

La presa in carico integrata del paziente nel Dipartimento di Salute Mentale

Tommaso Maniscalco

Direttore Dipartimento di Salute Mentale
AUlss 7 «Pedemontana»

Gallio, Summer School 2019

La centralità del Dipartimento di Salute Mentale



Il Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM è un dipartimento **strutturale transmurale** (ospedaliero e territoriale), unico per ogni Azienda Ulss, dotato di **autonomia tecnico-organizzativa**, dipendente dal Direttore dei Servizi Socio-sanitari e che **si interfaccia con la struttura Distretto**.

L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale, trova motivazione non soltanto nell'ottica di un vantaggio organizzativo e gestionale, ma, principalmente nel recupero della

centralità del paziente

all'interno dell'organizzazione e della valorizzazione di tutte le categorie professionali

L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale, favorendo il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza promuove

attività di governo clinico

Presuppone:

- **misurazione esiti**
- **gestione rischio clinico**
- **formazione continua condivisa**

L'organizzazione dipartimentale

Diventa centrale l'implementazione del modello di integrazione, sia pur nel rispetto delle diverse professionalità, che sia finalizzato alla

**adozione di linee guida e
protocolli diagnostico terapeutici**
per la definizione di adeguati

progetti di cura e riabilitazione

in grado di dare risposte soddisfacenti anche nei casi complessi e multiproblematici.

Il Dipartimento di Salute Mentale

In cura il 3% della popolazione generale

**Il 10% della popolazione generale si rivolge ai DSM
nel corso della vita**

Gli elementi «critici» di contesto

- **Confronto con stakeholders istituzionali ed extra-istituzionali**
- **Servizi pensati con logiche di budget a «compartimenti stagni»**
- **Centralità dei policy maker**
- **Le risorse...**

