



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**SINDROME METABOLICA NEL PAZIENTE PSICHIATRICO:
RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE NELLA PROMOZIONE
DI STILI DI VITA FINALIZZATI A PREVENIRNE L'INSORGENZA
E LE COMPLICANZE.**

Relatore: Dr. Spanio Daniele

Laureanda: Pigato Alice

(matricola n.: 1226728)

Anno Accademico 2021-2022



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**SINDROME METABOLICA NEL PAZIENTE PSICHIATRICO:
RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE NELLA
PROMOZIONE DI STILI DI VITA FINALIZZATI A
PREVENIRNE L'INSORGENZA E LE COMPLICANZE.**

Relatore: Dr. Spanio Daniele

Laureanda: Pigato Alice

(matricola n.: 1226728)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

INTRODUZIONE – L'ultimo decennio è stato caratterizzato da un aumento significativo dell'incidenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale. Il trattamento farmacologico, pur dimostrandosi efficace nel contrastare l'evoluzione della patologia, comporta un aumentato rischio di sviluppare la sindrome metabolica, soprattutto se concomitante all'adozione di stili di vita dannosi. La complessa gestione del paziente, dal punto di vista psicofisico e sociosanitario, necessita della presa in carico dello stesso da parte di un team multidisciplinare. In questo setting assistenziale, l'infermiere svolge un ruolo di prevenzione della sindrome metabolica, attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione di interventi psicoeducativi strutturati.

SCOPO – Dimostrare l'importanza di sviluppare e applicare interventi mirati al miglioramento dello stile di vita nei soggetti affetti da patologie psichiatriche gravi, sottolineando l'importanza della figura dell'infermiere nel contesto di salute mentale.

METODI – Ricerca, analisi e revisione di letteratura mediante consultazione di banche dati biomediche.

RISULTATI – Le complicanze fisiche associate alle malattie mentali, come malattie cardiovascolari, diabete, obesità e sindrome metabolica, causano una drammatica riduzione dell'aspettativa di vita. Esse sono correlate all'assunzione di una terapia farmacologica volta a controllare i sintomi della malattia psichiatrica e all'adozione di stili di vita poco salutari, come l'inattività fisica e una alimentazione poco equilibrata.

CONCLUSIONE – La promozione e l'implementazione di programmi strutturati ed integrati, mirati al recupero psicopatologico e al mantenimento di stili di vita salutari, si dimostra la strategia più efficace nell'apportare un miglioramento della qualità e della prospettiva di vita nei pazienti psichiatrici affetti da sindrome metabolica, dal momento che permette di occuparsi sia della salute fisica che di quella mentale del paziente.

PAROLE CHIAVE: sindrome metabolica, malattia mentale grave, interventi psicoeducativi, stile di vita, farmacoterapia, infermiere, educazione, salute mentale

ABSTRACT

INTRODUCTION – Last decade has been characterized by a significant increase in the incidence of psychiatric disorders in the general population. Pharmacological treatment, while proving effective in counteracting the evolution of the disease, involves an increased risk of developing metabolic syndrome, especially if it is concomitant with the adoption of harmful lifestyles. The complex management of the patient, from a psychophysical and socio-health point of view, requires the taking charge of the same by a multidisciplinary team. In this care setting, the nurse plays a role in the prevention of metabolic syndrome, through information, education and the promotion of structured psychoeducational interventions.

AIM – Demonstrate the importance of developing and applying interventions aimed at improving the lifestyle in subjects suffering from serious psychiatric disorders, emphasizing the importance of the figure of the nurse in the context of mental health.

METHODS – Research, analysis and review of literature through consultation of biomedical databases.

RESULTS – Physical complications associated with mental illness, such as cardiovascular disease, diabetes, obesity and metabolic syndrome, cause a dramatic reduction in life expectancy. They are related to the intake of medications aimed at controlling the symptoms of psychiatric illness and the adoption of unhealthy lifestyles, such as physical inactivity and an unbalanced diet.

CONCLUSION – The promotion and implementation of structured and integrated programs, aimed at psychopathological recovery and the maintenance of healthy lifestyles, proves to be the most effective strategy in improving the quality and perspective of life in psychiatric patients suffering from metabolic syndrome, since it allows to take care of both the physical and mental health of the patient.

KEY WORDS: metabolic syndrome, severe mental illness, psychoeducational interventions, lifestyle, pharmacotherapy, nursing, education, mental health

INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 3
CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA	Pag. 5
1.1 Problema	Pag. 5
1.2 Scopo	Pag. 5
1.3 Quesito di ricerca	Pag. 5
CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA	Pag. 7
2.1 Materiali e metodi	Pag. 7
2.2 Revisione di letteratura	Pag. 9
2.2.1 <i>Disturbi mentali: complicanze organiche e sociali</i>	Pag. 9
2.2.2 <i>Sindrome metabolica</i>	Pag. 11
2.2.3 <i>Le caratteristiche definenti la sindrome metabolica: l'Obesità</i>	Pag. 12
2.2.4 <i>Sindrome metabolica: correlazioni e tipologie d'intervento</i>	Pag. 14
2.2.4.1 <i><u>Farmacoterapia</u></i>	Pag. 14
2.2.4.2 <i><u>Stili di vita</u></i>	Pag. 16
2.2.4.3 <i><u>Contrastare la sindrome metabolica: tipologie d'intervento</u></i>	Pag. 18
2.2.5 <i>Ruolo infermieristico</i>	Pag. 21
CAPITOLO 3: DISCUSSIONE	Pag. 25
3.1 Discussione	Pag. 25
3.2 Limiti dello studio	Pag. 28
3.3 Significatività dei risultati	Pag. 28
3.4 Conclusioni	Pag. 28
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

La crescente attenzione posta sul benessere psicofisico dell'individuo e della comunità, fa emergere la necessità di definire più precisamente cosa sia un disturbo mentale, quale sia il suo impatto nella vita dell'individuo e quali siano le strategie che possono essere utilizzate per migliorare la qualità di vita delle persone che ne sono affette.

Fra le principali problematiche correlate ai disturbi mentali gravi, è stata individuata la sindrome metabolica (1), definita come un insieme di alterazioni organiche quali obesità centrale, iperglicemia, ipercolesterolemia ed ipertensione, le quali concorrono all'aumento del rischio di soffrire di malattie cardiovascolari, diabete mellito di tipo 2 e morte prematura (2). Questa sindrome sembra essere maggiormente rappresentata in una particolare popolazione, ovvero nei soggetti affetti da patologie psichiatriche gravi, con tassi di prevalenza che sono maggiori di 1,5 – 2 volte rispetto alla popolazione generale (3).

Una delle caratteristiche definenti della sindrome metabolica, che rappresenta anche uno dei criteri diagnostici della patologia è l'obesità. Essa è determinata da diversi fattori, correlati principalmente all'adozione di stili di vita scorretti, anche indotti dalla malattia mentale di cui soffrono i soggetti, e all'assunzione di farmaci psicotropici che comportano un'alterazione del profilo metabolico.

Infatti, fra i trattamenti disponibili per i disturbi psichiatrici gravi, l'approccio farmacologico si rivela di fondamentale importanza e di complessa gestione, in quanto la maggior parte dei pazienti dovrà assumere la terapia per tutta la vita, per favorire un buon controllo dei sintomi psichiatrici residui e, di conseguenza, per migliorare la propria qualità di vita.

Una strategia non farmacologica per la gestione dei disturbi psichiatrici gravi è rappresentata dalla modifica dello stile di vita (4), molto importante in quanto favorisce non solo il mantenimento della condizione fisica del paziente, ma sembrerebbe contribuire anche al miglioramento dei sintomi di malattia (5).

Tra le variabili che concorrono a definire lo stile di vita ritroviamo la dieta (e, più in generale, le abitudini alimentari adottate dal paziente), mentre un altro fattore da considerare per il mantenimento di uno stile di vita salutare, è rappresentato dall'attività fisica. Spesso, infatti, i soggetti affetti da particolari patologie psichiatriche presentano una scarsa motivazione ad intraprendere e mantenere quella

quota giornaliera di esercizio fisico che possa contribuire al mantenimento di un buon controllo del peso corporeo.

Nel corso degli anni sono state sviluppate diverse strategie e modalità d'intervento per la gestione dei pazienti con patologie psichiatriche gravi, nell'ottica di migliorarne l'aspettativa e la qualità di vita ma per garantire la presa in carico globale del paziente, specialmente in ambito di salute mentale, è necessaria la presenza di un team multidisciplinare, che sia in grado di comprendere e gestire i bisogni di salute dell'assistito.

Diversi studi sottolineano l'importanza della figura dell'infermiere all'interno dei contesti di salute mentale. Questa figura, infatti, sembrerebbe rappresentare l'interfaccia principale tra il sistema sanitario ed il paziente (6), in grado di fornire vicinanza fisica e supporto emotivo al paziente ma anche di educarlo, informandolo sulla patologia di cui soffre, sull'importanza del mantenimento di uno stile di vita salutare e sull'eventuale necessità di un trattamento farmacologico o psicoterapico (7).

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un considerevole aumento dell'incidenza di disturbi psichiatrici nella popolazione generale. Tra le strategie d'intervento disponibili vi è il trattamento farmacologico. Se da una parte si dimostra efficace nel contrastare l'evoluzione di disturbo psichiatrico maggiore, dall'altra si è osservato che l'uso, in particolare di antipsicotici di seconda generazione, di farmaci stabilizzatori dell'umore ed antidepressivi, comporta un aumentato rischio di sviluppare sindrome metabolica, soprattutto se contestuale all'adozione di stili di vita dannosi (sedentarietà, tabagismo, abuso di alcol e/o sostanze). L'infermiere si pone come obiettivo la prevenzione della sindrome metabolica, attraverso l'informazione ed educazione del paziente all'adozione di stili di vita più funzionali, bilanciando la necessità di trattamento terapeutico con l'importanza di favorire il benessere del paziente su un piano globale.

1.2 Scopo

Lo scopo della presente analisi e revisione di letteratura è quello di dimostrare l'importanza di sviluppare ed implementare interventi mirati al miglioramento dello stile di vita adottato dai pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi e di sottolineare l'importanza e centralità del ruolo dell'infermiere nella promozione e nel supporto a tali pazienti.

1.3 Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca alla base del presente elaborato è stato formulato con riferimento al modello utilizzato nella pratica basata sulle evidenze per formulare in maniera strutturata un quesito sanitario specifico. Questo si pone in relazione a tre elementi, sintetizzati nell'acronimo P.I.O (Tabella I: formulazione quesito di ricerca):

- P – (*problem, patient, population*) problema, paziente, popolazione
- I – (*intervention*) intervento
- O – (*outcome*) esito

Tabella I: formulazione quesito di ricerca

P	Problema, paziente, popolazione	Paziente psichiatrico adulto affetto da sindrome metabolica
I	Intervento	Programmi psicoeducativi e di promozione di stili di vita adeguati
O	Esito	Prevenzione dell'insorgenza della sindrome metabolica e/o delle relative complicanze

CAPITOLO 2

RICERCA E REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

Il presente elaborato consiste in una revisione e analisi della letteratura più recente. La ricerca degli articoli è stata effettuata tra marzo e luglio 2022, consultando principalmente due banche dati, PubMed e Scopus.

La ricerca nella banca dati PubMed è stata organizzata utilizzando parole libere e termini MeSH (*Medical Subject Headings*) per recuperare anche quelle informazioni presentate con terminologie diverse di interesse. I termini MeSH sono stati associati tra loro mediante l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR, in modo da consentire la formulazione di stringhe di ricerca. (Tabella II: principali stringhe di ricerca)

Tabella II: principali stringhe di ricerca

Database	Stringa di ricerca	Filtri	Risultati	Accettati	Esclusi
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Metabolic Syndrome"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	134	15	119
PubMed	"Depression"[MeSH] AND "Exercise"[MeSH]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	222	5	217
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Health Education"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	406	9	397
PubMed	((("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Education"[Mesh]) AND "Life Style"[Mesh])	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	44	4	40
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Weight Reduction Programs"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	22	3	19
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh])	Free full text 5 years Age: 19-44	77	5	72

	AND "Weight Loss"[Mesh]	Best match			
PubMed	("Mentally Ill Persons"[Mesh]) AND "Attitude to Health"[Mesh]	Free full text 10 years Age: 19-44 Best match	34	5	29
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Health Promotion"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	142	9	133
PubMed	("Schizophrenia"[Mesh]) AND "Life Style"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	16	4	12
PubMed	("Psychosocial Intervention"[Mesh]) AND "Metabolic Syndrome"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	1	1	0
PubMed	("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]	Free full text 5 years Age: 19-44 Best match	70	1	69
			1168	61	1107
Scopus	"Mental Health Nurses" AND ("Education" OR "Training")	Open Access Pub. year: 2018-2022	381	2	379
Scopus	"Mental Illness" AND "Lifestyle" AND "Intervention"	Open Access Pub. year: 2018-2022	15	2	13
Scopus	"Lifestyle Intervention" AND "Metabolic Syndrome"	Open Access Pub. year: 2018-2022	17	6	11
Scopus	"Nurse Role" AND "Mental Health"	Open Access Pub. year: 2018-2022	98	5	93
			511	15	496

Per permettere di focalizzare ed indirizzare meglio la ricerca, sono stati applicati i seguenti filtri: *free full text*, *5 years* (data di pubblicazione, in alcune stringhe di ricerca è stata ampliata a *10 years*, ciò ha consentito di visualizzare più articoli pertinenti all'argomento), *age 19 – 44 years*, *best match*. Sono stati esclusi dalla revisione di letteratura gli articoli riguardanti problematiche psicologiche e comportamentali legate all'area geriatrica, all'area materno-infantile, problematiche

legate all'adolescenza, all'abuso di sostanze e problematiche secondarie al servizio militare.

