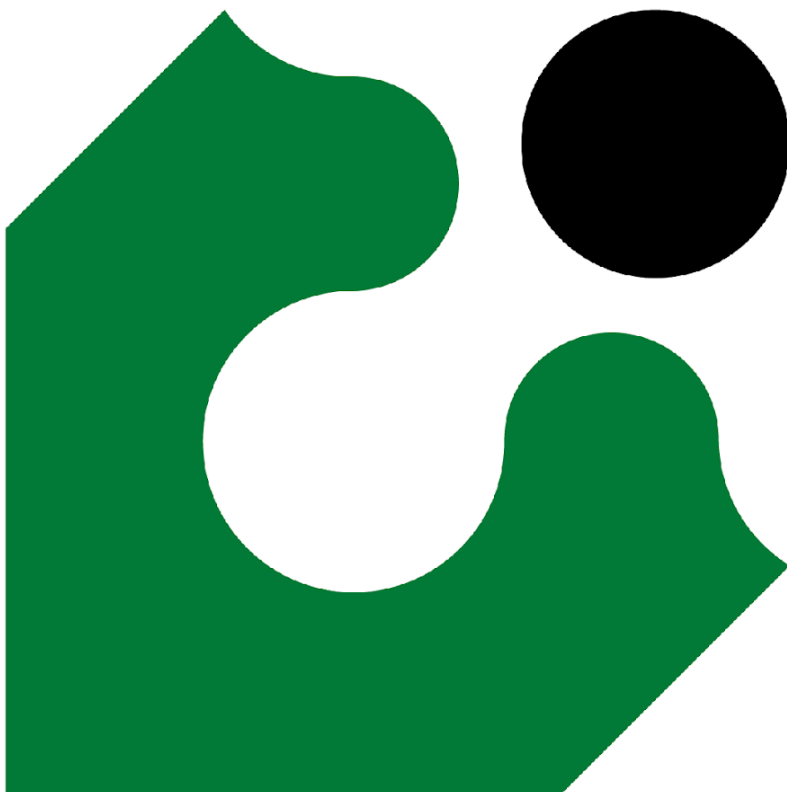


**Progetto MIS-DMS: Modello Integrato di Salute  
per i pazienti con Disturbi Mentali Severi  
affidenti alle Case di Comunità**

Annabella Di Giorgio  
Armando D'Agostino

**Corso di formazione manageriale per  
Dirigenti di Struttura Complessa**

Anno 2023/2024



# Corso di formazione manageriale per Dirigente di Struttura Complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/CE  
Ente erogatore Università degli Studi di Milano

## GLI AUTORI

*Annabella Di Giorgio*, Psichiatra, ASST Papa Giovanni XXIII, digiorgio.annabella@asst-pg23.it  
*Armando D'Agostino*, Psichiatria, ASST Santi Paolo e Carlo, armando.dagostino@asst-santipaolocarlo.it

## Il docente di progetto

*Federico Lega*, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

## Il Responsabile didattico scientifico

*Federico Lega*, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

# INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	10
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	12
RISULTATI ATTESI	14
CONCLUSIONI	16
CONTRIBUTO PERSONALE	17
RIFERIMENTI NORMATIVI	18
BIBLIOGRAFIA	19

## INTRODUZIONE

I pazienti con Disturbo Mentale Severo (DMS) hanno un'aspettativa di vita ridotta di almeno 15-20 anni rispetto alla popolazione generale (*Mortality Gap*) (Ali *et al.*, 2022). Questo divario è cresciuto progressivamente nell'ultimo decennio per l'aumentata mortalità associata alle comorbidità mediche in tali pazienti (Plana-Ripoll *et al.*, 2020). In particolare, i pazienti con disturbi cronici quali Schizofrenia, Depressione Maggiore e Disturbo Bipolare hanno un maggiore tasso di mortalità rispetto alla popolazione generale, associato a condizioni comuni quali malattie cardiovascolari, respiratorie, endocrine ed oncologiche. Si stima che il 25% dei pazienti con questi disturbi mentali sia anche affetto da multi morbidità fisica, ovvero la presenza contemporanea di due o più condizioni di malattia fisica croniche (Halstead *et al.*, 2024).

