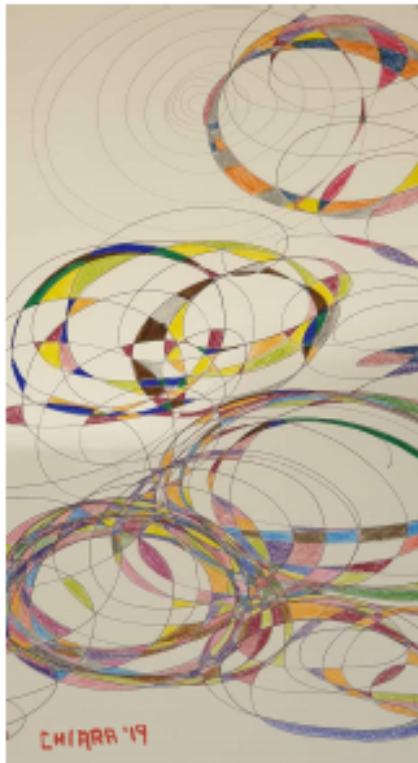




Istituto Superiore di Sanità

Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale

**Opportunità e criticità
del progetto individuale
e del budget di salute
per la disabilità mentale
e intellettiva**



19 novembre 2019

Aula Pocchiari

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena 299

00161 roma



I PROBLEMI DELL'APPLICAZIONE DEI LEA IN PSICHIATRIA

Enrico Zanalda

Direttore Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale,

ASL TO3 & AOU San Luigi

Presidente Società Italiana di Psichiatria (SIP)

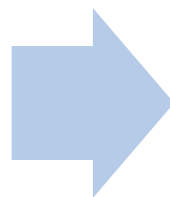
ezanalda@aslto3.piemonte.it



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

La tutela della Salute Mentale

Progetto
Obiettivo Tutela
Salute Mentale
1998-2000



Livelli Essenziali
di Assistenza
DPCM 12 gennaio
2017 art. 26

“Assistenza socio sanitaria persone con disturbi mentali”

- Presa in carico multidisciplinare e svolgimento Programma terapeutico individualizzato - per intensità, complessità e durata - che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e riabilitative negli ambiti di attività:

1. Individuazione precoce e proattiva del disturbo	7. Psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
2. Accoglienza e Valutazione diagnostica multidisciplinare	8. Interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia
3. Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo	9. Interventi di sostegno per pazienti, familiari, rete sociale formale e informale
4. Visite psichiatriche	10. Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e altri servizi distrettuali
5. Prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche	11. Collaborazione con medici di medicina generale, servizi per le dipendenze patologiche (SERT)
6. Colloqui, psicologico-clinici, di orientamento e sostegno alla famiglia	12. Progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori.

Impiego di
metodi e
strumenti
basati sulle
più
avanzate
evidenze
scientifiche.

L'assistenza
distrettuale
è integrata
da
interventi
sociali in
relazione al
bisogno.

Gli
interventi
sono
improntati
sulla
continuità
delle cure e
continuità
relazionale
operatore-
paziente.

Coordina-
mento tra
setting
assistenziali,
operatori e
prestazioni.

Continuità
informativa.

Bisogni complessi e percorsi di cura per la salute mentale

- Secondo le necessità dell'utente:

- Consulenza e collaborazione
 - Assunzione in cura
 - Presca in carico

- Percorsi costruiti per fasi di malattia:

- Esordio
 - Episodio acuto
 - Trattamenti continuativi
 - Livello territoriale a lungo termine

Accordo Stato Regioni 2014

I problemi collegati all'applicazione dei nuovi LEA in psichiatria

- Il perfezionamento dei percorsi di cura richiede la presenza di servizi multidisciplinari integrati, come dichiara il DPCM istitutivo.
- Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza erogati potrebbe consentire di verificarne la presenza nella propria realtà regionale, ma...

Gli Indicatori di monitoraggio dei LEA e la Salute mentale

- Tra i 33 indicatori di monitoraggio dei LEA, *“strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell’effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale”*, un solo indicatore è dedicato alla psichiatria “Numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti”.

Fabrizio Starace, La salute mentale sulla griglia,
novembre 2019,

<http://siep.it/la-salute-mentale-sulla-griglia/>

Fonte: **NSIS – DM 15 ottobre 2010 -Flusso Salute Mentale (SISM)- Anno 2017**

Per assistito si intende qualunque soggetto che abbia avuto almeno un contatto a cui viene aperta una scheda paziente

Il calcolo è da effettuare:

- su tutti i servizi del DSM servizi per adulti;
- la popolazione target deve comprendere i > 18 anni;
- al numeratore devono essere considerati i soli soggetti residenti

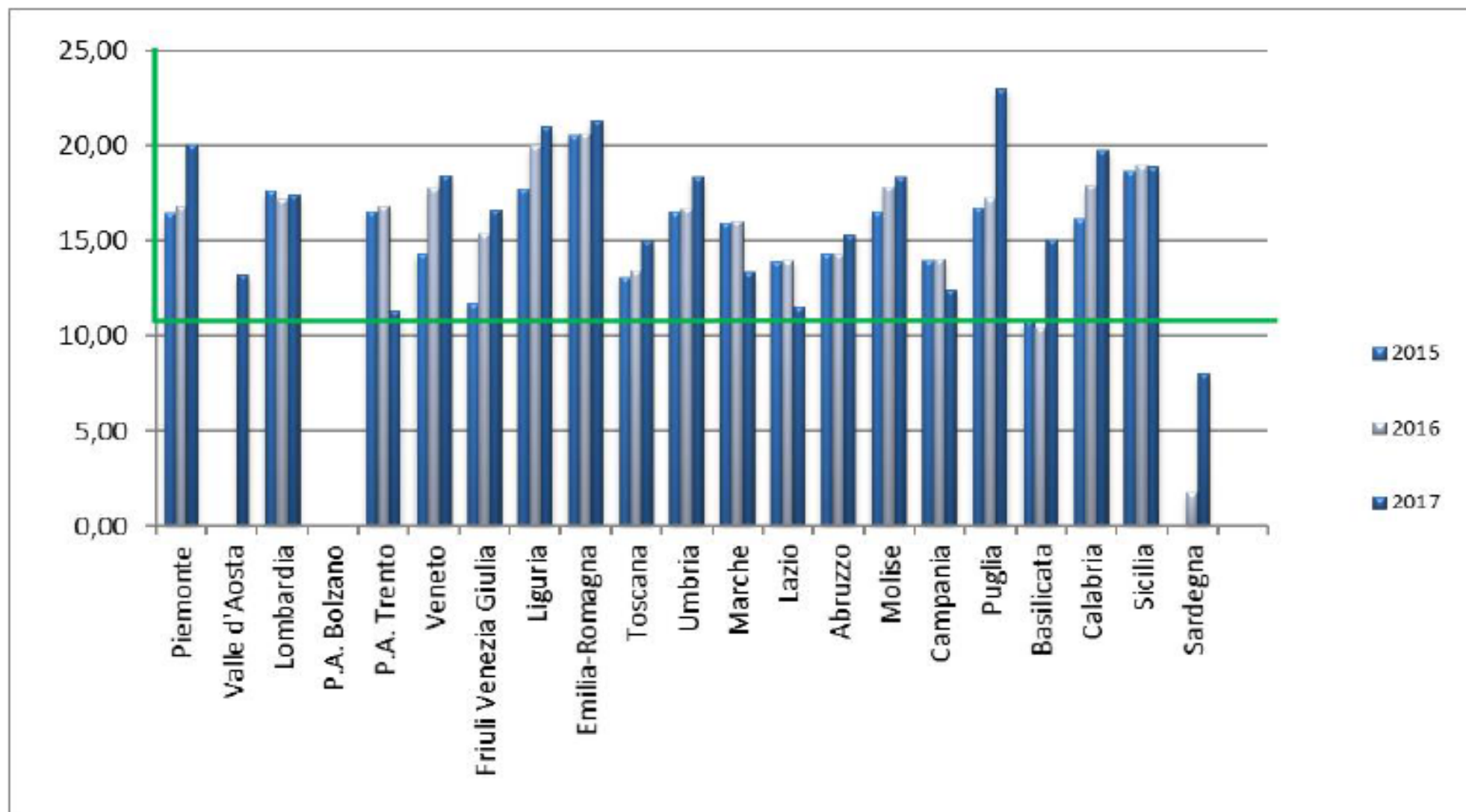
Per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale < 100% nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA

