



I PERCORSI DI CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI

***Salute Mentale ed assistenza
psichiatrica nei cambiamenti del SSN:
Il lavoro del GISM negli anni 2006-2014***



**ALCUNE PAROLE
CHIAVE....**

VARIABILITA'



© Can Stock Photo - csp7626801

“ la grande variabilità delle prestazioni sanitarie e degli esiti a parità di condizioni patologiche è uno dei motivi che sostengono la necessità di attività di miglioramento di qualità in sanità”

P. Morosini

ACCOUNTABILITY



il dovere da parte di una organizzazione di documentare e rendicontare ciò che si è fatto a coloro che hanno fornito le risorse e finanziato i servizi (politici, amministratori utenti e cittadini)

BENCHMARK



Confronto di un servizio o di una prestazione, mediante opportuni indicatori, con i risultati prodotti da organizzazioni simili, in particolare da quelle più affermate e prestigiose.



PERCORSI DI CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI

COSA E' UN PERCORSO DI CURA?



- Sono strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti **interventi di provata efficacia** attraverso una **sequenza logica di azioni** in un **tempo ottimale**
- sviluppati per **diagnosi frequenti, costose** e connesse ad alti rischi per la salute del paziente
- I principi chiave sono la **centralità del paziente, l'integrazione multi professionale**, la pratica basata sull'**EBM** ed il miglioramento continuo della qualità.
- Sinonimi: *percorso (o profilo) assistenziale, percorso diagnostico-terapeutico, percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA).*

LINEE GUIDA E PERCORSI DI CURA

- Le **Linee Guida** sono **raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico**, allo scopo di assistere medici, pazienti e manager nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”.
- I percorsi di cura costituiscono, insieme alle Linee guida, **strumenti del governo clinico** che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l’appropriatezza dell’assistenza erogata.
- attraverso il percorso di cura otteniamo la **contestualizzazione delle raccomandazioni delle linee Guida**, relative ad una patologia o problematica clinica, all’interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali.
-

OBIETTIVI DEI PERCORSI



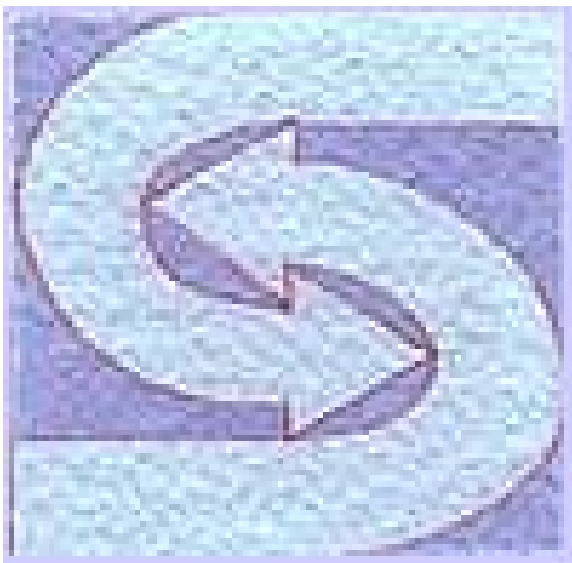
- ridurre la variabilità dei trattamenti,
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti,
- coordinare e integrare i professionisti e i servizi nella risposta alla domanda di assistenza
- identificare correttamente le risorse necessarie
- rendere misurabile ciò che si fa
- rendere trasparente all'esterno il percorso previsto
- valutare l'aderenza degli interventi effettuati nella realtà dei DSM alle indicazioni dei percorsi di cura, evidenziando le aree di criticità;

PERCHE' IN SALUTE MENTALE?



- In salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la **variabilità dei trattamenti** risulta molto pronunciata.
- Presenza di consistenti problemi clinici e psicosociali che necessitano di **interventi complessi**
- Necessità di garantire la **continuità delle cure e l'integrazione** tra le diverse figure professionali e strutture

ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI



- organizzati per **fasi di malattia**:
 - a) presa in carico precoce,
 - b) gestione della fase acuta, e
 - c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale, sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità.
- seguono il paziente **sia a livello ospedaliero che territoriale e residenziale**
- Attenzione particolare al ruolo delle **famiglie**, dei **trattamenti psicosociali** e ai **interventi precoci per i giovani**

COSTRUZIONE DEL PERCORSO



- Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (**PANSM**), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, propone una riorganizzazione dei servizi di salute mentale sulla base della valutazione dei **bisogni delle persone** e della implementazione di **percorsi di cura**;
- Un **gruppo di lavoro misto GISM – Agenas – Ministero** ha lavorato negli anni 2013-2014 su questo obiettivo
- Individuati percorsi per i **disturbi schizofrenici, affettivi e di personalità gravi**



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità".

