



Salute mentale e diseguaglianze: eccesso di mortalità dei pazienti torinesi ricoverati per schizofrenia

**Federica Vigna-Taglianti, Romeo Brambilla, Roberto Diecidue,
Giuseppe Tibaldi, Gian Luca Cuomo, Giuseppe Costa**

**Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino
Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Regione Piemonte**



Patologie psichiatriche e mortalità

- I tassi di mortalità tra i pazienti psichiatrici sono 2-3 volte superiori e l'aspettativa di vita è di 10-25 anni inferiore rispetto alla popolazione generale

Saha 2007, Tiihonen 2009, Hoang 2011, Crump 2013

- La mortalità per suicidio e cause non naturali è particolarmente frequente tra le persone affette da schizofrenia (circa 1/3 dei decessi)

Harris 1997, Osborn 2007, Brown 2010, Bushe 2010

Mortalità dopo il ricovero ospedaliero

- Diversi studi hanno osservato un rischio particolarmente elevato di mortalità per cause non naturali durante i primi due anni dalla dimissione ospedaliera

Mortensen 1993, Hansen 1997, Black 1998a, Black 1998b, Park 2012

- Studi condotti in Italia hanno mostrato tassi di mortalità elevati per cause non naturali tra i pazienti psichiatrici nei primi anni dopo la presa in carico presso i servizi territoriali, cui segue una stabilizzazione nel lungo periodo

Amaddeo 1995, Politi 2002, Meloni 2006

Possibili spiegazioni

- elevata prevalenza di comportamenti a rischio
 - fumo di sigaretta, alcol e uso di sostanze;
 - scarso esercizio fisico e dieta scorretta;
- deprivazione sociale;
- difficoltà nel cercare assistenza, nel restare nel percorso terapeutico, e scarsa compliance alla terapia;
- effetti avversi dei trattamenti farmacologici.

Sims 1987, McCreadie 2003, Melkersson 2004, Weinmann 2009, Beary 2012

 **AUMENTO DEL BMI, OBESITÀ, DIABETE,
SINDROME METABOLICA ED EVENTI CARDIACI**

Newcomer 2007, Saha 2007, Patel 2009, Leucht 2009, De Hert 2011

Abitudine al fumo di sigaretta

- è il primo fattore di rischio per malattia e morte prematura;
- secondo l'OMS, ogni anno, 6 milioni di persone muoiono per malattie correlate al fumo;
- nei fumatori, la riduzione dell'aspettativa di vita è di circa 10 anni

PREVALENZA DI FUMATORI

- ❖ **nella popolazione generale italiana: circa 25%**
- ❖ **nei soggetti con malattia psichiatrica: fino all'88%, con una maggiore proporzione di forti fumatori**

Abuso di alcol

- è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura;
- secondo l'OMS, ogni anno, 3,3 milioni di persone muoiono per malattie correlate all'alcol;
- la riduzione dell'aspettativa di vita è di circa 9 anni.

PREVALENZA DI CONSUMATORI A RISCHIO

- ❖ **nella popolazione generale italiana: circa 16%**
- ❖ **nei soggetti con malattia psichiatrica: dal 20 al 60%**

Dieta scorretta e sedentarietà

- tra gli schizofrenici la proporzione di soggetti con BMI ≥ 30 kg/m² è compresa tra il **42%** e il **60%**;
- **il rischio di obesità è quasi 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale;**
- alimentazione scorretta: povera di frutta, verdura, fibre, pesce e ricca di grassi e zuccheri raffinati;
- **solo il 26% degli schizofrenici svolge almeno i 150 minuti di attività fisica settimanale raccomandati dall'OMS**

Dati piemontesi

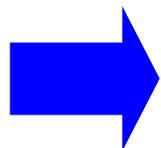
- In Piemonte non esiste un registro dei pazienti psichiatrici

tuttavia..

- Per la città di Torino, lo Studio Longitudinale Torinese (SLT), attraverso il linkage dei diversi archivi di dati socio-sanitari, è in grado di studiare la storia sociale e clinica dei residenti, dalla loro nascita o data di immigrazione fino alla morte o emigrazione

Lo studio torinese

- Studio di coorte con record-linkage degli archivi socio-sanitari della città di Torino
- Criteri di inclusione:
 - dimessi tra 1 gennaio 1995 e 31 dicembre 2010 con una diagnosi principale (ICD-9/10):

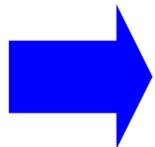


- Schizofrenia (295)
- Disturbo bipolare (296.0, 296.4-296.8)
- Stato paranoide e altre psicosi non organiche (297.0-297.3, 297.8-298.4, 298.8, 298.9)

- Con età tra 15 e 84 anni
- Residenti a Torino nel giorno della dimissione ospedaliera

Popolazione inclusa

- La coorte è costituita da **8.164** pazienti residenti a Torino, dimessi da una qualunque struttura sanitaria ospedaliera torinese, regionale o extra-regionale in regime di ricovero ordinario o day-hospital tra il 1995 ed il 2010, con diagnosi principale di schizofrenia, disturbo bipolare, stato paranoide e altre psicosi

