

# ADVANCES IN CARDIAC ARRHYTHMIAS

and

# GREAT INNOVATIONS IN CARDIOLOGY

XXVI



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



# Rischio cardiometabolico in Psichiatria



**Direzione**  
Fiorenza  
Sebastiani

**Organizing Committee**  
Bell, Usa  
Germany  
man, Usa

Jean François Leclercq, *France*  
Dipen Shah, *Suisse*

**Turin**  
**October 23-25, 2014**  
Galleria D'Arte Moderna  
Centro Congressi Unione Industriale di Torino

**Organization Committee**  
Monica Andriani, *Italy*  
Matteo Anselmino, *Italy*  
Carlo Budano, *Italy*  
Davide Castagno, *Italy*

**UNDER THE AUSPICES OF**

**Claudia Alonzi**



**Mortalità nei 12 mesi  
successivi alla dimissione  
da un ospedale inglese  
con diagnosi di  
Schizofrenia  
o  
disturbo bipolare  
Periodo 1996-2006**



**Complessivamente i tassi di mortalità risultavano essere doppi rispetto al resto della popolazione**

**2,2 schizofrenia  
1,9 disturbo bipolare**

**MA**

Sotto i 45 anni il tasso è 6.2 volte superiore per la schizofrenia e 3,4 volte superiore per il disturbo bipolare  
Superiore nella popolazione maschile (3,2) rispetto a quella femminile (1.8)  
Nel periodo 1999 -2006 il primato del "mortality gap" più ampio e quello della popolazione 65-84 anni.



Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Regione Piemonte  
ASL TO3, S.C. a D.U. Epidemiologia



# L'eccesso di mortalità nei soggetti ricoverati per patologie psichiatriche: i dati torinesi

*G. Tibaldi, F. Vigna-Taglianti, R. Brambilla, R. Diecidue*

- **Studio di coorte con record-linkage degli archivi socio-sanitari della città di Torino**
- **Criteri di inclusione:**
  - **dimessi tra 1 gennaio 1995 e 31 dicembre 2010 con una diagnosi principale (ICD-9/10):**
    - Schizofrenia
    - Disturbo bipolare
    - Stato paranoide e altre psicosi non organiche
  - **Con età tra 15 e 84 anni**
  - **Residenti in Torino nel giorno della dimissione ospedaliera**

- La coorte è costituita da 8.164 pazienti dimessi da una qualunque struttura sanitaria ospedaliera torinese, regionale o extra-regionale in regime di ricovero ordinario o day-hospital

**Popolazione selezionata**

**(solo i più gravi sono ricoverati)**

# Conclusioni

- L'eccesso di mortalità è molto elevato, nell'anno successivo alla dimissione ospedaliera, sia per le cause naturali sia per le non naturali
- L'eccesso di mortalità è stabile
- Occorre ancora studiare l'eventuale contributo delle scelte di trattamento farmacologico e delle diseguaglianze sociali per definire le opportune attività di contrasto

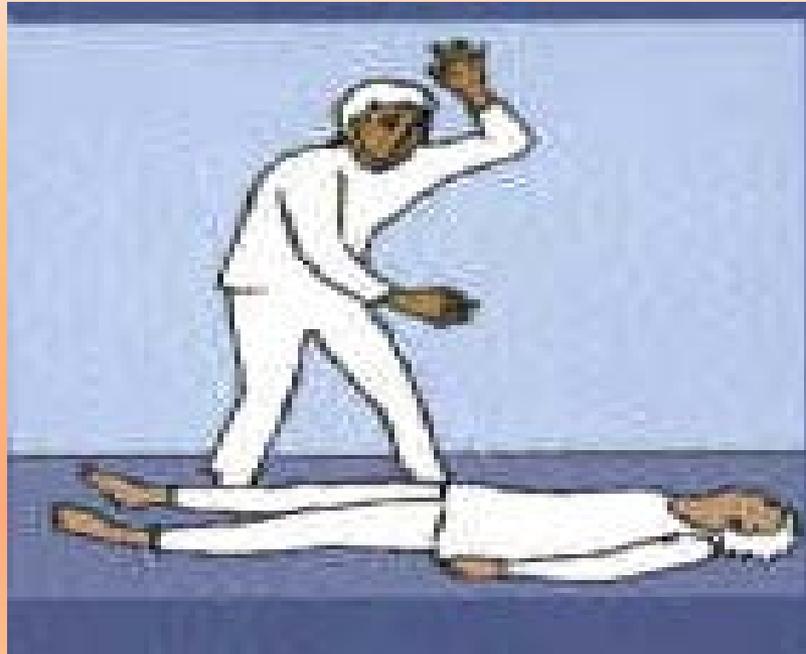


# Mortalità crescente nelle persone con disturbo schizofrenico dopo l'introduzione sul mercato globale degli antipsicotici atipici



