

Convegno A.F.I.Pre.S

Salute Mentale : cura , relazione, familiari e servizi territoriali

**PRATICHE RIABILITATIVE FONDATE SULL'EVIDENZA.
Stato dell' Arte e delle iniziative promosse dalla S.I.R.P.**

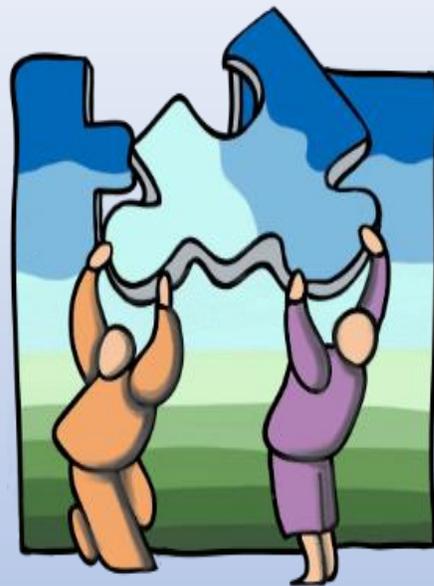


Antonio Francomano

Palermo 23 Novembre 2020



Società Italiana Riabilitazione Psicosociale (Sez. Speciale della S.I.P.)



Key words :



- **Precocità di diagnosi**
- **Precocità di stabilizzazione clinica**
- **Precocità di terapie favorevoli la aderenza alle cure (utilizzo di SGA e SGA-LAI)**
- **Precocità di interventi riabilitativi centrati sul potenziamento del funzionamento cognitivo**
- **Progettualità personalizzata centrata su Empowerment e finalizzata a strategie di Recovery funzionale**

MANAGEMENT IN PSICHIATRIA

- **SET E SETTING** DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN SALUTE MENTALE
- **COMPLESSITA'** DELLA PSICOPATOLOGIA
- **COMPLESSITA' DELLE RISPOSTE** DA PROPORRE
- **CONTESTUALIZZAZIONE** STORICA E SOCIALE
- **BENEFICIALITA'** Vs **GARANZIA**

Cosa si intende con “paziente grave” ?

- È utile innanzi tutto concordare una definizione di “Severe Mental Illness” (SMI) In letteratura ne sono state riscontrate circa venti (Schinnar et al. 1990)
- Quella meglio conosciuta è una definizione suggerita dal National Institute of Mental Health americano (NIMH '87) utilizza tre criteri:
 - Diagnosi di **psicosi non organica**
 - durata del trattamento di **due o più anni**
 - grado di disfunzione o disabilità (misurato mediante la scala GAF Global Assessment of Functioning) **> 50**, sono presenti cioè sintomi di una certa gravità e gravi difficoltà nel funzionamento sociale, occupazionale o scolastico

Community Care

- **Decentramento e territorializzazione** dell'organizzazione socio-sanitaria :
 - ✓ **Community work** (lavoro su **sistema**) versus **therapeutic work** (lavoro su paziente)
- **Strumenti:**
 - ✓ **case management** (gestione del caso), care management (gestione della cura), **disease management** (gestione della malattia)
- **Politiche:**
 - ✓ **assistenza a lungo termine**, de-istituzionalizzazione, **riduzione della dipendenza** dalla assistenza,
 - ✓ assistenza informale,
 - ✓ **empowerment** (aumento della partecipazione e delle possibilità di scelta, servizi guidati dai bisogni piuttosto che delle offerte, contenimento dei costi)

Advocacy (patrocinio)

- *Advocacy versus tutela*
- Partnership con gli assistiti
- Autodirezionalità ed autodeterminazione degli utenti, diritti di cittadinanza
- Intermediazione
- Advocacy legale

IL CONTINUUM DELLE CURE

Continuità terapeutica

- Il **paziente** è il **punto di riferimento** della continuità del trattamento (Hansen, 1985)
- Processo che coinvolge i **movimenti del paziente tra i diversi momenti del servizio psichiatrico** (Bachrach, 1981)
- Un **solo gruppo di lavoro è responsabile della continuità di trattamento** verso un paziente (Torrey, 1986)
- Continuità di **supporto per la famiglia e per il contesto**
- **Continuità nel tempo**, nel **progetto e nei mezzi a disposizione** (Ferro e coll., 1997)

Le cinque dimensioni della continuità terapeutica - 1

- **Continuità temporale (stabilità terapeutica)**

Questa “**dimensione temporale**” sottointende che uno dei fattori necessari per il costituirsi di una continuità terapeutica sufficientemente valida sia **che il paziente possa rimanere, per il tempo necessario, nella mente del gruppo di lavoro**

“Il trattamento del paziente si confronta con i suoi progressi **anche se i terapeuti, le specifiche modalità di trattamento, i luoghi della cura possono cambiare**” (Test, 1979). Questo significa che siamo di fronte ad **un modello longitudinale**

Le cinque dimensioni della continuità terapeutica - 2

• **Continuità individuale**

Sottolinea il permanere della capacità di considerare il paziente come individuo portatore di caratteristiche psicopatologiche, personali e relazionali, nonché di bisogni e aspettative, di volta in volta peculiari e unici: **“Il paziente è il punto di riferimento della continuità del trattamento”** (Hansen, 1975). Questa dimensione riguarda l’aspetto individuale della continuità terapeutica, nel senso che **la cura deve essere pianificata con e per il paziente**, il processo terapeutico nella sua essenziale continuità deve ruotare intorno all’individuo, sia per quanto riguarda i suoi vissuti psicopatologici sia rispetto ai suoi desideri o alle sue inclinazioni

Il rischio è di un atteggiamento anonimo e seriale o all’estremo **opposto** di una individuazione e familiarizzazione estreme del rapporto, che accentua così gli aspetti di **dipendenza da parte del paziente** e di “possessività” da parte dell’agenzia terapeutica, rischio più presente per le istituzioni residenziali, ma presente anche nel servizio territoriale

Le cinque dimensioni della continuità terapeutica - 3

- **Continuità trasversale**

Si intende con questa dimensione sottolineare un concetto modulare del servizio in cui la scelta dei diversi moduli possibili (ambulatoriale, domiciliare, riabilitativo, ospedaliero, ecc), avviene in relazione e in base alle esigenze e ai bisogni del paziente: **“in ogni punto del percorso terapeutico egli può ricevere il tipo di servizio di cui in quel momento ha bisogno, e ogni servizio ha una dimensione longitudinale”** (Bachrach, 1981)

Il rischio, in questo caso, è quello di un esaurirsi della prospettiva psichiatrica all'interno del circuito d'intervento tecnico sul paziente, immaginato **“totale” e perfetto**, come l'utopia manicomiale a suo tempo progettata dagli illuministi francesi

Le cinque dimensioni della continuità terapeutica - 4

- **Continuità e flessibilità**

Questa dimensione sottolinea l'importanza della capacità dell'équipe di **modificare il proprio assetto** rispetto alle possibilità del paziente, di **disegnare il circuito della cura** attorno al suo percorso, in altre parole **"dosare"** nel tempo sovra e sottostimolazione, esposizione e protezione, **come se si trattasse di un farmaco**

Il rischio, in questo ambito, è quello di un **eccesso di rigidità** o in alternativa di perdere totalmente la capacità di governare il percorso terapeutico in riferimento all'esistenza di una progettualità forte e precisa, riducendolo a una **successione casuale di risposte frammentarie e asservite** al variare, nel tempo, dei problemi presentati dal paziente e delle domande da questi (o da altri) formulate

Le cinque dimensioni della continuità terapeutica - 5

• **Continuità e relazione**

Questa dimensione evidenzia l'importanza del **rapporto medico-paziente** e la sua **centralità nella continuità terapeutica**, problema che interessa tutto il gruppo di lavoro. Infatti, la continuità di presa in carico passa anche **attraverso le diverse relazioni che un paziente può avere con i molteplici setting di un servizio** e dipende, inoltre, dalle modalità di relazione dei componenti del gruppo rispetto al paziente, introducendo il tema del rapporto tra il paziente e **la "persona" degli operatori** che si fanno direttamente carico di lui

Un modello di questo tipo è realizzabile se vi sono sufficienti comunicazione e dialogo all'interno dell'équipe ed una cultura comune di riferimento

CRITICITA' attuali

- **Condizione «emergenziale» dei Dipartimenti di Salute Mentale per :**
- **carenza** di risorse organiche e logistiche
- Rimodulazione **compliance territoriale**
- **Carenza dotazioni PSICOSOCIALI E DI ASSISTENZA**
- **Disfunzionale TURN OVER specialistico** :scollamento tra formazione specialistica universitaria ed esigenze del Territorio
- **Attribuzioni di nuove funzioni** (es. assistenze nei **circuiti giudiziari** a favore di pazienti autori di reato) a **costo «zero»**
- Emergenza **COVID**

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2700
—

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

il 6 ottobre 2020 (v. stampato Senato n. 1925)

NELLA CONVERSIONE IN LEGGE DEL C.D. "DECRETO AGOSTO" ALL'ART. 29-ter, COMMA 2, SI PRESCRIVE CHE: "...Al fine di efficientare i servizi di salute mentale... il Ministero della salute... entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana le linee d'indirizzo finalizzate all'adozione... di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale ... secondo i seguenti principi di riferimento: a) la ridefinizione degli indirizzi in materia di risorse umane e tecnologiche ...; b) la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale ...; c) la costruzione di una rete di servizi e di strutture di prossimità con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, delle istituzioni presenti nel territorio e degli enti del Terzo settore,; d) la promozione della partecipazione attiva della rete delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato, ...; e) il sostegno all'inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità."

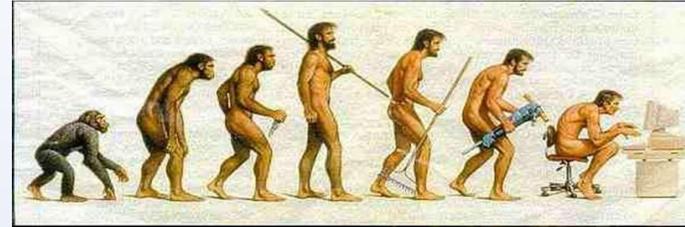
IL TESTO COMPLETO: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6812814.pdf>

- ***MODUS OPERANDI in SALUTE MENTALE***

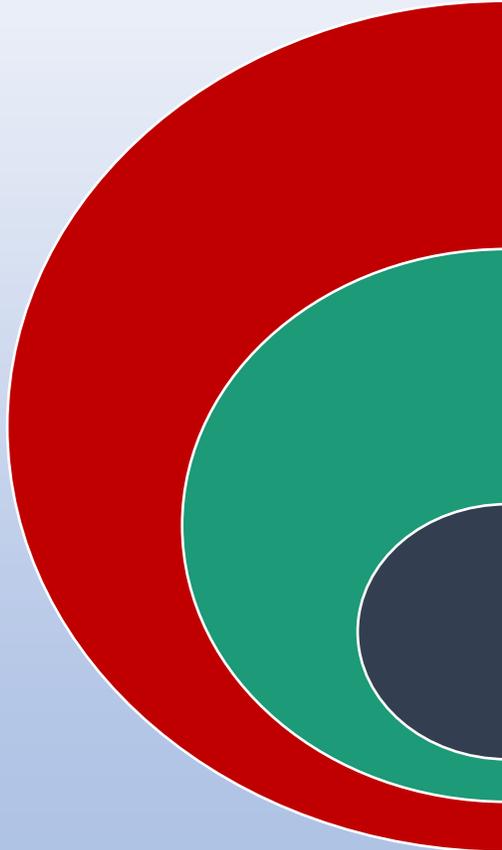
MULTIDIMENSIONALITÀ dei piani di intervento e mission dei

Servizi, orientati alla RECOVERY

DEFINIZIONI DI RECOVERY



CRITERI
OGGETTIVI
E
MISURABILI



Recovery
CLINICO

- remissione
- Aderenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

Recovery **FUNZIONALE**

- Lavoro e/o scuola
- Indipendenza/coinvolgimento vita familiare

Recovery **PERSONALE**

- SPERANZA PER UN FUTURO MIGLIORE
- EMPOWERMENT
- RESILIENZA
- AUTO-AIUTO

Clinical Models of Recovery unidimensional

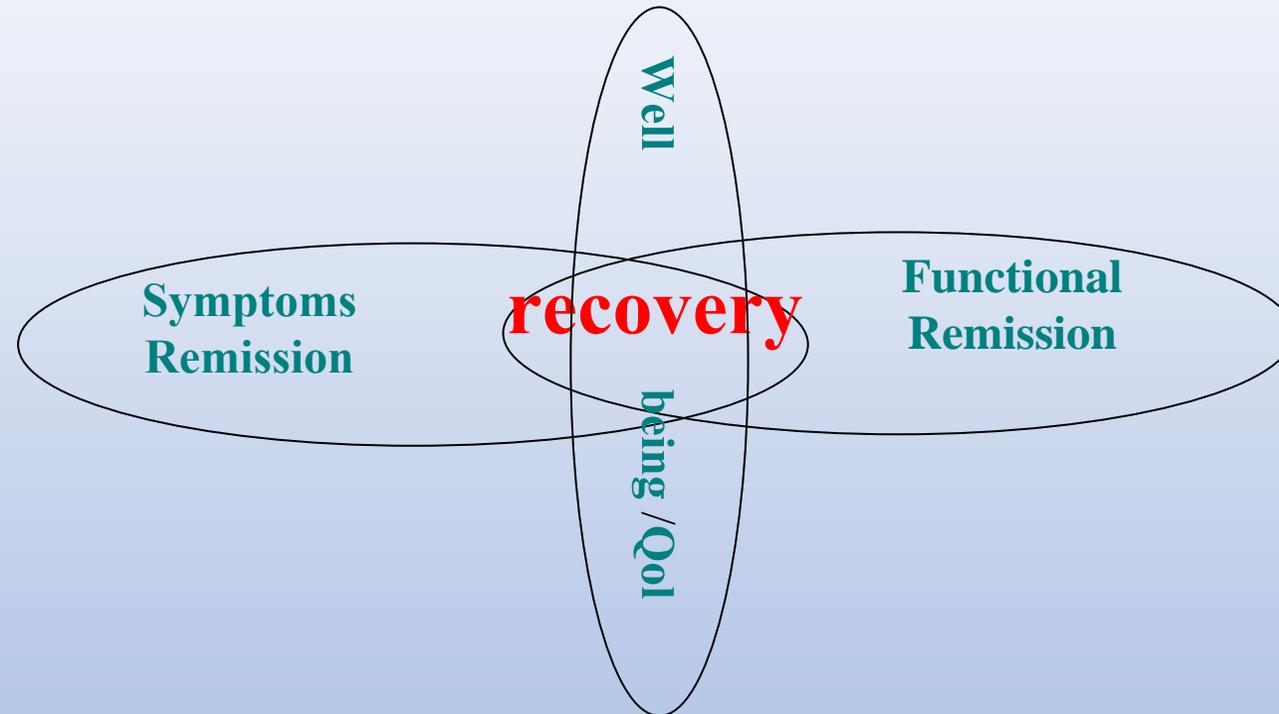
RECOVERY

Sustained (long term) Symptoms'
Remission

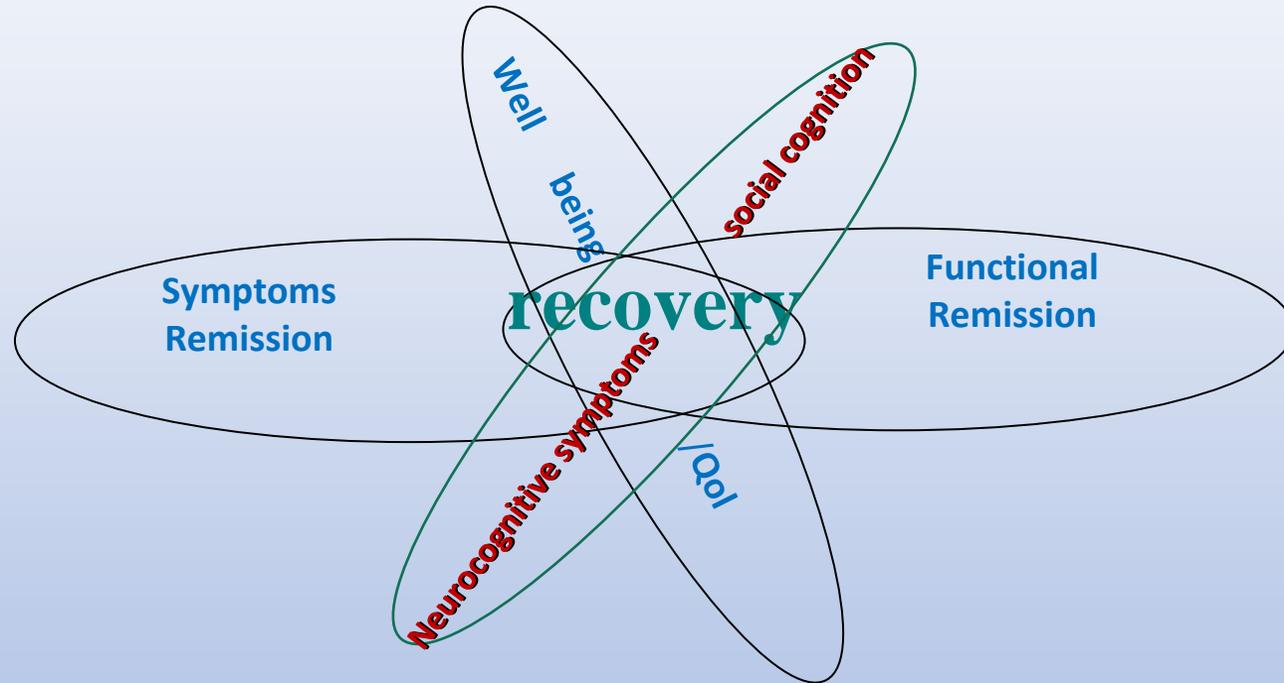
Clinical Models of Recovery Bidimensional



