



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA PREVENZIONE DELLA
SINDROME METABOLICA NEL PAZIENTE
IN TRATTAMENTO CON ANTIPSICOTICO:
PROCEDURA INFERMIERISTICA**

Relatore:
Dott.ssa MARA MARCHETTI

Tesi di Laurea di:
NOEMI SALVATORI

Correlatore:
Dott.ssa STEFANIA IMPICCI

A.A. 2019 -2020

INDICE

INTRODUZIONE.....pag.1

CAPITOLO PRIMO: ANALISI DEL CONTESTO

ORGANIZZATIVO

1.1 Il dipartimento di salute mentale di Ancona

.....pag.4

1.2 La struttura Residenziale Riabilitativa “Casa Rossa” pag.5

CAPITOLO SECONDO: IL DISTURBO MENTALE E IL

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

2.1 La malattia mentale.....pag.8

2.2 I farmaci antipsicotici..... pag.11

2.3 Effetti collaterali dei farmaci antipsicotici.....pag.14

CAPITOLO TERZO: LA SINDROME METABOLICA

3.1 La Sindrome metabolica.....pag.16

3.2 La prevenzione.....pag.19

CAPITOLO QUARTO: LO STUDIO

4.1 L'obiettivo.....pag.21

4.2 Materiali e metodi.....pag.21

RISULTATI E

DISCUSSIONE.....pag.26

CONCLUSIONI.....pag.28

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

L'elaborazione di questa tesi nasce dall'esperienza effettuata presso la Struttura Residenziale Riabilitativa Casa Rossa ASUR Marche Area Vasta 2 Ancona, durante il periodo di tirocinio infermieristico previsto dal percorso universitario dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona.

All'interno di questa struttura riabilitativa si ha la possibilità di conoscere persone affette da disturbo mentale in fase di Recovery, ovvero in quel momento del loro percorso in cui, superata la fase acuta, la persona lavora per il recupero delle autonomie perdute, supportato da operatori appositamente formati.

L'idea nasce dall'osservazione di come queste stesse persone tendano ad essere "trascurate" in generale ed in particolare dal punto di vista fisico. La disuguaglianza delle persone con schizofrenia, in termini di salute fisica vista come diritto umano, è attualmente un problema globale, in continuo aumento.

Le persone affette da schizofrenia, infatti, hanno un'aspettativa di vita ridotta di 10-20 anni rispetto alla popolazione generale, causata dall'aumentata prevalenza di comorbilità mediche. Il loro quadro clinico risulta essere complicato dalla presenza di una multi-comorbilità. Le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte nella persona con schizofrenia, questo perchè questa tipologia di pazienti ha un'aumentata prevalenza di fattori di rischio modificabili, che hanno un impatto negativo su molti aspetti della salute fisica e aumentano il rischio di comorbilità cardio-metabolica. Più del 75% dei pazienti con schizofrenia, rispetto a circa il 50% della popolazione generale, muore di malattia coronarica. L'aumentato rischio cardiovascolare può essere riconducibile a diverse ragioni, ma in questa popolazione una fonte di rischio è sicuramente rappresentata dalla sindrome metabolica (SM), la cui caratteristica principale è l'obesità addominale.

La maggior prevalenza di SM nei pazienti con schizofrenia è legata a diversi fattori: stile di vita sedentario, iperalimentazione e scelte alimentari scorrette, trattamenti farmacologici, fattori genetici, abuso di alcool, fumo e talvolta sostanze. Dai dati presenti in letteratura si può rilevare come nei pazienti affetti da schizofrenia le modificazioni metaboliche associate al trattamento antipsicotico costituiscano un aspetto di grande rilevanza clinica spesso sottovalutato dai pazienti stessi, dai familiari, ma soprattutto dai sanitari.

Da un punto di vista epidemiologico in America i tassi di SM sono molto elevati (30-

45%), mentre gli studi effettuati in paesi europei hanno riportato tassi più bassi, dal 16,7% al 30%. In Italia, la prevalenza della SM è stimata in 25,3 % secondo i criteri del *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP- III). (*Clinica medica per lo Psichiatra, Maria Salvina Signorelli, Anna Rita Atti, Andrea Aguglia*)

In salute mentale, talvolta si è più concentrati sul disturbo di natura psichica lasciando in secondo piano quello di natura fisica.

Il decreto ministeriale del 14 Settembre 1994 n.739 “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere” ha introdotto le competenze specifiche che spettano alla professione infermieristica. L'articolo 1 del Profilo Professionale dell'Infermiere individua quest'ultimo come l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, la quale è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le sue principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere nel suo agire professionale, oltretutto, deve attenersi al cosiddetto “Codice Deontologico delle professioni infermieristiche”, il cui ultimo aggiornamento è stato approvato nell' Aprile 2019. Tra i molteplici articoli presenti all'interno del nuovo Codice si può notare come all'art. 37 in materia di linee guida e buone pratiche assistenziali si riporta che: “L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento”.

Dall'analisi condotta in un precedente studio nel 2017 da un mio collega, all'interno della Casa Rossa, si è rilevato che l'approccio medico-infermieristico, nei confronti dei pazienti con disturbi psichiatrici, risulta in contrasto con ciò che è invece suggerito dalla letteratura e dalle Linee Guida Internazionali del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del 2014 “In materia di prevenzione e gestione della psicosi e della schizofrenia negli adulti”, le quali suggeriscono, non solo la cura della sfera psichica, bensì anche un monitoraggio cardio-metabolico del paziente.

Tenendo conto delle criticità rilevate dal punto di vista fisico in un paziente psichiatrico si è pensato, quindi, di costruire una procedura infermieristica per definire le azioni che l'infermiere della Struttura Residenziale Riabilitativa Casa Rossa deve mettere in atto di

fronte al paziente per prevenire la sindrome metabolica.

Le procedure infermieristiche sono definite come una sequenza dettagliata e logica di azioni per prestazioni e atti assistenziali che rientrano nelle competenze di ogni infermiere, alcune necessitano di una formazione aggiuntiva utile all'apprendimento teorico-pratico, altre si acquisiscono in ambienti specialistici. Possono essere considerate l'unità di base di un'attività e consentono di rendere uniformi e omogenee operazioni poco discrezionali. La procedura infermieristica è quella parte del protocollo che ci permette di dettagliare le modalità con cui si realizza una determinata azione infermieristica, mentre il protocollo non si limita a questo, ma permette di considerare formalmente 'problemi' e 'soluzioni' questo perché esso deve essere costituito sempre da:

- Situazione clinica del paziente per la quale il protocollo deve o può essere attivato;
- Il problema (o problemi) di pertinenza infermieristica che il protocollo si propone di affrontare e gestire;
- Risultati che si intendono raggiungere.

CAPITOLO PRIMO

ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 Il Dipartimento di salute mentale di Ancona

Il Dipartimento di Salute Mentale, ASUR Marche - Area Vasta 2, Ancona (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale.

E' l'organo che governa, coordina e gestisce la Psichiatria di Comunità garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei Servizi Psichiatrici nell'ambito del territorio di competenza definito dall'ASUR Marche.

Promuove:

- la salute mentale e la qualità della vita nella popolazione di riferimento;
- la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali con l'individuazione precoce delle situazioni di disagio;
- la prevenzione terziaria con la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale, sociale e lavorativo;
- ricerca e indaga il tema della salute mentale.

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna (Centri di Salute Mentale);
- servizi semiresidenziali (Centri Diurni);
- servizi residenziali (residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative);
- servizi ospedalieri (servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie, dalle case di cura private e dalle strutture riabilitative private accreditate.

1.2 La Struttura Residenziale Riabilitativa “Casa Rossa”

Organizzazione: la struttura è accreditata per 15 utenti in regime di residenzialità e massimo 8 in regime di semi-residenzialità, è prevista attività assistenziale sulle 24 ore. Sono presenti 1 medico psichiatra, 1 medico psicologo, 12 infermieri, 4 educatori, 1 Maestro d’opera, 2 ausiliari.

Vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza.

A partire dal mese di febbraio 2019 la Struttura ha aderito ad un programma di riconversione finalizzato all’adozione di una metodologia concentrata sulla necessità di lavorare per progetti d’intervento, specifici e differenziati.

La S.R.R. Casa Rossa di Ancona si colloca nella nuova organizzazione suggerita dall’Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 e successivamente accolta a livello regionale dal D.G.R.M. 1331/14, dove il concetto di residenzialità si declina in una differente modalità di gestire il disagio psichico.