PIL NAZIONALE

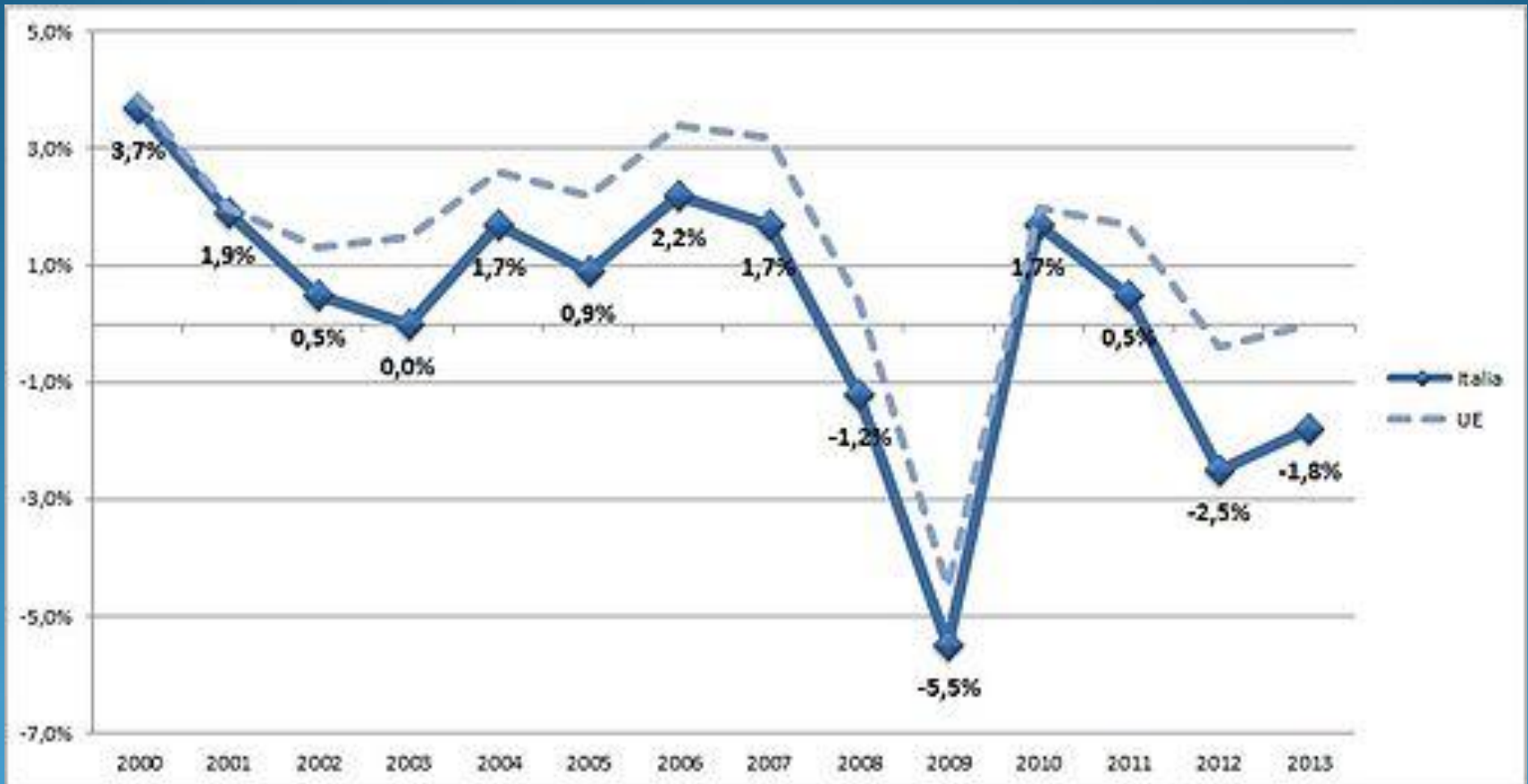
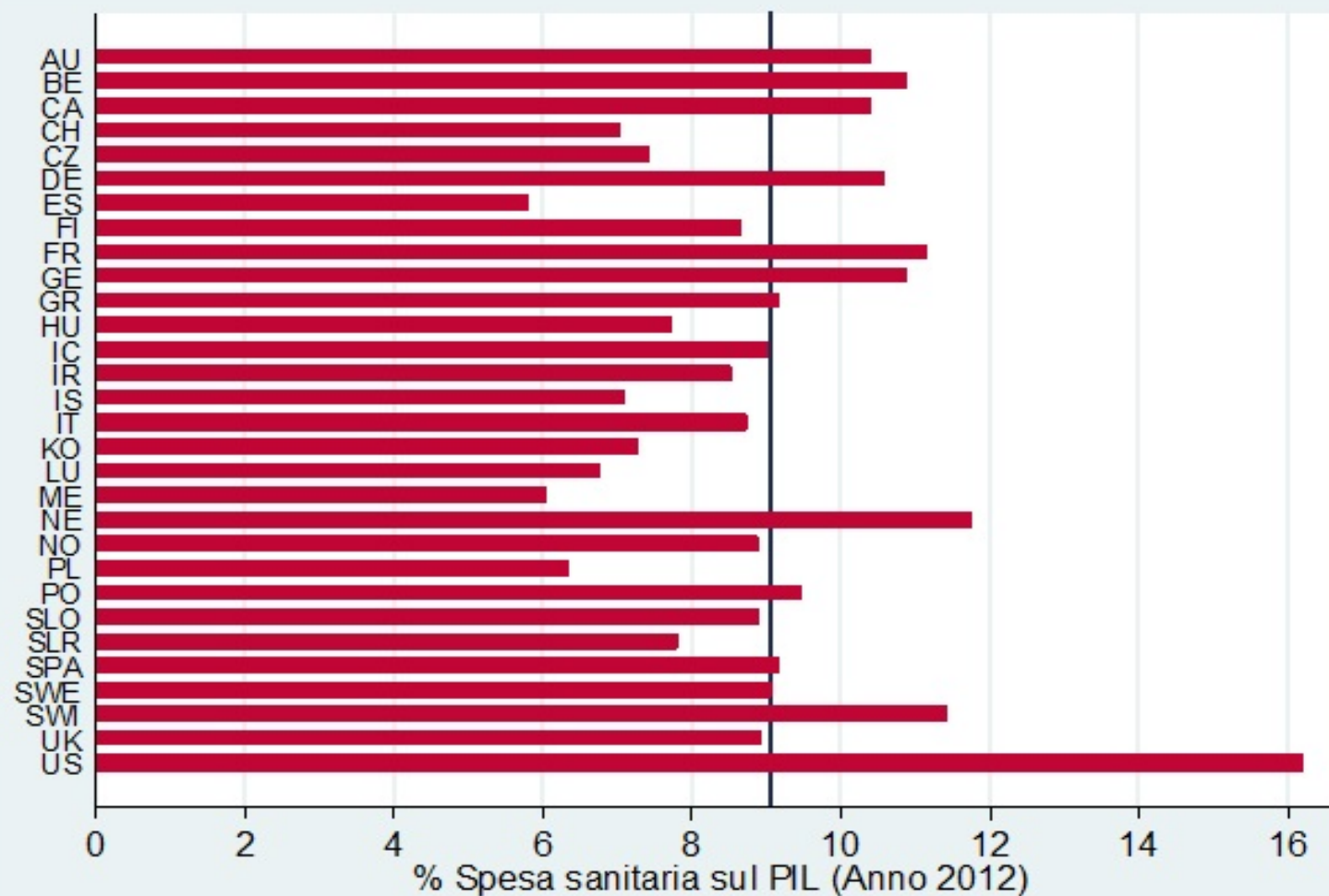


