

**FeDerSerD**

promuove

live

WEBINAR ECM

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

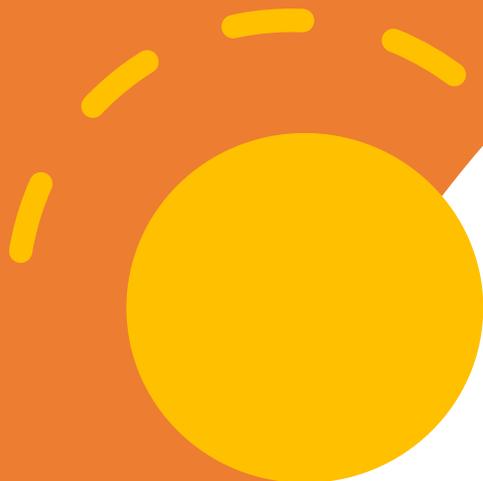
**COSTRUIRE RETI TERRITORIALI DI DIAGNOSI  
E CURA PRECOCI PER LA COMORBILITÀ  
DIPENDENZE-PSICHIATRIA**

WEBINAR ECM con partecipazione on line in diretta (FAD SINCRONA)



**Asl3**

Sistema Sanitario Regione Liguria



# Dai progetti ai servizi: come costruire sinergie per la presa in carico del paziente con “doppia diagnosi” - Modelli di integrazione

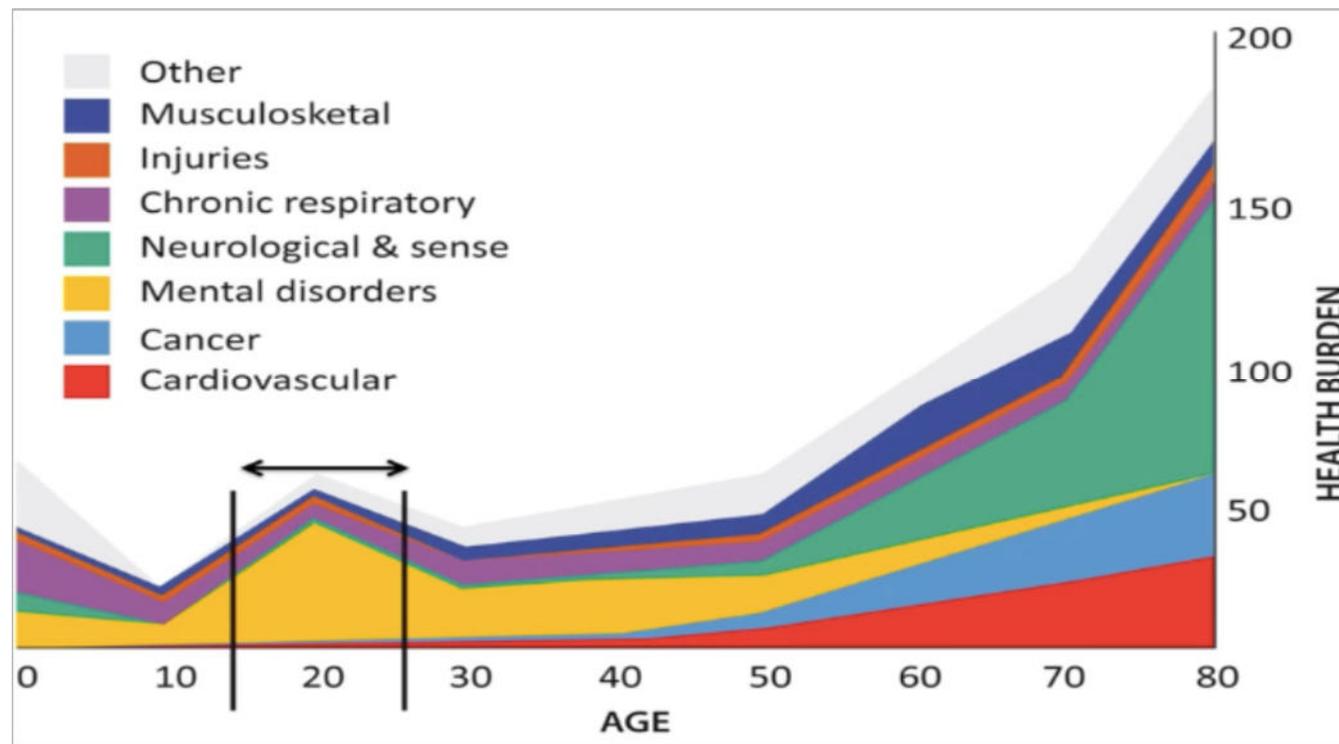
Marco Vaggi

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze  
ASL 3 Genova

# Sommario

- Interventi precoci sono un problema strategico dei DSMD
- Per migliorare standard di intervento sono necessari team di operatori specializzati e percorsi di cura definiti
- Confronto su performance dei servizi «generalisti» vs equipe «dedicate» in ASL 3 Genova
- Analisi dei modelli organizzativi

## Incidenza e fasce di età



(Kessler RC et al. 2005)

# Alcune evidenze di letteratura:

- 22,2% dei giovani sotto i 25 anni presenta una qualche forma di disagio psicopatologico e buona parte utilizza sostanze (McGorry et al, 2011)
- 75% delle persone con malattia mentale grave ha presentato l'esordio della patologia prima dei 25 anni d'età, con il maggior rischio di sviluppare un primo episodio psicotico tra i 15 e i 24 anni (Kessler RC et al. 2005).
- Le malattie mentali rappresentano la prima causa di disabilità nelle fasce giovanili tra i 14 e i 25 anni, contribuendo al 45% del carico globale di malattia in questa fascia di età (Mc Gorry PD et al., 2014)
- La disabilità è associata all'impatto dell'episodio di malattia sulla traiettoria di sviluppo (psicologico, sociale, vocazionale e biologico) soprattutto nei primi due anni dall'esordio detto «periodo critico»(Gibb SJ et al.,2010, Birchwood M, 2000).