14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti

Regione	2015	2016	2017
Piemonte	16,44	16,78	20,08
Valle d'Aosta	-	-	13,19
Lombardia	17,64	17,17	17,39
P.A. Bolzano	-	-	-
P.A. Trento	16,55	16,83	11,31
Veneto	14,35	17,75	18,42
Friuli Venezia Giulia	11,70	15,36	16,59
Liguria	17,66	19,97	20,97
Emilia-Romagna	20,59	20,65	21,32
Toscana	13,08	13,40	14,96
Umbria	16,55	16,67	18,33
Marche	15,94	16,04	13,34
Lazio	13,86	13,95	11,54
Abruzzo	14,30	14,29	15,30
Molise	16,54	17,81	18,32
Campania	13,92	14,03	12,44
Puglia	16,76	17,22	23,01
Basilicata	10,80	10,39	15,02
Calabria	16,16	17,90	19,76
Sicilia	18,66	18,92	18,89
Sardegna	-	1,76	7,99



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
$\geq 10,82$	$\geq 8,47$ e $< 10,82$	$< 8,47$ e in aumento	$< 8,47$ e non in aumento	Flusso insufficiente per qualità e/o copertura



Cosa manca?

- Frequenza di TSO (il Ministero della Salute la considera “la misura indiretta di efficacia dei programmi riabilitativi messi a punto dai DSM”).
- Dimensioni dell’ospedalizzazione presso reparti di psichiatria (che segnala il permanere di modalità assistenziali centrate sulla gestione ospedaliera della crisi).
- Adozione di progetti riabilitativi personalizzati volti all’inclusione sociale.
- Residenzialità psichiatrica.

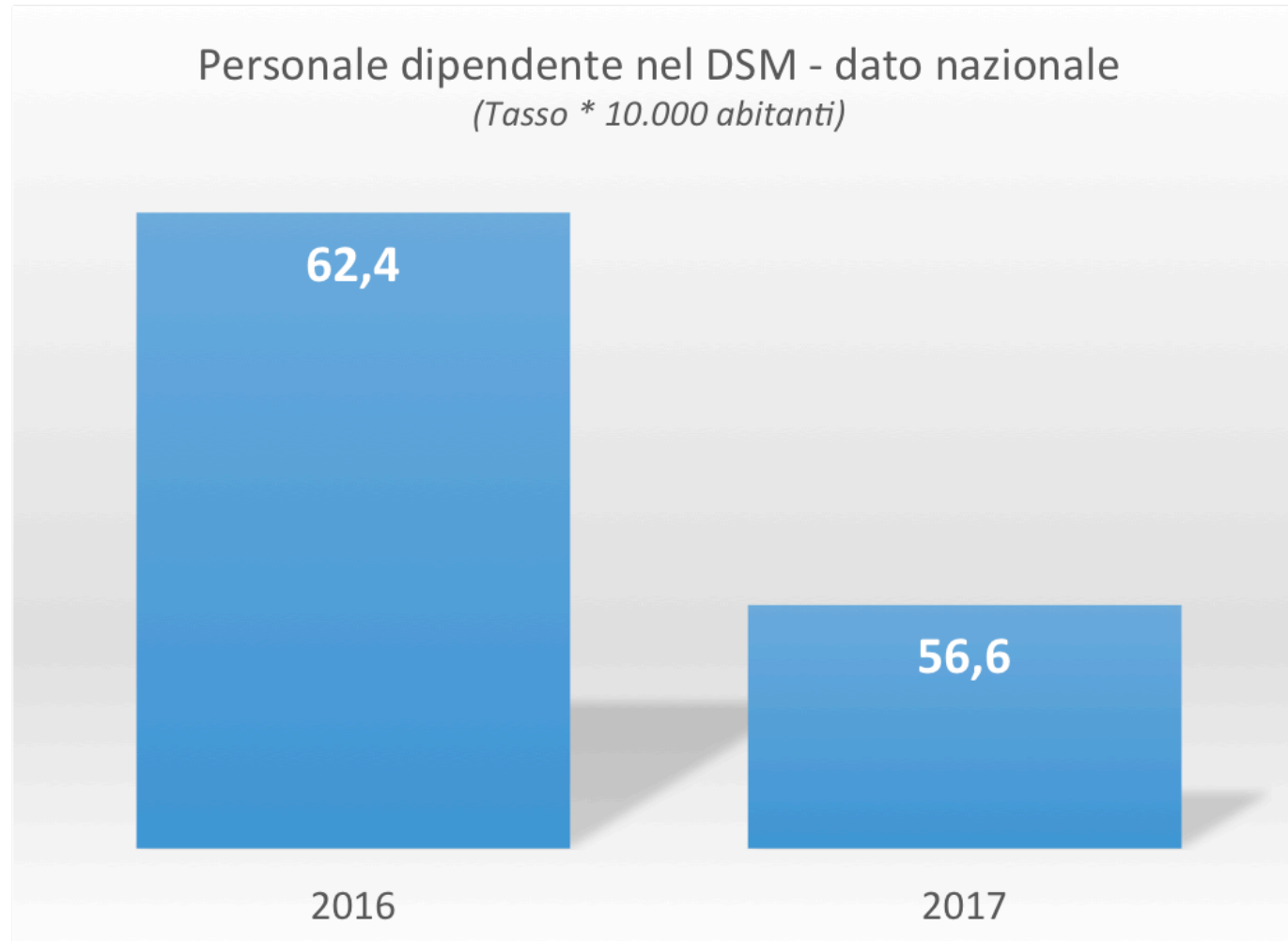
Questi indicatori sarebbero desumibili dal Rapporto sulla Salute Mentale che il Ministero della Salute ha ormai pubblicato in tre edizioni, relative ai dati 2015, 2016 e 2017.

