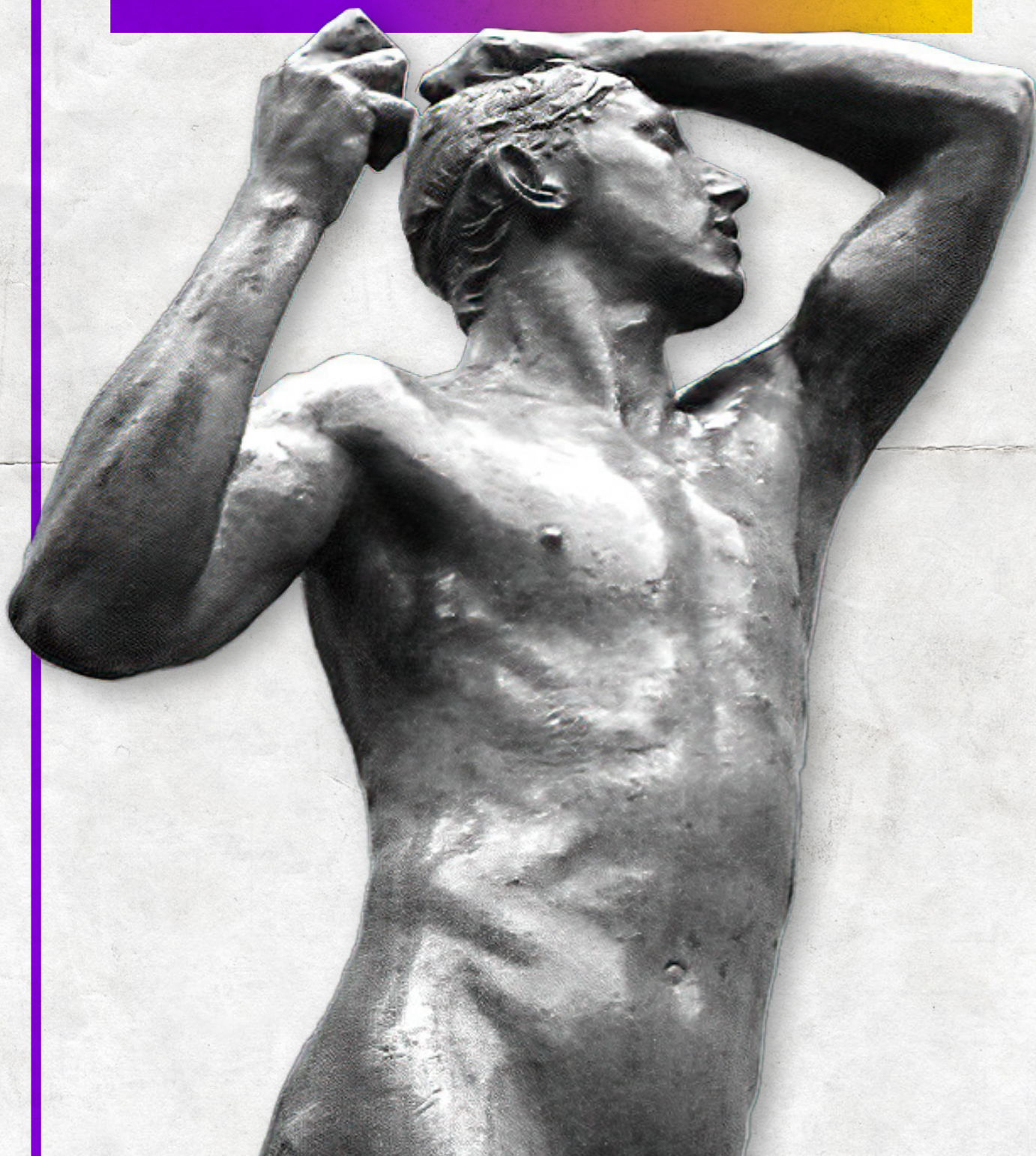




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni da Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Garbagnate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biagi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
[Paperplane snc](#)

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

4 L'antica ed irrisolta antinomia tra curare l'individuo e proteggere l'ordine pubblico
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Rimodulazione delle attività riabilitative presso una CRA pubblica: descrizione di un'esperienza sul territorio lomellino
di Figliano G., Verlich M., Quasoli R., Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.

21 Invidia degli dei e delle dee nell'antichità e nell'età moderna
di Loi M.

31 "Qua la zampa E' ell"
Esperienza innovativa di Educazione Assistita dall'Animale come integrazione e collaborazione tra servizi
di Luchini G.A., Cozzani S., Durbano F.

40 L'esperienza del Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda: studio proiettivo descrittivo
di Morganti C., Chini A., Carducci A., Lamperti M., Lanzo F., Prezioso M., Scanzu S., Porcellana M., Percudani M.

51 Utilizzo di Esketamina nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari sull'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST LODI
di Pinto M., Arienti V., Ferrari M., Magnani G., Marcolini M., Vercesi M., Saenz M., Cerveri G.

56 Sviluppo di un modello di integrated care management per pazienti con gravi disturbi mentali e rischio cardiovascolare
di Salvi V., Sessini M., Cogrossi S., Rossetti R.

67 La violenza diretta contro l'operatore sanitario
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

77 contributo s.i.s.i.s.m. società italiana di scienze infermieristiche in salute mentale

Il Case Management: catalizzatore di cambiamento e di crescita professionale
Report sull'applicazione di una metodologia di lavoro in un DSM e riflessioni sui risultati attesi e sui risultati ottenuti
di Compagnone M., Brucchi A., Dentici D., Tassinari S., Dionigi G., Pizzetti M., Rossi F.