Sono stati recuperati 62 articoli pertinenti allo scopo dell'indagine (Figura 1: diagramma di selezione degli articoli). Lo schema dei principali è precisato nell'Allegato 1 (Allegato 1: Rappresentazione sintetica dei contenuti degli studi analizzati)

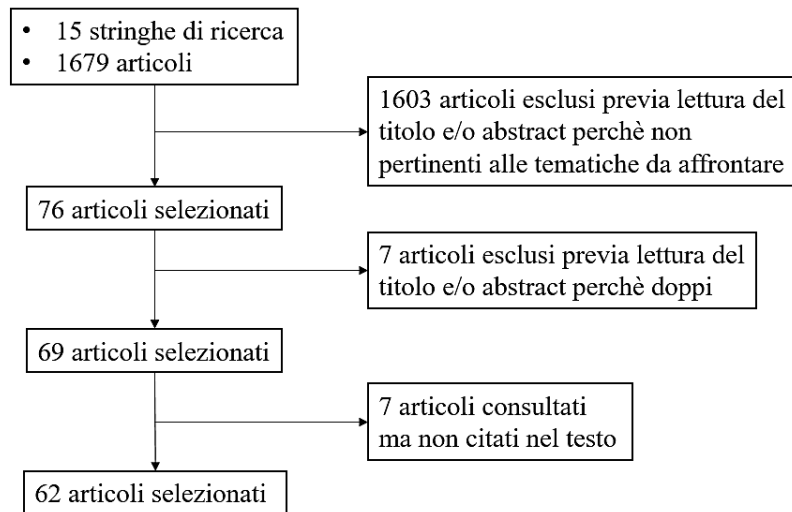


Figura 1: diagramma di selezione degli articoli

2.2 Revisione della letteratura

2.2.1 *Disturbi mentali: complicanze organiche e sociali*

Soffrire di una malattia psichiatrica grave, determina diverse conseguenze, spesso severe e persistenti su un piano emotivo, relazionale e cognitivo, ma anche le ricadute a livello fisico non sono da sottovalutare (8).

Gli autori riportano, tra le principali problematiche a livello cognitivo, una compromissione della memoria e delle funzioni esecutive che, associata a sintomi psicotici residui, ostacola l'apprendimento e l'adozione di nuovi comportamenti. Conseguentemente, come riportato da Daumit et al., i soggetti con patologie psichiatriche gravi impiegano più tempo per impegnarsi a compiere cambiamenti sostanziali nel comportamento (3). Sembra che i disturbi mentali siano anche negativamente correlati al coinvolgimento in attività strutturate durante la giornata (9). Le linee guida della Polish Psychiatric Association evidenziano, nei soggetti affetti da schizofrenia, una ridotta motivazione ad intraprendere attività fisiche,

principalmente legata ai sintomi negativi della malattia, come sedazione, ansia e depressione (10), spesso difficili da gestire e da trattare anche per gli operatori sanitari (6). La compromissione cognitiva influisce non solo sulla capacità di funzionamento individuale del soggetto, ma si ripercuote anche sul contorno socio-relazionale del paziente. Kokacaya et al. segnalano come il disturbo bipolare possa portare all'alterazione delle relazioni familiari, della vita sociale e del funzionamento individuale del soggetto, correlato alla storia naturale della malattia, che comprende un'alternanza tra periodi di benessere e periodi di disagio. A supporto di tale affermazione, anche Zegwaard et al. ribadiscono l'impatto negativo che le malattie mentali esercitano sul funzionamento familiare, in quanto, consentono scarse prospettive di miglioramento e sono maggiormente suscettibili a ricadute (8). Come sostenuto da Yarborough et al., i disturbi dell'umore possono suscitare sentimenti di sopraffazione negli individui che ne sono affetti, influenzando negativamente sulla capacità di pensare e di guardare al futuro (11). Questo comporta una difficile accettazione della malattia e, eventualmente, della necessità di assumere una terapia farmacologica (12).

Le malattie mentali gravi causano, come conseguenza ultima, una drammatica riduzione dell'aspettativa di vita, di circa 20 – 30 anni rispetto ai soggetti che non soffrono di malattia mentale grave (13), associata ad un incremento della mortalità e di morte prematura, principalmente associate alle complicanze fisiche di malattia (14). La Polish Psychiatric Association afferma che i soggetti affetti da schizofrenia sono maggiormente suscettibili a patologie fisiche, come malattie cardiovascolari, diabete mellito, obesità e sindrome metabolica (10), ipotesi sostenuta da Pedrotti-Moreira et al., che evidenziano una prevalenza della sindrome metabolica nel 47,5% dei pazienti con disturbo bipolare e nel 39% dei soggetti con depressione. Inoltre, riportano un rischio di mortalità per eventi cardiovascolari triplicato nella popolazione con disturbi psichiatrici rispetto alla popolazione generale (15). La gestione ed il trattamento delle malattie a lungo termine rappresenta una sfida per il sistemi sanitari, come affermano Sud et al., infatti, essi sono essenzialmente strutturati e organizzati per gestire e prendersi cura di soggetti nella fase acuta di malattia (16). Ijaz et al. precisano che il trattamento di malattie mentali gravi, come la schizofrenia, è oneroso (13), mentre Mwebe et al. osservano che la maggior parte della popolazione con malattia mentale grave risulta disoccupata e sperimenta difficoltà economiche, che non permettono il loro autosostentamento (7).

Si evince che la pianificazione, la gestione e il trattamento dei soggetti con malattia mentale grave rappresenta un onere sia per gli individui che ne sono affetti che per la società (9).

2.2.2 *Sindrome metabolica*

La sindrome metabolica sembra essere maggiormente rappresentata in una particolare popolazione, ovvero nei soggetti affetti da patologie psichiatriche gravi, con tassi di prevalenza che sono 1,5 – 2 volte maggiori rispetto alla popolazione generale (3). Per sindrome metabolica, si intende la coesistenza di almeno tre delle seguenti condizioni fisiche: obesità centrale, ipertensione arteriosa, ipertrigliceridemia, ridotti livelli sierici di colesterolo HDL ed aumentati livelli sierici di glucosio (17). L'Organizzazione Mondiale della Sanità la definisce un'«epidemia globale», in quanto, colpisce circa il 20-25% della popolazione mondiale (18).

Come evidenziato da diversi studi, la sindrome metabolica sembra favorire uno stato pro-infiammatorio generale (1), che pare sia la causa dell'aumentato rischio di soffrire di malattie cardiovascolari, diabete mellito (17) e stroke (15). L'insieme di queste condizioni, determina una drammatica riduzione dell'aspettativa di vita dei soggetti che soffrono di disturbi psichiatrici gravi. Bonfioli et al. stimano che la sindrome metabolica riduca di 25 anni la durata della vita in questi pazienti (19), Hempler et al. sostengono che la mortalità prematura sia riconducibile nel 60% dei casi a condizioni fisiche, ad esempio malattie cardiovascolari e diabete (20), mentre Daumit et al. affermano che i tassi di mortalità sono da due a tre volte più alti rispetto alla popolazione generale, e che la causa primaria di mortalità nei pazienti psichiatrici sia riconducibile a malattie cardiovascolari (3).

Inoltre si è visto che, la presenza della sindrome metabolica in persone affette da malattia mentale grave, incrementa il rischio di suicidio (15) diminuisce il funzionamento dell'individuo e provoca un'esacerbazione delle manifestazioni cliniche di malattia (21). Lo studio di Khaled et al. riporta che la sindrome metabolica, riducendo l'aspettativa di vita, provoca distress e compromissione del funzionamento negli individui che ne sono affetti (2). Come evidenziato anche da Cyrus et al., questa malattia risulta altamente impattante a livello di benessere psicosociale ed emotivo di chi ne soffre (18).

Alcuni studi affermano che il rapporto tra sindrome metabolica e malattia mentale, sia di tipo bidirezionale. Moreira et al. individuano un collegamento positivo e

bidirezionale tra depressione e sindrome metabolica (15), Rethorst et al. sostengono che la sindrome metabolica possa aumentare il rischio di episodi depressivi, i quali, a loro volta, rappresentano un fattore di rischio per l'instaurarsi di un precario stato di salute (22). Cyrus et al. affermano che la sindrome metabolica sia associata ad una maggior durata del disturbo bipolare, ad un maggior numero di episodi maniacali e depressivi nel corso della vita, ad una maggior severità del primo episodio maniacale e ad un ritardo nello stabilire l'adeguato regime terapeutico (18). Infine, lo studio di Blomqvist et al. riporta che gli individui affetti da disturbi psicotici hanno maggiori probabilità di sviluppare la sindrome metabolica (14).

Nonostante, l'elevata prevalenza della sindrome metabolica nei pazienti psichiatrici, questa patologia continua ad essere trattata in maniera inadeguata (23). Essendo una patologia multifattoriale (1) non esiste una terapia curativa, tuttavia è possibile gestire le diverse manifestazioni in maniera mirata (17). Le Linee Guida della Polish Psychiatric Association redatte nel 2019, raccomandano l'accertamento routinario del rischio metabolico e della sicurezza relativa al trattamento con antipsicotici – attraverso la raccolta di un'accurata anamnesi medica, di un esame fisico e di esami di laboratorio – all'inizio del trattamento, a distanza di 6 e 12 settimane e, successivamente, almeno una volta all'anno (10). Prima di loro, nel 2004, anche l'American Diabetes Association e l'American Psychiatric Association raccomandavano il monitoraggio del peso corporeo 4, 8 e 12 settimane dopo l'inizio della terapia con antipsicotici di seconda generazione, aggiungendo che, a distanza di 3 mesi dall'inizio della terapia, dovevano essere monitorati la pressione sanguigna e i livelli ematici di glucosio e lipidi (24). Mangurian et al. sottolineano l'importanza di uno screening precoce della sindrome metabolica (25), sostenuta da Vamcampfort et al., che raccomandano uno screening metabolico di riferimento per tutti i pazienti sottoposti a trattamento con farmaci psicotropici (26).

2.2.3 Le caratteristiche definenti la sindrome metabolica: l'Obesità

Come detto sopra, una delle caratteristiche definenti della sindrome metabolica, che rappresenta anche uno dei criteri diagnostici della patologia, è l'obesità.

Looijmans et al. affermano che l'obesità raggiunge una prevalenza del 45 – 55% negli individui affetti da disturbi mentali (27), come sostenuto anche da Naslund et al., i quali riportano un tasso di prevalenza dell'obesità quasi raddoppiato negli individui

affetti da malattia mentale grave (28). Tully et al. affermano che l'obesità contribuisce all'instaurarsi di altre condizioni fisiche nelle persone affette da disturbi mentali, ad esempio, diabete, ipertensione, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari e, nello specifico, malattie coronariche (29).

Così come la sindrome metabolica, anche l'obesità è determinata da diversi fattori, ad esempio, la sedentarietà, una dieta scorretta e l'assunzione di farmaci antipsicotici (3). Tully et al. riferiscono che l'aumento di peso è un effetto collaterale comunemente rilevato, che dipende da fattori correlati alla malattia, ad esempio l'umore, fattori correlati al trattamento e fattori correlati allo stile di vita, ad esempio inattività fisica, dieta scorretta, tabagismo e abuso di sostanze (29). I pazienti affetti da disturbi mentali, infatti, tendono ad essere più sedentari (30), sperimentano sintomi talvolta molto gravi, che influenzano la motivazione ad intraprendere e partecipare all'attività fisica (31), mentre l'aumento di peso, incrementa il rischio di ostacolare lo svolgimento di attività fisica quotidiana (32). Le abitudini alimentari svolgono un ruolo importante nel controllo del peso corporeo, infatti, anche una lieve asimmetria, perpetrata nel tempo, tra l'assunzione ed il dispendio energetico, può portare a significative oscillazioni del peso corporeo (24). Spesso la qualità della dieta assunta dai pazienti psichiatrici è molto scarsa (3): questo fattore, associato all'inattività fisica, aumenta il rischio di incremento ponderale e diabete (10), infiammazione cronica di basso grado (32), malattie cardiovascolari (33) e di un peggioramento della qualità di vita (34). Altro fattore di rischio per l'obesità è rappresentato dal trattamento con farmaci antipsicotici (1), in particolare quelli di seconda generazione (SGAs, o Second Generation Antipsychotics) (24). Questi farmaci alterano il profilo metabolico, tramite meccanismi quali l'aumento dell'appetito e, conseguentemente, del peso corporeo (30), insulinoresistenza (33) danno diretto alle cellule β (1), disregolazione lipidica (10) e aumento del rischio cardiovascolare (31).

Così come per la sindrome metabolica, anche l'obesità sembra avere un'associazione bidirezionale con i disturbi psichiatrici. Secondo Figueroa et al. la coesistenza di depressione ed obesità esercita un effetto sinergico, in cui una condizione peggiora l'altra, influenzando il coinvolgimento nel trattamento e l'efficacia degli interventi (35). Lo studio di Mallorquí-Bagué et al. riporta che la salute psicologica sembra peggiorare man mano che l'obesità diventa più severa (36). Inoltre, coloro in sovrappeso o francamente obesi, soffrono di maggiori comorbidità psicologiche

rispetto agli individui normopeso. Yarborough et al. specificano che l'obesità e il tasso di tabagismo raddoppiano nella popolazione con distress psicologico rispetto alla popolazione senza distress psicologico (11). Haregu et al. affermano che i soggetti depressi hanno un aumento del 37% del rischio di diventare obesi, mentre i soggetti obesi hanno un aumento del 18% del rischio di soffrire di depressione (37).

2.2.4 Sindrome metabolica: correlazioni e tipologie d'intervento

Come accennato in precedenza, la sindrome metabolica rappresenta una condizione multifattoriale, riconducibile a molteplici alterazioni organiche causate, principalmente, dal trattamento farmacologico che alcuni pazienti psichiatrici dovranno assumere e allo stile di vita, spesso inadeguato, che gli stessi mantengono nel tempo.

