

PDTA PER LA COGESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE CRONICHE E PLURIPATOLOGIE

PARTNER: Tutte le UU.OO.CC. del DSM DP, AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA
CAMPUS BIOMEDICO CECCANO, SPECIALISTICA AMBULATORIALE-BRANCA CARDIOLOGIA, MEDICI DI
ASSISTENZA PRIMARIA e SERVIZI DI CONSULENZA OSPEDALIERA

In riferimento ai determinazioni n. 9853, 9874 del 30/12/2015 si specificano i relativi PDTA.

PREMESSA

I pazienti affetti da patologia mentale grave (schizofrenia, disturbi psicotici dello spettro schizofrenico, disturbo bipolare, depressione maggiore) presentano un rischio di mortalità 2-3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (1;2); l'aspettativa di vita è ridotta di 10-20 anni (3). Nel 60% dei casi l'aumento della mortalità è legato alla presenza di patologie cardiovascolari in comorbidità (4). Il trattamento a base di antipsicotici, uno stile di vita scarsamente salutare (5) e la ridotta possibilità di accesso alle cure mediche (6), sono i principali fattori predisponenti. A ciò si deve aggiungere il rischio di sviluppare patologie croniche anche gravi nei soggetti con dipendenza da sostanze.

Numerose meta-analisi hanno documentato che il rischio di sviluppare una sindrome metabolica è maggiore nelle persone affette da patologia mentale grave (7-10). Il concetto di sindrome metabolica è stato introdotto in clinica al fine di identificare meglio i soggetti a maggior rischio cardiovascolare: obesità addominale, ipertensione, bassi livelli di colesterolo HDL, elevati livelli ematici di trigliceridi, iperglicemia (Tab 1)

TAB 1 .LA SINDROME METABOLICA (11)
Almeno tre delle condizioni cliniche soddisfano la presenza di sindrome
1) Obesità addominale Circonferenza vita > 88 cm nella donna Circonferenza vita > 102 cm negli uomini
2) Trigliceridi \geq 150 mg/dl
3) HDL Colesterolo \leq 40 mg /dl nel maschio \leq 50 mg/dl nella donna
4) Ipertensione \geq 130 mmHg/85 mmHg
5) Glicemia a digiuno \geq 110 mg/dl

Vancampfort e coll., in una recentissima revisione della letteratura scientifica (12), riportano una prevalenza di sindrome metabolica del 32,6% nella popolazione di pazienti affetti da patologia mentale grave: un terzo dei pazienti affetti da grave disturbo psichiatrico soddisfa anche i criteri per la sindrome metabolica. Lo stesso lavoro non individua differenze sostanziali nei sottogruppi diagnostici (schizofrenia, psicosi dello spettro schizofrenico, disturbo bipolare, depressione maggiore), né differenze di genere. Il rischio di sviluppare una sindrome metabolica sembrerebbe invece correlato al numero di anni di patologia e alla storia farmacologica: clozapina e olanzapina sono gli antipsicotici associati a maggior rischio; aripiprazolo è l'antipsicotico associato a minor rischio.

Nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (Pansm), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2013, sono raccomandati il "controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici", nella fase acuta, e il "monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici" nei pazienti in trattamento a lungo termine.

Le linee guida disponibili in letteratura risultano, rispetto all'impatto metabolico dei trattamenti antipsicotici, poco specifiche e scarsamente articolate: le linee guida Nice (13) forniscono indicazioni generiche sulla necessità di un'accurata valutazione delle condizioni fisiche in generale, metaboliche e cardiologiche in particolare, all'inizio del trattamento e poi nel corso dello stesso. Più specifiche risultano le

linee guida della *European Psychiatric Association (EPA)* che sono state sostenute dalla *European Association for the Study of Diabetes (EASD)* e dalla *European Society of Cardiology (ESC)*, per questo note come *EPA/EASD/ESC Position Statement (14)* (Tab.2).

Tab.2 EPA/EASD/ESC Position Statement												
	Baseline	Prescrizione	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S12	M6	M9	1anno
Peso	<input type="checkbox"/>											
Altezza	<input type="checkbox"/>											
BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
Circ.Add.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Colest.tot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
HbA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
Fc	<input type="checkbox"/>											
Ausc.torac	<input type="checkbox"/>											
Polso	<input type="checkbox"/>											
ECG	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>											

I pazienti affetti da diabete dovrebbero ripetere la HbA1 ogni tre mesi e dovrebbero controllare almeno una volta l'anno la funzionalità renale e fare un controllo oculistico. L'ECG dovrebbe essere ripetuto ogni qualvolta viene modificato il trattamento.