Figura 2. Spesa Sanitaria in percentuale del PIL, paesi OCSE (anno 2012)

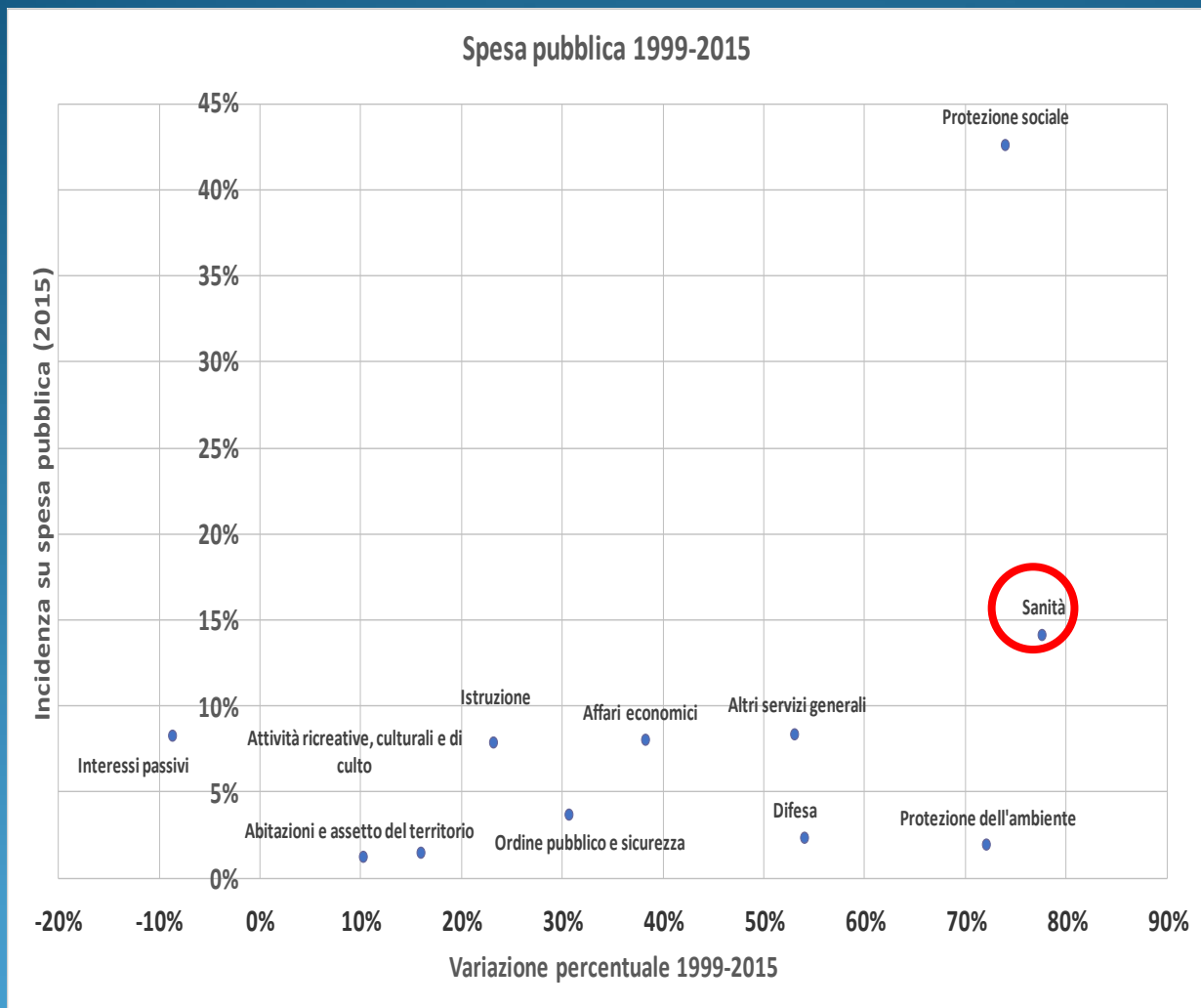


Fonte: OECD [Health Data](#), Nostra Elaborazione

I disavanzi sono in costante contrazione ...