2.2.4.1 Farmacoterapia

Fra i trattamenti disponibili per la gestione dei disturbi psichiatrici gravi, l'approccio farmacologico si rivela di fondamentale importanza e di complessa gestione, in quanto la maggior parte dei pazienti dovrà assumere la terapia per tutta la vita.

Secondo gli studi di Ho et al. (18) e di Vancampfort et al. (26), la terapia farmacologica con antipsicotici è di fondamentale importanza nella gestione della schizofrenia, infatti tali farmaci sono in grado di ridurre la morbilità correlata alla patologia, il tasso di suicidi e i ricoveri ospedalieri. Come dichiarato dall'ADA (*American Diabetes Association*) e dall'APA (*American Psychiatric Association*), gli antipsicotici di prima generazione si sono dimostrati efficaci nel trattare i sintomi positivi della patologia, come allucinazioni e deliri, mentre quelli di seconda generazione sono risultati maggiormente tollerati e più efficaci nel diminuire i sintomi negativi, cognitivi ed affettivi della malattia (24). Anche la combinazione di un farmaco di prima generazione con uno di seconda generazione – ad esempio Clozapina ed Aripiprazolo – è risultata benefica nella riduzione dei sintomi negativi (18). Parlando di antidepressivi, Micheli et al. sostengono che la Fluoxetina sia in grado non solo di svolgere un'azione antidepressiva, ma possa potenziare la plasticità e la creazione di nuove reti neuronali, migliorando le capacità cognitive (38).

Tra gli effetti collaterali più comuni sono state individuate complicanze metaboliche e cardiovascolari. Tully et al. riferiscono che l'aumento di peso è un effetto collaterale

comunemente rilevato (29). Lo studio di Alswat et al. riporta che gli antipsicotici di prima generazione aumentano il rischio di sviluppare la sindrome metabolica (2), Alrob et al. ipotizzano che l'uso di Olanzapina sia associato a disregolazione del metabolismo epatico di lipidi e all'esacerbazione dell'aterosclerosi, (1) ipotesi confermata da Ijaz et al., che individuano un aumento del rischio di soffrire di diabete, ipertensione ed iperlipidemia (13). Conseguentemente, queste condizioni portano ad un aumento dell'appetito (39), del peso corporeo (38) e del rischio di altre patologie organiche (40). Anche gli stabilizzatori dell'umore e gli antidepressivi (18) sono associati ad un aumentata incidenza della sindrome metabolica, di insulinoresistenza, ipertrigliceridemia ed incremento ponderale.

Nonostante il notevole contributo della terapia farmacologica in termine di gestione dei sintomi, Looijmans et al. raccomandano l'adozione di un approccio integrato, che intervenga soprattutto sui fattori di rischio personali ed ambientali ai quali è sottoposto quotidianamente il paziente psichiatrico (41). È stato dimostrato che focalizzare l'attenzione e la priorità sulla farmacoterapia, distrugge la relazione tra professionista sanitario e paziente (42). Inoltre, l'impatto degli effetti collaterali dovuti alla farmacoterapia vengono visti in maniera diversa, come riportato da Sud et al. Infatti i pazienti psichiatrici si focalizzano sugli conseguenze estetiche provocate dai farmaci, in termini di autostima e sicurezza di sé, mentre i professionisti sanitari e i caregivers risultano maggiormente preoccupati delle sequele fisiche a lungo termine (16).

La terapia con antipsicotici, dunque, possiede diversi benefici e consente il mantenimento di un adeguato compenso psicopatologico, tale da permettere la vita in comunità (24). L'efficacia della terapia dipende dall'aderenza al trattamento; come dichiarato da Buchman-Wildbaum et al., rispetto ai pazienti trattati per condizioni fisiche, i pazienti psichiatrici sono quelli meno propensi ad aderire al regime terapeutico proposto. Questo comporta conseguenze deleterie per il paziente, il quale sperimenta una maggiore severità dei sintomi, ma anche per la società, che vede l'aumento dei costi per trattare tale popolazione (43). Sempre secondo Buchman-Wildbaum et al., una maggior consapevolezza di malattia sembra essere positivamente correlata ad una maggiore aderenza al trattamento, mentre una scarsa consapevolezza, un atteggiamento negativo nei confronti della farmacoterapia e gli effetti avversi dovuti alla stessa, predispongono alla mancata aderenza al trattamento (12).

2.2.4.2 Stili di vita: alimentazione ed attività fisica

Tra i trattamenti disponibili per la gestione dei disturbi psichiatrici gravi, la modifica dello stile di vita rappresenta l'alternativa non farmacologica più importante, in quanto, favorisce non solo il mantenimento della condizione fisica del paziente, ma è stato dimostrato che contribuisce anche al miglioramento dei sintomi di malattia.

Lo studio di Sahle et al. sostiene che le persone con disturbi mentali sono maggiormente soggette a praticare scarsa attività fisica, a fumare e ad avere un'alimentazione poco salutare, che comporta un progressivo aumento del peso corporeo (32). Anche De Girolamo et al. avvalorano questa affermazione, aggiungendo che questi pazienti sono solitamente apatici, inattivi e spendono una minore quantità di tempo in attività sociali funzionali e strutturate, e più tempo a riposare (9). Nello specifico le linee guida redatte nel 2019 dalla Polish Psychiatric Association dimostrano che la schizofrenia comporta sedentarietà, minor esercizio fisico, maggior tempo passato a letto, abitudini alimentari scorrette, assunzione di una maggior quantità di cibo di scarsa qualità e tabagismo (10). Inoltre la sedentarietà, caratteristica tipica della schizofrenia, contribuisce ad un aumento delle anomalie metaboliche (24). È stato dimostrato, infatti, che le persone con disturbi psicotici conducono uno stile di vita più sedentario (14), passando una media di 12,6 ore al giorno a letto o comunque senza svolgere attività fisica (44). Nel caso dei disturbi depressivi, lo studio di Cyrus et al. descrive come i pazienti siano più soggetti a essere fisicamente inattivi e ad adottare abitudini non salutari, ad esempio, l'abuso di alcol e il fumo (12). Inoltre questi soggetti impegnano meno tempo nello svolgimento dell'attività fisica (22) a causa dei sintomi della malattia, che impattano negativamente sulla partecipazione all'attività fisica (5).

Il cambiamento e l'adozione di stili di vita più salutari risulta talvolta difficoltoso per questi pazienti. Yarborough et al., nel loro studio, sostengono che per i pazienti, essere chiamati a modificare significativamente il proprio stile di vita causa uno stress aggiuntivo, quando essi sono già sopraffatti dal tentativo di gestire i sintomi della propria malattia e che certi comportamenti poco salutari – ad esempio, il fumo e l'assunzione di certe tipologie di cibi – alleviano temporaneamente i sintomi della malattia (11). L'incremento ponderale, condizioni di sovrappeso e obesità sono conseguenze comuni riportate da diversi autori (7), spesso riconducibili all'adozione di stili di vita errati da parte dei soggetti affetti da malattia mentale grave. Williams

et al. riportano elevati livelli di sedentarietà nella popolazione psichiatrica (45), fattore di rischio non solo per condizioni fisiche scadenti ma anche per un peggioramento dei sintomi depressivi, come sostenuto da Naslund et al. (5). Hack et al. individuano una correlazione tra riduzione dell'aspettativa di vita e stili di vita, evidenziando come lo stile di vita sedentario, una dieta di scarsa qualità e il tabagismo possano portare ad un aumento del rischio di malattia cardiovascolare (46). Il modulo educativo del WPA Action Plan del 2008 – 2011, attribuisce un ruolo cruciale all'interazione tra ambiente socioculturale, stile di vita ed effetti del trattamento farmacologico nel determinare un miglioramento o un peggioramento del benessere fisico (40).

Secondo Naslund et al., molti comportamenti che contribuiscono all'instaurarsi di condizioni di obesità e abitudini alimentari non salutari, sono spesso influenzati dal contorno socio-ambientale in cui vive il paziente (31).

Una delle variabili definenti lo stile di vita è rappresentata dalla dieta e, più in generale, dalle abitudini alimentari adottate dal paziente.

L'incremento ponderale nei pazienti psichiatrici è comunemente associato al trattamento farmacologico di tali disturbi che, come dimostrato da Alswat et al., spesso porta ad un aumento dell'appetito e del senso di fame (2). Come riportato dall'American Psychiatric Association e dall'American Diabetes Association, il senso di fame e sazietà possono essere alterati, in quanto questi farmaci hanno affinità per diversi neurotrasmettitori, come la serotonina, la noradrenalina, la dopamina e l'istamina (24). Normalmente questi neurotrasmettitori svolgono un'azione anoressizzante, ma vengono inibiti dai farmaci antipsicotici che, bloccando questo meccanismo, provocano l'effetto opposto, che si manifesta con un aumento del senso di fame (10). Inoltre, è stato dimostrato che le abitudini alimentari sono un meccanismo di coping molto utilizzato dai pazienti psichiatrici. Lo studio di Micheli et al., dimostra che il fatto di mangiare in risposta ad emozioni negative, rappresenta un mediatore nella correlazione positiva tra depressione, aumento del peso e del BMI (47). Martland et al. ribadiscono che una peggiore qualità della dieta può essere associata all'aumento dell'appetito indotto dai farmaci antipsicotici, all'assenza di motivazione e alla disorganizzazione – caratteristiche tipiche di questi pazienti – che ostacolano la capacità di pianificare e preparare i pasti (44).

Quindi, De Hert et al. dimostrano che i soggetti schizofrenici assumono un maggior introito calorico giornaliero ma di bassa qualità (40), inoltre, come precisato da Sorić

et al., essi sono meno motivati a modificare il proprio stile di vita, incluse le proprie abitudini alimentari scorrette (48).

Magni et al. affermano che, in generale, le persone con disturbi mentali riscontrano maggiori difficoltà nell'aderire ad un regime dietetico appropriato mentre assumono una terapia farmacologica che provoca un aumento dell'appetito e, di conseguenza, del peso corporeo (33).

Altro fattore da considerare per il mantenimento di uno stile di vita salutare è rappresentato dall'attività fisica. Lo studio di Saunders et al. stabilisce che la sedentarietà è negativamente associata alla funzione cognitiva, alla depressione, al funzionamento personale e al grado di disabilità, inoltre compromette l'opportunità di impegnarsi nell'interazione sociale con gli altri che, a sua volta, impatta negativamente sulla salute mentale (49). Come presentato da Deenik et al., la sedentarietà è associata a diversi problemi di salute (23), tra i più frequenti vi sono le malattie cardiovascolari e il diabete (45). La mortalità legata a queste patologie fisiche risulta impattante infatti, come specificato da Muralidharan et al., l'inattività è la principale causa di mortalità e morbidità in questi pazienti (50).

È stata riscontrata un'importante correlazione tra depressione e attività fisica, infatti sembra che la mancanza di esercizio fisico riduca la sintesi di serotonina, peggiorando la depressione (18). Naslund et al. hanno dimostrato che una maggior frequenza e una maggior durata dei sintomi depressivi nei disturbi bipolari sono correlate ad una maggiore sedentarietà (5). Inoltre, come descritto da Micheli et al., l'esercizio fisico si è dimostrato efficace nell'indurre la remissione di alcuni sintomi depressivi (38).

2.2.4.3 Contrastare la sindrome metabolica: tipologie d'intervento

Nel corso degli anni sono state sviluppate diverse strategie e modalità di intervento per la gestione dei pazienti con patologie psichiatriche gravi, nell'ottica di migliorarne l'aspettativa e la qualità di vita. Molte di queste vengono attuate in ambito territoriale dal momento che in quello ospedaliero gli interventi terapeutico-assistenziali mirano prevalentemente alla risoluzione delle problematiche acute piuttosto che al raggiungimento di obiettivi nel medio-lungo periodo, come possono essere quelli rappresentati dal cambiamento di alcuni elementi caratterizzanti lo stile di vita ed il loro mantenimento nel tempo.

Diversi articoli basati su trial clinici evidenziano come che l'attività fisica sia una componente fondamentale per il raggiungimento del benessere psicofisico dell'individuo. Saunders et al, infatti, affermano che ridurre o interrompere periodi prolungati di inattività fisica, possa determinare un miglioramento della composizione corporea e una riduzione del rischio metabolico (49). Rethorst et al. sostengono che svolgere attività aerobiche possa ridurre l'esperienza negativa della malattia negli individui che soffrono di depressione, associata o meno a sindrome metabolica (22). Imboden et al. evidenziano il ruolo protettivo svolto dall'attività fisica regolare, che riduce il rischio cardiovascolare e l'impatto della depressione sulla vita quotidiana (51). Meyer et al., esprimono la necessità di facilitare e promuovere l'attività fisica (52), la quale può migliorare la salute fisica negli individui affetti da disturbi psicotici (14). Tully et al. suggeriscono un approccio integrato che comprende modifiche dello stile di vita ed aumento del dispendio energetico giornaliero attraverso lo svolgimento di maggiore attività fisica, per ottenere la perdita di peso (29).

Accanto ad interventi per aumentare l'attività fisica giornaliera, diversi autori sostengono l'importanza di un cambiamento delle abitudini alimentari. Secondo Tully et al., il calo ponderale, seppur modesto, può determinare effetti positivi sul benessere globale ed è considerato un risultato positivo, soprattutto se mantenuto nel tempo (29). Lo studio di Daumit et al. afferma che il cambiamento delle abitudini alimentari e dell'attività fisica, svolge un ruolo centrale nel contenere l'epidemia di obesità e delle condizioni ad essa correlate (3). Le linee guida NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) del 2018 raccomandano un programma combinato di attività fisica ed alimentazione sana, che dovrebbe essere garantito dai servizi di salute mentale, per coloro che soffrono di patologie psichiatriche gravi, soprattutto per gli individui che assumono antipsicotici, in modo da superare la sfida data dal sovrappeso e dall'obesità, largamente rappresentate in questa popolazione. (4). Mallorquí-Bagué et al. sostengono l'importanza della dieta e dell'attività fisica, in quanto sembrerebbero efficaci non solo nel ridurre il peso corporeo e il rischio cardiovascolare (36) ma anche nel migliorare la salute mentale (32).

