

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN SALUTE MENTALE



Antonio Lora

- Il ruolo della continuità terapeutica in salute mentale
- Un esempio concreto: la continuità nei disturbi mentali gravi in Lombardia
- La continuità assistenziale tra servizi di salute mentale e medicina generale

IL RUOLO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN SALUTE MENTALE



LA CONTINUITA' DELLA CURA - 1

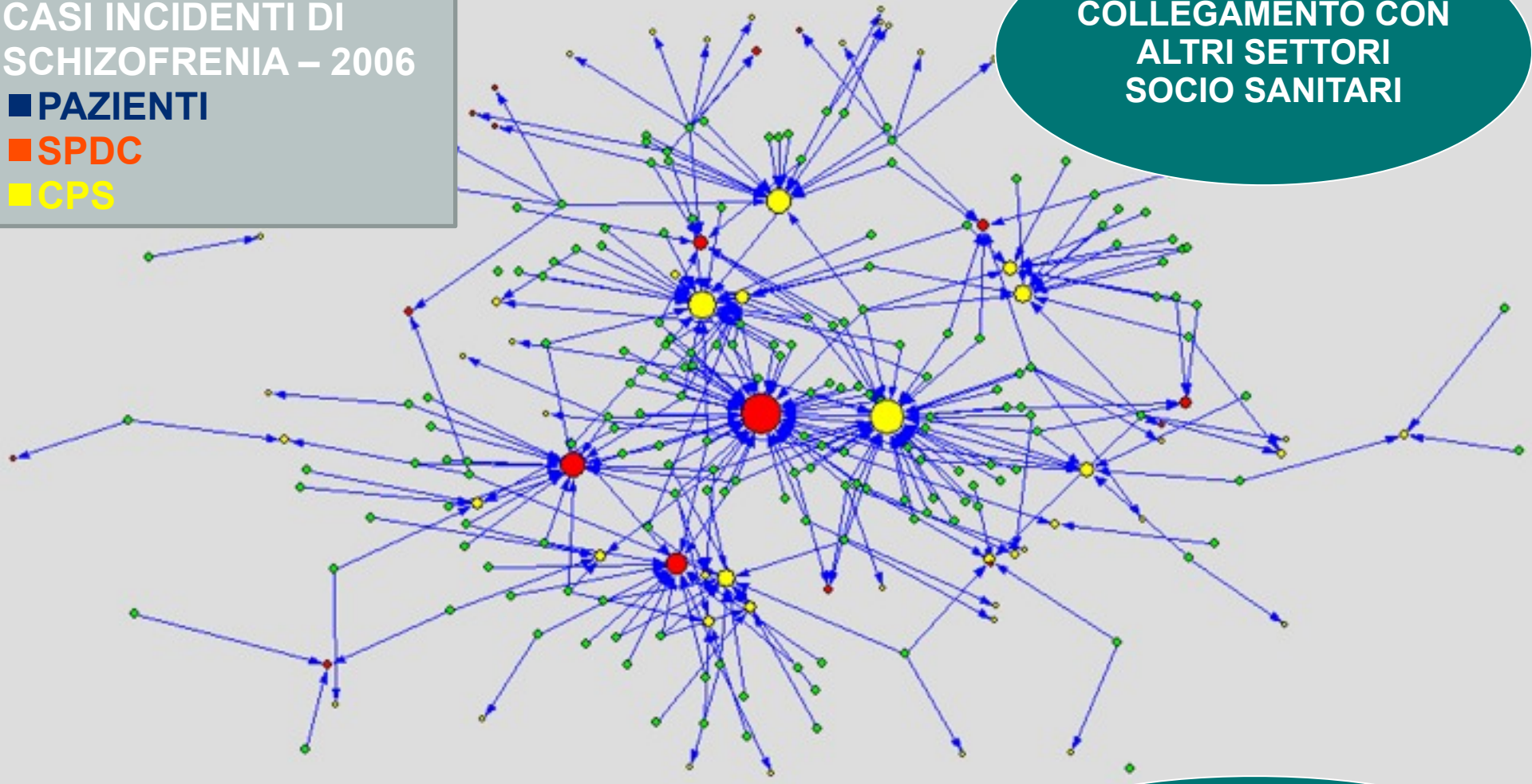
- NHS inglese (2002) “*uno dei temi prioritari di sviluppo*”; American Institute of Medicine “*obiettivo primario*”; Eaton (1996): “*strategic first choice in mental health*”; Thornicroft & Tansella (1999) “*base etica per i servizi di salute mentale*”
- **Indicatore chiave** per la valutazione dell’assistenza psichiatrica comunitaria e più in generale dei sistemi nazionali e regionali di salute mentale
- Circa **un quinto della letteratura** su questo tema è relativo alla salute mentale
- Storicamente la necessità di coordinare servizi e trattamenti in una strategia coerente emerge **dopo la chiusura dell’Ospedale Psichiatrico** e la deinstitutionalizzazione