Le evidenze più recenti suggeriscono due cause principali che concorrono nel determinare tale esito. La prima risiede nell'incidenza più elevata di fattori di rischio nei pazienti con DMS, che vanno dalla condivisione di una predisposizione genetica comune per i disturbi psichiatrici e quelli somatici (Amare *et al.*, 2017), a stili di vita non salutari (es. ridotta attività fisica e uso di sostanze voluttuarie), agli effetti indesiderati cardiometabolici di alcuni farmaci, come gli antipsicotici, quando assunti per lunghi periodi di tempo. La seconda causa riguarda invece l'accesso alle cure mediche, che sembra essere limitato in questa popolazione vulnerabile per diversi motivi. Tra questi si annoverano una minore propensione a cercare consulti specialistici o seguire terapie mediche per compromissione del funzionamento personale e/o per assenza del caregiver, e la tendenza da parte dei medici di altre discipline a sottovalutare le patologie non psichiatriche per la difficoltà che alcuni pazienti con DMS hanno nel riferire sintomi somatici. Le persone con DMS possono, infatti, essere meno in grado di riconoscere, segnalare e richiedere l'aiuto necessario per i propri disturbi fisici e, anche a causa della persistenza di stigma e discriminazione, possono ricevere cure mediche di livello inferiore alla popolazione generale (Thornicroft *et al.*, 2022). Inoltre, le persone con DMS tendono ad essere escluse dai programmi di medicina preventiva, come lo screening del cancro, le vaccinazioni, il counselling per smettere di fumare, ecc. (Starace *et al.*, 2018). Uno studio italiano ha evidenziato in una coorte di 55.162 pazienti con DMS un'aderenza significativamente ridotta, rispetto alla coorte di riferimento, ai farmaci prescritti per il controllo della pressione sanguigna (-24%), della dislipidemia (-10%) o del diabete (-25%) (Corrao *et al.*, 2022).

Una recente metanalisi ha evidenziato come i pazienti con DMS e diabete hanno un rischio maggiore di utilizzo ospedaliero rispetto a quelli con solo diabete (Launders *et al.*, 2022). Lo stesso si applica ai ricoveri per pazienti con DMS e malattie cardiovascolari o BPCO. Altri studi, inoltre, hanno dimostrato come la presenza di comorbidità medica impatti sulla durata della degenza media dei pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici (Teale *et al.*, 2024). Visto l'aumento progressivo dell'età media della popolazione, è plausibile ipotizzare nel tempo un aumento costante di tale criticità, che potrebbe determinare una contrazione dei posti letto per pazienti acuti assegnati al territorio sempre più evidente a favore di lungodegenze di pazienti cronici con DMS con problematiche fisiche di difficile gestione al di fuori dell'ambito ospedaliero. Questo tipo di utilizzo di risorse sanitarie già limitate configura di fatto un impiego inappropriato dell'ospedale, influenzando negativamente l'organizzazione all'interno dei nostri presidi.

Modificare un simile scenario implica il superamento di una serie di criticità sia cliniche che organizzative. In questa cornice, l'apertura e l'implementazione di nuove strutture socio-sanitarie territoriali all'interno sistema sanitario regionale lombardo, come le Case di Comunità (CdC), rappresenta un'opportunità unica per sperimentare nuovi modelli di integrazione tra l'assistenza psichiatrica e quella fisica, al fine di superare la storica separazione tra la psichiatria e le altre specialità mediche. La Figura 1 riassume l'analisi *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) del nostro progetto, fornendo una panoramica completa dei punti di forza, delle debolezze, delle opportunità e delle minacce che possono influenzarne lo sviluppo e le nostre prospettive future.

Figura 1 – Analisi SWOT



## OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Gli obiettivi strategici del Progetto Modello Integrato di Salute per i pazienti con Disturbi Mentali Severi (MIS-DMS) sono sul breve/medio termine, l'ottimizzazione dei ricoveri in ambito psichiatrico mediante riduzione dei tempi di degenza associati alle comorbidità fisiche dei pazienti con DMS; sul lungo periodo, la riduzione di morbilità e mortalità nei pazienti DMS assunti in cura e/o in carico ai servizi psichiatrici territoriali.