Le stesse linee guida raccomandano il mantenimento dei parametri al di sotto di certi valori limite per i pazienti non diabetici (i valori limite si abbassano nel caso di pazienti diabetici):

BMI < 25 Kg/m ² Circonferenza addominale < 102 cm (uomini); <88 cm (donne) Pressione arteriosa < 140/90 mmHg Trigliceridi < 190 mg/dl LDL < 115 mg/dl
--

FINALITÀ

La finalità del presente protocollo operativo è quella di migliorare l'appropriatezza dei percorsi di cura, riducendo lo scostamento fra il trattamento reale e il trattamento clinicamente ottimale, com'è definibile sulla base delle più rigorose prove scientifiche. In tal senso, esso si colloca pienamente nella strategia dipartimentale rivolta alla realizzazione del miglioramento continuo della qualità.

Il lavoro svolto è stato indirizzato all'individuazione di un percorso clinico formalizzato, fondato sulla "evidence based medicine": un piano di cura multidisciplinare rivolto ad una specifica categoria di pazienti. Si ritiene di poter perseguire una maggiore appropriatezza degli interventi attraverso un miglioramento del flusso informativo tra servizi che intervengono nell'assistenza dei pazienti con pluripatologie.

Obiettivo specifico.

L'obiettivo specifico della procedura è garantire un miglioramento delle cure e dell'accessibilità alle stesse, attraverso l'individuazione/definizione di percorsi multidisciplinari dedicati all'utenza afferente alle UU.OO.CC. del DSM PD.

TARGET

Il target dell'obiettivo sono i pazienti affetti da patologia mentale grave (disturbi schizofrenici, disturbo bipolare, depressione maggiore, disturbi gravi di personalità) e da concomitanti patologie metaboliche, cardiologiche o da altre patologie croniche. Si tratta di una popolazione di pazienti per i quali sono previsti la presa in carico e l'inserimento in percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) da parte dei DSM.

PARTNER

Per l'attivazione dei percorsi multidisciplinari i partner sono stati scelti sulla base delle specifiche competenze e della continuità territoriale. Incontri preliminari hanno permesso un confronto diretto sulle finalità e sulla specificità dei percorsi terapeutici da attuare.

Sono stati individuati come partner del protocollo i Medici di Assistenza Primaria e gli Specialisti Convenzionati. Tra questi ultimi: il personale operante presso la struttura ambulatoriale di Endocrinologia e Diabetologia del Campus Biomedico che ha sede presso il presidio sanitario di Ceccano; i medici operanti presso gli ambulatori di Cardiologia della Specialistica Ambulatoriale.

I partecipanti hanno formulato e condiviso le procedure d'intervento fino alla stesura del presente protocollo d'intesa.

LIVELLI DI COLLABORAZIONE

Le UOS e le UOSD del DSMPD richiedono visite specialistiche, per i propri utenti, ai servizi di endocrinologia e di cardiologia coinvolti nel protocollo. I servizi di endocrinologia e di cardiologia possono, a loro volta, richiedere consulenze psichiatriche per pazienti il cui stato di morbosità è determinato in massima parte da patologie metaboliche, endocrinologiche o cardiologiche. Il servizio presso cui il paziente è in carico provvede a coinvolgere ed informare il Medico di Base il quale collabora attivamente al percorso multidisciplinare.

I servizi coinvolti stabiliscono due livelli di collaborazione:

Attività di consulenza: è richiesta dal servizio che ha in carico il paziente e prevede una valutazione specialistica diretta della situazione clinica:

- Il servizio inviante redige una richiesta su ricettario del SSN per la visita specialista che intende richiedere*. Ove previsto la prenotazione avviene attraverso canali istituzionali (Recup). La specialistica ambulatoriale di cardiologia prevede l'inserimento in agenda di un numero di prestazioni tipo "Ecg con Qtc", il cui totale di accessi mensili è preventivamente concordato;
- Il servizio inviante fornisce tutte le informazioni cliniche pertinenti e motiva la richiesta compilando l'apposita "Scheda di invio" (Mod.1a), che viene consegnata al paziente in originale e conservata in copia in cartella;
- Il paziente si rivolge al Recup o direttamente al servizio presso il quale è stato inviato e richiede la visita, facendo presente che l'invio avviene all'interno del protocollo d'intesa;
- Il servizio specialistico che effettua la consulenza redige la stessa in forma scritta e la consegna al paziente ("Referto consulenza specialistica", Mod 1b);
- Il servizio presso cui il paziente è in carico ha cura di informare e coinvolgere il Medico di Base.

Presa in carico congiunta: è prevista per gli utenti nei quali la singola consulenza specialistica risulta insufficiente a contenere la situazione clinica. Si tratta dei casi in cui si rende necessaria l'attivazione di un percorso di trattamento complesso che implica il coinvolgimento di operatori di più servizi. In questo caso è redatta la scheda "Progetto congiunto" (Mod.2) dove saranno specificati: il nome del Medico di Medicina Generale cui compete il coordinamento del progetto (*case manager*), i servizi specialistici che partecipano. Alla scheda "Progetto congiunto" sono allegate diaria contenenti gli aggiornamenti condivisi dalle équipe partecipanti al percorso multidisciplinare.

