



LA SALUTE FISICA DEI GIOVANI: INTERVENTI SPECIFICI IN UN CAMPIONE DI PSICOSI ALL'ESORDIO

Francesca De Luca*, Maria Rosaria Grimaldi°, Antonio Lezzi §, Salvatore Calò**, Paola Calò*

*Centro Salute Mentale Campi Salentina • Dipartimento Salute Mentale ASL Lecce
**S.P.D.C. Lecce • Dipartimento Salute Mentale ASL Lecce

§ Psicologia Clinica • Dipartimento Salute Mentale ASL Lecce
° S.P.D.C. Casarano • Dipartimento Salute Mentale ASL Lecce

INTRODUZIONE. Rispetto alla popolazione generale i giovani che sperimentano una psicosi hanno maggiore probabilità, indipendentemente dal trattamento farmacologico, di sviluppare sovrappeso e/o obesità, dislipidemia, ipertensione ed alterazioni della glicemia, ovvero una sindrome metabolica. Questo, oltre che influenzare negativamente l'immagine di sé e l'integrazione sociale, e ridurre l'aderenza ai trattamenti, incide indirettamente sulla qualità di vita, peggiorando le performance cognitive. La combinazione tra uso intenso di tabacco, aumento di peso e alterazioni metaboliche spiega perché le malattie cardiovascolari rappresentino la causa più comune di morte prematura, più ancora del suicidio, nei pazienti affetti da schizofrenia.

Molti di questi cambiamenti si verificano precocemente nel corso della malattia, e questo apre possibilità di prevenzione.

La Psychosis Declaration (Bertolote, McGorry, 2005) ha infatti sottolineato l'importanza di intervenire nella fase precoce della psicosi attraverso interventi che promuovano anche il benessere fisico, in accordo con gli obiettivi della Dichiarazione Healthy Active Lives (HeaL), che indica, a tal proposito, un insieme di standards da raggiungere.



OBIETTIVI. I Programmi SPRINT (Schizofrenia Primo episodio e Riabilitazione Intensiva Nel Territorio) e STARTER (SPDC nel Trattamento dell'Acuzie e invio alla Rete Territoriale degli EsoRdi), oltre ad avere come obiettivo quello di ottimizzare il processo di diagnosi e l'intervento precoce negli stati a rischio di psicosi e nel primo episodio psicotico che afferiscono al DSM ASL Lecce, intendono favorire il recovery attraverso interventi specifici, monitorando il paziente con follow up periodici.

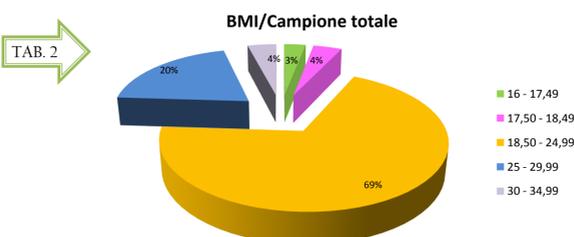
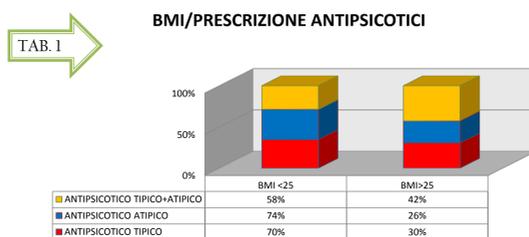
[S]chizofrenia
[P]rimo episodio e
[R]iabilitazione
[I]ntensiva
[N]el
[T]erritorio

[S]PDC nel
[T]rattamento dell'
[A]cuzie e invio alla
[R]ete
[T]erritoriale degli
[E]so
[R]di

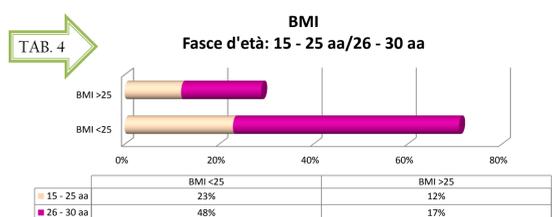
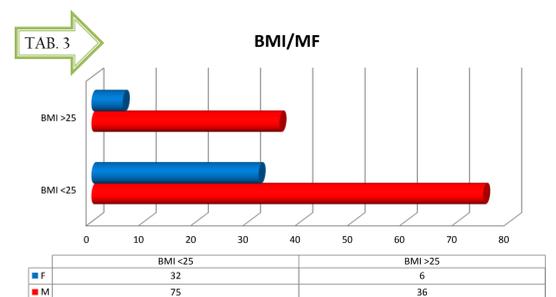


MATERIALI E METODI. Nell'ottica di valutare la salute somatica e il benessere soggettivo e al fine di poter predisporre degli interventi specifici, un campione di 149 pazienti all'esordio (112 M e 37 F), di età media pari a 23,16 aa ($\pm 3,993$) afferenti presso i 10 Centri di Salute Mentale, il CePsIA (Centro di psichiatria e psicoterapia per l'infanzia e l'adolescenza) e i 4 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del DSM ASL Lecce, è stato sottoposto al calcolo del BMI. Il BMI è calcolato come il rapporto tra peso espresso in Kg con altezza espressa in m al quadrato ($BMI = Kg/m^2$) ed è considerato un affidabile indicatore delle condizioni di normalità o anormalità, nella popolazione adulta, del peso corporeo. I valori standard considerati (National Heart, Lung, and Blood Institute - USA) definiscono un soggetto gravemente magro per BMI <16 gravemente magro; visibilmente sottopeso, 16 - 17,49; leggermente sottopeso 17,50 - 18,49; normopeso 18,50 - 24,99; sovrappeso, per BMI = 25- 29,9; moderatamente obeso (obesità I), per BMI =30-34,99; gravemente obeso (obesità II), per BMI 35 - 39,99; obesità III (gravissima), per BMI >40.