La guida di lavoro ritenuta più valida per gli operatori della SRP1 “Casa Rossa” è rappresentata dal *modello di lavoro integrato in équipe*.

Rappresenta un modello ormai consolidato in ambito psichiatrico, anche grazie all’eziopatogenesi bio-psico-sociale dei disturbi mentali gravi, perché rimanda alla necessità di interventi di cura e assistenza integrati:

- di tipo biologico (farmacologico e terapie somatiche);
- di tipo psicologico (supporti psicoterapici);
- di tipo sociale (interventi di supporto economico-abitativo-lavorativo).

E’ necessario un lavoro in équipe tra le diverse figure professionali perché solo un’*équipe* integrata riesce a svolgere una funzione integrante e terapeutica.

Ad oggi risulta il metodo più efficace da un lato per favorire il raggiungimento degli obiettivi di cura e assistenza e dall’altro per tutelare i professionisti dal rischio di isolamento e burnout, in considerazione della complessità delle situazioni e del carico emotivo che ne deriva.

La gestione del paziente pluri-problematico che accede alla SRP1 “Casa Rossa” precede l’attivazione di trattamenti integrati, che si realizzano grazie all’applicazione e all’integrazione delle diverse funzioni cliniche, assistenziali e riabilitative che le *équipe*

multiprofessionali erogano. L'équipe accoglie il paziente utilizzando tutte le risorse proprie e quelle delle reti formali e informali disponibili, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, attraverso la valorizzazione delle specificità delle diverse discipline e professionalità.

Il modello gestionale "ideale" prevede il superamento dell'organizzazione del lavoro per "struttura", in favore dello sviluppo di un'équipe funzionale, costituita da programmi di cura e di attività specifiche (Cerati et al.2013) con il mandato di accogliere il paziente, sincronizzare l'acquisizione delle informazioni mediante l'utilizzo di specifici strumenti standardizzati, elaborare un progetto di cura e riabilitazione, attuarlo e monitorarlo nel tempo (PTRP).

Il lavoro di équipe si configura così come un modello di presa in carico continuativa, intensiva e a lungo termine presentando meno rischi di fallimento rispetto all'intervento limitato della diade paziente-terapeuta e permette una maggior efficacia degli interventi nei confronti delle persone affette da disturbi mentali, consentendo al tempo stesso una maggiore efficienza della struttura ed una razionalizzazione un contenimento dei costi. L'équipe è composta dalle seguenti figure professionali:

- Medico Psichiatra 4 ore settimanali;
- Psicologo (coordinatore clinico 25 ore settimanali);
- Coordinatore infermieristico ed educativo (36 ore settimanali);
- Infermieri (12 a 36 ore settimanali);
- Educatori Professionali (3 a 36 ore settimanali);
- Maestro d'opera (38 ore settimanali);
- Tecnico della Riabilitazione psichiatrica (38 ore settimanali).

Lo sviluppo dei percorsi clinici richiede di aspetti clinico-organizzativi quali:

- l'organizzazione di una funzione di accoglienza/valutazione della domanda e delle richieste che giungono dai servizi psichiatrici;
- la centralità del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante;
- la centralità della famiglia;
- il coinvolgimento "forte" del MMG, da attuarsi fin dalle prime fasi del contatto del paziente con la struttura;
- definizione e organizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi Individualizzati;
- facilitare le procedure di accesso al ricovero per tutti gli operatori dei DSM;

- definire criteri per una durata massima di degenza coerente con il livello di intensità riabilitativa (18/24 mesi per le strutture riabilitative, 36 mesi rinnovabili per le strutture assistenziali).

CAPITOLO SECONDO

IL DISTURBO MENTALE E IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

2.1 La malattia mentale

Secondo alcuni dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie mentali intese come patologie psichiatriche quali: ansia, depressione o disturbi bipolari e come patologie neurologiche quali: Alzheimer e demenze, colpiscono ogni anno circa il 25% della popolazione europea. I disturbi mentali sono le malattie croniche con il maggior impatto. La sola depressione è responsabile del 13,7% del carico di disabilità, ponendosi come la prima malattia cronica in Europa; a seguire, vi sono: i disturbi collegati all'alcool (6,2%), l'Alzheimer e le altre demenze (3,8%), la schizofrenia (2,3 %) e i disturbi bipolari (2,3%). La malattia mentale, nota anche come “disturbo mentale”, si presenta come una sindrome caratterizzata da disturbi clinicamente significativi della cognizione, della regolazione emotiva e del comportamento individuale, tali da riflettere una disfunzione nei processi psicologici, biologici e/o dello sviluppo che sottendono il funzionamento mentale. Di solito, viene associata ad un grado significativo di sofferenza soggettiva o di disabilità sociale e lavorativa (*Balestrieri, 2014*). Quando si parla di malattia mentale è sicuramente importante far riferimento alla legge n.180 del 13 Maggio 1978, cosiddetta “Legge Basaglia” in materia di “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, la quale riporta alcuni punti cardine per la salute mentale:

- Chiusura dei manicomi (OP) su tutto il territorio nazionale;
- Riorganizzazione dipartimentale, nascita del Dipartimento di Salute Mentale per funzioni curative, preventive e riabilitative;
- I trattamenti sanitari sono volontari, il TSO (trattamento sanitario obbligatorio) viene effettuato solo se:
 - il paziente presenta alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici;
 - gli interventi non sono accettati dall'infermo o non ci sono condizioni e circostanze per tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Le malattie mentali si distinguono in: “psicosi” e “nevrosi”. Queste ultime sono le più frequenti, ma meno gravi, in quanto l’individuo riesce a mantenere un buon contatto con la realtà. Diversamente, le psicosi sono considerate come le forme d’eccezione della malattia mentale, nonché quelle con maggiore sofferenza psichica, in cui una profonda lesione della personalità rende difficile il rapporto con sé stessi e con il mondo esterno, con conseguente impossibilità di percepire il confine tra sé e il mondo fuori da sé.

Il termine “psicosi” venne introdotto nel 1845, da Ernst von Feuchtersleben con il significato di "malattia mentale o follia" ed è ancora oggi utilizzato per indicare determinati sintomi psichiatrici. Non possiede un significato universale poiché fa riferimento a sintomi e non a diagnosi specifiche, inglobando in sé molte patologie indipendenti tra di esse, come: la schizofrenia, il disturbo bipolare, i disturbi schizoaffettivi, la depressione e la demenza.

Le psicosi hanno un'incidenza tra i 15 e i 54 anni, con una media di 1/100 persone e variano per gravità e prognosi, in base alle caratteristiche della malattia e dell'ambiente in cui vive la persona. L'eziologia non è ben nota, ma si pensa possa essere multifattoriale, essendo coinvolti fattori biologici, genetici e socio-ambientali. Peraltro, anche l'uso di droghe e/o alcool, oppure alcune malattie neurologiche e/o traumi cerebrali possono causare un episodio psicotico. La forma prevalente tra i disturbi psicotici è la schizofrenia, considerata come il disturbo più grave e invalidante soprattutto per la disabilità a cui essa conduce, riferibile ad una marcata limitazione nelle relazioni interpersonali e nell'autonomia dello svolgimento di normali attività quotidiane.

Tutti i disturbi psicotici sono caratterizzati da due componenti:

- Sintomi psicotici acuti o positivi
- Sintomi psicotici cognitivi o negativi

I sintomi positivi comprendono alterazioni del comportamento e della senso-percezione, con allucinazioni uditive e visive, deliri, distorsioni della comunicazione ed eccessiva produzione verbale.

I sintomi negativi riguardano per lo più l’affettività, che si presenta appiattita con fissità dell’espressione facciale, riduzione dei movimenti spontanei, povertà delle gestualità espressive, scarso contatto con gli occhi e mancanza di espressività della voce, oltre che

ad un marcato disinteresse nelle relazioni interpersonali, apatia e alogia (*Lia & Serretti, 2014*).

Nel corso degli anni, il perfezionamento degli interventi psicosociali e una vasta gamma di farmaci antipsicotici ha notevolmente migliorato l'evoluzione e il trattamento non farmacologico e farmacologico delle malattie mentali.

Gli interventi psicosociali sono stati utili soprattutto nell'aiutare i pazienti e le rispettive famiglie a:

- gestire la malattia in maniera più efficace;
- ridurre le disfunzioni sociali;
- favorire la reintegrazione delle persone affette da questa malattia, puntando sul recupero e sull'acquisizione di abilità sociali e lavorative.