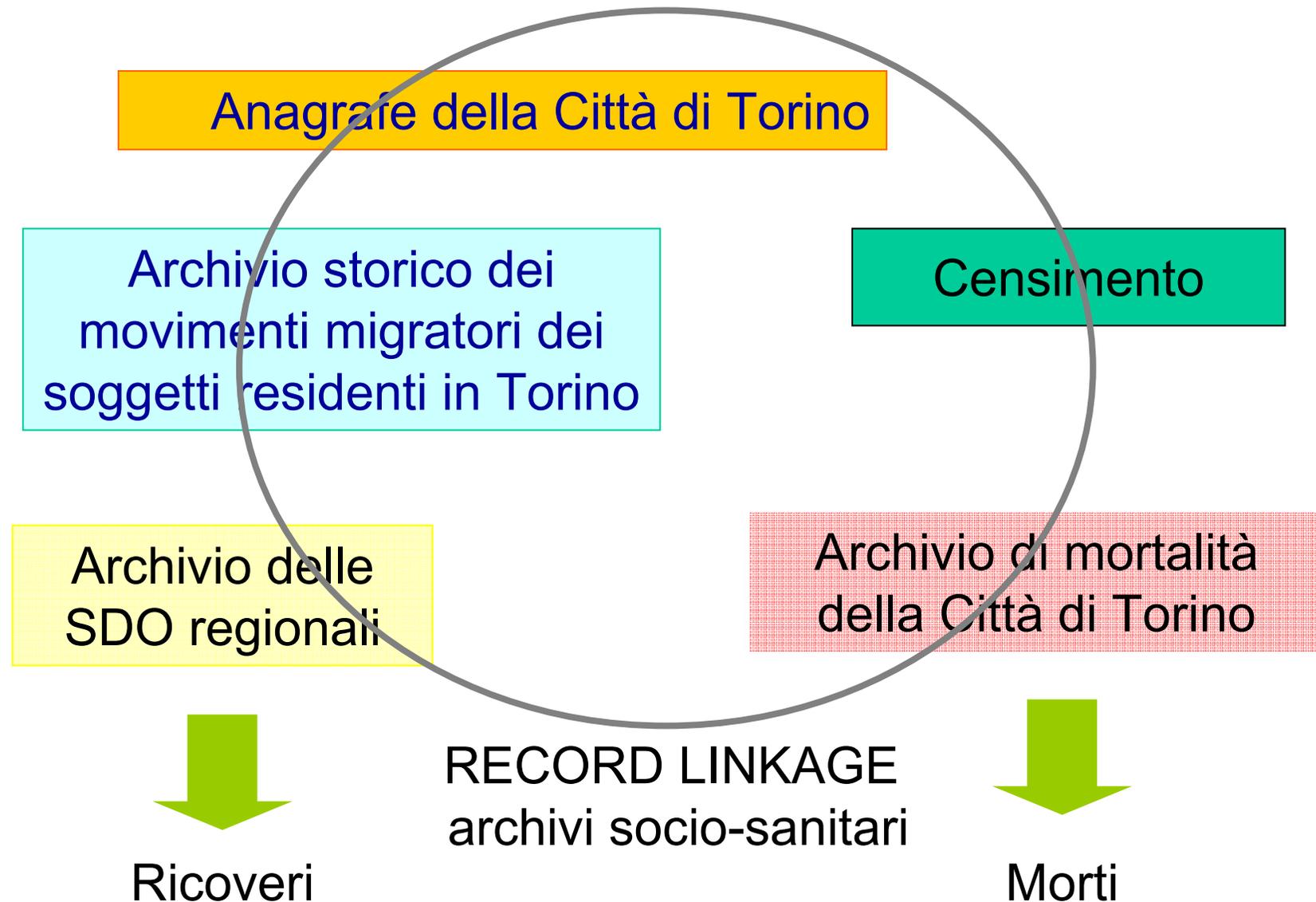


Popolazione selezionata

(solo i più gravi sono ricoverati)

(la posologia dei farmaci alla dimissione è elevata)

Fonti dei dati e record linkage



Outcome in studio

- È stata considerata per ciascun soggetto la mortalità entro 365 giorni **dalla prima dimissione** ospedaliera
- **per ciascun anno dello studio**
- **per tutte le cause**

e

- **dell'intero periodo** per le singole cause di morte

Eccesso di mortalità: SMR

Sono stati calcolati i **Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR)**

MORTI OSSERVATE / MORTI ATTESE

Morti **osservate** nella coorte

Morti **attese** nella coorte applicando i tassi di mortalità strato specifici della **popolazione torinese** al rispettivo strato della coorte

15-44 anni

45-64 anni

65-84 anni

Eccesso di mortalità/SMR per tutte le cause

| Anno | Morti | SMR | (95% CI) |
|------|-------|------|-------------|
| 1995 | 38 | 5,72 | (4,05-7,85) |
| 1996 | 41 | 5,56 | (3,99-7,40) |
| 1997 | 37 | 5,00 | (3,52-6,89) |
| 1998 | 21 | 3,51 | (2,17-5,36) |
| 1999 | 20 | 3,41 | (2,08-5,26) |
| 2000 | 18 | 3,24 | (1,85-4,59) |
| 2001 | 20 | 3,78 | (2,31-5,84) |
| 2002 | 19 | 2,86 | (1,72-4,46) |
| 2003 | 26 | 4,81 | (3,14-7,05) |
| 2004 | 21 | 3,44 | (2,13-5,26) |
| 2005 | 26 | 4,63 | (3,02-6,78) |
| 2006 | 15 | 2,53 | (1,42-4,18) |
| 2007 | 19 | 2,92 | (1,76-4,55) |
| 2008 | 22 | 4,02 | (2,52-6,08) |
| 2009 | 31 | 5,17 | (3,52-7,35) |
| 2010 | 32 | 5,12 | (3,50-7,22) |

Eccessi di mortalità per tutte le cause, per età e sesso

MASCHI

| Anno | 15-44 anni | | 45-64 anni | | 65-84 anni | |
|-----------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | N | SMR | N | SMR | N | SMR |
| 1995 | 8 | 16,04 | 8 | 7,52 | 7 | 3,86 |
| 1996 | 6 | 12,43 | 10 | 9,56 | 3 | 1,56 |
| 1997 | 9 | 17,49 | 7 | 6,14 | 3 | 1,57 |
| 1998 | 1 | 2,45 | 2 | 2,06 | 4 | 3,10 |
| 1999 | 3 | 7,95 | 7 | 6,85 | 3 | 1,94 |
| 2000 | 5 | 14,68 | 5 | 4,95 | 0 | - |
| 2001 | 4 | 12,97 | 4 | 3,20 | 3 | 1,87 |
| 2002 | 3 | 10,25 | 2 | 1,74 | 4 | 1,62 |
| 2003 | 4 | 11,31 | 0 | - | 7 | 4,01 |
| 2004 | 3 | 10,66 | 1 | 0,81 | 7 | 4,34 |
| 2005 | 2 | 6,92 | 6 | 4,85 | 8 | 4,73 |
| 2006 | 3 | 7,47 | 3 | 2,73 | 1 | 0,56 |
| 2007 | 2 | 7,89 | 4 | 4,00 | 7 | 3,62 |
| 2008 | 6 | 23,05 | 5 | 5,66 | 4 | 2,31 |
| 2009 | 5 | 24,11 | 6 | 5,58 | 6 | 2,96 |
| 2010 | 3 | 13,08 | 5 | 4,48 | 9 | 5,38 |
| 1995-2010 | 67 | 12,24 | 75 | 4,32 | 76 | 2,79 |

