Bologna,
18 Maggio 2017

Uso appropriato degli psicofarmaci

Giuseppe Tibaldi – Torino
Antonella Piazza - Bologna

Un invito a ripensare l’uso degli antipsicotici

“E’ arrivato il momento di riconsiderare il principio secondo cui gli antipsicotici debbano essere sempre la prima scelta nel trattamento delle persone con un episodio psicotico. Non si tratta di un urlo selvaggio dalla foresta, ma di un’opinione presa in considerazione da importanti ricercatori …. Ci sono evidenze scientifiche sempre più convincenti che ci dicono che, se consideriamo gli effetti avversi degli antipsicotici, il gioco – per esprimerci in modo semplice – non vale la candela.”

Peter Tyrer, Editor

British Journal of Psychiatry, August 2012

EDITORIAL

Antipsychotic Medication During the Critical Period Following Remission From First-Episode Psychosis

Less Is More

Patrick McGorry, MD, PhD, FRCP, FRANZCP; Mario Alvarez-Jimenez, PhD; Eoin Killackey, DPsych

Original Investigation

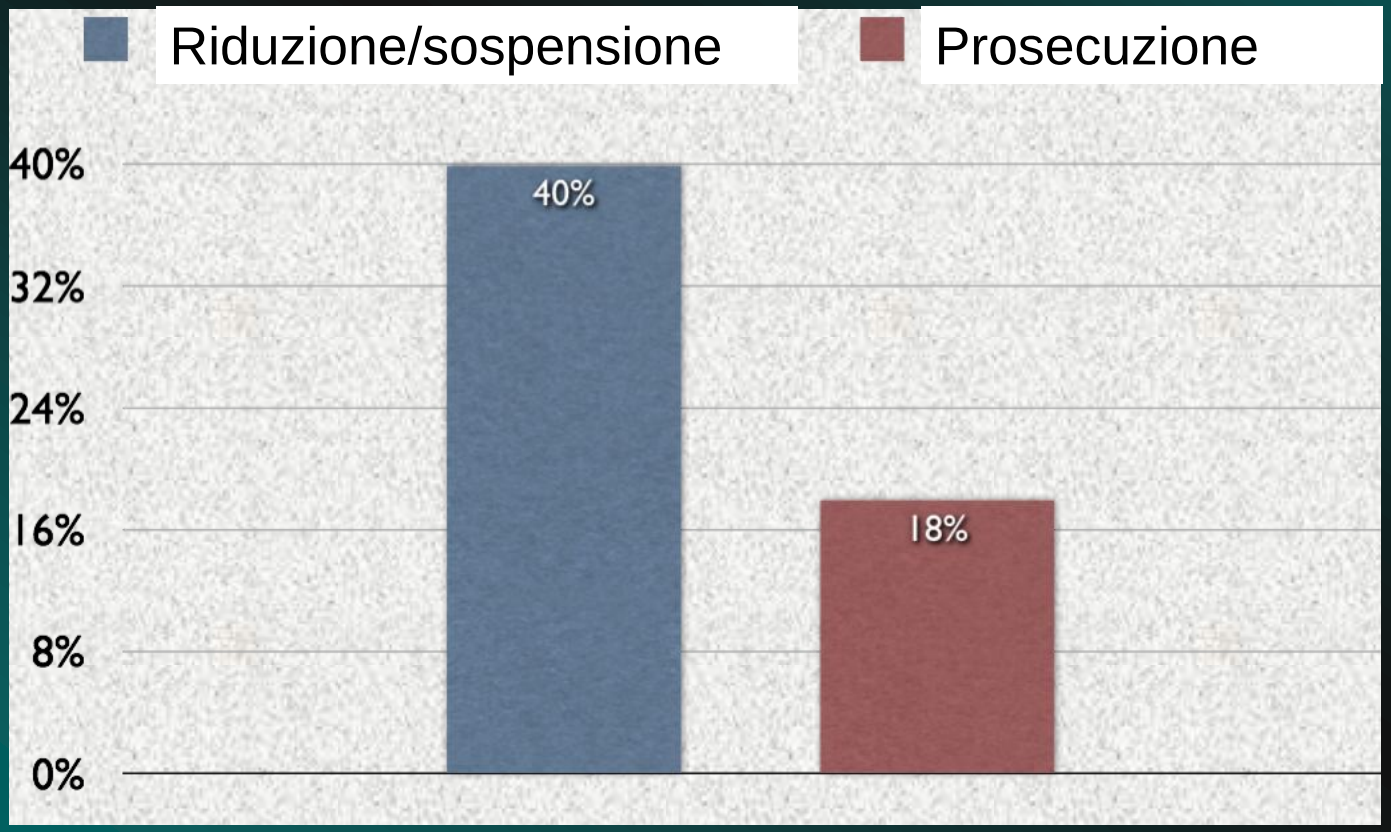
Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy

Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial

Lex Wunderink, MD, PhD; Roeline M. Nieboer, MA; Durk Wiersma, PhD;
Sjoerd Sytema, PhD; Fokko J. Nienhuis, MA

JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19
Published online July 3, 2013.

Tassi di guarigione a lungo termine (a 7 anni)



Il gioco vale la candela?
Riconsiderare l'uso degli antipsicotici
alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti
dal loro utilizzo a lungo termine

Giuseppe Tibaldi

Rivista Sperimentale di Freniatria, Luglio 2016

EDITORIAL

Antipsychotic Medication During the Critical Period Following Remission From First-Episode Psychosis
Less Is More

Patrick McGorry, MD, PhD, FRCP, FRANZCP; Mario Alvarez-Jimenez, PhD; Eoin Killackey, DPsych

“***Less is more***”

1. L’antipsicotico va utilizzato “***meno* abitualmente, *meno* spesso**”: non siamo obbligati a proporlo sempre e comunque. Possiamo scegliere il “*watchful waiting*”, garantendo una frequenza elevata di supporto (sia in ospedale che a domicilio).

2. L’antipsicotico va utilizzato “**alle dosi *meno* alte possibili**, cioè *meno* aggressive”, mantenendo aperta la possibilità di una comunicazione costante sulle circostanze della crisi.

3. L’antipsicotico utilizzato deve essere uno solo, con “***meno* ricorso**” alle politerapie, che aumentano le dosi complessive ed i rischi ad esse connessi;

4. L’antipsicotico – soprattutto – va utilizzato “**per *meno* tempo**”, evitando le proposte a tempo indeterminato e prevedendo, fin dall’inizio, ipotesi di riduzione progressiva delle dosi, fino ad una eventuale (ma non obbligatoria) sospensione;

“*Less is more*”

4. L’antipsicotico va utilizzato “**con *meno* enfasi**”, senza proporlo cioè come strategia sempre vincente e risolutiva: i successi a breve termine non trovano corrispondenza in analoghi successi nel lungo periodo. Inoltre, le basi teoriche degli antipsicotici e degli antidepressivi, cioè le teorie dello “*squilibrio chimico cerebrale*” che questi farmaci andrebbero a correggere, non hanno ricevuto le necessarie conferme sperimentali e sono ormai considerate obsolete dalle istituzioni scientifiche più prestigiose.

5. L’antipsicotico deve diventare “***meno* centrale**” nelle strategie di risposta ai disturbi psicotici. L’offerta di proposte psicoterapeutiche o abilitative viene molto spesso posticipata: prima vediamo se il farmaco risolve (la sola sintomatologia) e poi valuteremo se è il caso di proporre “qualcosa di diverso”. Se il farmaco A non funziona, si passa al farmaco B; se anche B non funziona, si passa all’associazione B + C ….. le proposte alternative possono attendere.