Magni et al. introducono un programma di sessioni di counselling, erogate da una nutrizionista e da un infermiere, un piano alimentare basato sulle raccomandazioni della dieta mediterranea e un programma di esercizio fisico moderato (33). Lo studio di Deenik et al. vuole dimostrare il cambiamento dello stile di vita dopo

l'implementazione di un programma strutturato, che offre la possibilità di cambiare il proprio stile di vita, attraverso attività sportive, ad esempio, camminate, corsa, yoga, ciclismo, sport di squadra, attività correlate al lavoro, ad esempio, giardinaggio e servizi sociali. Inoltre offre la possibilità di usufruire di tre pasti giornalieri da consumare in compagnia, di attività di supporto ed educazione sulla propria patologia, sugli effetti collaterali degli psicofarmaci e sul mantenimento di abitudini alimentari più sane attraverso colloqui periodici con l'infermiere che si occupa della presa in carico del paziente (23). Williams et al. presentano una metodica per promuovere ed aumentare l'attività fisica giornaliera, attraverso un programma della durata di 17 settimane durante la quale i partecipanti, precedentemente istruiti e supportati dai coach, prendono parte ad uscite settimanali per delle camminate in gruppo (45). Naslund et al. propongono un programma di alimentazione e nutrizione più salutare, abbinato ad appuntamenti settimanali con un personal trainer (5). Looijmans et al. osservano come il cambiamento dello stile di vita sia fondamentale per migliorare la salute cardio-metabolica, specificando la necessità di adottare modifiche piccole ma sostenibili nel lungo termine. Infatti questo approccio porta ad un miglioramento clinicamente significativo in termini di riduzione dell'adiposità, del rischio cardiovascolare e del rischio d'insorgenza del diabete (41). Infine, Sorić et al. applicano un programma alimentare, primariamente ideato e destinato a pazienti con ipertensione arteriosa, a soggetti che soffrono di sindrome metabolica in quanto i principi cardine del programma – riduzione dell'impiego di sodio, consumo di carni bianche, cereali e farine integrali, latticini e derivati a base di latte magro, maggior consumo di frutta e verdura – si sono dimostrati benefici anche nel trattamento della sindrome metabolica (48).

Alcuni autori sostengono che le abitudini e la sedentarietà possano essere in qualche modo ristrutturare e riprogrammate, attraverso modifiche del comportamento. È stato dimostrato che ascoltare e dialogare con i pazienti, crea in loro speranze per il futuro e li aiuta a dare significato alla propria esperienza di malattia. L'infermiere sembrerebbe essere la figura più propensa ad utilizzare il dialogo e l'ascolto come strumento terapeutico (53), in quanto più vicina emotivamente e fisicamente al paziente, come dichiarato da Pooja et al. (54). Inoltre, un atteggiamento non giudicante e l'opportunità di parlare senza essere interrotti, rassicura il paziente, il quale si sente sicuro nel parlare ed esprimere le proprie speranze (42). Kontinen et al. affermano che i soggetti più suscettibili alla fame nervosa, possono beneficiare

maggiormente del trattamento psicoterapico, di tipo dialettico-comportamentale o mindfulness (47). Lysaker et al. sostengono l'utilità e la necessità di interventi mirati a ridurre il distress psicologico derivato da esperienze stigmatizzanti che, spesso, il paziente psichiatrico prova (55). La psicoterapia presentata da Buchman-Wildbaum et al. sembra facilitare, nei pazienti, la consapevolezza ed accettazione delle proprie esperienze, della malattia e anche della necessità di trattamento (12). Roosenschoon et al. presentano un programma psicosociale, teso a migliorare diversi aspetti di gestione ed autogestione della patologia psichiatrica, attraverso il supporto ai pazienti nello stabilire e raggiungere obiettivi personali, fornendo informazioni riguardo la patologia, i trattamenti previsti, strategie di aderenza al trattamento e di prevenzione di ricadute, miglioramento della rete e del supporto sociale (56).

Per favorire la massima aderenza ai trattamenti, i pazienti e i loro caregivers necessitano di essere supportati durante tutte le fasi della malattia. Non solo, secondo Pedrotti Moreira et al., sono necessarie strategie di promozione della salute, erogate da team multidisciplinari, per intercettare, prevenire ed eventualmente trattare quelle comorbidità che sovente colpiscono la popolazione psichiatrica (15). Secondo Ho et al. i pazienti dovrebbero poter accedere a programmi di benessere olistico, che uniscano diversi tipi di servizi e specialisti (18), focalizzandosi sul paziente come persona che sta vivendo un grave disagio che impedisce il raggiungimento di una vita piena e soddisfacente, non solo come un paziente affetto da una malattia mentale (42). Anche il supporto alla famiglia è importante, in quanto può essere considerato come un momento di ascolto e occasione di costruire una valida rete sociale, ma anche per capire come la malattia mentale in un membro del nucleo possa impattare sul resto della famiglia (8), imparando a riconoscere e gestire le tensioni interne che possono venire a crearsi (16).

2.2.5 Ruolo infermieristico

Per garantire la presa in carico globale del paziente, specialmente in ambito di salute mentale, è necessaria la presenza di un team multidisciplinare, che sia in grado di comprendere e gestire i bisogni di salute dell'assistito. Diversi studi sottolineano l'importanza della figura dell'infermiere all'interno dei contesti di salute mentale.

McAllister et al. identificano l'infermiere come la figura maggiormente rappresentata all'interno dei servizi di salute mentale, ed anche quella che garantisce la maggior

parte dell'assistenza diretta al paziente (6). Cleary et al. definiscono gli infermieri di salute mentale come l'interfaccia principale tra i pazienti ed il sistema sanitario (53), mentre Vacampfort et al. ribadiscono la centralità del loro ruolo nel fornire un'assistenza di tipo olistico a coloro che sono affetti da una malattia mentale (26). Come evidenziato dal profilo professionale, l'infermiere «accerta, pianifica ed eroga l'assistenza, registra e esegue procedure assistenziali» usando come strumenti di lavoro la comunicazione e la relazione con l'utente (6). Infatti, alcuni studi considerano la qualità della relazione terapeutica con l'utente, un indicatore di successo o insuccesso nel raggiungimento degli obiettivi in termini di salute (9). Inoltre lo studio di McAllister et al., dimostra che gli infermieri maggiormente coinvolti nella relazione con i pazienti, sono più soddisfatti del loro lavoro e chiedono meno giorni di malattia, riducendo così i costi dell'assistenza (6).

Tra le attività svolte dall'infermiere, la letteratura evidenzia il facilitare l'accesso ad interventi di salute appropriati, lo screening ed il monitoraggio di problemi psicofisici, la promozione di attività di salute riguardanti l'alimentazione sana, il fumo e l'uso di sostanze illecite (7), ma anche la possibilità di fornire un counseling mirato allo stile di vita (26), fino ad arrivare a ruoli organizzativi, di istruzione, training e sviluppo della figura professionale, ricerca e valutazione della qualità dell'assistenza erogata (57).

Nonostante la buona conoscenza clinica di base, che consente di gestire e monitorare i pazienti (53), emergono delle criticità. Julia Terry descrive l'infermiere di salute mentale come occupante un ruolo centrale, talvolta ambiguo, data l'ampia varietà di compiti che porta a termine. Questo, come affermato dall'autrice, può portare alla perdita della propria identità lavorativa, che a sua volta può influire sulla livello di conoscenza percepito, sull'autostima e sulla sicurezza di sé (58). Mwebe sottolinea l'importanza di estendere la conoscenza e le abilità degli infermieri di salute mentale, in modo da gestire in maniera migliore le condizioni di scarsa salute fisica (7). Anche Aurizki et al. e Burton et al. considerano necessario il training e la supervisione continua degli infermieri, innanzitutto per i neoassunti, perché capiscano cosa preveda il ruolo all'interno del servizio (59), per migliorare la conoscenza riguardo l'impatto della terapia e dei sintomi di malattia sulla salute fisica (39) ma anche per offrire adeguati interventi sullo stile di vita (14). Bressington et al. ribadiscono che gli stessi infermieri di salute mentale reputano necessaria un'ulteriore istruzione e supporto, in modo da garantire un'assistenza basata sulle evidenze, per potenziare la

salute fisica delle persone affette da disturbi mentali gravi (60). Il ruolo dell'infermiere nell'implementazione di protocolli e programmi focalizzati sullo stile di vita è di fondamentale importanza, come suggerito dallo studio di Salberg et al., il quale riferisce un incremento della qualità di vita, di un aumento delle modifiche del proprio stile di vita e del livello di attività, e di una riduzione dei sintomi depressivi nei soggetti sottoposti a cure psichiatriche (61). Secondo Leach et al., gli infermieri di salute mentale, soprattutto quelli impegnati in ambito territoriale, sono in grado di individuare e scongiurare eventuali ricadute nelle persone affette da disturbi mentali, in quanto hanno maggior contatto faccia a faccia con loro (62). Inoltre Aurizki et al. sostengono che gli interventi a conduzione infermieristica hanno prodotto un miglioramento della sintomatologia nei soggetti adulti affetti da malattia mentale (59).

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE

3.1 Discussione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la sindrome metabolica come un'«epidemia globale» (18), in quanto, colpisce circa il 20 – 25% della popolazione mondiale, determinando una drammatica riduzione dell'aspettativa di vita di questa popolazione, inoltre, risulta altamente impattante a livello di benessere psicosociale ed emotivo di chi ne soffre. Essendo una patologia multifattoriale non esiste una terapia curativa, tuttavia è possibile gestire le diverse manifestazioni in maniera mirata.

Soffrire di una malattia psichiatrica grave determina diverse conseguenze non solo sul piano emotivo, relazionale e cognitivo ma anche a livello fisico. È stato dimostrato che le malattie mentali causano una drammatica riduzione dell'aspettativa di vita, principalmente associata alle complicanze fisiche, quali malattie cardiovascolari, diabete mellito, obesità e sindrome metabolica (10). Dalla revisione degli articoli è emersa una compromissione della memoria, delle funzioni esecutive e del coinvolgimento in attività strutturate durante la giornata, principalmente legate ad una ridotta motivazione, causata dai sintomi negativi della malattia, ad esempio, sedazione, ansia e depressione (3). Inoltre, i disturbi mentali comportano un'alterazione delle relazioni familiari, della vita sociale e del funzionamento individuale della persona (21).

L'obesità è determinata dalla sedentarietà, da una dieta scorretta e dall'assunzione di farmaci antipsicotici, infatti l'aumento di peso è un effetto collaterale comunemente rilevato. I pazienti affetti da disturbi mentali tendono ad essere più sedentari, sperimentano sintomi che influenzano la motivazione ad intraprendere dell'attività fisica. Spesso la qualità della loro dieta è molto scarsa e ciò, in associazione all'inattività fisica, aumenta il rischio di incremento ponderale e diabete, infiammazione cronica di basso grado, malattie cardiovascolari e peggioramento della qualità di vita. Analizzando i fattori di rischio per l'instaurarsi di condizioni di obesità è stato dimostrato che la terapia con farmaci antipsicotici comporta un'alterazione del profilo metabolico nei pazienti, che si traduce in aumento dell'appetito e, di conseguenza, del peso corporeo, insulinoresistenza, danno diretto

alle cellule β del pancreas, disregolazione lipidica e aumento del rischio cardiovascolare (32).

È stato dimostrato anche che la terapia farmacologica è di fondamentale importanza nella gestione dei disturbi psichiatrici, tuttavia sono emersi diversi effetti collaterali legati a questa. Tra i più comuni sono state individuate complicanze metaboliche e cardiovascolari, ad esempio, l'incremento ponderale, un aumentato rischio di soffrire di sindrome metabolica, di diabete, ipertensione ed iperlipidemia. Inoltre, dalla letteratura emerge che i pazienti che soffrono di disturbi mentali gravi si focalizzano maggiormente sulle conseguenze estetiche provocate dai farmaci, mentre i professionisti sanitari ed i caregivers risultano maggiormente preoccupati delle sequele fisiche a lungo termine provocate dall'assunzione di tali farmaci (16).

Le persone con disturbi mentali sono maggiormente soggette a praticare scarsa attività fisica, a fumare e ad avere un'alimentazione poco salutare. È stato dimostrato che la schizofrenia comporta sedentarietà, minor esercizio fisico, maggior tempo passato a letto, abitudini alimentari scorrette, assunzione di maggiori quantità di cibo di scarsa qualità e tabagismo (40). I pazienti affetti da disturbi depressivi, a causa dei sintomi della propria malattia, sono più soggetti ad essere fisicamente inattivi, ad abusare di alcol e a fumare. Inoltre, il cambiamento stesso del proprio stile di vita causa un'ulteriore stress ai pazienti, quindi certi comportamenti poco salutari aiutano ad alleviare temporaneamente i sintomi di malattia, ad esempio l'ansia e la depressione.

L'incremento ponderale nei pazienti psichiatrici è stato comunemente associato al trattamento farmacologico, che spesso porta all'aumento del senso di fame e dell'appetito. In aggiunta, vi è anche il fatto che le abitudini alimentari sono un meccanismo di coping molto utilizzato dai pazienti affetti da disturbi mentali. Altro fattore che determina l'adozione di abitudini alimentari scorrette è rappresentato dall'assenza di motivazione e dalla disorganizzazione provocati dalla malattia, che ostacolano la capacità di pianificazione e di preparazione dei pasti.