88 contributo al terapeuta associazione italiana tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale
Bildungsroman: ATS AITeRP cresce
di Fiolanti B., Fossati E.M., Scagliarini V.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

92 La Psichiatria e la difficile e forse impossibile riduzione della complessità
Riflessioni a un anno dall'omicidio di Barbara Capovani
di Amadori A. e Borghetti S.

In copertina: L'età del bronzo, Auguste Rodin 1875 - 1876
© Daniel Ulrich, [reedots / Wikimedia Commons / CC-by-sa-2.0-de](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Auguste_Rodin_-_L'Age_du_bronze.jpg)

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Sviluppo di un modello di integrated care management per pazienti con gravi disturbi mentali e rischio cardiovascolare

Salvi V.*, Sessini M.°, Cogrossi S. ^, Rosio R.#

ABSTRACT

I pazienti con disturbi mentali gravi (*serious mental illness*, SMI) hanno una mortalità per malattia cardiovascolare (CV) di 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale di riferimento.

Questo è dovuto alla presenza di vari fattori di rischio quali l'adozione di stili di vita scorretti, l'uso di farmaci e fattori biologici che conducono all'aumento di fattori di rischio quali obesità, dislipidemie, insulino-resistenza e diabete. Per questo motivo i pazienti con SMI dovrebbero essere più frequentemente sottoposti a procedure di screening e terapeutiche efficaci che, tuttavia questi pazienti presentano maggiori difficoltà di accesso ai programmi di prevenzione CV dedicati alla popolazione generale a causa di problematiche intrinseche alla patologia psichiatrica, quali ad esempio il ritiro sociale, la presenza di deficit cognitivi e lo stigma o il *self-stigma*.

L'obiettivo strategico del progetto è la riduzione della morbilità e mortalità CV nei pazienti con SMI in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle ASST coinvolte. Gli obiettivi specifici saranno l'istituzione di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dedicati a questa popolazione di pazienti.

Il progetto si declinerà innanzitutto nell'inquadrare i pazienti in relazione al rischio CV attraverso l'utilizzo dell'algoritmo del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità e/o diagnosi di sindrome metabolica.

Tale inquadramento iniziale verrà effettuato dal personale di riferimento del DSMD. Ai pazienti a elevato rischio CV (punteggio individuale rischio CV a 10 anni

10% e/o sindrome metabolica) verrà affiancato un *Integrated Care Manager* nella figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) della Casa di Comunità delle ASST coinvolte. L'IFeC avrà il compito di effettuare psicoeducazione agli stili di vita, tenere contatti con i MMG, lo specialista cardiologo e gli eventuali altri specialisti, pianificare le visite mediche e gli esami strumentali ed eventualmente accompagnare alle visite i pazienti con maggiori difficoltà. I pazienti con elevato rischio CV verranno quindi accompagnati a visita cardiologica nell'ambulatorio ospedaliero di riferimento, dove verranno messi in atto tutti i presidi necessari all'inquadramento diagnostico e terapeutico al fine di ridurre nel tempo il rischio CV.

Ai pazienti con basso rischio CV verrà effettuata psicoeducazione agli stili di vita e misurazione annuale del rischio da parte degli operatori di riferimento del DSMD.

I risultati attesi del progetto saranno una migliore aderenza a un corretto stile di vita e alle terapie farmacologiche assunte, una migliore qualità di vita e una riduzione del rischio CV alle visite successive.

Il progetto non prevederà l'impiego di risorse aggiuntive rispetto a quelle attualmente presenti nelle ASST coinvolte.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nei paesi occidentali. Abitudini di vita quali la sedentarietà, il consumo di alimenti ipercalorici e caratterizzati da zuccheri e grassi saturi, oltre all'uso di sostanze voluttuarie quali fumo o alcool hanno determinato un forte aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità nelle popolazioni ad alto tenore di vita, che è stato causa di una crescita lineare del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare nell'ultimo secolo.

Numerosi studi clinici hanno messo in evidenza che le persone affette da gravi disturbi mentali (*serious mental illness*, SMI) quali schizofrenia e disturbo bipolare, soffrono con maggior frequenza di sovrappeso, obesità, ipertensione e diabete mellito di tipo II. Conseguentemente questi pazienti hanno tassi di morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari da 2 a 3 volte più elevati rispetto alla popolazione generale di riferimento (Correll et al., 2017).

L'aumento del rischio CV nei pazienti con SMI è multifattoriale. Innanzitutto gli stili di vita a rischio, da un'alimentazione sregolata con eccessivo introito calorico, uso di zuccheri raffinati e ridotto consumo di frutta e verdura, alla scarsa attività fisica, al maggiore uso di sostanze voluttuarie come alcolici e fumo di sigaretta. In secondo luogo, i pazienti con SMI assumono per lungo tempo terapie psicofarmacologiche, in particolare antipsicotici, che inducono aumento dell'appetito e del peso e talvolta ipertrigliceridemia e insulino-resistenza con aumento del rischio di diabete mellito di tipo 2. Infine, fattori biologici quali l'ipercortisolemia, una diatesi pro-infiammatoria e la presenza di geni pleiotropici che aumentano contemporaneamente il rischio di ammalare di disturbi mentali e dismetabolismi (Penninx et al., 2018; Chen et al., 2019).

