30 anni di psichiatria di comunità in Italia: migliorare il sistema, rendere più efficaci gli interventi

Antonio Lora

Migliorare il sistema…

CHE COSA E' UN SISTEMA DI SALUTE MENTALE?

- Un sistema di salute mentale include tutte le organizzazioni e risorse, il cui fine principale è il miglioramento della salute mentale della popolazione che vive nell'area di riferimento.

Organizzazione Mondiale della Sanità

LE COMPONENTI DEL SISTEMA DI SALUTE MENTALE

- Per raggiungere i loro obiettivi i sistemi di salute mentale devono possedere alcune funzioni di base (“mattoni”):
  - Le politiche e le forme di finanziamento
  - I servizi di salute mentale e la medicina di base
  - Le risorse umane (gli operatori dei servizi, le associazioni di familiari e di utenti)
  - Le connessioni del sistema (il sistema informativo, i rapporti con altri settori sanitari e non sanitari)

I MATTONI

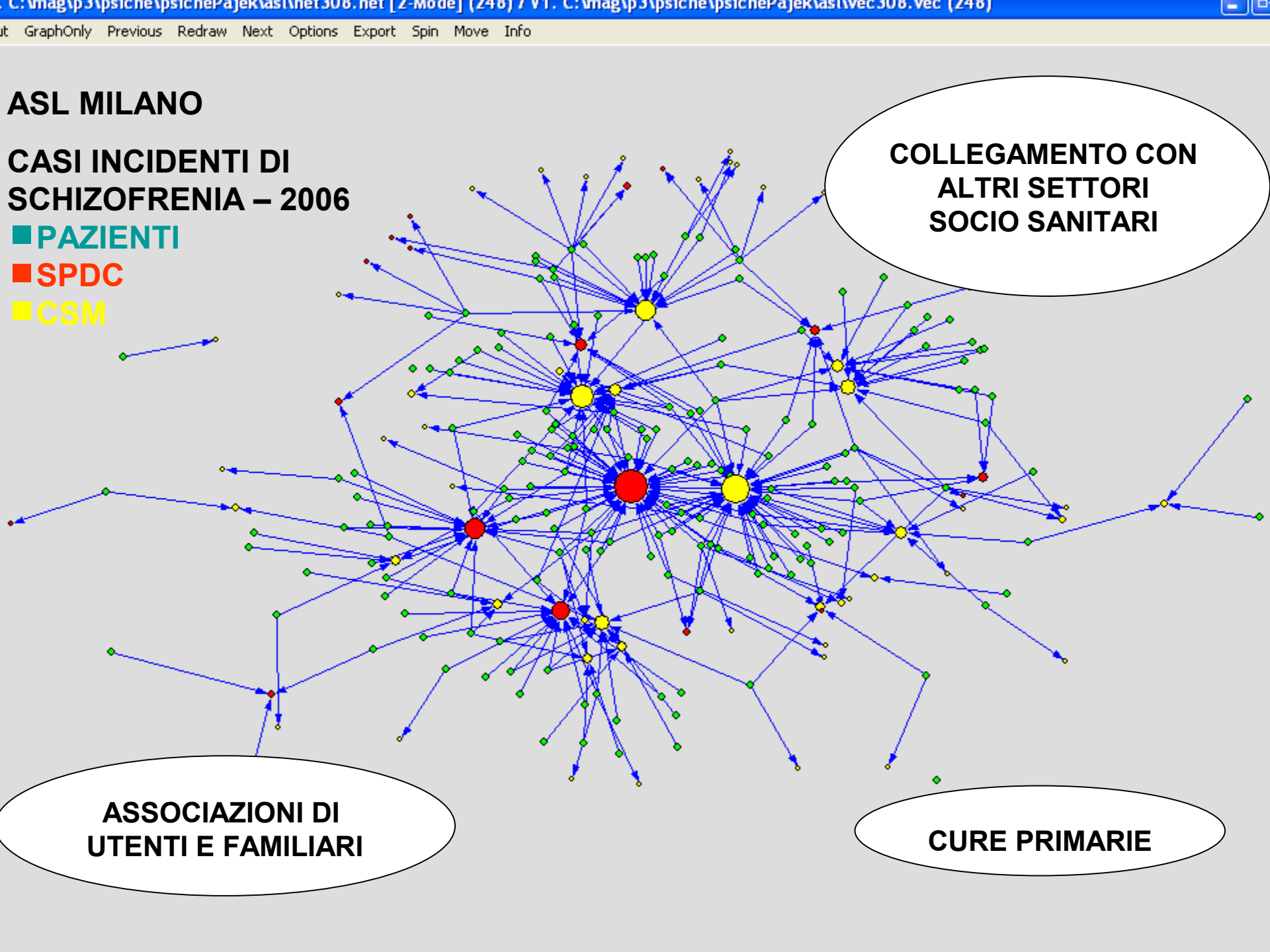
POLITICHE E FINANZIAMENTO

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

MEDICINA DI BASE

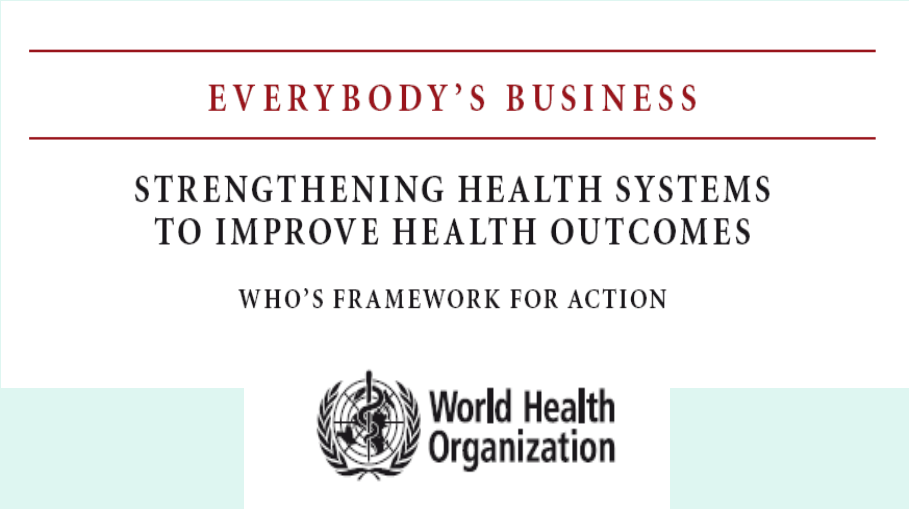
RISORSE UMANE

CONNESSIONI


C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\net308.net [2-Mode] (248) / V1: C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\vec308.vec (248)
GraphOnly Previous Redraw Next Options Export Spin Move Info
ASL MILANO
CASI INCIDENTI DI SCHIZOFRENIA – 2006
PAZIENTI
SPDC
CSM
COLLEGAMENTO CON ALTRI SETTORI SOCIO SANITARI
ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI
CURE PRIMARIE

PERCHÈ OCCUPARSI DI SISTEMI DI SALUTE MENTALE ?

