



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

126

- 7 NOV. 2019

DECRETO N. .... DEL .....

OGGETTO: Approvazione delle raccomandazioni regionali per la promozione del benessere fisico del paziente con disturbo psichiatrico.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approvano le raccomandazioni regionali per la promozione del benessere fisico del paziente con disturbo psichiatrico.

---

IL DIRETTORE GENERALE

AREA SANITA' E SOCIALE

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 4 approvato nella seduta del 24 gennaio 2013 sul documento "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale";

VISTA la DGR di recepimento del suddetto Accordo n. 1558 del 3 settembre 2013;

CONSIDERATO che il provvedimento succitato nel dare evidenza che buona parte delle azioni prioritarie indicate nel Piano Nazionale per la Salute Mentale sono già state oggetto di specifici provvedimenti attuativi, individua alcune aree carenti di programmazione regionale, tra cui la promozione fisica del paziente psichiatrico;

VISTO il decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 135 del 13 novembre 2018 con il quale è stato istituito un Gruppo tecnico di lavoro per la definizione di raccomandazioni regionali per la promozione fisica del paziente psichiatrico;

CONSIDERATO che il Gruppo di lavoro ha concluso il proprio mandato avvalendosi per la stesura del documento anche di altre professionalità con specifiche competenze in tale ambito di intervento, elencate nel documento;

RITENUTO di procedere all'approvazione del documento avente ad oggetto "Raccomandazioni regionali per la promozione del benessere fisico del paziente con disturbo psichiatrico" di cui all'**Allegato A**;

DECRETA

1. di procedere all'approvazione del documento avente ad oggetto "*Raccomandazioni regionali per la promozione del benessere fisico del paziente con disturbo psichiatrico*" di cui all'**Allegato A**;

2. di dare atto che dall'applicazione del presente provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
3. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan



**RACCOMANDAZIONI  
REGIONALI  
PER LA PROMOZIONE  
DEL BENESSERE FISICO  
DEL PAZIENTE  
CON DISTURBO  
PSICHIATRICO**





## Introduzione

Rispetto alla popolazione generale, le persone con gravi disturbi mentali (*severe mental disorders* - SMD: schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbo bipolare, depressione da moderata a grave e gravi disturbi di personalità) hanno un peggior stato di salute fisica ed un aumentato rischio di morte prematura che si traduce in una riduzione dell'aspettativa di vita di 10 - 20 anni, come emerge da metanalisi e revisioni sistematiche della letteratura<sup>1</sup>. Recenti studi hanno posto rinnovata attenzione sull'argomento<sup>2,3</sup> evidenziando come sia del tutto insufficiente quanto fin ora fatto per migliorare gli stili di vita di questi pazienti nell'ottica ridurre il tasso di mortalità e aumentarne l'aspettativa di vita.

La maggior parte dei decessi in persone con SMD sono dovuti a malattie fisiche prevenibili, in particolare malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e infezioni<sup>4,5</sup>, le cui incidenza e prevalenza risultano nettamente più elevate rispetto alla popolazione generale.

Per questo motivo le Istituzioni che a diversi livelli si occupano di programmazione sanitaria, esortano i professionisti della salute mentale a considerare la valutazione dello stato di salute fisica dei pazienti con gravi patologie psichiatriche all'interno delle valutazioni di routine e a programmare interventi a tutela del benessere fisico per tale popolazione target. Raccomandazioni in tal senso sono presenti in importanti documenti sia nazionali sia internazionali quali il Piano di azioni per la Salute mentale dell'OMS<sup>6,7</sup> (2013), il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale<sup>8</sup> (2013), le Linee di indirizzo sull'Attività Fisica del Ministero della Salute<sup>9</sup> ed il Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2019-2023<sup>10</sup>.

- 
- 1 Maj M, *Physical illness and access to medical services in persons with schizophrenia*. Int J Ment Health 2008; 37 :3-21.
  - 2 Thornicroft G. *Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality*. Br J Psychiatry 2011; 100 :441-2.
  - 3 Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder . Schizophr Res 2011; 131 :101-4
  - 4 Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder . Schizophr Res 2011; 131 :101-4
  - 5 Fekadu A, Medhin G, Kebede D et al. *Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia*. Br J Psychiatry 2015; 206 :289-96
  - 6 World Health Organization 2013; *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
  - 7 World Health Organization 2013; *The European Mental Health Action Plan*.
  - 8 Ministero della salute, Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale 2013; Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale.
  - 9 Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione; Decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute 29/05/2017
  - 10 Regione Veneto: Piano socio sanitario regionale 2019-2023. L.R 28 dicembre 2018, n. 48



## Dimensione del problema

### *Malattia cardiovascolare:*

I dati della letteratura indicano che per pazienti con SMD esiste un rischio di morte per malattie cardiovascolari 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale<sup>11,12</sup>. In alcuni studi viene evidenziato, per i pazienti affetti da schizofrenia, un tasso di mortalità per patologia cardiovascolare che raggiunge il 75% (rispetto al 33% della popolazione generale)<sup>13</sup>.

L'aumentato rischio di sviluppare malattia cardiovascolare per persone con SMD è legato a diversi fattori tra i quali:

- minor funzionamento generale e minori capacità di gestire la propria salute in generale (aderenza ai trattamenti ostacolata da aspetti psicopatologici);
- maggiori ostacoli nell'accesso alle cure;
- maggior incidenza di obesità (abitudini alimentari errate, minor attività fisica, uso di farmaci con impatto metabolico sfavorevole e/o effetto oressizzante...);

### *Diabete:*

Persone con SMD hanno tassi maggiori di mortalità per complicanze del diabete mellito<sup>14</sup>. Il rischio di sviluppare diabete di tipo 2 risulta doppio per pazienti con schizofrenia o disturbo bipolare e di 1,5 volte maggiore per pazienti con depressione rispetto alla popolazione generale<sup>15</sup>.

- 
- 11 Laursen TM, Mortensen PB, MacCabe JH et al. *Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder. A Danish population-based study.* Psychol Med 2013; 12 :1-13]
- 12 World Health Organization 2013; *The European Mental Health Action Plan.*
- 13 Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. *Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease.* Am Heart J 2005; 150 :1115-21
- 14 Crump C, Winkleby MA, Sundquist K et al. *Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study.* Am J Psychiatry 2013; 170 :324-33.
- 15 Vancampfort, D. et al. *Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and large scale meta-analysis.* World Psychiatry 2016; 15(2), pp. 166-174. doi: 10.1002/wps.2030



### *Malattie respiratorie:*

Le persone con SMD hanno un tasso di mortalità per malattie respiratorie da 2 a 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale<sup>16,17</sup> anche dopo correzione per fattori di rischio quali il tabagismo.

### *Malattie infettive:*

Il tasso di mortalità per malattie infettive in persone con SMD è circa 2 o 4 volte quello della popolazione generale<sup>18</sup>.

Le cause dell'aumentata prevalenza di patologie organiche prevenibili, nei pazienti con SMD, sono complesse e legate in parte a fattori iatrogeni in parte a fattori quali gli stili di vita, una parziale aderenza alle prescrizioni terapeutiche, ecc...

In un recente lavoro apparso su WPA, Nancy H. Liu e colleghi<sup>19</sup> hanno proposto un modello multifattoriale d'interpretazione del problema che evidenzia i fattori di rischio per l'eccesso di mortalità nelle persone con SMD a diversi livelli: individuale, di sistema sanitario, socio-ambientale. Alla luce di quel modello, descriviamo un quadro che può essere utile per progettare, implementare e valutare interventi e programmi per ridurre l'eccesso di mortalità nelle persone con SMD.