Per questi motivi, che in ultima analisi conducono a un maggiore rischio cardiovascolare, i pazienti con SMI dovrebbero essere più frequentemente sottoposti a procedure di screening attraverso rilevazione frequente dei valori pressori, esami ematici e esami strumentali quali elettrocardiogramma, monitoraggio pressorio delle 24 ore o ecodoppler dei tronchi sovraortici. Secondo le linee guida della European Psychiatric Association, esami ematici ed ECG dovrebbero essere effettuati con cadenza annuale (De Hert et al., 2010).

Purtroppo invece, questi pazienti accedono molto meno alle visite di MMG e specialistiche, senza effettuare gli esami ematici né tantomeno gli esami strumentali: in questo modo non è possibile determinare lo stato di

salute, la presenza e l'entità dei fattori di rischio e agire per ridurli. Pertanto il ridotto accesso alle cure aumenta ulteriormente morbilità e mortalità cardiovascolare.

Le cause di questa riduzione dell'accesso alle cure sono principalmente problematiche intrinseche alla patologia psichiatrica, quali ad esempio il ritiro sociale dovuto a depressione o ideazione delirante, oppure la presenza di deficit cognitivi significativi che limitano fortemente la capacità del paziente di organizzarsi per andare dal MMG o telefonare per prendere un appuntamento e infine muoversi autonomamente per raggiungere i luoghi di cura. Oltre a ciò il paziente psichiatrico spesso ha atteggiamenti autostigmatizzanti: si vergogna di sé e della malattia mentale di cui è portatore e di conseguenza si isola ulteriormente. Infine, un ulteriore problema è quello della ridotta "health literacy", ovvero una ridotta alfabetizzazione alla salute e capacità di corretta gestione della propria malattia, con conseguente difficoltà a riconoscere e comunicare i sintomi di allarme, a leggere e capire le istruzioni dei referti sanitari, comprendere e seguire le complesse prescrizioni mediche.

Un altro fattore che aumenta la mortalità CV è la ridotta effettuazione di trattamenti precoci: il paziente con SMI che va incontro ad infarto del miocardio viene infatti sottoposto a interventi di rivascolarizzazione in una percentuale minore di quanto si registra nella popolazione generale. Nello specifico, le persone con schizofrenia vengono sottoposte ad angioplastica o bypass aorto-coronarico solo nel 40-50% dei casi rispetto a chi non ne soffre (Solmi et al., 2021). Un elemento che gioca a loro sfavore potrebbe essere derivato anche dal fatto che i pazienti con schizofrenia in condizioni di stress sono evasivi e sospettosi, con tendenza a chiudersi in sé stessi e rifiutare il trasferimento in Unità Coronarica o l'effettuazione degli interventi salvavita che vengono loro offerti in ospedale.

Purtroppo su questa dimensione del problema incide anche, a volte, un atteggiamento stigmatizzante da parte del personale sanitario che tende a interpretare come

epifenomeno del disturbo psichico anche le lamentele somatiche che vengono riportate dal paziente psichiatrico noto, con il risultato di sottovalutare, in alcuni casi, una sintomatologia che necessiterebbe di ulteriore approfondimento.

Inoltre, un ultimo elemento che concorre a determinare la maggiore mortalità CV nei pazienti con SMI è una prevenzione terziaria subottimale. Una recente meta-analisi ha recentemente dimostrato che i pazienti con SMI a seguito di infarto del miocardio hanno un rischio di mortalità a 1 anno del 70% superiore rispetto alla popolazione generale e contemporaneamente una riduzione significativa della prescrizione di farmaci cardiologici a seguito dell'evento (Chan et al., 2022). Le prescrizioni subottimali sono spesso motivate dalla convinzione che il paziente con SMI non riuscirà a seguirle, a causa dei descritti deficit cognitivi e contemporaneamente dell'assenza di una rete familiare. Tuttavia, uno studio di coorte statunitense ha dimostrato come i pazienti con schizofrenia ai quali veniva prescritta la terapia cardiologica gold standard dopo un infarto del miocardio, avevano lo stesso rischio di mortalità dei pazienti cardiologici di controllo a cui veniva prescritta la stessa terapia (Kugathasan et al., 2018), a dimostrazione che tale aumento della mortalità è anch'esso dovuto a un ridotto accesso alle cure ottimali.

Come si evince da quanto discusso, accanto ai noti fattori di rischio, il minore accesso alle procedure di screening cardiovascolare, alle procedure interventive nel momento dell'evento acuto, inoltre alle terapie farmacologiche per la prevenzione terziaria, contribuiscono ad aumentare la mortalità cardiovascolare dei pazienti con gravi disturbi mentali e quindi concorrono alla riduzione della loro aspettativa di vita.

Gli obiettivi del presente progetto sono quindi l'implementazione di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria specificamente dedicati a questa popolazione di pazienti fragili.

La prevenzione primaria verrà attuata attraverso l'istituzione e implementazione di programmi psicoeducazionali

volti al miglioramento degli stili di vita, a una maggiore consapevolezza dei tempi legati alla salute fisica e al rischio CV, inoltre all'importanza di seguire un percorso di screening per individuare eventuali fattori di rischio.

La prevenzione secondaria e terziaria verrà attuata attraverso l'istituzione di un *care manager* con il compito di fare da raccordo fra il paziente e le strutture sanitarie interessate (MMG, medici specialistici, centro prelievi, ambulatorio ospedaliero, ecc.).

METODI

Disegno dello studio

Pazienti con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizofrenico, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore in carico ai DSMD delle ASST di Crema, Cremona e Bergamo. Verranno sottoposti a valutazione del rischio CV secondo le Carte del Rischio definite dall'Istituto Superiore di Sanità (Giampaoli et al., 2010).