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

Approvato in sede di **Conferenza Unificata Stato-Regioni** il 13
novembre 2014

MONITORARE I PERCORSI DI CURA

INDICATORI CLINICI

- Indicatori clinici per **monitorare i percorsi** e verificare la distanza tra percorso ottimale e percorso reale
- Sono focalizzati sulla **qualità tecnica della cura**, non sull'utilizzo dei servizi o sui costi
- Pongono attenzione su uno **specifico fenomeno clinico o assistenziale**, indicando potenziali problemi
- Legati dalle **Raccomandazioni**
- Sono derivati da **dati amministrativi** piuttosto che specifiche raccolte di dati



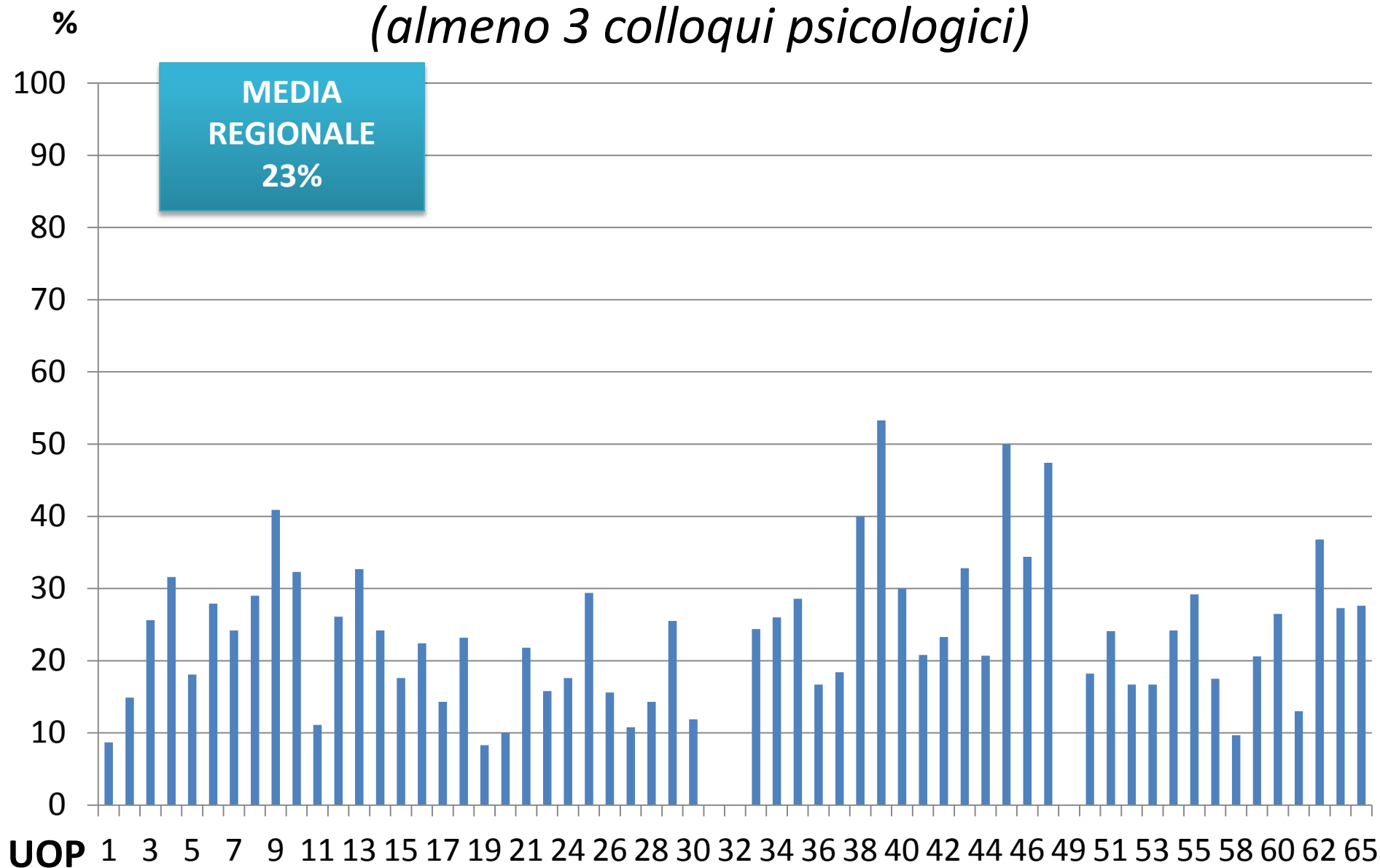
PRIMO EPISODIO

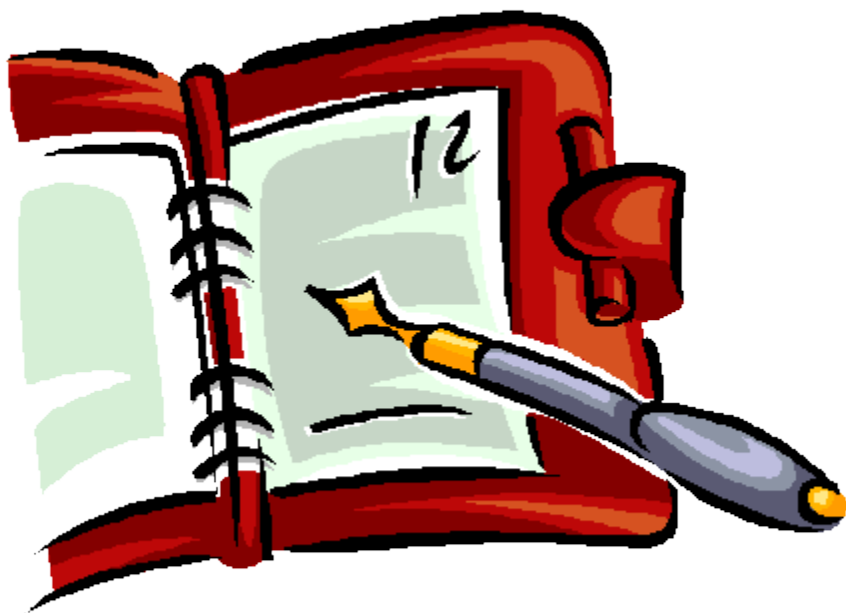
Pazienti al primo episodio:
meno di 35 anni ed il primo contatto con il
DSM nel 2009

Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio	27.8 years
Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale > 7 giorni	18%
Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio (<i>almeno 1 contatto ogni 90 giorni per 365 giorni</i>)	60%
contatti territoriali rivolti ai pazienti all'esordio (<i>numero medio di contatti per mese di presa in carico</i>)	2.6
contatti territoriali rivolti ai familiari di pazienti all'esordio (<i>numero medio di contatti per mese</i>)	1.3
Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico (<i>almeno 3 sedute</i>)	23%
Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio (<i>almeno 4 sedute</i>)	9.4%
Attività multi-professionale all'esordio	77%
Aderenza alla terapia con farmaci specifici antipsicotici per almeno 180 giorni durante il primo episodio	11%
Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti al primo trattamento con SGA (<i>almeno 2 controlli durante le prime 12 settimane dall'inizio della terapia</i>)	14%

PAZIENTI CON ESORDIO SCHIZOFRENICO IN TRATTAMENTO PSICOLOGICO PER UOP (%)

(almeno 3 colloqui psicologici)





**UNO SGUARDO AL
FUTURO**

LA SFIDA



- **Tutti vogliono misurare e valutare**
- **Nessuno vuole essere misurato e valutato**

USCIRE DALLA LOTTERIA DEL CODICE POSTALE....



