

MALATTIE RARE ANZI RARISSIME

REPRINT



CONVEGNO

Acquisti, le esperienze
delle Regioni

OFTALMOLOGIA

Le lunghe
liste di attesa

GOVERNANCE

Distribuzione per conto
problemi e prospettive

VENETO, AL VIA IL PDTA SU ESORDIO PSICOTICO IN COMORBIDITÀ

Il gruppo di lavoro guidato da Psive, con il patrocinio di Sifo, sta lavorando per mettere a punto l'importante documento, che definisca un percorso di presa in carico multidisciplinare e integrato del paziente.

TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO, GIOCO D'AZZARDO O INTERNET ADDICTION, DA UN LATO. ALLUCINAZIONI, DELIRI, SOSPETTOSITÀ, RITIRO DA FAMILIARI E AMICI, DALL'ALTRO. QUANDO UNA DIPENDENZA E I SINTOMI PSICOTICI SONO COMPRESI

non si parla più di doppia diagnosi, ma si preferisce utilizzare il termine «comorbidity» per sottolineare l'interdipendenza fra le patologie. Queste le premesse teoriche del gruppo di lavoro *Psicosi: esordio e comorbidity* (Pec) guidato dalla sezione veneta della Società italiana di psichiatria (Psive), con il patrocinio della Società italiana di farmacia ospedaliera (Sifo) e con il contributo non condizionato delle aziende Lundbeck e Otsuka, che sta lavorando per mettere a punto un Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (Pdta) proprio nell'ambito della psicosi con comorbidity, che sarà attivato nei primi mesi del 2020. L'obiettivo è raggiungere un altro traguardo dell'assistenza integrata regionale, prendendo in carico adolescenti e giovani adulti troppo spesso «rimbalzati» tra il dipartimento di Salute mentale e quello delle Dipendenze, che, limitandosi ad affrontare il problema ciascuno dal proprio punto di vista e in base alle proprie competenze, trascurano la relazione dinamica da cui le patologie traggono reciproco alimento, compromettendo così la possibilità di recupero. «La necessità di introdurre un Pdta specifico sulla psicosi in comorbidity, che è sempre più diffusa, deriva dal fatto che fino a oggi questo problema è stato «terra di nessuno», spiega Ida Bertin, direttore dell'Unità operativa complessa di Psichiatria 3 del distretto Padova Sud. «Raramente questo problema viene trattato in modo integrato dai due servizi interessati e nella maggioranza dei casi il trattamento dei due disturbi avviene in modo separato

e non coordinato». Con conseguenze che possono essere anche gravi. «Nel peggiore dei casi, soprattutto in presenza di sintomatologia lieve, la mancata presa in carico allunga la *Duration of untreated psychosis* (Dup), che è già di per sé un fattore prognostico negativo», rende noto Bertin. Stando al rapporto dell'Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche (2016), il 33% degli studenti italiani (circa 800mila) ha provato almeno una sostanza illegale: la più utilizzata è la cannabis (32%) seguita dalla spice o cannabis sintetica (11%). Il 3,5% ha utilizzato almeno una *new psychoactive substance* spesso senza sapere di cosa si trattasse (2%), il 34% di questi ultimi ha ripetuto l'esperienza dieci o più volte. Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l'anno è poli-consumatore e il 23% degli studenti utilizzatori di cannabis ha un consumo definibile come problematico.

LA DIAGNOSI DEVE ESSERE FATTA DA UN TEAM MULTIDISCIPLINARE

Alla base del quadro clinico c'è un circolo vizioso, in cui non è facile stabilire se sia l'utilizzo di sostanze a sviluppare la psicosi o la presenza di psicosi a essere slatentizzata dalle sostanze. «Il confine è labile», conferma Bertin. «Esistono senz'altro psicosi esogene, dette anche sintetiche, indotte da sostanze che agiscono su determinati recettori scatenando soprattutto sintomi positivi, ovvero deliri e allucinazioni visive, uditive, olfattive. D'altra parte, numerosi studi clinici hanno dimostrato che l'abuso di cannabinoidi può accelerare e intensificare la comparsa di schizofrenia in persone predisposte, esacerbando una fragilità già in atto. Il problema è che ci sono più di 700 sostanze disponibili, e non è possibile dare a ciascuna una precisa collocazione in termini di effetti neurobiologici», tanto più in presenza di pratiche di



policonsumo. In ogni caso, la necessità di differenziare un disturbo psicotico in comorbidità con uso di sostanze da un disturbo mentale indotto da sostanze richiede che il percorso diagnostico sia attuato da un team multidisciplinare e multiprofessionale (Centri di salute mentale, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Servizi per le dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile per i minori) composto da due o più operatori che lavorino in modo integrato, specificando le singole funzioni e le reciproche interazioni, e che prevedano l'eventuale identificazione di un *case manager* che sia di riferimento per il paziente.