Dalla bibliografia a disposizione è emerso che la sedentarietà è negativamente associata alla funzione cognitiva, alla depressione, al funzionamento personale e al grado di disabilità, nonché a diversi problemi di salute, ad esempio malattie cardiovascolari e diabete (49).

L'attività fisica è una componente fondamentale per il raggiungimento del benessere psicofisico, in quanto, determina un miglioramento della composizione corporea, una riduzione del rischio metabolico e cardiovascolare, riducendo anche l'esperienza negativa di malattia. Il calo ponderale, infatti, può determinare effetti positivi sul benessere globale, soprattutto se mantenuto nel tempo. È stato dimostrato, inoltre, che adottare una dieta salutare e svolgere attività fisica è efficace non solo nel ridurre il peso corporeo e il rischio cardiovascolare, ma anche nel migliorare la salute mentale (38). Diversi studi ribadiscono l'importanza di adottare programmi di intervento che comprendano sessioni di attività fisica, sia individuali che di gruppo, un programma alimentare e di educazione all'alimentazione ed attività di supporto ed educazione sulla propria patologia. Attraverso le modifiche del comportamento, infatti, è stato dimostrato che le abitudini possono essere ristrutturare e riprogrammate. Accanto a programmi di educazione al mantenimento di uno stile di vita salutare, può essere utile un trattamento psicoterapico mirato a ridurre il distress psicologico dei pazienti. La psicoterapia, inoltre, sembra facilitare la consapevolezza ed accettazione delle proprie esperienze, della malattia e anche della necessità di trattamento.

L'infermiere si pone come obiettivo la prevenzione della sindrome metabolica attraverso l'informazione ed educazione del paziente a stili di vita più funzionali. Si tratta della figura maggiormente rappresentata all'interno dei servizi di salute mentale, la quale garantisce la maggior parte dell'assistenza diretta al paziente, costituisce l'interfaccia principale tra i pazienti ed il sistema sanitario ed è in grado di fornire un'assistenza di tipo olistico a coloro affetti da disturbi mentali. Infatti, facilita l'accesso ad interventi per la salute, allo screening e al monitoraggio di problemi psicofisici, promuove attività di salute riguardanti abitudini alimentari sane, il fumo e l'uso di sostanze illecite, oltre alla possibilità di fornire un counseling mirato sullo stile di vita. Data la complessità del ruolo, è necessario il training e la supervisione continua, per migliorare la conoscenza e, di conseguenza, offrire un'assistenza adeguata ed aggiornata. Questa necessità è percepita dagli stessi infermieri che operano in salute mentale, che richiedono la possibilità di ulteriore istruzione e supporto (39).

3.2 Limiti dello studio

La presente revisione della letteratura ha evidenziato l'impatto che il disturbo mentale grave ha sulla salute fisica dei soggetti che ne soffrono e l'interdipendenza tra salute fisica e mentale. Tuttavia sono stati individuati dei limiti:

- La scarsa reperibilità di fonti pubblicate negli ultimi cinque anni ha reso necessario l'ampliamento del filtro temporale includendo nella ricerca alcune pubblicazioni meno recenti (dieci anni)
- L'iniziale strategia di recupero della letteratura, basata sulla lettura dell'abstract e del titolo, potrebbe aver escluso altri studi pertinenti all'argomento

3.3 Significatività dei risultati

Si ritiene che la presente revisione di letteratura possa avere un riscontro significativo nella pratica infermieristica quotidiana dal momento che spesso la patologia psichiatrica e le sue manifestazioni risultano altamente impattanti in ogni aspetto di vita del paziente ma altrettanto spesso la salute fisica della persona viene sottovalutata e gestita meno efficacemente di quella psichica. Il presente elaborato vuole ricordare l'importanza di un approccio assistenziale olistico riportando l'attenzione anche sulla salute fisica, specialmente in questi soggetti, proponendo degli interventi strutturati e mirati alla prevenzione e al miglioramento delle loro condizioni fisiche.

3.4 Conclusioni

La salute mentale rappresenta uno delle variabili che permettono il raggiungimento ed il mantenimento della salute, come dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (63). Nell'ultimo decennio, nella popolazione generale, si è verificato un aumento significativo dell'incidenza dei disturbi psichiatrici (64) e di altre problematiche secondarie ad essi. Fra tutte, è stata presa in considerazione la sindrome metabolica, che contribuisce al peggioramento della qualità e alla riduzione dell'aspettativa di vita.

Essendo una condizione multifattoriale, esistono diversi approcci terapeutici, principalmente quello farmacologico, a cui dovrebbe essere affiancato un approccio di tipo comportamentale, volto al mantenimento di stili di vita salutari.

Il trattamento farmacologico si è dimostrato efficace nel contenere e migliorare i sintomi di malattia, il tasso di suicidi ed i ricoveri ospedalieri. Tuttavia, si è potuto osservare che la terapia con antipsicotici tipici ed atipici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore favorisce l'instaurarsi di complicanze metaboliche e cardiovascolari, dovute principalmente al cambiamento dell'assetto metabolico, del senso di sazietà e del peso corporeo provocato dall'assunzione di questi farmaci.

Ma il disturbo mentale grave comporta una modifica peggiorativa dello stile di vita e l'adozione di comportamenti dannosi per la salute da parte del paziente, ad esempio il consumo eccessivo di cibo, l'abuso di alcol e sostanze ed il tabagismo, spesso impiegati come erronei meccanismi di coping e automedicazione. Si ritiene quindi necessaria la promozione e l'implementazione di programmi strutturati ed integrati, mirati al recupero non solo in termini di compenso psicopatologico della persona ma anche di mantenimento di stili di vita salutari. Per la progettazione e l'attuazione di questi programmi è necessaria una visione globale del paziente, visione che è definita nell'approccio olistico che caratterizza la professione infermieristica.

Infatti, una delle peculiarità del ruolo dell'infermiere è proprio la vicinanza fisica ed emotiva al paziente che, associata alla conoscenza e alle abilità tecnico-pratiche, garantisce l'assistenza diretta al paziente in maniera aggiornata e professionale.

Per questo motivo è possibile affermare che quella dell'infermiere sia la figura professionale più indicata per la presa in carico del paziente psichiatrico negli aspetti di promozione della salute, motivazione al cambiamento e supporto durante l'intero percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Osama Abo Alrob, Sayer Alazzam, Karem Alzoubi, Mohammad B. Nusair, Haneen Amawi, Reema Karasneh, Abeer Rababa'h and Mohammad Nammas. The Effect of Long-Term Second-Generation Antipsychotics Use on the Metabolic Syndrome Parameters in Jordanian Population. *Med* 2019. 28 giugno 2019;55(320):1–10.
2. Khaled A. Alswat, Abdullah K. Alnemari, Ibrahim Alghamdi, Alhanouf Abdullah, Almalki, Bandar Al-thomali, Talal Mahfouz. Prevalence of Metabolic Syndrome in the Hospitalized Psychiatric Patients. *Med Arch*. dicembre 2017;6(71):412–6.
3. Gail L. Daumit, M.D., M.H.S., Faith B. Dickerson, Ph.D., M.P.H., Nae-Yuh Wang, Ph.D., Arlene Dalcin, R.D., Gerald J. Jerome, Ph.D., Cheryl A.M. Anderson, Ph.D., Deborah R. Young, Ph.D., Kevin D. Frick, Ph.D., Airong Yu, M.S., Joseph V. Gennusa III, Ph.D., R.D., L.D.N., Meghan Oefinger, B.S., Rosa M. Crum, M.D., M.H.S., Jeanne Charleston, R.N., Sarah S. Casagrande, Ph.D., Eliseo Guallar, M.D., Dr.P.H., M.P.H., Richard W. Goldberg, Ph.D., et al. A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness. *N Engl J Med*. 25 aprile 2013;17(368):1594–602.
4. Richard IG Holt, Daniel Hind, Rebecca Gossage-Worrall, Michael J Bradburn, David Saxon, Paul McCrone, Tiyi A Morris, Angela Etherington, David Shiers, Katharine Barnard, Lizzie Swaby, Charlotte Edwardson, Marian E Carey, Melanie J Davies, Christopher M Dickens, Yvonne Doherty, Paul French, Kathryn E Greenwood, Sridevi Kalidindi, Kamlesh Khunti, Richard Laugharne, John Pendlebury, Shanaya Rathod, Najma Siddiqi, Stephen Wright, et al. Structured lifestyle education to support weight loss for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first episode psychosis: the STEPWISE RCT. *Health Technol Assess*. novembre 2018;22(65):1–195.
5. John A. Naslund, Kelly A. Aschbrenner, Sarah I. Pratt, Matthew C. Lohman, Emily A. Scherer, Gregory J. McHugo, Lisa A. Marsch, Jürgen Unützer and Stephen J. Bartels. Association Between Cardiovascular Risk and Depressive

- Symptoms Among People with Serious Mental Illness. *J Nerv Ment Dis.* 1 agosto 2017;8(205):634–40.
6. McAllister S. & McCrae N. The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017;
 7. Mwebe Herbert. Physical health monitoring in mental health settings: a study exploring mental health nurses' views of their role. *J Clin Nurs.* 2017;19–20(26):3067–8.
 8. Marian I. Zegwaard, Marja J. Aartsen, Mieke HF Grypdonck and Pim Cuijpers. Trust: an essential condition in the application of a caregiver support intervention in nursing practice. *BioMed Cent Psychiatry.* 2 febbraio 2017;1–10.
 9. Giovanni de Girolamo, Matteo Rocchetti, Ilaria Maria Antonietta Benzi, Sara Agosta, Letizia Casiraghi,, Clarissa Ferrari, Nicola De Franceschi, Ambra Macis, Silvia Pogliaghi and Fabrizio Starace. DAily time use, Physical Activity, quality of care and interpersonal relationships in patients with Schizophrenia spectrum disorders (DiAPASon): an Italian multicentre study. *BioMed Cent Psychiatry.* 8 giugno 2020;20(287):1–12.
 10. Adam Wichniak, Dominika Dudek, Janusz Heitzman, Agnieszka Kapłan-Cieślicka, Artur Mamcarz, Jerzy Samochowiec,, Agata Szulc, Przemysław Bieńkowski. Metabolic risk reduction in patients with schizophrenia treated with antipsychotics: recommendations of the Polish Psychiatric Association. *Psychiatr Pol.* giugno 2019;53(6):1191–218.
 11. Bobbi Jo H. Yarborough, Scott P. Stumbo, Julie A. Cavese, Micah T. Yarborough, and Carla A. Green. Patient perspectives on how living with a mental illness affects making and maintaining healthy lifestyle changes. *Patient Educ Couns.* 1 febbraio 2020;102(2):346–51.
 12. Tzipi Buchman-Wildbaum, Enikő Váradi, Ágoston Schmelowszky, Mark.D. Griffith,, Zsolt Demetrovics, Róbert Urbán. Targeting the problem of treatment

non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res.* 28 maggio 2020;290:1–8.

13. Sharea Ijaz, Blanca Bolea, Simon Davies, Jelena Savović, Alison Richards, Sarah Sullivan and Paul Moran. Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. *BioMed Cent Psychiatry.* 3 settembre 2018;18(275):1–13.
14. Marjut Blomqvist, Andreas Ivarsson, Ing-Marie Carlsson, , Anna Sandgren & Henrika Jormfeldt. Health Effects of an Individualized Lifestyle Intervention for People with Psychotic Disorders in Psychiatric Outpatient Services: A Two Year Follow-up. *Issues Ment Health Nurs.* 8 agosto 2019;40(10):839–50.
15. Fernanda Pedrotti Moreira, Karen Jansen, Taiane de A. Cardoso, Thaíse C. Mondin, Pedro V., Magalhaães, Flavio Kapczynski, Luciano D.M. Souza, Ricardo A. da Silva, Jean Pierre Oses,, Carolina D. Wiener. Metabolic syndrome and psychiatric disorders: a population-based study. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(1):38–43.
16. Dolly Sud, Ian Maidment, Eleanor Bradley, Jonathan Tritter. The experiences of the caring dyad: (Un)articulated realities of living with cardiometabolic risk, metabolic syndrome and related diseases in severe mental illness. *Health Expect.* 14 luglio 2021;(24):1821–32.
17. Lynda H. Powell, Bradley M. Appelhans, Jennifer Ventrelle, Kelly Karavolos, Michelle L. March, Jason C. Ong, Stephanie L. Fitzpatrick, Patricia Normand, Rebecca Dawar, and Rasa Kazlauskaitė. Development of a Lifestyle Intervention for the Metabolic Syndrome: Discovery through Proof-of-Concept. *Health Psychol.* 1 ottobre 2019;37(10):929–39.
18. Cyrus S. H. Ho, Melvyn W. B. Zhang, Anselm Mak & Roger C. M. Ho. Metabolic syndrome in psychiatry: advances in understanding and management. *Adv Psychiatr Treat.* 2014;20:101–12.
19. Elena Bonfioli, Loretta Berti, Claudia Goss, Francesca Muraro and Lorenzo Burti. Health promotion lifestyle interventions for weight management in

psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BioMed Cent Psychiatry*. 12 luglio 2012;12(78):1–12.