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	7,2
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-21,6
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4	4,4
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-227,8
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	-1,8
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5	2,6
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	5,8	5,5
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-71,1
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0	4,3
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-88,6
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9	5,5
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0	14,4
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-163,8
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8	-23,7
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,0
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8	6,2
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,3	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-48,9
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7	1,4
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-55,4
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7	0,7
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,6	-333,8	-320,8
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.009,3	-1.013,4

La sanità resta obiettivo privilegiato delle politiche di contenimento



La spesa sanitaria, già più bassa che altrove, pare essere stata messa “sotto controllo”

Non sembrano esserci margini per futuri aumenti, almeno nel medio periodo

Negli ultimi anni, l’attenzione si è focalizzata sul contenimento della spesa, mentre molto meno è stato fatto in termini di produttività della spesa stessa.

I costi...

Costi di salute (1)

I dati della letteratura indicano, per pazienti con SMD, un **rischio di morte per malattie cardiovascolari 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale**. In alcuni studi viene evidenziato per i pazienti affetti da schizofrenia un tasso di mortalità per patologia cardiovascolare che raggiunge il 75% (rispetto al 33% della popolazione generale).

Persone con SMD hanno maggiori probabilità di morire per complicanze del diabete mellito. **Il rischio di sviluppare diabete è infatti doppio per pazienti con schizofrenia o disturbo bipolare e di 1,5 volte maggiore per pazienti con depressione rispetto alla popolazione generale**

Costi di salute (2)

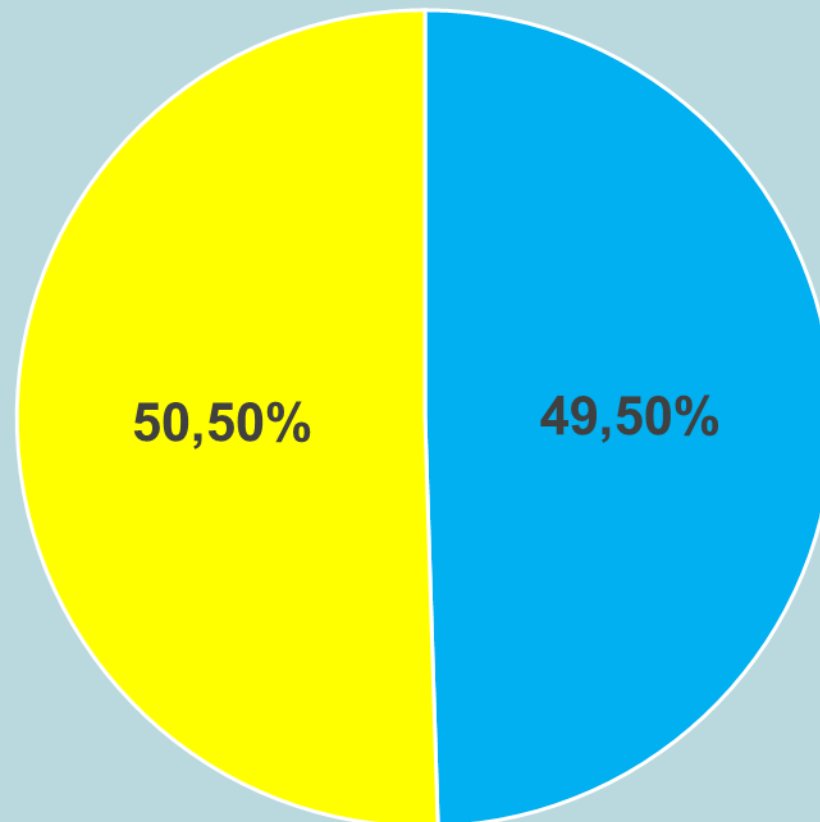
Le persone con SMD muoiono di **malattie respiratorie da 2 a 6 volte il tasso della popolazione generale**, anche dopo aver controllato il tabagismo.

Il tasso di decesso per malattie infettive in persone con SMD è circa 2 o 4 volte quello della popolazione generale.