- Un sistema di salute mentale è più complesso della “semplice” rete dei servizi psichiatrici
- Nessun singolo servizio risponde a tutti I bisogni
- I nuovi ed efficaci **(“EBMH”)** trattamenti non possono essere erogati in assenza di un sistema di salute mentale funzionante
- ***Accountability*** *è* la responsabilità da parte di chi gestisce di dimostrare in che misura le politiche, i fondi erogati e i programmi ottengono i risultati voluti.



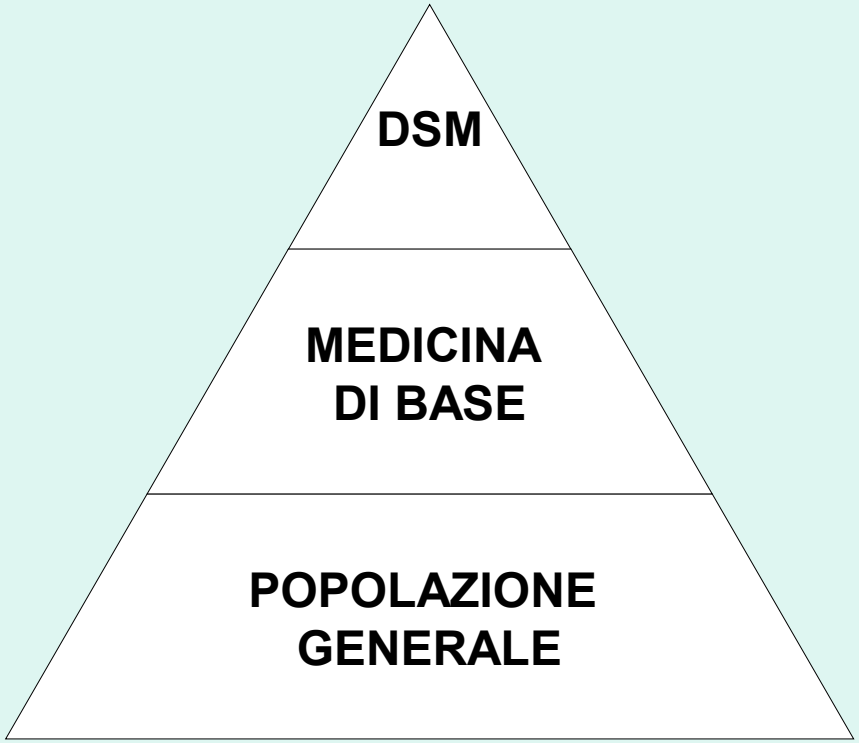
LA QUALITA' DELLA CURA E IL SISTEMA DI SALUTE MENTALE

- La nostra conoscenza della qualità della cura è limitata
- La variazione della qualità della cura è la regola piuttosto che l'eccezione
- Misurare la qualità secondo alcuni assi: accessibilità, continuità della cura, appropriatezza,

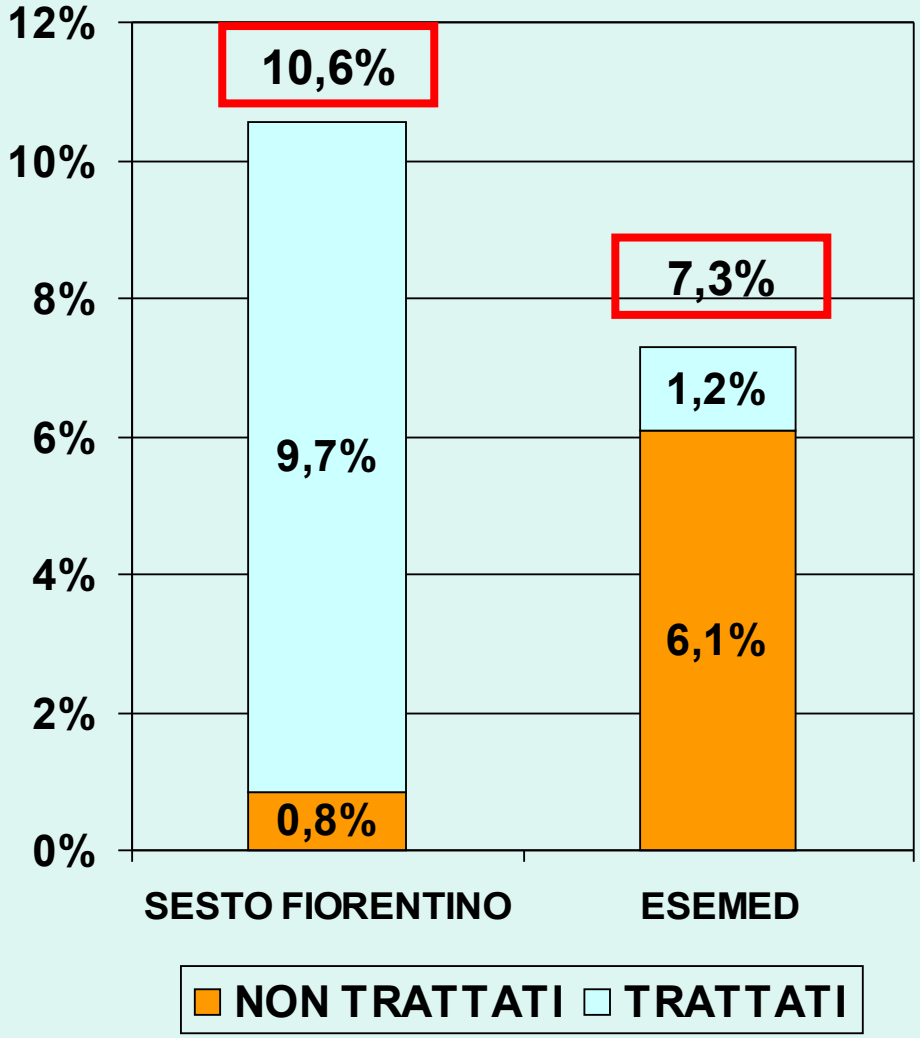
ACCESSIBILITA’