Talking Back to Madness

As the search for genes and new drugs for schizophrenia stalls, psychotherapies are getting new attention

NEW YORK CITY AND NEWCASTLE, U.K.— Terry was 13, a lonely African-American boy growing up in a troubled home in Detroit, when he first heard the voices. They were ugly and mean. The voices said he was no good, that no one loved him, and that he should kill himself. So he tried his best: When he was 15, he took 30 Valium pills and had to have his stomach pumped. Then the voices commanded him to kill his father. They told him exactly how to do it—put rat poison in his food. Fortunately, some other, gentler voices intervened and told him not to.

After high school, Terry began attending university in Detroit, but that didn't last long. Still haunted by the voices, he was soon addicted to heroin, and his marriage ended in divorce. In 1980, he moved to New York, looking for a new start. He got a job at a doughnut shop, then at a community center, but eventually the voices got worse and so did his drug habit. He found another woman to be with, but she

CREDIT: L. WILLIAMS/SCIENCE SOURCE

Eleanor Longden "The voices in my head"

https://www.youtube.com/watch?v=syjEN3peCJw
Disponibile con sottotitoli in italiano

"Non chiedermi che sintomi ho, chiedimi che cosa mi è successo"

Lia Govers
https://www.youtube.com/watch?v=CPLG1e8QUV0

"Un legame materno non si recupera più?
Storia di una schizofrenica guarita" (Mimesis)

Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs

Published by
The Icarus Project and Freedom Center

The Icarus Project
www.theicarusproject.net
info@theicarusproject.net

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Appropriatezza dei trattamenti con farmaci antipsicotici: l'esperienza dei focus groups in Emilia-Romagna

La Consulta Salute Mentale dell'Emilia-Romagna ha dedicato da tempo grande attenzione ai trattamenti farmacologici nei percorsi di cura dei Centri Salute Mentale, sollecitando una valutazione più condivisa dei profili benefici/rischi.

La Regione ha affidato al DSM-DP di Bologna un progetto di audit sull'appropriatezza dei trattamenti con antipsicotici.

Come fase di indagine preliminare, in collaborazione con SIEP, sono stati organizzati due *focus groups*, che hanno messo a confronto i punti di vista dei professionisti e dei rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari.

Obiettivo generale

Sviluppare il processo di condivisione tra professionisti, familiari e utenti rispetto al profilo benefici/rischi e alla gestione dei rischi dei farmaci antipsicotici (AP).

La metodologia qualitativa, nel cui ambito rientrano i *focus groups*, ha come obiettivo la possibilità di affrontare in modo sistematico quesiti privi di risposte chiare nella letteratura scientifica basata su metodi quantitativi.

I *focus groups* possono essere particolarmente utili per definire e delimitare l'oggetto di un successivo *audit* sui trattamenti con farmaci antipsicotici.

AUDIT SU APPROPRIATEZZA DI TRATTAMENTI CON ANTIPSICOTICI NEI DISTURBI SCHIZOFRENICI

"Ciclo dell'audit"

Metodologia

Discussione in due gruppi, distinti su base geografica (Emilia e Romagna) e costituiti da professionisti, familiari, utenti, allo scopo di individuare criteri di appropriatezza e strumenti di misurazione (indicatori), prima e dopo l'*audit* che si intende intraprendere nel 2017.