Quanto alla terapia, il percorso terapeutico assistenziale prevede che gli algoritmi di cura siano dettati dal grado di severità del quadro clinico: nei casi meno complessi sarà sufficiente la psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale, in quelli più gravi l'avvio di percorsi all'interno di strutture residenziali o semiresidenziali. Dal punto di vista farmacologico, precisa Vincenzo Lolli, direttore dell'unità operativa complessa di Farmacia dell'ospedale Santa Maria Regina degli Angeli di Adria, Aulss 5 Polesana, in provincia di Rovigo, e segretario regionale di Sifo Veneto, «pur essendoci ampia disponibilità di farmaci efficaci sui disturbi psicotici e sull'abuso di sostanze considerati separatamente, a oggi sono poche le evidenze sul trattamento delle comorbidità e sulle interazioni di terapie concomitanti. Perciò il Pdta sarà utile anche nell'orientare i clinici nelle scelte prescrittive, per le quali i riferimenti in letteratura sono scarsi. La raccomandazione è, comunque, quella di modificare e adattare i trattamenti *evidence based* specifici per ogni disturbo, integrandoli tra loro». Inoltre, poiché alcuni antipsicotici di seconda generazione efficaci per il trattamento della schizofrenia e del disturbo bipolare possono trovare appropriatezza di impiego anche in pazienti che non presentano tali patologie, il gruppo di lavoro sottolinea l'importanza di aggiornare il registro dei medicinali per l'impiego *off label*, ai sensi della legge 648 del 1996, estendendo così i meccanismi di rimborso ai casi di comorbidità.

IL RUOLO DEL FARMACISTA DI COMUNITÀ

Fondamentale, inoltre, secondo Lolli, «riuscire a coinvolgere Federfarma per sensibilizzare il farmacista di comunità

sull'importanza di intercettare e trasferire le informazioni. Questo professionista, che lavora a diretto contatto con il pubblico, può, infatti, fornire consulenze mirate a chi acquista test diagnostici per determinare la presenza di sostanze stupefacenti nelle urine. Gli interlocutori abituali sono i genitori di adolescenti oppure i datori di lavoro che devono attuare la vigilanza sanitaria obbligatoria sui dipendenti ai sensi del decreto 81 del 2008. Facendo formazione, gli utenti interessati possono avere un'idea più precisa dei servizi a cui rivolgersi e dell'offerta sanitaria attiva».

L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

Il coinvolgimento del paziente nel processo di cura non può, infine, prescindere da una attenzione ai fattori che facilitano un positivo rapporto terapeutico: atteggiamento non giudicante, rispetto, fiducia nelle capacità e possibilità di recupero, collaborazione e condivisione degli obiettivi di trattamento per agire sull'*empowerment* del paziente. Del resto, la strategia alla base del Pdta è mettere al centro un paziente consapevole e proattivo, in grado di avere cura di sé anche al termine delle strategie di recupero. ■

Il gruppo di lavoro del progetto

- Baggio Alexandra:** Psicologa presso l'unità operativa complessa Psichiatria 1 Aulss 6, Padova
Associazione italiana di analisi e modificazione dei comportamenti e terapia comportamentale e cognitiva (Aiamec)
- Bano Francesca:** Direttore facente funzione dell'unità operativa complessa Assistenza farmaceutica territoriale Ulss 6 Euganea, Padova
- Banon Davide:** Dirigente medico dell'unità operativa complessa Servizio per le dipendenze, Venezia, Aulss 4 Veneto Orientale - Componente del direttivo Psive
- Benetazzo Morena:** Dirigente medico dell'unità operativa complessa Psichiatria 1, Dipartimento salute mentale, Aulss 6 Euganea, Padova
- Bertin Ida:** Direttore dell'unità operativa complessa Psichiatria 3, Distretto Padova Sud, Aulss 6 – Euganea, Padova - Componente del direttivo Psive
- De Renoche Guido:** Dirigente medico neuropsichiatra infantile dell'unità operativa complessa Infanzia adolescenza famiglia e consultori, Aulss 6 Euganea, Padova
- De Rossi Moreno:** Direttore DSM Az. Ulss 3 "Serenissima" Componente direttivo PSIVE
- Lasalvia Antonio:** Professore associato, unità operativa complessa di Psichiatria, Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona - Presidente di Psive
- Lolli Vincenzo:** Direttore dell'unità operativa complessa Farmacia, ospedale Santa Maria Regina degli Angeli di Adria Aulss 5 Polesana, Rovigo - Segretario regionale Sifo Veneto
- Marrocchella Raffaella:** Medico di medicina generale, vice presidente della Società italiana di medicina generale (Simg) Verona
- Pompei Francesco:** Dirigente dell'unità operativa complessa di Psichiatria 1, Dipartimento salute mentale, Aulss 6 Padova
- Saccon Diego:** Direttore dell'unità operativa complessa Servizio per le dipendenze Aulss 4 Veneto Orientale Componente del direttivo Psive