N= Morti



FEMMINE

| Anno | 15-44 anni | | 45-64 anni | | 65-84 anni | |
|-----------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | N | SMR | N | SMR | N | SMR |
| 1995 | 4 | 26,57 | 5 | 7,15 | 6 | 2,84 |
| 1996 | 4 | 20,48 | 7 | 8,01 | 11 | 4,58 |
| 1997 | 6 | 28,06 | 7 | 7,71 | 5 | 2,19 |
| 1998 | 4 | 20,30 | 4 | 5,31 | 6 | 3,13 |
| 1999 | 3 | 13,12 | 1 | 1,47 | 3 | 2,14 |
| 2000 | 3 | 15,53 | 2 | 2,74 | 3 | 2,04 |
| 2001 | 1 | 8,38 | 5 | 7,05 | 3 | 1,92 |
| 2002 | 0 | - | 6 | 7,29 | 4 | 2,28 |
| 2003 | 1 | 7,41 | 3 | 4,54 | 11 | 7,44 |
| 2004 | 1 | 8,68 | 5 | 7,60 | 4 | 2,02 |
| 2005 | 1 | 9,67 | 4 | 6,58 | 5 | 3,14 |
| 2006 | 1 | 8,92 | 1 | 1,54 | 6 | 3,52 |
| 2007 | 1 | 8,50 | 3 | 3,97 | 2 | 0,93 |
| 2008 | 2 | 28,71 | 1 | 1,62 | 4 | 2,36 |
| 2009 | 1 | 10,56 | 6 | 9,25 | 7 | 3,91 |
| 2010 | 1 | 10,23 | 7 | 8,60 | 7 | 3,40 |
| 1995-2010 | 34 | 15,77 | 67 | 5,78 | 87 | 2,90 |



Eccessi di mortalità per tutte le cause, per età: pazienti ricoverati per SCHIZOFRENIA

| Anno | 15-44 anni | | 45-64 anni | | 65-84 anni | |
|-----------|---|--------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | MORTI | SMR | MORTI | SMR | MORTI | SMR |
| 1995 | 7 | 18,54 | 7 | 9,18 | 3 | 3,62 |
| 1996 | 5 | 12,10 | 8 | 8,86 | 5 | 4,64 |
| 1997 | 10 | 23,40 | 4 | 4,22 | 3 | 2,07 |
| 1998 | 2 | 5,62 | 4 | 5,43 | 0 | - |
| 1999 | 2 | 7,41 | 3 | 4,42 | 2 | 2,68 |
| 2000 | 5 | 21,92 | 4 | 5,53 | 1 | 1,28 |
| 2001 | 2 | 9,33 | 4 | 6,57 | 4 | 6,10 |
| 2002 | 1 | 3,76 | 3 | 4,05 | 3 | 3,49 |
| 2003 | 1 | 4,35 | 1 | 1,33 | 5 | 6,05 |
| 2004 | 3 | 14,82 | 1 | 1,31 | 0 | - |
| 2005 | 1 | 4,94 | 6 | 7,14 | 2 | 2,30 |
| 2006 | 2 | 7,70 | 1 | 1,27 | 0 | - |
| 2007 | 1 | 5,84 | 3 | 4,15 | 2 | 2,25 |
| 2008 |  6 | 41,73 | 2 | 2,93 | 2 | 2,18 |
| 2009 | 2 | 16,80 | 9 | 12,40 | 1 | 0,84 |
| 2010 | 2 | 14,37 | 5 | 6,04 | 2 | 3,06 |
| 1995-2010 | 52 | 13,19 | 65 | 5,24 | 35 | 2,42 |



Eccessi di mortalità per tutte le cause, per età: pazienti ricoverati per DISTURBO BIPOLARE

| Anno | 15-44 anni | | 45-64 anni | | 65-84 anni | |
|-----------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | MORTI | SMR | MORTI | SMR | MORTI | SMR |
| 1995 | 3 | 25,44 | 4 | 5,95 | 6 | 3,39 |
| 1996 | 2 | 16,98 | 4 | 8,62 | 4 | 3,10 |
| 1997 | 3 | 22,46 | 7 | 9,53 | 1 | 0,62 |
| 1998 | 1 | 9,21 | 0 | - | 3 | 2,71 |
| 1999 | 2 | 17,42 | 0 | - | 3 | 2,11 |
| 2000 | 1 | 10,57 | 1 | 1,47 | 0 | - |
| 2001 | 0 | - | 3 | 4,15 | 1 | 0,73 |
| 2002 | 1 | 7,55 | 2 | 2,30 | 3 | 1,99 |
| 2003 | 2 | 17,45 | 0 | 0,00 | 3 | 2,47 |
| 2004 | 0 | - | 3 | 4,37 | 1 | 0,80 |
| 2005 | 0 | - | 1 | 1,53 | 2 | 1,62 |
| 2006 | 2 | 21,70 | 1 | 1,45 | 4 | 2,17 |
| 2007 | 1 | 11,97 | 3 | 4,08 | 2 | 0,98 |
| 2008 | 0 | - | 0 | - | 5 | 3,61 |
| 2009 | 1 | 14,80 | 2 | 3,40 | 5 | 2,95 |
| 2010 | 1 | 14,09 | 4 | 5,72 | 5 | 2,33 |
| 1995-2010 | 20 | 12,72 | 35 | 3,25 | 48 | 2,03 |



Eccessi di mortalità per tutte le cause, per età: pazienti ricoverati per DISTURBO PARANOIDE o ALTRE PSICOSI NON ORGANICHE