Nel trattamento di un soggetto affetto da psicosi, si adottano tutte le strategie per costruire un rapporto di collaborazione con il paziente. Ad esempio, lo si inserisce nel suo contesto familiare e sociale e si favoriscono relazioni di fiducia tra la persona ammalata e gli operatori. Tale ultimo rapporto costituisce la condizione di base della cura e il fondamento di un programma di trattamento efficace protratto nel tempo. L'approccio gestionale in équipe per il paziente con patologie psichiatriche risulta essere fondamentale poiché questa tipologia di pazienti non presenta solo problematiche cliniche, ma anche sociali. L'équipe è funzionale sia al paziente sia al professionista sanitario e permette di valutare/discutere il caso, elaborare un progetto terapeutico sinergico e condiviso, definire ruoli e responsabilità ed effettuare un monitoraggio periodico. Altresì, risulta essere fondamentale la relazione terapeutica, ovvero quel processo interpersonale tra operatore e paziente centrato sui problemi della persona e l'impegno dell'operatore deve essere volto a risolvere i suoi problemi utilizzando l'empatia, l'ascolto attivo con atteggiamento partecipativo, sia verbale che non verbale.

Nella fase riabilitativa del soggetto psicotico, un ruolo importante viene assunto dalla figura dell'infermiere *case manager* (ICM). L'ICM è il professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato *target* di utenti. In particolare, si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale tarato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le sue fasi, dall'ammissione all'interno della struttura psichiatrica alla dimissione. Nei

servizi psichiatrici, l'infermiere *case manager* svolge tuttora alcune importanti funzioni di *case management* quali:

- la raccolta dati,
- la progettazione degli interventi,
- il monitoraggio e il coinvolgimento del paziente.

In tal modo, consente una presa in carico che assicura una maggiore protezione del soggetto psichiatrico e della sua famiglia e permette una gestione più attiva di ogni singolo caso. Inoltre, avendo la relazione più significativa con il paziente, il *case manager* riesce a diventarne il punto di riferimento, rimanendone referente per tutto il suo percorso di cura. Difatti, è un operatore che possiede:

- Capacità empatica e relazionale;
- Capacità di interrelazione con altre professionalità, con la famiglia e con altre agenzie;
- Capacità organizzative e senso di responsabilità;

Il *case manager* svolge principalmente la funzione principale di:

- Gestione del caso;
- Coordinamento degli interventi del progetto elaborato dalla micro-équipe.

Nel suo ruolo di accompagnatore, stimola e incoraggia il paziente ad assumersi la responsabilità del proprio reinserimento sociale. Fornisce un ascolto che sa accogliere il disagio emotivo del malato mentale e lo aiuta a capire le ragioni di certi comportamenti (Cassis, 2006).

2.2 I farmaci antipsicotici (AP)

Per quanto concerne l'aspetto farmacologico, dalla metà degli anni '50, sono stati introdotti gli antipsicotici, noti anche come "psicofarmaci". Tali sostanze sono sfruttate nel campo della terapia psichiatrica e hanno l'effetto di attenuare i sintomi più gravi e vistosi della malattia, rendendone più governabili i momenti di crisi, tipici della psicosi. Ne antagonizzano altresì la natura psicopatologica e mantengono un funzionamento della mente più adeguato e coerente con la realtà. Gli psicofarmaci sono in grado di alleviare i sintomi di molti disturbi psichici, attraverso un'azione complessa su specifiche sostanze

chimiche presenti nel nostro Sistema Nervoso Centrale (SNC), chiamate “neurotrasmettitori”.

Tra i più importanti neurotrasmettitori per il funzionamento della trasmissione cellulare a livello del SNC, si annoverano: la Serotonina, la Noradrenalina, la Dopamina, il GABA, i Neuropeptidi, l'Acetilcolina e il Glutammato.

Attraverso queste sostanze chimiche le cellule nervose (neuroni) comunicano tra loro, tramite un processo noto come “neurotrasmissione”.

I neurotrasmettitori interagiscono con recettori specifici, quali: i serotoninergici, i dopaminergici, i noradrenergici e i GABAergici.

Nel momento in cui vengono assunti gli psicofarmaci, questi ultimi vengono immessi in circolo tramite il sangue, agendo, non solo, sui recettori cerebrali, ma anche, sulle cellule di altri organi come cuore, intestino e vasi sanguigni causando i cosiddetti “effetti collaterali” (*Bellantuono, 2014*).

Agendo su questi recettori, gli psicofarmaci riescono a modificare nel lungo termine l'attività dei neurotrasmettitori, potenziandola o riducendola. È importante ricordare che i recettori sono presenti anche su tutte le altre cellule dell'organismo.

Il meccanismo d'azione, attraverso il quale gli psicofarmaci producono gli effetti terapeutici a livello di specifiche zone del cervello, è diverso in base alla classe e al tipo di farmaco considerato. I farmaci antipsicotici si raggruppano in due differenti categorie:

- di “prima generazione” (FGA, tipici, neurolettici)
- di “seconda generazione” (SGA, atipici).

Sia gli AP di prima che di seconda generazione, bloccano i recettori D2 delle quattro vie dopaminergiche: la Mesocorticale, la Mesolimbica, la Tuberoinfundibolare, la Nigrostriatale.

La differenza tra le due tipologie di farmaci antipsicotici consiste principalmente:

- nell'occupazione recettoriale,
- nel dosaggio terapeutico e
- negli effetti collaterali ad essi associati.

Inoltre, i farmaci antipsicotici, in particolare gli antipsicotici di seconda generazione, aumentano il rischio di sindrome metabolica (MetS). (*Lieberman et al., 2005, Nasrallah et al., 2006*). Si associano infatti al loro utilizzo alterazioni metaboliche riconducibili a

diabete di tipo 2 (NIDDM), aumento ponderale e dislipidemia, oltre a casi di iperprolattinemia e prolungamento dell'intervallo QTc all'esame elettrocardiografico.

I farmaci antipsicotici tipici agiscono bloccando i recettori dopaminergici a livello delle aree mesolimbiche e mesocorticali, con benefici sulla sintomatologia positiva della psicosi. D'altra parte, comportano un aggravamento della sintomatologia negativa. Inoltre, determinano la comparsa di "disturbi extrapiramidali (EPS) e sono caratterizzati da: distonie (spasmi muscolari della testa e del collo), acatisia (irrequietezza psicomotoria), discinesia tardiva caratterizzata da movimenti facciali involontari e ripetitivi come smorfie, lingua sporgente e arricciamenti delle labbra, parkinsonismo con rallentamento motorio, tremore, rigidità muscolare, questi dovuti ad un blocco dei recettori in altre aree cerebrali (Divac et al, 2014).

I farmaci antipsicotici Atipici bloccano anche i recettori serotoninergici e della noradrenalina, comportando un'efficacia analoga agli antipsicotici tipici con il vantaggio di minori sintomi extrapiramidali, aiutando così a controllare meglio i sintomi della malattia. Il tratto caratteristico di questi antipsicotici è il minor rischio di indurre effetti collaterali neurologici. Sembrano altresì in grado di migliorare i sintomi negativi e alcuni *deficit* cognitivi legati alla malattia, permettendo al paziente di avere una migliore *compliance* ed una partecipazione più attiva ai programmi terapeutici, riabilitativi e psicoeducazionali.

Tra questi farmaci si annoverano: la Clozapina, il Risperidone, l'Olanzapina, la Quetiapina, l'Aripiprazolo, lo Ziprasidone e il Paliperidone.

In psichiatria, sono diverse le classi farmacologiche utilizzabili per il trattamento di ciascun disturbo mentale e il rischio di modificazione del peso corporeo varia a seconda del farmaco prescritto. I farmaci di pertinenza psichiatrica possono causare come effetto collaterale aumento di peso attraverso diversi meccanismi recettoriali. In primo luogo, il blocco sia dei recettori istaminergici H1 che di quelli serotoninergici 5HT2c è il principale responsabile dell'incremento dell'appetito e conseguentemente del peso corporeo. In secondo luogo, altri meccanismi patogenetici sono stati chiamati in causa, quali ad esempio l'aumento dei livelli di leptina, la diminuzione del metabolismo basale, ritenzione di liquidi e una modificazione delle attività dell'insulina. (Clinica medica per lo Psichiatra, Maria Salvina Signorelli, Anna Rita Atti, Andrea Aguglia)

2.3 Effetti collaterali dei farmaci antipsicotici

Attualmente per il trattamento della patologia schizofrenica abbiamo una vasta scelta di avvio di diversi percorsi di cura. Le evidenze di letteratura suggeriscono che gli antipsicotici di seconda generazione, o atipici, pur non manifestando un profilo di efficacia molto differente dagli antipsicotici di prima generazione, o tipici, presentano un profilo di tollerabilità superiore, in particolar modo per quanto riguarda gli effetti extrapiramidali. E' importante, quindi, tenere sempre presente il tema della tollerabilità, ma anche della non risposta o risposta parziale ai trattamenti con antipsicotici. Nella scelta della terapia antipsicotica e del suo management bisogna utilizzare un approccio olistico per ottenere un buon outcome.