Tavolo di lavoro tecnico sulla Salute Mentale

Argomenti evidenziati dai partecipanti al Gruppo 2
analisi report SISM 2018

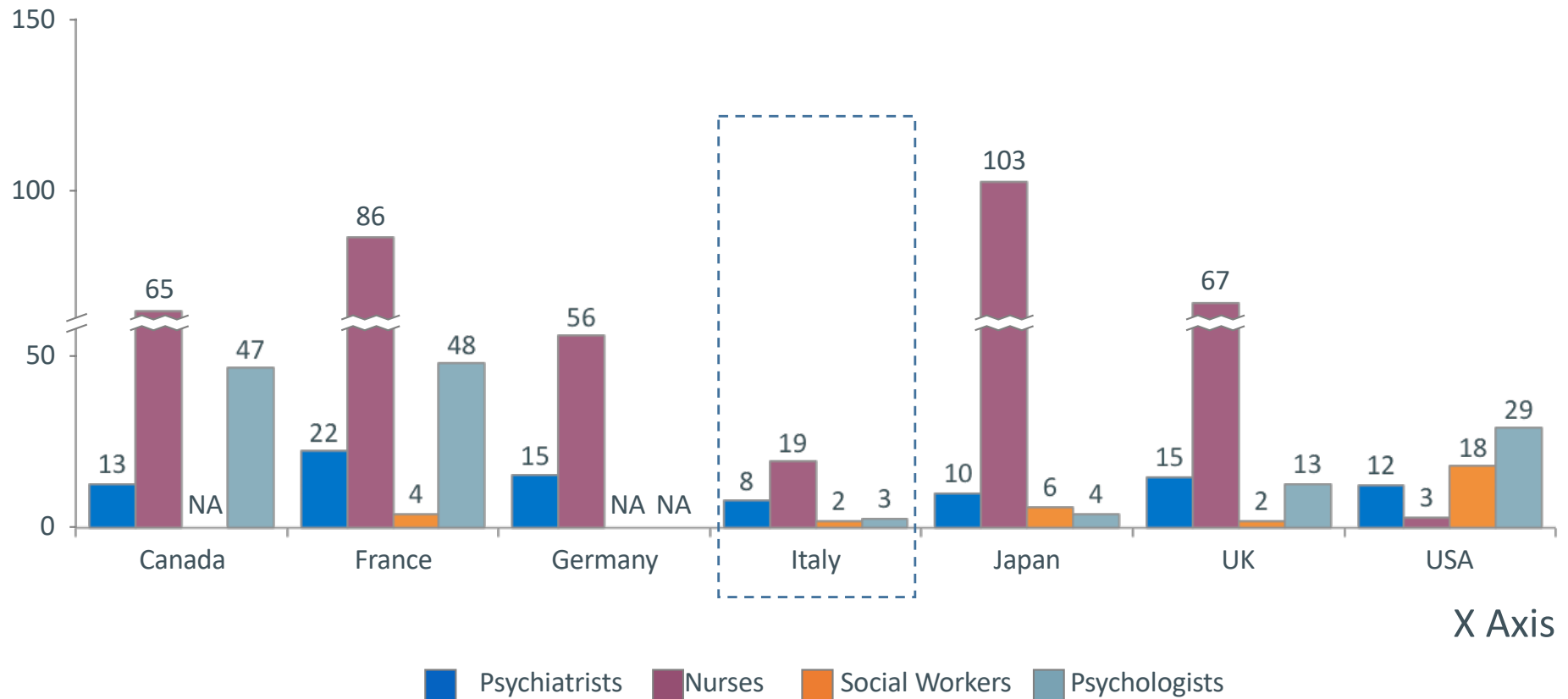
1. Personale
2. Attività ospedaliera
3. Attività territoriale
4. Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)
5. Prescrizioni farmacologiche
6. Finanziamento
7. Sistema informatico salute mentale (SISM)

1. Personale DSM



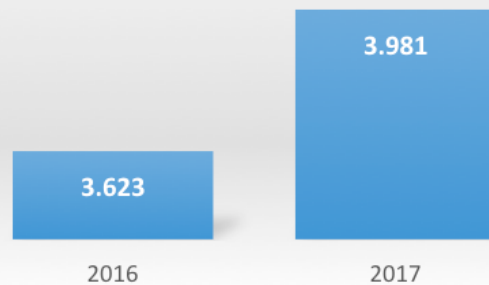
Staff availability and resources for mental health care in Italy and in the other G7 countries