La facilità con cui gli utenti accedono alla assistenza necessaria in funzione dei propri bisogni

- a livello di medicina di base
- a livello di Dipartimenti di Salute Mentale



ACCESSIBILITA':
DISTURBI MENTALI NELLA POPOLAZIONE



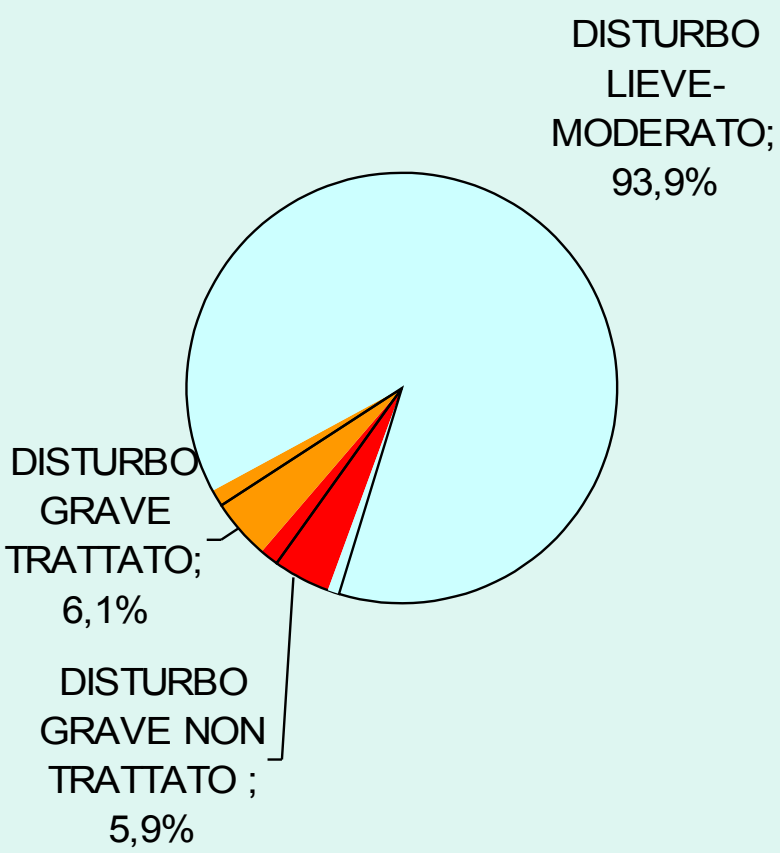
La percentuale di persone con disturbi mentali nella popolazione che ha fatto ricorso ad un servizio sanitario varia nei due studi:

- **SESTO FIORENTINO** (*Faravelli et al. 2004*) 87% MMG e 45% psichiatra o psicologo
- **ESEMeD** (*De Girolamo et al. 2005*): 38% solo MMG, 27% psichiatra o psicologo ed 28% sia MMG che specialista

ACCESSIBILITA':
DISTURBI MENTALI GRAVI NELLA POPOLAZIONE
(dati italiani da ESEMeD)

WHO World Mental Health Surveys (2004):
IN ITALIA **UN DECIMO** (12%) DELLE PERSONE CON DISTURBO MENTALE PRESENTA UN **DISTURBO MENTALE GRAVE**

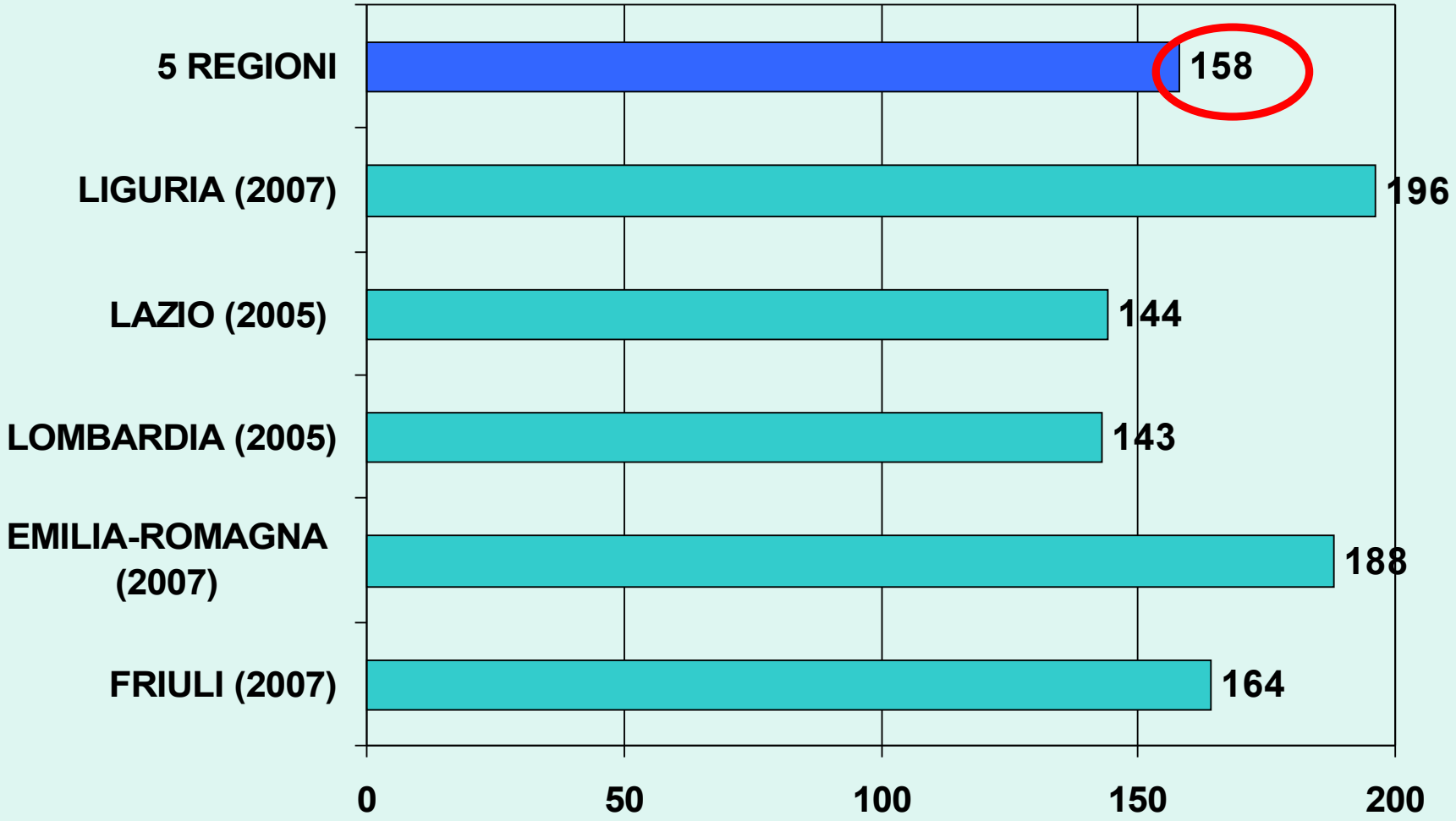
ESEMED (Wang.et al. 2007):
IN ITALIA **IL 51%** DELLE PERSONE CON DISTURBO GRAVE RICEVE UN **TRATTAMENTO SANITARIO**