L'efficacia degli antipsicotici viene definita in funzione della risposta clinica che questi determinano in fase acuta, della capacità di indurre remissione e, nel lungo periodo, della capacità di determinare una recovery (Carbon and Correl, 2014).

Quando si parla di effetti collaterali correlati all'utilizzo di farmaci antipsicotici, si prendono in considerazione generalmente, fin da subito, gli antipsicotici di seconda generazione, i quali sono in grado di provocare disturbi nell'asse metabolico che includono aumento di peso e/o evidenza di sindrome metabolica. Risulta comunque che alcune molecole presentano un rischio ridotto (aripiprazolo, lurasidone e ziprasidone), mentre altri presentano un sostanziale aumento di rischio (clozapina e olanzapina). Prendendo in considerazione, ad esempio, lo studio EUFEST condotto su 498 pazienti con schizofrenia al primo episodio, a 52 settimane la media di modificazione di peso tra tutti gli antipsicotici rispetto a ziprasidone era di + 2,24 Kg, mentre nel caso dell'olanzapina la modificazione media era oltre i 10 Kg. (Fleischhacker et al., 2013 e Zhang et al., 2004).

I soggetti schizofrenici trattati con antipsicotici vanno incontro anche ad un ulteriore aspetto del rischio cardiometabolico, ovvero l'emergere del rischio di sviluppare diabete. L'aumentato rischio di sviluppare tale condizione patologica è in parte conseguenza dell'aumento di peso che a sua volta produce un aumento dell'insulino-resistenza. Nella genesi della condizione diabetica, oltretutto, sono presenti anche altri fattori tra cui effetto acuto e diretto di disregolazione glicidica indipendente dall'adiposità, soprattutto per

olanzapina e clozapina (Teff *et al.*, 2013), per questo è importante monitorare i livelli plasmatici di glucosio anche in assenza di modificazioni del peso corporeo.

Tra i molteplici effetti collaterali degli AP abbiamo anche un potenziale prolungamento dell'intervallo QT, alterazione che può insorgere già nelle prime 2 settimane di trattamento. Tale rischio è maggiore con i farmaci di prima generazione (FGA) rispetto ai farmaci di seconda generazione (SGA).

CAPITOLO TERZO

LA SINDROME METABOLICA

3.1 La sindrome metabolica

Nel 1998, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto una prima definizione di Sindrome Metabolica, alla quale ne sono seguite altre che differiscono per: il tipo, il numero di variabili considerate e i livelli di *cut-off* presi in considerazione.

La definizione più conosciuta e applicata nella pratica clinica è quella della *National Cholesterol Education Program: Adult Treatment Panel III* (NCEP: ATP III) del 2001, la quale contempla la presenza di tre variabili tra le seguenti: l'obesità addominale, l'ipertensione, l'ipetrigliceridemia, il basso colesterolo HDL e la glicemia >110 mg/dl (includendo anche il diabete).

Successivamente anche l'*International Diabetes Federation* (IDF) è intervenuta con una propria definizione, che si caratterizza per aver posto l'obesità viscerale come elemento essenziale a cui si debbono aggiungere altri due criteri IDF tra quelli sopracitati.

Nel 2005, l'*American Heart Association* (AHA), in accordo con l'*International Diabetes Federation*, (Fig.: 1) ha così aggiornato in maniera definitiva i criteri NCEP: ATP III per la Sindrome Metabolica, prevedendo la sussistenza di 3 o più dei seguenti elementi:

- Circonferenza addominale (circonferenza vita: uomini >102 cm, donne >88 cm);
- Trigliceridi (≥ 150 mg/dl);
- Colesterolo HDL (uomini <40 mg/dl, donne <50 mg/dl);
- Ipertensione arteriosa (≥ 130 mmHg di sistolica e >85 mmHg di diastolica), oppure trattamento farmacologico in atto;
- Glicemia (a digiuno ≥ 100 mg/dl) o terapia farmacologica specifica.

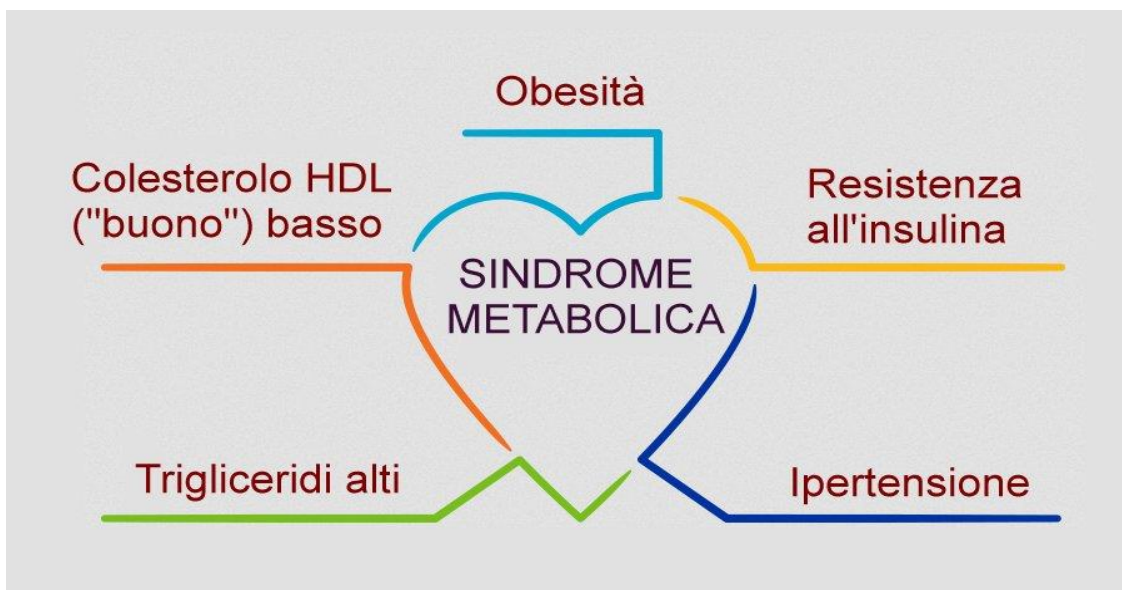


Figura 1: criteri diagnostici della sindrome metabolica

La Sindrome Metabolica è una patologia caratterizzata da una vasta gamma di disordini clinici e metabolici ed è responsabile dell'alto tasso di mortalità che affligge tra il 20% e il 60% dei pazienti in trattamento con antipsicotici di seconda generazione. Infatti, i soggetti affetti da disturbi mentali muoiono dai 12 ai 15 anni prima rispetto alla popolazione media (*Naeem, 2014*), con un tasso di mortalità che risulta essere addirittura il triplo più alto, rispetto alla popolazione generale (*Laurson, 2014*).

Le anomalie metaboliche sono pertanto diventate una questione di crescente preoccupazione nei pazienti con grave malattia mentale (*Osborn et al., 2006*). Molti studi sono concordi nell'affermare che i pazienti affetti da disturbi psicotici sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di MetS. Utilizzando come base i criteri della NCEP, è stato infatti stimato che ne sarebbe colpito il 35-40% dei pazienti, con una più elevata prevalenza nel sesso femminile rispetto quello maschile (51% vs. 36%). Sono ancora da chiarire tutte le cause coinvolte in questa stretta correlazione tra Sindrome Metabolica e patologie psichiatriche, ma è ormai scientificamente provata l'associazione che lega tale sindrome con le malattie mentali; basti pensare che l'assunzione degli psicofarmaci determina una riduzione dell'attività fisica.

Gli antipsicotici possono direttamente o indirettamente presentare un effetto di tipo metabolico, sia aumentando direttamente l'appetito e l'introduzione di cibo che inducendo uno stile di vita più sedentario per la sedazione indotta o per gli EPS.