Staff / 100k Inhab

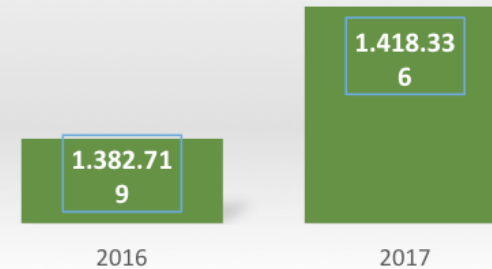


2. Attività ospedaliera: SPDC

Numero posti letto SPDC per ricoveri ordinari



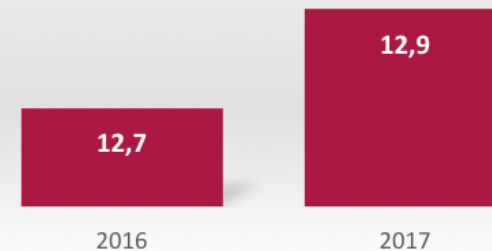
Giornate di degenza ospedaliera



Numero delle dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche e private

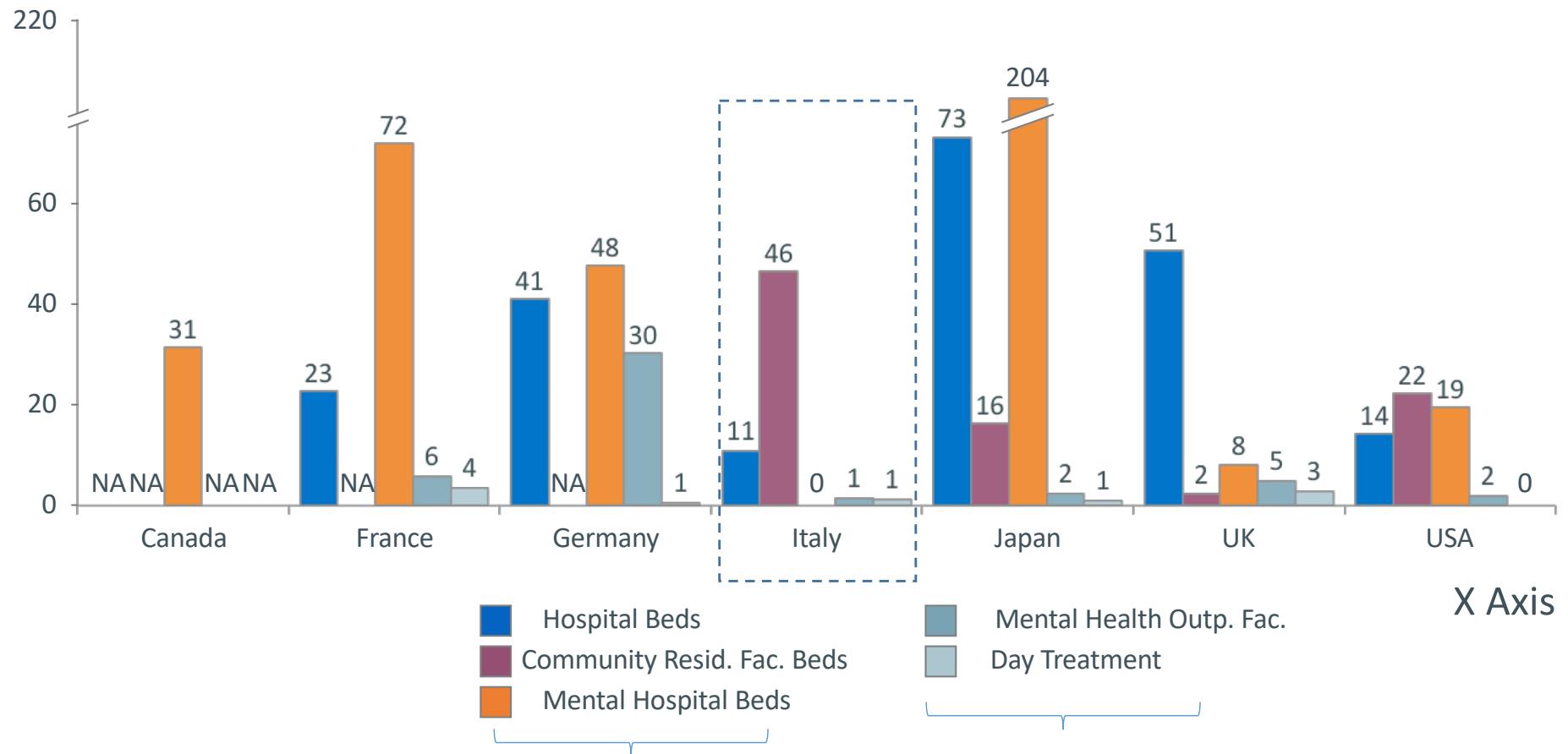


Degenza media ospedaliera



Staff availability and resources for mental health care in Italy and in the other G7 countries

/ 100k Inhab



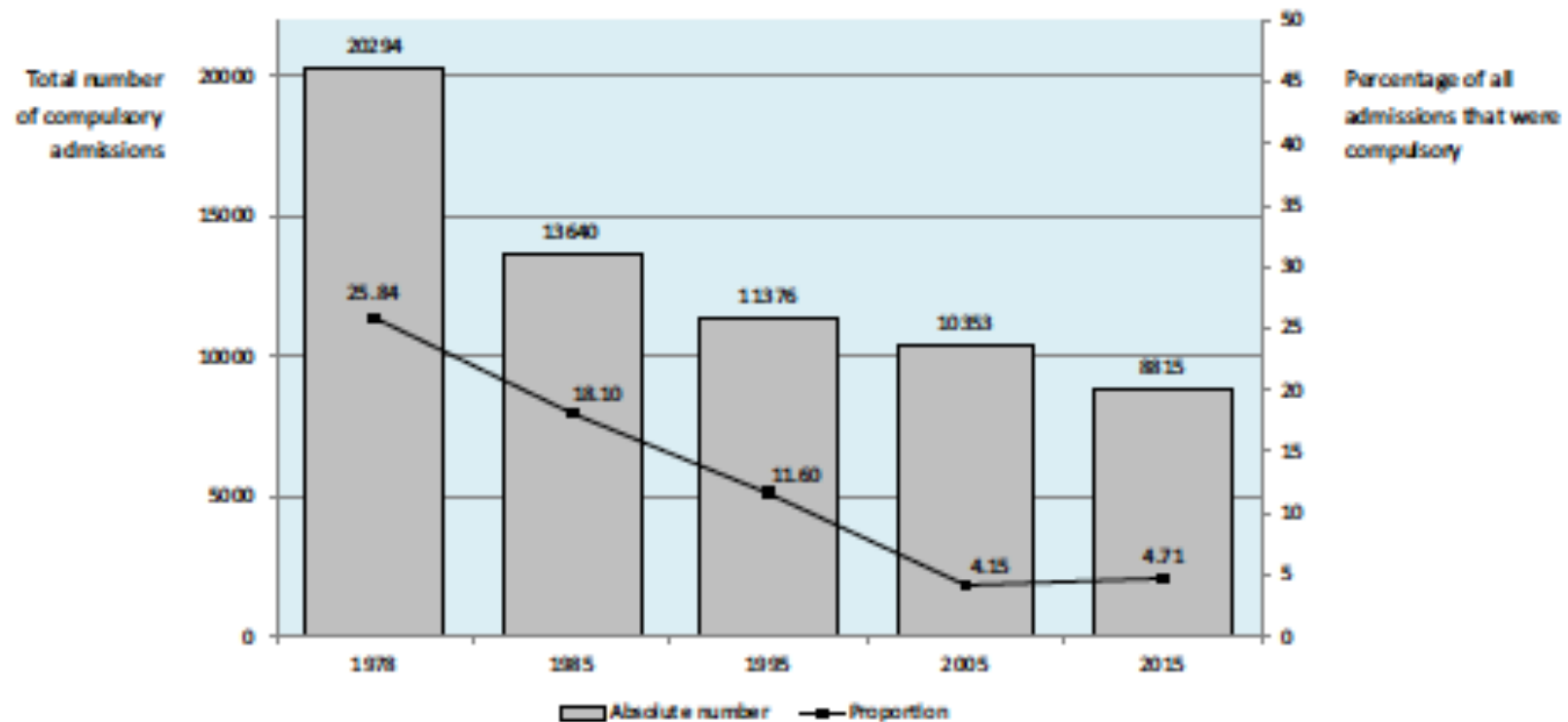
Attività ospedaliera: TSO

Il dato rispecchia il reale numero dei TSO?



