

ARTICOLO

Info Autori :

¹ Emergency Department, Gubbio Gualdo Tadino Hospital (Perugia)² Public Health, Direttore Distretto di Assisano (Perugia)³ Orthopedics-Traumatology Department Foligno Hospital USL Umbria 2

Parole chiave:

Integrazione (servizi), Continuità di cure, Appropriatelyzza

Corrispondenza autore

Manuel Monti

Direttore UOC Pronto Soccorso Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino
montimanuel@tiscali.it
3391050122Manuel Monti ¹, Ilaria Vescarelli ², Luca Pennacchi ³MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON
DISTURBO PSICHIATRICO NEL TERRITORIO DELLA USL UMBRIA 1

RIASSUNTO

I disturbi relativi alle malattie mentali ed alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi, per l'elevata frequenza ed i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti.

L'articolo propone un approccio integrato per affrontare le sfide nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici nell'ambito dell'USL Umbria 1. Basandosi sulla definizione dell'OMS di salute mentale e sui dati riguardanti l'incidenza e i costi sociali dei disturbi psichiatrici, l'articolo evidenzia la necessità di un intervento mirato e multidisciplinare.

Attraverso l'analisi dei dati e l'identificazione delle criticità nell'attuale sistema di assistenza, il progetto propone l'implementazione di protocolli standardizzati e la promozione della continuità delle cure pre e post-ricovero.

L'obiettivo finale è quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti, riducendo gli accessi al pronto soccorso e promuovendo un sistema di assistenza più efficace e centrato sulle esigenze individuali.

ABSTRACT

Disorders related to mental illnesses and addictions are increasingly important in the healthcare budgets of all countries, due to their high frequency and the social and economic costs resulting from the high degree of disability of affected individuals.

The article proposes an integrated approach to address the challenges in managing patients with psychiatric disorders within the USL Umbria 1. Drawing upon the WHO's definition of mental health and data concerning the incidence and social costs of psychiatric disorders, the article highlights the need for targeted and multidisciplinary intervention.

Through data analysis and identification of critical issues in the current healthcare system, the project proposes the implementation of standardized protocols and the promotion of continuity of care pre and post-hospitalization.

The ultimate goal is to improve patients' quality of life by reducing emergency room visits and promoting a more effective healthcare system centered on individual needs.

INTRODUZIONE

La salute mentale in Italia, così come nel resto del mondo, ha subito il contraccolpo della pandemia e delle conseguenti politiche adottate dai Governi.⁽¹⁾ Nel nostro Paese, durante il lockdown e nel periodo successivo, la prevalenza dei sintomi depressivi e ansiosi è notevolmente aumentata, in particolare tra i giovani, così come l'assunzione di almeno uno psicofarmaco.⁽²⁾

L'aver limitato l'accesso delle persone al lavoro, all'istruzione, allo sport, alla cultura, ai trasporti pubblici e alla vita sociale, nonché lo stigma e la polarizzazione sociale associata allo stato di vaccinazione, possono aver determinato un effetto complessivo controproducente e dannoso sulla salute pubblica, impattando negativamente anche sulla salute mentale e sul benessere della popolazione.⁽³⁾

È stato riportato un aumento dell'incidenza di sintomi quali ansia, depressione, sentimenti di angoscia così come di comportamenti suicidari, in particolare nella popolazione giovanile, nonché un peggioramento di sintomi già esistenti. A tutto questo si è affiancata una riduzione dell'accesso ai servizi di salute mentale sia per effetto della riduzione dell'offerta che della domanda.⁽⁴⁾

I disturbi relativi alle malattie mentali ed alle dipendenze, di conseguenza, rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi, per l'elevata frequenza ed i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine ed anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente.

La legge 180/1978 (Legge Basaglia),⁽⁵⁾ unica legge quadro che impose l'importante decisione di chiudere le realtà residenziali manicomiali e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici, ha certamente dato un nuovo impulso alla costruzione di reti sanitarie e sociali che si sono sviluppate intorno alla gestione ed interesse del paziente psichiatrico, ma ha nel tempo rilevato la necessità di realizzare e riorganizzare spazi di realtà comunitari semiresidenziali e residenziali, quest'ultimi al momento ancora troppo scarsi,

soprattutto in Umbria, tanto da portare in alcune situazioni a inadeguatezza organizzativa e insuccesso gestionale.