ASL MILANO

CASI INCIDENTI DI SCHIZOFRENIA – 2006

- PAZIENTI
- SPDC
- CPS

COLLEGAMENTO CON ALTRI SETTORI SOCIO SANITARI



CURE PRIMARIE

LA CONTINUITA' DELLA CURA - 2

- la **continuità della cura** è rappresentata dal grado in cui gli episodi di trattamento sono connessi in modo lineare e ininterrotto in conformità con i bisogni del paziente.
- La capacità di un servizio di salute mentale di offrire interventi al paziente a livello locale
 - caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un periodo lungo di tempo tra episodi di cura (es. SPDC – CSM) (**continuità longitudinale**)
 - coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi (es. sanità e servizi sociali) e all'interno dei team (**continuità cross-sectional**) -
→ servizi non frammentati
- Valide misure della continuità presuppongono **sistemi informativi integrati** che seguono per lungo periodo di tempo il paziente.

LA CONTINUITA' DELLA CURA - 3

- **Dimensione relazionale** si riferisce alla relazione terapeutica tra il paziente ed uno o più operatori sanitari, nel caso di un'equipe curante. La continuità relazionale riconosce l'importanza della conoscenza del paziente come persona: la relazione che si instaura tra paziente e operatore è la imbragatura che connette nel tempo e fa da ponte alla discontinuità indotta dagli eventi sanitari.
- **Dimensione informativa** è data dal trasferimento di informazioni che uniscono la cura tra differenti episodi e setting di cura e dall'uso continuativo delle informazioni sanitarie per rendere più appropriato il trattamento del paziente. L'accumulo e lo scambio di informazioni sanitarie e sociali da un servizio all'altro non solo migliora i piani di cura, ma anche assicura che il paziente si senta ascoltato e capito.

LA CONTINUITA' DELLA CURA - 4

- **Dimensione gestionale** assicura che la cura erogata da diversi erogatori sia connessa in modo coerente. L'approccio gestionale è basato su:

- piano di trattamento individualizzato, comprensivo e condiviso tra più servizi
- passaggi organizzati dei pazienti tra servizi secondo standard e protocolli.

Mentre i “percorsi di cura” definiscono i contenuti e i tempi degli interventi, la continuità manageriale garantisce che questi percorsi di cura siano seguiti in maniera significativa.

- Il **case manager** si occupa di coordinare l'assistenza nei disturbi mentali gravi e cura in primis proprio la continuità della cura sia trasversale che longitudinale, svolgendo la funzione di assicurare anche la continuità informativa, relazionale e gestionale

Table 3 How would patients improve continuity of care in practice? Facilitating elements of continuity of care

Continuity of care		
Types	Dimensions	Facilitating elements
RC	Consistency of personnel	Being attended by the same physician, practice nurse or a small team of physicians in primary, secondary or home care Continuing relationship over time Regularity of visits (to check progress)
	Ongoing patient–provider relationship	Quality of consultation (attentiveness, inspiration of confidence, medical knowledge, etc.) Avoidance of ‘overfamiliarity’ or seeing a physician too frequently Take over of responsibility and coordination of care by a professional (usually by the GP)
IC	Information transfer	Consistent cross-boundary and inter-hospital communication; exchange of clinical information Access to medical records by professionals in different settings
	Accumulated knowledge	Gathering of ‘holistic’ information (values, preferences, support mechanism and social contexts)
MC	Consistency of care	Receipt of support and preparation for the discharge process Physician’s company of patient to others settings Consistency of timing of home care delivery Organization of transfers and coordination of home care by the GP
	Accessibility	Availability of a usual doctor or nurse when needed Receipt of advice and having medical tests done when required Provision of services that are regular, timely and efficient Delivered services and providers are at the same location Implementation of structured reviews of care
	Flexibility	Immediate response to care needs Adjustment of care to patients’ needs (individualized care)