In linea con tali obiettivi strategici, gli obiettivi specifici sono stati declinati a tre livelli:

- **obiettivi per il paziente:** implementare programmi di prevenzione secondaria e terziaria per malattie croniche (patologie cardiovascolari, ictus, cancro, malattie croniche dell'apparato respiratorio, diabete, obesità, sindrome metabolica) per i pazienti con DMS.
- **Obiettivi per la struttura:** istituire un percorso assistenziale integrato per i pazienti con DMS, attraverso la collaborazione tra Centri Psico-Sociali (CPS) del Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze e Case di Comunità (CdC), ottimizzando per loro le opportunità di accesso alle cure offerte dall'attuale potenziamento delle reti sanitarie territoriali.
- **Obiettivi per il sistema:** sviluppare un modello assistenziale integrato traslabile su tutto il territorio regionale che consenta di ridurre i costi sanitari generati da accessi impropri al Pronto Soccorso e/o dovuti a peggioramento di condizioni mediche non trattate; la prolungata ospedalizzazione o i ricoveri impropri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per condizioni non psichiatriche, l'inefficienza nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

I destinatari di questo progetto saranno i pazienti con DMS (forme moderate severe di depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e altri disturbi psicotici) di età maggiore di 18 anni in assunzione in cura e/o in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) Papa Giovanni XXIII (Bergamo) e Santi Paolo e Carlo (Milano). I beneficiari del progetto, in linea con gli obiettivi specifici, saranno i pazienti con DMS, le ASST coinvolte e in ultimo il Sistema Sanitario Regionale.

## METODOLOGIA ADOTTATA

Pazienti di entrambi i sessi, di età maggiore di 18 anni, con diagnosi di Schizofrenia, Disturbo Schizoaffettivo, Disturbo Bipolare, Disturbo Depressivo Maggiore di grado moderato o grave, in assunzione in cura o in carico ai DSMD delle ASST Papa Giovanni XXIII (Bergamo) e Santi Paolo e Carlo (Milano) saranno sottoposti a valutazione dei fattori di rischio per malattie croniche quali cardiopatie, ictus, diabete, malattie respiratorie croniche e oncologiche. La valutazione del rischio implicherà l'acquisizione di dati clinici mediante il colloquio, l'esame obiettivo fisico e l'esecuzione di esami di laboratorio.

Il colloquio sarà utile ai fini della raccolta di informazioni quali la familiarità per patologie croniche, lo stile di vita adottato (abitudine al fumo di sigaretta, consumo alcolico, attività fisica), l'utilizzo di farmaci oltre a quelli psichiatrici (antiipertensivi, ipolipemizzanti e ipoglicemizzanti). L'esame obiettivo fisico sarà importante per la rilevazione di eventuali segni clinici. Contestualmente verranno misurati peso corporeo, misura della circonferenza addominale, altezza e Pressione Arteriosa. Gli esami di laboratorio includeranno gli esami di routine se non effettuati negli ultimi 6 mesi. I dati rilevati verranno riportati in una scheda-paziente informatizzata. In particolare, per quanto riguarda il rischio oncologico, si registrerà se è stato mai iniziato lo screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, dei tumori della mammella e del collo dell'utero.

Per i pazienti a rischio verrà compilata da parte del case manager del CPS la scheda di segnalazione paziente destinata alla COT (Centrale Operativa Territoriale) della CdC di riferimento territoriale, in modo che al paziente venga assegnato un case manager presso la CdC, ossia un Infermiere di Comunità (IFeC).

La COT, come previsto dal Decreto Ministeriale (DM) del 23 maggio 2022, n.77, in materia di "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario italiano", svolge la propria attività a livello distrettuale e ha un ruolo di facilitatore nella transizione da un setting di cura e assistenza all'altro, oltre che di coordinamento della presa in carico di cronici e fragili. La COT rappresenta così lo strumento aziendale di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, diventando l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale al fine di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente « protetto » e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

La figura dell'Infermiere di famiglia e/o di comunità (IFeC) istituita con il Decreto Legislativo (DL) del 19 maggio 2020, n. 34, art.1 c.5 e confermata dal DM 77/2022, è una figura professionale inserita nell'equipe di operatori delle CdC che ha come mandato la messa in atto del Progetto di Salute dei pazienti grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

Nel percorso integrato, l'IFeC avrà compiti di pianificazione degli interventi mirati alla riduzione del rischio per patologie croniche e raccordo con le strutture sanitarie .