---

16 Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. *Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses*. Am J Psychiatry 2014; 171 :453-62

17 World Health Organization 2013; *The European Mental Health Action Plan*.

18 Saha S, Chant D, McGrath J. *A systematic review of mortality in schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 2007; 64 :1123-31

19 Nancy H. Liu, Gail L. Daumit, Tarun Dua, Ralph Aquila et al. *World Psychiatry Excess mortality in people with severe mental disorders: a multi-level framework for intervention and priorities for clinical practice, research policies and programs*, 2017; 16(1): 30-40



**Tabella 1: Modello multilivello di rischio per eccesso di mortalità in persone con gravi disturbi mentali (SMD), Liu (rivisto):**

<b>Fattori individuali</b>	<b>Sistemi sanitari</b>	<b>Determinanti sociali della salute</b>
<p><b><i>Disturbi specifici</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gravità del disturbo</li> <li>● Storia familiare</li> <li>● Sintomi/fisiopatologia</li> <li>● Precocità dell'esordio</li> <li>● Diagnosi recente</li> </ul> <p><b><i>Comportamenti specifici</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fumo</li> <li>● Dieta di scarsa qualità</li> <li>● Attività fisica inadeguata</li> <li>● Comportamenti sessuali e altri a rischio</li> <li>● Uso di sostanze (alcol e droghe)</li> <li>● Bassa motivazione (es. Ricerca del trattamento, aderenza)</li> </ul>	<p><b><i>Informazione</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistemi di informazione sanitaria limitati</li> </ul> <p><b><i>Erogazione dei servizi</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Necessaria implementazione dell'integrazione tra servizi nella presa in carico</li> </ul> <p><b><i>Risorse umane</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Necessità di formazione degli operatori</li> <li>● Interventi di riduzione dello stigma</li> <li>● Migliorare la comunicazione interna/esterna</li> </ul> <p><b><i>Farmaci</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Farmaci antipsicotici (nessun trattamento, polifarmacoterapia, dosaggi superiori a quelli raccomandati)</li> </ul>	<p><b><i>Status socio-economico</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Disoccupazione</li> <li>● Senzatetto</li> <li>● Bassa alfabetizzazione sanitaria</li> </ul> <p><b><i>Cultura e valori sociali</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Stigma e discriminazione nella società</li> <li>● Percezioni negative sulle persone con SMD</li> </ul> <p><b><i>Vulnerabilità ambientali</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infezioni, malnutrizione</li> <li>● Accesso ai mezzi di suicidio</li> <li>● Quartieri poveri o non sicuri</li> </ul> <p><b><i>Supporto sociale</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Risorse familiari, sociali e comunitarie limitate</li> </ul>



# 1. Rischio cardiovascolare, sindrome metabolica e diabete.

## Dimensione del problema

### *Rischio cardiovascolare*

Al netto della più elevata incidenza di suicidio, il più alto tasso di mortalità precoce nelle persone con SMD è attribuibile essenzialmente a “patologie sistemiche e d’organo”.

In tale contesto le malattie cardiovascolari (malattia coronarica, cerebrovascolare, sindrome da insufficienza cardiaca e malattia vascolare periferica) sono quelle più suscettibili di azioni preventive.

Una recente metanalisi<sup>20</sup>, comprendente studi ampiamente rappresentativi della popolazione affetta da malattie mentali conclamate e severe, ha consentito di quantificare l’osservazione empirica riportata nell’incipit. I parametri di riferimento, ovvero prevalenza, incidenza e mortalità grezza, attribuiti alle malattie cardiovascolari in persone con SMD sono stati confrontati con i controlli elaborando un “profilo” di rischio cumulativo e “specifico” per le singole categorie nosologiche. La eterogeneità metodologica dei singoli studi utilizzati nella metanalisi deve indurre, invero, a considerare le stime come “orientative”, pur plausibilmente affidabili.

**Prevalenza (dati sezionali, aggregati)** per malattie cardiovascolari 9.9%; nella scomposizione per singole entità nosologiche il dato risulta discretamente omogeneo (8.4% nei disordini bipolari; 11.7 nella depressione maggiore; 11.8 nella schizofrenia).

**Incidenza (dati longitudinali, aggregati)** per eventi cardiovascolari in un adeguato periodo di osservazione 3.6%; nella scomposizione per singole entità nosologiche anche in questo caso è rilevabile una discreta omogeneità.

### *Sindrome metabolica*

La Sindrome Metabolica (SM) è responsabile dell’aumento di rischio di sviluppare Diabete Mellito tipo 2 fino a 5-6 volte rispetto alla popolazione generale e di aumentare la mortalità cardiovascolare da 3 a 6 volte<sup>21</sup>.

20 Correll C.U., Solmi M. et al. *Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large scale meta analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls.* World Psychiatry 2017;16:163-180

21 De Hert M., Cohen D., Bobes J. et al. *Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level.* World Psychiatry 2011; 10 :138-51



Viene definita dalla presenza contemporanea di almeno tre tra i seguenti fattori (criteri NCEP, ATP III)<sup>22</sup>:

- Obesità addominale (circonferenza vita >102 cm per gli uomini e >88 cm per le donne);
- Ipertrigliceridemia (>150 mg/dl);
- Bassi livelli di colesterolo HDL (<40 mg/dl per gli uomini e <50 mg/dl per le donne);
- Ipertensione arteriosa (>130/85 mm Hg)
- Iperglicemia a digiuno (>100 mg/dl)

La letteratura riporta dei tassi di prevalenza di SM in pazienti schizofrenici trattati che variano tra il 19,4 e il 68%. Penninx e Lange<sup>23</sup> sottolineano come recenti meta-analisi abbiano dimostrato una prevalenza del 58% di SM nei pz. psichiatrici in generale. Il rischio di SM risulta analogo sia per Schizofrenia che per Disturbo Bipolare e Depressione Maggiore<sup>24</sup>.

Una revisione della letteratura<sup>25</sup> ha rilevato come le anomalie metaboliche complichino frequentemente la gestione del paziente psicotico sin dall'esordio. Emerge la necessità di implementare forme di assistenza integrate in cui le cure di tipo psichiatrico siano strettamente connesse alle cure di tipo medico con definizione di programmi di intervento precoce focalizzati sugli stili di vita da attuare nei pazienti all'esordio psicotico e dal momento in cui intraprendono una terapia con farmaci antipsicotici.

### Diabete

La comorbidità con diabete nelle persone con SMD è elevata. Il rischio è doppio per schizofrenia e disturbo bipolare, di 1,5 volte maggiore nelle persone con sindrome depressiva. È nota la relazione tra diabete ed utilizzo di diversi farmaci quali alcuni antipsicotici, antidepressivi e sali di litio così come stili di vita caratterizzati da sedentarietà ed alimentazione di bassa qualità. Il rischio risulta più elevato per le donne che per gli uomini.

La maggior parte dei fattori di rischio di diabete sono condivisi con quelli per il rischio di malattia cardiovascolare; inoltre è da tempo indagata la condivisione di fattori genetici predisponenti tra diabete e, in particolare, schizofrenia<sup>26</sup>.

22 Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-9.