Nella Fig.1 è possibile verificare gli indici di performance della Regione Umbria, stilati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa⁽⁶⁾



FIGURA 1

valutazione delle performance Regione Umbria, dati anno 2022

(fonte: MES Sant'Anna)⁽⁶⁾

Osservando i dati dell'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa notiamo come la Regione Umbria si colloca nel bersaglio come valutazione media, ma vede recentemente peggiorare la quota di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (indicatore C15A.13.2) che coinvolge soprattutto l'Azienda USL Umbria 1; questa informazione può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, connesse a una errata valutazione del paziente o a una sua dimissione precoce.

Inoltre, dai dati che ci fornisce l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane nel 2022, l'Umbria risulta essere fra le prime regioni sia per i tassi di suicidio (tasso standardizzato 8.13 vs 6.87 della media nazionale), sia per l'overuse di antidepressivi (tasso 57.6 vs 44.6 media nazionale), sia per un aumento dei pazienti ricoverati che, indirettamente, potrebbe indicare la carenza dell'assistenza sul territorio per questi individui.⁽⁷⁾

Tale dato, riferito all'Azienda USL Umbria 1, e valutato nel contesto della continuità di cura (cfr. indicatore C15.2 con valori giudicati ottimi) sposta l'attenzione sui criteri e modalità di dimissione del paziente psichiatrico il cui tempo di degenza espresso nell'Indice di Performance della Degenza Media (IPDM, indicatore C15.8) si attesta anch'esso

comunque su valori ottimi, anche se questo potrebbe essere considerato, come già affermato precedentemente, un segnale di una tendenza alla dimissione troppo precoce.

Analizzando nel dettaglio il percorso clinico-assistenziale del paziente psichiatrico (Fig.2) si possono comunque identificare come gli estremi della figura rappresentino nel dettaglio la presa in carico del paziente in ambito territoriale e tali dati risultano essere assolutamente deficitari.⁽⁶⁾

uno dei Conti di Costo più impegnativi per una Azienda Sanitaria, quanto sopra descritto necessita di una urgente soluzione non solo per la condizione di sofferenza da parte dei servizi territoriali a prendere realmente in carico la persona con disturbo psichico che si affaccia al Centro di Salute Mentale ma perché la mancanza di una globale soluzione organizzativa lascia che i pazienti e le loro famiglie non possano godere delle cure.

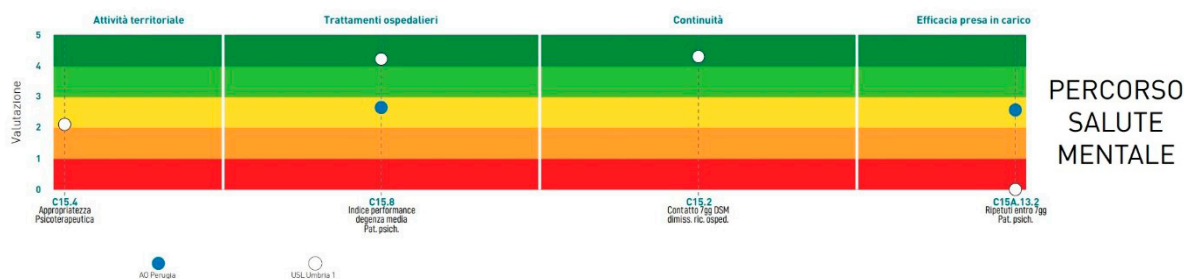


FIGURA 2
indicatori del percorso salute mentale relativi all' Azienda USL Umbria 1 e AO Perugia, anno 2022 (fonte: MES Sant'Anna)⁽⁶⁾

In particolar modo l'indicatore C15.4 che descrive l'appropriatezza terapeutica nel territorio ha un valore di performance giudicato tendente allo scarso mentre l'indicatore C15A.13.2 che indica l'efficacia della presa in carico post-dimissione si attesta su valori considerati pessimi, persino peggiori nel confronto regionale.

Cio' indica che nell'Azienda USL Umbria 1 vi è una scarsa assunzione nella presa in carico del paziente in pre e post dimissione che si ripercuote sull'attività territoriale nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici.