La polifarmacoterapia risulta anch'essa correlata ad un aumento di rischio di sindrome metabolica. Una metanalisi condotta nel 2015 ha dimostrato che sia i FGA che i SGA sono correlati ad un aumento di rischio della sindrome metabolica nelle “gravi malattie mentali” (SMI). E' stato rilevato, nella stessa ricerca, che il “danno metabolico” indotto dai vari antipsicotici cambia ampiamente con un rischio basso/moderato per Aripirazolo, Lurasidone, Ziprasidone e Aloperidolo e un rischio più elevato per Clorpromazina, Clozapina, Olanzapina e Quetiapina. Tutti gli altri antipsicotici sono considerati a rischio medio/intermedio.

Nuovo standard qualitativo su psicosi e schizofrenia: Valutazione della salute fisica

Ci sono dichiarazioni per garantire che gli adulti con psicosi o schizofrenia abbiano valutazioni complete specifiche sulla salute fisica e siano offerti programmi combinati di alimentazione sana e attività fisica, nonché aiutino a smettere di fumare. Gli adulti con psicosi o schizofrenia hanno maggiori probabilità di essere fumatori, obesi e con diabete di tipo 2. Questi fattori contribuiscono ad un'aspettativa di vita negli adulti con psicosi o schizofrenia inferiore di 15-20 anni rispetto alla popolazione generale.

Una valutazione regolare della salute fisica degli adulti con psicosi o schizofrenia e l'offerta di interventi basati sullo stile di vita, sono importanti per aiutare ad affrontare questa disuguaglianza. Attualmente, solo il 5-15% delle persone con schizofrenia sono lavoratori e quindi NICE raccomanda che agli adulti con psicosi o schizofrenia che desiderano trovare o tornare al lavoro siano offerti degli specifici programmi di reinserimento lavorativo, questo perchè la disoccupazione può avere un effetto negativo sulla salute mentale e fisica degli adulti con psicosi o schizofrenia.

Lo standard di qualità include anche dichiarazioni che si concentrano sulla fornitura di terapia di intervento ai familiari di adulti con psicosi o schizofrenia e sull'offerta di programmi di istruzione e supporto per migliorare l'assistenza verso il paziente. Il professor Gillian Leng, vicedirettore generale del NICE, ha dichiarato: "La psicosi e la diagnosi di schizofrenia sono gravi malattie mentali che causano sintomi debilitanti e

possono influenzare tutti gli aspetti della vita di una persona. Molto spesso, queste stesse persone soffrono anche di ulteriori problemi di salute, come malattie cardiache e diabete, che possono influenzare significativamente la sopravvivenza della persona stessa. Vi sono poi altri sintomi come la mancanza di stimoli o l'astinenza sociale, che possono influire sulla capacità della persona di contribuire e di reinserirsi all'interno della società". "Stiamo assistendo a miglioramenti nei servizi di salute mentale, ma c'è ancora un po' di strada da fare prima di poter essere sicuri che tutte le persone con psicosi e schizofrenia stiano ricevendo cure di alta qualità. Vi sono alcuni settori, come l'offerta di controlli sanitari, l'accesso a terapie psicologiche e il sostegno all'occupazione, in cui sappiamo che occorre ancora fare di più per migliorare l'assistenza. "Con questo nuovo standard di qualità vogliamo evidenziare ciò di cui i servizi sanitari e di assistenza sociale devono dare priorità per assicurarci che tutte le persone con psicosi e schizofrenia abbiano le cure di cui hanno bisogno e meritano."(<https://www.nice.org.uk/news/article/new-quality-standard-on-psychosis-and-schizophrenia>)

3.2 La prevenzione

Per prevenire la sindrome metabolica e cercare di mantenere un buono stato di salute è necessario mettere in atto misure di prevenzione volte a ridurre o ad eliminare l'insorgenza di patologie. In generale nel paziente con disturbi mentali gravi vi è il bisogno di mettere in atto misure di prevenzione primarie, secondarie e terziarie per ridurre le principali comorbilità mediche.

PREVENZIONE PRIMARIA: promuovere stili di vita salutari (no fumo e sostanze, alimentazione sana e attività fisica regolare). Nelle persone psichiatriche è importante mettere in atto queste strategie sin dall'inizio della malattia, adattandole alle specifiche esigenze della persona.

PREVENZIONE SECONDARIA: screening e trattamenti preventivi anche in giovane età.

PREVENZIONE TERZIARIA: migliorare il trattamento psicofarmacologico e trattare le comorbilità, ma queste risultano essere poco utilizzate nel paziente con disturbo psichiatrico.

Al fine di tutelare la salute fisica del paziente con schizofrenia in terapia con antipsicotici risulta necessario un puntuale monitoraggio di alcuni parametri, sia anamnestici, sia ematochimici e strumentali.

Nell'anamnesi familiare andrebbe indagata l'eventuale presenza nei congiunti di alcune patologie mediche come diabete mellito, obesità, ipertensione arteriosa, dislipidemie, come ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia, cardiopatie e patologie tiroidee. Nell'anamnesi individuale andrebbe posto l'accento sulla presenza di macrosomia fetale, di precedenti episodi di iperglicemia o di franco diabete mellito, di dislipidemie, di ipertensione arteriosa, di sovrappeso o obesità, di cardiopatie, di disfunzioni sessuali e, se di genere femminile, di eventuali alterazioni del ciclo mestruale. L'anamnesi individuale, inoltre, dovrebbe essere completata con alcune informazioni sullo stile di vita, se sedentario o meno, sulle abitudini nutrizionali come preferenze nella scelta di alcuni cibi, quantità e distribuzione durante la giornata, fumo, abuso di alcolici o di bevande zuccherine.

Al momento del primo incontro con il paziente e successivamente durante la terapia andrebbero monitorati periodicamente alcuni parametri morfologici come peso, altezza, BMI e misurazione della circonferenza addominale e alcuni parametri ematochimici e strumentali (ecografia).

CAPITOLO QUARTO

LO STUDIO

4.1 Obiettivo

Realizzare uno strumento operativo (procedura infermieristica) da utilizzare nella pratica clinica per prevenire e monitorare la sindrome metabolica nei pazienti sottoposti a trattamento con farmaco antipsicotico, da rendere disponibile per il personale infermieristico afferente alla struttura di riferimento.

4.2 Materiali e Metodi

Disegno di studio:

E' stato condotto uno studio osservazionale descrittivo.

Popolazione di riferimento:

Lo studio è rivolto a pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici, per disturbo mentale, ed è in fase di Recovery.

Campione:

Tutti i pazienti afferenti alla struttura residenziale riabilitativa "Casa Rossa" di Ancona

Criteri di inclusione:

Pazienti con queste caratteristiche, ricoverati in regime residenziale, presso la struttura di riferimento.

Setting:

Struttura residenziale riabilitativa "Casa Rossa", afferente al Dipartimento Salute Mentale, ASUR Marche, AV2 - Ancona

Fasi dello studio:

La prima fase dell'attuale studio è rappresentata da una revisione della letteratura, su motori di ricerca, utilizzando le parole chiave "Metabolic syndrome", "Antipsychotic", "Prevention", "Schizophrenia".

Sono state individuate le più importanti Linee Guida internazionali sull'argomento.

Le stesse sono state inserite in una tabella, ordinata per le varie caratteristiche studiate per diagnosticare la sindrome metabolica (obesità, pressione arteriosa, glicemia, etc.), e confrontate fra loro. (Tabella 1).

Si è passati alla successiva fase dello studio, che è rappresentata dalla stesura dello strumento operativo.

Passo successivo sarà quello di far approvare la procedura dai responsabili della struttura, presentare la stessa agli infermieri e implementarla.

L'attuale studio, rappresenta il proseguo di una precedente indagine effettuata nel 2017, per un'altra tesi di laurea in Infermieristica, all'interno della Struttura Residenziale Riabilitativa "Casa Rossa".

Per lo studio erano state analizzate, in maniera retrospettiva, le cartelle infermieristiche relative a pazienti all'interno della struttura riabilitativa in trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione, ed è proprio tramite questo che sono emerse delle criticità importanti, riconducibili a parametri fondamentali per la prevenzione della sindrome metabolica nel paziente con malattia mentale.

Dallo studio preso in considerazione si può notare come nella struttura "Casa Rossa" alcuni parametri, che risultano essere fondamentali per la misura e la valutazione della sindrome metabolica, siano nella maggior parte dei pazienti non conformi con quanto viene riportato nelle Linee Guida.

