

**È** di qualche settimana fa la notizia secondo cui i medici di famiglia inglesi hanno riscontrato negli ultimi tempi un crescente afflusso di pazienti che si autodiagnosticano affetti da disturbo bipolare, quasi a emulare alcuni loro connazionali di chiara fama (artisti o affini) che notoriamente ne soffrono. Il disturbo psichico come *status symbol*? A tanto siamo arrivati? Notizia da prendere con le molle, si intende, come tutto ciò che rimbalza attraverso il web e che può essere vero oggi, falso domani, e poi ancora vero dopodomani. Così, all'infinito. Ma non c'è solo il disturbo bipolare, ci sono anche i disturbi psicotici, meno diffusi ma comunque non rari.

#### IL FUNCTIONING

Ne hanno discusso i numerosi specialisti convenuti a Genova per "Riposte in mente", una tre giorni organizzata con il contributo di Janssen-Cilag. Al centro dell'attenzione la schizofrenia, il più noto tra i disturbi psicotici. Secondo l'Oms colpisce un individuo su cento nel mondo e, in Italia, pare che ne soffrano ben 500.000 persone. Il primo insorgere della patologia si verifica tra i quindici e i venticinque anni.

L'aggettivo "schizofrenico" è entrato ormai nel gergo comune e definisce, volgarmente, una persona con una sorta di doppia personalità. Traducendo in termini scientifici si deve parlare di una sindrome che vede alternarsi nell'individuo sintomi "positivi" - allucinazioni, deliri, comportamenti bizzarri - e sintomi "negativi", fatti di un'apatia emotiva che si ripercuote tanto nella sfera privata quanto in quella sociale. La diagnosi si complica quando il soggetto manifesta solamente sintomi negativi, che possono essere scambiati per una semplice predisposizione caratteriale all'introversione. «È ormai dimostrato che nei pazienti affetti da schizofrenia si manifesta un declino del funzionamento cognitivo, con compromissione dell'attenzione, del pensiero astratto e della capacità di risolvere problemi», spiega Giuseppe Imperadore (Dipartimento di sanità pubblica e medicina di comunità, Università di Verona). «La gravità della compromissione cognitiva è uno dei determinanti maggiori dell'invalidità globale in questi pazienti. I sintomi della schizofrenia compromettono in maniera tipica le capacità funzionali e



spesso sono abbastanza gravi da interferire in modo marcato con il lavoro, le relazioni sociali e la cura di sé». È evidente quindi che agli innegabili progressi conseguiti in ambito farmacologico e diagnostico deve fare riscontro un'eguale attenzione al *functioning*, al "funzionamento sociale" del paziente. Il concetto è stato introdotto nel mondo scientifico dal Dsm III e ribadito dal Dsm IV, terza e quarta versione del *Diagnostic and statistical*

*manual of mental disorders*, Bibbia degli psichiatri di tutto il mondo. Il *functioning* forma una specie di triangolo con *remission* (remissione dei sintomi) e *recovery* (guarigione): volendo semplificare, si può dire che il funzionamento sociale è il tramite, per il paziente, tra la semplice scomparsa dei sintomi e il ritorno a uno stato di salute. Ovviamente ci sono diversi gradi di *functioning*. Tra gli strumenti di valutazione si sta affermando la scala Psp

## Psichiatri riuniti a Genova per parlare di schizofrenia e di reinserimento sociale di chi è affetto da disturbi psicotici. Un obiettivo possibile, con le moderne terapie farmacologiche

DI GIUSEPPE TANDOI



(*Personal and social performance*), che misura il *functioning* del paziente schizofrenico sia durante l'episodio acuto sia nei mesi successivi, per monitorare eventuali miglioramenti. «Il Psp è una scala di valutazione a cento item», precisa Emilia Agrimi (Direttore unità operativa di psichiatria, Ao di Cremona), «suddivisa in dieci intervalli uguali. Le valutazioni sono basate principalmente sull'*assessment* del funzionamento del paziente in quattro aspetti principali: attività socialmente utili, relazioni personali e sociali, cura di se stessi e comportamenti aggressivi e molesti». Esistono anche altre scale di valutazione. Un limite che le accomuna, sottolinea

Agrimi, è il fatto che «misurano il funzionamento sociale secondo criteri riconducibili, genericamente, alla cultura occidentale. Ma essa è molto variegata al suo interno e, per esempio, i modelli anglosassone e latino sono notevolmente diversi fra di loro». «La schizofrenia è il disturbo mentale con le più gravi implicazioni di disabilità sociale», aggiunge Bernardo Carpiello (ordinario di Psichiatria, Università di Cagliari), «eppure non esistono in letteratura vere e proprie linee guida sul *functioning*, semmai alcune raccomandazioni da applicare nella prassi clinica». Quella che si pone come prioritaria per lo specialista è quindi la necessità di «un approccio multimodale integrato ai trattamenti farmacologici e psicosociali». Da non trascurare, nell'ambito di una strategia di reinserimento, il ricorso all'*art therapy*. Quanto al *recovery*, per Carpiello bisogna intendersi sul suo significato: più che di guarigione vera e propria si dovrebbe parlare di «capacità di condurre una vita sopportabile».