Quanto sopra può essere spiegato dal fatto che il Sistema della Salute Mentale territoriale in Umbria, nel suo genere, è costantemente sovraccarico di domanda a fronte di una scarsa offerta e, conseguentemente, si palesa nella debole risposta alle esigenze e richieste di intervento.

Tale condizione, però, non può essere considerata nè portata a naturale discolpa del DSM, lasciando intendere che, in mancanza di un riscontro da parte dei Servizi di Salute Mentale territoriali, i pazienti possano affidarsi ai Servizi Ospedalieri come verosimile luogo di cura.

D'altro canto tale situazione diventa assai rischiosa sia da un punto di vista amministrativo che medico-legale per la pervasiva difficoltà dei Servizi psichiatrici ambulatoriali del territorio di prendere realmente in carico il cittadino che viene inviato dai centri specialistici o dal MMG alle cure della Salute mentale

D'altro canto i servizi di salute mentale sono stati tra i più colpiti dalla riduzione delle risorse destinate al servizio sanitario nazionale che si è protratta negli anni, essendo parte di un territorio che è stato storicamente trascurato.

Il depauperamento delle risorse ha colpito in primo luogo il turn over del personale, che rappresenta l'asse portante della tutela della salute mentale fondato in primo luogo sulla relazione di cura tra operatore e persona con sofferenza psichica.

Non servono macchinari o attrezzature sofisticate ma servizi adeguati e diverse figure professionali in grado di poter dare risposte qualificate alle esigenze di trattamenti bio-psico-sociali in primo luogo per i disturbi più gravi. Terapie psicofarmacologiche, trattamenti psicologici-psicoterapici e i percorsi di recovery, fondati anche sull'inclusione sociale con la costruzione di reti territoriali, si possono realizzare con il lavoro in primo luogo di psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, infermieri, terapisti, educatori, assistenti sociali e non meno importante Medici di Medicina Generale.

Posto che il budget della Salute Mentale rappresenti

SCOPO

Dopo aver valutato il percorso della Salute Mentale dell'Azienda Usl Umbria 1 abbiamo concentrato la nostra attenzione sulle criticità emerse dai dati MES che impongono una riflessione sulla possibile scarsa presa in carico del paziente psichiatrico domiciliare. Importante sottolineare che nel 2019, periodo pre-pandemico, il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per patologie psichiatriche ammonta a 648.408 che costituiscono il 3,1% del numero totale di accessi al Pronto Soccorso a livello nazionale.

Il 13,4% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici esita in ricovero, di cui oltre la metà nel reparto di Psichiatria mentre il 75,0% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici esita a domicilio. Si fa inoltre presente che il 26,9% dei ricoveri per problemi psichiatrici registra una diagnosi di Schizofrenia e altre psicosi funzionali.⁽⁸⁾

In Umbria si può vedere, dai dati del rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute (Fig.3) come la maggior parte degli accessi in PS avviene per sindromi nevrotiche e somatoformi seguite dalle sindromi depressive maggiori.

Di conseguenza, al fine di realizzare il miglioramento della presa in carico del paziente con disturbo psichiatrico, che consenta una loro efficace gestione, in particolare nei periodi pre e post-ricovero, è necessario che l'Azienda USL Umbria 1 raggiunga attraverso questo progetto l'obiettivo di realizzare un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga ed integri tutti gli ambiti assistenziali: ambulatorio DSM, Servizio Sociale, domicilio, Reparto Servizio Prevenzione Diagnosi e Cura (SPDC), residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica e il Distretto Sanitario competente per residenza dell'utente.