## Problema strategico per i DSMD perché nei servizi «generalisti»:

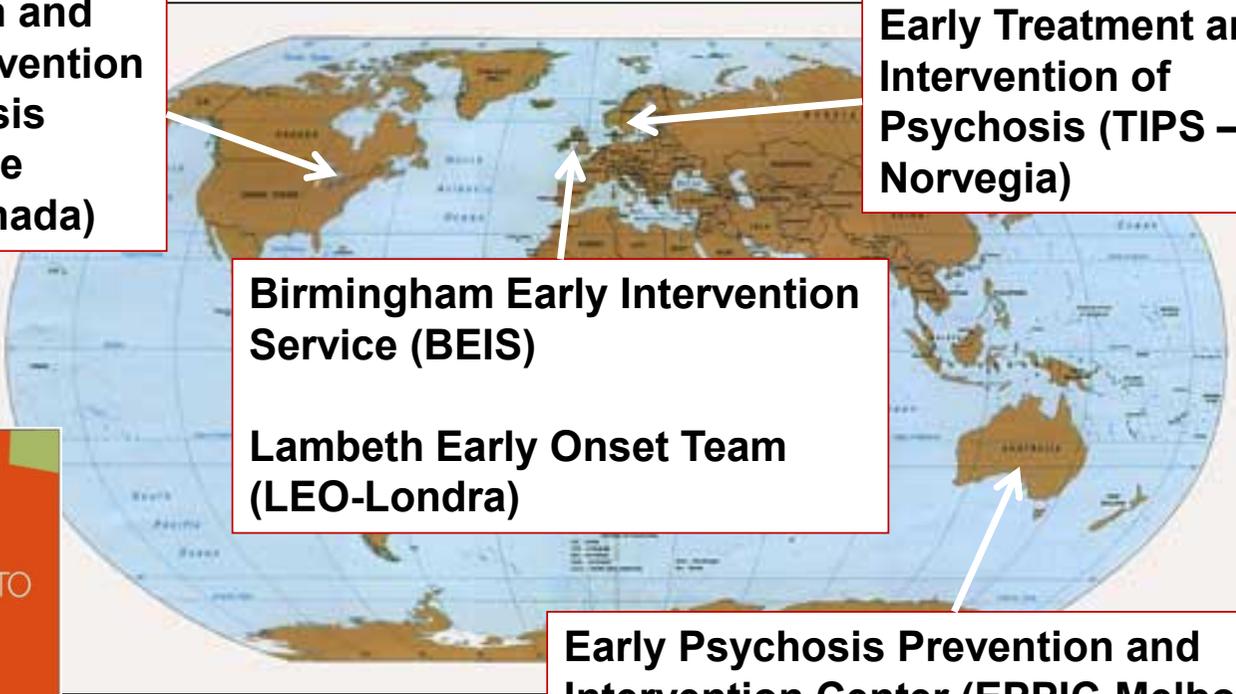
- Pochi accessi in fase precoce (ritardo presa in carico)
- Difficoltà di adesione alla terapia (alto tasso di drop out)
- Famiglie in difficoltà
- Disabilità sociali precoci
- Difficoltà nella rete di servizi
- Elevati costi diretti ed indiretti



# Esperienze Internazionali di intervento sulle psicosi d'esordio

**Prevention and Early Intervention in Psychosis Programme (PEPP-Canada)**

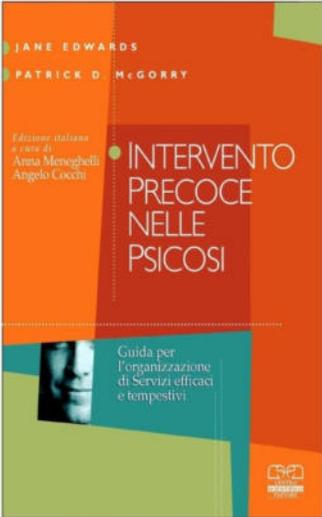
**Early Treatment and Intervention of Psychosis (TIPS – Norvegia)**



**Birmingham Early Intervention Service (BEIS)**

**Lambeth Early Onset Team (LEO-Londra)**

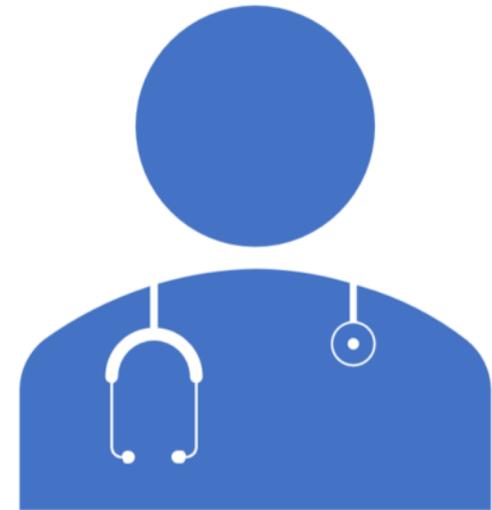
**Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC-Melbourne)**