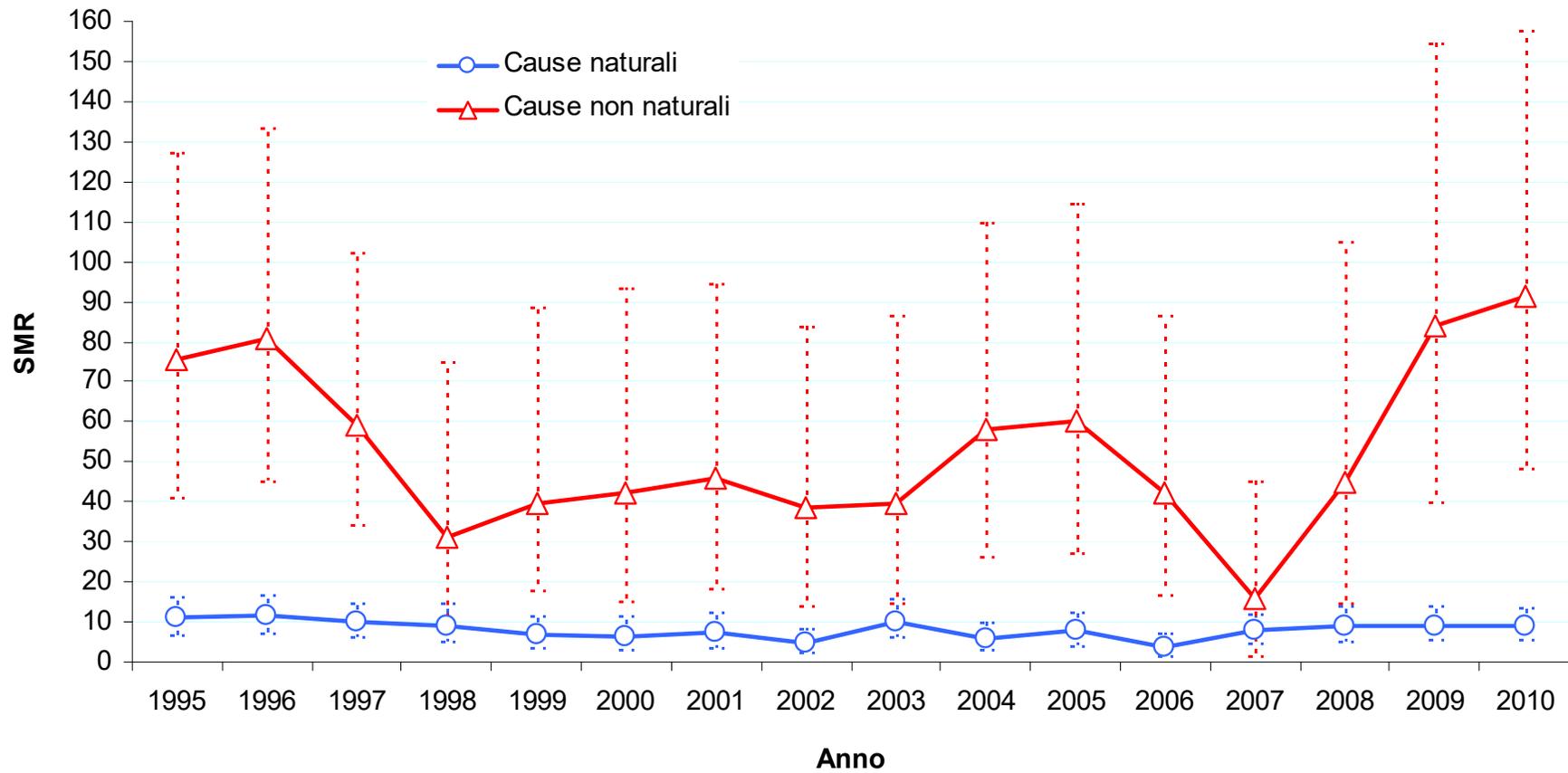
| Anno | 15-44 anni | | 45-64 anni | | 65-84 anni | |
|-----------|------------|--------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | MORTI | SMR | MORTI | SMR | MORTI | SMR |
| 1995 | 2 | 17,48 | 2 | 4,68 | 4 | 2,54 |
| 1996 | 3 | 25,47 | 5 | 10,78 | 5 | 3,76 |
| 1997 | 2 | 15,08 | 3 | 6,56 | 4 | 2,67 |
| 1998 | 2 | 16,62 | 2 | 4,41 | 7 | 5,02 |
| 1999 | 1 | 8,71 | 5 | 12,36 | 2 | 1,39 |
| 2000 | 1 | 10,26 | 2 | 5,75 | 3 | 2,60 |
| 2001 | 3 | 29,34 | 2 | 5,54 | 1 | 0,86 |
| 2002 | 1 | 7,71 | 3 | 6,35 | 2 | 1,45 |
| 2003 | 2 | 16,80 | 2 | 5,14 | 10 | 8,99 |
| 2004 | 1 | 10,34 | 2 | 4,79 | 10 | 6,40 |
| 2005 | 2 | 20,54 | 3 | 8,64 | 9 | 6,96 |
| 2006 | 0 | - | 2 | 6,91 | 3 | 2,70 |
| 2007 | 1 | 9,65 | 1 | 2,86 | 5 | 3,54 |
| 2008 | 2 | 22,58 | 4 | 13,26 | 1 | 0,79 |
| 2009 | 3 | 30,19 | 1 | 2,20 | 7 | 6,67 |
| 2010 | 1 | 10,03 | 3 | 7,15 | 9 | 7,48 |
| 1995-2010 | 27 | 15,33 | 42 | 6,61 | 82 | 3,92 |



Eccesso di mortalità/SMR per cause naturali e non naturali: trend

| Anno | Naturali | | Non naturali | |
|------|----------|-------|--------------|-------|
| | Morti | SMR | Morti | SMR |
| 1995 | 24 | 11.12 | 14 | 75.75 |
| 1996 | 22 | 11.37 | 15 | 80.96 |
| 1997 | 24 | 10.08 | 13 | 59.34 |
| 1998 | 16 | 9.00 | 5 | 31.20 |
| 1999 | 14 | 7.06 | 6 | 39.66 |
| 2000 | 12 | 6.59 | 6 | 42.05 |
| 2001 | 13 | 7.29 | 7 | 45.88 |
| 2002 | 13 | 4.92 | 6 | 38.57 |
| 2003 | 20 | 10.14 | 6 | 39.86 |
| 2004 | 12 | 5.67 | 9 | 57.84 |
| 2005 | 17 | 7.82 | 9 | 60.32 |
| 2006 | 8 | 3.70 | 7 | 42.07 |
| 2007 | 17 | 7.67 | 2 | 15.96 |
| 2008 | 17 | 8.80 | 5 | 45.09 |
| 2009 | 21 | 9.15 | 10 | 84.01 |
| 2010 | 19 | 8.90 | 13 | 91.56 |

Rappresentazione grafica



Eccesso di mortalità/SMR per cause naturali e non naturali

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------------|----------------------|
| 15-44 | 65 | 21,79 | 15,64 - 41,42 |
| 45-64 | 83 | 7,20 | 5,73 - 8,92 |
| 65-84 | 125 | 3,97 | 3,30 - 4,73 |
| Tutte | 273 | 5,93 | 5,25 - 6,68 |

Mortalità per **tutte** le cause

| | | | |
|-------|-----|--------------|---------------------|
| 15-44 | 29 | 13,57 | 9,09 - 49,49 |
| 45-64 | 47 | 4,33 | 3,18 - 5,76 |
| 65-84 | 113 | 3,69 | 3,04 - 4,43 |
| Tutte | 189 | 4,33 | 3,76 - 5,00 |