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com

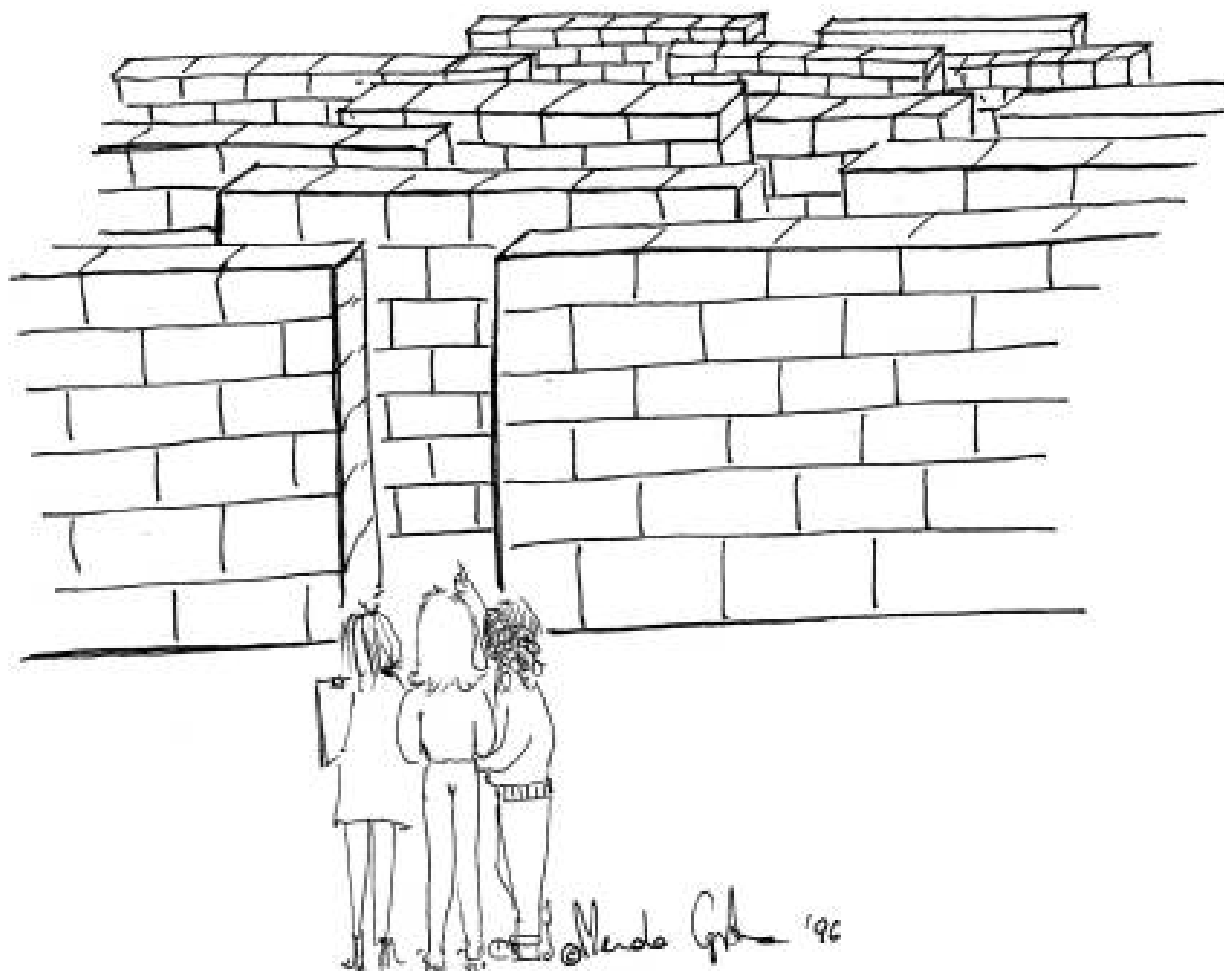


"I DON'T LIKE THE LOOK OF
YOUR POSTCODE ..."