Il rischio CV verrà calcolato attraverso l'algoritmo del Progetto Cuore, raggiungibile al sito internet www.cuore.iss.it/valutazione/calc-rischio (Fig. 1).

Il calcolo del punteggio individuale ottenuto attraverso l'algoritmo:

- È utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 35 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi CV;
- Non è utilizzabile nelle donne in gravidanza;
- Non può essere applicato per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl, colesterolemia HDL inferiore a 20 mg/dl o superiore a 100 mg/dl.

Per tale motivo, la valutazione dei pazienti il cui rischio non è analizzabile attraverso l'algoritmo verrà fatta attraverso diagnosi di sindrome metabolica (Alberti et al., 2009), secondo lo schema riportato in Fig. 2.

I pazienti con rischio CV a 10 anni > 10% (MCV classe III o superiore) oppure i pazienti che soddisfano

i criteri diagnostici per la sindrome metabolica, saranno considerati a elevato rischio CV e verranno coinvolti negli step successivi.

Uno studio che ha valutato il rischio CV in pazienti con SMI residenti in regione Lombardia, ha evidenziato che il 15% di questi aveva un rischio CV a 10 anni 10% (Salvi et al., 2020). Su questa base è stato stimato il numero di pazienti che saranno coinvolti nelle fasi successive del progetto (*Tabella 1*).

Tabella 1. Pazienti con SMI attualmente seguiti presso i DSMD delle singole ASST e stima dei pazienti con elevato rischio CV.

ASST	Totale	Stima elevato rischio CV
a 10 anni		
Bergamo Ovest	1975	296
Crema	493	74
Cremona	1002	150
Totale	3470	520

I pazienti a elevato rischio CV verranno quindi segnalati al Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di Comunità e seguito da un *case manager* identificato nell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) presso la Casa di Comunità di riferimento territoriale.

Nel presente progetto, l'IFeC avrà compiti di psicoeducazione, pianificazione degli interventi mirati alla riduzione del rischio CV 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;
- Istruire il paziente alla corretta assunzione della terapia farmacologica e riportare all'equipe curante del DSMD eventuali resistenze del paziente all'assunzione della terapia;
- Istituire un "calendario della salute" nel quale riportare le scadenze alle quali effettuare gli esami ematici/

- strumentali e le visite da MMG e medici specializzati;
- Pianificare e prenotare visite ed esami per il paziente;
- Accompagnare il paziente alle visite e/o all'effettuazione degli esami qualora sia in difficoltà a farlo in autonomia;
- Tenere i contatti con MMG e medici specializzati eventualmente coinvolti per assicurare che il paziente segua il percorso diagnostico/terapeutico in modo ottimale;
- In caso di sintomatologia fisica rilevante da valutare in maniera non deferibile (es. dolore toracico), accompagnare ove possibile il paziente in pronto soccorso o in alternativa coadiuvarlo nelle procedure di accesso.

A seguito dell'incontro con il *case manager* (IFeC), il paziente ad elevato rischio CV verrà inviato a prima visita presso l'ambulatorio di Cardiologia. La valutazione sarà mirata ad un approfondimento clinico/strumentale e ad una eventuale presa in carico cardiologica.

L'intervento dello specialista cardiologo si concretizzerà in 4 tipologie principali:

1. Intervento farmacologico basato su protocolli condivisi e valutato rispetto agli eventuali effetti collaterali o controindicazioni rispetto ai farmaci psicotropi (ad es. la variazione del dosaggio della terapia diuretica nel paziente con SC secondo un algoritmo basato sulla valutazione clinica, sulla stima del peso corporeo e/o sulla variazione del peso corporeo e/o della valutazione bioimpedenziometrica; titolazione degli altri farmaci CV sulla scorta dei valori pressori, della frequenza cardiaca, dei sintomi, degli esami bioumorali; valutazione delle eventuali interferenze tra farmaci psicoattivi ed antiaritmici, ecc.);
2. Intensificazione del monitoraggio clinico: monitoraggio clinico, telemetrico e bioumorale (peptide natriuretico cerebrale, troponina), accesso venoso per l'infusione di farmaci, intensificazione del monitoraggio successivo alla valutazione (controllo telefonico o ambulatoriale ravvicinato, attivazione del telemonitoraggio remoto);
3. Attuazione in tutti i casi di un intervento educativo motivazionale personalizzato, rivolto ai bisogni

socio-assistenziali del singolo paziente e al rinforzo dell'aderenza al programma terapeutico, per favorire la responsabilizzazione e i comportamenti di auto-monitoraggio (misurazione frequente o quotidiana della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, del peso corporeo) ed autocura (corretto stile di vita e alimentare, riconoscimento dei sintomi o segni di allarme e di eventuale intervento, gestione della terapia diuretica). L'intervento educativo sarà corredato dalla consegna di opuscoli informativi con diario per la raccolta di dati del monitoraggio quotidiano dei parametri.