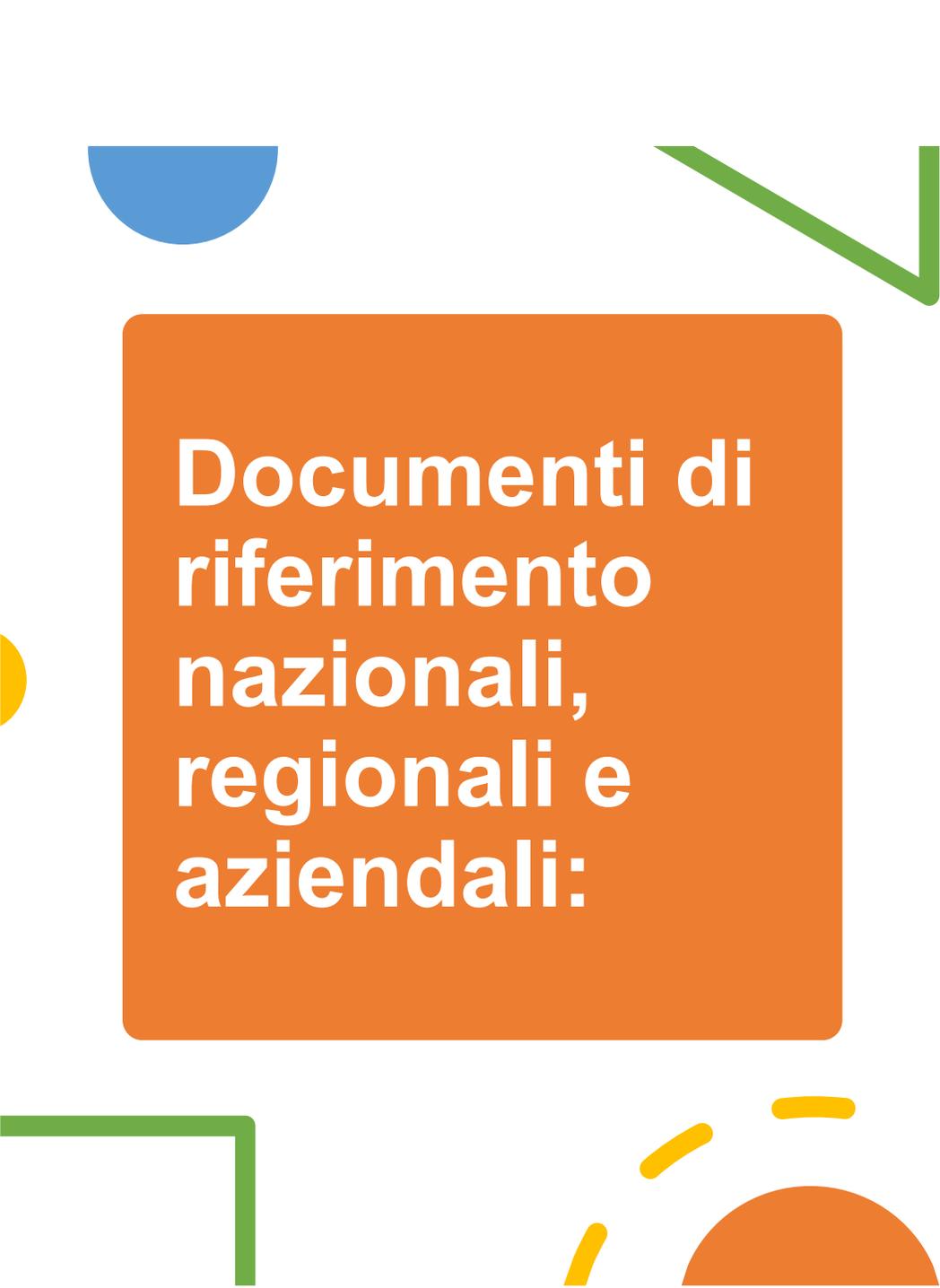


**Esiste una stretta correlazione tra interventi precoci ed esiti funzionali a lungo termine**

## Composizione e attività delle equipe dedicate:

- Equipe multiprofessionale (psichiatra, psicologo, AS, Ed., TERP, IP)
- Popolazione target (14-25 aa)
- Competenze specifiche
- Flessibilità nella presa in carico
- Interventi differenziati e personalizzati
- Riunioni interservizi (Sert, NPIA)