CONTINUITA' DELLA CURA ED ESITO

Greenberg et al. (2005)	145.000	Tutte le diagnosi	+ per alcuni pattern di trattamento
Adair et al. (2006)	411	SMI	+ per tutti le variabili di esito indagate
Mitton et al (2005)	437	SMI	↓ costi ospedalieri ↑ costi territoriali
Bindman et al. (2000)	100	SMI	- per le variabili di esito indagate

“Ci sono poche evidenze che leghino la continuità della cura all’esito, soprattutto a causa della mancanza di sviluppo di misure adeguate della stessa” (Adair et al. 2003)

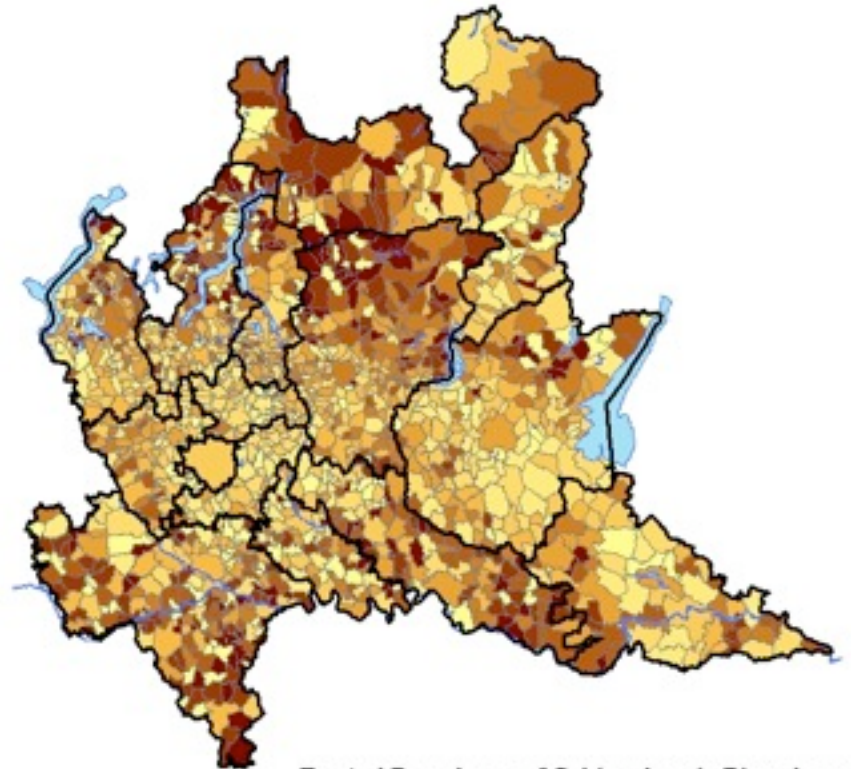


Priorità per la ricerca

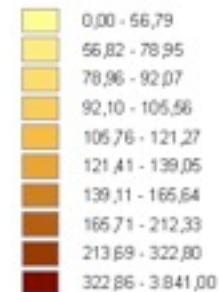
UN ESEMPIO CONCRETO: LA CONTINUITA' DELLA CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI IN LOMBARDIA

CONTINUITA' DI CONTATTO :

almeno un contatto ogni 90
giorni nei 365 giorni successivi
al primo contatto nell'anno