Clinical Models of Recovery
Tridimensional

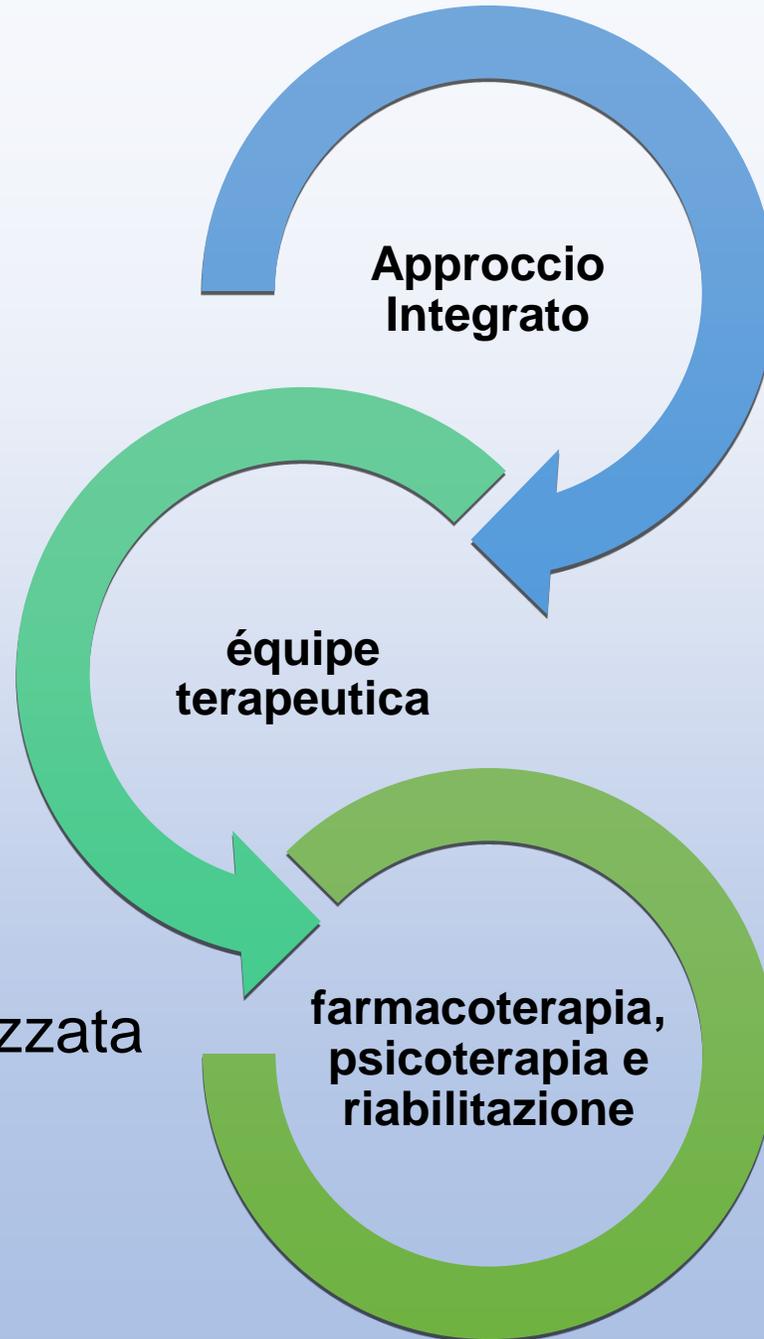


Clinical Models of Recovery
Pluridimensional





La metodologia di lavoro utilizzata
nel nostro Paese



• **Obiettivi del trattamento a lungo termine** della schizofrenia



**Monitoraggio
continuo** dei
sintomi psicotici

**Riduzione del
rischio e delle
conseguenze di
ricaduta**

Miglioramento
**funzionamento
e la qualità
della vita**

Obiettivi della continuità assistenziale

- 1. Favorire l'adesione al Piano Terapeutico Personalizzato (P.T.P.)**
- 2. Ridurre la sofferenza**
- 3. Migliorare le competenze relazionali**

Piano Terapeutico Individualizzato

deve



essere **negoziato**

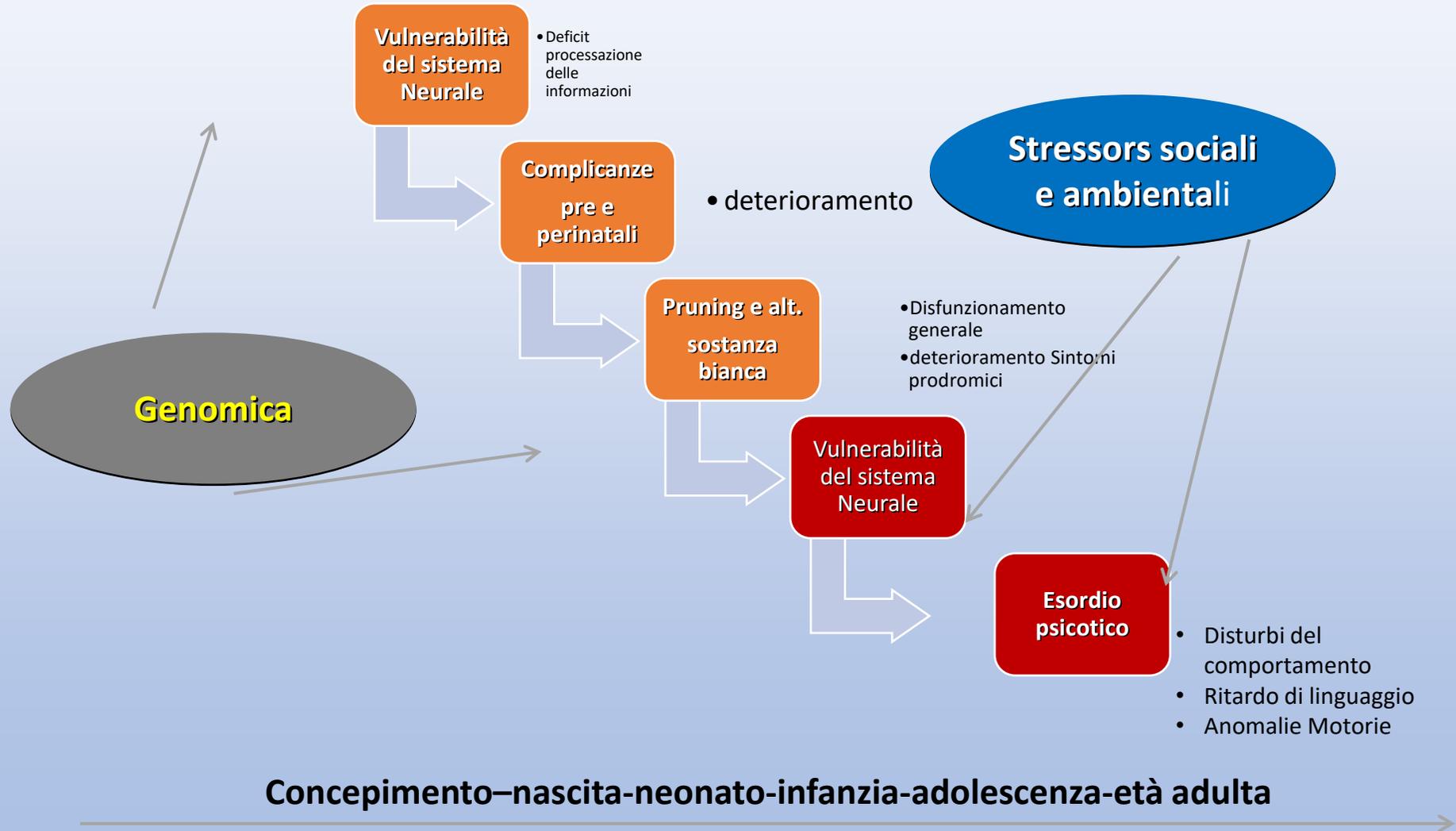
essere **chiarito**

favorire l'**autonomia del paziente**

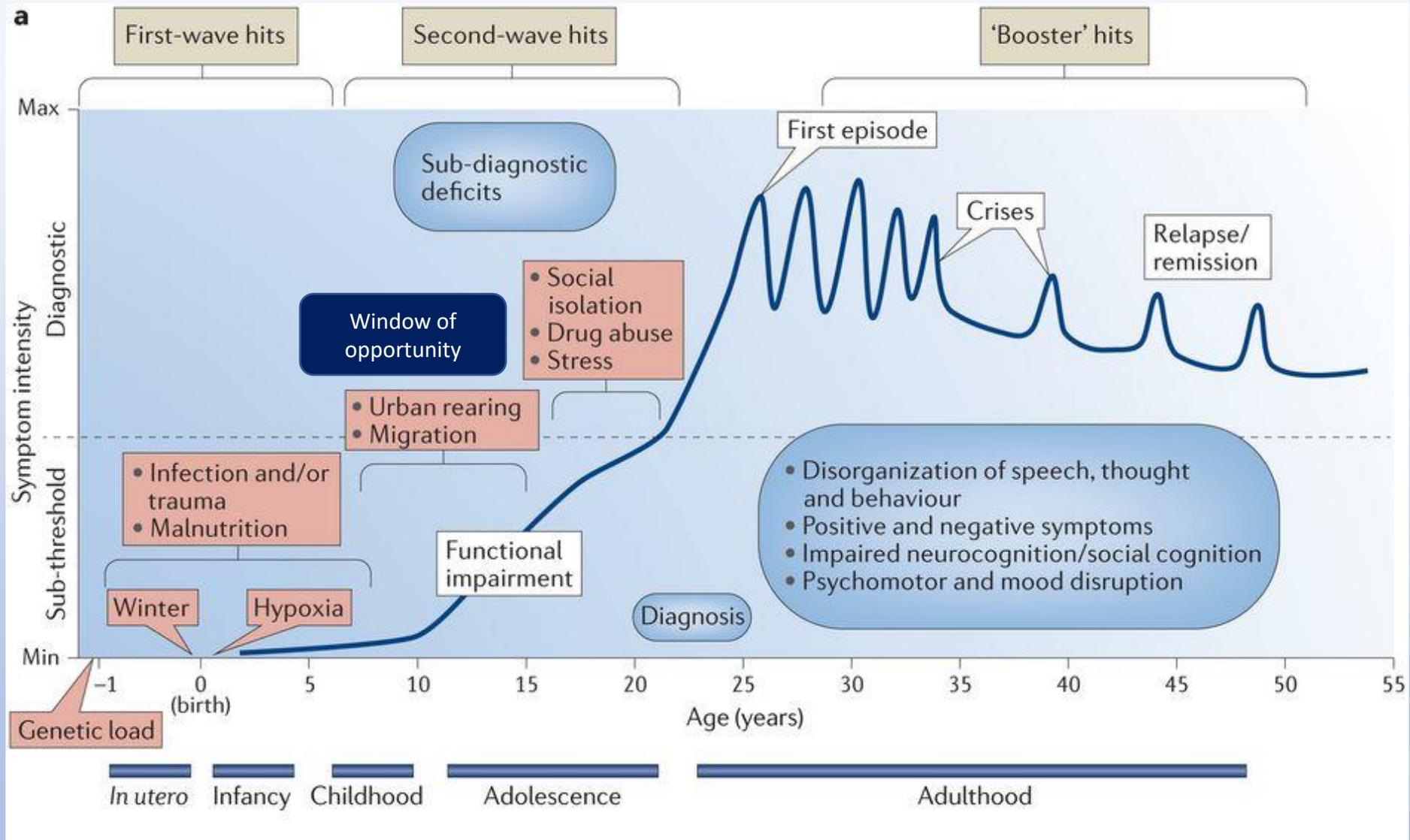
La complessità psicopatologica

Ipotesi neuroevolutiva della schizofrenia

(Mod. da: Falkai, Schmitt, Cannon 2011)



Schizofrenia: stato dell'arte. Correlati clinici



New model of management

- **Largamente condivisa è l'idea che la persistenza di una **sintomatologia florida** costituisca un ostacolo difficilmente sormontabile alla attuazione di **qualsiasi progetto di tipo riabilitativo****

**Individuazione precoce della
sintomatologia :
Ancor prima del First Episode: la
«schizofrenia latente»**

**Il costrutto degli
«ultra high risk»**

Prima del First Episode: la «schizofrenia latente»

Il costrutto ultra high risk

La condizione UHR indica uno stato **POTENZIALMENTE** morboso e indicativo di prodromo.

Può essere considerata analoga al dolore toracico, indice di un infarto miocardico ma anche un segno di possibile embolia polmonare, pneumotorace, attacco di panico o reflusso gastroesofageo.

Fusar Poli et al, 2013



Prima del First Episode: la «schizofrenia latente»

I sintomi di base

I sintomi di base sono la prima espressione fenomenica del «disturbo fondamentale», un disturbo transfenomenico, **espressione della cosiddetta vulnerabilità schizotipica.**

I sintomi di base sono per Huber i primi sintomi di malattia e non il terreno da cui si sviluppa: **SONO GIÀ SEGNI DELLA «MALATTIA»**

Huber, 1990.

Cognitive Disturbances (es., disturbi del linguaggio recettivo) (COGDIS)

Cognitive Perceptive Basic Symptoms (es., cenestesie) (COPER)

L'impairment del funzionamento sociale

Integrazione ICD-ICF:

L'introduzione della dimensione funzionale nei processi diagnostici
e di *decision-making*

Diverse iniziative promosse e dirette dalla **WHO** hanno evidenziato i vantaggi resi dall' **uso combinato di ICD e ICF** nella pratica clinica.

È questa evidenza che rappresenta il fondamento teorico dell'introduzione da parte della **WHO** delle ***functioning properties (FP)*** nella **11° revisione dell'ICD (ICD-11)**.

.

Le **functioning properties** sono **categorie ICF** identificate come le più rilevanti per una descrizione dell'impatto di una particolare condizione di salute sul **Funzionamento** di una persona

L'iniziativa si è proposta di individuare le **functioning properties** di **103 condizioni** di salute rilevanti **in assetto riabilitativo.**

Nella **versione Beta** dell'**ICD-11** le **FPs** non sono state rese immediatamente disponibili perché ancora **oggetto di ulteriore studio** da parte dell' «**ICD-ICF joint use initiative**» dell' **ICF Research Branch.**

Integrazione ICD-ICF: Functioning Properties

Lista delle condizioni di Salute indagate

Health condition (n=100)	ICF set used to populate FPs
Acute myocardial infarction	FP identified by WHO
Alzheimer and other dementias	Disability Set
Amputation (traumatic amputations involving multiple body regions)	Disability Set
Amyotrophic diseases (amyotrophic lateral sclerosis)	ICF Core Set for neurological conditions post-acute
Ankylosing spondylitis and other spondylopathies	Use ICF Core Set for ankylosing spondylitis
Asthma	FP identified by WHO
Benign prostatic hypertrophy	Disability Set
Bipolar affective disorder	ICF Core Set for bipolar disorders
Birth asphyxia and birth trauma	Adapted ICF Core Set for cerebral palsy
Bladder cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Brain injury (traumatic brain injury or acquired brain injury)	ICF Core Set for traumatic brain injury
Breast cancer	ICF Core Set for breast cancer
Cerebral palsy	Adapted ICF Core Set for cerebral palsy
Cerebrovascular disease including stroke	ICF Core Set for stroke
Cervix uteri cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Chagas disease	Disability Set
Chronic obstructive pulmonary disease	ICF Core Set for COPD
Cleft lip	Disability Set
Cleft palate	Disability Set
Colon and rectum cancers	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Complex regional pain syndrome	ICF Core Set for chronic widespread pain
Congenital heart anomalies	ICF Core Set for cardiopulmonary conditions
Corpus uteri cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Depression	ICF Core Set for depression
Diabetes mellitus	ICF Core Set for diabetes mellitus
Down syndrome	Disability Set
Drug use disorders	Disability Set
Endocrine disorders	Disability Set
Epilepsy	FP identified by WHO
Fracture of femur	FP identified by expert
Fracture of lower leg, including ankle	FP for fracture of femur
Fracture of lumbar spine and pelvis	Disability Set
Gout	ICF Core Set for musculoskeletal conditions
Haemophilia	Disability Set
Hand conditions	ICF Core Set for hand conditions
Hearing loss, adult onset	ICF Core Set for hearing loss
Heart failure	ICF Core Set for cardiopulmonary conditions
HIV/AIDS	FP identified by expert
Hypertensive heart disease	ICF Core Set for cardiopulmonary conditions
Impingement syndrome	ICF Core Set for chronic widespread pain
Inflammatory bowel disease	ICF Core Set for IBD
Ischaemic heart diseases	ICF Core Set for chronic ischaemic heart disease
Japanese encephalitis	Disability Set
Leishmaniasis	Disability Set
Leprosy and sequelae of leprosy	Disability Set
Leukaemia	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Liver cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Low back pain (dorsalgia)	ICF Core Set for low back pain
Low birth weight	Adapted ICF Core Set for cerebral palsy
Lower limbs fractures	FP for fracture of femur
Lower respiratory infections	ICF Core Set for COPD
Lymphatic filariasis	Disability Set
Lymphomas and multiple myeloma	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Macular degeneration and other sense disorders	Disability Set
Malaria	Disability Set
Melanoma and other skin cancers	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Meningitis	Disability Set
Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	Disability Set
Mild mental retardation attributable to lead exposure (unspecified mental retardation)	Disability Set
Mouth and oropharynx cancers	ICF Core Set for head/neck cancer
Movement disorders (e.g. ataxia, hemiplegia, dysidiadochokinesia)	ICF Core Set for neurological conditions post-acute