In dettaglio, i compiti dell'IFeC saranno di:



- rinforzare i principi psicoeducazionali mirati all'ottenimento e mantenimento di una buona salute fisica;
- istituire un'agenda individualizzata nella quale riportare le scadenze alle quali effettuare gli esami ematici/strumentali e le visite da Medici di Medicina Generale (MMG) e specialisti ambulatoriali;
- pianificare e prenotare visite ed esami per il paziente;
- accompagnare il paziente alle visite e/o all'effettuazione degli esami se sprovvisti di caregiver;
- tenere i contatti con MMG e medici specialisti eventualmente coinvolti per assicurare che il paziente segua il percorso diagnostico/terapeutico in modo ottimale.

L'IFeC provvederà, inoltre, ad informare anche il MMG e il case manager del CPS rispetto a percorsi territoriali diagnostici e di monitoraggio concordati per i suoi assistiti. Gli specialisti coinvolti, oltre alle figure sopra citate, saranno quelli operanti all'interno delle CdC: cardiologo, terapeuta del dolore, geriatra, pneumologo, diabetologo. Per casi selezionati, laddove fosse necessaria l'attivazione di servizi domiciliari (ADI, assistenza domiciliare integrata) ed altre forme di supporto socioassistenziale, verrà coinvolta anche la figura dell'Assistente Sociale delle CdC Comunità, che raccordandosi con l'équipe del CPS, collaborerà alla costruzione della rete di prossimità.

Il flusso di appuntamenti sarà organizzato tramite un percorso ad hoc sviluppato presso il Centro Unico Prenotazioni (CUP) di ciascuna ASST.

La COT è supportata dal Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) preposto all'integrazione, informativa e interazione con tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura o di presa in carico del bisogno del cittadino ed in particolare modo dei pazienti cronici e/o fragili. Questa nuova piattaforma di Gestione Digitale del Territorio facilita l'individuazione di slot ambulatoriali dedicati ai pazienti gestiti presso la CdC; allo stato attuale la COT utilizza anche il Portale NEXUS per la gestione delle richieste ADI.

L'IFeC farà da collettore per le impegnative di esami e visite, allineando gli slot disponibili nelle agende specialistiche con l'obiettivo di ottimizzare il numero di accessi.

# DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

## 1.1 Descrizione del progetto

Il progetto proposto mira a ridurre il divario di mortalità e morbilità rispetto alla popolazione generale nei pazienti con DMS, affrontando le sfide cliniche e organizzative che li riguardano. La popolazione con DMS presenta un'elevata prevalenza di comorbidità mediche, con malattie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie e oncologiche tra le principali cause di morte prematura. La crescente complessità clinica in pazienti cronici con età avanzata e l'accesso limitato alle cure mediche contribuiscono a prolungare le degenze ospedaliere e ad aumentare i costi sanitari. Questo progetto propone un approccio integrato che coinvolge Centri Psico-Sociali (CPS) e Case di Comunità (CdC) per migliorare l'accesso alle cure, prevenire condizioni croniche e aumentare l'aspettativa di vita dei pazienti con DMS. Gli obiettivi del progetto includono la creazione di programmi di prevenzione secondaria e terziaria specificamente rivolti ai pazienti con DMS. La prevenzione secondaria e terziaria si basa su un modello assistenziale integrato con un case manager infermieristico (IFeC) come punto di riferimento per coordinare le cure tra i diversi servizi sanitari.

Il progetto prevede un'analisi dei costi di implementazione e un'attenta valutazione degli indicatori di accessibilità, efficacia ed efficienza. L'implementazione del modello integrato richiederà la collaborazione tra operatori sanitari e l'ottimizzazione delle risorse già disponibili nelle ASST coinvolte. I risultati attesi includono un aumento dell'aderenza ai programmi di screening e di cura, la riduzione del rischio per malattie croniche, una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse sanitarie e una contrazione della spesa sanitaria.

In conclusione, questo progetto offre un modello innovativo per migliorare l'assistenza ai pazienti con DMS, che se si dimostrerà valido potrà essere implementato a livello regionale.