4. Verifica della abilità clinica, tolleranza ed assunzione dei farmaci prescritti, assenza di eventi intercorrenti.

Fasi e tempistiche del progetto

Fase I

Tutti i pazienti con diagnosi di SMI verranno valutati da parte del personale sanitario del DSMD di riferimento (medico psichiatra o infermiere) in relazione al rischio CV, progressivamente arruolati nel percorso in occasione delle visite programmate. In dettaglio, al momento della

visita verrà effettuato da parte dell'infermiere la rilevazione della pressione arteriosa, di peso e altezza, della circonferenza addominale. Verrà altresì rivalutata l'abitudine al fumo di sigaretta e il consumo di alcolici e verrà indagata l'eventuale presenza di condizioni mediche generali e/o assunzione di farmaci come antiipertensivi, ipolipemizzanti e ipoglicemizzanti. I dati rilevati verranno riportati in una scheda-paziente informatizzata (A *eg* o *l*).

I pazienti valutati, se rovvii di esami ematici svolti negli ultimi 6 mesi, verranno quindi invitati a effettuare nuovi esami ematici comprensivi di glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi.

I dati così raccolti permetteranno al medico di riferimento del DSMD di effettuare una valutazione del rischio CV utilizzando l'algoritmo dell'ISS e/o di effettuare diagnosi di sindrome metabolica secondo i criteri descritti.

I pazienti con rischio CV 10 anni $\geq 10\%$ e/o con sindrome metabolica, verranno considerati pazienti ad elevato rischio CV, tutti gli altri verranno considerati a basso rischio CV e rivalutati ad 1 anno con il medesimo protocollo.

Figura 1. Calcolo del punteggio individuale di rischio CV a 10 anni

Sesso	<input type="text"/>	
Età	<input type="text"/>	
Abitudine al fumo di sigaretta	<input type="text"/>	(si intende chi fuma regolarmente ogni giorno, anche una sola sigaretta, oppure ha smesso da meno di 12 mesi)
Qual è il valore della pressione sistolica?	<input type="text"/>	(1° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della pressione sistolica?	<input type="text"/>	(2° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della colesterolemia totale?	<input type="text"/>	(espressa in mg/dl)
Qual è il valore della colesterolemia HDL?	<input type="text"/>	(espressa in mg/dl)
È mai stato diagnosticato il diabete?	<input type="text"/>	(oppure due determinazioni successive di glicemia a digiuno superiori o uguali a 126 mg/dl)
Presenza di ipertensione arteriosa per cui il medico ha prescritto farmaci anti-ipertensivi	<input type="text"/>	(si considera sotto trattamento chi assume regolarmente questi farmaci)
<input type="button" value="Calcola Rischio"/>		

Fase II

Per i pazienti a elevato rischio CV verrà individuato, a seguito di raccordo con la Casa di Comunità dell'ASST, un IFeC di riferimento ivi a erente.

Verrà e ettuada una prima riunione di conoscenza del paziente in Casa di Comunità o Centro Psico-Sociale (CPS), alla presenza del paziente esso, dell'IFeC, del medico psichiatra e/o dell'infermiere del DSMD di riferimento. In tale occasione verrà condiviso con il paziente che si trova in una condizione di rischio elevato e gli verrà iegato che l'IFeC di riferimento lo aiuterà da un lato a migliorare i propri ili di vita, dall'altro a tenere i contatti con il MMG e/o i medici eciali i per il monitoraggio della propria condizione di rischio. 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 eciali i coinvolti.

A tale primo incontro ne seguirà uno successivo a domicilio del paziente da calendarizzare entro 30 giorni dall'incontro iniziale, condotto dall'IFeC se necessario in presenza dell'infermiere di riferimento del DSMD. Durante tale incontro si entrerà maggiormente nel dettaglio degli ili di vita del paziente (tipo di alimentazione, livello di attività sica, uso di alcolici e/o altre so anze, fumo di sigaretta, eventuali contatti con MMG e/o altri medici eciali i). Si sottoporrà, inoltre, al paziente il questionario autosomministrato di valutazione della qualità di vita Short-Form 36-item (SF-36) (Apolone et al, 2005) (*Tabella 2*), di onibile in lingua italiana e validato in diverse popolazioni di pazienti. In ne si comincerà a redigere un "calendario della salute" dove riportare tutti gli appuntamenti sanitari. Tutte le informazioni raccolte verranno inserite in apposita cartella clinica da tenere presso la Casa di Comunità.

Per i pazienti che non siano già regolarmente seguiti da un cardiologo, l'IFeC si metterà in contatto con l'ambulatorio di Cardiologia dell'ASST per piani care un primo appuntamento per visita cardiologica.

Tabella 2. Diagnosi di sindrome metabolica (IDF/ NHLBI/AHA; Alberti et al., 2009) Almeno 3 delle seguenti condizioni:

Misura	Cutpoints	
	Uomini	Donne
Circonferenza addominale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Pressione arteriosa	sistolica ≥ 130 mmHg e/o diastolica ≥ 85 mmHg	
Trigliceridi	≥ 150 mg/dL	
HDL-c	< 40 mg/dL	< 50 mg/dL
Glicemia	≥ 100 mg/dL	