ACCESSIBILITA': DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

tassi per 10.000
> 14 anni

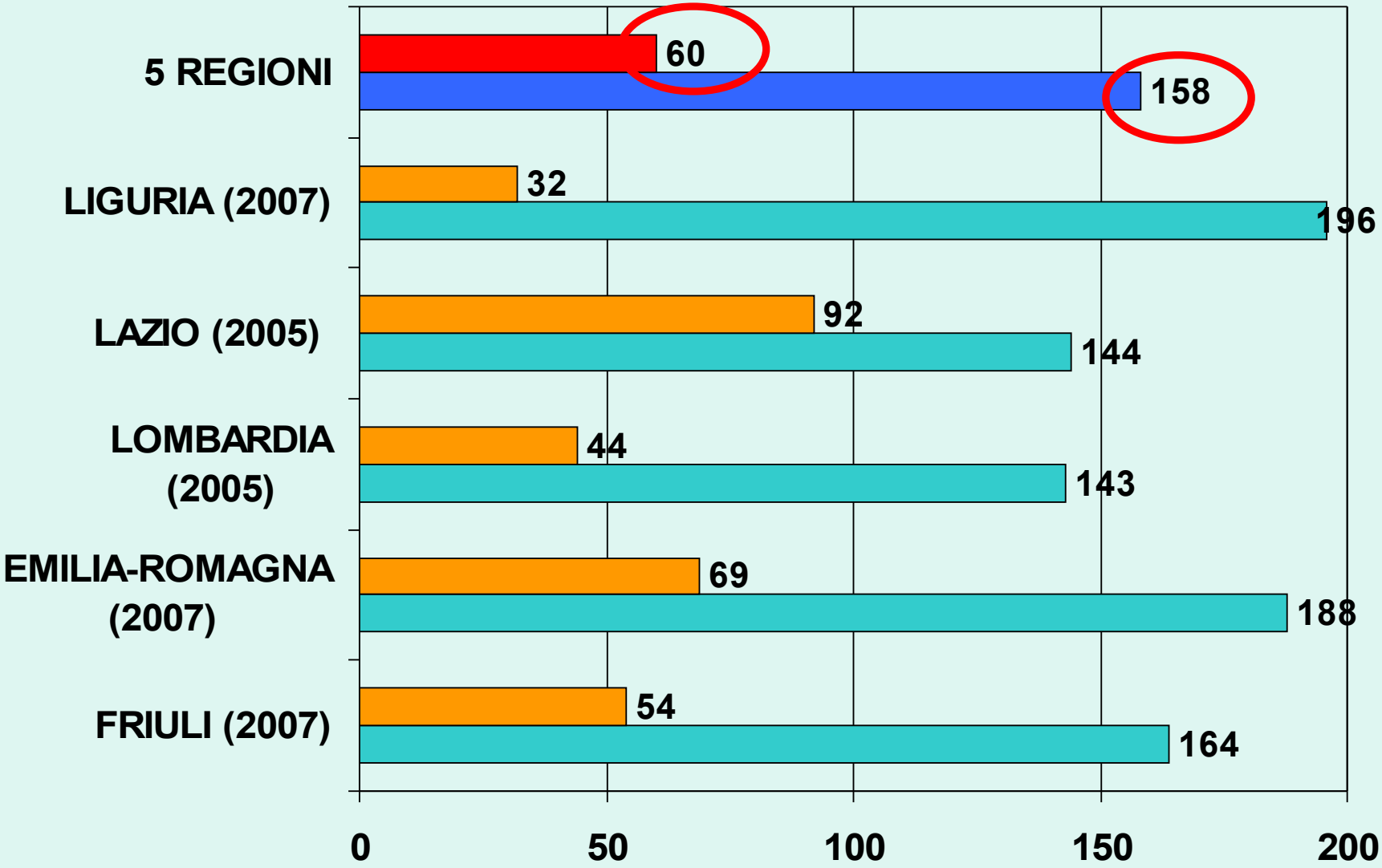
PREVALENZA UN ANNO



ACCESSIBILITA': DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

tassi per 10.000
> 14 anni

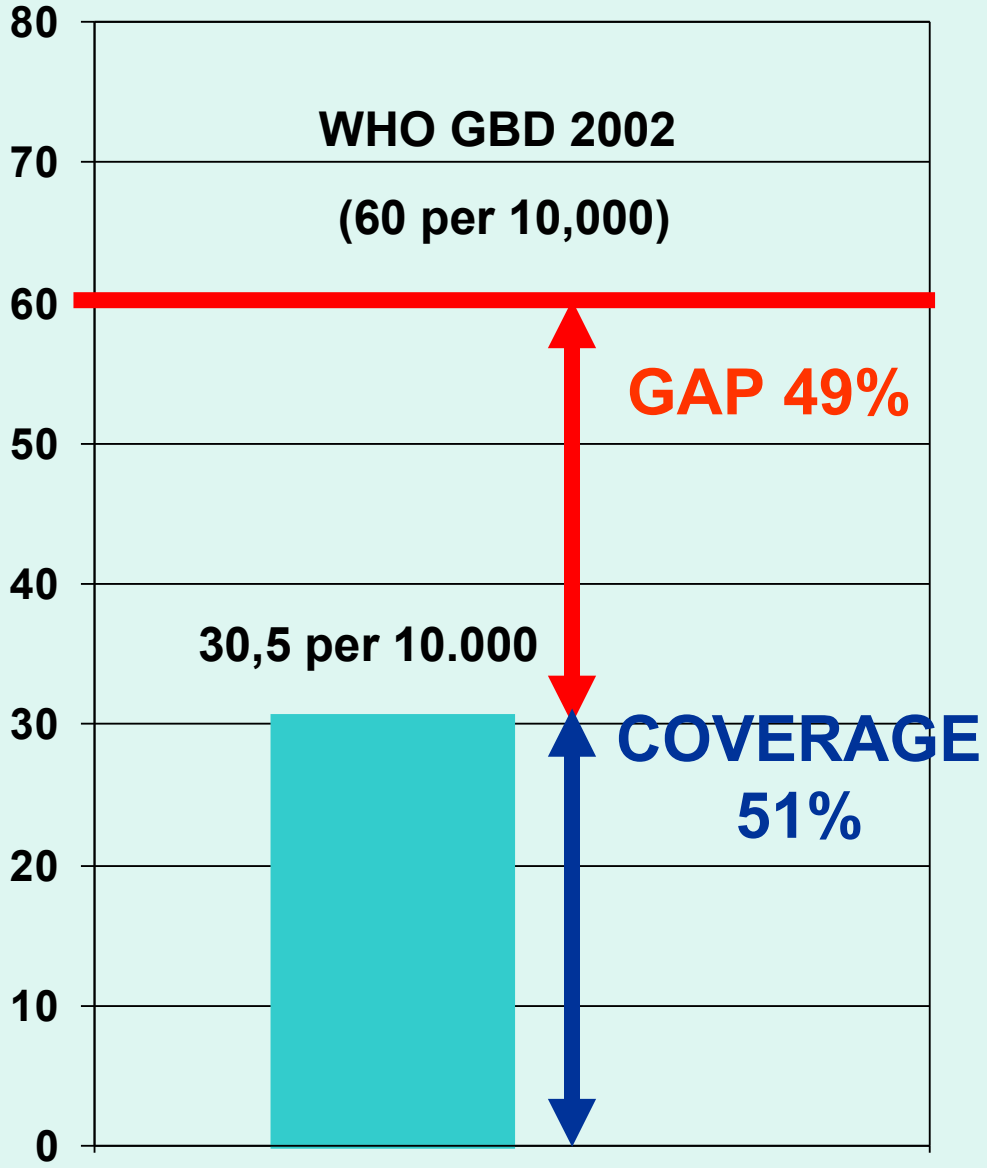
NUOVI CASI



ACCESSIBILITA' : I DISTURBI SCHIZOFRENICI

Il **treatment gap** rappresenta la differenza assoluta tra la prevalenza vera di