Mortalità per cause **naturali**

| | | | |
|-------|----|---------------|-----------------------|
| 15-44 | 36 | 102,13 | 71,50 - 141,40 |
| 45-64 | 36 | 95,01 | 66,54 - 131,50 |
| 65-84 | 12 | 53,36 | 27,50 - 93,21 |
| Tutte | 84 | 87,84 | 70,00 - 108,80 |

Mortalità per cause **non naturali**

Eccesso di mortalità/SMR per cause specifiche

CAUSE NATURALI

Mortalità per malattie **cardiovascolari**

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------------|--------------|
| 15-44 | 5 | 13,84 | 4,46 - 32,31 |
| 45-64 | 17 | 6,69 | 3,90 - 10,72 |
| 65-84 | 46 | 4,22 | 3,09 - 5,63 |
| Tutte | 68 | 4,93 | 3,83 - 6,25 |

Mortalità per malattie **ischemiche cardiache**

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------------|--------------|
| 15-44 | 2 | 20,72 | 2,33 - 74,80 |
| 45-64 | 7 | 6,57 | 2,63 - 13,54 |
| 65-84 | 14 | 3,97 | 2,17 - 6,67 |
| Tutte | 23 | 4,91 | 3,11 - 7,36 |

Mortalità per malattie **respiratorie**

| | | | |
|-------|----|--------------|----------------|
| 15-44 | 4 | 52,06 | 14,01 - 133,30 |
| 45-64 | 3 | 8,40 | 1,69 - 24,55 |
| 65-84 | 13 | 5,95 | 3,17 - 10,18 |
| Tutte | 20 | 7,64 | 4,66 - 11,80 |

Eccesso di mortalità/SMR per cause specifiche

CAUSE NATURALI

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------------|--------------|
| 15-44 | 3 | 14,04 | 2,82 - 41,02 |
| 45-64 | 4 | 10,50 | 2,82 - 26,87 |
| 65-84 | 6 | 5,96 | 2,18 - 12,97 |
| Tutte | 13 | 8,12 | 4,32 - 13,88 |
| 15-44 | 1 | 6,98 | 4,32 - 13,88 |
| 45-64 | 5 | 6,63 | 2,14 - 15,48 |
| 65-84 | 3 | 1,93 | 0,39 - 5,63 |
| Tutte | 9 | 3,67 | 1,67 - 6,96 |
| 15-44 | 0 | - | - - - |
| 45-64 | 2 | 7,78 | 0,87 - 28,09 |
| 65-84 | 3 | 3,39 | 0,68 - 9,91 |
| Tutte | 5 | 4,10 | 1,32 - 9,57 |
| 15-44 | 3 | 4,05 | 0,82 - 11,85 |
| 45-64 | 10 | 1,67 | 0,80 - 3,08 |
| 65-84 | 22 | 1,80 | 1,13 - 2,73 |
| Tutte | 35 | 1,85 | 1,29 - 2,57 |

Mortalità per malattie **metaboliche**

Mortalità per malattie dell'**apparato digerente**

Mortalità per malattie del **sistema nervoso**

Mortalità per cause **tumorali**

Eccesso di mortalità/SMR per cause specifiche

CAUSE NATURALI

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------------|---------------------|
| 15-44 | 1,8 | 10,07 | 1,26 - 40,34 |
| 45-64 | 8,0 | 3,50 | 1,50 - 6,88 |
| 65-84 | 16,1 | 3,36 | 1,91 - 5,43 |
| Tutte | 25,9 | 3,57 | 2,34 - 5,25 |
| 15-44 | 8,0 | 22,76 | 9,79 - 44,79 |
| 45-64 | 8,2 | 14,39 | 6,07 - 7,76 |
| 65-84 | 3,2 | 4,61 | 0,88 - 12,72 |
| Tutte | 19,4 | 12,03 | 7,11 - 8,44 |

Mortalità per cause **fumo** correlate

Mortalità per cause **alcol** correlate

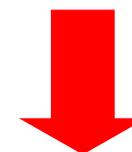
Eccesso di mortalità/SMR per cause specifiche

CAUSE NON NATURALI

| Età | Morti | SMR | 95% CI |
|-------|-------|--------|----------------|
| 15-44 | 29 | 102,96 | 68,95 - 147,90 |
| 45-64 | 27 | 96,89 | 63,84 - 141,00 |
| 65-84 | 4 | 23,56 | 6,34 - 60,32 |
| Tutte | 60 | 82,18 | 62,71 - 105,80 |
| 15-44 | 7 | 12,43 | 4,98 - 25,61 |
| 45-64 | 9 | 22,80 | 10,41 - 43,28 |
| 65-84 | 8 | 11,69 | 5,04 - 23,04 |
| Tutte | 24 | 14,62 | 9,36 - 21,75 |

Mortalità per **suicidio**

Mortalità per altre cause **non naturali**



situazioni sostanzialmente sovrapponibili al
suicidio senza conferma dell'intenzionalità