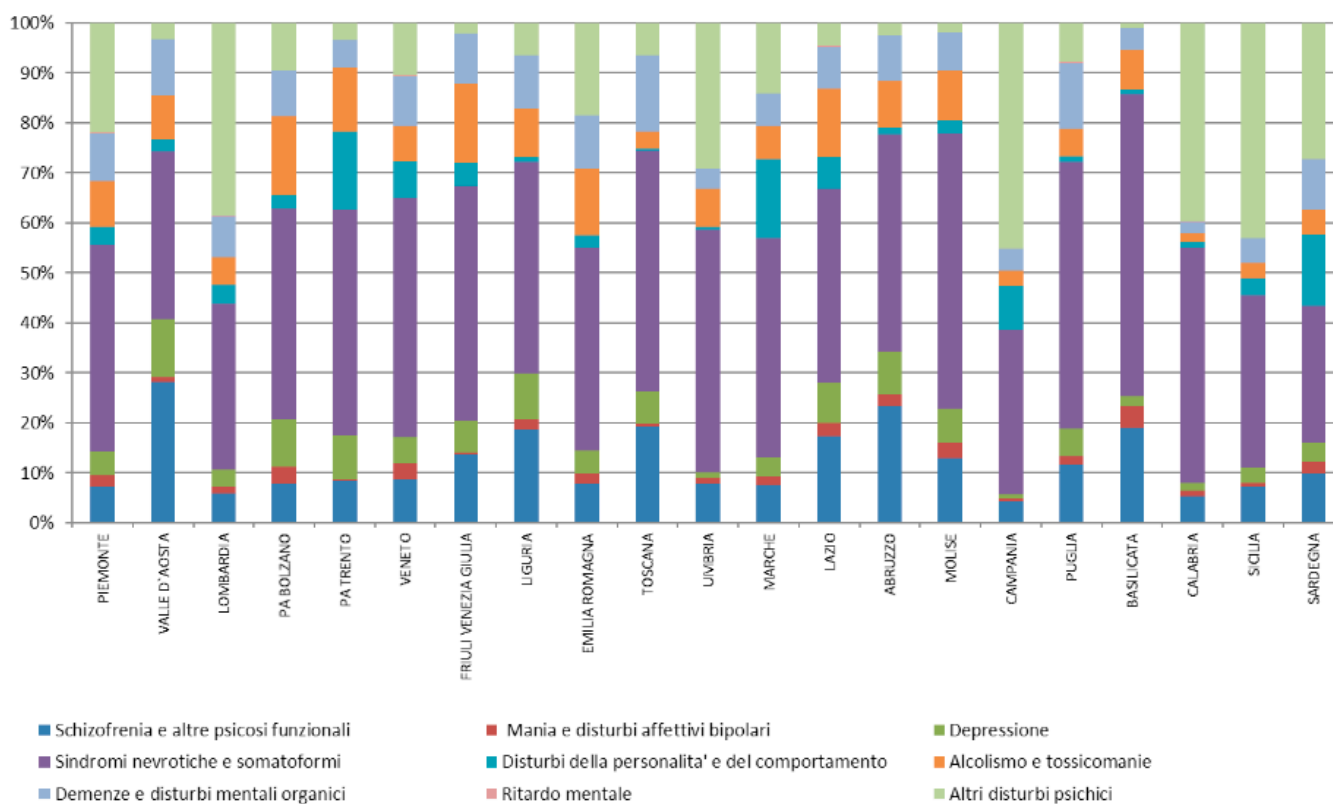


FIGURA 3

Distribuzione percentuale degli accessi in pronto soccorso per gruppo diagnostico e regione⁽⁸⁾

In particolar modo, al fine di ottenere questo risultato è utile che siano potenziate le funzioni di :

- Comunicazione tra MMG e DSM
- Assistenza integrata domiciliare dei pazienti psichiatrici
- Accesso ai Servizi Psichiatrici sul territorio
- Dimissione protetta concordata, ossia il processo organizzativo del passaggio del paziente da un ambito di cura ad un altro; si applica a persone affette da quadri clinici complessi in modo tale da assicurare un percorso di cura continuativo. La persona dimissibile in regime concordato è quella:

- a) che non necessita più di assistenza ospedaliera di elevata intensità;
- b) che può essere reinserita in un ambito domiciliare o in un contesto di minore intensità di cura.

PROGETTO

Nella Fig. 4 abbiamo identificato gli obiettivi specifici del progetto le azioni necessarie da intraprendere per perseguirli e raggiungere l'obiettivo generale che è la realizzazione della procedura aziendale per la presa in carico del paziente affetto da disturbo psichiatrico acuto affinché si possano migliorare i protocolli di diagnosi e cura nella gestione acuta del disturbo psichiatrico sul territorio , riducendo gli accessi in Pronto Soccorso e, eventualmente, nuovi ricoveri presso il reparto SPDC.