search ID: shu0413

CON I PERCORSI DI CURA AIUTIAMO
LE PERSONE
AD ORIENTARSI NEL LABIRINTO DEL
SISTEMA DI SALUTE MENTALE

THE MENTAL HEALTH SYSTEM



DISTURBO DA DEFICIT DI IMPLEMENTAZIONE



- **EPIDEMIOLOGIA** : la frequenza è elevata tra operatori della salute mentale e amministratori
- **QUADRO CLINICO:**
 - Presenza di un trattamento nuovo che migliora in modo significativo l'esito dei pazienti
 - inserimento in procedure, linee guida, accompagnato da un interesse iniziale, testimoniato da pubblicazioni e convegni
 - Assenza di una strategia di implementazione nella routine dei servizi di salute mentale
- **PROGNOSI:** spesso evoluzione cronica: a distanza di 1-2 anni dall'inizio della sindrome il trattamento non è erogato all'interno dei servizi di salute mentale

PRESA IN CARICO PRECOCE

- continuità della cura tra Psichiatria e NPIA
- presa in carico del paziente all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.
- valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali del paziente e della sua famiglia
- interventi di natura multi professionale anche nel contesto di vita del paziente.
- routinariamente interventi psicoeducativi e psicoterapici; se compromissione del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave, interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze.
- trattamento continuativo con farmaci antipsicotici, monitorando in modo attento la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici

GESTIONE DELLA FASE ACUTA

- limitare il ricorso al TSO ed evitare episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti.
- Degenza limitata nel tempo e attenzione ad evitare riammissioni
- Dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici per almeno 1 - 2 anni e se interrotti monitoraggio clinico di eventuali ricadute per 2 anni.
- Attenzione alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici
- Nei pazienti con schizofrenia resistente trattamento con clozapina
- Trattamento con farmaci antipsicotici depot per i pazienti con ricadute frequenti
- Alla dimissione in tempi brevi un appuntamento in CSM e cura intensiva a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto. Nei pazienti con ricadute frequenti revisione del programma di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o dell'equipe congiunta CSM - SPDC.

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE -1

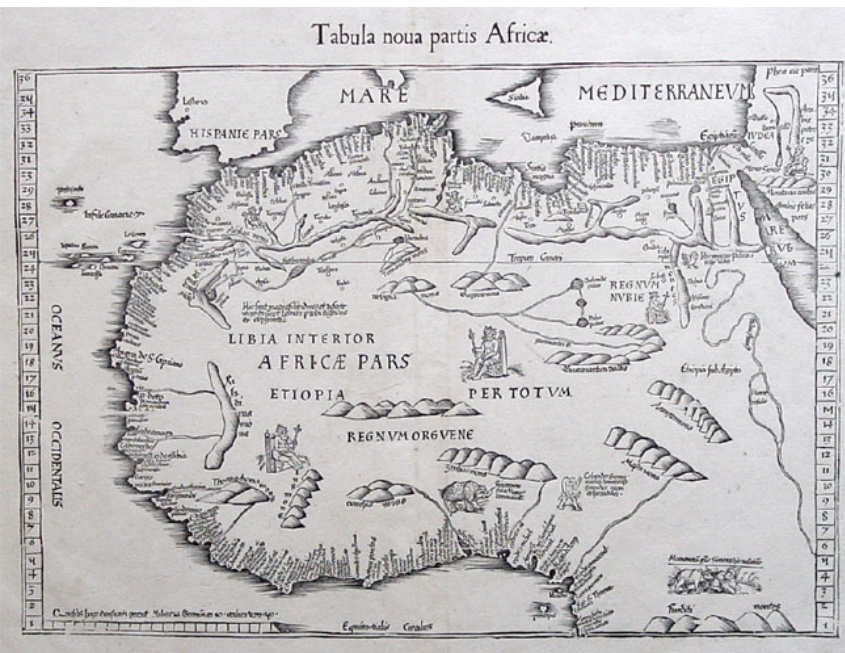
- Trattamento continuativo di natura multi professionale
- Se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana, piano di trattamento individuale (PTI) e case manager.
- Contatti regolari con i familiari dei pazienti
- Ai pazienti, ed in particolare a quelli con frequenti ricadute, e alle loro famiglie sono erogati interventi di carattere psicoeducativo; e, quando appropriato, trattamento psicoterapico.
- Nel caso di abuso/dipendenza da sostanze a livello moderato /grave valutazione e presa in carico congiunta con SERD
- Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici in monoterapia e con un dosaggio all'interno del range terapeutico, e nei casi di schizofrenia resistente viene offerto un trattamento con clozapina.