## 1.2 Implementazione del processo

Ai fini della implementazione del processo sarà opportuno:

- effettuare almeno due riunioni che coinvolgano i Direttori Socio-Sanitari e i Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASST coinvolte, i Responsabili e Coordinatori dei CPS, i Direttore dei Distretti, i Coordinatori Infermieristici delle CdC. Lo scopo sarà quello di revisionare, perfezionare e, quindi, divulgare a tutti i collaboratori il percorso proposto. Dopo i primi sei mesi di applicazione, saranno calendarizzate riunioni a cadenza semestrale, per il monitoraggio ed eventuali aggiustamenti migliorativi del protocollo proposto.
- elaborare una scheda di segnalazione che il case manager del CPS dovrà compilare per l'invio alla Centrale Operativa Territoriale (COT) del Distretto di appartenenza ;

- elaborare una scheda di monitoraggio della presa in carico da parte della CdC. La scheda dovrà contenere le seguenti informazioni: dati anagrafici del Paziente, sintetica anamnesi somatica, breve relazione esplicativa sulla diagnosi e problematiche psichiatriche attuali, terapia in atto psicofarmacologica e medica generale, nominativi e contatti degli operatori referenti del paziente presso il CPS che lo ha in carico, in primis il Case Manager, e nominativo del MMG, motivazione dell'invio in CdC.
- organizzare almeno due iniziative divulgative di quattro ore nel corso del primo trimestre di avvio del progetto, aperte agli utenti e alla popolazione generale al fine di promuovere il servizio offerto.

### 1.3 Fasi e tempistiche

Il progetto proposto prevede un'articolazione in quattro fasi:

- **fase I:** i pazienti con DMS e GAF<50 a rischio di sviluppare malattie croniche o con già diagnosticate comorbidità saranno indirizzati al percorso integrato in occasione delle visite programmate, attraverso la compilazione della scheda di segnalazione che verrà inviata via email alla segreteria COT.
- **Fase II:** assegnazione da parte della COT dell'IFeC al paziente e programmazione di un incontro al CPS entro due settimane, in occasione del quale verrà presentato dal Case Mager del CPS l'IFeC al paziente, illustrando quelli che saranno i suoi compiti: l'IFeC lo aiuterà da un lato a migliorare i propri stili di vita, dall'altro a tenere i contatti con il MMG e/o i medici specialisti per il monitoraggio della propria condizione di rischio. Nel caso di pazienti con già diagnosticata comorbidità medica si spiegherà che l'IFeC sarà un "facilitatore" del percorso di cura. Il paziente coinvolto dovrà sottoscrivere un modulo di consenso informato e informativa sulla privacy con il quale consentire all'IFeC di riferimento di tenere i contatti con il MMG e/o gli altri specialisti coinvolti.
- **Fase III:** entro altre due settimane dall'incontro in CPS ne seguirà uno successivo a domicilio del paziente, condotto dall'IFeC. Durante tale incontro l'IFeC entrerà maggiormente nel dettaglio delle abitudini e degli stili di vita del paziente e acquisirà ulteriori informazioni per la compilazione dell'agenda individualizzata del paziente.
- **Fase IV:** l'IFeC provvederà ad aprire una cartella infermieristica presso la Casa di Comunità dove saranno conservati i consensi acquisiti e tutta la documentazione relativa al paziente, inclusa l'agenda individualizzata con gli appuntamenti programmati.

## ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto prevede l'integrazione delle attività del DSMD e delle CdC finalizzata alla definizione di un percorso interdisciplinare e multiprofessionale di gestione del paziente con DMS. Il percorso prevede il coinvolgimento di operatori afferenti al DSMD e alle CdC che eseguono prestazioni cliniche valorizzate secondo uno specifico nomenclatore tariffario.

Tabella 1 – Costo prestazioni specialistiche

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso ECG (89.52)	€ 33,60
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG.	€ 16,20
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	€ 22,00
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	€ 16,20
89.7C.1	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 22,00
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 16,20

Il costo di gestione territoriale di un singolo paziente incluso nel Progetto MIS-DMS che dovesse presentare, per eccesso, la necessità di effettuare una prima visita ed una visita di controllo con tutti gli specialisti riportati nella Tabella 1 nell'arco di 12 mesi, ammonterebbe a €126,20/anno. A questa cifra va aggiunto l'impegno orario dell'IFeC, che viene stimato in massimo 0,5 ore/settimana su singolo paziente, equivalenti a €515,32 (0,5 x € 19,82 x 52). La cifra annua complessiva impegnata su singolo paziente può essere pertanto stimata in €641,62.