Abbiamo infine definito gli indicatori finali per i singoli obiettivi specifici e per l'obiettivo finale, da raggiungere in 12 mesi che ci permettono di avere un riscontro sull'eventuale successo del progetto all'interno dell'Azienda Usl Umbria 1 ed eventualmente, contestualizzandolo in altre realtà, diffonderlo in altre ASL.(Fig.5)

FIGURA 4

Obiettivi specifici e azioni da intraprendere per il raggiungimento dell'Obiettivo finale

<p>Ob.1 Migliorare i protocolli di diagnosi e cura nella gestione acuta del disturbo psichiatrico</p>	<p>Azione :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contestualizzare la procedura operativa di presa in carico pre- e post-ricovero. 2. Aumentare il numero di valutazioni UVM dei casi complessi CSM/ Distretto (pazienti con doppia patologia organica e psichiatrica) 3. Migliorare l'empowerment dei pazienti psichiatrici, attraverso percorsi di affrancamento delle autonomie personali (progetti vita indipendenti, percorsi lavorativi integrati).
<p>Ob.2 Potenziare la continuità assistenziale (pre e post-crisi)</p>	<p>Azione :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rafforzare le competenze del personale dedicato anche attraverso la realizzazione di corsi di aggiornamento per i professionisti dell'Azienda Usl Umbria 1 sui protocolli terapeutici con esperti nazionali. 2. Avviare la collaborazione con alcuni centri di eccellenza nazionale per apprendere procedure e percorsi in ambito assistenziale e organizzativo per personale dell'Azienda Usl Umbria 1 che lavora sul territorio. 3. Migliorare le linee di condotta interne in accordo con le indicazioni della Società Scientifiche Nazionali riconosciute (Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Psicopatologia) sulla base dell'EBM. 4. Condividere la formazione con il Personale degli Enti Territoriali Comunali competenti per residenza/ zona sociale. 5. Intensificare la formazione del personale addetto all'assistenza presente nelle Strutture residenziali e semiresidenziali. 6. Organizzare incontri formativi annuali per i caregiver.
<p>Ob.3 Diminuire la frequenza dei ri-accessi, in SPDC, successivi alla dimissione</p>	<p>Azione :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strutturare una rete tra i vari professionisti sanitari coinvolti (ospedalieri e appartenenti al territorio) che assicuri la continuità assistenziale del paziente psichiatrico. 2. Ridurre i tempi di attesa per l'attivazione della presa in carico dei servizi ambulatoriali e domiciliari post-dimissione. 3. Realizzare progetti ad hoc, utilizzando anche la tecnica della peer educational, soprattutto verso la fascia di età 0-19 anni che risulta essere la più vulnerabile.

Obiettivi del progetto	Indicatori	Descrizione degli indicatori	Valore atteso
OS. 1: Migliorare i protocolli di diagnosi e cura nella gestione acuta del disturbo psichiatrico	1.1 % richieste ricoveri concordati tra CSM-SPCD/totale ricoveri in SPDC	Verifica il percorso di ricovero dei pazienti ambulatoriali e/o al domicilio che, andando incontro a scompenso psichico e/o farmacologico necessitano di un accesso programmato	≥ 50%
	1.2 % dimissioni totali concordate tra CSM-SPCD /totale delle richieste accettate di “ricovero concordato” tra CSM-SPCD	Verifica la continuità di presa in carico dalla dimissione da SPDC al servizio territoriale e che la scheda di ricovero concordato sia stata compilata	≥ 50%
	1.3 % pazienti post-dimissione ricoverati entro 7 giorni dalla dimissione/ sul totale dei pazienti dimessi	1.3 - 1.4: l'indicatore esprime sia la qualità della prestazione clinico- assistenziale erogata dal livello ospedaliero che la presa in carico a livello territoriale	≥ 50%
	1.4 % riduzione accessi al PS dei pazienti con disturbo psichiatrico/ totale degli accessi di pazienti psichiatrici in PS		≥ 20%
	1.5 % attivazione UVM (Unità Valutazione Multidisciplinare) per casi complessi (malattia organica con malattia psichiatrica)/totale dei pazienti con doppia diagnosi (organica + malattia psichiatrica)	Verifica l'approccio multidisciplinare dei professionisti di diversi servizi al paziente psichiatrico complesso	≥ 25%
	1.6 % di progetti di vita indipendenti attivati con gli enti Comunali/totale dei pazienti che ne abbiano fatto richiesta	Verifica sia il numero di nuovi pazienti aderenti al programma di autonomizzazione che la capacità di relazione tra Enti e sistema sanitario territoriale	≥ 50%
OS. 2: Potenziare la continuità assistenziale (pre- e post- crisi)	2.1 % aumento pazienti con PTI/totale dei pazienti ambulatoriali rispetto all'anno precedente	Verifica se tutti i pazienti che hanno avuto accesso presso il CSM abbiano ricevuto la compilazione della scheda del PTI (consulenza/assunzione di farmaci/ presa in carico)	≥ 50%
	2.2- % pazienti presi in carico in post-ricovero dal CSM (scheda dimissione concordata)/totale dei pazienti dimessi al domicilio da SPDC rispetto all'anno precedente	presa in carico post-dimissione	≥ 50%
	2.3 % nuove attivazioni dei pazienti in assistenza ambulatoriale/totale dei pazienti dimessi	incremento percentuale dei pazienti seguiti in assistenza ambulatoriale	> 5%
	2.4 N° incontri annui tra personale sanitario e familiari	Organizzazione incontri formativi con il personale sanitario e familiari	4
OS. 3: Diminuire la frequenza dei ri-accessi in SPDC, successivi alla dimissione	3.2 Media dei giorni tra dimissione e presa in carico/totale pazienti	3.2 tempo di attesa della presa in carico del paziente dimesso presso i servizi ambulatoriali e domiciliari	< 4 gg
OG: Realizzazione della procedura aziendale per la presa in carico del paziente affetto da disturbo psichiatrico acuto	% di aumento dei pazienti presi in carico dai Servizi Territoriali del DSM della Usl Umbria1 nell'anno 2024/anno 2023	Miglioramento dell'appropriatezza psicoterapeutica	>5% anno 2024 >15% anno 2025 >30% anno 2026
	% dei re-ricoveri entro 7 giorni dalla dimissione nel SPDC della Usl Umbria1 nel 2024	Miglioramento della presa in carico dei pazienti nella fase post- ricovero da parte dei servizi territoriali	≤ 10% anno 2024 ≤ 12% anno 2025 ≤ 15% anno 2026