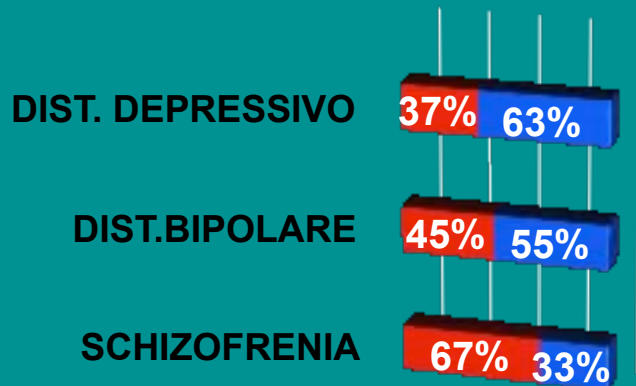


Treated Prevalence of Schizophrenic Disorders
Standardized Ratio (x 100) - 2005



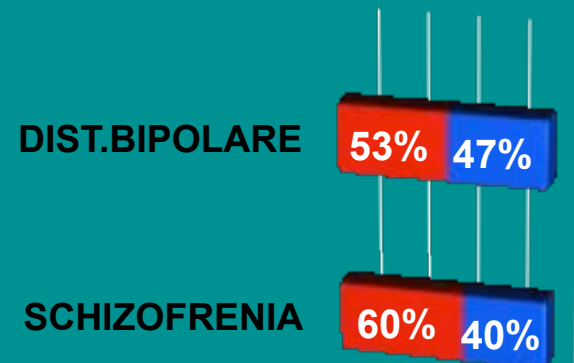
CONTINUITA' DELLA CURA (2009)- 1

CASI PREVALENTI



■ CONTINUITA' SI'
■ CONTINUITA' NO

CASI INCIDENTI (18-35 ANNI)



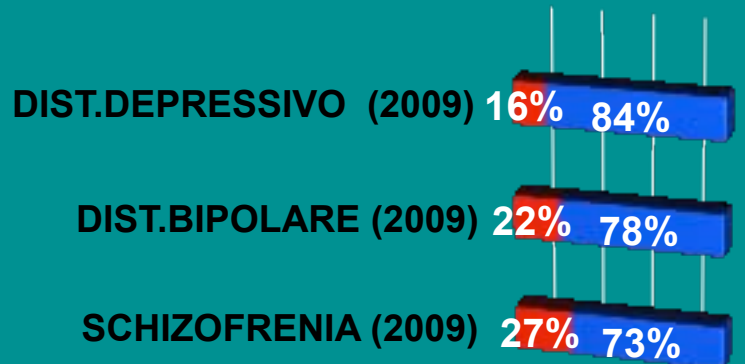
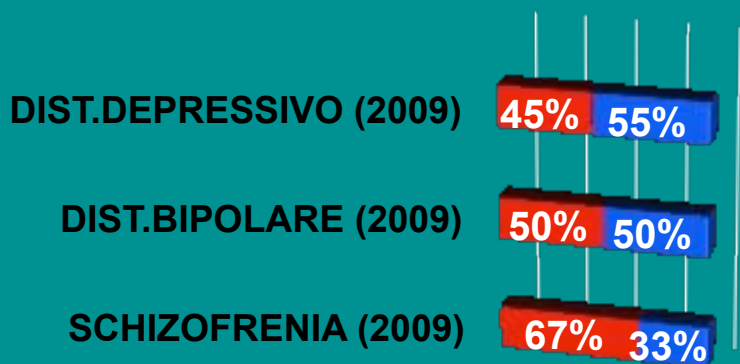
■ CONTINUITA' SI'
■ CONTINUITA' NO

La continuità nella cura è assicurata ai disturbi mentali gravi ed in misura maggiore ai giovani all'esordio

CONTINUITA' DELLA CURA (2009)- 2

VISITA PSICHIATRICA IN CPS NELLE DUE SETTIMANE DALLA DIMISSIONE

ALMENO 1 VISITA PSICHIATRICA IN CPS NEI 6 MESI SEGUENTI



■ SI

■ NO

■ SI

■ NO

La continuità nella cura è assicurata nel primo momento dopo la dimissione, ma non nei mesi seguenti

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE TRA SERVIZI DI SALUTE MENTALE E MEDICINA GENERALE



IL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE (2004)