Promuovere il monitoraggio attivo dei rischi derivanti dall'uso degli antipsicotici l'eccesso di mortalità prematura nei soggetti trattati con antipsicotici come priorità ineludibile, in termini di sanità pubblica  
di G Tibaldi1 e S Frau2 Dialogo sui farmaci • n. 3/2012

l'utilizzo di farmaci antipsicotici sia di prima (tipici) che di seconda generazione (atipici) aumenta il rischio di complicazioni cardio-metaboliche (principalmente a livello di dislipidemie, aumento di peso e iperglicemia)



Il rischio di morte cardiaca improvvisa (riconducibile ad un allungamento dell'intervallo QT e ad una torsione di punta)

# Prevalenza e rischio relativo (RR) di complicanze cardio-metaboliche<sup>14</sup>

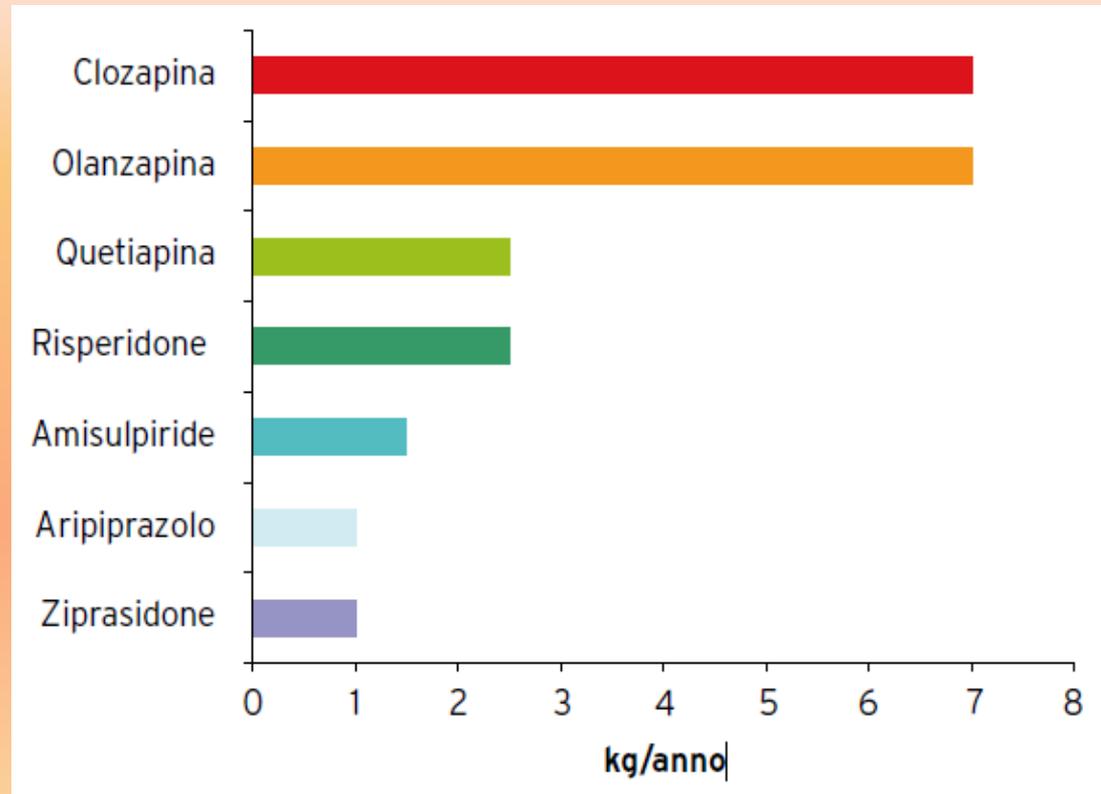
Fattori di rischio CV	Prevalenza in pazienti con schizofrenia	RR vs popolazione generale
<b>Obesità</b>	<b>44-55%</b>	<b>1,5-2</b>
<b>Diabete</b>	<b>10-15%</b>	<b>2</b>
<b>Ipertensione</b>	<b>19-58%</b>	<b>2-3</b>
<b>Dislipidemie</b>	<b>25-69%</b>	<b>≤5</b>
<b>Fumo</b>	<b>50-80%</b>	<b>2-3</b>