Health condition (n=100)	ICF set used to populate FPs
Multiple sclerosis	ICF Core Set for multiple sclerosis
Muscle dystrophy	ICF Core Set for neurological conditions post-acute
Musculoskeletal pain syndrome (fibromyalgia, entrapment/mononeuropathies)	ICF Core Set for chronic widespread pain
Myopathies	ICF Core Set for neurological conditions post-acute
Nephritis and nephrosis	Disability Set
Neuropathies	ICF Core Set for neurological conditions post-acute
Obesity	ICF Core Set for obesity
Oesophageal atresia	Disability Set
Oesophagus cancer	ICF Core Set for head/neck cancer
Onchocerciasis	Disability Set
Osteoarthritis	ICF Core Set for osteoarthritis
Osteoporosis	ICF Core Set for osteoporosis
Other joint disorder, not elsewhere classified	ICF Core Set for musculoskeletal conditions
Other neurotic conditions	Disability Set
Ovary cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Pancreas cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Parkinson disease	ICF Core Set for neurological conditions post-acute
Poliomyelitis and sequelae of poliomyelitis	Disability Set
Post-traumatic stress disorder	Disability Set
Prostate cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Protein-energy malnutrition	Disability Set
Pulmonary hypertension	ICF Core Set for cardiopulmonary conditions
Renal failure	Disability Set
Rheumatic heart disease	ICF Core Set for cardiopulmonary conditions
Rheumatoid arthritis	ICF Core Set for rheumatoid arthritis
Schizophrenia	Disability Set
Scleroderma, dermatomyositis	Disability Set
Skin diseases, e.g. psoriasis, decubitus ulcer and pressure area, other disorders of skin and subcutaneous tissue not elsewhere classified	Disability Set
Sleep disorders (obstructive sleep apnoea, narcolepsy, insomnia, circadian rhythm sleep-wake disorder, restless legs)	ICF Core Set for sleep disorders
Spina bifida	ICF Core Set for spinal cord injury
Spinal cord injury	ICF Core Set spinal cord injury
Stomach cancer	Adapted common set of ICF Core Sets for breast cancer and head/neck cancer
Syphilis	Disability Set
Tetanus	Disability Set
Trachea, bronchus and lung cancers	ICF Core Set for head/neck cancer
Tuberculosis and sequelae of tuberculosis	ICF Core Set for COPD
Upper limbs fractures	ICF Core Set for musculoskeletal conditions
Vertebral fractures	FP identified by expert
Vertigo	ICF Core Set for vertigo

COPD: chronic obstructive pulmonary disease; IBD: inflammatory bowel disease; WHO: World Health Organization; ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health.

Integrazione ICD-ICF:

Functioning Properties

ICD-11 Beta Draft



Esempio:

Disturbo Bipolare tipo I

Interpersonal Relations Impact

- d760. Family relationships
- d770. Intimate relationships

Life Management Activities Impact

- d230. Carrying out daily routine
- d240. Handling stress and other psychological demands

Work Activities Impact

- d850. Remunerative employment
- d845. Acquiring, keeping and terminating a job

Self Care Impact

- d570. Looking after one's health

Understanding Impact

- d175. Solving problems

The new model of management

Riconoscimento precoce e differimento della diagnosi

- I sintomi **iniziali possono essere aspecifici** ed evolvere in una varietà di altri quadri clinici.
- Nei pazienti al primo episodio, dovrebbero essere **escluse altre patologie**, prima di porre diagnosi di Schizofrenia ed iniziare il trattamento con antipsicotici.
- La **diagnosi definitiva è spesso differita di 12 mesi**, durante i quali potrà **evidenziarsi un peggioramento del quadro psicopatologico**.

Più del 50% dei pazienti affetti da schizofrenia aspetta **più di 6 mesi e spesso supera 1 anno** prima di ricevere un adeguato trattamento



Original Article

Duration of untreated psychosis: a proposition regarding treatment definition

Andrea Polari,^{1,2,3} Suzie Lavoie,^{2,4} Pascale Sarrasin,¹ Veronica Pellanda,^{1,2} Sue Cotton⁴ and Philippe Conus¹

Abstract

Aim: Duration of untreated psychosis (DUP) refers to the time elapsing between psychosis onset and treatment initiation. Despite a certain degree of consensus regarding the definition of psychosis onset, the definition of treatment commencement varies greatly between studies and DUP may be underestimated due to lack of agreement. In the present study, three sets of criteria to define the end of the untreated period were applied in a first-episode psychosis cohort to assess the impact of the choice of definition on DUP estimation.

Methods: The DUP of 117 patients admitted in the Treatment and Early Intervention in Psychosis Program in Lausanne was measured using the following sets of criteria to define treatment onset: (i) initiation of antipsychotic medication; (ii) entry

into a specialized programme; and (iii) entry into a specialized programme and adequate medication with a good compliance.

Results: DUP varied greatly according to definitions, the most restrictive criteria leading to the longest DUP (median DUP1 = 2.2 months, DUP2 = 7.4 months and DUP3 = 13.6 months). A percentage of 19.7 of the patients who did not meet these restrictive criteria had poorer premorbid functioning and were more likely to use cannabis. Longer DUP3 was associated with poorer premorbid functioning and with younger age at onset of psychosis.

Conclusion: These results underline the need for a unique and standardized definition of the end of DUP. We suggest that the most restrictive definition of treatment should be used when using the DUP concept in future research.

¹Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP) and ²Centre for Psychiatric Neuroscience, Department of Psychiatry, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland; and ³Orygen Youth Health Clinical Program, Melbourne Health, and ⁴Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia

Corresponding author: Dr Andrea Polari, Orygen Youth Health, 35 Poplar Road, Parkville, Vic. 3052, Australia. Email: andrea.polari@mh.org.au

Received 1 September 2010; accepted 10 March 2011

Key words: duration of untreated psychosis, first-episode psychosis, treatment.

Progressiva modificazione della morfologia cerebrale nei pazienti affetti da schizofrenia (2)

- La **perdita di tessuto cerebrale** è più significativa nella **fase di esordio della malattia**.
 - Conseguenza di una ridotta neuroplasticità o connettività strutturale o funzionale nel cervello.
 - Un inizio precoce degli interventi psicosociali può garantire un ruolo di supporto.

Quanto sopra suggerisce la necessità di ricerche che evidenzino terapie efficaci durante le fasi di esordio della malattia, e che dovrebbero migliorare la connettività, la neuroplasticità ed il mantenimento dell'efficienza cognitiva.

- Centrale non è soltanto in grado di agire sui sintomi “positivi” della malattia (deliri, allucinazioni, dissociazione logico-formale del pensiero ecc.), ma anche sulla componente “negativa” (apatia, anedonia, asocialità ecc.), con l’ulteriore vantaggio di avere effetti collaterali ridotti.

- **la sintomatologia negativa ha un impatto rilevante**, anche nell'esordio della patologia, con un inizio subdolo; per cui spesso i pazienti ricevono diagnosi adeguate soltanto dopo un lungo periodo di malattia.
- Questi sintomi rimangono spesso misconosciuti, perché fondamentalmente rappresentati dalla cosiddetta "**sindrome amotivazionale**".

Questo è il cosiddetto "**deficit motivazionale**" che si trova in un numero importante di soggetti con schizofrenia».

- «Il fatto di avere oggi la possibilità di **un trattamento di provata efficacia su tutta la sintomatologia**, può produrre esiti migliori nei **soggetti affetti da schizofrenia con sintomatologia negativa**

-

Rivista di psichiatria

diretta da Massimo Biondi

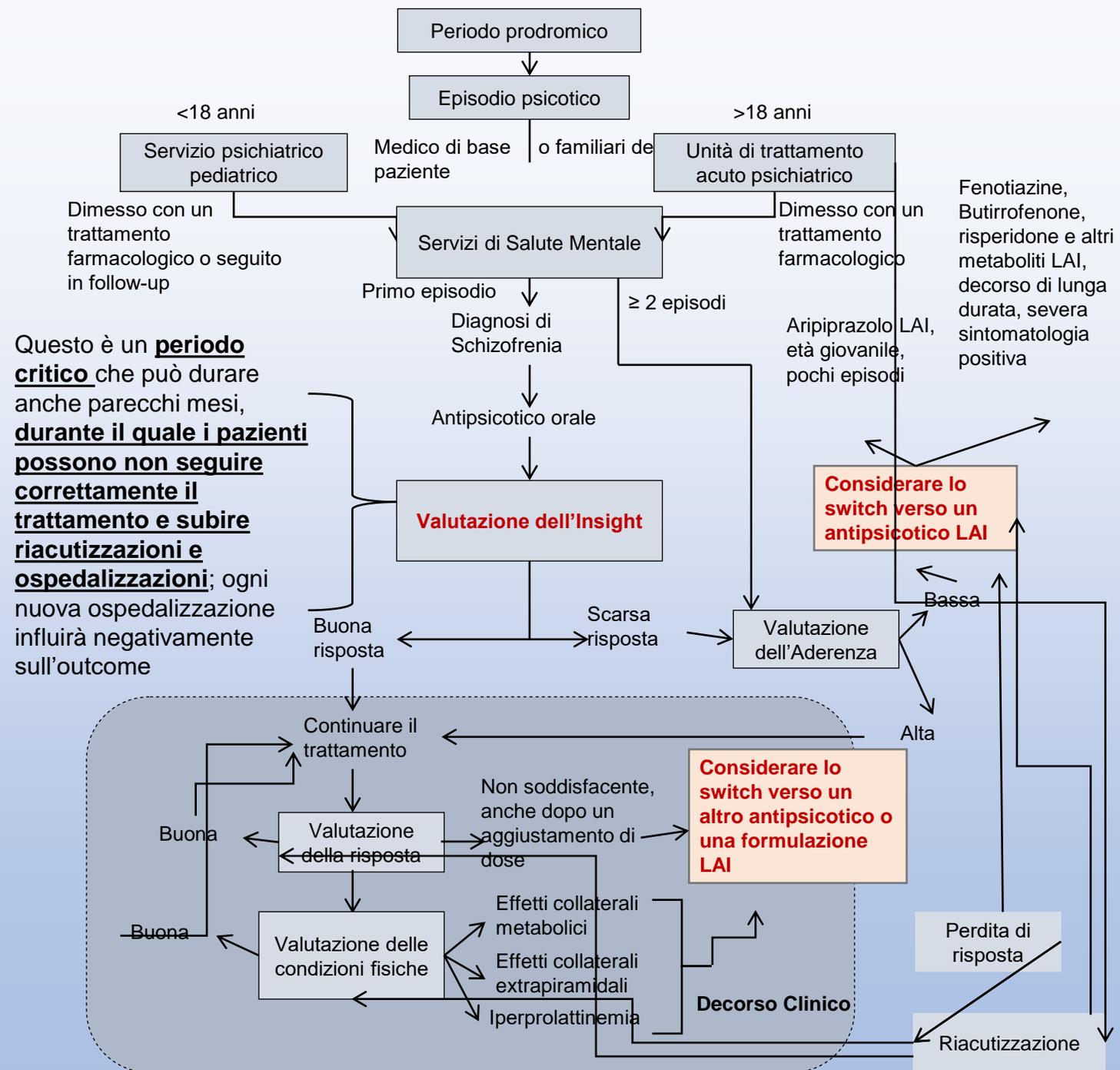
ESTRATTO DAL VOL. 51 • N° 2 • MARZO-APRILE 2016



MODEL OF MANAGEMENT (MO.MA) FOR THE PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA: CRISIS CONTROL, MAINTENANCE, RELAPSE PREVENTION, AND RECOVERY WITH LONG-ACTING INJECTABLE ANTIPSYCHOTICS (LAIs)

R. Brugnoli, C. Rapinesi, G.D. Kotzalidis, A. Marcellusi, F.S. Mennini, S. De Filippis, D. Carrus, A. Ballerini, A. Francomano, G. Ducci, A. Del Casale, P. Girardi

La pratica di trattamento corrente



Questo è un **periodo critico** che può durare anche parecchi mesi, **durante il quale i pazienti possono non seguire correttamente il trattamento e subire riacutizzazioni e ospedalizzazioni**; ogni nuova ospedalizzazione influirà negativamente sull'outcome

Fenotiazine, Butirrofenone, risperidone e altri metaboliti LAI, decorso di lunga durata, severa sintomatologia positiva

Aripiprazolo LAI, età giovanile, pochi episodi

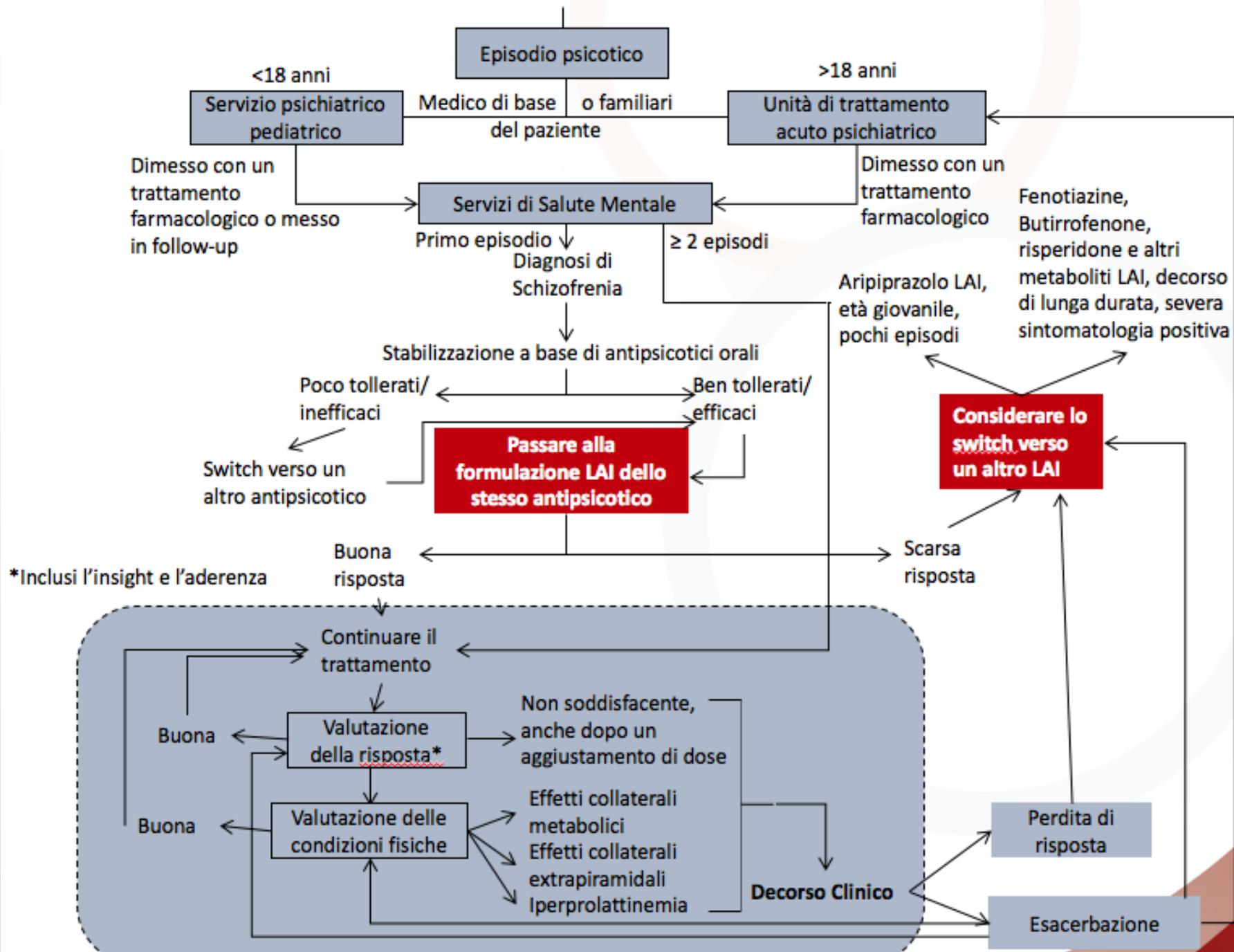
Considerare lo switch verso un antipsicotico LAI