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE -2

- monitoraggio della sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici.
- Ai pazienti con ricadute frequenti offerto un trattamento con farmaci antipsicotici depot,
- Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico, il CSM mantiene contatti clinici regolari nel periodo seguente l'interruzione del trattamento e si attiva per ricontattare il paziente in caso che questi interrompesse completamente i contatti con il DSM.
- In collaborazione col medico di medicina generale viene fatto un regolare monitoraggio della salute fisica e degli stili di vita.
- Sono offerti gruppi di *self-help* e di *supporto tra pari*
- Monitorate le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi e i suicidi dei pazienti seguiti dal DSM, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa ed essere sottoposti a provvedimento penale.

MISURARE LA QUALITA' DELLA CURA

- La nostra conoscenza della qualità della cura è limitata
- La variazione della qualità della cura tra Regioni e DSM è la regola piuttosto che l'eccezione
- Assenza di una strategia di implementazione di indicatori che valutino la qualità



ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO - 1

Adequacy of Treatment for Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Affective Disorders in Lombardy, Italy

Antonio Lora, M.D.
Valentino Conti, M.Sc.
Olivia Leoni, Ph.D.
Alma Lisa Rivolta, Pharm.D.

PSYCHIATRIC SERVICES

September 2011 Vol. 62 No. 9

TRATTAMENTO MINIMAMENTE ADEGUATO

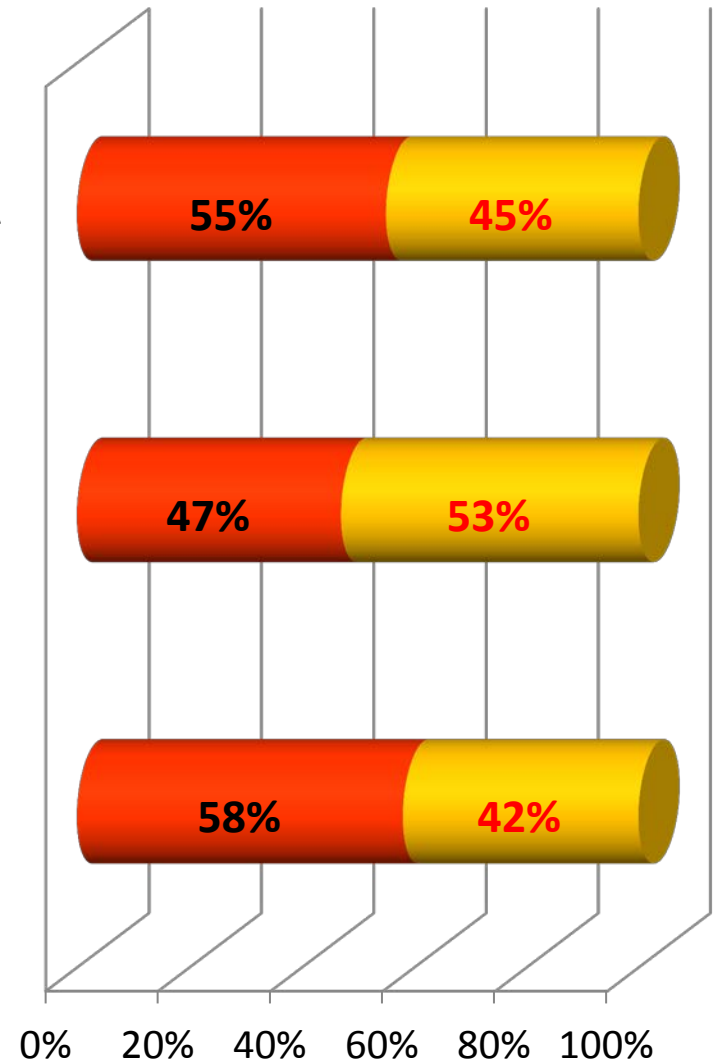
(Wang et al. 2007)

.. almeno due mesi di
trattamento con
farmaci specifici +
4 visite dello psichiatra
OPPURE
8 sedute di psicoterapia

SCHIZOFRENIA
(n=24.567)

DIST. BIPOLARE
(n=6.254)

DEPRESSIONE
(n=27.115)



■ NON ADEGUATO ■ ADEGUATO