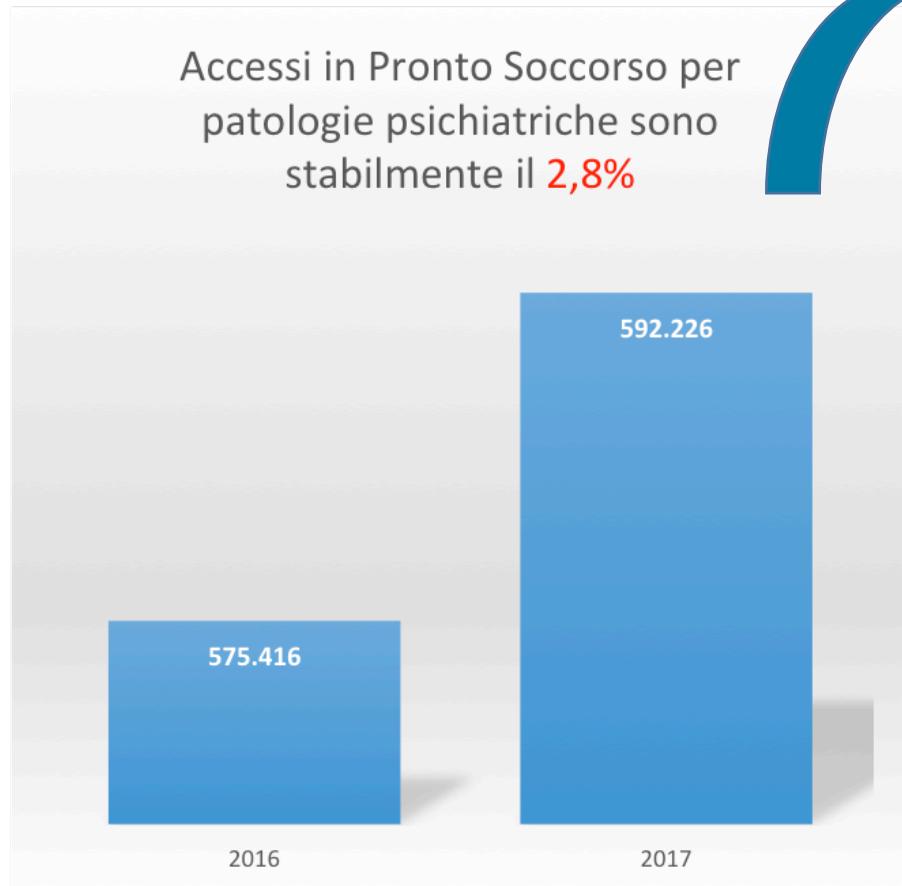
Il dato è sottostimato di circa il 40% rispetto a quello Progres, probabilmente per l'utilizzo delle SDO come fonte di dati.

Compulsory psychiatric admissions in Italy, 1978-2015 (ISTAT data)



Attività ospedaliera: accessi in Pronto Soccorso

Soccorso

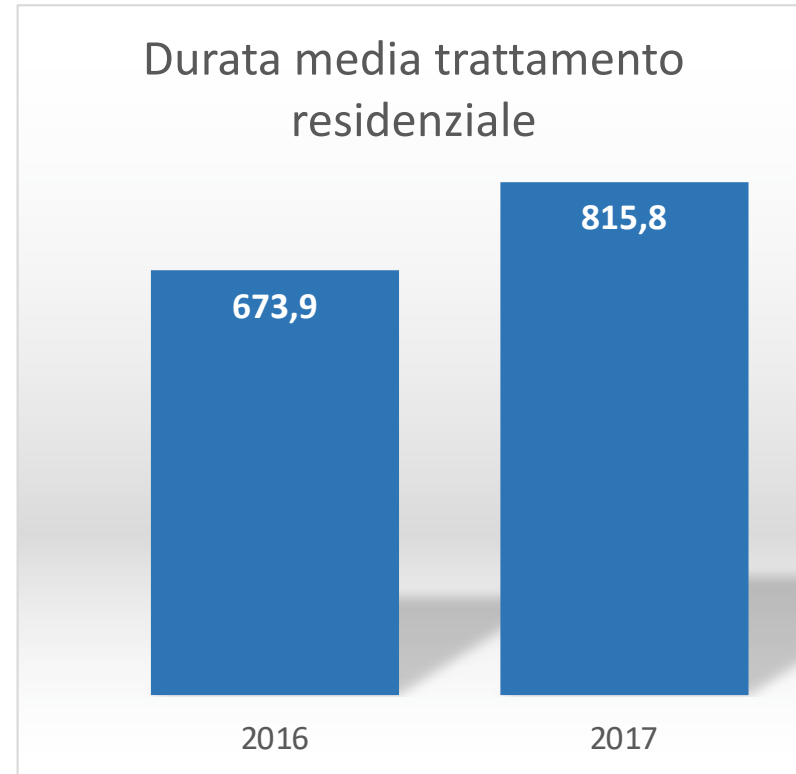
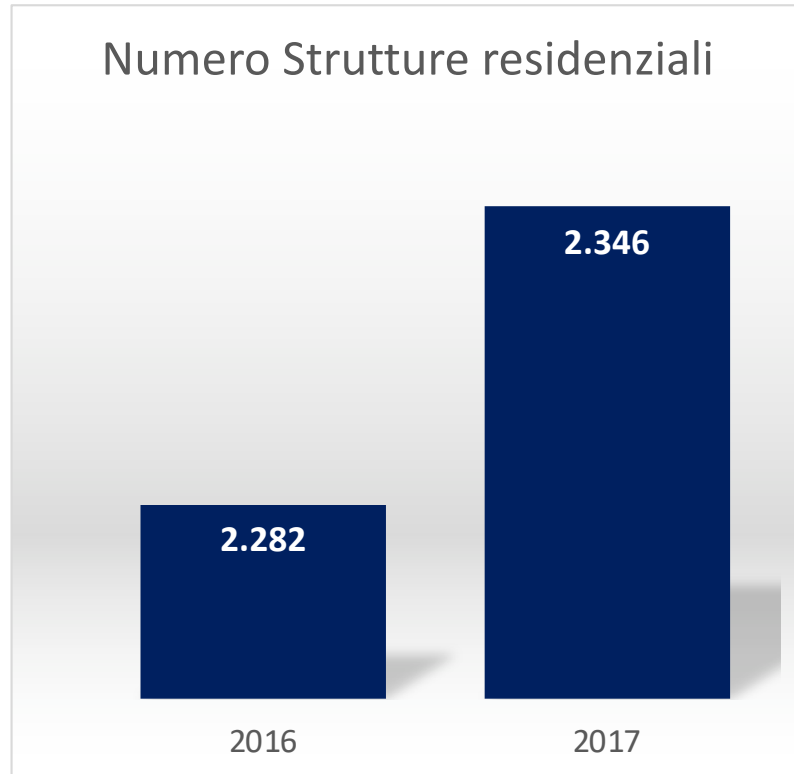


Nel 2017 il 13,2% degli accessi in PS esitano in ricovero, mentre il 74,5% esita al domicilio

Stigma che accompagna l'immaginario collettivo nel rivolgersi ai Servizi di p

Domanda di visite psichiatriche considerate come «improprie» dell'area dipendenze, psicogeriatría e neuropsichiatria infantile

3. Inserimenti residenziali



L'aumento delle giornate medie di trattamento evidenzia un'aumentata inerzia dei servizi territoriali.

4. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

OPG \neq REMS

Ruolo di custodia vs Ruolo terapeutico



Le REMS sono parte di un percorso di trattamento da attuarsi con i pazienti che hanno l'indicazione clinica a farlo, trattandosi di strutture sanitarie.

Il processo di trattamento coinvolge sia l'ambito giudiziario sia l'ambito sanitario: questa dicotomia di competenze e visioni ha determinato difficoltà per tutti, soprattutto operatori DSM costretti ottemperare a ordinanze giuridiche che mettono a rischio il diritto alle cure dei pazienti senza limitazioni libertà personale.

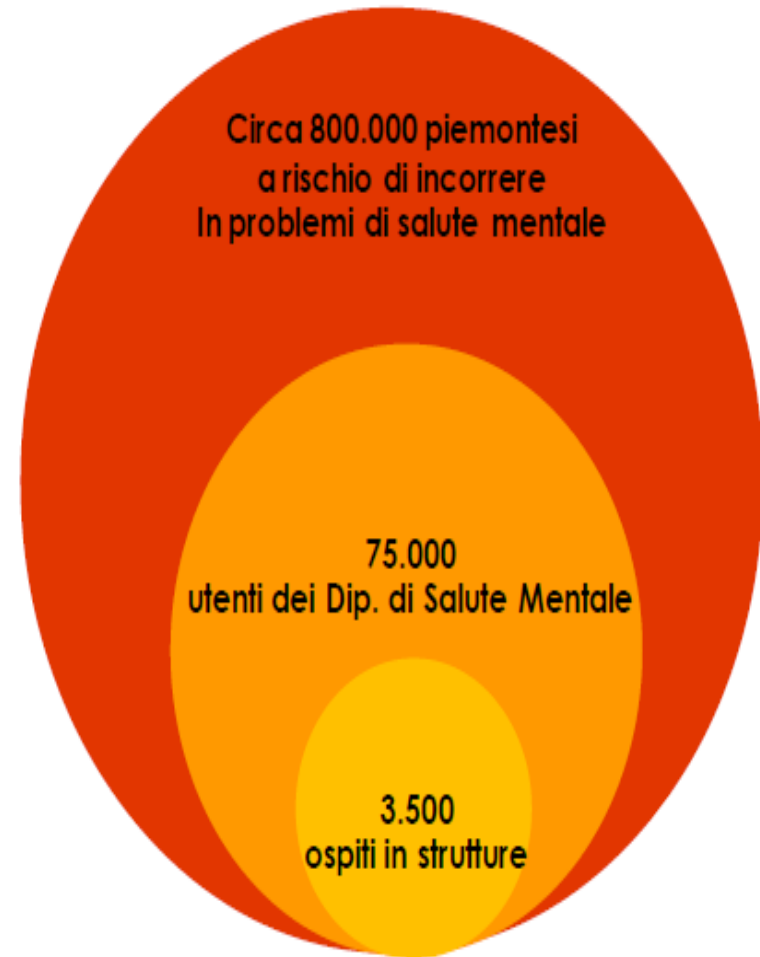


Note brevi sul Piemonte

Quante persone corrono il rischio di incorrere in problemi di salute mentale in Piemonte?

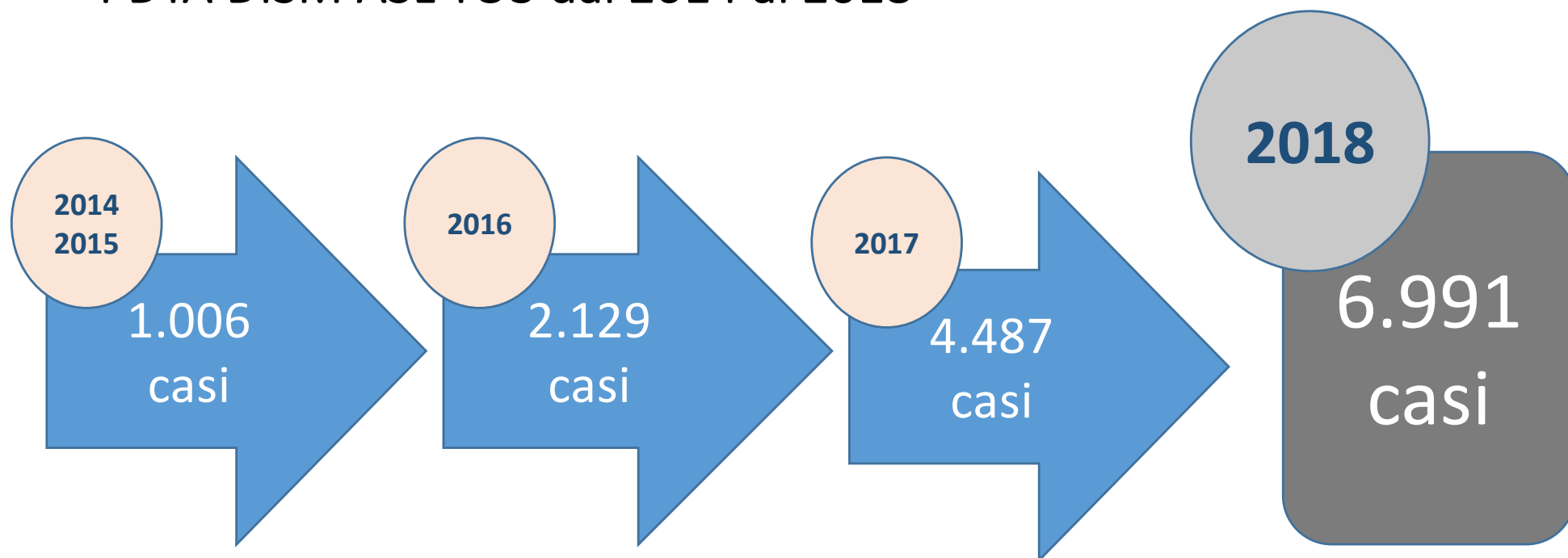
Quanti gli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale?

Quanti gli utenti ricoverati in strutture residenziali?