Sono previsti, ove necessario e soprattutto nei casi di presa in carico congiunta, spazi d'incontro o contatti telefonici per un confronto clinico.

* "visita per malattie metaboliche"; "visita cardiologica"; "ECG con QTc"; "visita psichiatrica"

Verifiche

Le UO del DSMPD, che si avvalgono del presente protocollo, aggiornano periodicamente un *database* (Mod.3) dei percorsi multidisciplinari attivati. I dati ricavati saranno utilizzati per il report semestrale della sperimentazione, per necessità di aggiustamenti e standardizzazione del percorso, per audit interni.

Luoghi

Le consulenze e le visite metaboliche si svolgono presso il servizio ambulatoriale di Endocrinologia dell'Università Campus Biomedico (Ceccano, Borgata S.Lucia, tel 07756262819).

Le visite cardiologiche si svolgono presso gli ambulatori di cardiologia della Specialistica Ambulatoriale localizzati in tutti i distretti della ASL di Frosinone.

Le visite psichiatriche si svolgono presso i CSM di competenza territoriale.

I partner firmatari e tutti gli operatori che attuano il protocollo si impegnano a fare uso della modulistica e alla gestione del database secondo le norme che regolano la protezione dei dati sensibili (D.lgs 196/03.)

I Partner firmatari

Campus Biomedico_____

Specialistica Ambulatoriale_____

DSM PD_____

Medici di Assistenza Primaria_____

RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA

PROTOCOLLO DI INTESA PER LA COGESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE CRONICHE E PLURIPATOLOGIE
PARTNER: DSMPD ASL FR, -AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA CAMPUS BIOMEDICO CECCANO,
SPECIALISTICA AMBULATORIALE-BRANCA CARDIOLOGIA, MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(Mod.1a)

SERVIZIO INVIANTE	CONSULENZA RICHIESTA
--------------------------	-----------------------------

DATI DEL PAZIENTE

Nome data di nascita residenza familiari e contatti	Cognome Luogo di nascita professione
---	---

Diagnosi Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
---	----------------------------

Terapia in atto Terapia psichiatrica	Altra terapia
--	----------------------

Motivo della richiesta

Referti allegati:

Equipe curante e case manager

Contatti: Medico di Base

Contatti

data

Timbro e firma

REFERTO DI CONSULENZA SPECIALISTICA

PROTOCOLLO DI INTESA PER LA COGESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE CRONICHE E PLURIPATOLOGIE
PARTNER: DSMPD ASL FR, -AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA CAMPUS BIOMEDICO CECCANO,
SPECIALISTICA AMBULATORIALE-BRANCA CARDIOLOGIA, MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(Mod.1b-allegare a Mod1a)

REFERTO CONSULENZA SPECIALISTICA

Terapia consigliata

APPUNTAMENTO PER CONTROLLI SUCCESSIVI

Contatti:

Data,

Timbro e firma

PROGETTO DI TRATTAMENTO CONGIUNTO

PROTOCOLLO DI INTESA PER LA COGESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE CRONICHE E PLURIPATOLOGIE
PARTNER: DSMPD ASL FR, AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA CAMPUS BIOMEDICO CECCANO,
SPECIALISTICA AMBULATORIALE-BRANCA CARDIOLOGIA, MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

(Mod.2*)

DATI DEL PAZIENTE

Nome

Data di nascita

Residenza

Familiari e contatti

Cognome

Luogo di nascita

Professione

Medico di Base

Contatti

SERVIZI CHE PARTECIPANO AL PROGETTO

1.

Medico referente

Contatti

2.

Medico referente

Contatti

Diagnosi

Diagnosi principale

Diagnosi secondaria

TERAPIA IN ATTO

Terapia psichiatrica

Altra terapia

Descrizione del progetto congiunto (controlli previsti, esami programmati, progetto terapeutico-riabilitativo, etc.)

Data,

Timbro e firma dei referenti del progetto

*allegare diaria progetto

Data

Diaria Progetto

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Bibliografia

1. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I et al. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:242-49.
2. Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P et al. Mortality in schizophrenia and other psychoses: a 10-year follow-up of the ÆSOP first-episode cohort. *Schizophr Bull* 2015;41:664-73.
3. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013;346:f2539.
4. Hoang U, Goldacre MJ, Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:195-201.
5. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
6. Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012;201:435-43.
7. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders – a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013;39:306-18.
8. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A et al. Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophr Bull* 2013;39: 295-305.
9. Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry* 2013;170:265-74.
10. Vancampfort D, Correll CU, Wampers M et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in patients with depression: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Psychol Med* 2014;94:2017-28.
11. Expert Panel on Detection and Evaluation of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
12. D. Vancampfort, B. Stubbs, A. J. Mitchell, M. De Hert, M. Wampers, P. B. Ward, S. Rosenbaum, C. U. Correll: 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* 14:3 - October 2015
13. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Clinical guideline 178, 2014.
14. De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I., and Möller, H. J. (2009a). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Psychiatry* 24, 412–424. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.005