20. N. F. Hempler, R. A. S. Pals, L. Pedersbæk and P. DeCosta. Barriers and facilitators of effective health education targeting people with mental illness: a theory-based ethnographic study. *BioMed Cent Psychiatry*. 30 ottobre 2018;18(353):1–10.
21. Hanife Kocakaya, Emrah Songur, Sedat Batmaz, Zekiye C,elikbas,, Onder Kuc,uk. Impact of metabolic syndrome and clinical features on functioning in patients with bipolar disorder: a cross-sectional study. *Braz J Psychiatry*. 16 marzo 2020;42(4):373–81.
22. C. D. Rethorst, D. Leonard, C. E. Barlow, B. L. Willis, M. H. Trivedi, and L. F. DeFina. Effects of depression, metabolic syndrome, and cardiorespiratory fitness on mortality: results from the Cooper Center Longitudinal Study. *Psychol Med*. 9 luglio 2018;47(14):2414–20.
23. Jeroen Deenik, Diederik E. Tenback, Erwin C.P.M. Tak, Femke Rutters,, Ingrid J.M. Hendriksen, Peter N. van Harten. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophr Res*. 25 luglio 2018;204:360–7.
24. American Diabetes Association, American Psychiatric Association,, American Association of Clinical Endocrinologists, and North American Association for the Study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Obes Res*. febbraio 2004;12(2):362–8.
25. Christina Mangurian, Aishat Giwa, Erin Brosey, Martha Shumway, James Dille, Elena Fuentes-Afflick, Eliseo J. Pe´rez-Stable, and Dean Schillinger. Opinions of Primary Care Clinicians and Psychiatrists on Monitoring the Metabolic Effects of Antipsychotics. *J Am Board Fam Med*. giugno 2019;32(3):418–23.
26. Davy Vancampfort, Andrew Watkins, Philip B. Ward, Michel Probst,, Marc De Hert, Tine Van Damme, James Mugisha. Barriers, attitudes, confidence, and

knowledge of nurses regarding metabolic health screening and intervention in people with mental illness: a pilot study from Uganda. *Afr Health Sci.* settembre 2019;19(3):2546–54.

27. Anne Looijmans, Frederike Jörg, Richard Bruggeman, Robert A. Schoevers and Eva Corpeleijn. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BioMed Cent Psychiatry.* 2019;19(339):1–12.
28. John A. Naslund, Kelly A. Aschbrenner, Emily A. Scherer, Sarah I. Pratt, Rosemarie S. Wolfe, and Stephen J. Bartels. Lifestyle Intervention for People With Severe Obesity and Serious Mental Illness. *Am J Prev Med.* 1 febbraio 2017;50(2):1–14.
29. Agnes Tully, Siobhan Smyth, Yvonne Conway, John Geddes, Declan Devane, John P Kelly, Fionnuala Jordan. Interventions for the management of obesity in people with bipolar disorder (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):1–35.
30. Eva Tseng, Arlene T. Dalcin, Gerald J. Jerome, Joseph V. Gennusa, Stacy Goldsholl, Courtney Cook, Lawrence J. Appel, Nisa M. Maruthur, Gail L. Daumit, and Nae-Yuh Wang. Effect of a Behavioral Weight Loss Intervention in People With Serious Mental Illness and Diabetes. *Diabetes Care.* 21 gennaio 2019;42:804–9.
31. John A. Naslund, Kelly A. Aschbrenner, Lisa A. Marsch, Gregory J. McHugo, and Stephen J. Bartels. Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: An Exploratory Study. *Psychiatr Q.* 1 marzo 2019;89(1):81–94.
32. Berhe W. Sahle, Monique Breslin, Kristy Sanderson, George Patton, Terence Dwyer, Alison Venn and, Seana Gall. Association between depression, anxiety and weight change in young adults. *BioMed Cent Psychiatry.* 16 dicembre 2019;19(398):1–12.

33. Laura R. Magni, Clarissa Ferrari, Giuseppe Rossi, Elena Staffieri, Aldo Uberti, Dario Lamonaca, Ileana Boggian, Silvia Merlin, Giuseppe Primerano, Alessandra Mombrini, Roberto Poli,⁵ Francesco M. Saviotti, Maria T. Caldera, Luciana Zanotti, Roberta Rossi. Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs. *Rev Bras Psiquiatr.* 13 marzo 2017;39(3):244–51.
34. Roser Masa Font, Maria Isabel Fernández Sanmartín, Luis Miguel Martín López, Noemí Olona Tabueña, Sílvia Oller Canet, Luisa San Emeterio Echevarría, Montserrat Ibarra Jato, Belén Díaz Mújica, Susana González Tejón, Lidia Viñas Cabrera, Celia Tajada Vitales, Antonio Manuel Alba Muñoz, Rosa Sanchís Catalán, et al. The Effectiveness of a Program of Physical Activity and Diet to Modify Cardiovascular Risk Factors in Patients with Severe Mental Illness (CAlPiCOR Study). *Int Arch Med.* 2015;8(97).
35. Sophia Colombari Figueroa, Lisa G. Rosas, Randall S. Stafford, Catherine A. Heaney. The effect of a behavioral weight-loss intervention on depressive symptoms among Latino immigrants in a randomized controlled trial. *J Immigr Minor Health.* 1 ottobre 2019;20(5):1182–9.
36. Núria Mallorquí-Bagué, María Lozano-Madrid, Cristina Vintró-Alcaraz, Laura Forcano, Andrés Díaz-López, Ana Galera, Rebeca Fernández-Carrión, Roser Granero, Susana Jiménez-Murcia, Dolores Corella, Xavier Pintó, Aida Cuenca-Royo, Mònica Bulló, Jordi Salas-Salvadó, Rafael de la Torre, Fernando Fernández-Aranda. Effects of a psychosocial intervention at one-year follow-up in a PREDIMED-plus sample with obesity and metabolic syndrome. *Sci Rep.* 28 aprile 2021;11(9144):1–12.
37. Tilahun Nigatu Haregu, John Tayu Lee, Brian Oldenburg, Gregory Armstrong. Comorbid Depression and Obesity: Correlates and Synergistic Association With Noncommunicable Diseases Among Australian Men. *Prev Chronic Dis.* luglio 2020;17(51):1–13.
38. Laura Micheli, Manuela Ceccarelli, Giorgio D'Andrea, Felice Tirone. Depression and adult neurogenesis: Positive effects of the antidepressant

fluoxetine and of physical exercise. *Brain Res Bull.* 17 settembre 2018;143:181–93.

39. Alexandra Burton, David Osborn, Lou Atkins, Susan Michie, Ben Gray,, Fiona Stevenson, Hazel Gilbert, Kate Walters. Lowering Cardiovascular Disease Risk for People with Severe Mental Illnesses in Primary Care: A Focus Group Study. *PLOS One.* 28 agosto 2015;10(8):1–16.
40. Marc De Hert, Christoph U. Correll, Julio Bobes, Marcelo Cetkovich-Bakmas, Dan Cohen, Itsuo Asai, Johan Detraux, Shiv Gautam, Hans-Jurgen Möller, David M. Ndetei,, John W. Newcomer, Richard Uwakwe, Stefan Leucht. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* febbraio 2011;10(1):52–77.
41. Anne Looijmans, Annemarie P M Stiekema, Richard Bruggeman, Lisette Van der Meere, Ronald P Stolke, Robert A Schoevers, Frederike Jorg, Eva Corpeleijn. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: cluster randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2017;211:296–303.
42. Sumiko Matsuoka. Recovery-oriented nursing care based on cultural sensitivity in community psychiatric nursing. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30:563–73.
43. Jesús López-Torres Hidalgo and the DEP-EXERCISE Group. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. *BioMed Cent Psychiatry.* 14 gennaio 2019;19(21):1–7.
44. Rebecca Martland, Scott Teasdale, Robin M. Murray, Poonam Gardner-Sood, Shubulade Smith, Khalida Ismail, Zerrin Atakan, Kathryn Greenwood, Brendon Stubbs,, and Fiona Gaughran. Dietary intake, physical activity and sedentary behaviour patterns in a sample with established psychosis and associations with mental health symptomatology. *Psychol Med.* 15 luglio 2021;1(11):1–11.

45. Julie Williams, Brendon Stubbs, Sol Richardson, Cathy Flower, Lucy Barr-Hamilton, Barbara Grey,, Kathryn Hubbard, Gilda Spaducci, Fiona Gaughran and Tom Craig. 'Walk this way': results from a pilot randomised controlled trial of a health coaching intervention to reduce sedentary behaviour and increase physical activity in people with serious mental illness. *BioMed Cent Psychiatry*. 18 settembre 2019;19(287):1–10.
46. Samantha M. Hack, Anjana Muralidharan, Clayton H. Brown, Amy L. Drapalski, Alicia A. Lucksted. Stigma and Discrimination as Correlates of Mental Health Treatment Engagement among Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatr Rehabil J*. 1 giugno 2021;43(2):106–10.
47. Hanna Konttinen, Tatjana van Strien, Satu Männistö, Pekka Jousilahti and Ari Haukkala. Depression, emotional eating and longterm weight changes: a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 20 marzo 2019;16(28):1–11.
48. Tamara Sori'c, Mladen Mavar and Ivana Rumbak. The Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet on Metabolic Syndrome in Hospitalized Schizophrenic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 4 dicembre 2019;11(2950):1–16.
49. Travis J. Saunders, Travis McIsaac, Kevin Douillette, Nick Gaulton, Stephen Hunter, Ryan E. Rhodes, Stephanie A. Prince, Valerie Carson, Jean-Philippe Chaput, Sebastien Chastin, Lora Giangregorio, Ian Janssen, Peter T. Katzmarzyk, Michelle E. Kho, Veronica J. Poitras, Kenneth E. Powell, Robert Ross,, Amanda Ross-White, Mark S. Tremblay, and Genevieve N. Healy. Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab*. 14 luglio 2020;45:197–217.
50. Anjana Muralidharan, Noosha Niv, Clayton H. Brown, Tanya T. Olmos-Ochoa, Li Juan Fang, Amy N. Cohen, Julie Kreyenbuhl, Rebecca S. Oberman,, Richard W. Goldberg, Alexander S. Young. Impact of Online Weight Management With Peer Coaching on Physical Activity Levels of Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. ottobre 2018;69:1062–8.

51. Christian Imboden, Markus Gerber, Johannes Beck, Edith Holsboer-Trachsler,, Uwe Pühse, Martin Hatzinger. Aerobic exercise or stretching as add-on to inpatient treatment of depression: Similar antidepressant effects on depressive symptoms and larger effects on working memory for aerobic exercise alone. *J Affect Disord.* 18 luglio 2020;276:866–76.
52. Jacob Meyer, Cillian McDowell, Jeni Lansing, Cassandra Brower, Lee Smith,, Mark Tully and Matthew Herring. Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with Mental Health in 3052 US Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 5 settembre 2020;17(6469):1–13.
53. Michelle Cleary, Toby Raeburn, Sancia West, Phil Escott and Violeta Lopez. Two approaches, one goal: How mental health registered nurses' perceive their role and the role of peer support workers in facilitating consumer decision-making. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27:1212–8.
54. A narrative review of metabolic monitoring of adult prescribed second-generation antipsychotics for severe mental illness. *Clin Epidemiol Glob Health.* 21 marzo 2022;15:1–8.
55. Paul H. Lysaker, Chloe Tunze, Philip T. Yanos, David Roe, Jamie Ringer, and Kevin Rand. Relationships between stereotyped beliefs about mental illness, discrimination experiences, and distressed mood over 1 year among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 13 giugno 2013;47(6):849–55.
56. Bert-Jan Roosenschoon, Astrid M. Kamperman, Mathijs L. Deen, Jaap, van Weeghel, Cornelis L. Mulde. Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLOS One.* 18 settembre 2019;14(9):1–14.
57. The nurse consultant in mental health services: a national, mixed methods study of an advanced practice role. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* giugno 2019;26(5–6):117–30.

58. Julia Terry. «In the middle»: A qualitative study of talk about mental health nursing roles and work. *Int J Ment Health Nurs.* giugno 2020;29(3):414–26.
59. Gading Ekapuja Aurizki, Ian Wilson. Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 20 febbraio 2022;
60. Daniel Bressington, Ashish Badnapurkar, Sachiko Inoue, Hin Yeung Ma, Wai Tong Chien, Deborah Nelson and Richard Gray. Physical Health Care for People with Severe Mental Illness: the Attitudes, Practices, and Training Needs of Nurses in Three Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 15 febbraio 2018;15(343):1–14.
61. Johanna Salberg, Lisa Ekselius, Timo Hursti and Caisa Oster. Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;
62. Matthew J. Leach, Martin Jones, Dan Bressington, Adrian Jones, Fiona Nolan, Kuda Muyambi, Marianne Gillam and Richard Gray. The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a systematic review. *Syst Rev.* 17 febbraio 2020;9(35):1–8.
63. Che cos'è la salute mentale [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
64. I Disturbi Mentali nel Mondo - Fondazione Emilia Bosis [Internet]. 2019. Disponibile su: <https://www.fondazionebasis.it/i-disturbi-mentali-nel-mondo/>

ALLEGATI

Allegato 1: Rappresentazione sintetica dei contenuti degli studi analizzati

ARTICOLO	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto di studio	Risultati
Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis Roosenschoon et al. 2019, PLOS ONE	Analisi trasversale	Analizzare il rapporto tra insight, aderenza alla terapia, dipendenza e supporto sociale come determinanti della guarigione in pazienti con disturbi mentali gravi	187 pazienti affetti da disturbi psicotici o psicoaffettivi con o senza abuso di sostanze e disturbi di personalità, tra i 18 e 65 anni, seguiti presso i servizi territoriali di salute mentale	Sono state organizzate delle interviste con i pazienti e i loro medici, assistenti ricercatori raccoglievano i informazioni socio-demografiche e diagnostiche, successivamente analizzate trasversalmente e convalidate	Il coping potrebbe essere una determinante della guarigione funzionale, clinica e personale, mentre il supporto sociale è una determinante della guarigione funzionale. La guarigione clinica sembrerebbe non essere un prerequisito per la guarigione funzionale o personale.
Development of a Lifestyle Intervention for the Metabolic Syndrome: Discovery through Proof-of-Concept Powell et al. 2018, Health Psychology	Modello di verifica	Descrivere le prime fasi di sviluppo di un trattamento sullo stile di vita per le remissione della sindrome metabolica sostenuta nel tempo	26 partecipanti affetti da sindrome metabolica di 53 ± 7 anni reclutati in un contesto sperimentale per determinare la remissione della sindrome metabolica in $\geq 50\%$ dei casi dopo 2,5 anni	Intervento di gruppo sul trattamento dello stile di vita basato su tre componenti (stress, dieta, attività fisica), con una fase intensiva di sei mesi seguita da incontri mensili di mantenimento guidate dai partecipanti all'intervento	La remissione è stata raggiunta nel 53,8% dopo 2,5 anni. Un +15,4% ha riferito di mangiare ≥ 3 porzioni di verdure/die, +7,7% impegnato in ≥ 150 min/settimana di attività fisica moderata-vigorosa e +11,5% ha riferito di non provato depressione nelle ultime 2 settimane. La perdita di peso $\geq 5\%$ è stata raggiunta dal 38,5%, energia, effetto negativo, e il supporto sociale sono migliorati.
Health promotion lifestyle	Revisione sistematica e	Raccogliere e aggiornare le	RCT dal 1990 in poi, che riguardano	5 studi includevano la terapia cognitivo-	I risultati della meta-analisi mostrano un'efficacia verso il