Considerare lo switch verso un altro antipsicotico o una formulazione LAI

Decorso Clinico

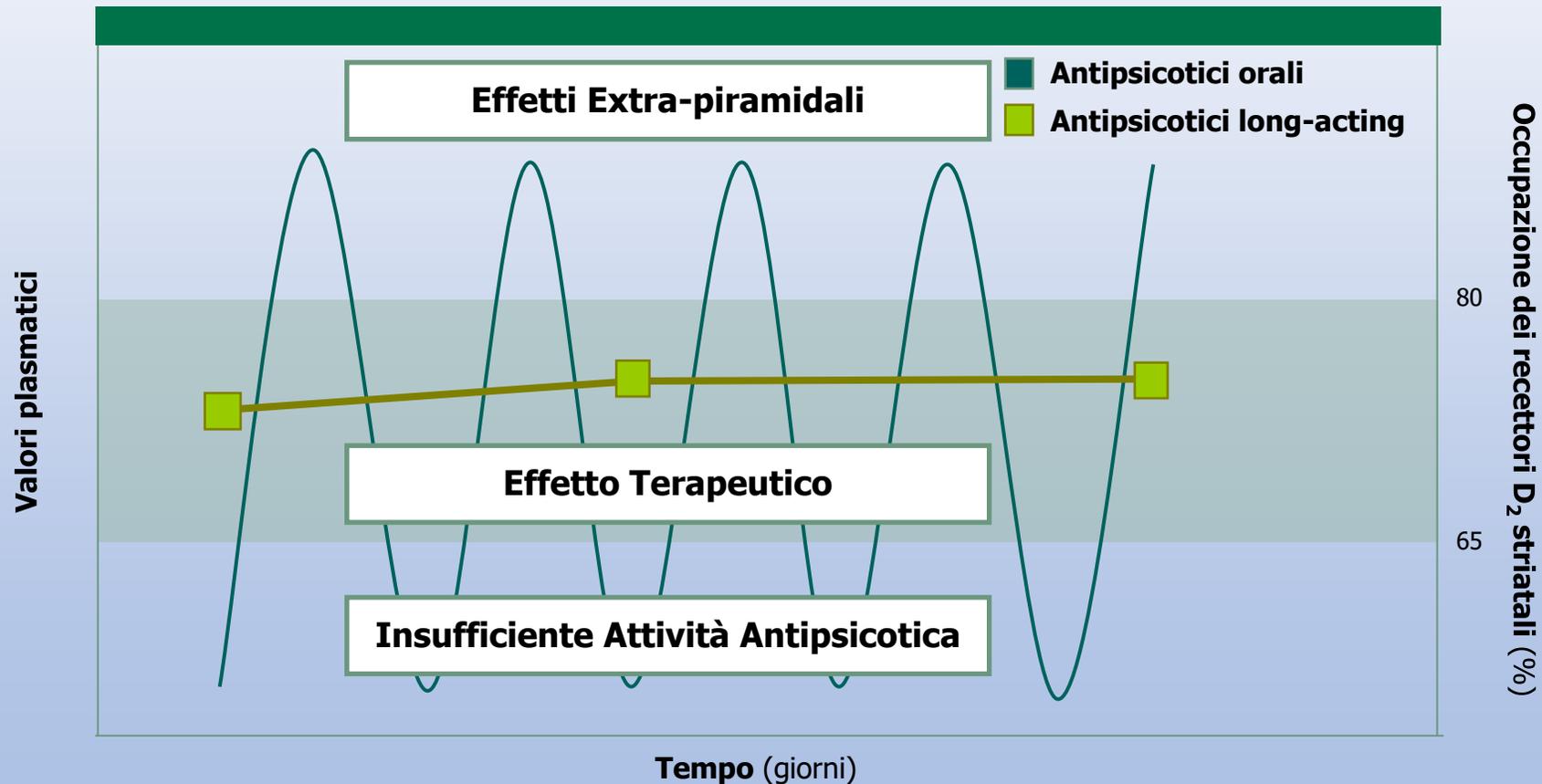
Perdita di risposta

Riacutizzazione



Razionale per l'utilizzo degli antipsicotici LAI (II) miglioramento del profilo farmacocinetico

- Consentono di evitare il metabolismo di primo passaggio epatico, aumentando la biodisponibilità e consentendo la somministrazione di dosaggi più bassi
- La particolare modalità di rilascio consente una riduzione delle fluttuazioni delle concentrazioni plasmatiche di equilibrio del farmaco rispetto alle formulazioni orali



LAI for first episode: Shall the last be first?

CNS Spectrums (2014), 19, 3-5. © Cambridge University Press 2014
doi:10.1017/S1092852913001016



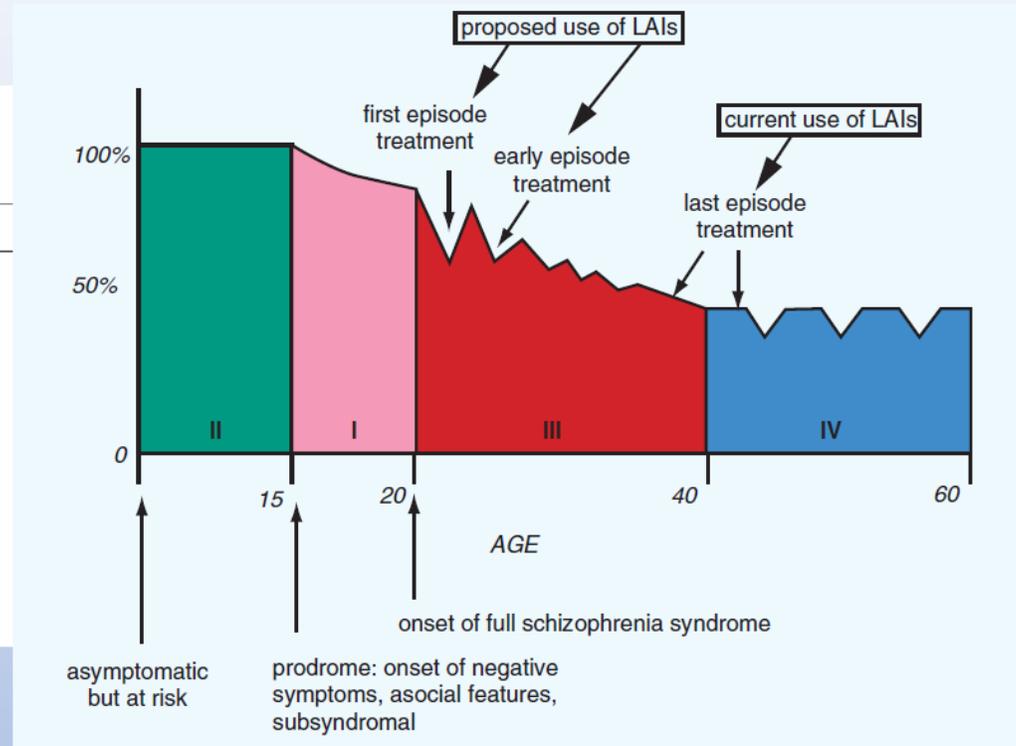
BRAINSTORMS—Clinical Neuroscience Update

Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first?

Stephen M. Stahl

ISSUE:

A paradigm shift is afoot in which the “last shall be first,” namely, use of long-acting injectable (LAI) antipsychotics, rather than being reserved for use only at the last stages of schizophrenia, may be shifting to first-line treatment of early episodes of this illness.



Stahl 2014

Cost of Illness della Schizofrenia in Italia

Metodologia



Risultati, Costi Tot

Costo Schizofrenia in Italia, 2014:

€ 2,7 miliardi



Costi Diretti: 1,33mld

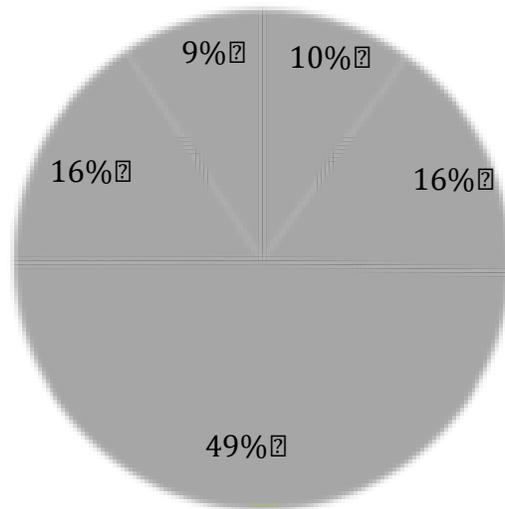


Costi Indiretti: 1,37 mld



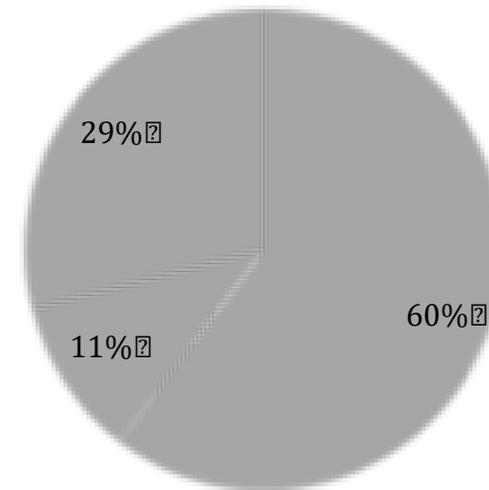
Risultati, Costi Diretti/Indiretti

Costi Diretti



farmaci
ospedalizzazioni
residenzialità
semiresidenzialità
specialistica

Costi Indiretti



perdita produttività da disocc.
costi caregiver
costi pensioni

Un confronto in letteratura (1)

- Alcuni termini di paragone

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2015; 19: 1610-1620

The economic burden of HCV-induced diseases in Italy. A probabilistic cost of illness model

A. MARCELLUSI^{1,2}, R. VITI¹, A. CAPONE³, F.S. MENNINI^{1,3}

¹Economic Evaluation and HTA (CEIS-EEHTA), IGF Department, Faculty of Economics, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy
²Department of Demography, "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy
³Institute for Leadership and Management in Health, Kingston University London, London, UK



€ 1,06 Miliardi
(39.4% costi diretti)

OPEN ACCESS Freely available online PLOS ONE

Economic Burden of Human Papillomavirus-Related Diseases in Italy

Gianluca Baio^{1,2}, Alessandro Capone³, Andrea Marcellusi⁴, Francesco Saverio Mennini^{3,4}, Giampiero Favato^{3*}

¹ Department of Statistical Science, University College London, London, United Kingdom, ² Biostatistics Unit, Department of Statistics, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy, ³ Institute of Leadership and Management in Health (ILMH), Kingston University London, London, United Kingdom, ⁴ CEIS Sanità (CHEM - Centre for Health Economics and Management), Faculty of Economics, University of Tor Vergata, Rome, Italy



€ 528 Milioni
(solo di costi diretti)

- Alcuni termini di paragone

Articolo originale

Recenti Prog Med 2015; 106: 1-11

Costi diretti e indiretti associati a malattie allergiche respiratorie in Italia. Uno studio probabilistico di cost of illness

Andrea Marcellusi¹, Raffaella Viti¹, Cristoforo Incorvaia², Samuele E. Burastero³, Francesco Saverio Mennini^{1,4}

€ 7,3 Miliardi
(72% costi diretti)

Eur J Health Econ
DOI 10.1007/s10198-014-0660-y

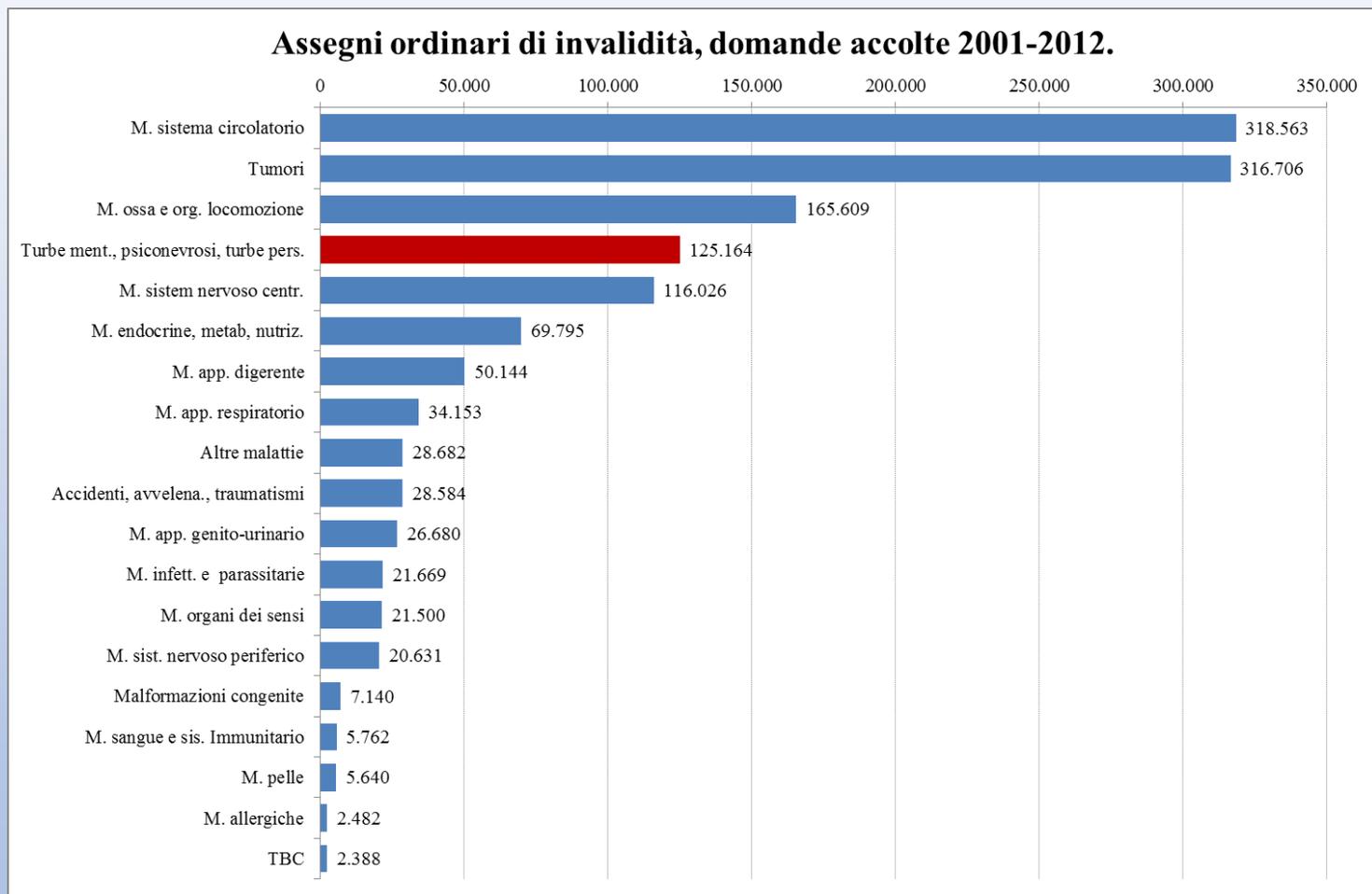
ORIGINAL PAPER

The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach

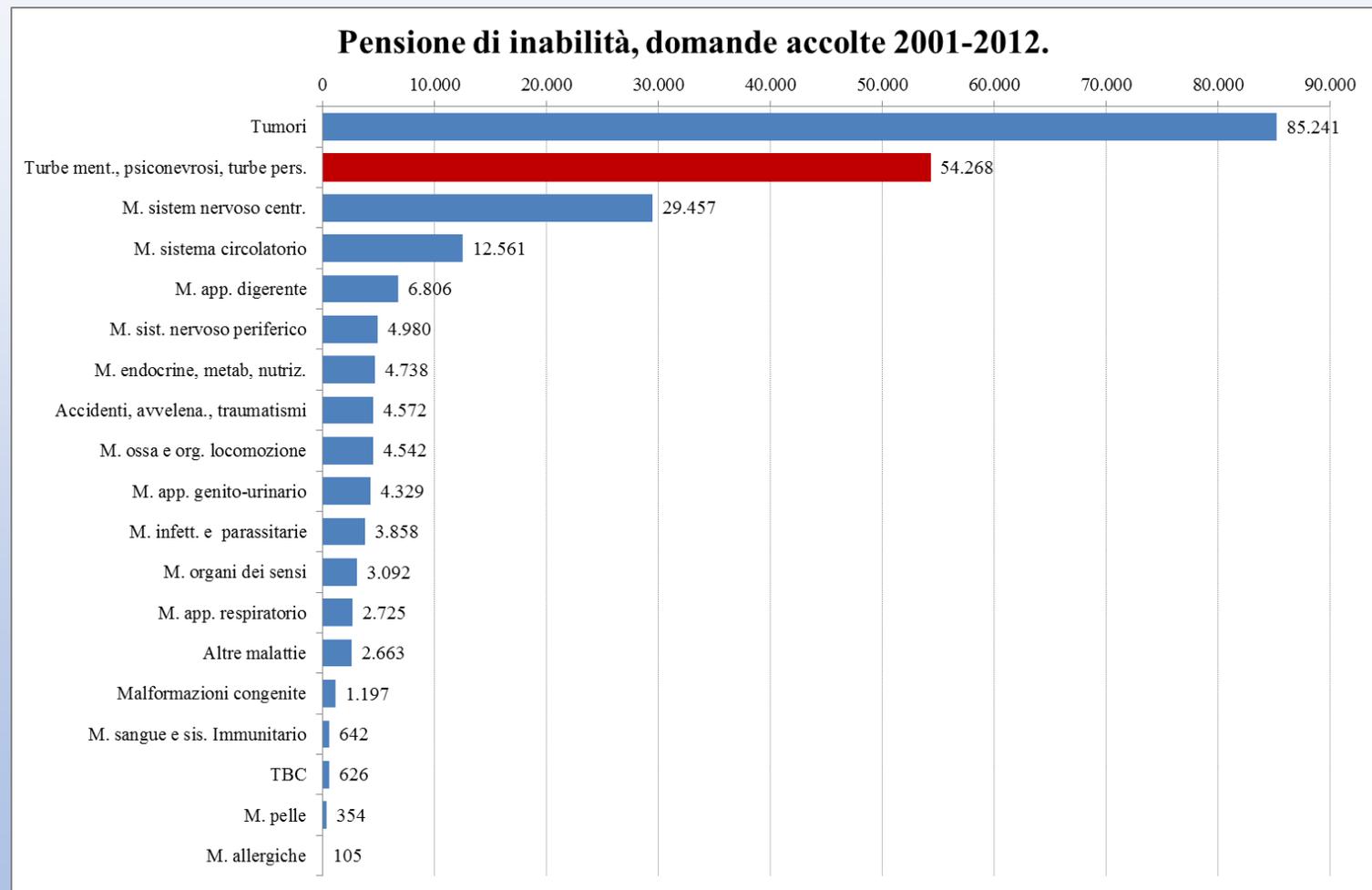
A. Marcellusi · R. Viti · A. Mecozzi ·
F. S. Mennini