Risulta più difficile stimare il costo annuo della spesa farmaceutica e di eventuali esami aggiuntivi da effettuare, che variano in base al quadro clinico del paziente. Ipotizzando un calcolo per eccesso che possa comprendere ripetizione di diversi esami del sangue, un esame diagnostico maggiore (ad es. Risonanza Magnetica Nucleare) e consumo di comuni farmaci per il trattamento di ipertensione arteriosa, diabete e BPCO, non sembra probabile una spesa annua superiore ai €1000 complessivi. I dati più recenti suggeriscono ad es. un consumo annuo pro capite di 17,9 confezioni di medicinali a carico del SSN, di prezzo medio pari a €9,33 (totale = €167/anno pro capite).

Il conteggio dei costi territoriali non include quelli del personale amministrativo, di software e sistemi informativi condivisi, dei materiali per la registrazione dei dati clinici (costi per l'acquisto di materiali

di consumo come cartelle cliniche, penne, carta e altri materiali per la registrazione dei dati). Tali costi sono, infatti, difficilmente calcolabili su singolo paziente, ma si ipotizza un loro impatto relativamente basso sul costo totale del Progetto per singolo paziente.

*Tabella 2 – Tariffario delle prestazioni di ricovero ospedaliero (sistema D.R.G.)*

	RICOVERI > 1 giorno	ValSoA	TarSoA
PSICOSI	€3789	38	€110

Ipotizzando un paziente che prosegua un ricovero per psicosi solo due settimane oltre il valore soglia previsto per complicazioni di natura internistica, come riportato in Tabella 2, il DRG risulterebbe di €3789 + €1540 = €5329. Qualora lo stesso paziente non presentasse tali complicanze in virtù della partecipazione al Progetto MIS-DMS e fosse pertanto dimesso entro il 38° giorno di degenza, il Diagnosis Related Groups (DRG) risulterebbe di €3789. Ipotizzando l'occupazione del posto letto da un secondo paziente con psicosi dal giorno successivo alla dimissione del primo paziente, entro due settimane il DRG associato al secondo ricovero sul posto letto liberato ammonterebbe a €3789 x 2 = €7578. Nel secondo scenario descritto, l'ASST beneficerebbe della differenza (€7578 - €5329 = €2249) a fronte di una spesa territoriale sul singolo paziente quantificabile in massimo €1000/anno.

Il calcolo descritto evidenzia un margine di risparmio per singolo paziente raggiungibile con la riduzione del 25% dei tempi di un ricovero sino alla soglia di 38 giorni. Ipotizzando su un singolo letto ospedaliero il susseguirsi di analoghi pazienti partecipanti al Progetto MIS-DMS, nell'arco di 12 mesi risulterebbero attuabili circa 10 ricoveri per psicosi invece di 7. Aggiornando il calcolo descritto, l'ASST beneficerebbe di €37.890 - €37.303 = €587 a fronte di una spesa territoriale quantificabile in massimo €7000/anno (€1000 x 7 pazienti che avrebbero occupato più a lungo il posto letto ma sono partecipanti al Progetto). Se però si considera l'ultima degenza media riportata in Lombardia nei reparti psichiatrici (13,8 giorni), il numero di ricoveri in successione su un singolo letto si avvicina oggi più realisticamente a circa 26 nell'arco di un anno. Riducendo tali ricoveri del 25% circa (9,6 giorni), sarebbero ipotizzabili 38 ricoveri nell'arco di un anno, generando un beneficio per l'ASST di €143.982 - €98.514 = €45.468/anno a fronte di una spesa territoriale di massimo €26.000 (€1000 x 26 pazienti che avrebbero occupato più a lungo il posto letto ma sono partecipanti al Progetto).

Lo scenario descritto suggerisce un risparmio, quantificabile per ciascun partecipante al Progetto in un massimo di circa €750 [(€45.468 - €26.000) / 26], dal quale detrarre i costi di personale amministrativo, software e sistemi informativi condivisi, materiali per la registrazione dei dati clinici.

## RISULTATI ATTESI

Dallo sviluppo del presente progetto ed in linea con gli obiettivi individuati, ci attendiamo un aumento dell'accesso ai programmi di screening e alle cure per i pazienti con DMS e GAF<50%, una maggiore efficienza nella allocazione delle risorse sanitarie con contrazione della spesa sanitaria associata a riduzione degli accessi inappropriati al PS e riduzione del tempo medio di degenza per questo gruppo di pazienti, una più efficiente gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed in ultimo anche la possibilità di implementare nel tempo percorsi di gestione socio-sanitaria integrata ospedale-territorio attraverso percorsi formativi, incontri periodici programmatici, eventi per gli operatori, per gli utenti e per la popolazione generale. La Tabella 3 riporta gli indicatori da implementare per la valutazione di accessibilità, efficienza ed efficacia del Progetto MIS-DMS.