Le criticità che sono emerse dallo studio preso in considerazione sono riconducibili a:

1. BMI (Indice di Massa Corporea), calcolato con formula $P(Kg)/h(m)$
2. Circonferenza addominale
3. ECG
4. Dosaggio della prolattina
5. Glicemia
6. Elettroliti, trigliceridi, colesterolo totale e l'HDL
7. TSH e FT4

Sono tutti parametri che andrebbero assolutamente valutati e misurati poiché l'obesità addominale, ad esempio, svolge un'azione fondamentale nello sviluppo della Sindrome Metabolica nella schizofrenia (Riordan et al, 2011), ma non solo, anche l'esame elettrocardiografico dovrebbe essere sempre effettuato poiché viene riportato che un prolungamento dell'intervallo Qtc causato dai farmaci antipsicotici, causa un aumento del rischio di morte improvvisa nei pazienti psichiatrici che assumono tali farmaci (Zareba et al, 2003).

Per la creazione della procedura infermieristica, è fondamentale prendere in considerazione le linee guida internazionali che ci vengono proposte per il trattamento delle alterazioni metaboliche nel paziente.

LINEE GUIDA	ITEMS			
	Obesità	Dislipidemia	Pressione arteriosa	Glicemia
IDF 2009	/	Determinazione assetto lipidico completo al momento della diagnosi di diabete e rivalutazione a scadenza annuale nei soggetti senza dislipidemia. Per i soggetti con dislipidemia accertata la determinazione dell'assetto lipidico è consigliata ad ogni visita di controllo.	/	Screening per diabete, glicemia a digiuno, controllo della HbA1c ogni 2-6 mesi. Se il dosaggio dell'HbA1c non è possibile, si effettua controllo della glicemia a digiuno mediante striscia capillare.
NCEP-ATP-III	Misurazione circonferenza vita e indice di massa corporea (IMC). Almeno 3 ore di esercizio fisico alla settimana.	Misurazione trigliceridi (Tg), LDL, VLDL e HDL. Se non si raggiungono valori standard di LDL con esercizio fisico, dieta e calo ponderale si inizia l'assunzione di statine. Se i valori HDL rimangono elevati, nonostante valori adeguati di LDL, si utilizzano statine a dosi elevate oppure terapia di associazione (statina + niacina o fibrati).	Misurazione pressione arteriosa sistolica e diastolica. Modificazioni dello stile di vita, se i valori pressori rimangono comunque elevati ottimizzazione con terapia antipertensiva.	Misurazione glicemia a digiuno e curva da carico orale di Glucosio (OGTT) con determinazione dell'insulinemia. Ripetuti prelievi. Modificazioni dello stile di vita con calo ponderale.

<p>JCEM 2019</p>	<p>Per stabilire il rischio metabolico si consiglia di misurare la circonferenza della vita come parte di routine dell'esame clinico insieme alla misurazione di routine del peso e il calcolo dell'indice di massa corporea (IMC). La terapia di prima linea per individui a rischio metabolico è la modifica dello stile di vita, incoraggiando le persone a partecipare a programmi completi guidati da professionisti sanitari qualificati, i quali supportano l'adozione di stili di vita sani, inclusi la dieta e l'attività fisica per poter arrivare a perdita di peso moderata, ma sostenuta.</p>	<p>/</p>	<p>Si raccomanda di misurare la pressione sanguigna annualmente e, se elevata, ad ogni visita successiva. Si ricorda di misurare la pressione dopo 5 minuti di riposo per poter avere dei risultati veritieri.</p>	<p>Determinata da HbA1c, glucosio a digiuno o glucosio a 2 ore con un secondo test per la conferma con un nuovo campione di sangue. Test per marcatori biologici aggiuntivi (es. proteina C reattiva ad alta sensibilità) associata al rischio metabolico non effettuato a tutti, ma solo a casi specifici. A coloro che è stato diagnosticato il prediabete in precedenza tramite glucosio plasmatico a digiuno, glucosio plasmatico di 2 ore dopo un test di tolleranza al glucosio orale di 75 g. o HbA1c, si suggerisce di eseguire test almeno una volta all'anno per la presenza di diabete mellito di tipo 2 manifesto.</p>
-------------------------	--	----------	--	--

Tabella 1: Linee guida internazionali

RISULTATI E DISCUSSIONE

Le linee guida internazionali, riportate in precedenza all'interno della tabella, sono risultate fondamentali per l'elaborazione dello strumento operativo, perchè è proprio tramite esse che si è potuto arrivare alla procedura infermieristica vera e propria.

Dalla tabella n. 1 possiamo notare che, secondo le linee guida del 2009 della Federazione Nazionale del Diabete (IDF), è importante tenere sotto controllo soprattutto l'assetto lipidico e la glicemia tra i parametri metabolici di un paziente.

Per diminuire il rischio di dislipidemia nei soggetti non affetti da questa anomalia, è fondamentale determinare l'assetto lipidico al momento della diagnosi di diabete e rivalutarlo ogni anno, mentre per la misurazione della glicemia è buona norma, secondo l'IDF, effettuare il dosaggio dell'HbA1c ogni 2-6 mesi, glicemia a digiuno tramite striscia capillare o screening per il diabete.

L'altra linea guida presa in considerazione è quella del NCEP-ATP III, la quale riporta raccomandazioni per tutti gli items specifici della sindrome metabolica. Secondo queste norme al paziente dovrebbero essere misurati costantemente circonferenza della vita, IMC, pressione arteriosa sistolica e diastolica, trigliceridi, LDL, VLDL E HDL, glicemia a digiuno e in alcuni casi anche OGTT. Oltre a questo, secondo le NCEP- ATP III, il tutto dovrebbe essere contornato da costante attività fisica e uno stile di vita sano.

Come ultima linea guida della ricerca, vi è infine quella del Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (JCEM) del 2019, le cui norme non hanno tenuto conto della parte lipidica del paziente, incentrandosi fondamentalmente sull'IMC, glicemia e PA. Secondo quanto riportato da queste linee guida, per stabilire il rischio metabolico in un paziente, è consigliato misurare di routine la circonferenza della vita, il peso e calcolare l'IMC, mentre la PA dovrebbe essere misurata ogni anno. Anche secondo il JCEM la glicemia va determinata da HbA1c, glucosio a digiuno o glucosio a 2 ore; nei pazienti con prediabete, quindi maggiormente a rischio metabolico, i test glicemici dovrebbero essere effettuati almeno una volta all'anno.

Possiamo notare, quindi, che le linee guida trovate per prevenire il rischio di sindrome metabolica si rifanno tutte ad una misurazione dei diversi items, quali obesità, PA, glicemia e dislipidemia per tenere sotto controllo la specifica situazione del paziente preso in considerazione. Oltretutto secondo le raccomandazioni di JCEM e NCEP-ATP-III, il

paziente deve essere incitato a programmi specifici per migliorare le abitudini di vita quotidiana, quali alimentazione e attività fisica.

Tramite le linee guida si è dimostrato che per la prevenzione della sindrome metabolica è essenziale monitorare i parametri metabolici della persona rispettando uno specifico schema, il quale dovrebbe essere seguito in maniera costante dagli operatori sanitari.

A tale proposito, si è deciso di strutturare una procedura infermieristica per la prevenzione della sindrome metabolica, da poter utilizzare nei confronti di pazienti molto predisposti a questa patologia, ovvero coloro che sono in trattamento con farmaci antipsicotici.

CONCLUSIONI

La procedura infermieristica che è stata elaborata, sulla base di linee guida internazionali, ha la funzione di implementare uno strumento che sia univoco e adottato da tutti gli infermieri che lavorano all'interno della Struttura Residenziale Riabilitativa "Casa Rossa" al fine di poter migliorare l'assistenza infermieristica nei confronti dei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici e poter prevenire una tra le malattie più diffuse tra questa tipologia di pazienti: la sindrome metabolica.

Quanto è stato progettato, è basato su dati presenti in letteratura, riportati precedentemente, i quali hanno rilevato forti carenze nella valutazione e monitoraggio dei principali parametri metabolici del paziente psichiatrico, con la conseguente esposizione degli stessi ad alterazioni cardiometaboliche, anche molto gravi in alcuni casi.