€ 20,3 Miliardi
(53% costi diretti)

- Prestazioni assegni invalidità INPS



- Prestazioni pensioni inabilità INPS

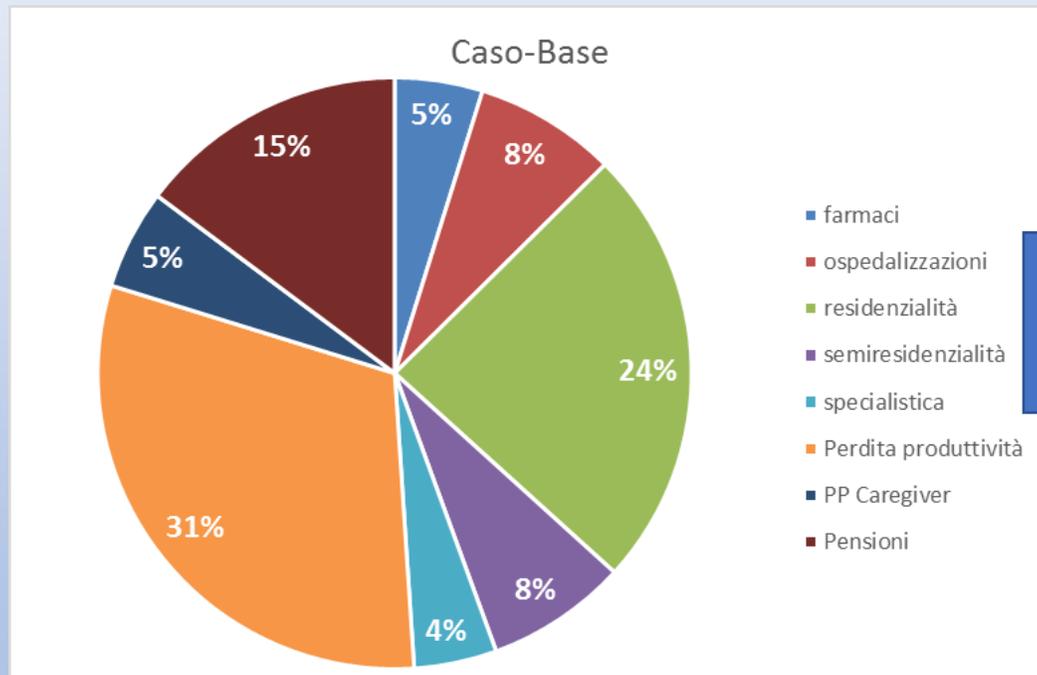


Il modello MoMa in termini economici

Analisi di Scenario

• Conseguenze economiche del modello MoMa

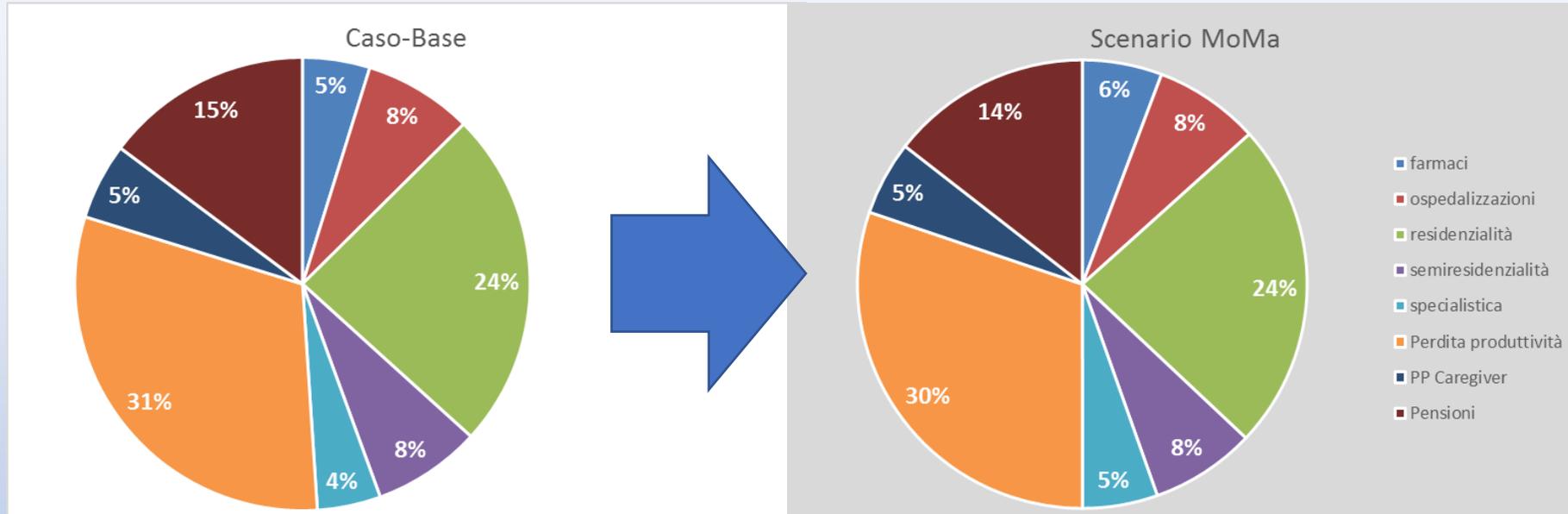
Costi Diretti	€ 1.315.380.632
Costi Indiretti	€ 1.371.690.213
CoI Schizofrenia ITALIA	€ 2.687.070.846



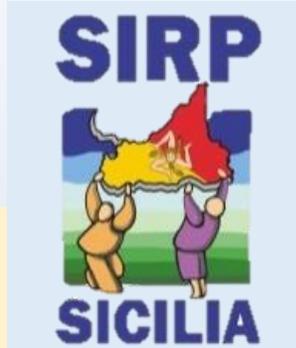
	Effetto MoMa
farmaci	+10%
<i>ospedalizzazioni</i>	-10%
<i>residenzialità</i>	-10%
<i>semiresidenzialità</i>	-10%
specialistica	+10%
<i>Perdita produttività</i>	-10%
<i>Costi caregiver</i>	-10%
<i>Costi pensioni</i>	-10%

Effetti Economici

Una corretta gestione del paziente equivale ad una riduzione dia spesa

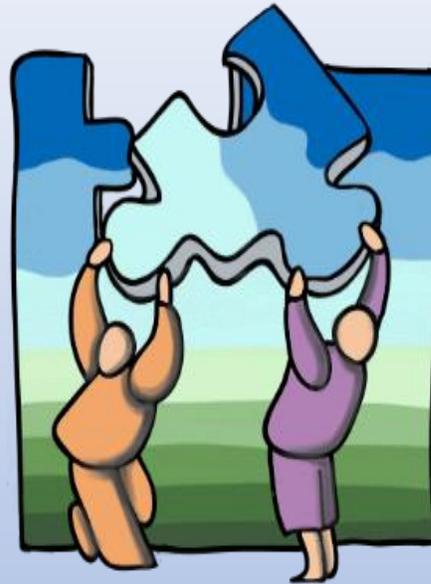


	Caso-Base	Scenario MoMa	Riduzione di spesa
Costi Diretti	€ 1.315.380.632	€ 1.233.792.192	-€ 81.588.440
Costi Indiretti	€ 1.371.690.213	€ 1.234.521.192	-€ 137.169.021
Col Schizofrenia ITALIA	€ 2.687.070.846	€ 2.468.313.384	-€ 218.757.461



Farmacoterapia e validazione degli outcomes di cura , di processo e di funzionamento psicosociale

Verso nuove raccomandazioni



Empowerment e
Funzionamento ... si possono
descrivere e... misurare?

- La **schizofrenia** è il disturbo mentale correlato ai più **elevati livelli di menomazione del funzionamento** personale e sociale (la cosiddetta “**disabilità sociale**”).
- In effetti, si stima che **più dell’ottanta per cento** degli adulti affetti da questo disturbo presentino dei persistenti **deficit del funzionamento personale e sociale.**

- **Per molti anni** il focus primario del trattamento della schizofrenia è stata la **riduzione dei sintomi** (positivi, negativi, disorganizzativi) ed al miglior **controllo sintomatologico** possibile;
- **unitamente** al **miglior livello di funzionamento personale e sociale** e di **benessere soggettivo e soddisfazione personale**, vengono **oggi** assunti come obiettivi standard del trattamento a lungo termine della schizofrenia, possibilmente sino al raggiungimento del “**recovery**”, **a partire dal progressivo empowerment**, inteso come il processo di crescita del singolo individuo che attraverso percorsi di natura diversa (terapeutico, formativo, esperienziale, ecc.) sviluppa nuove abilità, competenze e possibilità di scelta.

L'outcome clinico nella schizofrenia:

revisione del concetto di remissione

Il *Remission in Schizophrenia Working Group* ha elaborato un *Consensus Statement* sui criteri di remissione in schizofrenia.

- **Remissione sintomatica:** **condizione in cui i sintomi core** (positivi, negativi, cognitivi) non interferiscono in maniera significativa con il comportamento e le relazioni sociali del paziente e si mantengono al sotto della soglia di intensità utilizzata per l'iniziale diagnosi del disturbo.
 - **CGI (Clinical Global Impression) – score ≤ 3 per almeno 6 mesi.**
- **Remissione funzionale:** **definita da indicatori di partecipazione/attività** (comprensione/comunicazione, spostamenti, cura personale, interazioni e partecipazione sociale, attività quotidiane).
 - **ICF; WHO-DAS II.**
- **Benessere soggettivo.**
 - **QL-Index; WHO-DAS II; SWN-K (≥ 80).**

La valutazione della disabilità secondo il DSM 5

- Con l'eliminazione dell'asse V dal DSM 5, non è più richiesto ai clinici l'utilizzo della Scala di Valutazione del Funzionamento Globale (VFG).
- Il DSM 5, pertanto, propone l'utilizzo della Scala di Valutazione della Disabilità del WHO, la cosiddetta

• **WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0**

World Health Organization, 2010. All rights reserved. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization, 2010, Geneva.

Cosa valuta la WHO.DAS 2.0?

- La WHODAS 2.0 valuta giorno dopo giorno il funzionamento in **7 domini** di attività, che sono i seguenti:
 - **Comprensione e comunicazione** (6 item)
 - **Mobilità** (5 item)
 - **Cura di sé** (4 item)
 - **Interazioni e relazioni con gli altri** (5 item)
 - **Vita domestica** (4 item)
 - **Attività scolastica/lavorativa** (4 item)-
 - **Partecipazione alla società** (8 item)

Il punteggio finale

- Il punteggio finale si raggiunge attraverso 3 step:
 - **Step 1:** i punteggi assegnati a **ciascun item** si sommano all'interno di **ciascun dominio**.
 - **Step 2:** si sommano i punteggi dei 7 domini.
 - **Step 3:** si converte il punteggio totale in un **range metrico** **che va da 0 a 100** (con 0: nessuna disabilità, 100: disabilità piena).

Ulteriori istruzioni del DSM 5

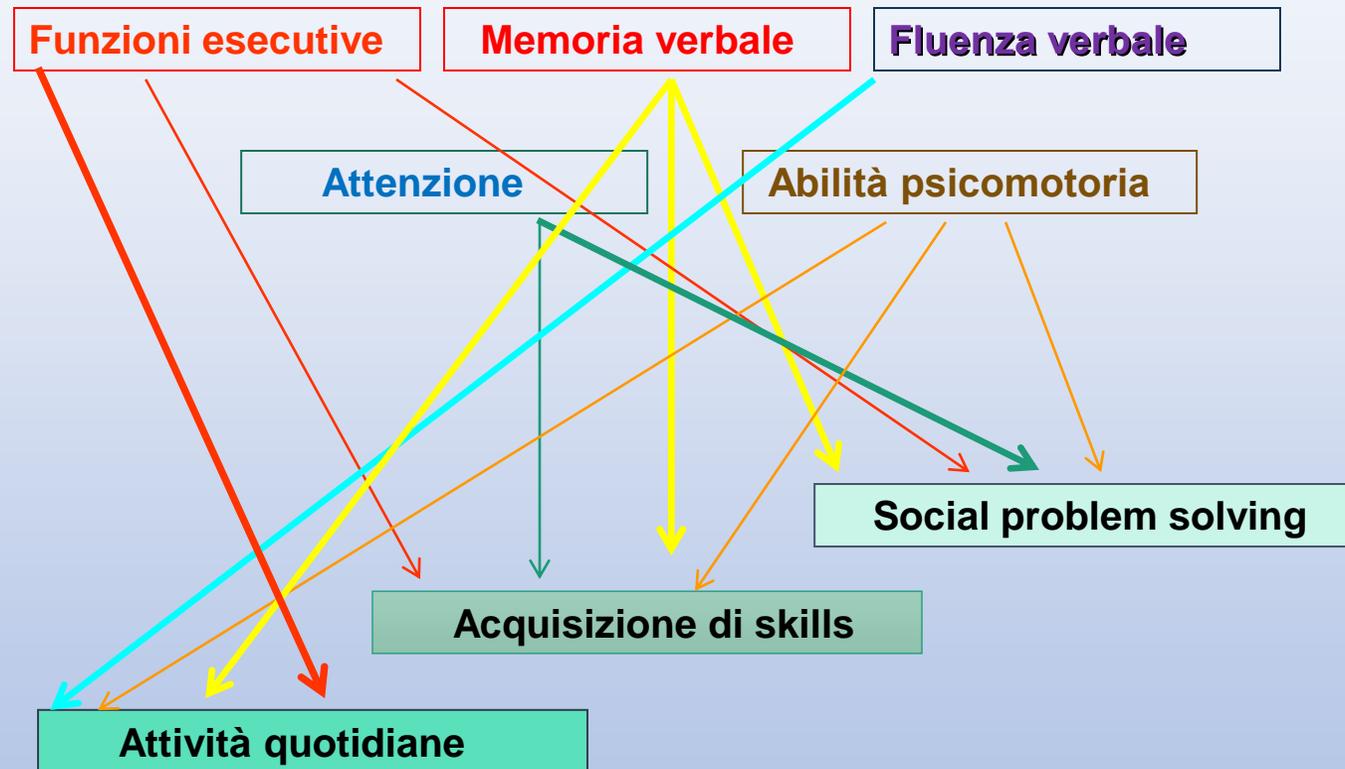
- **Ai clinici** è richiesto di **rivedere le risposte date dai soggetti** per ciascun item durante l'intervista clinica e di indicare, inoltre, **la propria valutazione nella apposita sezione della scala «Clinician Use Only»**.
- Se il clinico ritiene che il punteggio di un item possa essere differente se basato sulla intervista clinica oppure su altre informazioni disponibili, **egli deve attribuire a quello stesso item un punteggio corretto**.

La riabilitazione cognitiva

Riabilitazione cognitiva

- La RC è un insieme di **tecniche volte a migliorare**, mediante un specifici interventi di training, **le funzioni neurocognitive** e/o la **cognitività sociale**

IL FUNZIONAMENTO COGNITIVO NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE



(Green; 1996, 2000)

Recovery e Salute Mentale

Fattori chiave nella schizofrenia:

1. Relazioni familiari – fattori abitativi
2. Abuso di sostanze
3. Durata della psicosi non trattata
4. Risposta iniziale ai farmaci
5. Aderenza al trattamento
6. Sostegno dei terapeuti
- 7. Fattori neurocognitivi**
8. Sintomi negativi
9. Storia premorbo
10. Accessibilità alle cure

(Lieberman, 2005)



DEFICIT COGNITIVI

METACOGNIZIONE

NEUROCOGNITIVITA

,

- **COGNIZIONE SOCIALE**

METACOGNIZIONE

DEFICIT COGNITIVI: METACOGNIZIONE



Per **metacognizione** si intende la capacità di avere **consapevolezza delle proprie abilità cognitive** e del proprio stato di conoscenza.

La **capacità metacognitiva** permette di pensare e **controllare il proprio pensiero** per portare avanti azioni non-abituali.

Le **capacità metacognitive** e le **abilità cognitive** possono essere correlate: migliori abilità metacognitive sono associate a **migliori performance alle prove di memoria verbale e visiva, intelligenza, funzioni esecutive e capacità di apprendimento.**

NEUROCOGNITIVITA

,

DEFICIT COGNITIVI: NEUROCOGNITIVITA'



Le **funzioni neurocognitive** fanno riferimento alle **abilità di percepire, acquisire e processare le informazioni** dell'ambiente ...(Pancheri 2002).