Fase III

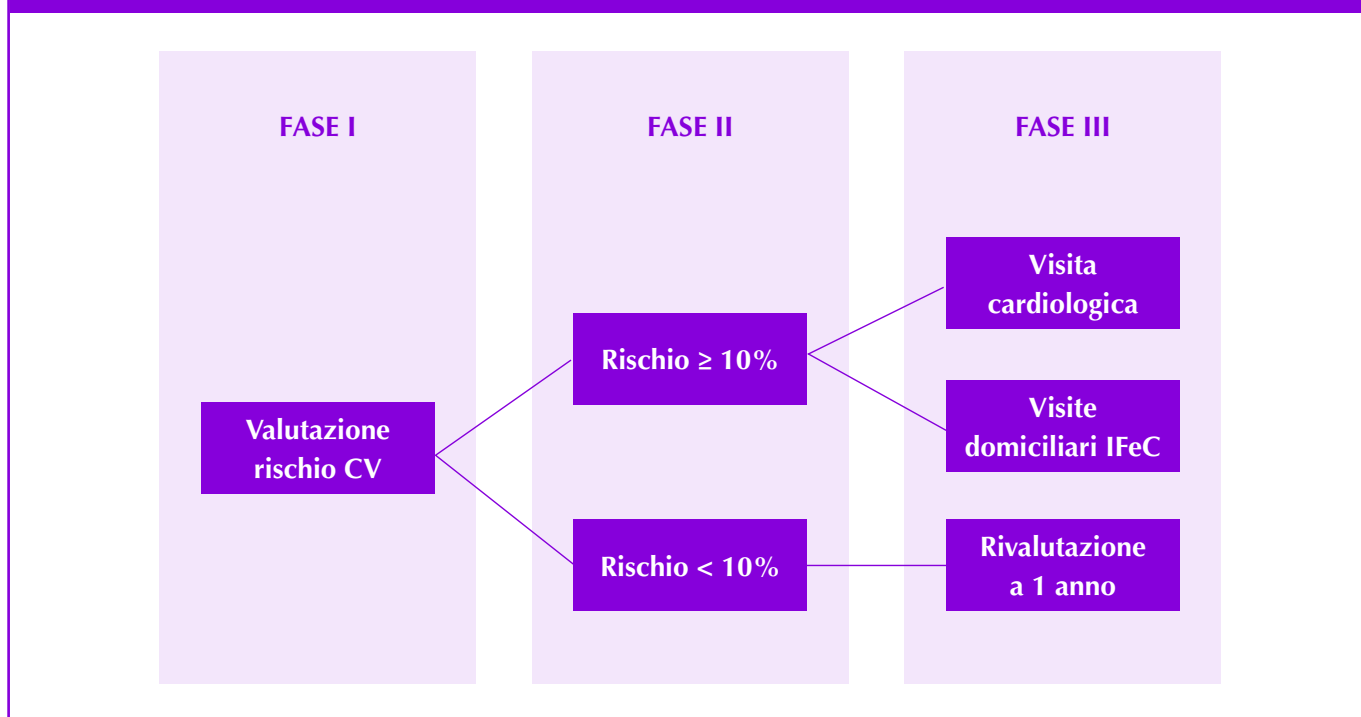
Il paziente a elevato rischio CV accompagnato dall'IFeC accede all'ambulatorio di Cardiologia per e ettuate la prima visita cardiologica.

In occasione della visita verrà e ettuito un inquadramento clinico con rilievo dei parametri antropometrici ed emodinamici e pianificati gli esami strumentali a completamento (ECG, ecocardiografia, ecc.). La valutazione si concluderà con l'identificazione e codifica dei problemi attivi del paziente: nuovi sintomi e/o segni di in abilità clinica; nuove alterazioni rumentali o bioumorali; recente de abilità clinica con accesso in Pronto Soccorso o ricovero o edaliero; ili di vita e/o comportamenti di monitoraggio e/o cura non adeguati; nessun problema attivo ecico.

Oltre che per l'elevato rischio CV, i pazienti saranno presi in carico dall'ambulatorio di Cardiologia in presenza delle seguenti problematiche:

- Patologia CV pregressa
- Elevata complessità clinico-assistenziale (incluso pazienti cardiopatici con polipatologie e politerapie, problemi di aderenza alla terapia, monitoraggio e/o cura, pazienti fragili, ecc.)
- Titolazione della terapia CV
- Gestione della terapia anticoagulante (in caso di brillazione atriale o di pregresso intervento cardio-

Figura 2. Rappresentazione grafica del percorso del paziente incluso nel progetto.



chirurgico con valvole meccaniche)

- Rinnovo di certi cati e piani terapeutici di pertinenza cardiologica

I pazienti con SMI a basso rischio CV verranno monitorati attraverso esami ematici e rilievo dei parametri antropometrici con cadenza annuale. Tutti i dati verranno registrati in un database condiviso fra Casa di Comunità e DSMD.

Una rappresentazione grafica del percorso del paziente incluso nel progetto è visibile in *Fig. 2*.

Analisi dei costi di implementazione e realizzazione

Il progetto prevede l'integrazione delle attività del DSMD, della U.O. Cardiologia, del MMG, della Casa di Comunità, finalizzate alla definizione di un percorso interdisciplinare e multiprofessionale mirata alla riduzione del rischio CV e conseguentemente della morbilità e mortalità CV attraverso approfondimenti diagnostici e interventi specifici in soggetti affetti da SMI.

Nel percorso descritto sono previsti i passaggi che vedono coinvolti operatori afferenti al DSMD che eseguono prestazioni cliniche valorizzate secondo uno specifico nomenclatore tariffario di Psichiatria (Circolare 46/

SAN del 1998, DGR 5743/2007 e DGR 4221/2007), rendicontate tramite sistema informatico per la psichiatria di Regione Lombardia (SIPRL).

In *Tabella 3* è riportato il suddetto tariffario con evidenziate le tipologie di prestazioni che verranno erogate ed il loro corrispettivo economico.

Tabella 3. Tariffario delle prestazioni sanitarie erogate nel corso del progetto.

