

LA QUALITÀ IN SANITÀ: IL MANAGEMENT DELL'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE

FERDINANDO PELLEGRINO

Psichiatra, Direttore UOSM, ASL SA1, Costa d'Amalfi

Negli ultimi anni il tema della *qualità* ha assunto sempre maggior importanza nel settore dei servizi sanitari. Questo è avvenuto sulla base della consapevolezza che la qualità, intesa in senso lato come “*Qualità Totale*”, è ormai un imperativo per un ordinato sviluppo dell'attività produttiva e sociale: la qualità delle prestazioni deve essere, infatti, perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute.

L'interpretazione del concetto di *qualità* nel settore sanitario non è, tuttavia, né semplice né univoca, bensì polivalente proprio per la complessità del concetto di salute, per la varietà degli attori presenti in campo sanitario e per le caratteristiche dell'azione sanitaria che *non produce un bene tangibile* bensì *un servizio*.

In sanità appare pertanto riferirsi con maggiore forza all'appropriatezza (*pertinenza*) che rappresenta un concetto fondamentale della qualità professionale; l'appropriatezza può essere intesa come una misura in cui un particolare intervento è *efficace ed indicato* per la persona che lo riceve sia sul versante clinico (*appropriatezza clinica o specifica*) che sul versante organizzativo e di effettuazione dello stesso (*appropriatezza organizzativa o generica*), nei tempi giusti (*appropriatezza temporale*).

Ma in quali termini si può essere appropriati? Fino a che punto l'appropriatezza può essere misurata? È possibile misurarla con degli indicatori?

La risposta è sicuramente sì e riflette la profonda trasformazione, nel processo di aziendalizzazione della Sanità, dell'agire professionale in cui la figura del medico integra in se competenze tecniche, psicologiche e manageriali.

Nel trattamento di patologie quali l'ansia e la depressione l'interrogativo più frequente riguarda la possibilità di poter gestire tali patologie in modo appropriato; si tratta di quadri clinici tendenzialmente cronici, pervasivi, che in alcuni soggetti possono determinare una riduzione notevole della qualità della vita, fino a quadri in cui è richiesta un'assistenza continuativa, sia a livello domiciliare che ospedaliero.

In ogni caso le variabili da gestire sono molteplici, spesso complesse e legate a fattori non sempre prevedibili o comunque gestibili (*variabili extracliniche*).

Si comprende quindi la necessità per il clinico di dover mediare tra istanze strettamente cliniche (percorso diagnostico e terapeutico, monitoraggio della terapia ...) ed altre a valenza sociale, come la determinazione di percorsi assistenziali (codificazione per l'esenzione dal ticket, invalidità civile, amministrazione di sostegno ...), per la definizione di percorsi di qualità; questi possono realizzarsi attraverso gli *indicatori* che sono variabili quantitative o qualitative che registrano un certo fenomeno ritenuto, appunto, indicativo di un fattore di prestazione e che permettono di quantificare le *performance* delle varie entità operative, al fine di valutarne i risultati e definire politiche volte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dello studio medico o del servizio territoriale/ospedaliero.

Da dove iniziare? Come determinare gli indicatori? Quale strategia utilizzare per una migliore qualità assistenziale dei pazienti con disturbi dello spettro ansioso-depressivo?

È possibile delineare sin da subito una traccia su cui concentrare l'attenzione analizzando le diverse fasi della presa in carico del paziente:

- fase diagnostica;
- elaborazione programma terapeutico;
- monitoraggio;
- gestione variabili extracliniche;
- documentazione sanitaria.

Si può quindi partire da alcune considerazioni. La prima è che l'ansia e la depressione risultano sottodiagnosticate e che vi sono dei margini di inesattezza in termini di diagnosi differenziale in quanto non sono conosciuti i principali quadri descritti nei sistemi nosografici in uso, come il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV) e la *Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* (ICD-10). Pur esistendo delle versioni di queste classificazioni studiate per il Medico di Medicina Generale, la loro diffusione è limitata e scarsamente applicata nella pratica clinica.

Un'altra considerazione deriva da alcuni studi che indicano come ad esempio la depressione pur riconosciuta non viene trattata adeguatamente e che molte prescrizioni sono inappropriate, come ad esempio forme di

politerapie non razionali, non in linea con la medicina basata sulle evidenze. Ciò a fronte di dati che confermano che i danni iatrogeni da farmaci hanno causato il 5-36% delle visite mediche e sono la causa dell'11,3% di ricoveri di adulti in terapia intensiva. Tali dati risultano anche sottostimati e sono dovuti ad errori di dispensazione (56%) e somministrazione (24%). Molte delle reazioni avverse, classificate come rischiose per la vita o gravi, erano evitabili attraverso una più accurata gestione del caso clinico.