Le **funzioni neurocognitive** quindi riguardano:

- **Velocità di elaborazione delle informazioni**
- **Attenzione/vigilanza**
- **Apprendimento verbale e visivo e memoria**
- **Memoria di lavoro**
- **Ragionamento e problem solving**

COGNIZIONE SOCIALE

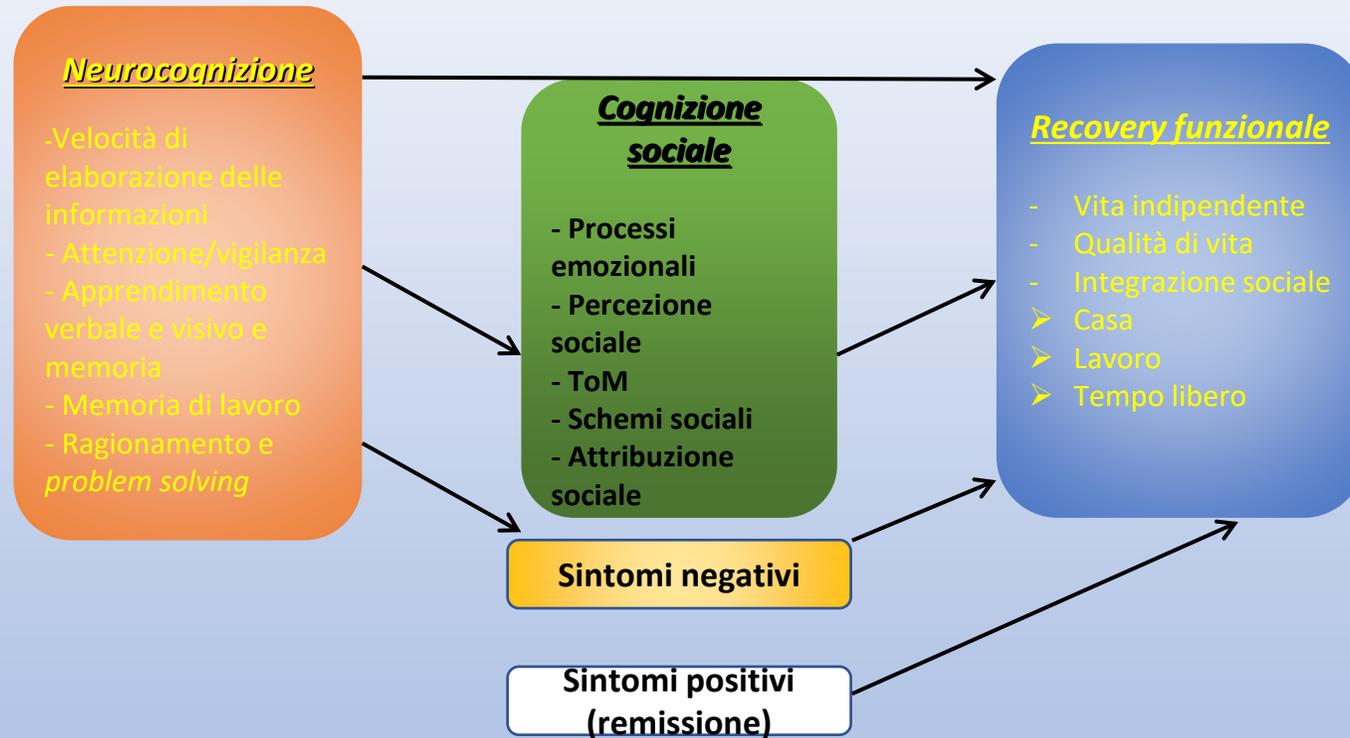
DEFICIT DELLA COGNIZIONE SOCIALE



-La ***cognizione sociale*** rappresenta la **capacità di percepire ed interpretare il comportamento altrui in termini di stati mentali ed intenzioni**, di **concettualizzare le relazioni tra gli individui** e di utilizzare tali informazioni **per guidare il proprio comportamento e predire quello degli altri** (Adolphs, 2001, 2003, 2010; Casacchia et al., 2004).

- La **cognizione sociale**, ovvero **la capacità del soggetto di percepire, interpretare ed elaborare gli stimoli sociali** per intrattenere interazioni sociali adattive, è attualmente considerata un **dominio relativamente indipendente dalle funzioni neurocognitive**.
- è stato riportato che **quanto più sono gravi i deficit nella cognizione sociale tanto più scadente è il funzionamento sociale**

Modello integrato possibili mediatori tra la cognitivà e il *recovery* funzionale (Roder et al., 2010)



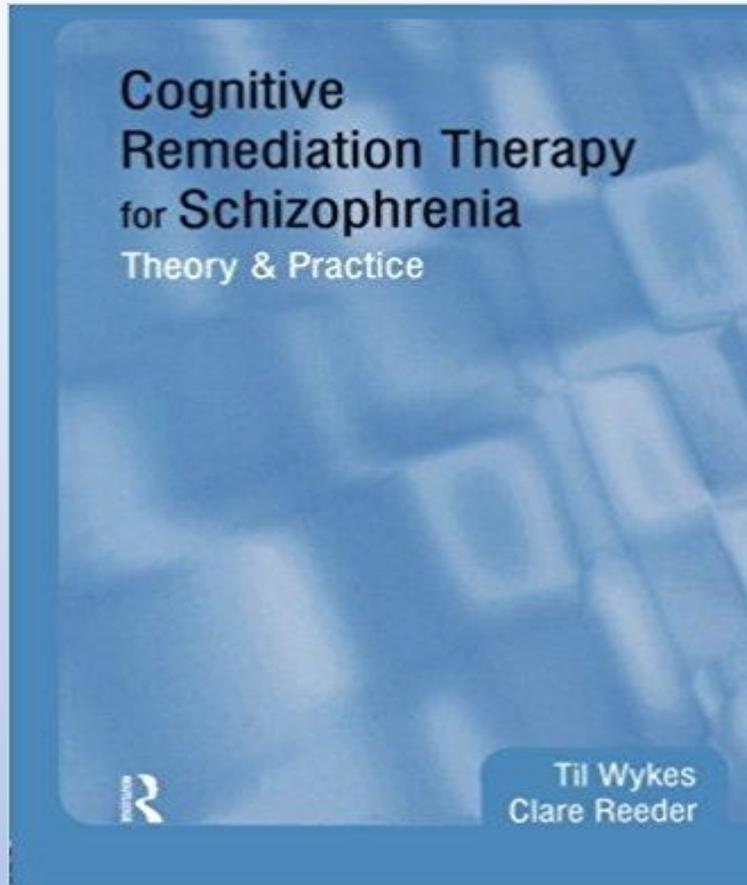
- Utilizzazione di strategie e tecniche mirate per il potenziamento di

-

METACOGNIZIONE

NEUROCOGNITIVITA'

- **COGNIZIONE
SOCIALE**



Volker Roder · Daniel R. Müller

INT - Terapia neurocognitiva integrata nel trattamento della schizofrenia

*Edizione italiana a cura di
Antonio Vita
Margherita Comazzi*

EXTRAS ONLINE

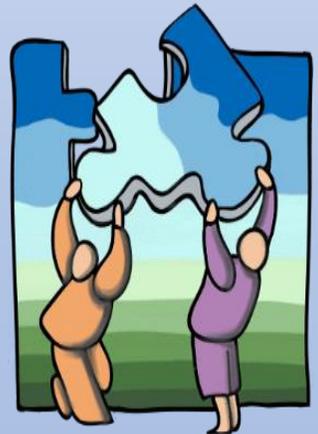
 Springer

Verso nuove linee guida nazionali



SURVEY
DELLE ATTIVITA'
RIABILITATIVE IN ITALIA:
UN' INDAGINE DELLA
S.I.R.P.

2012-2014





SURVEY DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE IN ITALIA: UNA INDAGINE DELLA S.I.R.P. (Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale)

.REGIONE	.Numero SCHEDE PERVENUTE	.Attività registrate	.STRUTTURE
.ABRUZZO	.11	.20	.10
.CALABRIA	.163	.166	.29
.CAMPANIA	.22	.22	.4
.EMILIA ROM	.88	.89	.15
.LAZIO	.438	.442	.59
.LIGURIA	.142	.148	.24
.LOMBARDIA 1 E 2	.1220	.1220	.198
.PUGLIA	.206	.215	.20
.SICILIA	.330	.363	.58
.TRENTINO ALTO ADIGE	.212	.212	.20
.VENETO	.332	.333	.28
.TOTALE	.3469	.3535	.465





Frequenza categorie attività riabilitative

Attività per il recupero funzionamento quotidiano e sociale	33,2
Attività occupazionali «ricreative-risocializzanti»	17
Attività tempo libero e sport	11
Tecniche espressive (artiterapie)	6,5
Inserimenti lavorativi / formazione-lavoro	6,5
Psicoeducazione (pazienti)	5,2
Social Skills Training	5,2
Gruppi rivolti all'espressività verbale	4,9
Attività psicoeducative rivolte ai familiari	2,1
Attività riabilitazione cognitiva	1,6
Varie	2,1
Missing	0,8





Torin



Brescia

Milano

Spyridon Zotos (psichiatra)

Ferrara

**SIRP- AREA 2 –
Attività/Interventi**

Napoli

Palermo

Catanzaro

AREA 2

Interventi e trattamenti in RPS

evidence based

Trattamenti farmacologici e interventi in RPS

Farmaci e neurocognizione
S= N. 9
RCT= N.9

Farmaci e funzionamento
S=
Review= N. 2
RCT= N. 3
NON RCT= N. 1

Interventi riabilitativi in RPS

Nelle psicosi schizofreniche e non
S= N. 98
GL= N. 3
Review= N. 35
RCT= N. 41
NON RCT= N. 19

Nei disturbi dell'umore
S= N. 38
Review= N. 11
RCT= N. 25
NON RCT= N. 2

Nei disturbi di personalità
S= N. 8
Review= N. 3
RCT= N. 4
NON RCT= N. 1

Outcome)

Quesiti relativi agli Interventi Riabilitativi in RPS

favore di pazienti affetti da **psicosi schizofreniche** e non, **con comprovata efficacia nel migliorare il funzionamento/disabilità o la qualità di vita?**

.Quesito 2: Quali sono gli interventi riabilitativi in favore di pazienti affetti da **disturbi dell'umore unipolari e bipolari**, **con comprovata efficacia nel migliorare il funzionamento/disabilità o la qualità di vita?**

.Quesito 3: Quali sono gli interventi riabilitativi in favore di **pazienti affetti da disturbi di personalità**, **con particolare attenzione al cluster B**, **con comprovata efficacia nel migliorare il funzionamento/disabilità o la qualità di vita?**

Quesiti relativi ai Trattamenti Farmacoterapici in RPS

.Quesito 1: Quali sono i **trattamenti farmacologici che si integrano agli interventi psicosociali**, con comprovata efficacia **nel migliorare il funzionamento** per le persone affette da psicosi schizofreniche e non, disturbi dell'umore (unipolari e bipolari) e disturbi di personalità?

.Quesito 2: Quali sono i trattamenti farmacologici **che si integrano agli interventi psicosociali**, con comprovata efficacia nel migliorare la **neurocognizione** per le persone affette da psicosi schizofreniche e non, disturbi dell'umore (unipolari e bipolari) e disturbi di personalità?

.Quesito 3: Quali sono i trattamenti farmacologici **che si integrano agli interventi psicosociali con il minor numero di effetti iatrogeni** per le persone affette da psicosi schizofreniche e non, disturbi dell'umore (unipolari e bipolari) e disturbi di personalità?

Selezione degli studi

A partire dai risultati prodotti dalla ricerca presso le banche dati è stata operata una **ulteriore selezione** seguendo i seguenti **criteri di inclusione/selezione dei paper**:

A – Eleggibilità

Tutti i documenti scientifici riguardanti i trattamenti non farmacologici finalizzati al supporto del livello di Funzionamento/Disabilità e/o qualità di vita delle persone affette da psicosi schizofreniche e non, disturbi dell'umore (unipolari e bipolari) e disturbi di personalità, con particolare attenzione al cluster B.

B – Selezione dei documenti eleggibili

Sono stati selezionati i documenti redatti in lingua inglese e italiana per i quali è stato possibile **reperire il full**

text. La selezione si è basata sul:

- **Criterio di pertinenza**, per cui sono stati inclusi i documenti scientifici il cui titolo o abstract riguardasse **i trattamenti non farmacologici finalizzati al supporto del Funzionamento/Disabilità e/o qualità di vita delle persone affette da psicosi schizofreniche e non, disturbi dell'umore (unipolari e bipolari) e disturbi di personalità, con particolare attenzione al cluster B.**
- **Criterio temporale**, in base al quale sono stati inclusi nello studio i documenti pubblicati nel **quinquennio 2014-2018.**

Risultati iniziali

Paper relativi agli **Interventi -Attività Riabilitative** in RPS

835

Eleggibili

398

Selezionati

62

ATTIVITA'

Paper relativi ai **Trattamenti Farmacoterapici** in RPS

68

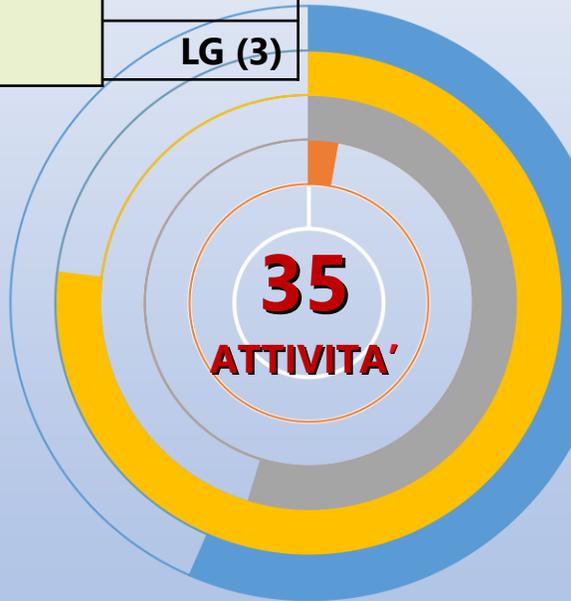
Eleggibili

32

Selezionati

Schizofrenia

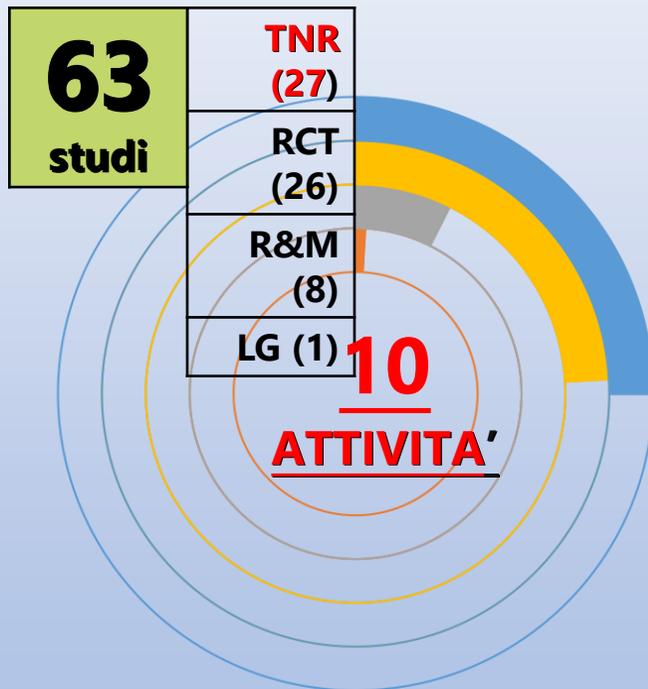
206 studi	TNR (61)
	RCT (83)
	R&M (59)
	LG (3)



Interventi Riabilitativi in RPS

.Interventi (TOP 5)	.Schizofrenia				
	.LG	.R&M	.RCT	.TNR	.ToT
.Combinated Treatment	.3	.9	.18	.10	.40
.Physical Activity	.0	.16	.16	.5	.37
.Cognitive Remediation	.0	.10	.15	.11	.36
.Social Skills Training	.0	.2	.3	.8	.13
.Psychoeducation	.0	.1	.4	.5	.10

Psicosi non schizofreniche

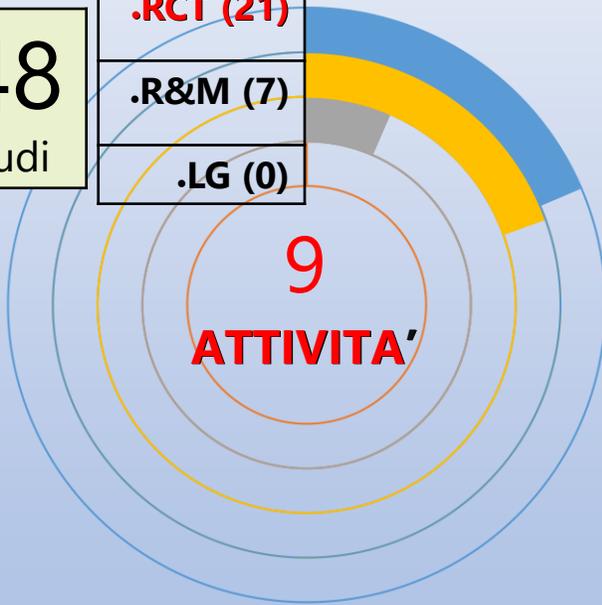


.Interventi (TOP 5)	.Psicosi non schizofreniche				
	.LG	.R&M	.RCT	.TNR	.ToT
.Psychosocial Intervention	.0	.4	.13	.15	.32
.Cognitive Remediation	.0	.1	.10	.4	.15
.Metacognitive Training	.0	.1	.0	.2	.3
.Peer Support Group	.0	.1	.0	.1	.2
.Family intervention	.0	.0	.2	.0	.2