FIGURA 5

Descrizione degli indicatori per la VALUTAZIONE DEI RISULTATI FINALI (OBIETTIVI SPECIFICI E OBIETTIVO GENERALE) del progetto

CONCLUSIONE

In conclusione, il nostro progetto si propone di affrontare le sfide nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici nell'ambito dell'USL Umbria 1, identificando criticità e proponendo soluzioni mirate. Attraverso un approccio integrato e multidisciplinare, miriamo a migliorare la qualità della presa in carico pre e post-ricovero, riducendo gli accessi al pronto soccorso e promuovendo la continuità delle cure.

L'implementazione di protocolli standardizzati, la formazione del personale e la collaborazione con centri di eccellenza nazionali sono solo alcune delle azioni previste per raggiungere questo obiettivo.

Il nostro obiettivo ultimo è quello di garantire una migliore qualità di vita ai pazienti affetti da disturbi psichiatrici, promuovendo un sistema di assistenza più efficace e centrato sulle esigenze individuali.

BIBLIOGRAFIA

1. Ku BS, Barrera Flores FJ, Congdon P et Al. *The association between county-level mental health provider shortage areas and suicide rates in the United States during the COVID-19 pandemic.* *Gen Hosp Psychiatry.* 2024 Feb 24;88:48-50.
2. Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E. *Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak.* *Ann Ist Super Sanità* 2022; 58,1: 6-15.
3. L'Angiocola PD, Monti M. *COVID-19: the critical balance between appropriate governmental restrictions and expected economic, psychological and social consequences in Italy. Are we going in the right direction?* *Acta Biomed.* 2020 May 11;91(2):35-38.
4. Joensen A, Danielsen S, Andersen PK, et Al. *The impact of the initial and second national COVID-19 lockdowns on mental health in young people with and without pre-existing depressive symptoms.* *J Psychiatr Res.* 2022 May;149:233-242.
5. Badano V. *The Basaglia Law. Returning dignity to psychiatric patients: the historical, political and social factors that led to the closure of psychiatric hospitals in Italy in 1978.* *Hist Psychiatry.* 2024 Feb 9:957154X231224650.
6. *Il Sistema di Valutazione del Network delle Regioni online on: <https://performance.santannapisa.it/pes/network/bersagli.php>*
7. *Rapporto Osservasalute 2022, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane online on <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>*
8. *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale online on: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3369_allegato.pdf*