<p>interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials Bonfioli et al. 2012, BMC Psychiatry</p>	<p>meta-analisi di trial clinici randomizzati</p>	<p>evidenze disponibili sull'efficacia di programmi non farmacologici di promozione della salute per pazienti psicotici in studi clinici randomizzati</p>	<p>interventi psicoeducativi e/o cognitivo-comportamentali finalizzati alla perdita di peso o alla prevenzione dell'incremento ponderale nei pazienti con psicosi</p>	<p>comportamentale, 8 includevano interventi psicoeducativi o altri tipi di intervento. 4 studi valutavano interventi individuali, 9 valutavano interventi di gruppo. 4 studi includevano lo svolgimento di attività fisica e 3 includevano un regime dietetico. In tutti gli studi tranne uno, il gruppo di controllo seguito il trattamento usuale e, in alcuni casi, brevi informazioni nutrizionali</p>	<p>gruppo sperimentale. A fine intervento c'è un $-0,98 \text{ kg/m}^2$ dell'IMC medio dei soggetti psicotici. La prevenzione con programmi psicoeducativi individuali che includono la dieta e/o l'attività fisica sembrano avere il massimo impatto</p>
<p>Barriers and facilitators of effective health education targeting people with mental illness: a theory-based ethnographic study Hempler et al. 2018, BMC Psychiatry</p>	<p>Studio etnografico basato sulla teoria</p>	<p>Esaminare barriere e facilitatori di un'educazione sanitaria efficace che si rivolge alle persone con malattie mentali applicando il concetto di flusso come quadro teorico, ovvero all'immersione in un'attività</p>	<p>Osservazione di 16 educatori e di 27 pazienti affetti da malattie mentali</p>	<p>Osservazione delle attività di promozione della salute in diversi contesti di cura, tra cui colloqui informali tra educatori e pazienti coinvolti nelle attività. Le attività di educazione sanitaria includevano colloqui individuali sullo stile di vita, educazione alla salute e sanitaria di gruppo, corsi di cucina, e attività fisica</p>	<p>Le barriere includono il sovraccarico di informazioni, un approccio unico per tutti e comunicazione unidirezionale. Il flusso è stato facilitato quando gli educatori erano attenti alle persone con malattie mentali, quando stimolavano la riflessione attraverso domande aperte, strumenti di comunicazione e in piccoli gruppi</p>

<p>A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness Daumit et al. 2013, The New England Journal of Medicine</p>	<p>Trial clinico randomizzato</p>	<p>Determinare l'efficacia di un intervento comportamentale di perdita di peso personalizzato della durata di 18 mesi negli adulti con gravi malattie mentali</p>	<p>291 adulti sovrappeso od obesi, provenienti da 10 comunità psichiatriche di riabilitazione</p>	<p>I partecipanti al gruppo di intervento hanno ricevuto sessioni personalizzate individuali e di gruppo per la gestione del peso e sessioni di esercizi di gruppo. Il cambiamento di peso è stato valutato a 6, 12 e 18 mesi</p>	<p>La perdita di peso nel gruppo di intervento è aumentata progressivamente durante i 18 mesi e differiva in modo significativo dal gruppo di controllo. A 18 mesi, la differenza media di peso tra i gruppi era di -3,2 kg. Il 37,8% dei partecipanti al gruppo di intervento ha perso > 5% del loro peso iniziale, rispetto al 22,7% di quelli del gruppo di controllo</p>
<p>Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: An Exploratory Study Naslund et al. 2018, Psychiatric Quarterly</p>	<p>Studio esplorativo</p>	<p>Esaminare se Facebook potrebbe supportare un intervento di gruppo basato sullo stile di vita per adulti con gravi malattie mentali</p>	<p>25 soggetti affetti da disturbo mentale grave e concomitante obesità, di età ≥ 21 anni sottoposti a trattamento farmacologico stabile da > 2 mesi</p>	<p>I partecipanti sono stati arruolati in un intervento di gruppo sullo stile di vita della durata di 6 mesi per la perdita di peso, erogato da un centro di salute mentale comunitario. Il programma includeva anche un gruppo segreto di Facebook che consentiva ai partecipanti di sostenersi a vicenda verso il raggiungimento dei loro obiettivi alimentari e di esercizio fisico al di fuori delle sessioni di gruppo settimanali</p>	<p>I partecipanti che hanno ottenuto una perdita di peso $\geq 5\%$ o il miglioramento della forma fisica hanno interagito maggiormente nel gruppo Facebook rispetto a coloro che non lo hanno fatto, quindi Facebook sembra promettente per sostenere il cambiamento del comportamento tra persone con gravi malattie mentali</p>

<p>Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION) Looijmans et al. 2019, BMC Psychiatry</p>	<p>Trial randomizzato controllato</p>	<p>Determinare l'efficacia di un approccio allo stile di vita multimodale per un periodo di 12 mesi, che includa l'utilizzo di uno strumento web per migliorare la salute cardio-metabolica dei pazienti, rispetto a trattamento usuale</p>	<p>27 team di assistenza comunitaria e di comunità protette randomizzate in gruppi di intervento o di controllo, per un totale di 244 pazienti adulti con aumento della circonferenza della vita, BMI o glucosio a digiuno</p>	<p>L'intervento sullo stile di vita multimodale e centrato sul paziente è stato erogato da infermieri di salute mentale. L'intervento comprendeva la dieta e l'esercizio fisico, ma anche tecniche comportamentali, supporto attivo da amici e familiari, gli infermieri si sono concentrati sul coaching del paziente e sulla creazione di un ambiente più sano nel mentale</p>	<p>La differenza di peso corporeo tra gruppo intervento e gruppo controllo è stato - 0,15 cm dopo 6 mesi e - 1,03 cm dopo 12 mesi di intervento, tuttavia, le differenze non erano statisticamente significative. L'intervento ha aumentato i pazienti prontezza a cambiare il comportamento alimentare</p>
<p>Impact of Online Weight Management With Peer Coaching on Physical Activity Levels of Adults With Serious Mental Illness Muralidharan et al. 2018, Psychiatric Services</p>	<p>Analisi qualitativa secondaria</p>	<p>Determinare l'efficacia della gestione del peso tramite peer coaching online (WebMOVE) per aumentare l'attività fisica generale negli adulti con gravi malattie mentali</p>	<p>275 adulti con diagnosi di disturbo mentale grave, BMI ≥ 30 o > 28 con aumento di > 5 kg negli ultimi 3 mesi</p>	<p>MOVE SMI è composto da 8 sessioni individuali di e 16 sessioni di gruppo fornite da un provider di salute mentale per un periodo di 6 mesi. Le sessioni individuali includono la definizione degli obiettivi, la revisione delle abitudini alimentari e di esercizio fisico. WebMOVE è una versione computerizzata di MOVE</p>	<p>Ci sono state differenze significative tra MOVE SMI e cura abituale per l'attività fisica totale a 3 e 6 mesi, per la camminata a 6 mesi e per l'attività fisica vigorosa a 6 mesi. Questi risultati riflettono un declino nell'attività fisica tra i partecipanti alle cure abituali e un aumento dell'attività fisica tra i partecipanti a MOVE SMI o WebMOVE</p>

				SMI, composta da 30 moduli interattivi online (15 per la dieta e 15 per l'attività fisica) che includono informazioni di testo, audio o video, per il monitoraggio dell'attività e del peso e per la definizione degli obiettivi individuali	
Promoting well-being through group drumming with mental health service users and their carers Ascenso et al. 2018, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Studio empirico	Esplorare la misura in cui gli interventi di gruppo di percussioni si traducono in un cambiamento multidimensionale del benessere sia per gli utenti del servizio di salute mentale che per gli erogatori dell'assistenza	39 utenti adulti del servizio di salute mentale, assistenti informali e formali come psicologi e consulenti e partecipanti che si sono identificati sia come pazienti che come caregivers	4 programmi di percussioni di gruppo sono stati forniti per 6 o 10 settimane. Ogni sessione settimanale della durata di 90 minuti è stato guidato da un batterista professionista, assistito da 3 studenti del Royal College of Music. Alla fine di ogni programma, si teneva un concerto informale per amici e familiari presso il R.C.M	Le dimensioni emotive, psicologiche e sociali del benessere sono emerse sia per i pazienti che per i caregivers, attraverso sei temi: effetti fisici piacevoli correlati alla percussione, senso di controllo, realizzazione, impegno, ridefinizione di sé attraverso la consapevolezza di sé, costruzione di un'identità positiva e benessere sociale, attraverso la connessione e le relazioni positive
The effect of a behavioral weight-loss intervention on depressive	Trial controllato randomizzato	Esaminare l'effetto degli interventi comportamentali per la perdita di	207 soggetti ≥ 18 anni con BMI tra 30-55, con > 1 fattore di rischio	Entrambi gli interventi consistevano in 15 sessioni di gruppo e 4 sessioni individuali (fase intensiva	Questo studio ha rilevato che un intervento comportamentale di perdita di peso per gli immigrati latini che comprenda la gestione

<p>symptoms among Latino immigrants in a randomized controlled trial Colombari-Figueroa et al. 2019, Journal of Immigrant and Minority Health</p>		<p>peso sui sintomi di depressione tra la popolazione adulta latina che soffre di obesità</p>	<p>cardiovascolare, identificati come Latini e che ricevano cure primarie al Fairy Oaks Adult Clinic</p>	<p>di 12 mesi) seguita da 3 sessioni di gruppo e 1 sessione individuale (fase di mantenimento di 12 mesi). Quelli randomizzati hanno ricevuto anche 7 visite a domicilio da un operatore sanitario di comunità nel corso di 24 mesi</p>	<p>del caso e il supporto degli operatori sanitari della comunità ha significativamente ridotto i sintomi depressivi rispetto alle cure abituali tra i partecipanti più poveri dopo 24 mesi</p>
<p>Effects of a Weight Loss Program on Metabolic Syndrome, Eating Disorders and Psychological Outcomes: Mediation by Endocannabinoids? Pataky et al. 2018, Obesity Facts</p>	<p>Articolo di ricerca</p>	<p>Valutare gli effetti della perdita di peso sugli endocannabinoidi, parametri cardiometabolici e psicologici, disturbi alimentari e qualità della vita e chiarire il ruolo degli endocannabinoidi nella sindrome metabolica (SM)</p>	<p>114 pazienti con obesità sono stati reclutati presso gli Ospedali Universitari di Ginevra, Servizio di Educazione Terapeutica per le Malattie Croniche, dopo la firma del consenso scritto</p>	<p>Gli endocannabinoidi plasmatici sono stati misurati con la spettrometria di massa, i parametri psicologici, correlati ai disturbi alimentari e alla qualità di vita sono stati valutati mediante questionari auto-riportati, l'attività fisica è stata misurata mediante accelerometro, la valutazione nutrizionale era costituita da un diario alimentare di 3 giorni</p>	<p>Tra coloro che hanno completato il programma, il peso corporeo è diminuito in 35 pazienti, è rimasto stabile in 39 e aumentato in 13 pazienti. Il 75% dei pazienti con SM basale era liberi dalla SM al follow-up e i loro valori plasmatici di N-palmitoiletanolamide (PEA) basale erano significativamente inferiori rispetto ai pazienti con SM persistente. È stata riscontrata un relazione positiva tra PEA e circonferenza della vita, glucosio a digiuno, colesterolo totale, trigliceridi, colesterolo LDL e punteggio di depressione</p>

<p>Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs Magni et al. 2018, Revista Brasileira de Psiquiatria</p>	<p>Studio multicentrico prospettico</p>	<p>Valutare l'efficacia di un intervento basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (Superwellness Program) sull'aumento di peso rispetto a un approccio di trattamento usuale (TAU) in pazienti trattati con antipsicotici e valutare la relazione tra indice di massa corporea (BMI), variazione e variabili cliniche</p>	<p>85 pazienti con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizofreniforme, o schizo-affettivo, in trattamento con farmaci antipsicotici, di età 18 – 65 anni, indice di massa corporea (BMI) > 25 e capacità di dare il consenso informato</p>	<p>Il Superwellness Program (gruppo sperimentale) consisteva in 32 sessioni bisettimanali di 1 ora, condotte contemporaneamente da uno psicologo e da un nutrizionista/infermiere, comprendeva la moderata assunzione di cibo e moderati piani di attività fisica. Le variabili biologiche, cliniche e sociodemografiche sono state raccolte all'inizio, al termine dell'intervento (16 settimane) e dopo 6 mesi</p>	<p>La variazione del BMI rispetto all'inizio differiva significativamente tra il gruppo sperimentale e quello di controllo, con una diminuzione maggiore nel gruppo sperimentale. La durata della malattia ha moderato l'effetto del trattamento sul BMI. Non è stato trovato nessun effetto significativo dell'intervento durante il periodo di follow-up. È interessante notare che l'intervento ha indotto indirettamente una significativa riduzione del rischio metabolico riducendo il BMI</p>
<p>Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Valutare i cambiamenti nel comportamento sedentario, nell'attività fisica, nella salute metabolica e nei sintomi psicotici dopo 18 mesi di</p>	<p>108 pazienti con malattia mentale grave ricoverati in ospedale per almeno un anno, per i quali si avevano a disposizione i dati dell'accelerometro al basale</p>	<p>Il trattamento si basa sul miglioramento di attività quotidiane strutturate, iniziando ogni giorno alzandosi ad un orario preciso, avere tre pasti comuni al giorno e un programma giornaliero attivo composto da attività legate allo sport (ad</p>	<p>Rispetto al trattamento usuale, in cui non sono stati osservati miglioramenti, è stato riscontrato un miglioramento significativo dell'attività totale, dell'attività fisica da moderata a vigorosa, del peso, della circonferenza addominale, della pressione arteriosa sistolica e del colesterolo</p>