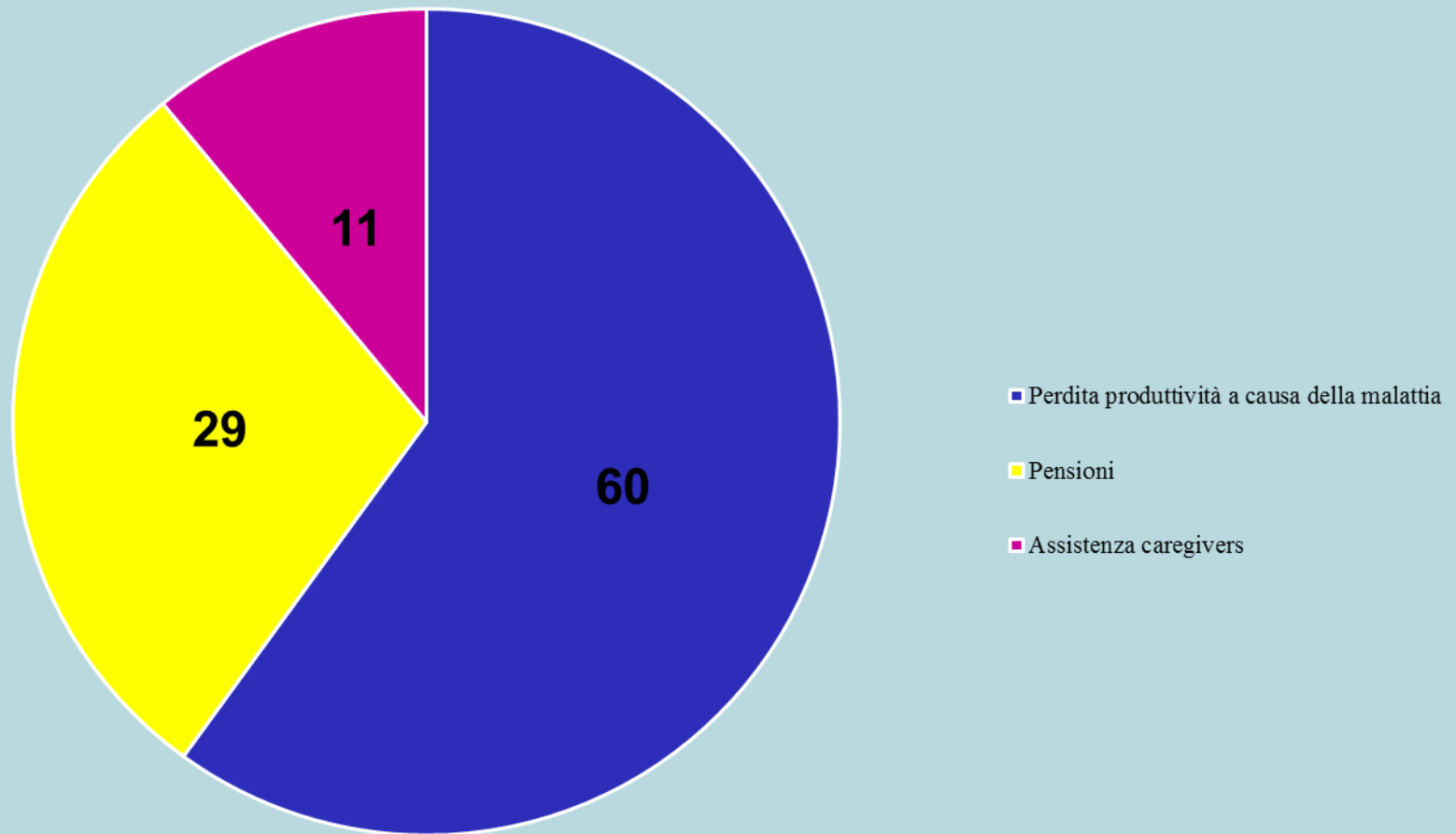
Atti anticonservativi: circa 4000 casi l'anno in Italia (13% patologia psichiatrica accertata, gli altri?)