23 Penninx B., Lange S. - Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanism, and implications, *Dialogues in clinical neurosciences* 2018 Mar; 20(1): 63-73

24 Vancampfort D., Stubb B., Mitchell A. J., De Hert M., Wampers M., Ward P. B., Rosenbaum S., Correll C. U., Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis., *World Psychiatry* 2015;14:339-347

25 Santo P., Lasalvia A., Fattori di rischio associati ad alterazioni del profilo metabolico nei pazienti all'esordio psicotico. Una revisione sistematica della letteratura - *Rivista di psichiatria* 2013; 48(3) :197-214

26 Sophie Hackinger et al. Evidence for genetic contribution to the increased risk of type 2 diabetes in schizophrenia; *Translational Psychiatry* 2018;8:252



## Ambiti di intervento

**Peso corporeo**<sup>27</sup>. Esistono dati indicativi di una azione come “effetto diretto” ed “indiretto” rispetto al rischio cardiovascolare. Nel primo caso attraverso l’influenza sull’assetto lipidico, sul metabolismo glucidico, sulla funzione ventilatoria e come modulatore negativo dei valori pressori. Nel secondo per la dimostrata induzione alla non compliance terapeutica indotta dallo stress individuale connesso con l’incremento ponderale.

**Terapia con farmaci antipsicotici**<sup>28</sup>. È accertata per gli antipsicotici di seconda generazione una variabile inferenza sull’incremento ponderale e sul rischio metabolico (inteso come sviluppo di una definita intolleranza glucidica e/o di un cambiamento sfavorevole dell’assetto lipidico)

**Terapia con altri farmaci noti per determinare incremento ponderale**. Tra gli stabilizzatori dell’umore l’acido valproico è associato ad aumento di peso fino al 50% dei casi trattati; rischio minore ha la carbamazepina; l’utilizzo di lamotrigina sembra essere associato ad una riduzione del peso corporeo<sup>29</sup>. Tra gli antidepressivi sono certamente implicati nell’aumento di peso la mirtazapina ed alcuni TCA; più incostante il dato con gli SSRI<sup>30</sup>.

**Profilo cardio metabolico individuale**<sup>31</sup>. Vengono segnalati, almeno nel caso della schizofrenia, valori incrementali del grasso viscerale rispetto a soggetti non psicotici con BMI comparabile, già nel periodo antecedente l’inizio di qualsiasi terapia psicofarmacologica.

**Terapia farmacologica “generale” e codifica di uno schema minimo di intervento multidisciplinare**<sup>32,33</sup>. Le caratteristiche farmacologiche e farmacodinamiche dei farmaci antipsicotici conferiscono a questi farmaci un profilo di rischio elevato per quanto attiene alle interazioni sfavorevoli. La “gestione collaborativa” tra gli operatori sanitari (psichiatra, cardiologo, diabetologo, MMG, ecc..) coinvolti nella gestione del paziente con malattia cardiovascolare conclamata ha dimostrato un favorevole rapporto rischio beneficio nel breve/medio periodo così come le esperienze di formalizzazione di un intervento strutturato per la modulazione dell’assetto lipidico nel contesto delle cure primarie.

27 Chakos M., Lieberman JA.: *Antipsychotic induced weight gain and therapeutic response : a differential association*. J.Clin.Psychopharmacol. 2002;22:244-251

28 L.Sheitman B., McEvoy JP. Et al.: *Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical and atypical antipsychotics*. Am J Psychiatry 2003; 160:290-296

29 Grootens KP, Meijer A, Hartong EG, Doornbos B, Bakker PR, Al Hadithy A, Hoogerheide KN, Overmeire F, Marijnissen RM4, Ruhe HG. *Weight changes associated with antiepileptic mood stabilizers in the treatment of bipolar disorder*. Eur J Clin Pharmacol. 2018 Nov;74(11):1485-1489

30 Rafael Gafoor, Helen P Booth, Martin C Gulliford. *Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow up: population based cohort study*. BMJ 2018;361:k1951

31 Ryan MC., Thakore JH. : *Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome*. Life Sciences 2002;71:239-257

32 D.M Taylor in : *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 2018, Wiley Blackwell

33 World Health Organization 2013; *The European Mental Health Action Plan*.



**Tabella 2: Farmaci antipsicotici atipici e assetto metabolico.**

<b>Farmaco</b>	<b>Alterazioni lipidemia</b>	<b>Incremento ponderale</b>	<b>Rischio di diabete</b>
Clozapina	++	+++	++
Amisulpride	+/-	+/-	+/-
Olanzapina	++	+++	++
Risperidone	+/-	++	+
Paliperidone	+/-	++	+
Quetiapina	+	++	+
Aripirazolo	+/-	+/-	+/-
Asenapina <sup>34</sup>	+/-	++	+/-
Lurasidone <sup>34</sup>	+/-	+/-	+/-
Cariprazina <sup>35</sup>	+/-	+/-	+/-

Per i farmaci di più recente introduzione le evidenze non possono ancora essere giudicate conclusive

34 De Hert, M., Yu, W., Detraux, J. et al. *CNS Drugs* (2012) 26: 733.

35 Garnock-Jones, K.P. *CNS Drugs* (2017) 31: 513.



**Tabella 3: Farmaci antidepressivi e rischio di incremento ponderale.**

<b>Farmaco</b>	<b>Aumento del peso a lungo termine</b>
Fluoxetina	++
Sertralina	++
Paroxetina	+++
Fluvoxamina	-
Escitalopram	++
Citalopram	+
Venlafaxina	-
Duloxetina	+
Bupropione	++
Mirtazapina	+++
Vortioxetina	++ (> 15 mg. +)

Estratto dal "Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il trattamento dei disturbi depressivi", Regione Veneto, 10 giugno 2019



**Raccomandazione 1:**

L'équipe del CSM elabori precocemente, avvalendosi del supporto del Medico di Medicina Generale, il profilo di rischio cardio metabolico individuale del paziente, attraverso un'accurata indagine anamnestica con valutazione dello stile di vita del paziente, soprattutto per quanto riguarda abitudini alimentari ed attività fisica.

**Raccomandazione 2:**

Si raccomanda di registrare regolarmente il peso corporeo e la circonferenza addominale degli utenti determinando il valore di BMI, riportandone i valori nella documentazione clinica. La frequenza raccomandata dei controlli, soprattutto nei pazienti "naive" nei quali viene intrapresa terapia con antipsicotici di seconda generazione è di 3-4 settimane per i primi 4 mesi. Successivamente, ogni 3 mesi.

**Raccomandazione 3:**

Si raccomanda la determinazione del profilo glicolipidico del paziente (glicemia basale, colesterolemia totale e trigliceridemia) al momento della presa in carico, della prescrizione iniziale del trattamento farmacologico o in caso di introduzione di farmaci noti per rischio metabolico. Si consiglia di ripetere la valutazione dopo 3-4 mesi. In assenza di variazioni significative si raccomanda di programmare verifiche annuali del profilo metabolico.



**Raccomandazione 4:**

Lo psichiatra referente valuti esplicitamente il rapporto costo/beneficio delle prescrizioni farmacologiche con puntuale comparazione delle diverse alternative, soprattutto nel caso di prescrizione di antipsicotici a maggior rischio di impatto sul profilo metabolico dei pazienti e nelle fasi di switch tra classi diverse.