- **CONSULENZA**
- **ASSUNZIONE IN CURA**
- **PRESA IN CARICO**

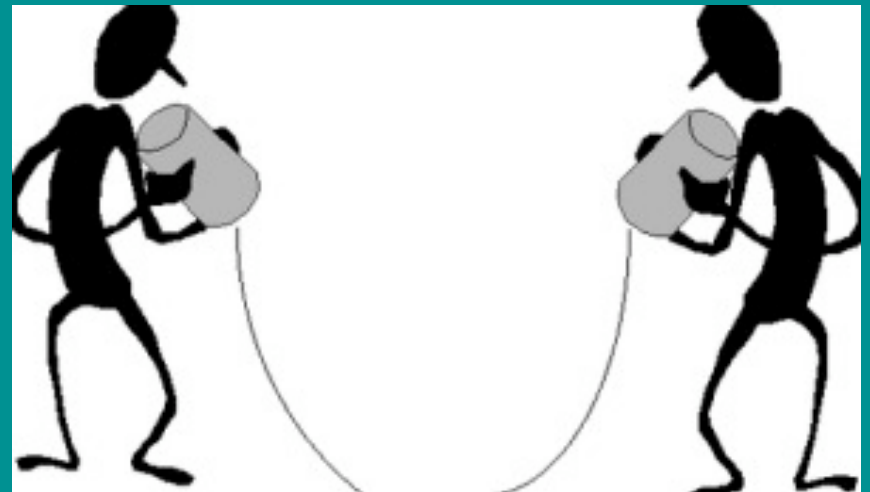
CONSULENZA

- Tipologia di intervento caratterizzata prevalentemente da visite specialistiche mediche e psicologiche ed attività di valutazione
- Attività svolta solo da CPS/AMB in sede
- Numerosità interventi psichiatrici non superiore a 3,
- Attività rivolta a utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica, ma in cui l'obiettivo è la valutazione clinico - diagnostica e l'eventuale impostazione di una terapia quale consulenza al MMG o ad altre agenzie (SERD, Comuni, servizi ASL per il ritardo mentale, ecc.)
- Nel caso esista la necessità di un trattamento psicofarmacologico, questo verrà impostato all'interno del processo di consulenza, ma verrà successivamente continuato e monitorato dal Medico di Medicina Generale o dal servizio specialistico inviante

DISTURBI PSICHICI TRA MMG E SPECIALISTA

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

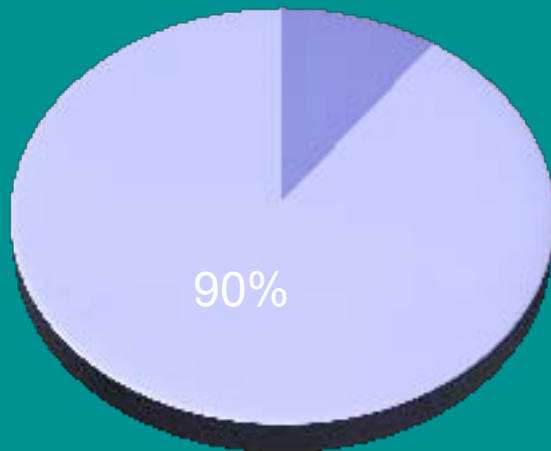
- **DISTURBI EMOTIVI COMUNI**
(consulenza ed impostazione del trattamento)
- **DISTURBI MENTALI GRAVI “NON COMPLICATI”** (assunzione in cura specialistica psichiatrica o psicologica)
- **DISTURBI MENTALI GRAVI “COMPLICATI”**
(presa in carico multiprofessionale)
- **DISTURBI EMOTIVI COMUNI**
(trattamento)
- **DISTURBI MENTALI GRAVI**
(1- invio precoce 2 - continuità della cura sul piano somatico)