Tabella 3 – Indicatori di Performance

	<b>Indicatore</b>	<b>Modalità di calcolo</b>	<b>Possibilità di identificazione di standard di riferimento</b>	<b>Cadenza Temporale</b>
<b>Accessibilità</b>	Tasso di segnalazione	N schede di segnalazione da parte del CPS/ N pazienti con DMS	≥80%	Annuale
<b>Efficienza</b>	Rapidità di presa in carico	Tempo medio in giorni tra data di segnalazione e data prima visita dell'IFeC	<14gg	Trimestrale
	Tasso accessi in PS	N pazienti con DMS con accesso in PS/ N tot di pazienti con DMS	Anno precedente -25%	Annuale
	Tasso di ricovero ospedaliero	N pazienti con DMS e comorbidità mediche ospedalizzati / N tot ricoveri	Anno precedente -25%	Annuale
	Tasso di drop-out	N prestazioni non erogate per assenza paziente/ N tot di prestazioni prenotate	≤30%	Annuale
<b>Efficacia</b>	Tasso di screening malattie croniche	N casi in regola con l'agenda/ N tot di casi presi in carico dall'IFeC	≥80%	Annuale
	Indice di disparità di salute	N prestazioni specialistiche per DMS / N tot	≥10%	Annuale

		prestazioni specialistiche		
	Indice Soddisfazione Utenti	Differenza tra punteggio PROMS al baseline e a 12 mesi	>1	Annuale

## CONCLUSIONI

Il nostro Project Work descrive gli obiettivi e le attività di un progetto che mira a integrare i percorsi di assistenza psichiatrica e polispecialistica territoriale al fine di migliorare la gestione della salute fisica in una popolazione vulnerabile di pazienti con DMS, caratterizzata da elevata complessità clinico-assistenziale. L'idea principale è quella di creare un modello di assistenza dedicato che tenga conto delle limitate conoscenze e autonomia decisionale delle persone con DMS seguite dai DSMD. Un elemento cruciale sarà la raccolta sistematica di indicatori relativi agli interventi effettuati, sia per valutarne l'accessibilità e l'efficacia sia per monitorarne l'efficienza nel tempo. Inoltre, l'analisi dei dati permetterà di produrre e diffondere studi scientifici con l'obiettivo di estendere il modello, qualora valido, a livello regionale.

In conclusione, il progetto MIS-DMS si presenta come un'innovativa e necessaria iniziativa per affrontare le disuguaglianze nella salute e migliorare il benessere dei pazienti con DMS. Questi disturbi sono gravati da un elevato rischio di comorbidità mediche e di mortalità prematura. Le malattie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie e oncologiche sono tra le principali cause di decesso in questa popolazione, e la complessità clinica dei pazienti cronici con età avanzata rende ancora più critica la necessità di interventi mirati ed efficaci. Attraverso un approccio integrato che coinvolge i CPS e le CdC il progetto mira a colmare il divario nell'assistenza sanitaria per i pazienti con DMS. Gli obiettivi del progetto includono la creazione di programmi di prevenzione secondaria e terziaria specificamente adattati alle esigenze di questa popolazione, con particolare attenzione alla gestione delle comorbidità mediche e alla promozione di stili di vita sani.

Tuttavia, sarà essenziale riconoscere e affrontare le sfide che potrebbero emergere lungo il percorso. Le carenze di personale e le resistenze al cambiamento sono comuni nei servizi sanitari già gravati da un elevato carico di lavoro, e sarà cruciale gestire attentamente la transizione per garantire il coinvolgimento e il sostegno attivo del personale.

Il successo del progetto sarà legato alla nostra capacità di dividerne l'importanza e costruirlo in modo collaborativo, coinvolgendo i vari attori sin dalle prime fasi di pianificazione. Sarà fondamentale fornire adeguata formazione e supporto al personale per affrontare le nuove sfide e adattarsi alle nuove pratiche. Solo attraverso un impegno collettivo e una leadership partecipativa e inclusiva potremo realizzare pienamente il potenziale di questo progetto e garantire risultati positivi e duraturi per i pazienti con DMS che possano ambire ad essere estesi anche al resto dell'ambito regionale.