un disturbo e la percentuale di soggetti che ricevono un trattamento per quel disturbo

considerati solo i Dipartimenti di Salute Mentale pubblici*(5 Regioni)*

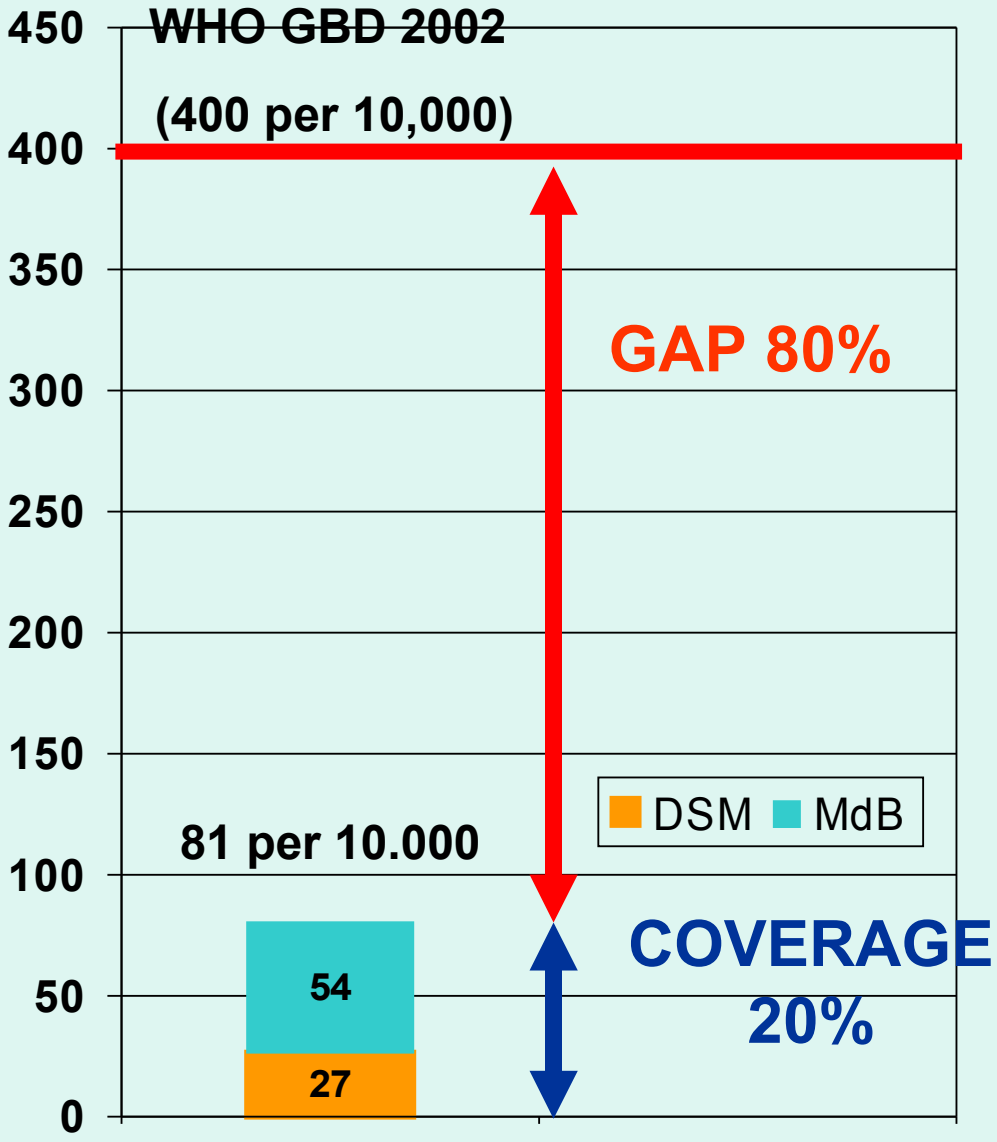


ACCESSIBILITA': I DISTURBI AFFETTIVI

Sia disturbi depressivi unipolari (3.5%) che bipolari (0.5%)

considerati sia la medicina di base (54 per 10.000) (*ESEMeD*) che i Dipartimenti di Salute Mentale pubblici (27 per 10.000) *(5 Regioni)*