**Raccomandazione 5:**

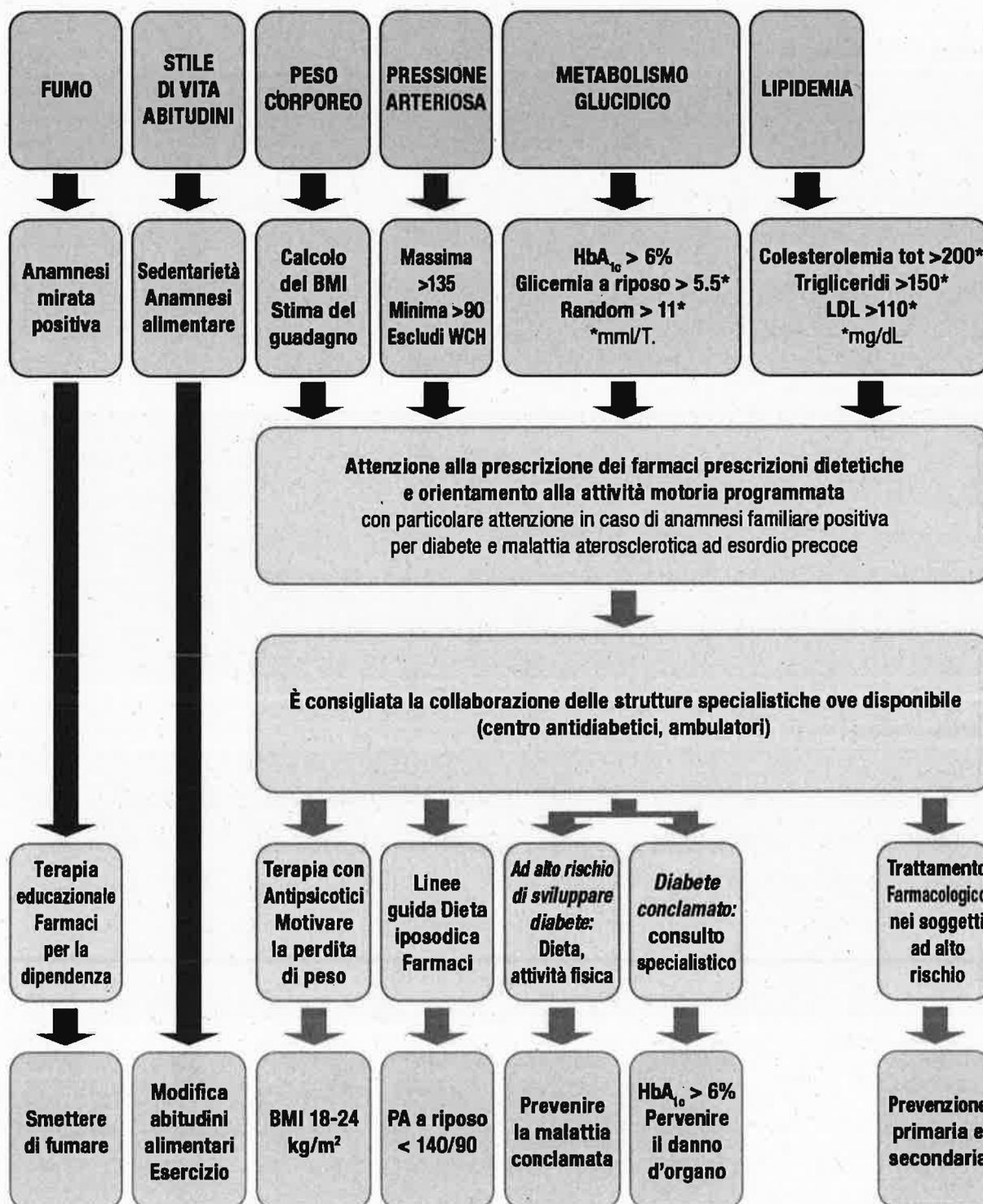
I Servizi di Salute mentale pongano particolare attenzione nell'includere, negli interventi psicoeducativi individuali e di gruppo, specifiche sessioni sull'influenza dello stile di vita sul benessere fisico degli utenti al fine di aumentarne la consapevolezza dei rischi legati all'aumento di peso ed alle anomalie metaboliche.

**Raccomandazione 6:**

Si consiglia l'individuazione di percorsi trasversali; attraverso la condivisione di protocolli che coinvolgano i Servizi ed i Dipartimenti interessati alla gestione dei pazienti con SMD e complicazioni cardiologiche e metaboliche accertate (Cardiologia, Medicina Generale, Diabetologia, Servizio di attività motoria - Medicina dello Sport)

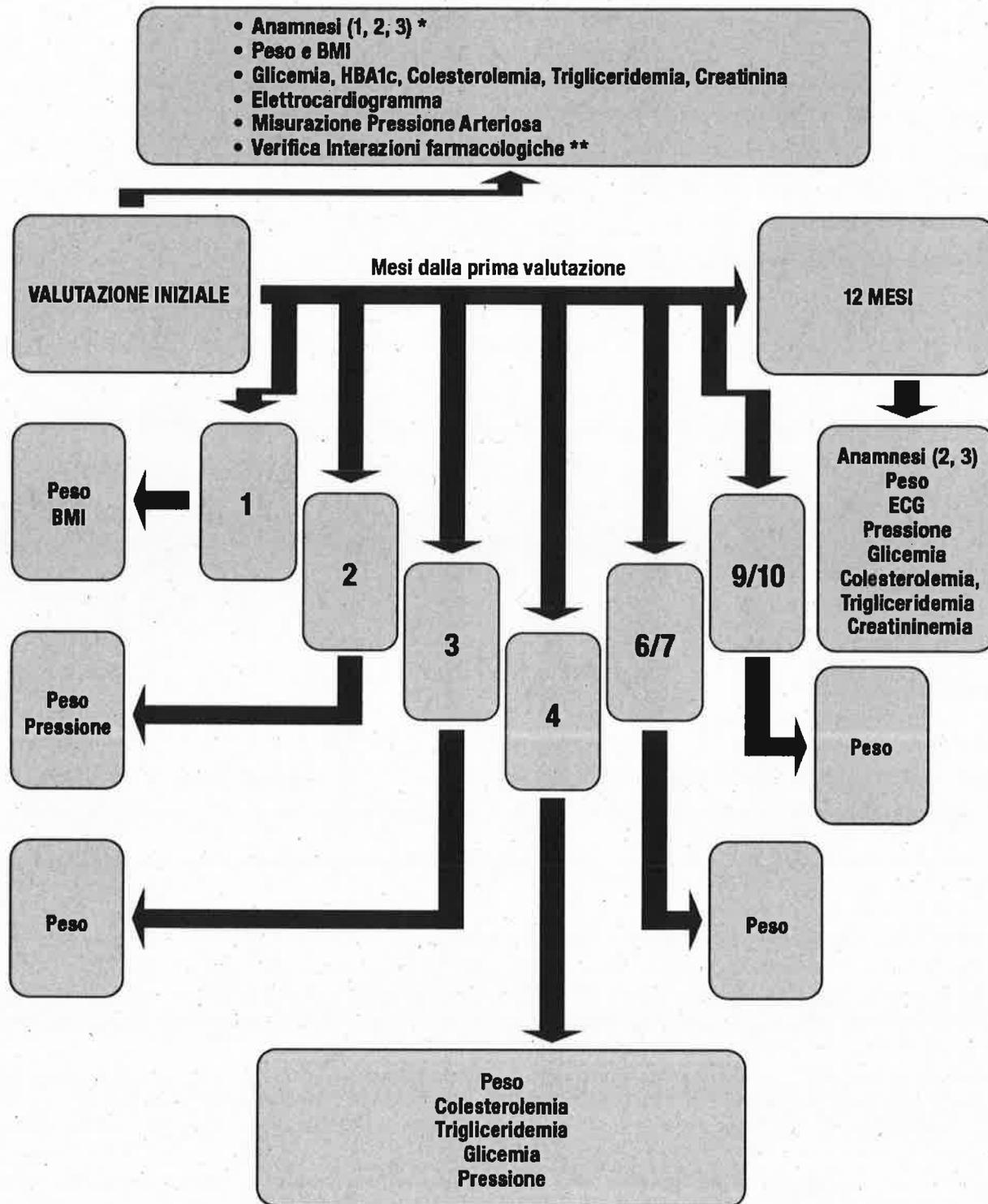


**Sindrome metabolica e Rischio Cardiovascolare nei pazienti con SMD:  
algoritmo degli interventi consigliati (Fig. 1):**