## **CONTRIBUTO PERSONALE**

Gli autori hanno contribuito equamente al disegno del progetto. Entrambi infatti lavorano in contesti di cura caratterizzati da un analogo sistema organizzativo con le medesime potenzialità di raccordo tra i servizi territoriali del DSMD e le CdC.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Ministero della Salute, DECRETO 23 maggio 2022, n. 77: REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

Regione Lombardia, DELIBERAZIONE N. XI/6760 del 25 Luglio 2022: APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER L'APPLICAZIONE DEL DECRETO 23 MAGGIO 2022, N. 77 "REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

Ministero della Salute, DECRETO del 23 giugno 2023 : DEFINIZIONE DELLE TARIFFE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PROTESICA. (23A04464) (GU Serie Generale n.181 del 04-08-2023)

Regione Lombardia, DELIBERAZIONE N. XII/1518 del 13/12/2023 : PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2023 - 2027. APPROVAZIONE DELLA PROPOSTA DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE

Regione Lombardia, DELIBERAZIONE N. XII/1827 del 31/01/2024 : DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024

## BIBLIOGRAFIA

Ali S., Santomauro D., Ferrari A.J., Charlson F. (2022). *Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression*. J Psychiatr Res; 149:97-105.

Amare A.T., Schubert K.O., Klingler-Hoffmann M., Cohen-Woods S., Baune B.T. (2017). *The genetic overlap between mood disorders and cardiometabolic diseases: a systematic review of genome wide and candidate gene studies*. Transl Psychiatry; 7(1):e1007.

Corrao G., Barbato A., D'Avanzo B., Di Fiandra T., Ferrara L., Gaddini A., Monzio Compagnoni M., Saponaro A., Scodotto S., Tozzi V.D., Carle F., Lora A. (2022). "QUADIM project", "Monitoring, assessing care pathways (M. A. P.)" working groups of the Italian Ministry of Health. *Does the mental health system provide effective coverage to people with schizophrenic disorder? A self-controlled case series study in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 57(3):519-529.

Halstead S., Cao C., Høgnason Mohr G., Ebdrup B.H., Pillinger T., McCutcheon R.A., Firth J., Siskind D., Warren N. (202). *Prevalence of multimorbidity in people with and without severe mental illness: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Psychiatry; 17:S2215-0366(24)00091-9.

Lauenders N., Dotsikas K., Marston L., Price G., Osborn D.P.J., Hayes J.F. (2022). *The impact of comorbid severe mental illness and common chronic physical health conditions on hospitalisation: A systematic review and meta-analysis*. PLoS ONE ; 17(8): e0272498.

Plana-Ripoll O., Weye N., Momen N.C., Christensen M.K., Iburg K.M., Laursen T.M., McGrath J.J. (2020). *Changes Over Time in the Differential Mortality Gap in Individuals With Mental Disorders*. JAMA Psychiatry; 77(6):648-650.

Thornicroft G., Sunkel C., Alikhon Aliev A., Baker S., Brohan E, El Chammay R., Davies K., Demissie M., Duncan J., Fekadu W., Gronholm P.C., Guerrero Z., Gurung D., Habtamu K., Hanlon C., Heim E., Henderson C., Hijazi Z., Hoffman C., Hosny N., Huang F.X., Kline S., Kohrt B.A., Lempp H., Li J., London E., Ma N., Mak W.W.S., Makhmud A., Maulik P.K., Milenova M., Morales Cano G., Ouali U., Parry S., Rangaswamy T., Rüsçh N., Sabri T., Sartorius N., Schulze M., Stuart H., Taylor Salisbury T., Vera San Juan N., Votruba N., Winkler P. (2022). *The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health*. Lancet; 400(10361):1438-1480.

Starace F., Mungai F., Baccari F., Galeazzi G.M. (2018). *Excess mortality in people with mental illness: findings from a Northern Italy psychiatric case register*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 53(3):249-257.

Teale A.L., Morgan C., Jenkins T.A., Jacobsen P. (2024). *Delayed discharge in inpatient psychiatric care: a systematic review*. Int J Ment Health Syst; 18(1):14.