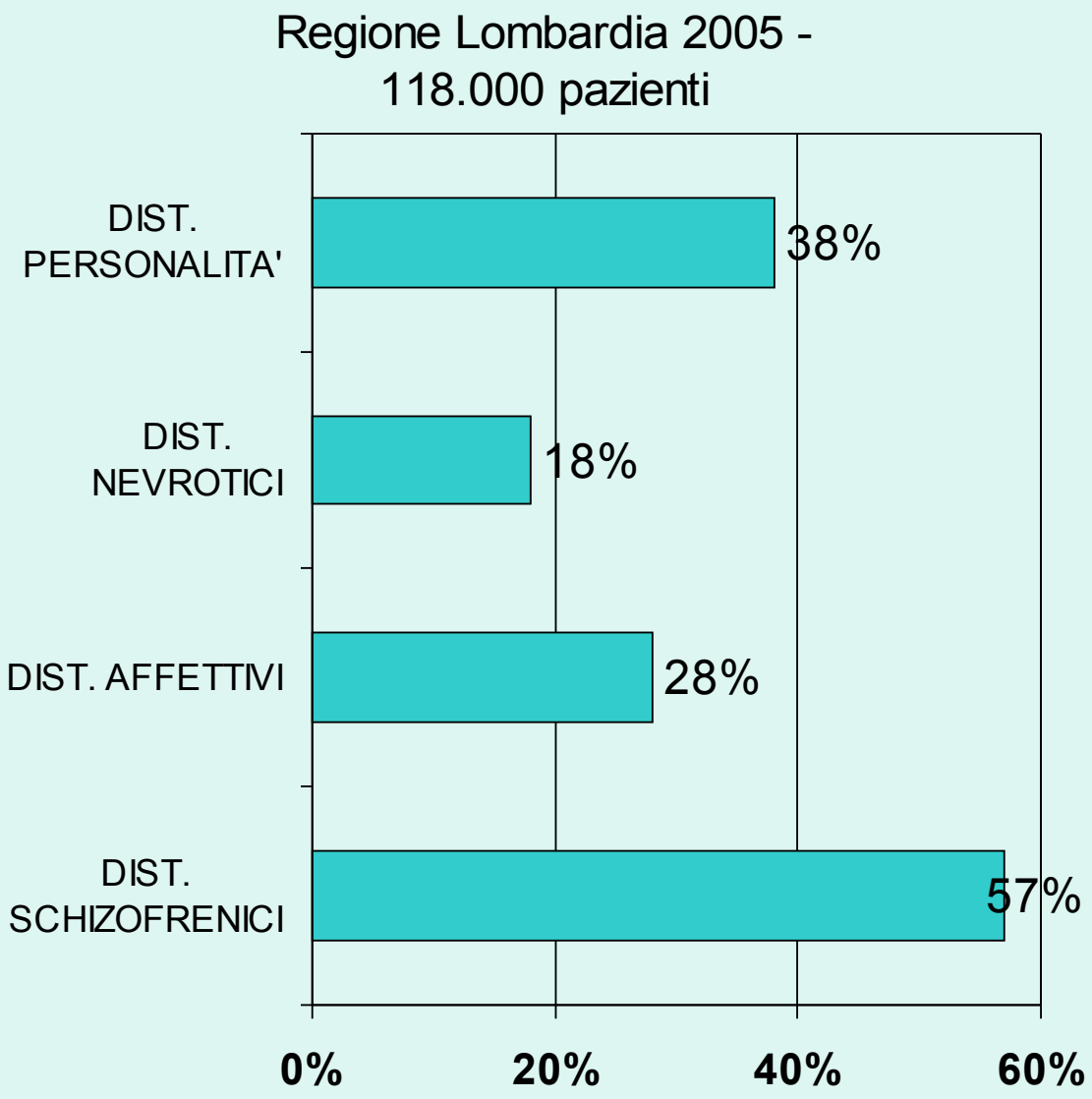
NON tiene conto della gravità del disturbo affettivo



CONTINUITA' DELLA CURA NEI DSM

La capacità di un servizio di salute mentale di offrire interventi al paziente caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un periodo lungo di tempo tra episodi di cura (**continuità longitudinale**) e coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi e all'interno dei team (**continuità cross-sectional**)

almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni successivi al primo



ADEGUATEZZA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEPRESSIVI

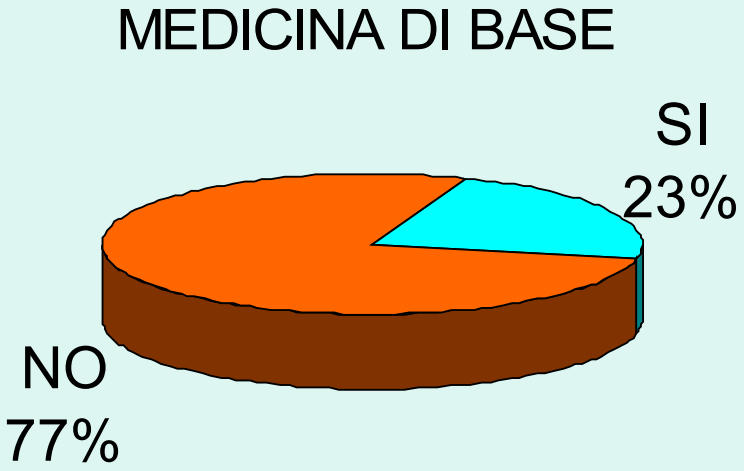
- **Trattamento minimamente adeguato** nei 12 mesi (Wang 2008)

  almeno 4 visite con uno psichiatra o MMG +

  la prescrizione di un farmaco AD per almeno 2 mesi

  oppure

  almeno 8 sedute di psicoterapia
- **Dati ESEMeD** (Fernandez 2007 et al.) relativi a 6 paesi europei