Conclusioni

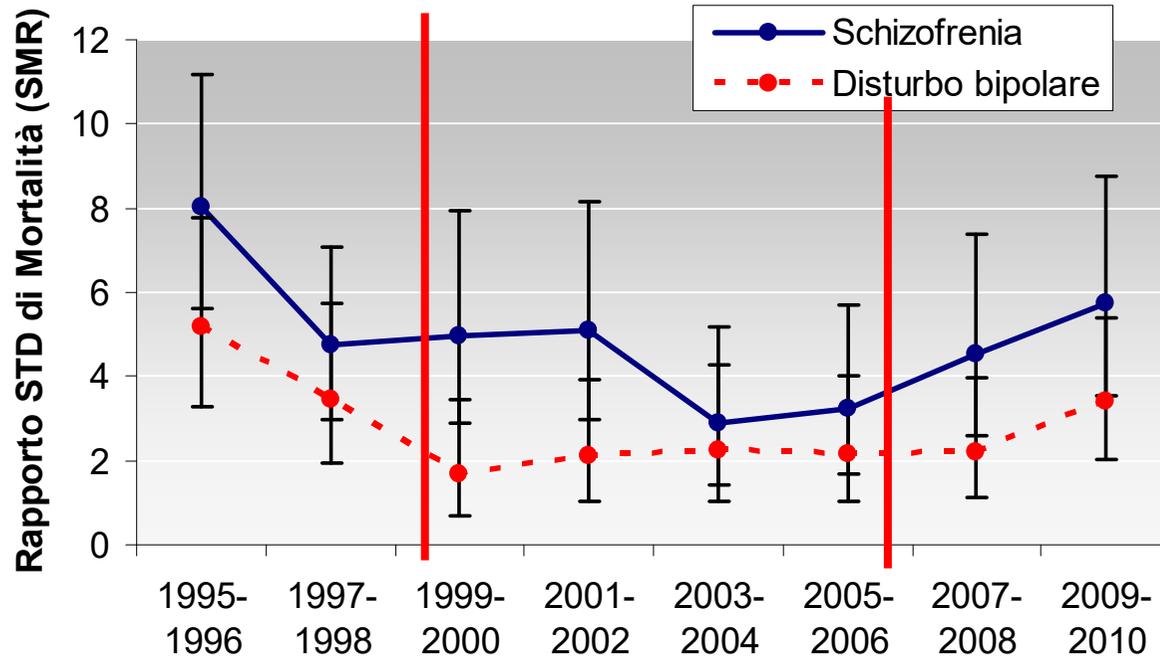
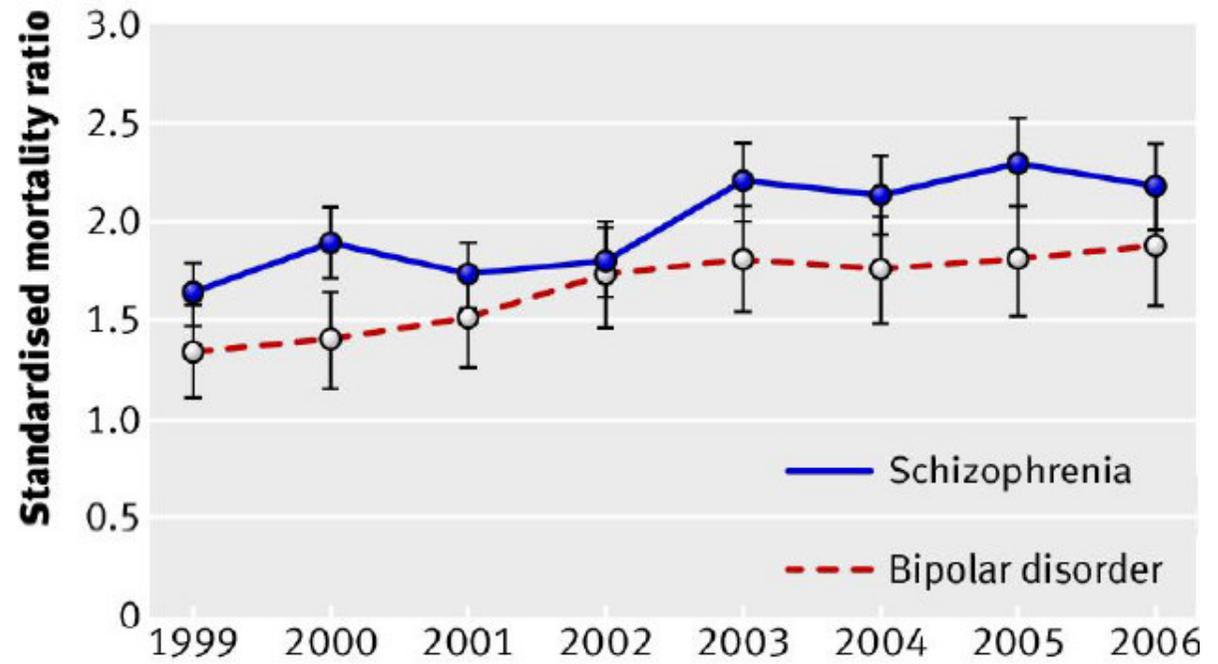
- Tra i ricoverati per le patologie psichiatriche in studio, si osservano eccessi di mortalità rispetto alla popolazione generale **nell'intero periodo in studio**
- Gli eccessi sono osservati **sia per gli uomini che per le donne**
- La **fascia di età più giovane** (15-44 anni) ha gli eccessi più elevati
- L'eccesso di mortalità si osserva sia per le cause naturali sia per le cause non naturali, ma con eccessi particolarmente rilevanti per le **cause non naturali**
- Tra le cause naturali, eccessi particolarmente rilevanti si osservano per le **cause alcol-correlate**

Confronto con precedenti studi

Rispetto a precedenti studi italiani, gli SMR sono più elevati e questo potrebbe essere dovuto:

- a tempi di follow-up differenti
- alle diverse caratteristiche dei campioni:
 - i campioni ospedalieri hanno un maggior rischio di morte nel periodo successivo alla dimissione (1-2 anni)

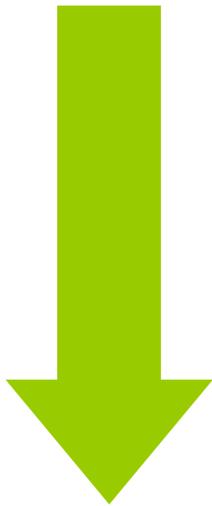
Hoang 2011



Coorte torinese

Avoidable mortality

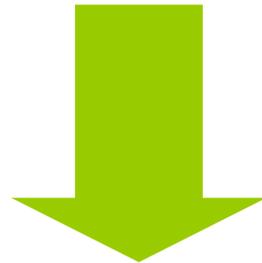
Una causa di morte è considerata evitabile quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto, se non annullato, tramite modificazioni degli stili di vita, delle condizioni ambientali e favorendo l'accesso ai servizi sanitari.



**AGIRE SUI FATTORI DI RISCHIO e sui
DETERMINANTI MODIFICABILI**

Amenable mortality

Comprende quei decessi prematuri che non si verificherebbero in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi **diagnostico-terapeutici** di provata efficacia.



PRESA IN CARICO PRECOCE
CURE APPROPRIATE
PERCORSO MULTIDISCIPLINARE

Raccomandazioni

- Prima della dimissione ospedaliera garantire **“un percorso di cura partecipato”** tra i servizi di salute mentale (ospedale-territorio)
- Attuare **azioni di contrasto per i comportamenti non salutari** dei pazienti con malattia psichica
- Monitorare i soggetti più giovani

- Occorre ancora studiare l'eventuale contributo delle scelte di trattamento farmacologico e delle diseguaglianze sociali per definire le opportune attività di contrasto.....

SEGUE...