SKZ: costi diretti/indiretti - 2014

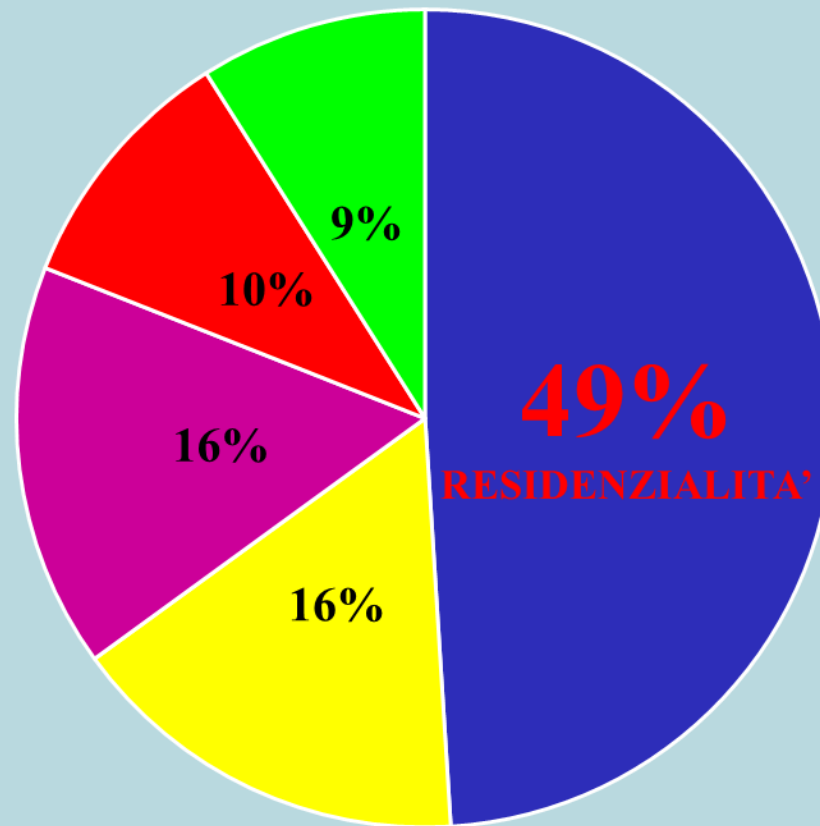
Costi diretti 1,33 miliardi di euro
Costi indiretti 1,37 miliardi di euro



Costi indiretti della Schizofrenia in Italia



Costi diretti della Schizofrenia in Italia



■ Residenzialità ■ Semiresidenzialità ■ Ospedalizzazione ■ Trattamenti farmacologici ■ Specialistica

Pz non diagnosticati

In Italia si stimano esserci tra i 300 e i 600mila **pazienti schizofrenici**, ma solo 212mila hanno effettivamente ricevuto **una diagnosi**.

Di questi, oltre **il 17,6% non** è sottoposto a un **trattamento farmacologico**.

Nel nostro Paese vivono quindi tra i 100 e i 400mila schizofrenici non diagnosticati che, con il passare del tempo, potrebbero arrivare nei centri specialistici in una situazione più pesante, sia in termini di gravità della malattia, sia in termini di **costi incrementali** per il Sistema sanitario nazionale e per le famiglie dei pazienti.

Gli strumenti...

La presa in carico strategica integrata nel Dipartimento di Salute Mentale



Le necessità per la presa in carico integrata

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
(Risorse legate ad attività /rispetto degli standard)

Continuità di cure

Promozione dell'integrazione delle aree di confine

I pazienti giudiziari

Continuità di cure

- 2 livelli:
- *Orizzontale*
 - Ospedale/Territorio (gestione del sistema di offerta complessivo)
- *Trasversale*
 - Minori (interventi precoci)
 - Anziani (gestione della cronicità)

Le aree di confine

- **Minori e adolescenti**
- **Dipendenze**
- **Area geriatrica**
- **Area disabilità**

L'integrazione con le aree di confine

Il problema della comorbilità

**La necessità di sperimentare
modelli nuovi**

Gli interventi

Trattamenti farmacologici

Interventi psicoterapici

Trattamenti psicosociali e riabilitativi

**All'interno di strategie di presa in carico garantite
dalla definizione di**

Progetti Terapeutici Individualizzati e

**Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati
in linea con i PDTA**

e le metodiche di Evidence Based Medicine

Obiettivi per un'efficace strategia integrata di cure

Diagnosi adeguata

Progetto di cura/PDTA

Appropriatezza prescrittiva (prevenzione delle
ricadute)

Appropriatezza di inserimenti residenziali e semi-
residenziali

Appropriatezza delle ospedalizzazioni

Presa in carico assertiva e prevenzione delle
ricadute  **Adesione al trattamento**