ADEGUATEZZA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI SCHIZOFRENICI ALL'ESORDIO

- 516 pazienti entrati in contatto con i DSM della Regione Lombardia per la prima volta nel 2004-2005
- di età compresa tra i 15-35 anni
- Indicatori relativi all'anno 2005

- Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari

49% delle famiglie non ha ricevuto alcun intervento specifico, 31% da 1 a3, 20% >3

- E' raccomandata la psicoterapia cognitivo comportamentale

84% non ha alcun intervento psicologico, 9% tra 1 e 3, 7% più di tre

- Sono raccomandati interventi con caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità

89% non ha ricevuto intervento al domicilio, 6% tra 1-2, 5% più di 2

UN CRUSCOTTO PER MONITORARE I SISTEMI DI SALUTE MENTALE

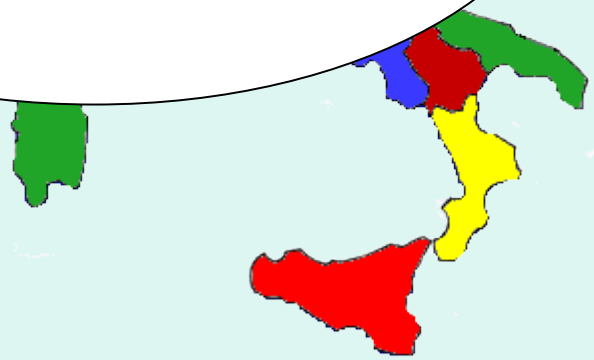
- la produzione e l'uso delle informazioni e della ricerca sui sistemi di salute mentale è parte integrante della **funzione di governance**

- I cambiamenti del sistema possono essere riassunti da un "cruscotto" nazionale o regionale che includa **indicatori chiave** per le aree più importanti del sistema

AGENDA PER MIGLIORARE IL SISTEMA DI SALUTE MENTALE

- Valutare i **21 sistemi regionali** italiani
- Valutare **le componenti del sistema** (dalle politiche, al medicina di base, al rappo con gli altri settori, al sistem informativo)
- Valutare **le dimensioni chiave** della qualità a livello di sistema (accessibilità, continuità, appropriatezza, ecc)

ATTIVARE SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI



….rendere più efficaci gli interventi

EVIDENZE E PRATICHE

- Squilibrio tra velocità con cui acquisiamo conoscenze sugli interventi efficaci e la capacità di trasferirli nella pratica di tutti i giorni.

- gap sempre più ampio tra la cura che il paziente ***riceve*** e quella che ***potrebbe ricevere***

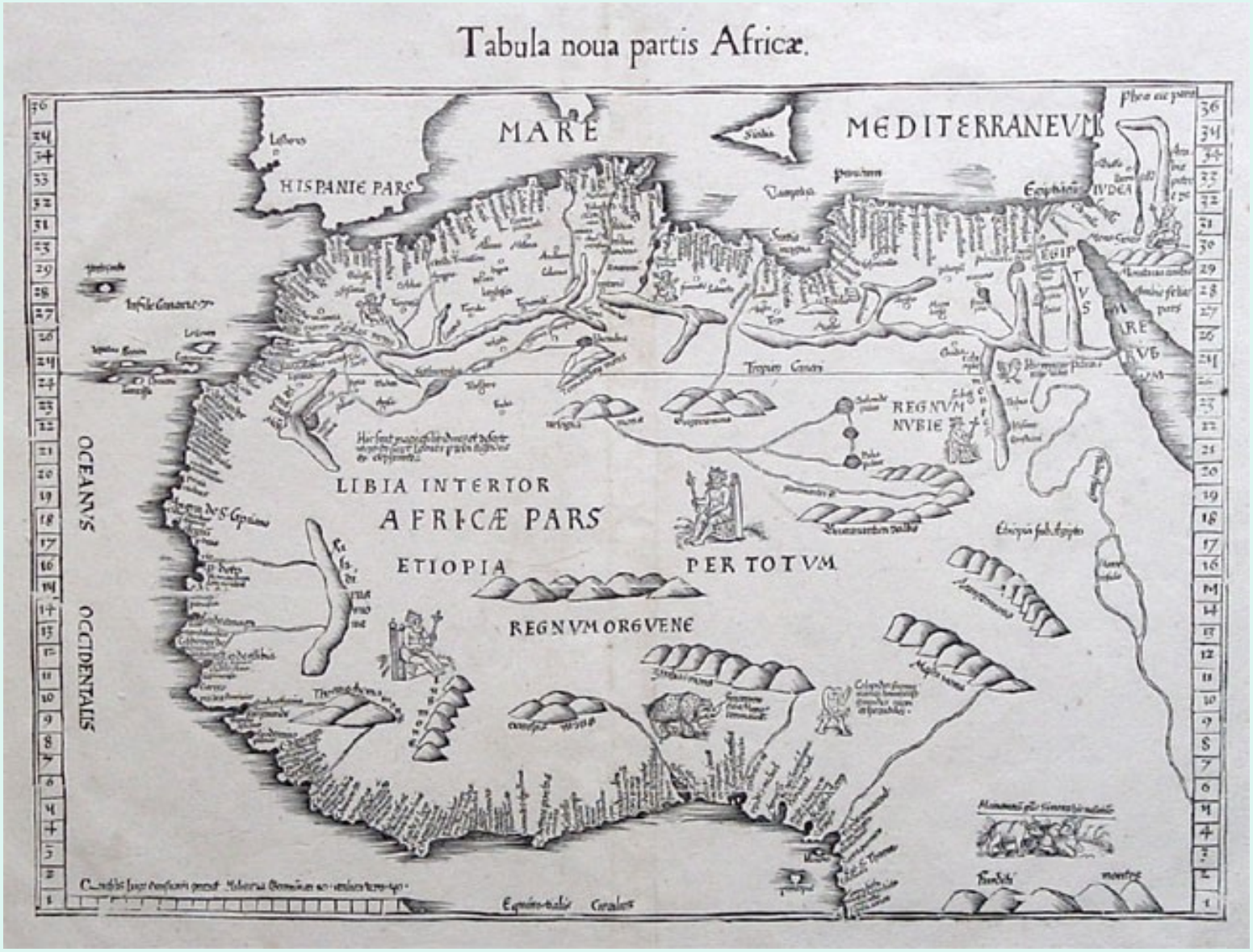
- dal **30% al 45%** dei pazienti non riceve trattamenti ottimali dal punto di vista dell'efficacia