### UNA TERAPIA APPROPRIATA

La novità farmacologica rappresentata, a partire dai primi anni Novanta, dagli Apa, gli antipsicotici atipici, è stata senza dubbio fondamentale. Olanzapina, quetiapina, risperidone, ziprasidone e aripirazolo sono molecole sperimentate e oggetto di

# La sfida della normalità



importanti studi clinici come il Cafe (*Comparison of atypicals in first episode psychosis*) o il Catie (*Clinical antipsychotic trials for intervention effectiveness*). Ciò non toglie che meritino tuttora grande attenzione le complicazioni dovute agli effetti indesiderati delle cure e alla scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente. «È forte la comorbidità dei pazienti con schizofrenia», ricorda Palmiero Monteleone (ordinario di Psichiatria, Seconda università di Napoli), «e la mortalità in tutto il mondo è superiore a quella della popolazione generale. In media si assiste a una perdita di anni di vita dai venti ai trenta. La prima causa di morte è la patologia cardiovascolare. E poi non dimentichiamo le alte percentuali di suicidi o di tentati suicidi. Allo psichiatra il difficile compito di promuovere l'integrazione della salute fisica e della salute mentale del paziente». Obesità, diabete di tipo II e altri fattori di rischio metabolici sono frequentemente presenti nel paziente schizofrenico. «La prevalenza della sindrome metabolica», precisa Claudio Vampini (Dipartimento per la salute mentale, Ospedale civile maggiore di Verona), «è ormai un fatto compiuto non solo nei Paesi avanzati ma anche in quelli in via di sviluppo come l'India. Gli indici di massa corporea negli schizofrenici sono alti e nei pazienti in terapia farmacologica si assiste spesso, ma non sempre, ad aumenti ponderali. Non vi sono però dati scientifici certi sulla correlazione tra tale aumento e il dosaggio del farmaco assunto. Allo stesso tempo il diabete è diventata un'epidemia mondiale ma negli schizofrenici il fattore di rischio è doppio rispetto alla popolazione generale». «Sulla base di una sostanziale evidenza che alcuni trattamenti possono

aumentare l'adiposità», aggiunge Daniele La Barbera (ordinario di Psichiatria, Università di Palermo), «favorire la comparsa di dislipidemie e aumentare il rischio di iperglicemia, i medici devono fare attenzione ai potenziali effetti negativi sul rischio cardiometabolico, attuando, soprattutto in questa categoria di pazienti a rischio, adeguate strategie di monitoraggio e trattamento». E qui il dibattito si accende sull'opportunità di attuare lo *switch* da un antipsicotico a un altro; scelta difficile e non priva di rischi, considerato che i vari Apa hanno profili farmacologici differenti.

#### IL NODO DELLA COMPLIANCE

«L'aderenza alla terapia varia da persona a persona e fa parte di un'attitudine generale dell'individuo. Di solito il medico la sopravvaluta e il paziente la sottovaluta», sintetizza Giulio Perugi (direttore dell'Istituto di scienze del comportamento G. De Lisis, Pisa). «È alto il grado di non aderenza agli antipsicotici atipici, anche perché essi bloccano il sistema dopaminergico. Un'altra causa sono i bassi livelli di *insight*, cioè di consapevolezza, del paziente con schizofrenia». In realtà il problema della *compliance* non riguarda in maggior misura i pazienti psicotici ma si presenta allo stesso modo nei pazienti con patologie croniche. La vastità del fenomeno è stata del resto messa in rilievo dall'Organizzazione mondiale della sanità, che ne ha evidenziato le implicazioni in termini di ridotta efficacia dei trattamenti e di aumento dei costi sanitari. «Sfortunatamente più del 60 per cento dei pazienti con schizofrenia presenta una scarsa aderenza alla terapia prescritta», conferma Antonio Sciarretta (Dipartimento di salute mentale Asl G, Roma), «che determina il

più delle volte ri-ospedalizzazione del paziente, mancata guarigione e ad aumento della spesa sanitaria per le cure. A volte il paziente evita di prendere il farmaco perché gli attribuisce effetti negativi che invece sono riconducibili alla patologia».

Determinante allora l'utilizzo, per il medico, di scale di valutazione dell'aderenza, *in primis* quella denominata Mars (*Medication adherence rating scale*), che prevede l'autovalutazione, da parte del paziente, del grado di aderenza alla terapia. Le ultime raccomandazioni degli esperti, riassunte da Andrea De Bartolomeis (Dipartimento di neuroscienze e scienze del comportamento, Università di Napoli), sollecitano i medici a una verifica mensile dell'aderenza, specialmente in presenza di evidenti mutamenti nella sintomatologia: «Informazioni più accurate potrebbero essere ottenute dal medico semplicemente domandando ai pazienti che tipo di problemi abbiano, oltre che parlando con i familiari e con i *caregivers*, coloro che prestano assistenza al malato. L'utilizzo di scale di autovalutazione può anch'essa migliorare la comprensione dell'aderenza». De Bartolomeis si è anche soffermato sulla necessità che lo specialista sia aggiornato sulle più recenti linee guida, come il *Nice Update* del 2009: «Le linee guida non sono protocolli, spetta al medico in qualche modo adattarle alle esigenze del paziente, introducendole nella pratica clinica». «Famiglia e sostegno sociale sono fattori determinanti per una *compliance* soddisfacente», ribadisce Mariano Bassi (direttore Uoc Psichiatria all'Ospedale Niguarda, Milano), «ma un altro ostacolo con cui dobbiamo confrontarci sono gli scarsi contatti che molto spesso i pazienti hanno con i servizi psichiatrici pubblici». E, cosa più grave, questa scarsità di contatti avviene soprattutto negli anni del primo insorgere del disturbo psicotico. Sul piano farmacologico molti vantaggi in fatto di aderenza sono offerti dai farmaci *long acting* iniettabili, la cui somministrazione, intervallata nel tempo, consente una maggiore *compliance*. Al momento, tra gli antipsicotici atipici, l'unico *long acting* è il risperidone; fa notare Bassi che tra gli stessi psichiatri permane tuttavia una certa ritrosia a ricorrere, almeno in prima istanza, a questo tipo di terapia.