Alla luce di quanto detto, vi è il bisogno di utilizzare la presente procedura infermieristica all'interno della struttura "Casa Rossa" per poter creare un'assistenza nei confronti dei pazienti che sia incentrata non solo alla loro sfera medica, ma anche alla loro sfera fisica per rilevare quali siano i parametri metabolici da migliorare per ogni singolo paziente.

Oltre al monitoraggio degli specifici items, al paziente con rischio di sindrome metabolica, dovrebbero essere proposti dei programmi completi per supportare l'adozione di stili di vita sani, inclusa la dieta e l'attività fisica quotidiana, come la camminata veloce e la riduzione del tempo sedentario, per arrivare ad una perdita di peso moderata, ma sostenuta.

Quanto si è creato dovrebbe essere valutato e approvato dalla Coordinatrice della SRR Casa Rossa per far sì che questo strumento operativo venga utilizzato in maniera definitiva all'interno della struttura, per prevenire la sindrome metabolica nei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici.

Infine, successivamente a questo, si dovrà effettuare un ulteriore studio per verificare che la seguente procedura infermieristica, implementata all'interno della struttura, dia dei risultati che siano benefici nei confronti di tutti i pazienti residenti.

BIBLIOGRAFIA

Balestrieri, C. Bellantuono, D. Berardi, M. di Giannantonio, M. Bellantuono, Bernardo Nardi, Giuliana Mircoli, Giovanni Santone

British Journal of Psychiatry 118, 271–277. DOI:[10.1192/bjp.bp.104.008060](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.008060)
Carbon, M. and Correll, C. (2014) *Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia*. Dialogues Clin Neurosci 16: 505–524.

Clinica medica per lo Psichiatra - Maria Salvina Signorelli, Anna Rita Atti, Andrea Aguglia

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie AlmaDL - Alma Fleischhacker, W., Siu, C., Bodén, R., Pappadopulos, E., Karayal, O., Kahn, R. et al. (2013) Metabolic risk factors in first episode schizophrenia: baseline prevalence and course analysed from the European First Episode Schizophrenia Trial. Int J Neuropsychopharmacol 16: 987–995.

Ida Cassis (2006), L'infermiere case manager in psichiatria

James L Rosenzweig, George L Bakris, Lars F Berglund, Marie-France Hivert, Edward S Horton, Rita R Kalyani, M Hassan Murad, Bruno L Vergès, Primary Prevention of ASCVD and T2DM in Patients at Metabolic Risk: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 9, September 2019, Pages 3939–3985, <https://doi.org/10.1210/jc.2019-01338>

La sindrome metabolica ALBERICO L. CATAPANO Dipartimento di Scienze Farmacologiche Università degli Studi di Milano LUCA CATAPANO Dipartimento di Medicina Interna Università degli Studi di Ferrara.

Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-448. DOI: [10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657)

Le linee guida della International Diabetes Federation (IDF) per il trattamento del diabete mellito di tipo 2 Marco Orsini Federici, Massimo Massi Benedetti Dipartimento di Medicina Interna, Università di Perugia. (2009)

Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., et al. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in clients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine 353, 1209–1223. DOI: 10.1056/NEJMoa051688

Loredana Lia Alessandro Serretti (2014), Psichiatria per Professioni Sanitarie Manuale di psichiatria seconda edizione - il pensiero scientifico editore di M. Manuale essenziale di psichiatria - il pensiero scientifico editore di Cesario Mater Studiorum Università di Bologna

Monitoring Protocol for Patients on Second-Generation Antipsychotics dell'*American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of*

Clinical Endocrinologists; Associazione nordamericana per lo studio dell'obesità. Conferenza sullo sviluppo del consenso sui farmaci antipsicotici e sull'obesità e il diabete. Cura del diabete. 27(2)2004:599.

Muench, J., & Hamer, A. M. (2010). Adverse effects of antipsychotic medications. *American family physician, 81(5)*, 617–622.

Naeem, F., Farooq, S., & Kingdon, D. (2014). Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. (.John Wiley & Sons, Ltd. DOI:10.1002/14651858.CD010646.pub2

Nasrallah H.A., Meyer J.M., Goff D.C., et al. (2006) Low rates of treatment for hypertension, dyslipidaemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophrenia Research 86, 15–22. DOI:10.1016/j.schres.2006.06.026

Nevena Divac, Milica Prostran, Igor Jakovcevski, Natasa Cerovac (2014) *Second-Generation Antipsychotics and Extrapyramidal Adverse Effects* doi:10.1155/2014/656370

Osborn D.P., Nazareth I. & King M.B. (2006) Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness, cross sectional comparative study in primary care. *British Journal of Psychiatry 118*, 271-277. DOI:10.1192/bjp.bp.104.008060

Pantusa, M. F., Paparo, S., & Salerno, A. (2010). *Sindrome metabolica, disturbi dello spettro schizofrenico e trattamenti. Risultati di uno studio naturalistico. Quaderni Italiani Di Psichiatria, 29(3)*, 110–115. doi:10.1016/j.quip.2010.07.002

Percudani M., Cerati G., *L'innovazione e il miglioramento della qualità dei trattamenti nei servizi di salute mentale. In: Vita A (ed): La riabilitazione cognitiva delle psicosi: principi, metodi e valutazione di efficacia*, Springer, Milano, 2013

Psychiatric Quarterly. 2003;74(3):291-306.

Rigatelli, A. Siracusano, R.A. Zoccali

Riordan H.J., Antonini P. & Murphy M.F. (2011) Atypical antipsychotics and metabolic syndrome in patients with schizophrenia: risk factors, monitoring, and healthcare implications. *American Health & Drug Benefits 4*, 292–301.

Tabella AIFA redatta il 29/09/2017

Taylor D, Paton C, Kerwin R. *Il Maudsley prescrive le linee guida*. 9a ed. Londra, Routledge; 2007

Teff K., Rickels, M., Grudziak, J., Fuller, C., Nguyen, H., Rickels, K. (2013) *Antipsychotic- induced insulin resistance and postprandial hormonal dysregulation independent of weight gain or psychiatric disas. Diabetes 62: 3232–3240.*

Yogaratnam, J., Biswas, N., Vadivel, R., & Jacob, R. (2013). Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications--an updated review. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 23(1), 21–28.


Zareba W, Lin DA. (2003) Antipsychotic drugs and QT interval prolongation.

SITOGRAFIA

- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf consultato il 12/03/2021
- <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/procedure-infermieristiche> consultato il 12/03/2021
- <https://www.docsity.com/it/procedure-protocolli-e-linee-guida-definizioni/2247691/> consultato il 12/03/2021
- https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2018/01/PsichiatriaOggiXXX2_Cerveri_AntipsicoticeTollerabilita.pdf *Journal of Psychopathology (jpsychopathol.it)* consultato il 15/03/2021
- http://www.sisalombardia.it/sisa_novitaletteratura_200703/pta2_la_sindrome_metabolica.pdf consultato il 15/03/2021
- [Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 \(fnopi.it\)](#) consultato il 17/03/2021
- <https://www.nice.org.uk/news/article/new-quality-standard-on-psychosis-and-schizophrenia> consultato il 25/02/2021

ALLEGATI


Allegato: Procedura prevenzione sindrome metabolica

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA INFERMIERISTICA</p> <p style="text-align: center;">Prevenzione della sindrome metabolica nel paziente in trattamento antipsicotico.</p> <p style="text-align: center;">(Requisito accreditamento n. 20)</p>	<p>Mod01_PS02RESG</p> <p style="text-align: center;">Pag 1/4</p>
---	--	--

1. PREMESSA

La sindrome metabolica è un gruppo di fattori di rischio che comprendono obesità (centrale e addominale), dislipidemia, intolleranza al glucosio, resistenza all'insulina (o iperinsulinemia) e ipertensione ed è altamente predittiva del diabete mellito di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari. L'aspettativa di vita delle persone con schizofrenia è ridotta del 20%, con il 60% dell'eccesso di mortalità dovuto a malattia fisica. La schizofrenia stessa può essere un fattore di rischio per la sindrome metabolica oltre a molti altri fattori nei pazienti con schizofrenia, e c'è anche una crescente preoccupazione che i farmaci antipsicotici, in particolare gli antipsicotici di seconda generazione (SGA), abbiano conseguenze metaboliche che contribuiscono al rischio. La relazione precisa tra farmaci antipsicotici e sindrome metabolica rimane incerta, ma è chiaro che le persone con schizofrenia trattate con farmaci antipsicotici sviluppano caratteristiche individuali della sindrome metabolica e della sindrome stessa, ad un tasso superiore rispetto alla popolazione generale.