**Sindrome metabolica e Rischio Cardiovascolare:  
monitoraggi consigliati (Fig. 2):**



\* Anamnesi Familiare e patologia remota (1)  
 \* Anamnesi Alimentare (2)  
 \* Anamnesi farmacologica (3)  
 \*\* Da rivalutare in occasione di ogni modifica della terapia



## 2. Stili di vita

Per stile di vita in ambito medico si intende un insieme di comportamenti identificabili, determinati dall'integrazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali<sup>36</sup>. Tali comportamenti, singolarmente o nel loro insieme, possono avere un impatto, positivo o negativo, sulla salute degli individui e sulla probabilità di causare o prevenire specifiche patologie e disabilità, risultando in una modificazione delle aspettative e della qualità della vita.

Le persone con SMD più frequentemente della popolazione generale hanno comportamenti poco sani e questo è ritenuto uno dei fattori responsabili della minore aspettativa di vita in questo gruppo di persone<sup>37</sup>.

Tra i comportamenti dannosi in grado di impattare negativamente sullo stato di salute e sulla qualità e durata della vita ci sono l'abitudine alla sedentarietà, una dieta non equilibrata ed il tabagismo.

Diversi studi hanno dimostrato la possibilità di modificare lo stile di vita delle persone con gravi disturbi mentali.<sup>38,39,40,41,42</sup>

### *Attività fisica*

La ridotta attività fisica viene considerata una delle principali cause di invalidità, responsabile del 9% delle morti premature nella popolazione generale<sup>43</sup>. Nell'ultimo decennio sono aumentate le conoscenze sugli effetti che il livello di attività fisica ha anche per le persone con disturbi psichici<sup>44</sup>.

36 World Health Organization 1998. Health Promotion Glossary

37 Thornicroft G. *Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality*. Br J Psychiatry. 2011;199(6):441-2.

38 Jeroen Deenik, Diederik E. Tenback, Erwin C.P.M. Tak, Femke Rutters, Ingrid J.M. Hendriksen, Peter N. van Harten. *Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I*. Schizophrenia Research. 2019;204:360-7.

39 Scott B. Teasdale, Philip B. Ward, Simon Rosenbaum, Katherine Samaras and Brendon Stubbs. *Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness*. Br J Psychiatry. 2017;210:110-118

40 Bartels SJ, Pratt SI, Aschbrenner KA, et al. *Pragmatic replication trial of health promotion coaching for obesity in serious mental illness and maintenance of outcomes*. Am J Psychiatry. 2015;172(4):344-52.

41 Daumit GL, Dickerson FB, Wang N-Y, et al. *A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness*. N Engl J Med. 2013;368:1594-602.

42 Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, et al. *Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis*. Early Interv Psychiatry. 2016;10(3):267-76.

43 Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. *Effect of physical inactivity on major non-communicable disease worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. Lancet. 2012;380(9838):219-29.

44 Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, et al. *Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Clinical Psychiatry. 2014;75:964-974.



Se è ormai acclarato che la sedentarietà aumenta il rischio di malattie cardiovascolari<sup>45</sup>, ci sono prove sempre più consistenti che l'attività fisica oltre a migliorare la forma fisica impatta positivamente sui sintomi psichici di persone con SMD<sup>46</sup>.

Una revisione sistematica della letteratura<sup>47</sup> suggerisce la possibilità che l'esercizio fisico e lo yoga possano avere un impatto positivo anche sui sintomi negativi e su quelli cognitivi nella schizofrenia.

Sembra esserci una relazione diretta tra durata ed intensità dell'esercizio fisico ed i benefici ottenibili. La maggior parte degli esperti indica che sono necessari almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa alla settimana, distribuiti su 5 giorni<sup>48</sup>. È tuttavia evidente alla maggior parte degli operatori della salute mentale che il raggiungimento di obiettivi così ambiziosi appare difficilmente ottenibile con persone affette da SMD se non attraverso interventi all'inizio minimali, con un graduale lento incremento dell'attività fisica. Nonostante ciò rimangono importanti barriere rispetto al coinvolgimento in attività fisica di persone con SMD<sup>49</sup>: comorbidità cardiovascolare, inadeguate conoscenze rispetto ai fattori di rischio per malattia cardiovascolare, scarso senso di autoefficacia e mancanza di motivazione, altri aspetti sfavorevoli nello stile di vita quali il tabagismo. L'aggiunta di un supporto motivazionale strutturato agli interventi di incremento dell'attività fisica per pazienti con grave patologia psichiatrica risulta aumentare la percentuale di successo nell'ottenimento degli obiettivi<sup>50</sup>.

È auspicabile una collaborazione tra Servizi di Salute Mentale e i Servizi di attività motoria-Medicina dello Sport per attività di consulenza ed iniziative congiunte, mirate alla popolazione psichiatrica.

La Regione del Veneto ha istituito, dal 2015 le "Palestre della Salute" (L.R. 8/2015 art 21; DGR n° 280/2018), strutture che, oltre ad ospitare le normali attività di palestra, presentano appositi requisiti che le rendono idonee ad accogliere cittadini con patologie croniche non trasmissibili stabilizzate (cardiopatici, broncopneumopatici, diabetici, nefropatici...) nello svolgimento di programmi di esercizio fisico prescritti dal medico.

45 Vancampfort D, Probst M, Knapen J, et al. (2012) *Associations between sedentary behaviour and metabolic parameters in patients with schizophrenia*. Psychiatry Research 200: 73-78.

46 Heggelund J, Kleppe K.D, Morken G, et al. (2014) *High aerobic intensity training and psychological states in patients with depression or schizophrenia*. Frontiers in Psychiatry 5: 148.

47 Dauwan, M., Begemann, M.J.H., Heringa, S.M., Sommer, I.E., 2016. *Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. Schizophr. Bull. 42 (3), 588-599

48 Vancapfort D, Stubbs B, Ward P B, Teasdale S, Rosenbaum S. *Integrating physical activity as medicine in the care of people with severe mental illness*. Aust N Z J Psychiatry. 2015 Aug;49(8):681-2.

49 Vancampfort D, Knapen J, Probst M, Scheewe T, Remans S, De Hert M. *A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 352-62.