Antipsicotici e mortalità

- Gli **antipsicotici** sono i **farmaci di prima linea** per il trattamento della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici.
- Tuttavia, alcuni studi clinici suggeriscono che l'esposizione a lungo termine agli antipsicotici
 - di **prima generazione (FGA)**
 - di **seconda generazione (SGA)**
 - e le **politerapie con antipsicotici**

possano contribuire **all'eccesso di mortalità precoce** di questa tipologia di pazienti, attraverso l'aumento di peso, il diabete e la sindrome metabolica

Leucht 2009, McDonagh 2010, De Hert 2012, Leucht 2012, Leucht 2013

- Le grandi **coorti osservazionali** condotte nei paesi del Nord Europa su dati correnti non hanno mostrato questo rischio ed hanno mostrato effetti protettivi dell'esposizione al trattamento

Tiihonen 2006, Tiihonen 2009, Tiihonen 2011, Tiihonen 2012, Crump 2013

Metodi: popolazione

La popolazione in studio è costituita da **5,508 pazienti residenti a Torino** e ricoverati almeno una volta tra il **1997 ed il 2010** per:

- schizofrenia
- disturbo paranoide
- altre psicosi non organiche

come **causa primaria del ricovero**.

Le informazioni di interesse sono state recuperate attraverso record linkage tra l'archivio **SDO**, l'**anagrafe**, i **censimenti**, l'archivio di **mortalità**, e l'archivio delle **prescrizioni farmaceutiche**.

Metodi: esposizione

Ogni anno di follow-up è stato classificato per ciascun soggetto in base all'esposizione allo specifico trattamento: **è stato considerato esposto ad un determinato antipsicotico in quell'anno ogni soggetto che secondo l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche ne aveva acquistate almeno 3 scatole durante l'anno.**

Gli anni di trattamento sono stati poi classificati come **monoterapie, politerapie di antipsicotici e politerapie di antipsicotici e altro** se il paziente in quell'anno aveva acquistato solo un antipsicotico, 2 diversi antipsicotici, o un antipsicotico e un altro farmaco psicoattivo.

Gli anni che non rientravano in queste definizioni sono stati classificati come anni di **non-trattamento.**

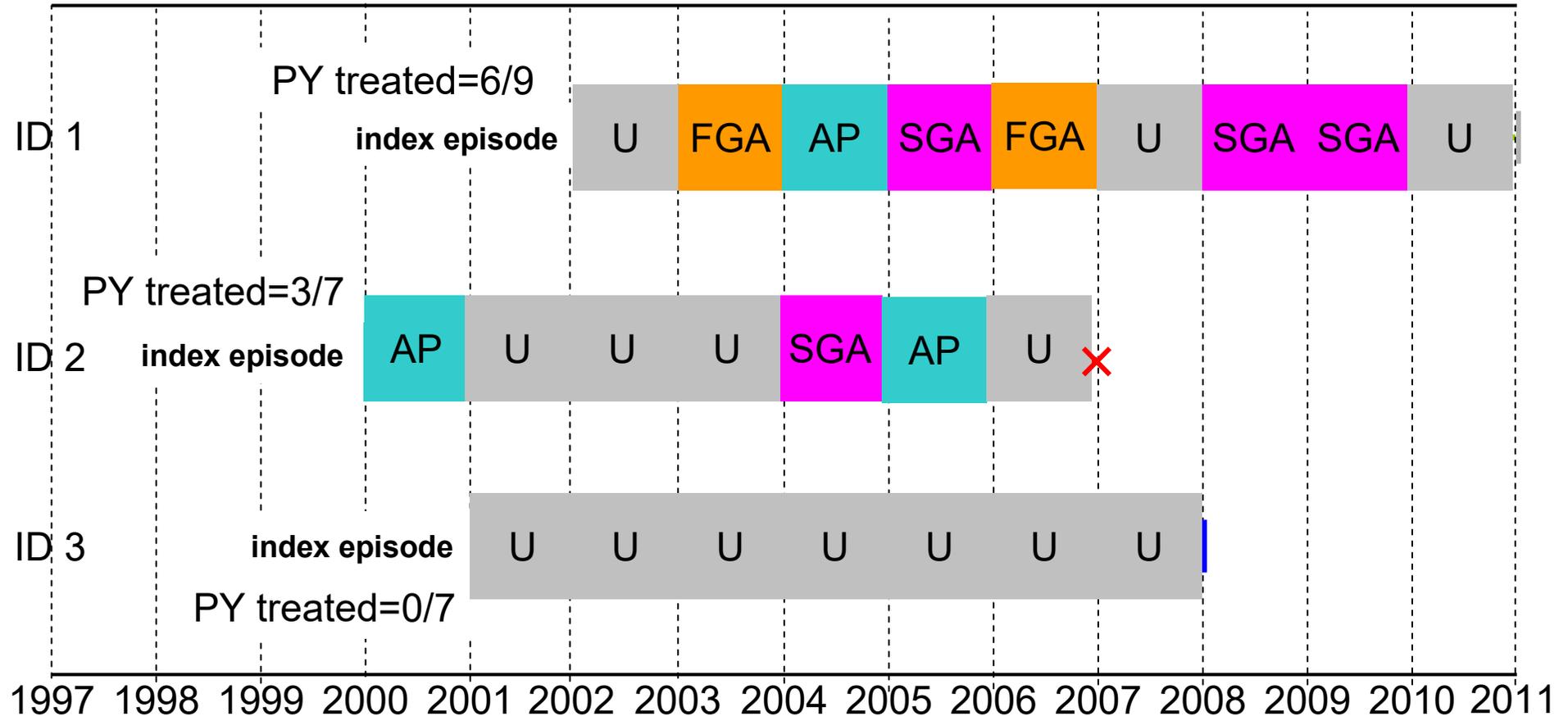
Metodi: obiettivi e modello statistico

Le **monoterapie** sono state ulteriormente classificate in antipsicotici di

- prima (FGA)
- seconda generazione (SGA).

L'associazione tra **l'esposizione al trattamento nell'ultimo anno di follow-up** e la **mortalità** è stata studiata attraverso un **modello aggiustato di regressione di Poisson**.