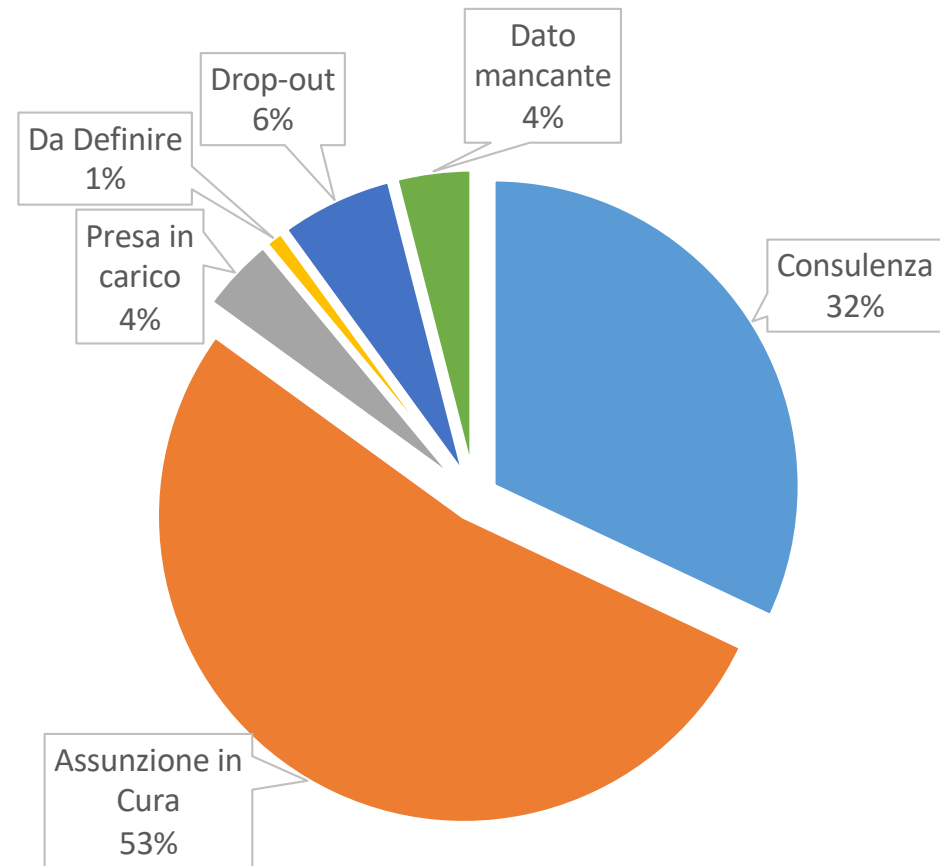
La sperimentazione avviata in ASL TO3 con la selezione degli indicatori più rilevanti

PDTA DISM ASL TO3 dal 2014 al 2018



Pazienti coinvolti nel progetto: dettaglio per esito

Dal 01/10/2014 al
31/12/2018
(N = 6.991)

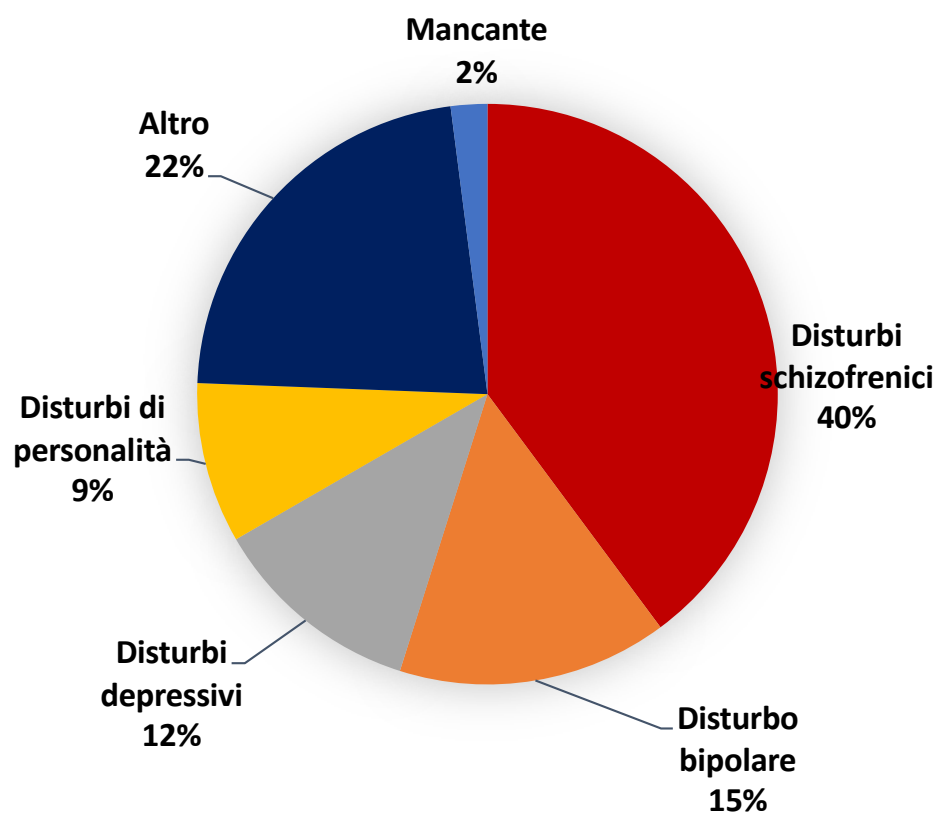


Prese in Carico

Diagnosi

Dal 01/10/2014 al 31/12/2018

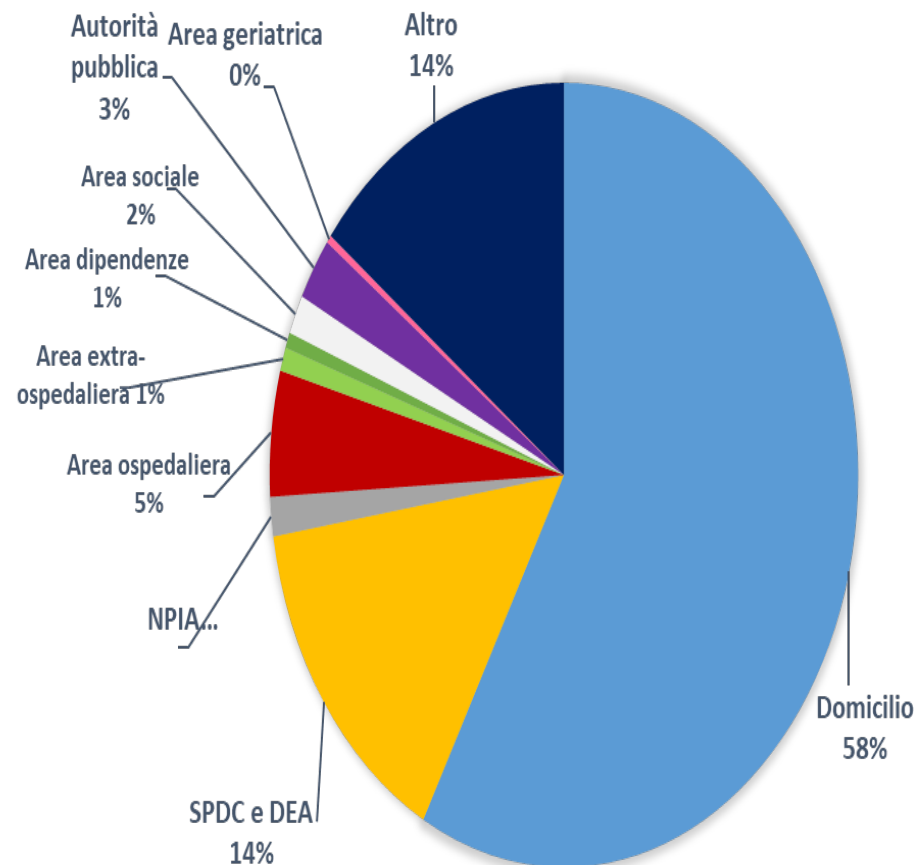
(N = 309)