L'IMPATTO DEI DISTURBI PSICHICI SULLA POPOLAZIONE

DALYs

10%

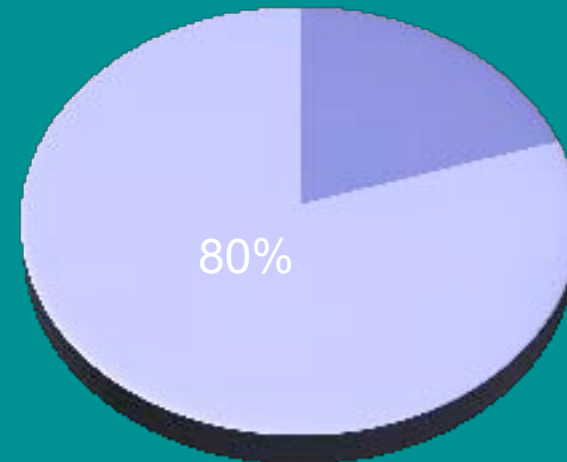


- DISTURBI PSICHICI
- DISTURBI SOMATICI

DIST.DEPRESSIVI 4°
DIST.ANSIOSI 20°

YLDs

20%



- DISTURBI PSICHICI
- DISTURBI SOMATICI

DIST.DEPRESSIVI 2°
DIST.ANSIOSI 9°

No health without
mental health



The Lancet (2011): pazienti con SMI vivono in media 16-25 anni meno della popolazione generale e il disturbo cardiaco coronarico e non il suicidio è la principale causa di morte

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Linee Regionali di indirizzo

Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento
Livello A Presenza in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta
Livello B1 Consultazione sul caso	MMG	Medio (disturbi più strutturati di ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai Servizi
Livello B2a Consulenza	MMG	Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico
Livello C Presenza in cura specialistica	Psichiatra - Psicologo	Alto (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	Presenza in cura a medio-lungo termine, spesso multiprofessionale

Percorsi di Cura (*Stepped Care Model*) Depressione

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A Presenza in cura diretta	MMG	NCP	Bassa (episodi autolimitati disagio, spesso reattivi ad eventi di vita)	Riconoscimento, attesa attenta, psico-educazione
B1 Consultazione	MMG	NCP	Media (disturbi più strutturati ansia-depressione)	Confronto telefonico o diretto sul caso con psichiatra/psicologo (valutazione, indicazioni terapeutiche, invio)
B2 Consulenza	MMG	NCP/SC	Media (ansia-depressione resistente al trattamento, comorbidità, fattori psicosociali)	Invio allo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni terapeutiche
B3 Episodio cura condivisa	MMG	NCP/SC	Medio-alta (trattamento combinato a termine)	Trattamento farmacologico e psicoterapeutico
C Presenza in cura specialistica	Psichiatra	CSM	Alta (suicidalità, disabilità, vulnerabilità sociale)	Presenza in cura a medio-lungo termine spesso in team multi-professionale, management dell'aderenza, ricovero



La qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura

Decision Support 2000+
(Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA)

LA SFIDA

- **Rendere più chiaro il concetto di continuità della cura, chiarendo i rapporti con altre misure della qualità**
- **Sviluppare definizioni operazionali e misure coerenti e comprensive, al posto di quelle unidimensionali**
- **Sperimentare interventi efficaci per migliorarla**



Table 3 How would patients improve continuity of care in practice? Facilitating elements of continuity of care

Continuity of care

Types Dimensions Facilitating elements

RC Consistency of personnel Being attended by the same physician, practice nurse or a small team of physicians in primary, secondary or home care

Continuing relationship over time

Regularity of visits (to check progress)

Ongoing patient–provider relationship

Quality of consultation (attentiveness, inspiration of confidence, medical knowledge, etc.)

Avoidance of ‘overfamiliarity’ or seeing a physician too frequently

Take over of responsibility and coordination of care by a professional (usually by the GP)

IC Information transfer Consistent cross-boundary and inter-hospital communication; exchange of clinical information

Access to medical records by professionals in different settings

Accumulated knowledge Gathering of ‘holistic’ information (values, preferences, support mechanism and social contexts)

Table 3 How would patients improve continuity of care in practice? Facilitating elements of continuity of care