50 Methapatara W, Srisurapanont M. *Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: a 12-week, randomized, controlled trial*. Psychiatry Clin Neurosci. 2011 Jun;65(4):374-80



### *Alimentazione*

Persone con SMD hanno maggiori probabilità, rispetto alla popolazione generale, di avere cattive abitudini alimentari con prevalente consumo di cibi ad elevato contenuto calorico, altamente processati, con maggior contenuto di sale, ricchi di grassi saturi e poveri di grassi insaturi, con prevalenza di carboidrati ad alto indice glicemico. L'alimentazione di persone con SMD è frequentemente povera di frutta ed ortaggi<sup>51</sup>. Inoltre sono stati osservati comportamenti alimentari inadeguati quali alimentazione selettiva, alimentazione notturna o unico pasto giornaliero.<sup>52,53,54</sup> Questi comportamenti sono in parte legati alla patologia psichiatrica di base e presenti dall'esordio, in parte favoriti ed amplificati dagli interventi farmacologici, in particolare quando questi comprendano alcuni antipsicotici di seconda generazione (vedi capitolo su sindrome metabolica, diabete e rischio cardiovascolare). Le non corrette abitudini alimentari, assieme alla sedentarietà e ad altri fattori verosimilmente legati alle patologie psichiatriche rendono conto dell'incidenza doppia di obesità tra le persone con grave disturbo mentale rispetto alla popolazione generale.

La letteratura scientifica concorda sull'efficacia degli interventi sullo stile alimentare delle persone con SMD<sup>55,56</sup> quali la psicoeducazione di gruppo o individuale, la consulenza dietologica, il supporto nell'acquisto degli alimenti, ecc.. La maggior parte degli studi riguarda interventi mirati alla modificazione delle abitudini alimentari in combinazione con interventi volti ad aumentare l'esercizio fisico, ed altri aspetti dello stile di vita in pazienti con disturbo psichiatrico ed aumento del peso e non permettono di determinare con precisione l'entità dell'effetto dovuta al singolo intervento. Segnalano la maggior efficacia degli interventi precoci attuati su pazienti che assumono antipsicotici di seconda generazione. In molti studi il vantaggio sul controllo del peso ed il miglioramento nello stile alimentare si perdono dopo mesi dal termine dell'intervento strutturato.

- 
- 51 Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 197-207.
- 52 Treuer T, Hoffmann VP, Chen AK, Irimia V, Ocampo M, Wang G, et al. Factors associated with weight gain during olanzapine treatment in patients with schizophrenia or bipolar disorder: results from a six-month prospective, multinational, observational study. *World J Biol Psychiatry* 2009; 10: 729-40.
- 53 Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, et al. *Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic induced weight gain in first episode psychosis*. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):267-76.
- 54 Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, et al. *Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic induced weight gain in first episode psychosis*. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):267-76.
- 55 Scott B, Teasdale, Philip B. Ward, Simon Rosenbaum, Katherine Samaras and Brendon Stubbs. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210:110-118.
- 56 Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, et al. *Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic induced weight gain in first episode psychosis*. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):267-76.



## Tabagismo

Tra i fattori di rischio modificabili che contribuiscono all'eccesso di mortalità delle persone con patologia psichiatrica il tabagismo è uno di quelli più importanti.

Studi condotti sulla popolazione statunitense evidenziano come la prevalenza di fumatori tra le persone con patologia psichiatrica è il doppio che nella popolazione generale<sup>57</sup> senza che tale percentuale segua il trend di graduale riduzione in atto nel mondo occidentale<sup>58</sup>. Inoltre le persone con disturbo mentale tendono a fumare un numero maggiore di sigarette al giorno e ad aspirare il fumo più profondamente e per questo i tassi di morbilità e mortalità attribuiti al fumo di sigaretta sono per loro considerati più alti che per la popolazione generale<sup>59</sup>. Si ritiene che all'aumentato rischio di sviluppare una addiction per il fumo di sigaretta da parte di persone con problemi mentali contribuisca un effetto della nicotina su aspetti affettivi che tende quindi a contrastare sintomi negativi della patologia psichiatrica. Inoltre il fumo di sigaretta accelera l'eliminazione di diversi farmaci, potenzialmente riducendone le concentrazioni ematiche e quindi sia l'efficacia che l'intensità dei possibili effetti collaterali.

La letteratura scientifica che indaga interventi sulla cessazione dell'abitudine tabagica nella popolazione psichiatrica dimostra l'efficacia di approcci farmacologici e comportamentali, dato sovrapponibile a quanto rilevato per la popolazione generale.

Tra gli interventi farmacologici sono considerati efficaci il bupropione, la vareniclina e la terapia sostitutiva con nicotina; tra quelli non farmacologici gli interventi comportamentali<sup>60</sup>.

57 Gfroerer J, Dube SR, King BA, Garrett BE, Babb S, McAfee T. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Vital signs: current cigarette smoking among adults aged  $\geq 18$  years with mental illness—United States, 2009–2011*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013;62(5):81–87.

58 Cook B, Wayne G, Kafali E, Liu Z, Shu C, Flores M. *Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation*. JAMA 2014;311(2):172–82.

59 Lawn S, Champion J. *Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2013;10(9):4224–44.

60 Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. *Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis*. BMC Psychiatry 2017;17:252



**Raccomandazione 1:**

I DSM dovrebbero implementare programmi volti a contrastare l'abitudine alla sedentarietà nelle persone con patologia psichiatrica e a favorire l'acquisizione di uno stile di vita caratterizzato da un livello di attività fisica adeguato.

Tali programmi devono comprendere interventi psicoeducativi, motivazionali ed attività fisica e/o sportiva a diverso livello di intensità, integrati con altri interventi di modificazione dello stile di vita.

**Raccomandazione 2:**

I DSM dovrebbero favorire l'accesso dei pazienti con SMD alle iniziative di promozione dell'attività fisica nella comunità (associazioni di promozione dell'attività sportiva, palestre della salute...), anche in collaborazione con i Servizi di attività motoria-Medicina dello Sport.

**Raccomandazione 3:**

Interventi psicoeducativi sui corretti comportamenti alimentari dovrebbero essere considerati parte integrante di un approccio di cura alla persona con grave disturbo psichiatrico. Tali interventi dovrebbero essere previsti all'interno di piani di collaborazione fra Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione e Sanità Pubblica e Cure Primarie.

**Raccomandazione 4:**

Si consiglia l'individuazione di percorsi trasversali, attraverso la condivisione di protocolli che coinvolgano i Servizi di Salute Mentale ed i Servizi di Medicina Nutrizionale per favorire l'accesso a valutazioni ed interventi specialistici ai pazienti con grave patologia psichiatrica ed alterazioni legate ad inadeguati comportamenti alimentari.

**Raccomandazione 5:**

Ai pazienti con abitudine tabagica devono essere proposti interventi farmacologici e di supporto comportamentale volti a ridurre o cessare il consumo di tabacco, anche in collaborazione con i Servizi per le Dipendenze o i Servizi di Pneumologia.



### 3. BPCO e altri problemi respiratori

#### Dimensione del problema

La broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia cronica delle vie aeree, caratterizzata da tosse, espettorato e, negli stadi avanzati, da dispnea ingravescente.

Dal punto di vista funzionale, le alterazioni bronchiali, bronchiolari e parenchimali, che si realizzano in seguito a esposizione delle vie aeree a sostanze nocive, soprattutto fumo di sigaretta, determinano manifestazioni di ostruzione non reversibile o solo parzialmente reversibile al test di broncodilatazione in corso di esame spirometrico.

I dati di Health Search<sup>61</sup> mostrano una prevalenza della BPCO stabile intorno al 3% in Italia; di questi individui circa il 50% avrebbe una malattia agli stadi iniziali.

La prevalenza della BPCO risulta maggiore nel sesso maschile (3,53% vs 2,4 femmine) e cresce con l'avanzare dell'età, con una prevalenza massima del 17,9% nei pazienti di sesso maschile di età > 85 anni.