Coordinamento	Antonella **Piazza** AZIENDA USL BOLOGNA Giuseppe **Tibaldi** SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA	
	CONSULTA SALUTE MENTALE, ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI E UTENTI	**DSM-DP**
Presidente & Vice Presidente CONSULTA S.M. RER	Maria **D'Aloya**	Pietro **Pellegrini**
FOCUS 1 – mattina		
Parma	Luciano **Prando** (ARAP)	Paolo **Ampollini**
Reggio Emilia	Claudia **Casoni** (SOSTEGNO E ZUCCHERO, CUF REGGIO EMILIA – Consulta RER)	Maria Teresa **Torre**
Modena	Clotilde **Arcaleni** (INSIEME A NOI)	Grazia **Tondelli**
Bologna	Ramona **Casaroli** (AITSAM, Consulta RER) Mario **Mazzocchi** (NESSUNO RESTI INDIETRO)	Marco **Menchetti**
FOCUS 2 – pomeriggio		
Bologna	Silvio **Belletti** (URASAM)	
Imola	Valter **Galavotti** (URASAM) Anna **Marchi** (CUF IMOLA)	Roberto **De Falco**
Ferrara	Dino **Resca** (CUFO FERRARA) Matteo **Serroni** (ENNECI)	
Romagna – Forlì		Emanuela **Rossi**
Romagna – Cesena		Roberto **Bosio** Rosa Patrizia **Sant'Angelo**
Romagna – Ravenna	Gabriella **Capelli** (PORTE APERTE) Nevio **Chiarini** (PORTE APERTE)	Giuseppina **Correddu** Rosario **Cambria**

Dall’esame dei materiali della Consulta e dall’esperienza SIEP sono emersi alcuni punti, scelti per guidare le discussione dei focus.

1. Quali sono i rischi/svantaggi più temuti del trattamento con AP?

Per gli utenti: Non riuscire a interrompere il trattamento

Senso di perdita della malattia, vissuta come qualcosa di doloroso ma identitario.

Per i familiari: → pazienti: gli effetti ad alto impatto sociale-relazionale

→ familiari: le conseguenze sulla salute fisica e il decadimento cognitivo e relazionale con impotenza e cronicizzazione

→ psichiatri: tendenza a trascurare i rischi e difficoltà a modificare la terapia, mantenuta spesso stabile per anni.

Per gli psichiatri: -> la scarsa formazione sulla psicofarmacologia

-> un carente rispetto delle esigenze informative e comunicative verso l'utenza e le famiglie

2. Quali benefici/vantaggi sono attesi del trattamento con AP?

Per gli utenti: **trattamento con AP solo se risulta impossibile convivere con i disturbi.**
I disturbi vanno affrontati soprattutto con il dialogo terapeutico e con altri approcci mirati alla *recovery*.

Per i familiari: **riduzione di comportamenti/problemi critici in acuto (agitazione, aggressività) e in cronico (apatia, deterioramento cognitivo).**

Per gli psichiatri: **riduzione dei sintomi psicotici più evidenti, come deliri o allucinazioni.**

3. **Quali modalità adottare per l'informazione del profilo benefici/rischi all'inizio dei trattamenti (in particolare se l'avvio del trattamento avviene in forma coercitiva o molto assertiva)?**

E' necessaria una comunicazione "coraggiosa" sulle incertezze del futuro, che fornisca tuttavia la sicurezza del supporto.

L'aspetto più critico della comunicazione all'inizio del trattamento è quello sulla sua durata.
Mancano anche informazioni sugli effetti collaterali e i rischi.
E' necessario ri-negoziare con paziente e familiari, sulla base dell'andamento clinico, durata e posologia degli AP.

I familiari vanno coinvolti fin dall'inizio. I familiari stessi considerano che sia opportuno utilizzare a questo scopo varie modalità e tecniche, sia individuali che di gruppo.

4. Quali misure adottare per individuare l'insorgenza di effetti collaterali e per gestire gli stessi?

Per monitorare gli effetti collaterali ci vorrebbero istruzioni operative e protocolli basati su linee guida.

Attualmente sono adottati in vari servizi alcuni strumenti di monitoraggio di effetti collaterali, ma questo non avviene in modo sistematico, omogeneo e consolidato.

5. Che indicazioni per alcune scelte critiche nel trattamento con AP (POLITERAPIE, LONG-ACTING, MODULAZIONI DOSAGGI, DURATA, MODALITÀ SOSPENSIONE, NECESSITÀ DI ASSOCIARE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE E DI COINVOLGERE FAMILIARI/RETE RELAZIONALE NEL PERCORSO DI TRATTAMENTO)?