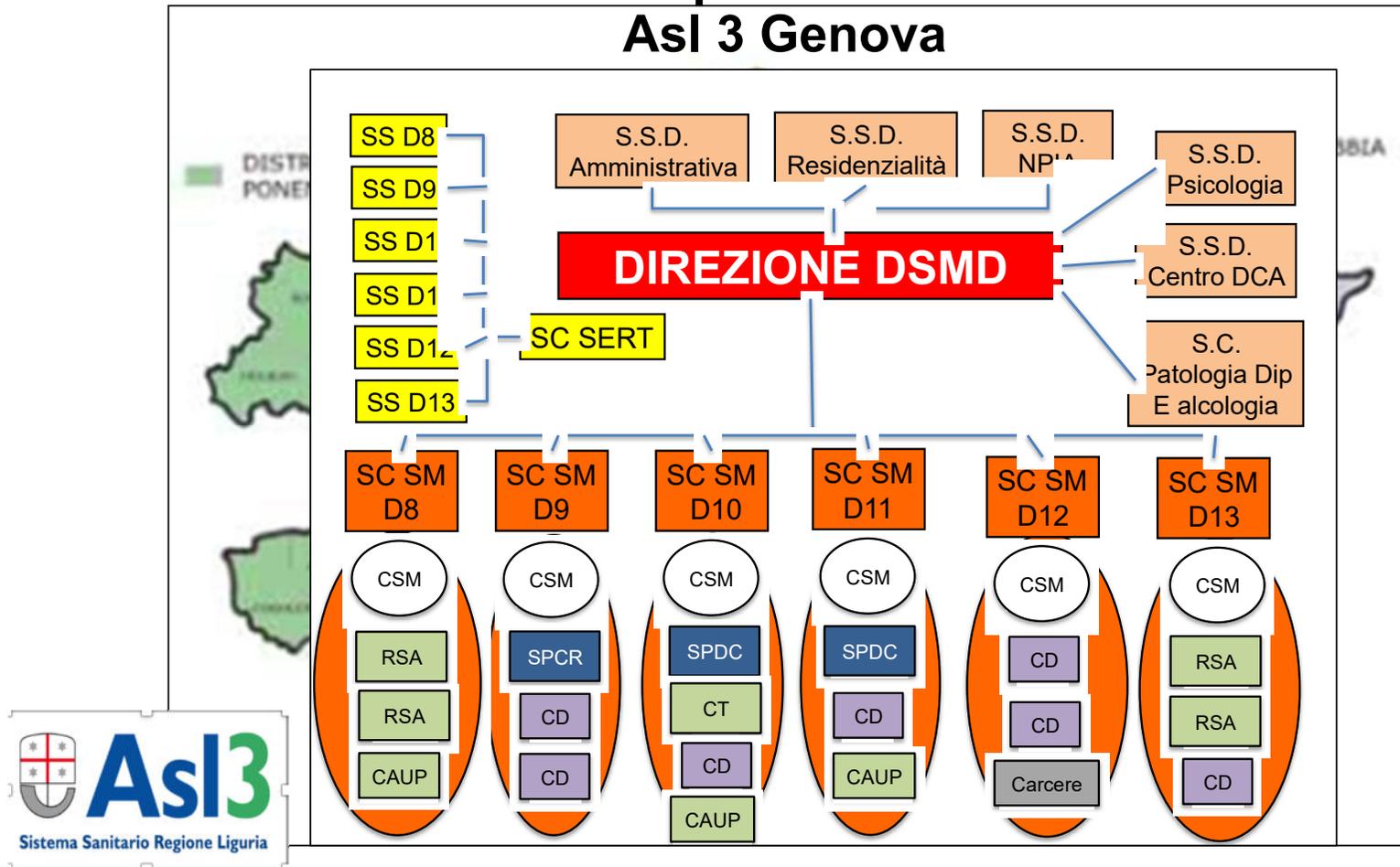




## Documenti di riferimento nazionali, regionali e aziendali:

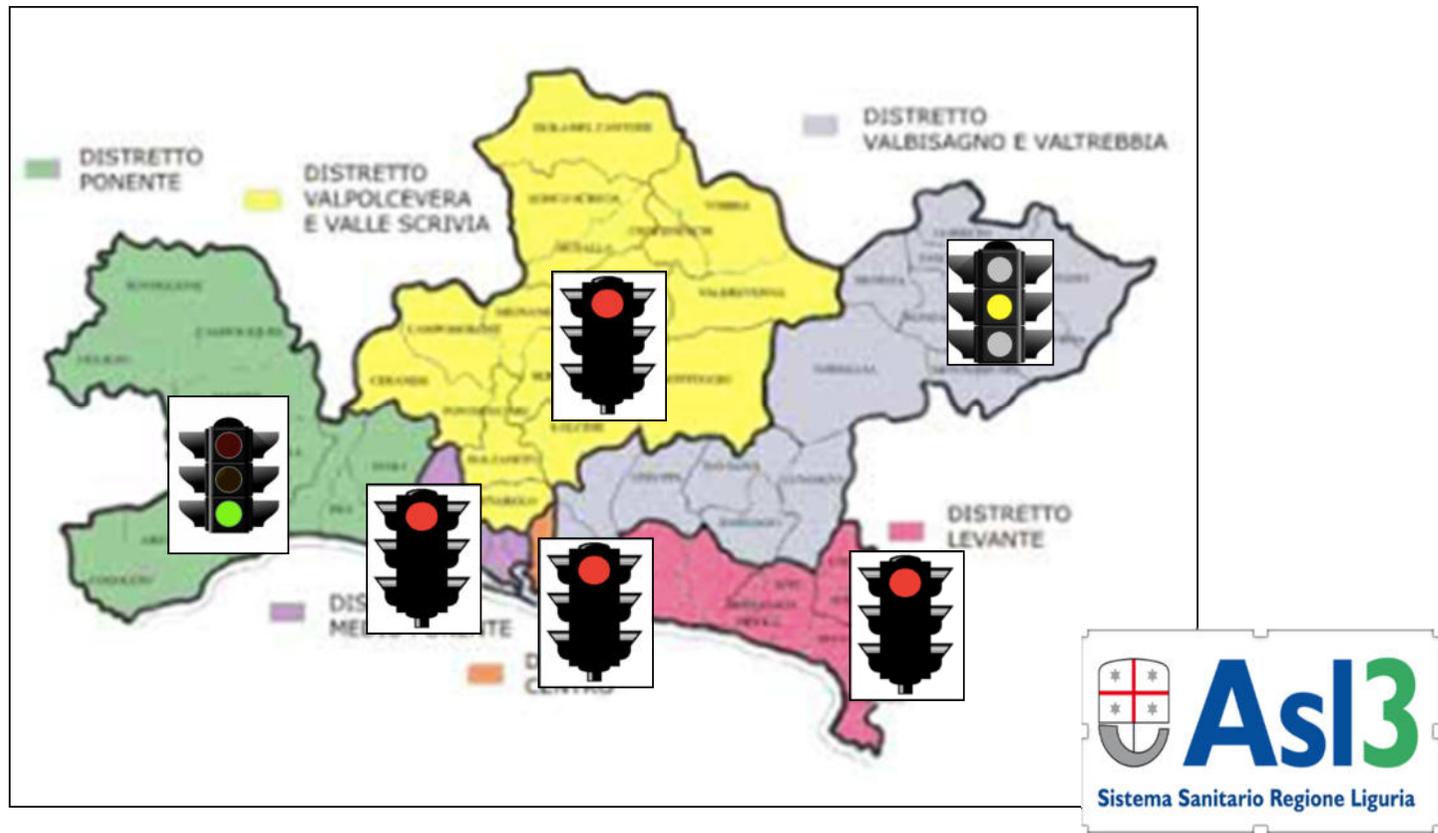
- Piano Azioni Salute Mentale (PANSM 2013)
- Accordo Conferenza Unificata 2014 : «percorsi di cura nei Dipartimenti Salute Mentale
- Piano Socio-Sanitario Regionale 2017-2019 Regione Liguria
- Indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie e SocioSanitarie 2020 – A.Li.Sa.
- Linee di indirizzo per favorire interventi integrati per il riconoscimento e il trattamento precoce di soggetti ad alto rischio di evoluzione verso disturbi psichici in età giovanile (14-25 anni). 2018 DSMeD, ASL3 Genova
- Obiettivi di Budget 2020 ASL3 Liguria: presa in carico e continuità delle cure nei percorsi di cura di soggetti giovani (14/25) affetti da disturbi psichici e/o comorbidità con disabilità e dipendenze.