DU - bipolare

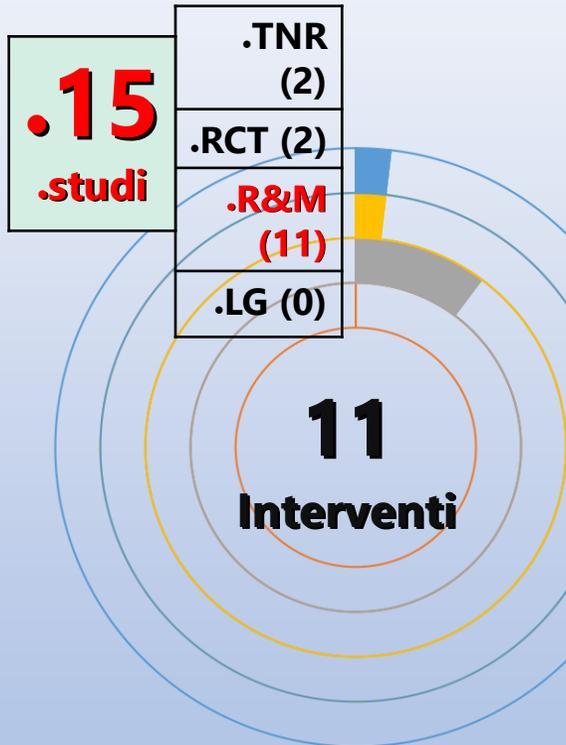
.48
.studi

.TNR (20)
.RCT (21)
.R&M (7)
.LG (0)



.Interventi (TOP 5)	.Disturbi dell'umore bipolari				
	.LG	.R&M	.RC T	.TN R	.ToT
.Psychoeducation	.0	.1	.12	.12	.25
.Combinated Treatment	.0	.1	.2	.5	.8
.Cognitive Remedietion	.0	.1	.5	.1	.7
.Self-Management Program	.0	.2	.0	.0	.2
.Functional Remediation	.0	.0	.1	.1	.2

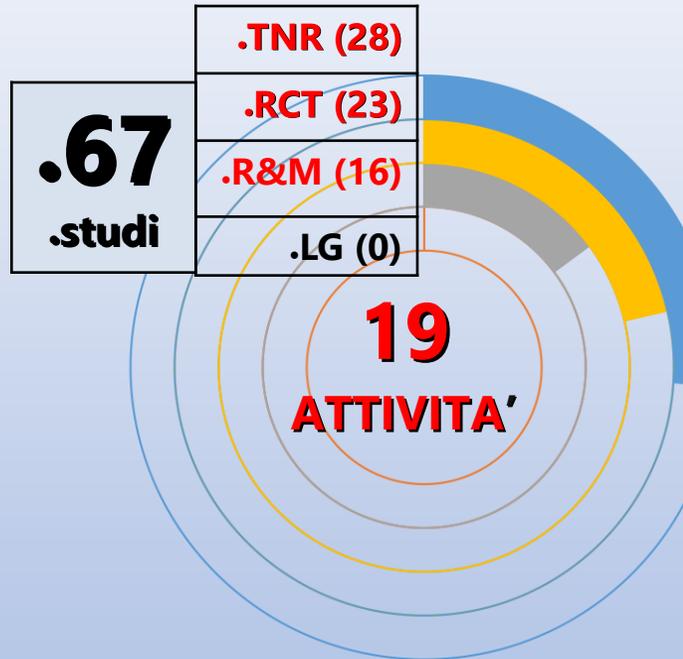
DU - depressivi **Interventi Riabilitativi** in RPS



.Interventi (TOP 5)	.Disturbi dell'umore unipolari				
	.LG	.R&M	.RCT	.TNR	.ToT
.Combinated Treatment	.0	.4	.0	.0	.4
.psychotherapy, behavioural activation	.0	.2	.0	.0	.2
.Cognitive Remediation	.0	.1	.0	.0	.1
.Music Therapy	.0	.1	.0	.0	.1
.problem-solving therapy	.0	.1	.0	.0	.1

DP – cluster b

Interventi Riabilitativi in RPS



.Interventi (TOP 5)	.Disturbi di personalità (cluster b)				
	.LG	.R&M	.RCT	.TNR	.ToT
.Skill training DBT	.0	.1	.7	.3	.11
.Steped Care	.0	.3	.1	.6	.10
.Mentalization based intervention	.0	.3	.1	.6	.10
.Family intervention	.0	.3	.1	.1	.5
.Combinated Treatment	.0	.3	.1	.1	.5

Trattamenti Farmacoterapici in RPS

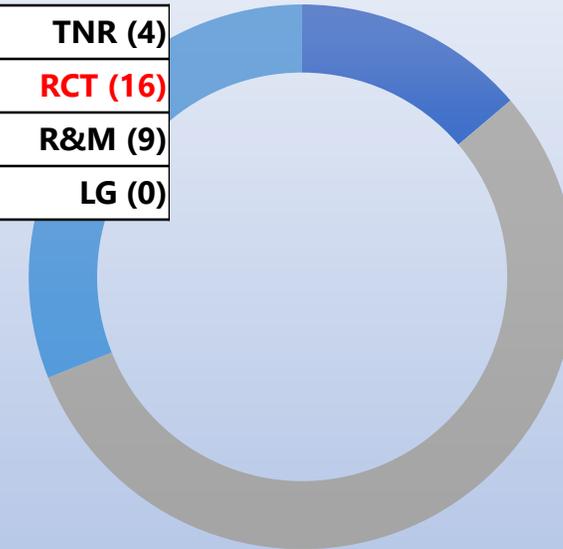
#Farmacoterapia AND #**Neurocognitività**

Farmaco/Principio attivo	N° di studi
Risperidone	12
Clozapina	6
Aripripazolo	4

29
studi

TNR (4)
RCT (16)
R&M (9)
LG (0)

FT + NC



■ TNR ■ RCT ■ R&M ■ LG

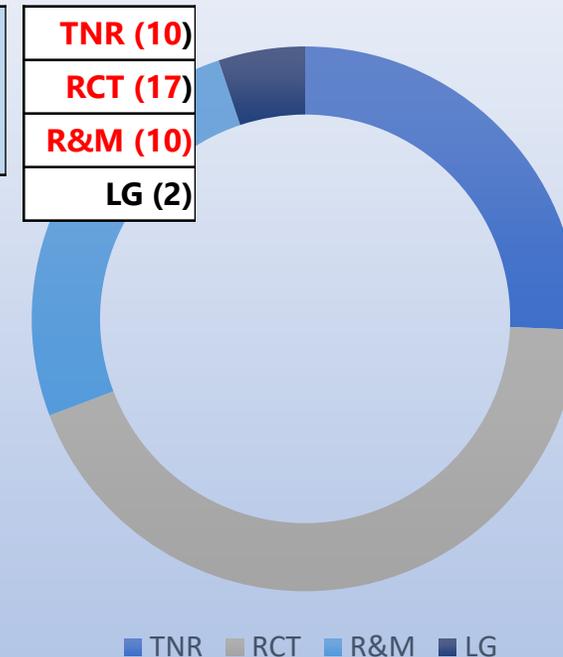
Trattamenti Farmacoterapici in RPS

#Farmacoterapia AND # **Funzionamento_sociale**

Disegno dello studio	Farmaco/Formulazione
LG	Antipsicotici SGA e FGA
R&M	Neuropeptide ossitocina; Risperidone vs Aloperidolo; SGA; SGA LAI; Cariprazina
RCT	Terapia depot (SGA/FGA : Olz, Ris, Flupentixolo) vs Terapia orale (Alo- SGA); Paliperidone palmitato; Citalopram; Caripiprazina; Lurasidone; Aripiprazolo monoidrato intramuscolare
TNR	SGA (Cariprazina e Amisulpride) vs FGA; Quetiapina; Risperidone LAI; Olanzapina; Clozapina

39
studi

FT + FS



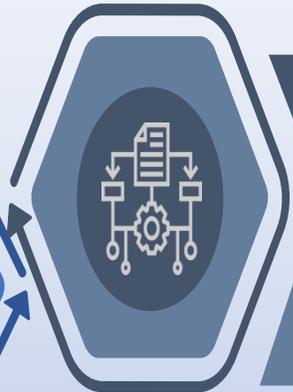


Governance Clinica

Strumenti operativi

ACCREDITAMENTO

- ☐ Gestione del personale
- ☐ Ricerca e sviluppo
- ☐ Formazione
- ☐ ECM



EVIDENCE BASED

- ☐ Evidence Based Practice
- ☐ Data Management
- ☐ Linee guida



AUDIT

- ☐ Health Technology Assessment
- ☐ Audit clinico
- ☐ Rick Management



La **GC** è definita come una “**strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità** dei servizi e del **raggiungimento di standard assistenziali**, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l’eccellenza professionale”.

Il concetto di GC può essere riferito sia **alla definizione, mantenimento e verifica della qualità clinica**, sia ai **meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali**.



Qualità dell'assistenza sanitaria



Equità

Garantire le **medesime opportunità di cura**, indipendentemente dallo status socio-economico, politico, culturale, etc.



Efficacia

Caratteristica di un intervento di **produrre l'effetto atteso dagli obiettivi prefissati.**



Efficienza

Caratteristica di un intervento nel raggiungere un obiettivo **impiegando le risorse minime indispensabili.**



Appropriatezza

Misura di quanto una scelta o un **intervento terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario.**



Sicurezza

Identificazione e valutazione del **rischio clinico.**



Partecipazione degli utenti

Coinvolgimento dell'utenza nelle scelte terapeutiche e riabilitative, rispetto delle aspettative e dei desideri del paziente.

La gestione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

Emanuele Davide Ianni⁺

La valutazione degli interventi

A partire dal D.A. 01/14 «**Tipologia dei Programmi terapeutico-riabilitativi delle Strutture Psichiatriche**

Residenziali» la **Regione Siciliana** prevede l'adozione di **programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP)** che **devono contenere:**

- Obiettivi ed aree dell'intervento;
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche;
- **Diagnosi Clinica (ICD)**
- **Diagnosi Funzionale (ICF);**
- **Strumenti di valutazione** standardizzati (ad es., **HoNOS, BPRS, FPS, VADO**).



Classificazione Internazionale del Funzionamento

Il **golden standard per la diagnosi funzionale** è rappresentato dalla International Classification of Functioning, disability and health (**ICF**).

Fornisce, secondo un approccio olistico, un quadro completo ed un linguaggio standardizzato per la descrizione del Funzionamento e della Disabilità.

Il **Funzionamento** assume i connotati dell'aver vissuto un'**esperienza di salute**, in una prospettiva **bio-psico-sociale**.

Per fornire il miglior inquadramento possibile, l'ICF offre **un approccio multidimensionale** basato sull'**interazione tra le componenti soggettive della persona e l'ambiente** in cui questa vive.

Raggruppamenti di categorie: CORE SET ICF

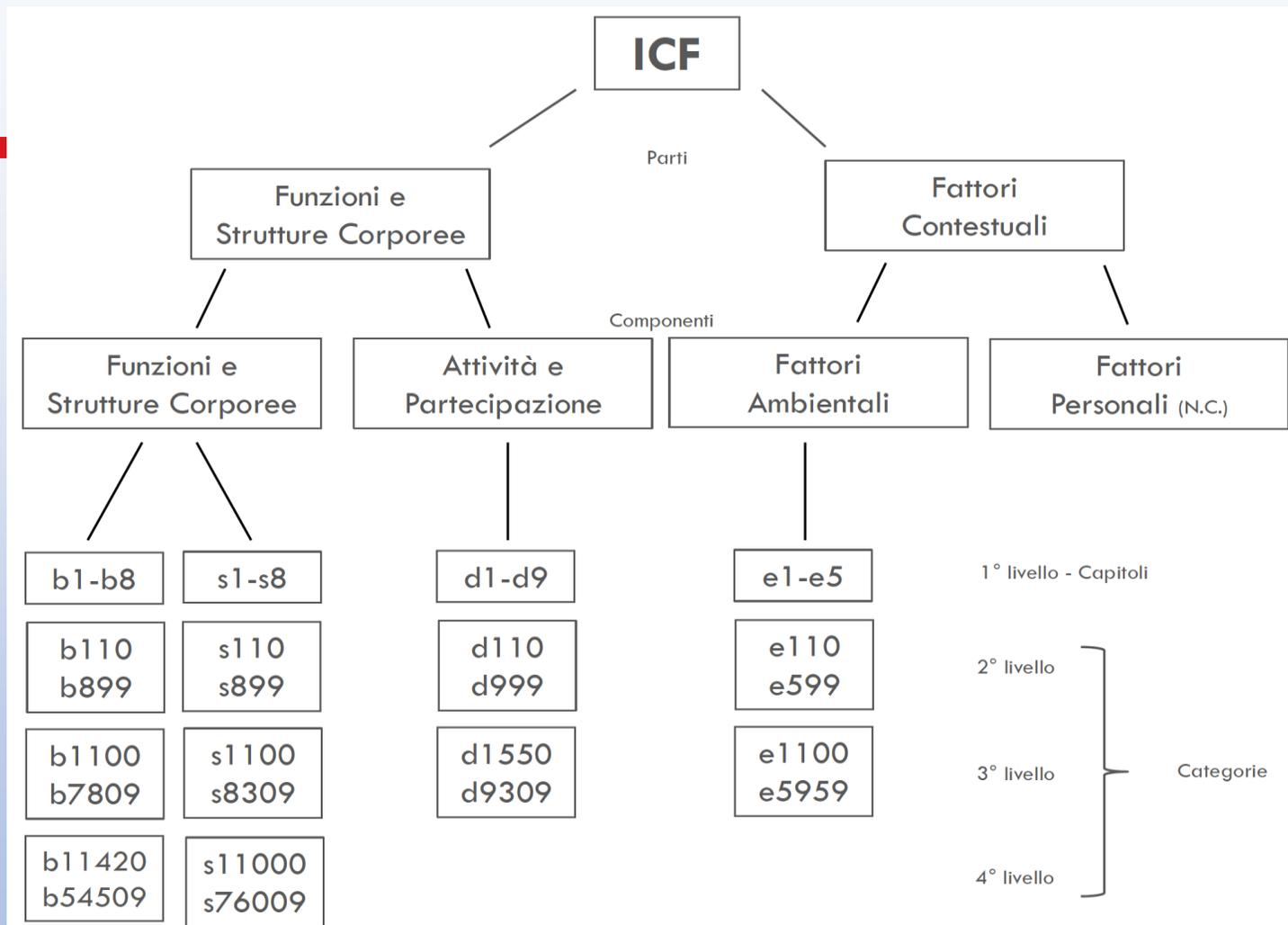
Un **Core Set ICF** è una **selezione di categorie** estratte dalla classificazione ICF, statisticamente più rilevanti per la definizione del Funzionamento in corso di una particolare esperienza di salute, un **gruppo particolare condizioni morbose** ed un **determinato contesto**.

Lo scopo dei Core Set ICF è di rendere funzionale l'utilizzo quotidiano dell'ICF nella pratica clinica.

Ad oggi sono stati sviluppati **31 Core Set ICF** per **3 specifici contesti sanitari** (**acuto, post acuto precoce e a lungo termine**).

Sono attualmente utilizzati tre tipi di Core Set ICF:

- **COMPREHENSIVE CORE SET ICF; BRIEF CORE SET ICF; MINIMAL GENERIC SET ICF.**



Principi tassonomici standard: algoritmo decisionale



Documentazione ICF: esempio

d450	Camminare	P	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
		C	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso e lateralmente. <i>Inclusioni: Camminare per brevi e lunghe distanze; Camminare su superfici diverse; camminare attorno a degli ostacoli.</i> <i>Esclusioni: Trasferirsi (d420), Spostarsi (d455).</i>									
Fonti di informazione: <input checked="" type="checkbox"/> Anamnesi <input type="checkbox"/> Questionario compilato dal pz. <input checked="" type="checkbox"/> Esame clinico <input type="checkbox"/> Indagine tecnica									
Descrizione del Problema: P: La persona riferisce, tenuto conto delle barriere cui può essere soggetto e dei facilitatori di cui dispone, lieve difficoltà nel camminare, per brevi e per lunghe distanze, a causa di lieve affaticabilità. C: Si evidenzia lieve difficoltà nel camminare, per brevi e per lunghe distanze, a causa di lieve affaticabilità.									



Documentazione ICF: esempio

d450	Camminare	P	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
		C	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<p>Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso e lateralmente. <i>Inclusioni: Camminare per brevi e lunghe distanze; Camminare su superfici diverse; camminare attorno a degli ostacoli.</i> <i>Esclusioni: Trasferirsi (d420), Spostarsi (d455).</i></p>									
<p>Fonti di informazione: <input checked="" type="checkbox"/> Anamnesi <input type="checkbox"/> Questionario compilato dal pz. <input checked="" type="checkbox"/> Esame clinico <input type="checkbox"/> Indagine tecnica</p>									
<p>Descrizione del Problema: P: La persona riferisce, tenuto conto delle barriere cui può essere soggetto e dei facilitatori di cui dispone, lieve difficoltà nel camminare, per brevi e per lunghe distanze, a causa di lieve affaticabilità. C: Si evidenzia lieve difficoltà nel camminare, per brevi e per lunghe distanze, a causa di lieve affaticabilità.</p>									

Codice ICF

Nome categoria

Qualificatore

Descrizione della categoria

Fonti di informazione

Descrizione del problema



Profiling ICF



La valutazione ICF **non propone un punteggio complessivo** che permetta l'identificazione numerica del Funzionamento della persona e della sua esperienza di salute.