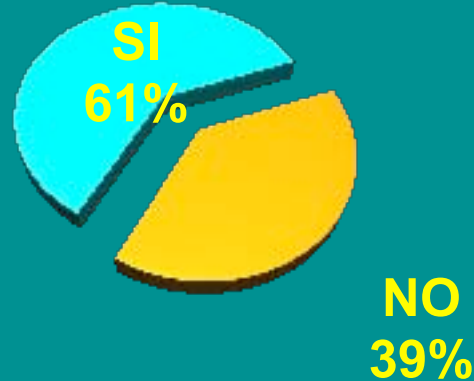
Continuity of care		
Types	Dimensions	Facilitating elements
RC	Consistency of personnel	Being attended by the same physician, practice nurse or a small team of physicians in primary, secondary or home care Continuing relationship over time Regularity of visits (to check progress)
	Ongoing patient–provider relationship	Quality of consultation (attentiveness, inspiration of confidence, medical knowledge, etc) Avoidance of ‘overfamiliarity’ or seeing a physician too frequently Take over of responsibility and coordination of care by a professional (usually by the GP)
IC	Information transfer	Consistent cross-boundary and inter-hospital communication; exchange of clinical information Access to medical records by professionals in different settings
	Accumulated knowledge	Gathering of ‘holistic’ information (values, preferences, support mechanism and social contexts)
MC	Consistency of care	Receipt of support and preparation for the discharge process Physician’s company of patient to others settings Consistency of timing of home care delivery Organization of transfers and coordination of home care by the GP
	Accessibility	Availability of a usual doctor or nurse when needed Receipt of advice and having medical tests done when required Provision of services that are regular, timely and efficient Delivered services and providers are at the same location Implementation of structured reviews of care
	Flexibility	Immediate response to care needs Adjustment of care to patients’ needs (individualized care)



Brandon Temple/AAFP

CONTINUITA' DELLA CURA NELLA SCHIZOFRENIA

CASI GIA' IN TRATTAMENTO (PRIMO CONTATTO CON IL DSM PRIMA DEL 2005)



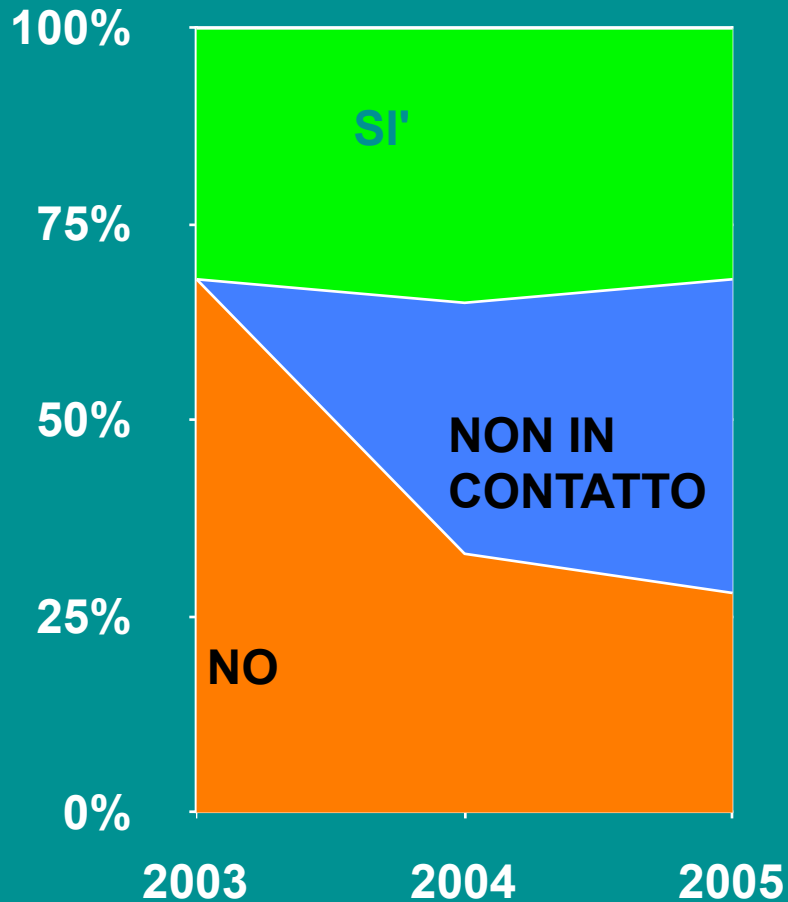
NUOVI CASI (PRIMO CONTATTO CON IL DSM NEL 2005)