In base a quanto detto in precedenza, è necessario che il paziente in trattamento con farmaci antipsicotici effettui uno screening attivo della salute fisica di routine, questo

	<p>PROCEDURA</p> <p>INFERMIERISTICA</p> <p>Prevenzione della sindrome metabolica nel paziente in trattamento antipsicotico.</p> <p>(Requisito accreditamento n. 20)</p>	<p>Mod01_PS02RESG</p> <p>Pag 2/4</p>
---	--	--------------------------------------

perchè la cura della sfera fisica nel paziente psichiatrico è importante dato il rischio di anomalie metaboliche associate non solo ai farmaci antipsicotici, ma anche alla schizofrenia in generale.

Le persone con schizofrenia hanno in media uno stile di vita sedentario che comporta mancanza di attività fisica regolare, scarsa assunzione di cibo, abuso di sostanze e alti tassi di fumo, che aumentano il loro rischio di sviluppo della sindrome metabolica oltre al rischio di farmaci antipsicotici. Inoltre, studi precedenti hanno mostrato un aumento del rischio per le persone con schizofrenia di sviluppare anomalie metaboliche in assenza di farmaci antipsicotici e ci sono indicazioni di un aumento del rischio di diabete nei parenti di primo grado di pazienti con schizofrenia. Uno studio ha dimostrato che le persone con disturbo schizoaffettivo sono più vulnerabili alla sindrome metabolica rispetto alle persone con schizofrenia per motivi inspiegabili. I parametri su cui deve essere posta, quindi, particolare attenzione per la prevenzione di questa patologia tenendo conto di diverse linee guida internazionali, sono principalmente:

- Storia medica e familiare, incluse le malattie cardiovascolari;
- Peso (Indice Di Massa Corporea);
- Circonferenza della vita;
- Pressione sanguigna;
- Livello di Glucosio nel sangue a digiuno;
- Profilo lipidico a digiuno.

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA INFERMIERISTICA</p> <p style="text-align: center;">Prevenzione della sindrome metabolica nel paziente in trattamento antipsicotico.</p> <p style="text-align: center;">(Requisito accreditamento n. 20)</p>	<p>Mod01_PS02RESG</p> <p style="text-align: center;">Pag 3/4</p>
---	--	--

- Elettroliti sierici
- ECG
- Prolattina
- TSH-FT4

Questa procedura nasce, quindi, con lo scopo di creare una tabella che sia utile alla figura infermieristica per monitorare gli items e prevenire la sindrome metabolica di utenti afferenti alla SRR “Casa Rossa” Ancona, utilizzando le linee guida dell'AIFA del 2017.


2. MONITORAGGIO ITEMS SPECIFICI SINDROME METABOLICA

2.1 SCOPO

Prevenire la sindrome metabolica nel paziente in trattamento con farmaci antipsicotici.

2.2 APPLICABILITA'

Il monitoraggio degli items correlati alla sindrome metabolica è effettuato in tutti i pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici residenti presso la Struttura Residenziale Riabilitativa Casa Rossa Asur Marche Area Vasta 2 Ancona.

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA INFERMIERISTICA</p> <p style="text-align: center;">Prevenzione della sindrome metabolica nel paziente in trattamento antipsicotico.</p> <p style="text-align: center;">(Requisito accreditamento n. 20)</p>	<p style="text-align: right;">Mod01_PS02RESG</p> <p style="text-align: center;">Pag 4/4</p>
---	--	---

2.3 RESPONSABILITA'

La responsabilità della redazione del documento è della studentessa del corso di Laurea in Infermieristica (Salvatori Noemi) con il supporto della guida di Tirocinio incaricata (Dott.ssa Impicci Stefania).

La responsabilità dell'applicazione del documento è di ogni Infermiere, la verifica è a cura del Coordinatore Infermieristico.

2.4 INDICATORI

Effettiva riduzione della sindrome metabolica con l'utilizzo della tabella, senza ricorrere all'intervento terapeutico/farmacologico.

2.5 ALLEGATI E MODULI UTILIZZABILI

Vedi pagine seguenti

- Allegato 1: Tabella profilo paziente
- Allegato 2: Tabella monitoraggio items specifici sindrome metabolica

ALLEGATO 1

STRUTTURA DI APPARTENENZA e IDENTIFICATIVO PAZIENTE				
GENERE <input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	ETA' COMPIUTA _____	TITOLO DI STUDIO _____	PRIMO ACCESSO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO IN CARICO AI SERVIZI DAL _____	PRESENZA DI CAREGIVER <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ (SPECIFICARE)

PSICHIATRA E CSM DI RIFERIMENTO
 DR. _____

DIAGNOSI (ICD 9)

TERAPIA IN ATTO

M.M.G. DI RIFERIMENTO
 Dr. _____

COMORDIBITA' INTERNISTICA PER:

TERAPIA IN ATTO

FAMILIARITA' PER SINDROME METABOLICA

- DIABETE MELLITO
- OBESITA'
- IPERTENSIONE ARTERIOSA
- DISLIPIDEMIA:
 IPERCOLESTEROLEMIA
 IPERTRIGLICERIDEMIA
- CARDIOPATIE
- PATOLOGIE TIROIDEE
- TUMORE specificare:
 (_____)
- ALTRO _____

Data: _____

Firma del compilatore: _____

Tabella 1: profilo paziente

ALLEGATO 2

data	Paziente:												
	Anamnesi:												
	Diagnosi:												
	Terapia:												
PARAMETRO	BASALE	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESE 4	MESE 5	MESE 6	MESE 7	MESE 8	MESE 9	MESE 10	MESE 11	MESE 12
BMI*													
Pressione arteriosa													
Elettroliti sierici*													
ECG*													
PROLATTINA													
GLICEMIA													
CIRCONFERENZA ADDOMINALE													
TRIGLICERIDI													
COLESTEROLO TOTALE													
COLESTEROLO HDL													
TSH FT4													

Tabella 2: **tabella monitoraggio items specifici sindrome metabolica. Le caselle arancioni rappresentano ogni quanto il singolo parametro deve essere valutato e misurato.**

RINGRAZIAMENTI

Per la stesura della mia tesi non posso far altro che ringraziare la mia relatrice, Mara Marchetti, la quale è stata una guida fondamentale per l'elaborazione della stessa e allo stesso tempo una persona sempre presente e disponibile ad aiutarmi e a starmi vicino nei momenti più difficili di questo percorso.

Allo stesso modo i miei ringraziamenti vanno alla mia correlatrice, Stefania, la quale è stata la mia guida durante il tirocinio formativo in Casa Rossa e in poco tempo è diventata molto di più per me dal punto di vista personale in quanto mi ha ascoltata, capita e sostenuta in qualsiasi momento. Nonostante i suoi mille impegni e la sua vita frenetica è sempre riuscita ad aiutarmi e a consigliarmi.

Un ringraziamento particolare va ai miei compagni di corso, soprattutto ad Alina, Francesca, Simone, Sebastiano, Francesco e Federica con cui ho condiviso i migliori e i peggiori momenti della mia vita universitaria, ma soprattutto personale, questo perché oltre ad essere dei compagni universitari fantastici sono stati degli amici su cui poter contare in qualsiasi circostanza.

Un ringraziamento va, in particolar modo, alla mia famiglia che mi ha sempre supportata fin dal primo momento senza mai farmi sentire sbagliata, nonostante sapessero della mia costante ansia e preoccupazione per qualsiasi cosa, soprattutto per esami e tirocini formativi. Grazie a loro sono riuscita ad andare avanti nel mio percorso nonostante le mille difficoltà incontrate.

E per ultimi, ma non per importanza, ringrazio i miei amici.

Ringrazio infinitamente, Martina e Sara, le amiche che tutti vorrebbero, quelle che rimangono nonostante tutto e tutti, che mi hanno aiutata sempre nel momento del bisogno fin da quando ero piccola. Sono state costantemente due spalle su cui piangere e su cui sfogarmi in qualsiasi occasione, sono come delle sorelle per me.

Ringrazio il mio migliore amico Davide, che mi ha sempre supportata in ogni mia decisione nonostante i vari ostacoli incontrati in questi 2 anni di amicizia.

Infine, vorrei ringraziare la mia amica Chiara che mi ha sempre confortata e sostenuta durante i miei periodi di difficoltà facendomi svagare e mettendo sempre la giusta parola nei momenti più complessi della mia vita.