Prestazione	Valore (€)	Flusso
Visita-Colloquio In Sede	47,72	46/San
Visita-Colloquio A Domicilio	56,76	46/San
Riunioni Sui Casi Interne Alla Uop	140,61	46/San
Riunioni Con Strutture Sanitarie/Altri Enti	103,96	46/San

In linea con quanto previsto dal modello proposto, è ipotizzabile prevedere un "pacchetto" di prestazioni specifiche della Psichiatria (rendicontate tramite SIPRL), mentre altre attività sono collegate alle prestazioni che vedranno coinvolto l'IFeC.

In *Tabella 4* sono riportati i costi stimati annui per singolo paziente incluso nel progetto.

Tabella 4. Costi annuali per paziente con elevato rischio CV.

Prestazione	Quantità	Costo (€)
Visita-colloquio in sede o a domicilio	2	95,44/113,52
Riunioni sui casi interne alla UOP	1	140,61
Riunioni con strutture sanitarie/altri Enti	2	207,92
Totale paziente/anno		443,97/462,05

Pertanto, ipotizzando di includere nel progetto 520 pazienti con rischio CV a 10 anni > 10%, tenuto conto di un attrition rate del 10%, con un totale di 468 pazienti coinvolti si ipotizza un valore economico delle prestazioni rendicontate annue variabile da circa 207.778 a circa 216.240€.

Non è stata inclusa la spesa per l'intervento IFeC in quanto, nell'attualità, le prestazioni di cura professionale non sono valorizzate secondo tariffario, vengono rendicontate nella cartella clinica. Si può stimare un impegno orario dell'infermiere non inferiore a 10h/paziente.

Va altresì notato come tale progetto potrebbe condurre a un risparmio della spesa sanitaria legato alla riduzione del rischio CV.

Ipotizzando che i 468 pazienti inclusi abbiano un rischio CV medio del 15%, questo significherebbe che 70 di essi svilupperanno un evento CV maggiore nei successivi 10 anni.

Nell'ipotesi -verosimilmente conservativa- che l'intervento conduca a una riduzione del 5% del rischio CV a 10 anni, ciò significherebbe che circa 23 pazienti eviterebbero un evento CV maggiore in 10 anni, che si sarebbe verificato se non fossero stati inclusi nel progetto.

Considerando che il costo medio diretto annuo per paziente con malattia coronarica acuta si attesta attorno

ai 15.000 € (Lucioni et al., 2016), il risparmio legato ai soli costi sanitari diretti si attesterebbe sui 345.000 € circa. Tale costo diretto è riferito all'occorrenza di un singolo evento CV maggiore per un singolo anno, senza considerare eventuali recidive; pertanto l'approssimazione è da considerarsi per difetto.

Oltre ai costi diretti vi sono quelli indiretti. Secondo una stima dell'European Cardiovascular Disease Statistics (2008) i costi indiretti nel nostro Paese per le patologie cardiovascolari ammonterebbero a 8 miliardi di euro, dovuti a morbilità (1,4 miliardi di euro per perdita di produttività dei pazienti in età lavorativa a causa della malattia), mortalità (2,6 miliardi di euro) e altri costi informali per la cura dei pazienti (4 miliardi di euro), portando ad un ulteriore costo (proiettato sul numero di pazienti considerati nel progetto) di ulteriori 31.200 €/anno. Considerando pertanto un costo anno delle patologie CV di 376.200 €/anno, il progetto permetterebbe un risparmio di circa 150.000 €/anno.

Va, inoltre, fatto notare come l'occorrenza di un evento CV maggiore conduca necessariamente a un ulteriore aumento dei costi indiretti legati alla riduzione dell'attività lavorativa dei caregiver, di conseguenza quantificabili.

A ciò andrebbero, infine, considerati i costi attribuibili alla gestione ed alle complicanze collegate ai fattori di rischio CV quali: obesità, diabete, dislipidemie.

Tali fattori inducono a ritenere che la stima dei risparmi prodotti dal progetto sia in difetto rispetto ai costi reali che il SSN andrebbe a sostenere.

RISULTATI ATTESI

- Sensibilità alla tutela della salute degli assistiti attraverso la prevenzione: inclusione nel progetto dei pazienti con SMI (n° di schede di screening/n° di pazienti con SMI);
- Proposta innovativa di gestione territoriale dei pazienti in linea con le normative nazionali e regionali: coinvolgimento dell'IFeC in ogni caso individuato (n° di progetti salute/n° pazienti segnalati);

- Sistema di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale (n° riunioni con altri enti/n° pazienti segnalati);
- Miglioramento della qualità di vita (variazioni dei punteggi della SF36);
- Maggiore aderenza alle cure proprie, attenzione al proprio stile di vita e modificazione delle abitudini scorrette con riduzione del rischio CV alle rilevazioni successive al reclutamento: miglioramento degli indicatori (sindrome metabolica e punteggio di rischio cardiovascolare);
- Possibilità di sviluppare nel tempo percorsi di gestione socio-sanitaria integrata ospedale-territorio: percorsi formativi, incontri periodici programmatici, eventi per gli operatori, per gli utenti e per la popolazione generale.

CONCLUSIONI

Il lavoro descrive le finalità e l'attività di un progetto di integrazione ospedale-territorio mirato a migliorare la conoscenza e gestione della salute metabolica e CV in una popolazione fragile di pazienti con SMI, caratterizzati da elevata complessità clinico-assistenziale, elevato rischio CV e specifici che necessità terapeutiche.

L'idea alla base è l'istituzione di un modello assistenziale dedicato e pensato sulla base delle caratteristiche di scarsa conoscenza del problema e autonomia decisionale da parte delle persone con SMI in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Fra i punti di forza del progetto si riconosce la possibilità di realizzarlo attraverso le risorse già in essere alle ASST coinvolte (Poli Ospedalieri, DSMD, Distretti).