Il trattamento personalizzato è oggi carente. In particolare, si tende a rimandare troppo la componente riabilitativa e si tende a scommettere soprattutto sul farmaco e non sugli altri interventi, o psicologici o riabilitativi.

Per decidere durata e modalità del trattamento, più che un regista unico del trattamento (CARE MANAGER) sarebbe necessaria una CABINA DI REGIA, comprendente professionisti, utente, familiari.

Le DIRETTIVE ANTICIPATE DI CURA potrebbero essere in futuro uno strumento da inserire nel piano individuale di trattamento.

La partecipazione degli utenti a questi focus è stata limitata.

Gli utenti rischiano di essere etero-rappresentati da altre figure (familiari, professionisti).

INDICATORI	STANDARD	Fonte dati	Riferimento dati
Presenza di schema di monitoraggio degli effetti collaterali da AP	PRESENZA SCHEMA Valori 2018 > Valori 2017	Questionario per DSM-DP	30.06.17 e 30.06.18
N° utenti con disturbi schizofrenici senza interventi rivolti alla famiglia nel periodo / totale utenti con disturbi schizofrenici *100	< 30% Valori 2018 > Valori 2017	SISM	**PRIMA RILEVAZIONE:** **Utenti con diagnosi 295.xx in cura al 01/01/17.** **Periodo: anno 2016** **SECONDA RILEVAZIONE:** **Utenti con diagnosi 295.xx in cura al 01/07/18.** **Periodo: primo semestre 2018**
N° utenti con disturbi schizofrenici e ≥ 1 AP alla data indice / totale utenti con disturbi schizofrenici *100	OSSERVATIVO	Rilevazione campionaria tramite SISM su cartelle CSM	**PRIMA RILEVAZIONE:** **Utenti con diagnosi 295.xx in cura al 01/01/17.** **Data-Indice: 01/01/17.** **SECONDA RILEVAZIONE:** **Utenti con diagnosi 295.xx in cura al 01/07/18.** **Data-Indice: 01/07/18.**
N° utenti con disturbi schizofrenici e > 1 AP alla data indice/ totale utenti con disturbi schizofrenIci *100	<20% Valori 2018 > Valori 2017	Come sopra	Come sopra

Calendario AUDIT 2017

•16 Maggio	PRESENTAZIONE DEL REPORT IN CONSULTA
•Fine Maggio:	COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO
• 16 Giugno:	PRIMO INCONTRO GRUPPO LAVORO (bozza di questionario, selezione indicatori)
•Seconda metà di Giugno:	COMPLETAMENTO DEL QUESTIONARIO
RILEVAZIONE	
•Luglio - Settembre:	RACCOLTA DATI
•Ottobre:	ANALISI DATI
• 10 Novembre:	SECONDO INCONTRO GRUPPO LAVORO (esame delle criticità applicando gli indicatori)
•Novembre-Dicembre:	INDIVIDUAZIONE DI AZIONI MIGLIORAMENTO
•15 Dicembre:	TERZO INCONTRO GRUPPO LAVORO (definizione di azioni miglioramento)

Calendario AUDIT 2018

•Gennaio 2018:	RESTITUZIONE IN CONSULTA
•Gennaio-Giugno:	IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI
• Intorno a metà periodo:	QUARTO INCONTRO GRUPPO LAVORO (monitoraggio di implementazione)
•Luglio -Settembre:	SECONDA RILEVAZIONE "POST-AZIONI"
•Ottobre:	ANALISI DATI
•Novembre:	QUINTO INCONTRO GRUPPO LAVORO (discussione su esiti di azioni e stesura report)
•Dicembre:	SESTO INCONTRO GRUPPO LAVORO (discussione report)
	RESTITUZIONE FINALE IN CONSULTA E A DIREZIONI DSM-DP

Grazie per l'attenzione!