L'applicazione dei qualificatori ICF per la valutazione della gravità di un problema per ogni categoria ICF selezionata dal valutatore è la base per la creazione di un **Profilo di Funzionamento**.

Un Profilo di Funzionamento mostra i livelli di Funzionamento attraverso i domini ICF, facilitando la rappresentazione grafica, a colpo d'occhio, dell'esperienza di salute complessiva vissuta dalla persona in relazione alla propria condizione di salute.



■ Funzioni Corporee ■ Attività e partecipazione - P ■ Attività e partecipazione - C
■ Fattori ambientali





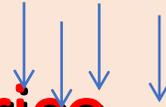
■ Funzioni Corporee ■ Attività e partecipazione - P ■ Attività e partecipazione - C
■ Fattori ambientali



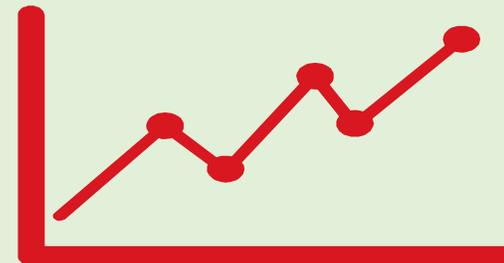
DSM IV TR: VFG (GAF, FPS) o PSP

DSM 5 (WHO.DAS 2)

Valore unico , dato numerico
(da 1 a 100)



ICF > Profiling





Perché Pro-filer App?

Il progetto Pro-filer App nasce dall'esperienza della Divisione Health Tech ICC, impegnata nella ricerca e nell'implementazione di strumenti informatici e supporti tecnologici orientati all'attività clinica e alla pratica riabilitativa.

L'esperienza di H.T.T. è in grado di operare in ambito terapeutico e riabilitativo, supportando l'attività della Federazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF), come strumento di valutazione e diagnosi funzionale e per la definizione delle condizioni riabilitative.

H.T.T. propone Pro-filer App, strumento digitale che ha lo scopo di favorire e facilitare la gestione del modello di pratica di decision making.

Digital Profiling

supporti tecnologici
per la diagnosi funzionale

Pro-filer

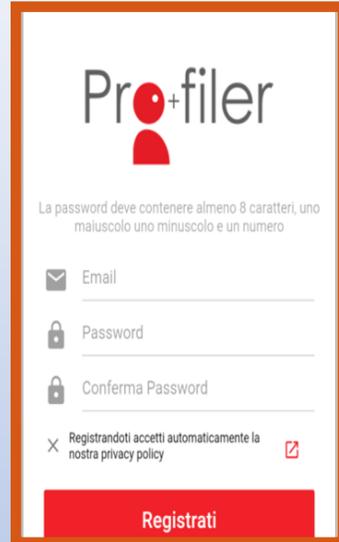




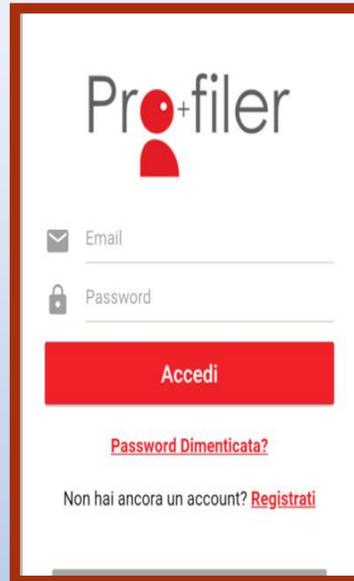
Overview



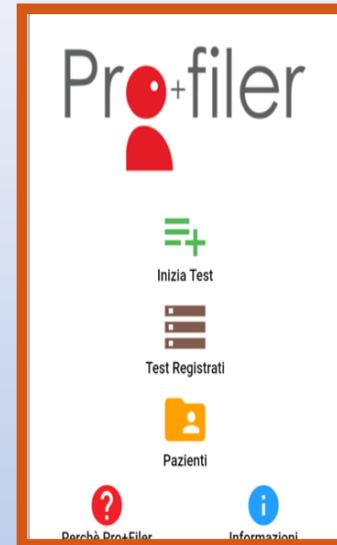
Step 1
Open the app



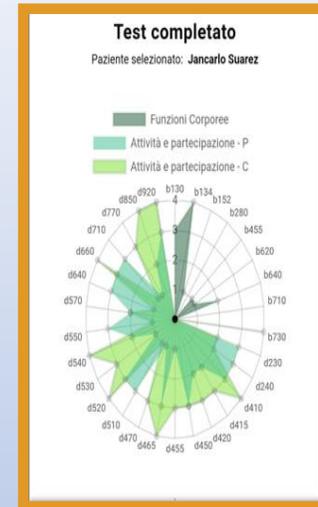
Step 2
Sign in



Step 3
Log in



Step 4
Main menu



Step 5
Assessment



Selezione CS-ICF



Crea nuovo test

Paziente selezionato: **Ja** **z**

Seleziona CoreSet

- GENERIC SET

- REHAB SET

- MINIMAL SET OF ENVIROMENTAL FAC

- CARDIOPULMONARY ACUTE COMPREHEN

- CARDIOPULMONARY ACUTE BRIEF

- CARDIOPULMONARY POST-ACUTE COMP

- CARDIOPULMUNARY POST-ACUTE BRIE

AVANTI



Compilazione Modulo

Una volta selezionato il/i **CoreSet**, l'applicativo proporrà il Form da compilare.

< Crea nuovo test

b130 
Funzioni dell'energia e delle pulsioni

Funzioni Corporee

- 0 - Nessuna menomazione
- 1 - Menomazione lieve
- 2 - Menomazione media
- 3 - Menomazione grave
- 4 - Menomazione completa
- 8 - Non specificato
- 9 - Non applicabile

Paziente selezionato:

1 / 30 ▶



< Crea nuovo test

b130 
Funzioni dell'energia e delle pulsioni

Funzioni mentali generali dei meccanismi fisiologici e psicologici che spingono l'individuo a muoversi in modo persistente verso il soddisfacimento di bisogni specifici e il conseguimento di obiettivi generali.

Inclusioni: funzioni del livello di energia, motivazione, appetito, craving (compreso craving per l'assunzione di sostanze di cui si può fare abuso) e controllo degli impulsi

Esclusioni: funzioni della coscienza (b110); funzioni del temperamento e della personalità (b126); funzioni del sonno (b134); funzioni psicomotorie (b147); funzioni emozionali (b152)

Funzioni Corporee

Paziente selezionato:

1 / 30 ▶

Assistant Tool

L'immissione dei dati viene semplificata dalla guida alla compilazione.



Fonti di informazione



Crea nuovo test

- 8 - Non specificato
- 9 - Non applicabile

Fonti di informazione

- Documenti anamnestici
- Soggetto interessato
- Informazioni fornite da altri
- Osservazioni diretta

Descrizione del problema

Paziente sel

ncarlo Suarez

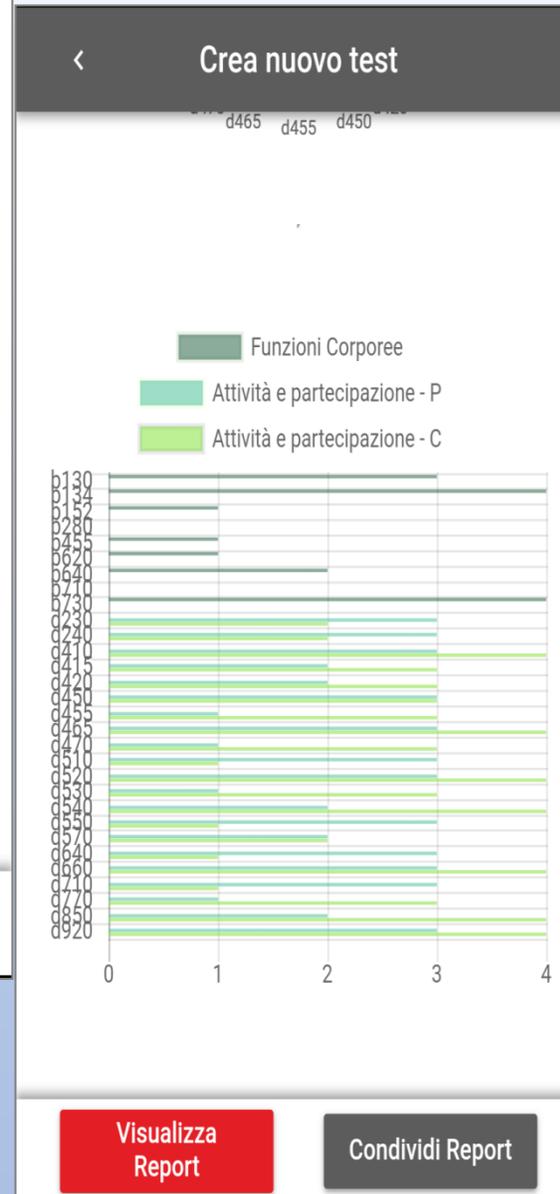
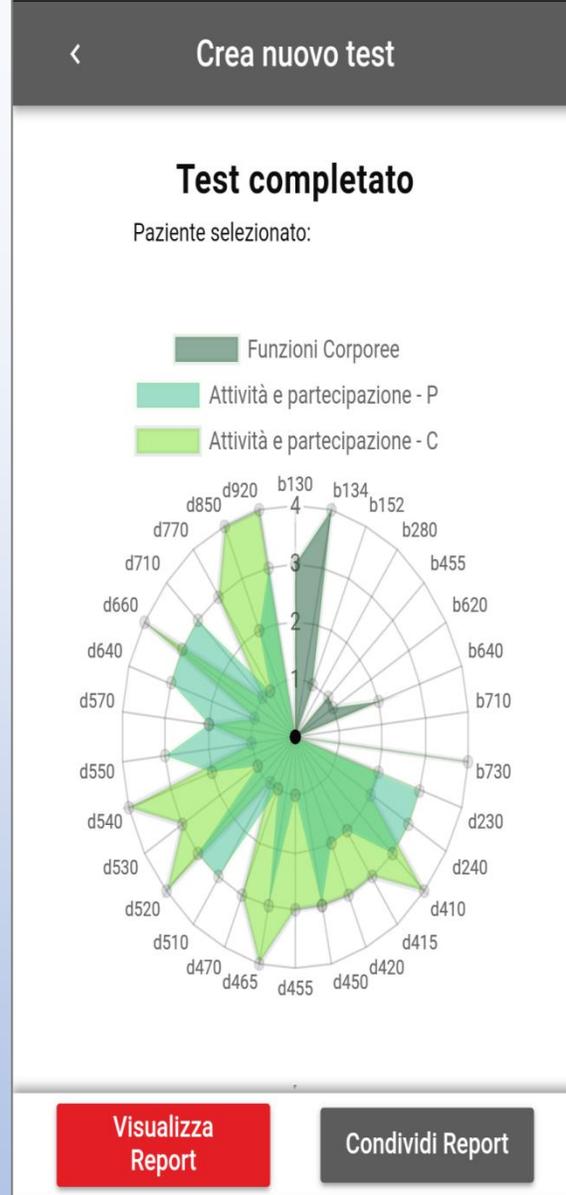
1 / 30





Output RADAR CHART

Pro+Filer App
propone
un'**esclusiva**
elaborazione
grafica del **profilo**
di funzionamento
relativo al paziente
indagato.



Output Bar Chart

Viene elaborata
inoltre la
rappresentazione
grafica di uso
comune nella
profilazione ICF.

CONCLUSIONI

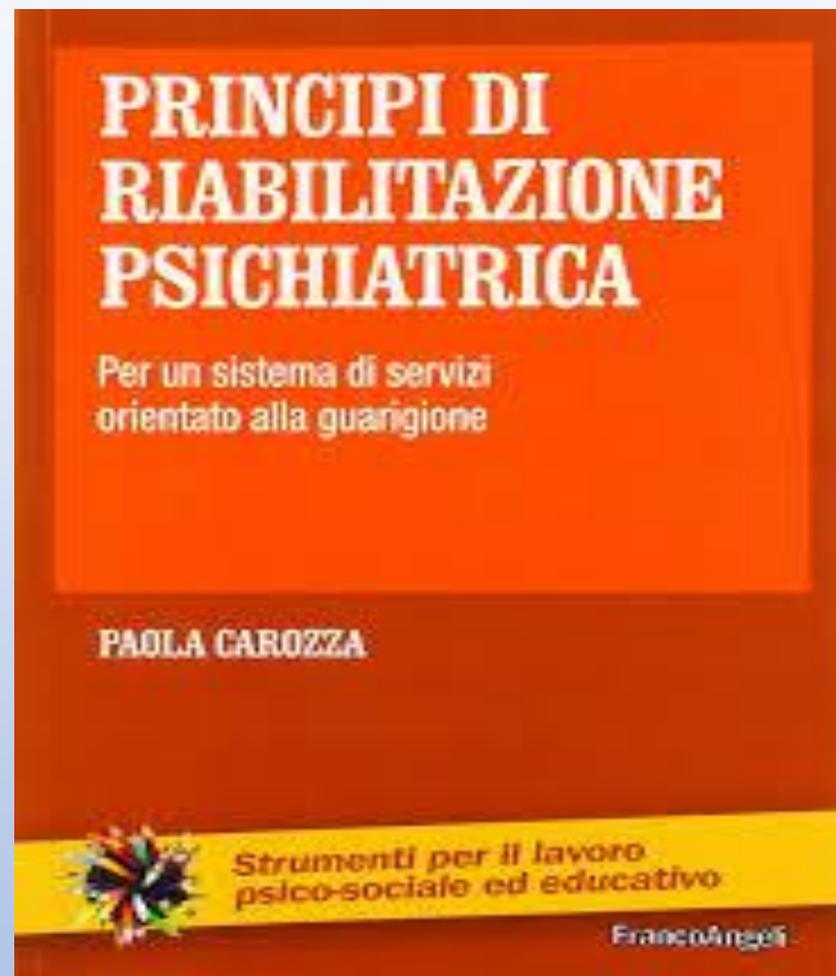
- Sebbene non uniformi, i risultati dei diversi studi ci permettono di concludere che **l'allenamento delle funzioni cognitive porta a miglioramenti neuropsicologici nei pazienti con disturbo psicotico.** I
- **gli interventi più complessi producono i migliori risultati.**
- Mentre è vero che sono stati fatti progressi nello studio dei modelli di valutazione e trattamento per la schizofrenia, **c'è ancora lavoro da fare nell'esplorare le caratteristiche e possibilità dei trattamenti più efficaci e il loro impatto clinico e sociale.**

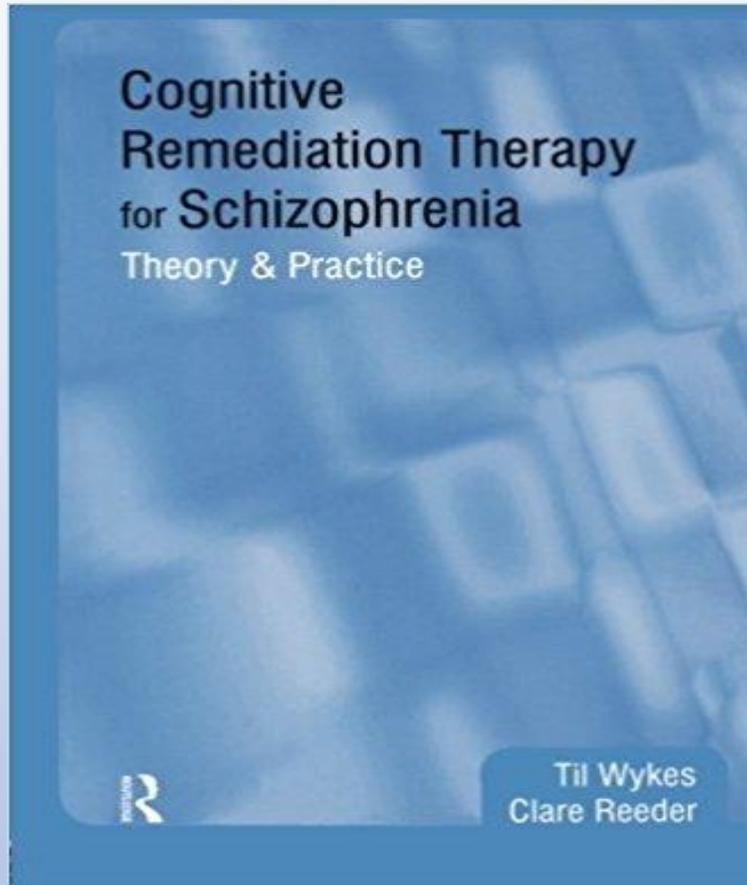


**Di Schizofrenia
si può «guarire»
??././!!**

Per approfondire

.....





Volker Roder · Daniel R. Müller

INT - Terapia neurocognitiva integrata nel trattamento della schizofrenia

*Edizione italiana a cura di
Antonio Vita
Margherita Comazzi*

EXTRAS ONLINE

 Springer



Grazie dell'attenzione

a.francomano@virgilio.it
antonio.francomano@unipa.it
cell. 347.3445587