# EVENTI AVVERSI

Eventi avversi	Principi attivi
Aumento del peso	Clozapina; Olanzapina
Aumento della glicemia	Clorpromazina; Olanzapina
Diabete	Clorpromazina; Clozapina; Olanzapina; Quetiapina
Dislipidemie	Clozapina; Olanzapina
Ipertensione	Ziprasidone
Agranulocitosi	Clozapina
Aumento prolattina	Amisulpiride; Risperidone
Sindrome extrapiramidale	Aloperidolo

# RISCHI METABOLICI

Aumento di peso dopo un anno di trattamento



# IPERGLICEMIA E DIABETE

La prevalenza di **diabete** nella popolazione con una diagnosi di **schizofrenia** è **superiore** rispetto alla popolazione generale. **2%** nella fascia d'età tra i **15 e i 25 anni**, **20%** tra i **55-65 anni**.

**DISLIPIDEMIE**

**IPERTENSIONE**

**AUMENTO DELLA PROLATTINA**

**AGRANULOCITOSI**

l'attesa di vita di chi ha una diagnosi di disturbo schizofrenico è di 16-25 anni più breve.



scarsi riflessi sulla pratica clinica quotidiana e nelle linee guida e nella farmacovigilanza di trattamento dei disturbi schizofrenici

# CHE FARE?

## Servizi di salute mentale

### Scheda di monitoraggio del paziente in trattamento con antipsicotici

FATTORI DI RISCHIO					
Familiari	Si	No	Non noto	1° grado di parentela	2° grado di parentela
Diabete					
Dislipidemie					
Malattia cardiovascolare					
Schizofrenia					
Disturbi schizoaffettivi					
Psicosi					
Disturbo bipolare					
Individuali	No	Si			
Abitudine al fumo		<input type="checkbox"/> _____ sigarette/die			
Attività fisica		<input type="checkbox"/> _____ minuti/die			
Sedentarietà		<input type="checkbox"/> _____ minuti/die			
Consumo di zuccheri		<input type="checkbox"/> _____ (tipo di alimenti consumati e quantità/die)			

CHE FARE?

# Servizi di salute mentale

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE													
Parametri da registrare		Mesi											
Data: _____		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Analisi ambulatoriali</b>	<b>Valore basale</b>												
Altezza (cm)	1												
Peso (kg)	1-2-3-4	1	1-2-3	1	1-2-3	1	1-4 (C-0)	1	1	1	1	1	1-2-3-4
BMI	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
Circonferenza vita (cm)	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3
Pressione (sistolica/diastolica)	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
<b>Analisi di laboratorio</b>	<b>Valore basale</b>												
Glicemia a digiuno	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
Insulina a digiuno													
Colesterolo totale a digiuno	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
c-LDL a digiuno	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
c-HDL a digiuno	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
Trigliceridi a digiuno	1-2-3-4		2-3		2-3		4 (C-0)						1-2-3-4
AST	1												1
ALT	1												1
GGT	1												1
Amilasi													
TSH	1												1
Prolattina													
Emocromo	1-C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	1-C
ECCG	1-4												1-4
Esame oculare (>40 anni)													1
INTERVENTI ADOTTATI IN CASO DI CONDIZIONI CRITICHE													
Prima del trattamento		Durante/dopo il trattamento											
<input type="checkbox"/> Counselling sui rischi metabolici		<input type="checkbox"/> Counselling sulla dieta				<input type="checkbox"/> Cambiare farmaco							
<input type="checkbox"/> Counselling sulla dieta		<input type="checkbox"/> Fare riferimento ad un dietologo				<input type="checkbox"/> Fare riferimento ad uno specialista (es. diabetologo)							
<input type="checkbox"/> Counselling sull'attività fisica		<input type="checkbox"/> Valutazione di segni e sintomi di diabete				<input type="checkbox"/> Confronto con il MMG							
<input type="checkbox"/> Valutazione rischio/beneficio di un trattamento		<input type="checkbox"/> Counselling sull'attività fisica				<input type="checkbox"/> Altro _____							
<input type="checkbox"/> Counselling sulla cessazione del fumo		<input type="checkbox"/> Fare riferimento a gruppi di attività fisica											

# CHE FARE?

## Servizi di emergenza

- Non sottovalutare il rischio
- Occasione opportuna
- Prendersi cura del corpo



# Grazie per l'attenzione