I pazienti con SMD hanno una prevalenza di BPCO 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.<sup>62,63</sup>

#### *Cause e diagnosi*

La diagnosi di BPCO viene posta quando la spirometria con test di broncodilatazione mostra un'ostruzione non reversibile o solo parzialmente reversibile delle vie respiratorie. Nell'ambito della medicina generale la diagnosi è ancora spesso fatta su base clinica e la spirometria risulta prescritta nel 64,42% dei pazienti affetti da BPCO (Fig. 1).

- La diagnosi di BPCO va presa in considerazione in ogni paziente con:
- dispnea ingravescente nel tempo, esacerbata dallo sforzo, persistente;
- tosse cronica;
- presenza cronica di escreato;
- ricorrenti infezioni del tratto respiratorio inferiore;

61 *X Report di Health Search*, istituto di ricerca della SIMG: Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, edizione 2017

62 Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. *Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses*. Am J Psychiatry 2014; 171 :453-62

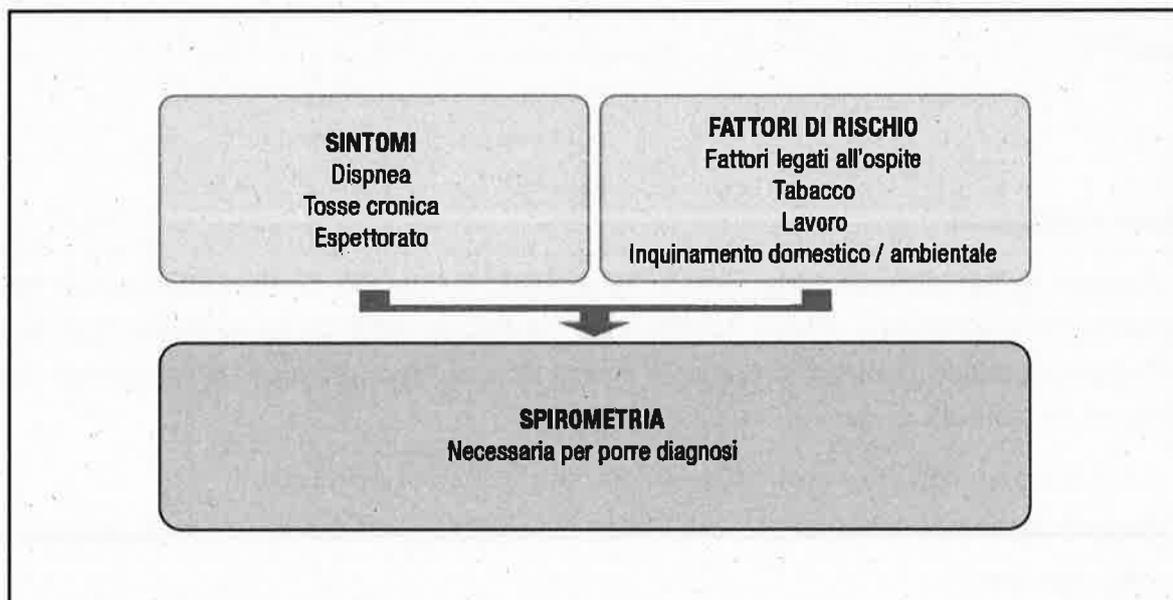
63 Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, et al. *Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first episode psychosis*. Early Interv Psychiatry. 2016;10(3):267-76.



- esposizione a fattori di rischio: fumo di tabacco, fumo di cucina o di riscaldamento, esposizione a polveri, gas, vapori e altri inquinanti;

Nel paziente con sospetto di BPCO deve essere raccolta un'anamnesi dettagliata, indagando su:

- esposizione a fattori di rischio (fumo, lavorativi, ambientali);
- storia di riacutizzazioni e/o ricoveri ospedalieri per problemi respiratori;
- presenza di comorbidità che possono contribuire alla limitazione delle attività (cardiopatie, osteoporosi);
- patologie muscoloscheletriche, patologie psichiatriche e neoplastiche;
- impatto della malattia sulla qualità di vita del paziente (limitazione dell'attività, perdita di giornate di lavoro, effetto sulla routine familiare, sul benessere quotidiano, sull'attività sessuale, sentirsi depressi o ansiosi);
- livello del supporto familiare;
- possibilità di ridurre l'esposizione a fattori di rischio, ad esempio il fumo.



Estratto da: **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017**



C'è un rischio di sottostima della diagnosi della BPCO, legato alla sottovalutazione da parte dei pazienti dei sintomi iniziali, tosse ed espettorato, ritenuti conseguenza naturale del fumo di sigaretta, e al conseguente mancato rilevamento del problema da parte del Medico di Medicina Generale. La mancata diagnosi nelle fasi precoci ritarda l'iter diagnostico, in special modo l'esecuzione dell'esame spirometrico necessario per la conferma della BPCO, la sua corretta stadiazione, l'inquadramento del paziente e la corretta terapia.

### *Terapia*

Il primo obiettivo terapeutico che ci si dovrebbe porre, in un'ottica preventiva e in caso di iniziali problematiche respiratorie, è la disassuefazione al fumo, quando presente, in quanto fattore di rischio principale nell'evoluzione della patologia.

Le linee guida NICE<sup>64,65,66,67,68</sup> raccomandano gli interventi farmacologici per la cessazione del tabagismo anche per le persone con problemi psichiatrici. A questi andrebbero associati interventi atti ad aumentare la motivazione rispetto alla cessazione dell'abitudine tabagica e a sostenere i necessari cambiamenti comportamentali.

In caso di evoluzione verso un disturbo respiratorio conclamato è importante favorire la presa in carico da parte dello specialista pneumologo. La terapia della BPCO può ridurre i sintomi ed il rischio di riacutizzazioni, migliorando quindi la qualità di vita dei pazienti affetti.

La terapia farmacologica della BPCO prevede di norma la somministrazione di farmaci per via inalatoria e questo rende importante, oltre al tipo di farmaco somministrato, anche le caratteristiche del device inalatorio ed il corretto utilizzo dello stesso. L'impostazione terapeutica andrà adattata quindi alle esigenze del paziente ed alle sue possibilità di aderire alle indicazioni mediche.

64 National Institute of Clinical Excellence, *Stop smoking interventions and services NICE guideline*, Published: 28 March 2018 ([nice.org.uk/guidance/ng92](http://nice.org.uk/guidance/ng92))

65 National Institute of Clinical Excellence, *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Clinical guideline [CG178] Published date: February 2014 Last updated: March 2014

66 National Institute of Clinical Excellence, *Bipolar disorder: assessment and management*, Clinical guideline [CG185] Published date: September 2014 Last updated: April 2018

67 National Institute of Clinical Excellence, *Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management*. Clinical guideline [CG91] Published date: October 2009

68 National Institute of Clinical Excellence, *Smoking: acute, maternity and mental health services*. Public health guideline [PH48] Published date: November 2013



**Raccomandazione 1:**

Si consiglia l'individuazione di percorsi trasversali attraverso la condivisione di protocolli che coinvolgano i Servizi di Pneumologia per la gestione integrata di persone con SMD e patologia respiratoria conclamata per facilitare la tempestiva messa in atto di interventi diagnostici e terapeutici che tengano conto delle specificità di tale popolazione, nonché di mettere in atto strategie atte alla cessazione dell'abitudine tabagica o alla riduzione del danno dove questa non sia possibile attraverso interventi integrati.

**Raccomandazione 2:**

Ai pazienti con abitudine tabagica devono essere proposti interventi farmacologici e di supporto comportamentale volti a ridurre o cessare il consumo di tabacco, anche in collaborazione con i Servizi per le Dipendenze e/o i Servizi di Pneumologia.