# Organizzazione del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Asl 3 Genova

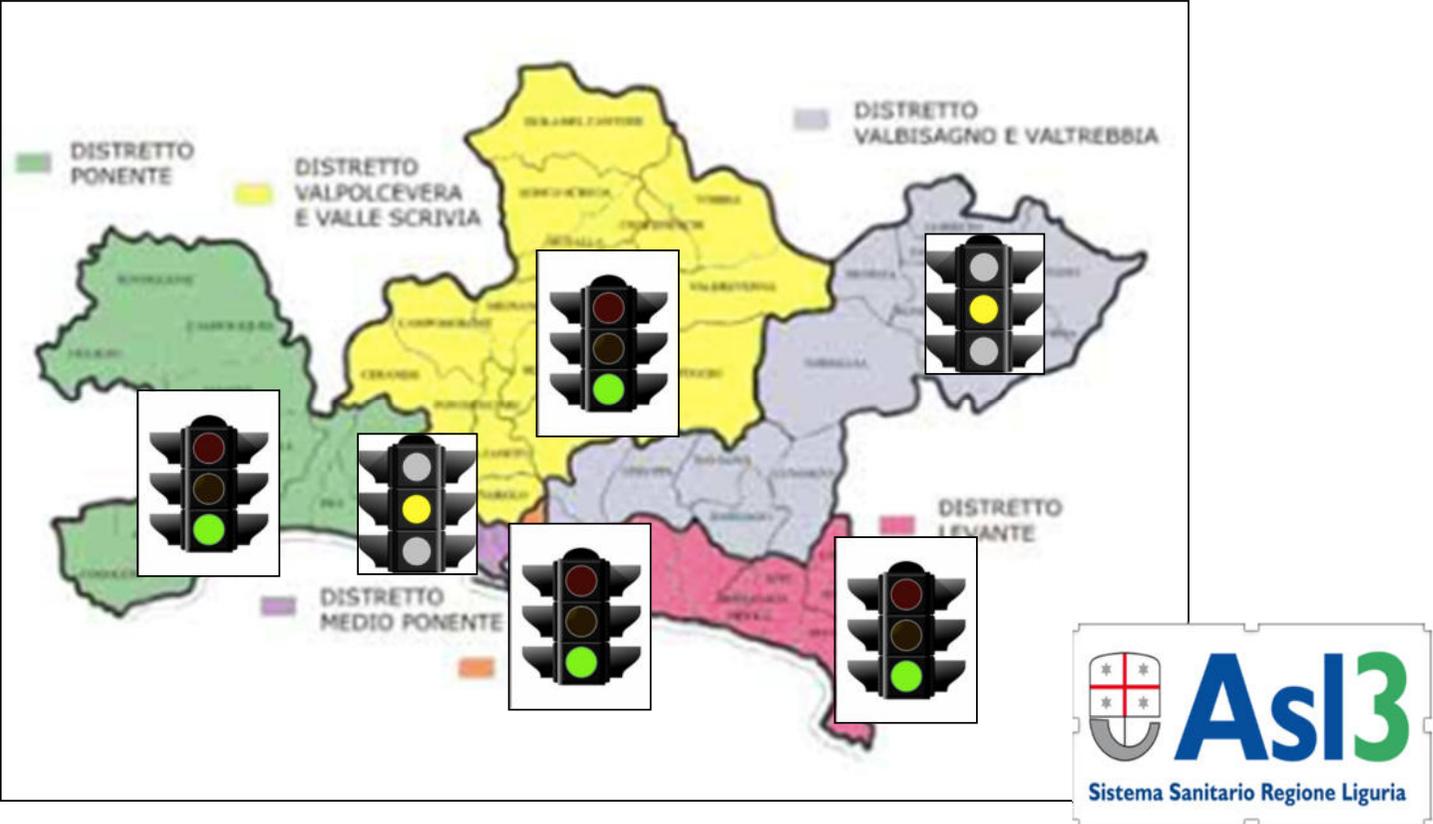




# Equipe dedicate al tempo del CCM esordi (2013-2014)



# Equipe dedicate anno 2019



# Analisi della esperienza: obiettivo e metodologia

*Obiettivo: confronto performance delle equipe dedicate vs servizi «generalisti»*

- Identificazione di indicatori di processo e outcome dei servizi psichiatrici dedicati ad esordi
- Utilizzo dei dati del sistema informativo (infoDSMweb)
- Indicazioni per stesura PDTA esordi