Sono stati correlati i farmaci prescritti all'esordio con il BMI; i soggetti trattati con antipsicotici tipici (N=23, 15% del campione), atipici (N=94, pari al 63% del campione) e con terapia combinata tipici - atipici (N=19, 13%) sono stati suddivisi in due fasce di BMI (normopeso e sovrappeso/obesi) (Tab. 1). Tra i due sottogruppi, non emergono pattern prescrittivi diversi.



RISULTATI. Il 69% dei pazienti al primo episodio di psicosi rientra in un BMI regolare; il 20%, invece, nel range compreso tra 25 e 29,99, indicativo di sovrappeso; il 4% presenta un BMI maggiore di 30 (obesità I grado). Il 7% del campione, invece, è lievemente sottopeso (Tab. 2). Confrontando il BMI tra diversi sessi (Tab.3) e fasce di età (Tab. 4), i dati ottenuti risultano quasi del tutto sovrapponibili, evidenziando una percentuale più alta di pazienti che rientrano nel range 18,50 - 24,99 (BMI regolare).



BIBLIOGRAFIA.

- De Hert M, Dekker KM, Wood D, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA). Eur Psychiatry 2009; 24:412-24
- Santo P, Lasalvia A. Fattori di rischio associati ad alterazioni del profilo metabolico nei pazienti all'esordio psicotico. Riv Psichiatr 2013; 48(3): 197-214
- Falloon I, et al. Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria, 1993
- Rashid NA, Lim J, Lam M, Chong SA, Keefe RS, Lee J. Unraveling the relationship between obesity schizophrenia and cognition. Schizophr Res 2013; 151:107-12
- Sigerist HE. Human Welfare. New Haven: Yale University Press, 1941.
- J.W. Newcomer, H. Nasrallah, A. D. Loebel. The Atypical Antipsychotic Therapy and Metabolic Issues National Survey - Practice patterns and knowledge of psychiatrists. Journal of Clinical Psychopharmacology - October 2004 - Volume 24 - Issues 5 -pp S1-S6.
- J. Bertolote, P. McGorry. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. British Journal of Psychiatry (2005), 187 (suppl 48), s116-s119.

PATTERN PRESCRITTIVI

Nei 136 pazienti reclutati nel triennio 2013 - 2015 nei Programmi SPRINT e STARTER, cui è stato prescritto un antipsicotico, solo al 31% (42 pz) è stato prescritto un antipsicotico di I generazione, inclusi i pazienti che hanno ricevuto una politerapia con antipsicotici di I e di II generazione. I LAI sono stati prescritti a 17 pazienti (12% del campione) tra i quali:

- 5 (29%) Aloperidolo Decanoato
- 4 (23%) Olanzapina Pamoato
- 3 (18%) Paliperidone Palmitato
- 3 (18%) Risperidone a rilascio prolungato
- 1 (6%) Aripiprazolo
- 1 (6%) Flufenazina Decanoato

Il 72% dei pazienti era in trattamento con un antipsicotico in monoterapia; il 19% con due differenti antipsicotici e il 2% con tre.

Il risperidone è stato l'antipsicotico maggiormente prescritto in monoterapia (25% dei pazienti). A seguire, i più prescritti sono stati aripiprazolo (24%), olanzapina (19%), aloperidolo (17%), paliperidone (11%). Farmaci quali clozapina, quetiapina e zuclopentixolo sono stati prescritti in media nel 4% dei casi.

DISCUSSIONE. Alla luce dei risultati ottenuti, è evidente che risulta fondamentale informare i pazienti su corrette abitudini alimentari e, più in generale, fornire indicazioni utili al mantenimento di uno stile di vita sano mediante una alimentazione salutare, esercizio fisico regolare e riduzione dell'uso di tabacco. È necessario inoltre attuare una attività di monitoraggio costante fin dall'esordio, per prevenire e trattare tempestivamente le manifestazioni iniziali della sindrome metabolica.

Il clinico deve anche orientare la scelta del trattamento psicofarmacologico, per ridurre la probabilità di complicanze metaboliche; rispetto ai pattern prescrittivi, è auspicabile, in accordo con le Linee Guida Internazionali (Newcomer, Nasrallah, Loebel, 2004) che la scelta ricada su un trattamento antipsicotico in monoterapia, che possa anche favorire una maggiore aderenza al trattamento da parte di un paziente giovane. Dato il trend prescrittivo degli psichiatri del DSM ASL Lecce, che hanno privilegiato, agli esordi, un antipsicotico di II generazione, è necessario, inoltre, che venga valutata attentamente la scelta dello stesso nei pazienti con BMI >25, tenendo anche conto delle complicanze metaboliche, come dimostrato da numerosi studi a riguardo.

Infine, gli operatori della salute mentale devono cooperare con le organizzazioni e le famiglie per favorire iniziative che rendano il contesto ambientale "facilitante" stili di vita salutari per aiutare i pazienti a recuperare un funzionamento il più vicino possibile alla normalità e al proprio senso di benessere, perché « Health is not simply the absence of disease: it is something positive » (Sigerist HR, 1941).