Provenienza

DAL 01/10/2014 AL 31/12/2018

(N = 309)



Indicatori principali dal Documento Conferenza Stato Regioni "Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nel DSM"

Percorsi Diagnostici
Terapeutico Assistenziali



A.S.L. T03

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

	Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali			
	Disturbo Schizofrenico	Disturbo Bipolare	Disturbo depressivo	Disturbo grave di personalità
A. Presa in carico precoce				
Intensità dell'assistenza territoriale ai pazienti con disturbo all'esordio	X	X	X	
Intensità dell'assistenza territoriale ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio	X	X		
T Trattamenti psicoeducativi nei pazienti	X	X		
Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X	X	X	
Valutazione multiprofessionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti all'esordio				X
B. Gestione della fase acuta				
Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X	X	X	X
Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X	X	X	X
T Trattamento continuativo con farmaci nel periodo successivo all'episodio acuto	X	X	X	
Controllo di glicemia e iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento	X			
Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X	X	X	
Pazienti ricoverati in SPDC (di cui ricoveri in regime di TSO)				X
C. Trattamenti continuativi e a lungo termine				
Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti	X	X	X	
Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	X	X		X
T Terapia di mantenimento con farmaci	X	X	X	
Monitoraggio periodico (glicemia/ipertipidemia e litiemia) in pazienti in trattamenti continuativi	X	X		
Politerapia (trattamento psicoterapico e farmacologico...) nel periodo successivo all'episodio acuto			X	X
Percorsi di cura nei CSM			X	
Pazienti in trattamento psicoterapico (di cui con trattamenti psicoterapici complessi ad elevata intensità di cura)				X
T Trattamenti residenziali				X





Disturbo Schizofrenico

Indicatori principali per presa in carico
al 31.12.2018
(N. Utenti 90)

Uomini	62
Donne	28
Età Media	35
Dev. Standard	16

Indicatori principali per il Disturbo Schizofrenico

PRESA IN CARICO PRECOCE (età <30 anni) nel 2018 (N = 15)

- | | | |
|--|---------------|---|
| ● S5: Contatti territoriali rivolti ai pazienti con disturbo all'esordio per mese di presa in carico | 3,3 ↑ |  |
| ● S6: Interventi in CSM rivolti ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio per mese di presa in carico (media)* | 0,6 ↑ |  |
| ● S9: Pazienti con disturbo all'esordio con trattamenti psicoeducativi familiari (percentuale)** | 7,1% ↑ |  |
| ● S10: Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico (percentuale)** | 20% ↑ |  |

*Secondo lo standard, gli interventi rivolti ai pazienti e ai familiari avvengono attraverso una serie continuativa e intensiva di contatti a livello

**I pazienti o familiari ricevono almeno 4 trattamenti di psicoterapia o 4 colloqui di psicologia

Indicatori principali per il Disturbo Schizofrenico

GESTIONE DELLA FASE ACUTA nel 2018 (N = 15 utenti e R = 22 ricoveri)

-
- **S14:** Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione (percentuale) **18,2%** ↑
-



-
- **S15:** Degenze ospedaliere in SPDC superiori ai 30 giorni (percentuale) **4,5%** ↔
-



Indicatori principali per il Disturbo Schizofrenico

GESTIONE DELLA FASE ACUTA nel 2018 (N =15)

-
- **S19:** Pazienti con controllo della glicemia e dell'iperlipidemia all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici (percentuale)
-

n.v.*



*Manca un campo specifico per la registrazione del dato su SISMAS e non è possibile risalirvi mediante consultazione del diario clinico

-
- **S20:** Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC (percentuale)
-


80%** ↔





** Sono esclusi dal calcolo dell'indicatore i pazienti che, a seguito di un ricovero in SPDC sono stati inseriti presso Case di Cura o Strutture Residenziali o che hanno ritardato la visita per problemi internistici.

Indicatori principali per il Disturbo Schizofrenico

GESTIONE DELLA FASE CONTINUATIVA nel 2018

-
- **S18a (90 gg):** Pazienti al primo contatto in trattamento continuativo con farmaci *antipsicotici* nel periodo successivo all'episodio acuto **100%** ↔ 

 - **S18a (180 gg):** Pazienti al primo contatto in trattamento continuativo con farmaci *antipsicotici* nel periodo successivo all'episodio acuto **100%** ↔ 

 - **S18a (365 gg):** Pazienti al primo contatto in trattamento continuativo con farmaci *antipsicotici* nel periodo successivo all'episodio acuto **100%** ↔ 
-

S18a: indicatore per i pazienti al primo contatto con il DSM che ricevono la prima prescrizione farmacologica dopo la dimissione dal SPI o dopo la visita in CSM

Indicatori principali per il Disturbo Schizofrenico

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE nel 2018 (N = 57)

-
- **S26:** Pazienti con più di 5 interventi territoriali erogati in CSM (percentuale) **86%** ↓
 - **S27:** Familiari con almeno 2 interventi territoriali erogati in CSM (percentuale) **67%** =
-



I punti fondamentali da ricordare



- La salute mentale è un problema in crescita (destinato a diventare il principale problema di salute del pianeta)
- Le cure sono disponibili per un'esigua parte della popolazione che ne avrebbe bisogno
- Si riduce il personale dedicato, a fronte di un incremento della domanda di assistenza
- Si rileva un elevato utilizzo delle strutture residenziali, a fronte di prestazioni territoriali ancora carenti, per le quali mancano anche sistemi di rilevazione completi e attendibili.
- Sono poche e non rilevate dal Sistema Informativo le attività di prevenzione e promozione della salute.

Proposte

- Definire rapporti DSM, SC e SS/pop. strutture territoriali
- Standard minimi composizione equipe CSM con obiettivo recovery (pratiche EBM)
- Integrare nei distretti la residenzialità sociosanitaria (SRP3)
- Supportare azioni del PANSM come **obblighi LEA**
- Monitoraggio TSO e contenzioni regioni (SDO e altre fonti)
- Verifica SISM indicatori dei PDTA AGENAS/GISM
- Definire assistenza nei luoghi di detenzione
- Unità Forensi trasversali ai servizi territoriali (DSM, SerD, Distretto)