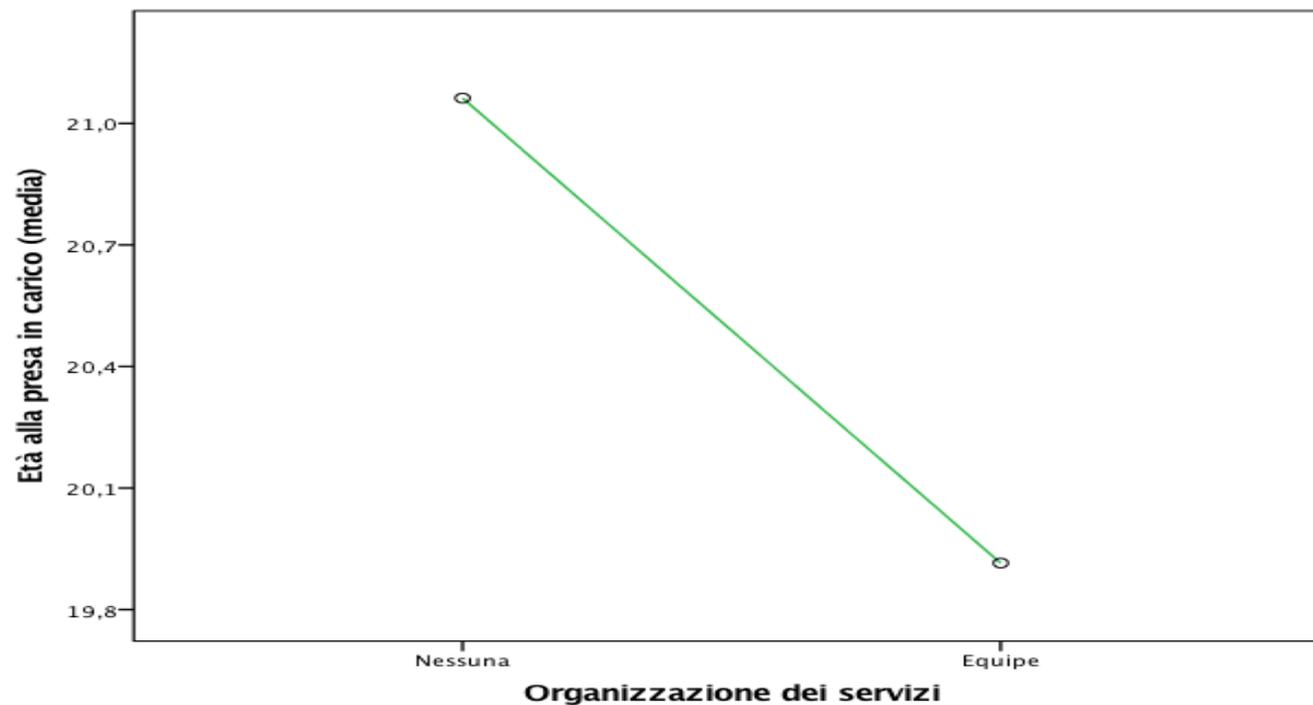




# Campione analizzato:

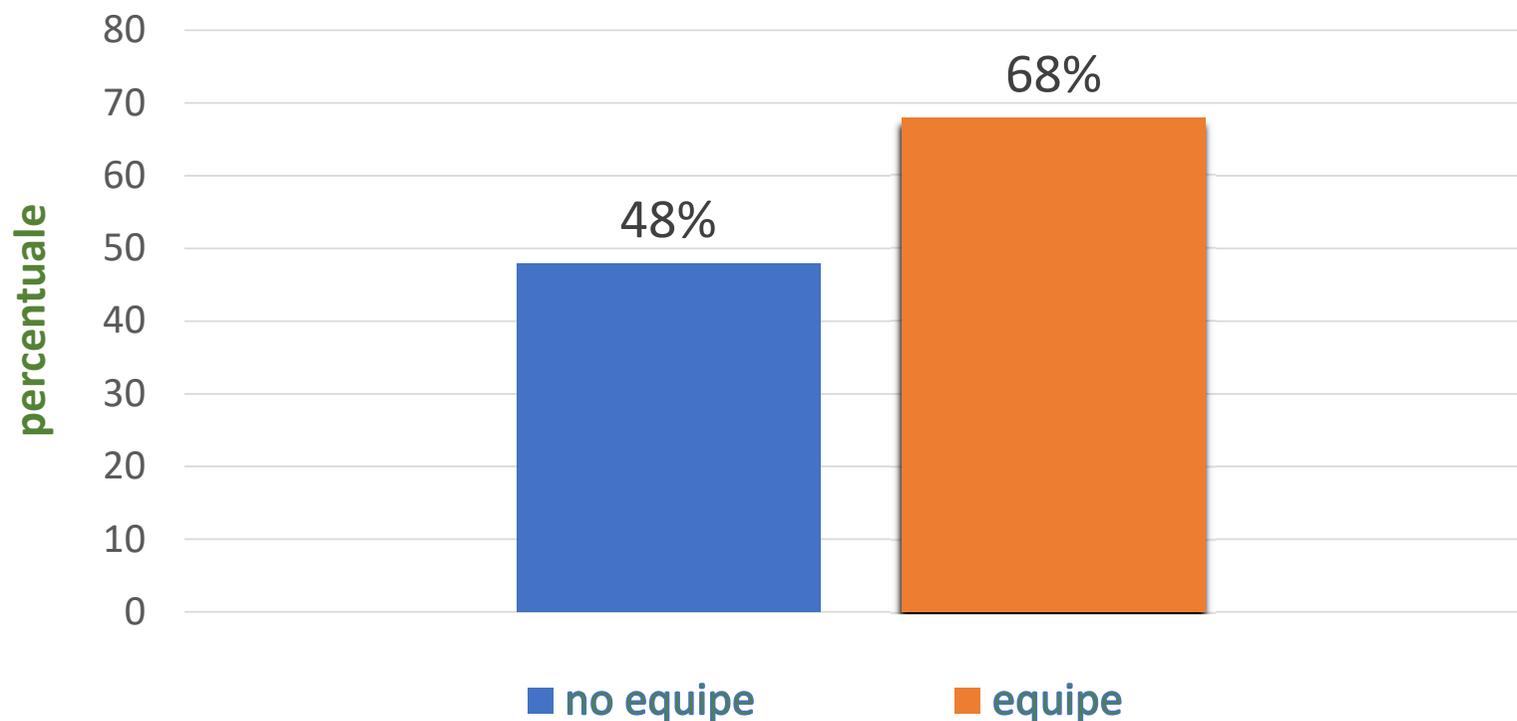
- Nuovi accessi di giovani con età inferiore ai 25 anni presi in carico da servizi psichiatrici di ASL 3 nel 2018 (142 soggetti)
  - Caratteristiche cliniche e sociodemografiche
  - Indicatori di processo (es: tipologia trattamenti)
  - Indicatori di outcome (es: miglioramento clinico, drop out) ad un anno da inizio trattamento
- 

## Risultati: caratteristiche sociodemografiche del campione



**Età media di presa in carico è più bassa dove ci sono equipe dedicate**

## Risultati: mantenimento del ruolo



Maggior percentuale di soggetti che mantengono ruolo (studio, lavoro) dove ci sono equipe dedicate

## Risultati: fattori di rischio

Percentuali e test del Chi Quadrato

|                        | No equipe | Equipe | X   | p      |
|------------------------|-----------|--------|-----|--------|
| Genere maschile %      | 60,4      | 40,4   | 5,1 | 0,024* |
| Migrazione %           | 33,3      | 18,1   | 4,8 | 0,027* |
| Occupazione %          | 48,9      | 68,4   | 4,5 | 0,032* |
| Abuso sostanze %       | 35,9      | 44,7   | 0,8 | 0,363  |
| Familiarità maggiore % | 35,1      | 39,4   | 0,1 | 0,662  |
| Adozione%              | 6,8       | 11,8   | 0,7 | 0,376  |

## Risultati: distribuzione delle diagnosi

| Diagnosi                    | No equipe | Equipe | % media |
|-----------------------------|-----------|--------|---------|
| Dist. Neurosviluppo %       | 2,4       | 3,8    | 3,3     |
| Dist. Spettro schizofrenico | 14,3      | 7,6    | 9,9     |
| Disturbi dell'umore %       | 21,4      | 17,7   | 19,1    |
| Disturbi di personalità %   | 31        | 29,1   | 29,7    |
| Disturbi d'ansia %          | 28,6      | 36,7   | 33,9    |
| Nessuna diagnosi %          | 2,4       | 5,1    | 4,1     |