Un aspetto essenziale di tale progetto sarà la raccolta sistematica degli indicatori primari relativi agli interventi prodotti, sia per verificare l'efficacia sia l'efficienza nel tempo.

Inoltre, data la scarsità di conoscenza sull'argomento specifico nel nostro Paese, l'analisi dei dati permetterà di produrre e divulgare lavori scientifici con lo scopo dell'estensione del modello, qualora risultasse efficace ed efficiente, ad altre realtà sul territorio nazionale.

Afferenza degli autori

* Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Crema, Crema (CR)

° Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Bergamo Ovest, Bergamo

^ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Cremona, Cremona

U.O. Riabilitazione Cardio-Respiratoria, ASST Mantova, Mantova

BIBLIOGRAFIA

1. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. *Harmonizing metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity*. *Circulation*. 2009 Oct 20;120(16):1640-5. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644. Epub 2009 Oct 5. PMID: 19805654.
2. Apolone G, Mosconi P, et al. *Questionario su stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. 2005 Jan 01. Edizione Guerini e Associati.
3. Chan JKN, Chu RST, Hung C, Law JWY, Wong CSM, Chang WC. *Mortality, Regularization, and Cardioprotective Pharmacotherapy After Acute Coronary Syndrome in Patients With Severe Menopausal Syndrome: A Systemic Review and Meta-analysis*. *Schizophr Bull*. 2022 Sep 1;48(5):981-998. doi: 10.1093/schbul/sbac070. PMID: 35786737; PMCID: PMC9434477.
4. Chen Y, Yu CY, Deng WM. *The role of pro-inflammatory cytokines in lipid metabolism of metabolic diseases*. *Int Rev Immunol*. 2019;38(6):249-266. doi: 10.1080/08830185.2019.1645138. Epub 2019 Jul 28. PMID: 31353985.
5. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santona P, Apa-Chhetri N, Fornaro M, Gallicchio D, Collantoni E, Pigato G, Favaro A, Monaco F, Kohler C, Vancampfort D, Ward PB, Gaughran F, Carvalho AF, Stubbs B. *Prevalence, incidence and mortality of cardiovascular disease in patients with pooled and especially severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls*. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):163-180. doi: 10.1002/wps.20420. Erratum in: *World Psychiatry*. 2018 Feb;17(1):120. PMID: 28498599; PMCID: PMC5428179.
6. De Hert M, van Winkel R, Silic A, Van Eyck D, Peuskens J. *Physical health management in psychiatric settings*. *Eur Psychiatry*. 2010 Jun;25 Suppl 2:S22-8. doi: 10.1016/S0924-9338(10)71702-8. PMID: 20620882.
7. Giampaoli S, Vanuzzo D, Palmieri L, Lo Noce C, Dima F, De Santis Caiola P, Donfrancesco C, Ciccarelli P, Toccaceli V. Progetto CUORE. *Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari*. Protocollo e manuale delle operazioni dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2011. 2010. Rapporti ISTISAN 10/33
8. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. *Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):295-301. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0. Epub 2017 Feb 22. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2017 Sep;4(9):e19. PMID: 28237639.
9. Kugathasan P, Horsdal HT, Aagaard J, Jensen SE, Laursen TM, Nielsen RE. *Association of Secondary Preventive Cardiovascular Treatment After Myocardial Infarction With Mortality Among Patients With Schizophrenia*. *JAMA Psychiatry*. 2018 Dec 1;75(12):1234-1240. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2742.

10. Lucioni C, Mazzi S, Rossi E, et al. *Therapeutic Strategies and Health Costs of Patients Admitted for a Cardiovascular Event in Italy*. Global & Regional Health Technology Assessment. 2016;3(2). doi:10.5301/GRHTA.5000221.
11. Penninx BWJH, Lange SMM. *Major depressive syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications*. Dialogues Clin Neurosci. 2018 Mar;20(1):63-73. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/bpenninx. PMID: 29946213; PMCID: PMC6016046.
12. Regione Lombardia, Circolare n° 46/SAN: *Rilevazione delle prestazioni erogate e delle strutture psichiatriche pubbliche e private accreditate ai sensi dell'art.12 comma 3 della LR 31/97*(d.g.r. n. VI/37597 del 24/7/1998 art. 10).
13. Regione Lombardia, deliberazione n. VIII/4221 del 28.2.2007: *Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della d.G.R. 17 maggio 2004 n. VII/17513 "Piano regionale triennale per la salute mentale"*.
14. Regione Lombardia, DGR 5743/2007: *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008*.
15. Salvi V, Aguglia A, Barone-Adesi F, Bianchi D, Donfrancesco C, Dragogna F, Palmieri L, Serani G, Amore M, Mencacci C. *Cardiovascular risk in psychiatric patients with severe mental illness in Italy*. Eur Psychiatry. 2020 Oct 26;63(1):e96. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.94. PMID: 33100262; PMCID: PMC7681153.
16. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Høye A, Heiberg IH, Stubbs B, Smith L, Larsson H, Attar R, Nielsen RE, Cortese S, Shin JI, Fusar-Poli P, Firth J, Yatham LN, Carvalho AF, Cauley DJ, Seeman MV, Correll CU. *Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Disease in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies*. Am J Psychiatry. 2021 Sep 1;178(9):793-803. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010031. Epub 2021 Jul 14. PMID: 34256605.