Metodi: anni persona di trattamento



Risultati: caratteristiche popolazione

| Characteristic | Schizophrenia | Other Psychotic disorders | All subjects |
|------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|
| | N=2,633 % | N=2,875 % | N=5,508 % |
| Gender | | | |
| Male | <u>57.1</u> | 46.3 | 51.4 |
| Female | 42.9 | 53.7 | 48.6 |
| Age, mean | | | |
| Age | 44.2 | 46.5 | 45.4 |
| 15-44 | <u>55.4</u> | 51.6 | 53.4 |
| 45-54 | 19.9 | 16.4 | 18.1 |
| 55-64 | 14.6 | 12.9 | 13.7 |
| 65-74 | 7.8 | 11.3 | 9.6 |
| 75-84 | 2.4 | <u>7.8</u> | 5.2 |
| Place of birth | | | |
| Turin | <u>47.3</u> | 41.4 | 44.2 |
| North of Italy | 15.0 | 18.6 | 16.9 |
| Centre, South of Italy and Islands | 31.7 | 31.1 | 31.4 |
| Foreign | 6.0 | <u>8.9</u> | 7.6 |

Risultati: trattamento

| Type of treatment | Schizophrenia | Other psychotic disorders | All subjects |
|--|--------------------|---------------------------|--------------------|
| | N=2,633 % | N=2,875 % | N=5,508 % |
| Antipsychotics monotherapy | <u>33.5</u> | 25.2 | <u>29.1</u> |
| FGA | 11.6 | 8.1 | 9.8 |
| SGA | 21.9 | 17.0 | 19.4 |
| Polytherapy - one antipsychotic plus other psychoactive drugs | 24.0 | 22.9 | <u>23.4</u> |
| Polytherapy - at least two antipsychotics | <u>11.2</u> | 4.6 | 7.8 |
| No antipsychotic treatment | <u>31.2</u> | <u>47.4</u> | <u>39.7</u> |
| No antipsychotic treatment but other psychoactives drugs | 7.3 | 13.7 | 10.6 |
| No treatment at all | <u>24.0</u> | <u>33.7</u> | <u>29.1</u> |
| Time in treatment (% out of follow-up time) | | | |
| 1-25 % | 26.2 | 26.8 | 26.5 |
| 26-50 % | 24.7 | 27.8 | 26.1 |
| 51-75 % | 20.3 | 21.2 | 20.7 |
| 76-100 % | 28.8 | 24.2 | 26.7 |

Risultati: IRR tutte le cause di morte

| | PY | Deaths | Adjusted IRR | |
|--|--------|--------|--------------|-----------|
| | | | IRR | 95% CI |
| Kind of treatment | | | | |
| No antipsychotic treatment | 31,290 | 701 | 1 | |
| Monotherapy with FGA | 1,610 | 30 | 0.81 | 0.55-1.17 |
| Monotherapy with SGA | 3,998 | 47 | 0.69 | 0.51-0.94 |
| Polytherapy with one antipsychotic plus other psychoactive drugs | 4,855 | 54 | 0.62 | 0.46-0.83 |
| Polytherapy with antipsychotics | 2,495 | 40 | 1.07 | 0.77-1.50 |
| Ever had at least one year of antipsychotic treatment in the follow-up period | | | | |
| No | 15,321 | 406 | 1 | |
| Yes | 28,927 | 466 | 0.84 | 0.72-0.98 |
| Diagnosis at discharge | | | | |
| Other psychotic disorders | 20,410 | 442 | 1 | |
| Schizophrenia | 23,838 | 430 | 1.11 | 0.97-1.29 |
| Number of hospitalizations in the follow-up period | | | | |
| | 44,248 | 872 | 0.98 | 0.96-0.99 |

Risultati: IRR cause naturali

| | PY | Deaths | Adjusted IRR | |
|--|--------|--------|--------------|-----------|
| | | | IRR | 95% CI |
| Kind of treatment | | | | |
| No antipsychotic treatment | 31,290 | 591 | 1 | |
| Monotherapy with FGA | 1,610 | 21 | 0.64 | 0.41-1.00 |
| Monotherapy with SGA | 3,998 | 36 | 0.65 | 0.46-0.92 |
| Polytherapy with one antipsychotic plus other psychoactive drugs | 4,855 | 38 | 0.53 | 0.37-0.74 |
| Polytherapy with antipsychotics | 2,495 | 34 | 1.14 | 0.79-1.64 |
| Ever had at least one year of antipsychotic treatment in the follow-up period | | | | |
| No | 15,321 | 344 | 1 | |
| Yes | 28,927 | 376 | 0.85 | 0.72-1.01 |
| Diagnosis at discharge | | | | |
| Other psychotic disorders | 20,410 | 368 | 1 | |
| Schizophrenia | 23,838 | 352 | 1.14 | 0.98-1.35 |
| Number of hospitalizations in the follow-up period | | | | |
| | 44,248 | 720 | 0.98 | 0.96-1.01 |

Risultati: IRR cause non naturali

| | PY | Deaths | Adjusted IRR | |
|--|--------|--------|--------------|-----------|
| | | | IRR | 95% CI |
| Kind of treatment | | | | |
| No antipsychotic treatment | 31,290 | 110 | 1 | |
| Monotherapy with FGA | 1,610 | 9 | 1.66 | 0.72-3.86 |
| Monotherapy with SGA | 3,998 | 11 | 0.82 | 0.39-1.70 |
| Polytherapy with one antipsychotic plus other psychoactive drugs | 4,855 | 16 | 0.84 | 0.45-1.60 |
| Polytherapy with antipsychotics | 2,495 | 6 | 0.80 | 0.30-2.18 |
| Ever had at least one year of antipsychotic treatment in the follow-up period | | | | |
| No | 15,321 | 62 | 1 | |
| Yes | 28,927 | 90 | 0.68 | 0.41-1.12 |
| Diagnosis at discharge | | | | |
| Other psychotic disorders | 20,410 | 74 | 1 | |
| Schizophrenia | 23,838 | 78 | 1.01 | 0.65-1.59 |
| Number of hospitalizations in the follow-up period | | | | |
| | 44,248 | 152 | 0.95 | 0.90-1.00 |

Conclusioni

Lo studio conferma **il ruolo protettivo dell'esposizione al trattamento** sulla mortalità per tutte le cause e per cause naturali già osservato negli studi scandinavi condotti su dati correnti

- non è confermato il rischio associato al trattamento osservato negli studi clinici
- non si rileva differenza di effetto tra esposizione a nessun trattamento ed esposizione a politerapie con antipsicotici
- non si rileva effetto dell'esposizione al trattamento sulla mortalità non naturale

Per quanto riguarda i trattamenti, appare prioritario:

- garantire l'accesso al trattamento
- applicare le corrette strategie di trattamento (monoterapie)

GRAZIE PER L'ATTENZIONE