	Classe d'età: <input type="text"/>	Anno T0 ("aa"): <input type="text"/>
Prestazione: <input type="text"/>	Familiarità Positiva per la Psicosi: <input type="text"/>		
Scala: <input type="text"/>	Disturbo di Personalità Schizotipico: <input type="text"/>		

Farmaci prescritti
 Nome:
 Categoria:
 Sostanza:

Gruppi di Inclusione
 Vulnerabilità: Intensità Sottosoglia:
 BLIPS: Frequenza Sottosoglia:
 Soglia Psicotica: Uscita:

Note: Per cercare una stringa in mezzo a Nome e Cognome, iniziare il testo di ricerca con un asterisco.
 Per esempio: *rossi

Se si inserisce solo una data From, la ricerca sarà per i contatti in quella data o dopo; se si inserisce solo una data To, la ricerca sarà per i contatti in quella data o prima

Figura 2 – Pannello Ricerca Pazienti ARMS

Ma la caratteristica più rilevante e significativa del database consiste nel fatto che esso incorpora tutti gli strumenti di assessment utilizzati, che possono quindi essere compilati direttamente sul monitor e memorizzati. La figura 3 illustra una schermata di esempio, in cui si può notare la compilazione della scala CAARMS.

CAARMS		Paziente	Somministrata il	Da	Periodo valutato
		CARELLI PAOLO	20/11/2009		T0
N:	CAARMS1.1	Dimensione: Contenuto insolito del pensiero	Valore:	Dubbio	Durata: Assente
N:	CAARMS1.2	Dimensione: Idee non bizzarre	Valore:	Lieve	Durata: Da 1 volta al mese a 2 volte a settimana - meno di 1 ora per
N:	CAARMS1.3	Dimensione: Anomalie percettive	Valore:	Discreto	Durata: Da 1 volta al mese a 2 volte a settimana - meno di 1 ora per
N:	CAARMS1.4	Dimensione: Eloquio disorganizzato	Valore:	Discreto	Durata: Da 1 volta al mese a 2 volte a settimana - meno di 1 ora per
N:	CAARMS2.1	Dimensione: Cambiamento cognitivo: Esperienza soggettiva	Valore:	Mai, assente	Durata: Assente
N:	CAARMS2.2	Dimensione: Cambiamento cognitivo osservato	Valore:	Discreto	Durata: Meno di una volta al mese
N:	CAARMS3.1	Dimensione: Disturbo soggettivo dell'affettività	Valore:	Dubbio	Durata: Meno di una volta al mese
N:	CAARMS3.2	Dimensione: Appiattimento affettivo osservato	Valore:	Lieve	Durata: Da 1 volta al mese a 2 volte a settimana - meno di 1 ora per
N:	CAARMS3.3	Dimensione: Inadeguatezza affettiva osservata	Valore:	Discreto	Durata: Meno di una volta al mese
N:	CAARMS4.1	Dimensione: Alogia	Valore:	Dubbio	Durata: Meno di una volta al mese
N:	CAARMS4.2	Dimensione: Abulia/Apatia	Valore:	Mai, assente	Durata: Assente
N:	CAARMS4.3	Dimensione: Aneidonia	Valore:		Durata:
N:	CAARMS5.1	Dimensione: Isolamento sociale	Valore:		Durata:

Salva record Aggiorna item scale globali

Record: 11 di 28 Filtrato Cerca

Figura 3 – Somministrazione e compilazione della rating scale CAARMS

Il database effettua i calcoli e tutte le valutazioni previste per ogni scala: ad esempio, nel caso della CAARMS, integra i risultati della scala con le informazioni dell'esame clinico e anamnestico, e fornisce istantaneamente l'attribuzione del paziente ad una delle 4 condizioni di rischio psicotico descritte prima. E' quindi possibile ottenere in tempo reale l'elenco di tutti i pazienti che rientrano in ognuna delle 4 categorie di rischio (Figura 4).



Figura 4 – Visualizzazione sintetica di tutti i pazienti valutati

Da questo pannello è anche possibile visualizzare gli utenti di ciascun gruppo di rischio, esaminarne le caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche e confrontarle con quelle degli altri gruppi (Figura 5)

Cognome	Nome	Nato a	II	Residente	N. Cart.	Data T0
		PONTE DELL'OLIO		SOMMO	2010-171	12/01/2010
		POLISTENA		PAVIA	2010-371	22/12/2010
		MEDE		PAVIA	2009-059	11/11/2009
		PAVIA		CIGOGNOLA	2011-286	09/06/2011
		DESIO		RIVANAZZANO	2010-177	26/08/2010
				FINO MORNASCO	2010-205	02/12/2010
		PAVIA		SANT'ANGELO LODIGIAI	2010-174	08/07/2010
		MEDE		VOGHERA	2010-168	12/01/2010
		PAVIA		BORGARELLO	2011-001	18/12/2010
		PAVIA		PAVIA	2010-200	12/01/2010
		TORRE ANNUNZIATA		GROPELLO CAIROLI	2010-188	20/10/2010
		SONDRIO		SONDRIO	2011-300	29/07/2011
				OVADA	2011-303	09/04/2010
		MILANO		PAVIA	2010-218	12/01/2010
		GIOIA TAURO		VARZI	2010-185	30/09/2010
		VOGHERA		VOGHERA	2011-309	01/12/2011