## 4. Malattie infettive

### Dimensione del problema

Le persone con SMD hanno un aumentato rischio di contrarre malattie infettive in particolare l'HIV, l'epatite B e C e la TBC.

Una percentuale di persone con disturbo psichiatrico grave che varia, a seconda degli studi condotti negli Stati Uniti, tra il 6,2% e il 29,10%, viene infettata dal virus dell'HIV nel corso della sua vita. In relazione alla popolazione psichiatrica italiana ed europea, la letteratura attuale fornisce scarsissimi dati.

Uno studio italiano, condotto su un campione di pazienti ricoverati<sup>69</sup>, ha individuato una prevalenza di sieropositività all'HIV del 5.8 %. I dati relativi agli Stati Uniti che, in generale riportano una prevalenza più alta rispetto alle altre popolazioni, riflettono probabilmente la distribuzione geografica dell'infezione da HIV e la maggior frequenza di comportamenti a rischio.

Come per la popolazione generale sono stati associati alla presenza d'infezione da HIV nei pazienti con disturbo psichiatrico comportamenti a rischio quali partner sessuali multipli, abuso di sostanze e attività sessuale non protetta. La prevalenza ed il rischio di contrarre l'HIV, HCV e HBV per le persone con SMD si differenzia inoltre per il sesso, con un rischio maggiore per le femmine per quanto riguarda l'HIV e maggiore per i maschi per quanto riguarda l'HCV e l'HBV. Tale differenza è legata verosimilmente ai diversi pattern di comportamenti a rischio nei due sessi. La prevalenza dell'epatite B e C nelle persone con SMD risulta significativamente maggiore attestandosi secondo diversi studi tra il 7,45% e il 47,5% per l'Epatite B e tra il 6,2% e il 29,5% per l'Epatite C.

Per quanto concerne la Tuberculosis (TBC) al 2015 i casi stimati sono circa 1,2 milioni dei quali l'11% del totale sono affetti da HIV<sup>70</sup>. In Italia la TBC ha una bassa incidenza nella popolazione generale (al 2014 circa 4300 casi l'anno), con una prevalenza maggiore in gruppi a rischio (tra cui i detenuti con patologie psichiatriche).

La TBC e i SMD condividono alcuni fattori di rischio tra cui: marginalità e segregazione sociale, vita in promiscuità, positività all'HIV, abuso di sostanze e status di migrante a provenienza da paesi ad elevata endemia. La compresenza di TBC e di una severa patologia psichiatrica influisce negativamente sull'aderenza alle terapie farmacologiche, favorendo maggiori morbilità e

69 Epifani M, Grassi P, Cohen S, Dragoni C, Clerici M, Scarone S. "infezione da hiv prevalenza dei comportamenti a rischio in un campione di pazienti psichiatrici italiani"; Rivista di arti terapie e neuroscienze; 19 ottobre 2017

70 WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global tuberculosis report 2016.



mortalità<sup>71</sup>. L'OMS suggerisce una gestione clinico terapeutica multidisciplinare in questa coorte di pazienti.

**Raccomandazione 1:**

Si consiglia l'individuazione di percorsi trasversali, attraverso la condivisione di protocolli o consulenze strutturate che coinvolgano i Servizi di Malattie Infettive, per garantire l'accesso alle cure specialistiche e la gestione integrata di persone con SMD e infezione da HIV, HCV, HBV e TBC.

**Raccomandazione 2:**

I DSM dovrebbero predisporre interventi atti a favorire l'aderenza di pazienti con SMD ed infezione da HIV, HCV, HBV e TBC alle spesso complesse terapie farmacologiche necessarie per il controllo di tali infezioni.

**Raccomandazione 3:**

Lo psichiatra referente e l'équipe di presa in carico devono prendere in considerazione, quando opportuno, idonei interventi psicoeducativi rispetto ai principali fattori di rischio per malattie infettive e alle modalità di trasmissione ed interventi di prevenzione primaria e secondaria.

<sup>71</sup> Alene, A. D., Abdoulaye, T., Rusike, J., Labarta, R., Creamer, B., Del Río, M., ... Becerra, L. A. (2018). *Identifying crop research priorities based on potential economic and poverty reduction impacts: The case of cassava in Africa, Asia, and Latin America*. PLoS one, 13(8), e0201803.



## 5. Problemi odontoiatrici

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la salute orale come parte integrante, non solo dello stato di salute generale, ma anche della qualità della vita di ciascun individuo<sup>72</sup>.

Il paziente con disturbo psichiatrico tende a trascurare l'igiene personale e quindi anche l'igiene orale. Ne consegue accumulo di placca e quindi netto incremento della carie e della parodontopatia. Il problema può frequentemente essere aggravato dall'azione colinergica di molti farmaci utilizzati nei disturbi psichiatrici con conseguenti effetti collaterali, quali la xerostomia, che limitano la naturale detersione della cavità orale ad opera della saliva. Anche l'abitudine tabagica è associata ad un incremento dei disturbi del cavo orale e di problemi odontoiatrici<sup>73</sup>. Nel tempo, la sottovalutazione del problema odontoiatrico comporta alto rischio di caduta dei denti, con riflesso sulla possibilità di seguire una corretta alimentazione. Le sindromi carenziali che ne conseguono possono avere un forte impatto sul benessere complessivo della persona affetta da SMD.

L'effettuazione di periodiche visite odontoiatriche, possibilmente con ortopantomografia delle arcate dentarie, e la programmazione di regolari sedute di igiene orale professionale, permette una efficace prevenzione, è utile per sensibilizzare il paziente e i suoi accompagnatori e per istruire sulle corrette manovre di igiene orale domiciliare.

La terapia odontoiatrica per il paziente psichiatrico spesso richiede tempi e modi diversi da quelli di routine. La persona con patologia psichiatrica severa viene identificata come "paziente speciale" e se ne occupa l'Odontoiatria Speciale, con lo scopo di garantire, con un approccio appropriato al grado di collaborazione ed alle autonomie del paziente, cure di efficacia e qualità sovrapponibili a quanto ottenibile con il resto della popolazione.

Si distinguono 4 tipologie di pazienti.

1. Paziente speciale collaborante e autonomo
2. Paziente speciale scarsamente collaborante e autonomo
3. Paziente speciale non autonomo collaborante o scarsamente collaborante
4. Pazienti speciali non collaboranti

I pazienti di tipologia 1, 2 e in parte 3 possono essere trattati nella maggior parte delle strutture, mentre quelli di tipologia 4 solo nelle strutture in grado di eseguire interventi in anestesia generale<sup>74</sup>.

72 Oral health surveys: *basic methods* – 5th ed. WHO 2013

73 WHO *monograph on tobacco cessation and oral health integration*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

74 Ministero della Salute, *Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia*, Roma 2017



**Raccomandazione 1:**

Si raccomanda l'individuazione di percorsi trasversali, attraverso la condivisione di protocolli che coinvolgano i Servizi di Odontoiatria per garantire l'accesso alle cure odontoiatriche e la gestione integrata alle persone con SMD.

**Raccomandazione 2:**

Si raccomanda agli operatori della Salute Mentale di considerare, all'interno delle attività psicoeducazionali erogate agli utenti, specifiche sessioni dedicate alla cura e all'igiene orale, comprensive delle informazioni necessarie per accedere in esenzione alle cure conservative, parodontali e protesiche.