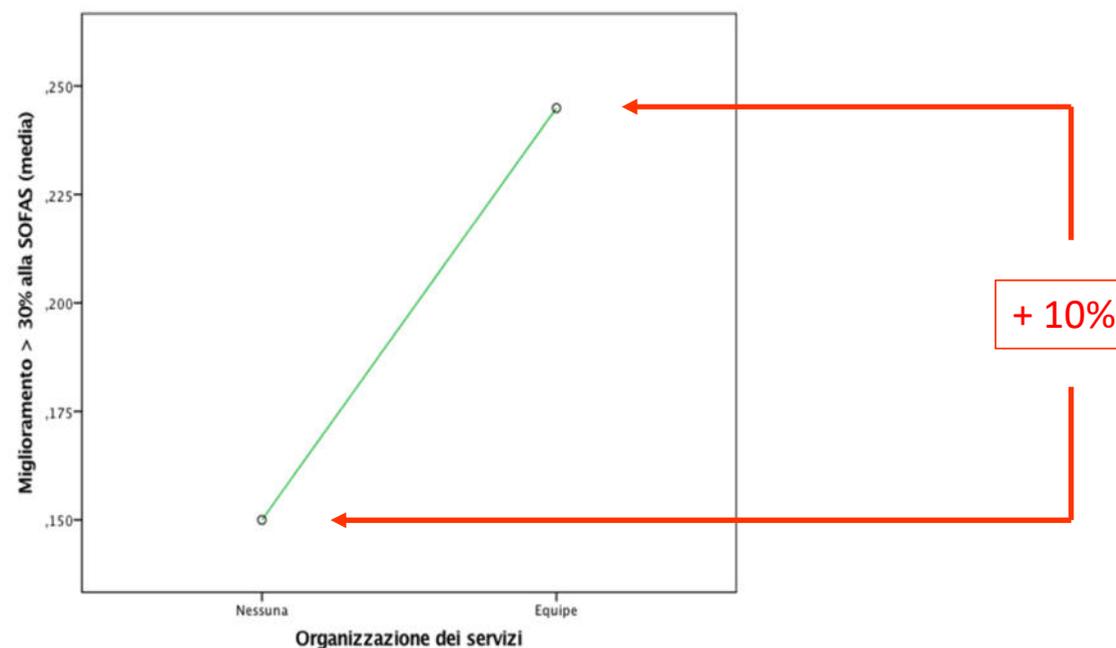
Prevalgono diagnosi più gravi nei servizi generalisti (vd. minor accessibilità, scarsa precocità interventi)

## Risultati: offerta di trattamenti

| Intervento<br>(media prestazioni) | No equipe | Equipe | media totale |
|-----------------------------------|-----------|--------|--------------|
| Attività psichiatrica             | 7,7       | 13,1   | 11,3         |
| Somministrazione farmaci          | 1,1       | 2,9    | 2,3          |
| Attività rivolta alla famiglia    | 1,3       | 5,3    | 3,9          |
| Attività riabilitative e sociali  | 0,7       | 6,7    | 4,7          |
| Attività di coordinamento         | 0,2       | 2,4    | 1,6          |
| Attività totali                   | 13,3      | 34,7   | 27,5         |

Offerta di trattamento più intensiva nelle equipe dedicate (spt interventi con famiglie, riabilitativi e di coordinamento)

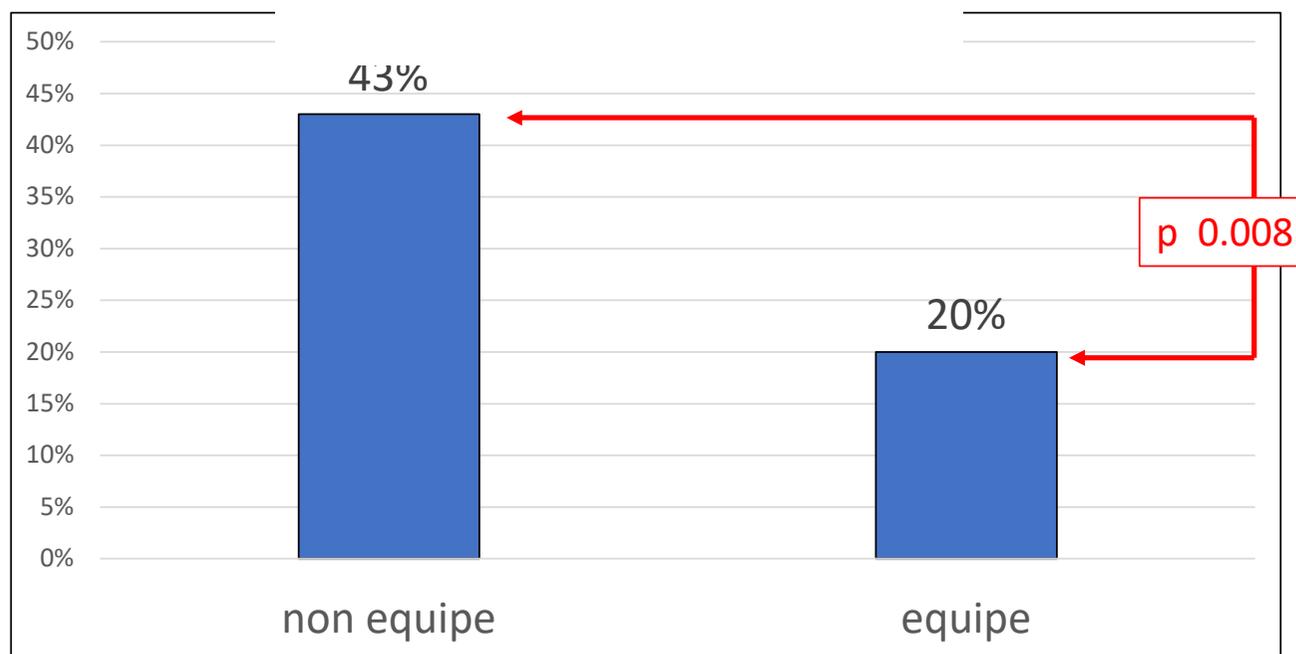
## Risultati: miglioramento globale (SOFAS sup 30%)