Figura 5 – Riepilogo Pazienti Gruppo Psicosi Attenuata: Intensità Sottosoglia

Inoltre, la struttura relazionale del database consente di correlare le informazioni psicopatologiche derivate dall'assessment con tutte le variabili socio-sanitarie e cliniche inserite, per ottenere informazioni sulla loro correlazione con il fattore di rischio vulnerabilità per la psicosi.

Conclusioni

Il sistema informativo e gestionale dell'attività del progetto TR64 prima descritto è stato messo a punto nel corso del 2012 ed è diventato operativo a partire dal 2013.

Ci stiamo ora occupando del problema dell'analisi del decorso e dell'evoluzione dei soggetti a rischio psicotico valutati e seguiti, che è di importanza rilevante per valutare

l'efficacia dell'attività del servizio.

L'esito potrebbe essere misurato semplicemente attraverso il riscontro di un'eventuale transizione ad un disturbo psicotico franco. Tuttavia, è stato osservato che tale evenienza non è molto elevata: i tassi medi di transizione sono circa il 22% a un anno e il 36% a 3 anni [13], ma questo non implica che negli altri casi ci sia stata una guarigione o un esito del tutto favorevole. A questo proposito, è stata sottolineata da alcuni autori [14] la necessità di ampliare i criteri di esito, contemplando anche altre categorie diagnostiche e, soprattutto, il funzionamento psicosociale e lavorativo.

Ci siamo resi conto che anche il decorso e l'evoluzione clinica non sono valutabili con la rilevazione degli indicatori abituali utilizzati dai servizi psichiatrici territoriali. Per questo motivo, prevediamo di perfezionare il nostro sistema informativo in modo da monitorare il follow-up su più livelli:

- valutazione diagnostica, secondo i criteri del DSM-IV e/o dell'ICD/10, per poter rilevare anche altre patologie di natura non psicotica;
- decorso clinico vero e proprio: "costruito" sulla base sia degli interventi effettuati dal Servizio attraverso Psiche, sia delle informazioni cliniche inserite nel database e che comprendono: eventuali ricoveri e/o accessi al Pronto Soccorso, eventi "sentinella" (come TS, incidenti, abusi e/o intossicazioni da sostanze, ecc.);
- funzionamento sociale, mediante la GAF e la SOFAS, per valutare l'evoluzione psicosociale complessiva globale di ogni soggetto inserito nello studio.

In questo modo, riteniamo che sia possibile ottenere un'informazione più vasta e completa, che può contribuire a migliorare il modo di comprendere le modalità di transizione da una condizione di vulnerabilità ad una di psicosi conclamata. Le conoscenze acquisite in questo ambito hanno implicazioni rilevanti e significative per tutta la pratica psichiatrica, come osservano Cocchi e Mereghelli [15], "Il tema degli interventi precoci, ormai affrontato in modo estensivo, promette di cambiare profondamente e in meglio la concezione stessa della malattia mentale e le modalità per affrontarla. Ne emerge un quadro affascinante e completo che infonde vigore e speranza a un futuro di lavoro e di cambiamento promettente e forse decisivo nel considerare la malattia mentale."

Riferimenti

1. De Martis D, Barale F, Caverzasi E. La Crisi Psicotica Acuta. Roma: Borla; 1989.
2. Lasalvia A, Tansella M. Young people at high risk for psychosis: conceptual framework, research evidence and treatment opportunities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012; 21(4):317-322.
3. Huber G, Gross G, Schüttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatr. Scand*. 1975; 52(1):49-57.
4. Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS). Pisa: ETS Editrice; 1992.
5. McGorry PD, Yung AR, Yuen HP et al. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research* 2004; 67; 2-3; 131-142.
6. Klosterkötter J, Hellmich M., Steinmyer EM et al. Diagnosing Schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001; 58(2):158-164.
7. Woods SW, Walsh BC, McGlashan TH et al. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research*; 2010; 123(2):199-207.
8. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E et al. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2011; 1.
9. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(2):385-396.
10. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1):139-145.
11. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK et al. The Prodromal Questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr. Res*. 2005; 79(1):117-125.
12. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; 39:11-12; 964-971.
13. Fusar Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al. Predicting psychosis: meta-analysis transition of outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2012; 69(3):220-229.
14. Lin A, Nelson B, Yung AR. 'At Risk' for psychosis research: where are we heading? *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2012; 21(4):329-334.
15. Cocchi A, Meneghelli A. Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. *Manuale d'intervento precoce*. Milano: Edi,Ermes; 2012.