Altri dati ancora indicano che il monitoraggio nel tempo del paziente non è congruo, che molti pazienti depressi non vengono trattati, che è del tutto insufficiente il rapporto tra i Centri territoriali di salute mentale ed il Medico di Medicina Generale, laddove è invece richiesta fattiva collaborazione ed integrazione, come dimostrano esperienze consolidate realizzate in alcune realtà italiane.

L'inappropriatezza degli interventi oltre che essere dannosa per il paziente presenta anche risvolti economici; il rapporto nazionale su "L'uso dei farmaci in Italia" evidenzia ad esempio che vi è "una scarsa aderenza alle raccomandazioni per il trattamento della depressione". È stato infatti osservato che il 60% dei soggetti trattati ricevono prescrizioni occasionali, un dato superiore a tutte le stime pubblicate finora. Tradotto in termini clinici questo dato indica un utilizzo inappropriato dei farmaci antidepressivi, non in linea con le linee guida. Indica anche che i pazienti ricevono gli antidepressivi in assenza di una precisa indicazione, e che anche quando vi è l'indicazione molti pazienti non vengono seguiti.

C'è anche da chiedersi tuttavia come aiutare i pazienti a seguire un trattamento in modo adeguato. Molti quadri depressivi ed ansiosi tendono a recidivare e a cronicizzare, la *compliance* al trattamento non è facile da ottenersi e gran parte degli sforzi del clinico devono andare in questa direzione in quanto, ad esempio, è noto che

la depressione resistente al trattamento in molte circostanze è dovuta ad una mancata osservanza da parte del paziente delle indicazioni del medico.

Un'altra considerazione riguarda la scarsa attenzione verso il monitoraggio della terapia; molti pazienti in trattamento con litio non eseguono gli esami richiesti (litiemia, funzionalità tiroidea, ECG, ...) nei tempi dovuti, così anche per altri stabilizzanti del tono dell'umore che spesso vengono utilizzati al di fuori delle indicazioni cliniche e non sufficientemente monitorati.

Scarsa attenzione viene inoltre data alle interazioni tra i farmaci; considerando infatti che molti pazienti con depressione o ansia assumono anche altri farmaci (antipertensivi, ipoglicemizzanti, antiaritmici, ...) è prioritario considerare la complessità del trattamento in tutti i suoi aspetti.

Un altro aspetto riguarda la gestione delle variabili extracliniche con cui inevitabilmente il sanitario si trova a confrontarsi, la morte di una persona cara mentre un paziente sta migliorando, la gravità di alcuni quadri clinici rispetto alla congruità con cui il paziente viene assistito al proprio domicilio, il rischio di suicidio rispetto a quadri depressivi aggravati da variabili come la separazione improvvisa del coniuge o la presenza di conflittualità elevata con i figli o sull'ambiente di lavoro.

In alcune circostanze vi sono precisi obblighi per il medico, nel momento in cui si trova a gestire particolari situazioni tali da dover ricorrere, in base anche alla recente legge sull'amministrazione di sostegno (legge 9 gennaio 2004, n. 6) al giudice tutelare.

Infine qualche nota relativa alla documentazione clinica ci porta ad osservare che molte ricette sono incomprensibili, le certificazioni mediche non sempre sono appropriate relativamente alla esattezza diagnostica e la correlazione con gli estremi per l'esenzione dal ticket o per l'invalidità civile o per i ricoveri ospeda-

TABELLA I
Management dell'ansia e della depressione: migliorare la qualità dell'assistenza.

AREA	CRITICITÀ	COSA REALIZZARE
Diagnosi	Sottostima diagnostica	Affinare la capacità diagnostica
Terapia	Utilizzo dosaggi incongrui. Difficoltà nella scelta della molecola	Utilizzo farmaci ai dosaggi consigliati Approfondire la conoscenza delle molecole che si utilizzano
	Verificare la propria prassi prescrittiva e rilevare le politerapie non giustificate	Riduzione politerapia
	Verificare se i pazienti in trattamento con antidepressivi vengono monitorati così come richiesto dalle linee guida	Eseguire periodiche indagini di laboratorio o strumentali
Variabili extracliniche	Difficoltà assistenziale domiciliare	Attivare percorsi di rete laddove necessario e possibile (servizi sociali, giudice tutelare, ...)
Documentazione	Ricette non comprensibili. Rilascio certificazioni con diagnosi non ufficiali	Scrivere in modo chiaro. Nel rilasciare le certificazioni attenersi alle categorie nosografiche note

lieri non sempre è congrua. Ciò può anche tradursi nel porre limiti al diritto del paziente ad avere un percorso assistenziale preferenziale, così come previsto dalla normativa vigente.