**Miglioramento globale superiore nei pazienti seguiti da equipe dedicate**

## Risultati: percentuale di drop out

Drop out: interruzione prestazioni non concordata per almeno 6 mesi



**Tasso di drop out decisamente inferiore con equipe dedicate**



## Sintesi dei risultati:

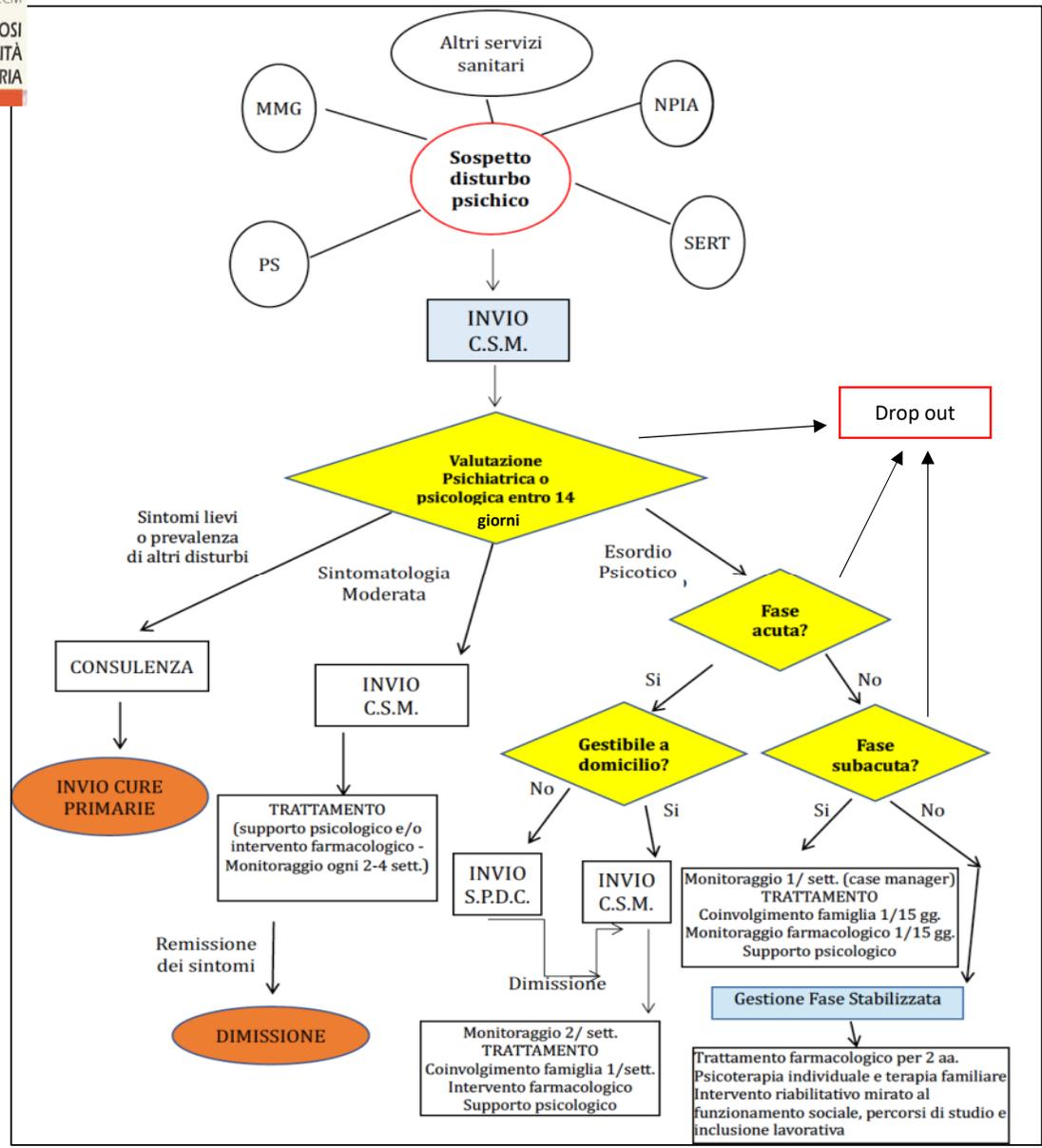
Equipe dedicate favoriscono:

- Presa in carico più tempestiva
- Maggior accessibilità ai servizi
- Migliore offerta trattamenti
- Migliore integrazione tra servizi
- Maggiori mantenimento ruolo e funzionamento globale
- Minor tasso di drop out

| CSM “generalista”  | Equipe dedicata all’interno del CSM   | Centro specializzato autonomo esterno al CSM   |
|--|---|--|
| <p><b>Punti di forza:</b><br/>           non necessita di competenze specifiche o riorganizzazioni<br/>           funzionamento <u>isorisorse</u></p> <p><b>Criticità:</b><br/>           legato a competenze e motivazione di singoli operatori<br/>           scarsa applicazione a linee guida<br/>           organizzazione e stile di lavoro calibrati su patologia cronica (non su esordi)</p> | <p><b>Punti di forza:</b><br/>           migliori competenze e discreta adesione a linee guida<br/>           possibile sviluppo <u>isorisorse</u> (scelta strategica con riallocazione risorse)<br/>           miglioramento cultura di tutto il servizio</p> <p><b>Criticità:</b><br/>           Necessita di forte governo clinico e gestionale<br/>           Stigma legato all’immagine del servizio</p> | <p><b>Punti di forza:</b><br/>           ottime competenze e adesione a linee guida<br/>           minor stigma (migliore immagine)</p> <p><b>Criticità</b><br/>           Costi maggiori (risorse aggiuntive)<br/>           Problemi di integrazione e continuità con altre strutture del DSMD</p> |



# Modelli organizzativi a confronto



# Condizioni abilitanti il progetto

forte condivisione degli obiettivi del programma  
(Direttori SC, Direttori DSMD, Direzione Aziendale etc)

presenza iniziale di alcuni operatori motivati

identificazione di risorse specifiche

riorganizzazione interna dei servizi e definizione dei  
livelli responsabilità

programma formativo specifico

definizione tempistica

# Azioni da compiere:

- Implementazione a livello regionale di PDTA specifico (vd. DIAR Neuroscienze)
- applicazione del PDTA attraverso la definizione di specifici protocolli operativi aziendali per il riconoscimento precoce ed il trattamento di soggetti a rischio
- contrattazione con le Direzione Aziendali di obiettivi di budget specifici sui percorsi di cura delle fasce giovanili
- creazione di gruppi di lavoro dipartimentali multiprofessionali ed interservizi per la creazione e la condivisione di linee di indirizzo e PDTA
- definizione in ogni servizio del DSMD (CSM, Sert, NPIA) di equipe dedicate composte da operatori di diversa professionalità dedicati alla fascia di utenti 14-25 aa (vd PDTA) e relative responsabilità
- definizione di un modello organizzativo specifico per il trattamento della fascia di popolazione giovanile, in considerazione della pluralità dei servizi coinvolti



# Conclusioni

- Interventi precoci richiedono equipe dedicate e percorsi di cura definiti e tempestivi
- Le equipe possono integrarsi nei Dipartimenti Salute Mentale secondo modelli organizzativi differenti
- I modelli organizzativi vanno scelti sulla base delle risorse disponibili e sulle caratteristiche del territorio di riferimento



Grazie  
dell'attenzione....