Deenik et al. 2018, Schizophrenia Research		Trattamento Multidisciplinare per migliorare lo Stile di Vita per i pazienti ricoverati con malattia mentale grave (MULTI) rispetto al trattamento usuale (TAU) ed il ruolo del cambiamento dell'attività totale		esempio camminare, corsa, yoga), attività legate al lavoro (ad es. giardinaggio), psicoeducazione, formazione e perfezionamento nelle abilità di vita quotidiana. Il contenuto e l'intensità del programma quotidiano sono stati adattati all'unità operativa e ai singoli pazienti	HDL. Non sono stati osservati cambiamenti nei sintomi psicotici
'Walk this way': results from a pilot randomised controlled trial of a health coaching intervention to reduce sedentary behaviour and increase physical activity in people with serious mental illness Williams et al. 2019, BMC Psychiatry	Studio pilota di trial controllato randomizzato	L'obiettivo principale è di stabilire la fattibilità e l'accettabilità dell'intervento, gli obiettivi secondari sono stimare se l'intervento possa ridurre la sedentarietà e aumentare l'attività fisica. Inoltre sono stati raccolti dati sull'impatto del programma sul	40 soggetti con diagnosi di malattia mentale grave, che soddisfino uno dei seguenti criteri come determinato da un case manager: sovrappeso, a rischio o affetti da diabete, avere uno stile di vita sedentario, fumare tabacco. Inoltre devono essere capaci di fornire il	Sono state randomizzate le persone con malattia mentale grave da 3 team comunitari di salute mentale nell'intervento Walk This Way o nel trattamento usuale. L'intervento WTW è durato 17 settimane e ha incluso una sessione iniziale di formazione, coaching ogni 15 giorni, fornitura di contapassi e accesso ad un gruppo di camminata settimanale. Gli obiettivi di	65% dei partecipanti assegnati all'intervento di coaching lo ha completato. Nel gruppo di intervento la sedentarietà è diminuita di 56 minuti e l'attività fisica totale è aumentata di 32 minuti al giorno in media, che è stato sostenuto anche nei 6 mesi successivi. Non ci sono stati cambiamenti dell'attività fisica o della sedentarietà nel gruppo controllo. I risultati preliminari sono stati incoraggianti ma è necessario uno studio più ampio per valutare l'efficacia dell'intervento

		fisico e misure sanitarie relative al rischio cardio-metabolico	consenso informato, di capire l'inglese e avere > 18 anni	sedentarietà ed attività fisica sono stati misurati con accelerometri. Sono stati raccolti fattori di rischio cardio-metabolici e misure di benessere	
Metabolic risk reduction in patients with schizophrenia treated with antipsychotics: recommendations of the Polish Psychiatric Association Wichniak et al. 2019, Psychiatria Polska	Linee guida	Presentare raccomandazioni sulla riduzione del rischio metabolico nei pazienti con schizofrenia trattati con antipsicotici, accettata come una presa di posizione dell'Associazione Polacca di Psichiatria per la gestione di persone affette da schizofrenia in Polonia	/	Le raccomandazioni si sono basate sulle presentazioni preparate e fornite da un gruppo di esperti (psichiatri esperti nel trattamento della schizofrenia, un medico, un farmacista e specialisti di medicina interna) riguardanti le cause dell'aumentato rischio di disordini metabolici in pazienti affetti da schizofrenia, raccomandazioni diagnostiche per la diagnosi precoce di anomalie metaboliche, e raccomandazioni riguardanti il trattamento	Si raccomanda una valutazione di routine del rischio metabolico per la diagnosi precoce dei disturbi metabolici e per monitorare la sicurezza del trattamento con antipsicotici. Ogni paziente deve essere sottoposto a questa valutazione prima dell'inizio del trattamento, dopo 6 e 12 settimane di e almeno una volta all'anno in seguito. Negli uomini e nelle donne affetti da schizofrenia che hanno più di 40 e 50 anni, rispettivamente, è raccomandata una valutazione del rischio cardiovascolare. Inoltre i pazienti devono essere supportati nel sviluppare sane abitudini alimentari, incoraggiati a perseguire un'attività fisica regolare, a smettere di fumare, bere alcolici e usare sostanze psicoattive

<p>Structured lifestyle education to support weight loss for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first episode psychosis: the STEPWISE RCT Holt et al. 2018, Health Technology Assessment</p>	<p>Trial controllato randomizzato</p>	<p>Sviluppare un intervento sullo stile di vita per le persone con un primo episodio psicotico o schizofrenia e valutarne l'efficacia clinica, l'economicità, l'implementazione e l'accettabilità</p>	<p>414 pazienti provenienti da 10 centri di salute mentale comunitari, aventi una diagnosi di primo episodio psicotico, disturbi schizofrenici o schizoaffettivi</p>	<p>4 sessioni educative strutturate di gruppo di 2,5 ore per l'autogestione dello stile di vita strutturato, a distanza di 1 settimana, contatti di supporto multimodali ogni 15 giorni, 3 sessioni di richiamo di gruppo di 2,5 ore a intervalli di 3 mesi. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni scritte standard sullo stile di vita</p>	<p>Dopo 12 mesi, il cambiamento di peso non differiva tra i gruppi, attività fisica, assunzione dietetica e le misure biochimiche sono rimaste invariate. Emoglobina glicata, glucosio a digiuno e profilo lipidico sono rimasti invariati, così come la qualità della vita, i sintomi psichiatrici e la percezione della malattia. Ulteriori ricerche saranno necessarie per definire come dovrebbero essere gestiti il sovrappeso e l'obesità nelle persone con schizofrenia</p>
<p>Effect of a Behavioral Weight Loss Intervention in People With Serious Mental Illness and Diabetes Tseng et al. 2019, Diabetes care</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Valutare l'efficacia di una perdita di peso mediante un intervento comportamentale tra i partecipanti con malattia mentale grave con e senza diabete</p>	<p>291 partecipanti al programma ACHIEVE provenienti da una delle 10 comunità ambulatoriali di riabilitazione psichiatrica nel Maryland o dalle loro cliniche ambulatoriali di salute mentale affiliate</p>	<p>È stata valutata e confrontata la variazione di peso dalla misurazione basale a 18 mesi nei partecipanti con e senza diabete utilizzando un modello longitudinale a effetti misti</p>	<p>I partecipanti diabetici avevano maggiori probabilità di assumere antipsicotici. A 18 mesi, i partecipanti diabetici del gruppo di controllo con hanno perso 1,2 libbre di peso corporeo rispetto a 0,8 libbre tra quelli senza diabete. Nel gruppo di intervento, i partecipanti con diabete hanno perso 13,7 libbre del loro peso corporeo iniziale rispetto a 5,4 libbre per quelli senza diabete. Tuttavia, la differenza tra i gruppi</p>

					negli effetti dell'intervento era statisticamente non significativa
Risk Factors of Metabolic Syndrome in Community-Dwelling People with Schizophrenia Jung Sun, Heui Jang 2020, International Journal of Environmental Research and Public Health	Studio descrittivo trasversale	Identificare la prevalenza e i fattori di rischio della sindrome metabolica nelle persone affette da schizofrenia che vivono in comunità e per stabilire una base per lo sviluppo di programmi di prevenzione e gestione guidati da infermieri mirati alla sindrome metabolica presso i centri di salute mentale della comunità in futuro	100 individui che abbiano ricevuto diagnosi di schizofrenia, essere registrati presso centri di assistenza sanitaria mentale, strutture di riabilitazione professionale, di riabilitazione diurna o centri di rientro, essere di età compresa tra 18 e 65 anni, senza difficoltà di comunicazione e cooperazione, in grado di comprendere il questionario ed essere in grado di comunicare verbalmente e non	I dati inclusi erano caratteristiche generali e correlate alla malattia, test diagnostici per sindrome metabolica, stili di vita, depressione e supporto sociale. La prevalenza della sindrome metabolica è stata 42.0%. Indice di massa corporea più elevato e depressione sono stati associati a maggiori rischi di sindrome metabolica, mentre l'attività fisica e il controllo del peso, abitudini alimentari e gestione dei farmaci e della salute sono stati associati a rischi più bassi	Gli infermieri di salute mentale devono riconoscere l'alta prevalenza della sindrome metabolica nelle persone con schizofrenia e fornire programmi di miglioramento dello stile di vita differenziati e personalizzati in base all'indice di massa corporea e stato di depressione di ogni persona con schizofrenia. Inoltre, dovrebbero essere sviluppati programmi completi per il miglioramento dello stile di vita e servizi di esami sanitari ai quali le persone con schizofrenia possano facilmente aderire
The Effect of Long-Term Second-Generation	Studio retrospettivo	Determinare l'incidenza della sindrome	91 pazienti adulti (età ≥ 18 anni), che abbiano assunto	Sono state raccolti dati demografici dei pazienti ed informazioni cliniche	Al 72% dei pazienti è stata diagnosticata la schizofrenia. Sei mesi dopo l'assunzione della

<p>Antipsychotics Use on the Metabolic Syndrome Parameters in Jordanian Population Abo Alrob et al. 2019, Medicina</p>		<p>metabolica in pazienti trattati con antipsicotici di seconda generazione (SGA).</p>	<p>uno SGA per almeno sei mesi e che dispongano di documentazione elettronica per il follow-up, visite ed esami di laboratorio</p>	<p>rilevanti. I risultati dei test di laboratorio precedenti all'avvio dell'SGA e dopo sei mesi di uso continuo dello stesso sono stati raccolti. I test di laboratorio includevano: HDL, trigliceridi, glicemia a digiuno, e pressione sanguigna. Le misure di circonferenza della vita non erano disponibili; pertanto, il BMI è stato valutato come alternativa</p>	<p>SGA, il 44% dei pazienti ha manifestato un'elevata pressione sistolica, il 54,9% ha avuto un aumento dei trigliceridi e il 31,9% aveva livelli di glucosio alterati. Prima di iniziare la terapia SGA, il 14,3% dei pazienti aveva la sindrome metabolica, mentre il 37,4% aveva la sindrome metabolica dopo sei mesi di trattamento, più prominente nei maschi rispetto alle pazienti di sesso femminile</p>
<p>Prevalence of Metabolic Syndrome in the Hospitalized Psychiatric Patients Alswat et al. 2017, Medical Archives</p>	<p>Studio trasversale</p>	<p>L'obiettivo primario dello studio è valutare la prevalenza della sindrome metabolica e la sua relazione con le modalità di trattamento e la diagnosi psichiatrica</p>	<p>313 pazienti ospedalizzati di sesso maschile e femminile che avevano > 18 anni e che sono stati ammessi al servizio di degenza</p>	<p>I ricercatori hanno raccolto dati personali, diagnosi di ammissione, storia medica pregressa ed informazioni sui farmaci, dati sulla durata della malattia psichiatrica e sull'abuso di sostanze, ma anche dati sull'esercizio fisico e sull'immagine di sé. È stata rilevata la circonferenza della vita, peso ed altezza di ogni paziente, calcolandone il BMI. Sono stati raccolti</p>	<p>Rispetto ai soggetti senza sindrome metabolica, quelli con sindrome metabolica hanno maggiori probabilità di avere BMI, circonferenza della vita e pressione sistolica più alte, di soffrire di diabete, ipertensione e iperlipidemia, affrontare ricoveri ospedalieri più lunghi, di riportare uno stile di vita sedentario, di consumare bibite analcoliche su base giornaliera e di essere fumatori attivi</p>

				Abbiamo raccolto i dati di laboratorio tra cui glicemia a digiuno, trigliceridi, colesterolo HDL, LDL e totale	
Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews Ijaz et al. 2018, BMC Psychiatry	Revisione di revisioni sistematiche	Valutare le evidenze sull'associazione tra sindrome metabolica (diabete, ipertensione e iperlipidemia) ed esposizione a polifarmacoterapia antipsicotica nella schizofrenia	Sono state incluse 12 revisioni sistematiche, che studiavano l'associazione della polifarmacoterapia antipsicotica nella schizofrenia con ipertensione, diabete, o iperlipidemia	Sono state incluse revisioni sistematiche che hanno riportato un'indagine sull'associazione tra polifarmacoterapia e sindrome metabolica (diabete, ipertensione o iperlipidemia) in adulti con schizofrenia. 5 database (Medline, Embase, Cochrane, PsychInfo e Web of Science) sono stati cercati dall'inizio fino a Febbraio 2017 per individuare le revisioni pertinenti, utilizzando un filtro di revisione sistematica	È stato riscontrato un possibile effetto protettivo delle combinazioni di farmaci tra cui aripiprazolo per il diabete e le iperlipidemie, rispetto ad altre combinazioni e/o monoterapia. Solo una revisione ha riportato l'associazione tra polifarmacoterapia ed ipertensione. Le combinazioni di farmaci più frequentemente riportate includevano clozapina, che probabilmente rappresentava un campione di pazienti con malattia resistente al trattamento