Gestire con appropriatezza l'ansia e la depressione non è quindi facile, tuttavia è opportuno iniziare a ragionare in termini di qualità.

È verosimile che la valutazione della qualità professionale e l'approccio al miglioramento continuo della qualità, tramite la costruzione di "opportuni" indicatori, costituiranno nel prossimo futuro un capitolo sempre più importante del funzionamento complessivo dei servizi sanitari.

È certo, comunque, che oggi non si può più pensare di prescindere da un corretto lavoro di valutazione, e la stessa valutazione non va più intesa come strumento di controllo, ma come mezzo di operatività del sistema sanitario verso la meta di un continuo aumento dei livelli di efficacia ed efficienza del servizio poiché "il raggiungimento dei suddetti obiettivi (quali la qualità delle prestazioni) necessita della misurazione e della comparazione valutativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo".

Realizzare piccoli progetti (Tab. I) può essere l'inizio di una strategia comune per un complessivo e progressivo miglioramento della gestione di patologie rilevanti ed emergenti come i disturbi dello spettro ansioso-depressivo.

L'argomento dell'articolo è stato trattato in una serie di eventi ECM organizzati da MEDFORM (info@medform.it) in collaborazione con RAVIZZA Gruppo Abbott.

MEDFORM



Bibliografia

- ¹ *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*. Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003.
- ² Pellegrino F. *Una professione che cambia*. Medici Oggi 2001;V:4.
- ³ Pellegrino F. Relazione al corso Ansia e Depressione su *Qualità ed appropriatezza nella gestione degli interventi*, Stresa (VB), 20-21 maggio 2005.

Le considerazioni di Paolo Carbonatto, responsabile nazionale SIMG area psichiatria

- 1) Quando si parla di sottodiagnosi, è autentica sottodiagnosi o non è piuttosto confusione nosografica? Ci sono il DSM-IV e l'ICD-10, ma in Millewin è tuttora implementato l'ICD-9 (che è il sistema utilizzato in tutte le cartelle cliniche ospedaliere). Forse si potrebbe prendere in considerazione di creare una nosografia a misura di Medicina Generale, che poi potrebbe essere "tradotta" automaticamente nell'ICD-9 (se ciò è indispensabile a fini epidemiologici).
Inoltre occorre ricordare che non tutti gli utilizzatori di Millewin stampano (o memorizzano) le ricette dei farmaci in fascia C. Quindi i dati su BDZ e problemi loro collegati potrebbero essere sottostimati.
- 2) Il problema della collaborazione con i Servizi Psichiatrici Territoriali è tuttora aperto. Certo che, a parte alcune "punte di diamante", è quasi sempre impensabile di richiedere la collaborazione degli psichiatri per i pazienti depressi o ansiosi. Solitamente hanno tali problemi di personale che riescono con difficoltà a seguire gli psicotici più gravi.
- 3) È vero che il 60% delle prescrizioni di AD restano occasionali, ma è anche vero che pure per gli psichiatri la prima visita ad un paziente resta nel 50% dei casi l'unica visita.
Il problema vero è la *compliance* e come fare a migliorarla; tenendo comunque presente che i nostri pazienti per solito non sono interdetti e noi non siamo i loro tutori. Oppure dovremmo preoccuparci di contattare i nostri pazienti depressi (ma anche diabetici, ipertesi, ecc) quando non si fanno più vedere per un po' di tempo?
- 4) Il problema degli AD sottodosati mi pare che adesso (grazie all'uso sempre più diffuso degli SSRI) non ci sia più tanto.
- 5) Per quanto riguarda la politerapia, si tratta di un fenomeno causato solitamente più dagli specialisti che da noi MMG. Spesso uno dei nostri compiti è proprio quello di semplificare e razionalizzare le politerapie che fuoriescono da consulenze specialistiche e da ricoveri ospedalieri.

Sarebbe molto utile che i colleghi che ci stanno leggendo esprimessero il loro punto di vista su queste mie osservazioni, o comunque sugli spunti che ci offre Pellegrino con questo suo interessante articolo.