almeno un contatto
ogni 90 giorni
nei 365 giorni
successivi
al primo

Età 15- 34 anni

CONTINUITA' DELLA CURA - 2



- Tra i nuovi casi su tre anni solo il **32%** mantiene una continuità di contatto per almeno due anni, mentre il **68%** ha solo 1 anno o meno di continuità
- La **continuità al 1° anno** influenza quella dei due anni successivi
- Il **primo contatto con SPDC**
 - riduce le probabilità di trattamento continuativo e
 - i pazienti con solo ricoveri ospedalieri hanno nell'anno successivo rischio doppio degli altri di non esser più in contatto (44% vs. 29%)

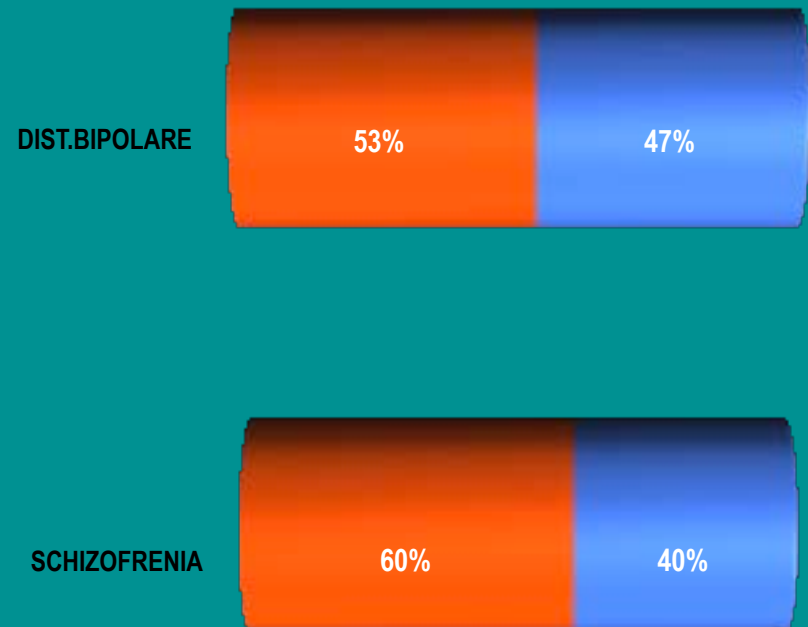
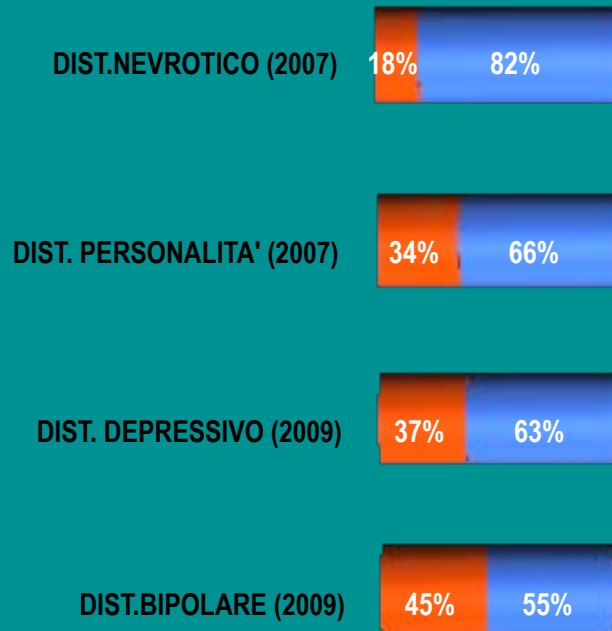
CONTINUITA' DELLA CURA (2007- 2009)

CASI PREVALENTI

CASI ALL'ESORDIO 18-35 ANNI

CONTINUITA' SI' CONTINUITA' NO

CONTINUITA' SI' CONTINUITA' NO



La continuità nella cura è assicurata ai disturbi mentali gravi (dist. schizofrenici e di personalità) ed in misura anche maggiore ai giovani all'esordio