- Fallimento a implementare trattamenti riconosciuti come effettivi

PACCHETTI DI TRATTAMENTI (OMS, 2007)

DISTURBO, SETTING E COPERTURA	TRATTAMENTI BASATI SULLA EVIDENZA	RIIDUZIONE IN DALY
SCHIZOFRENIA Setting **Servizio di Salute Mentale territoriale** copertura (obiettivo): 80 %	**FARMACI ANTIPSICOTICI E TRATTAMENTI PSICOSOCIALI** (interventi cognitivo – comportamentali e trattamenti familiari)	**22%**
DISTURBO AFFETTIVO BIPOLARE Setting **Servizio di Salute Mentale territoriale** copertura (obiettivo): 50 %	**STABILIZZATORI DELL'UMORE** (litio, valproato) **E INTERVENTI PSICOSOCIALI** (interventi psicosociali in grado di migliorare la compliance rispetto ai farmaci)	**30%**
DEPRESSIONE Setting di trattamento **medicina di base** copertura (obiettivo): 50 %	**FARMACI ANTIDEPRESSIVI SSRI E MODALITA' DI TRATTAMENTO ATTIVO**	**20%**

L’ADEGUATEZZA DEI TRATTAMENTI NEI DSM



IL TRASFERIMENTO DELLE EVIDENZE NELA PRATICA QUOTIDIANA - 1

- Fino ad oggi abbiamo pensato soprattutto a **identificare le evidenze**, ora dobbiamo pensare alle **strategie per disseminare le evidenze**
- Il cambiamento è possibile quando sono usati interventi specifici e ben disegnati: **non esistono soluzione naive**
- anche i programmi migliori hanno un **effetto moderato (8-10%)**

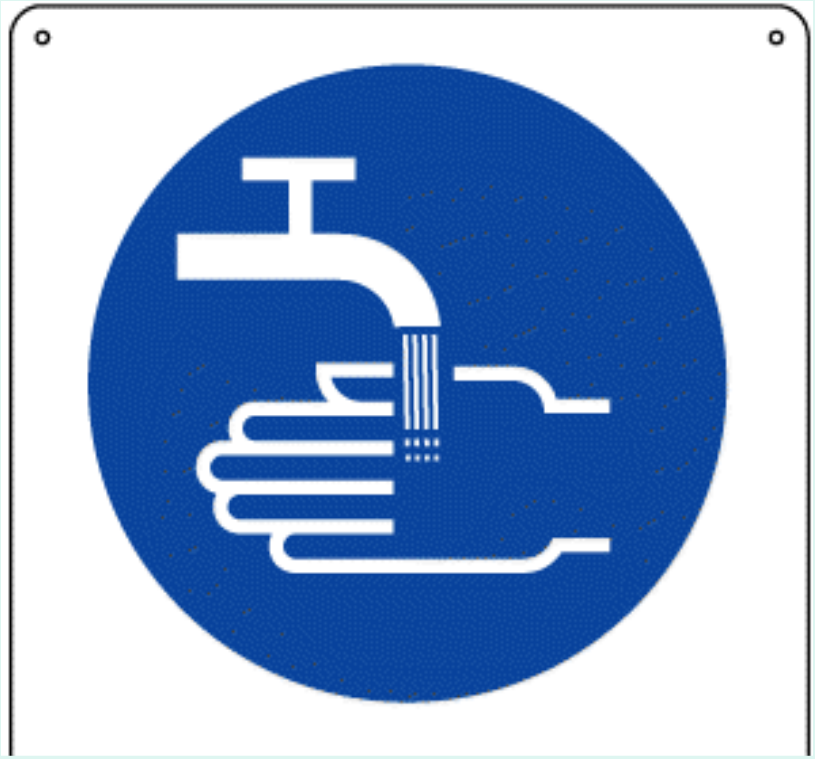
IL TRASFERIMENTO DELLE EVIDENZE NELA PRATICA QUOTIDIANA - 2

- **Strategie educative** (meglio piccoli gruppi con partecipazione attiva e discussioni con esperti sul luogo di lavoro che conferenze e distribuzione di [illegible] parte di un

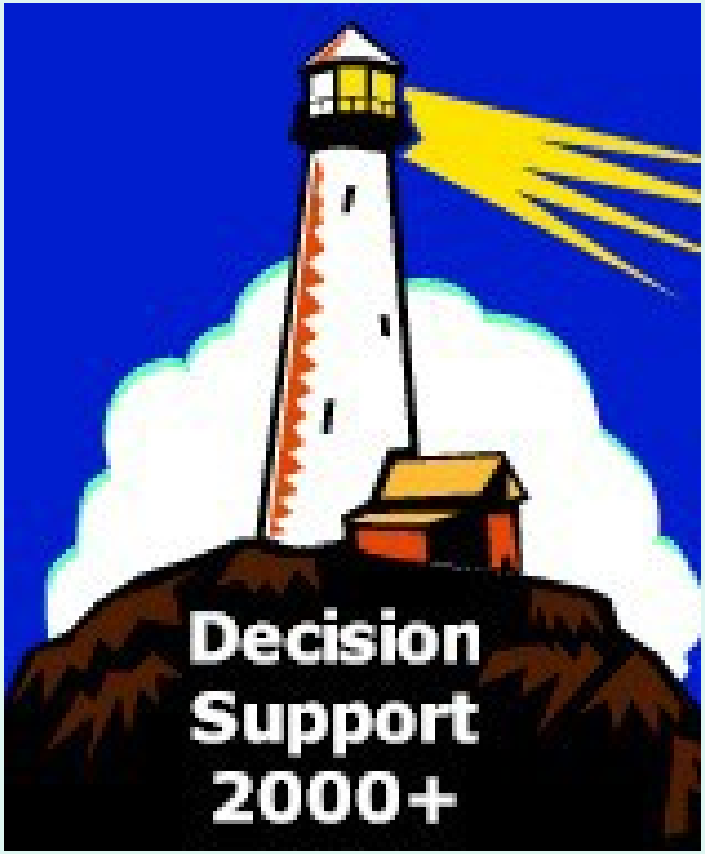
funzionano
strategie complessive
con includono **diverse**
tipologie di intervento!

- [illegible] **ssionale** sp[illegible]che (salute mentale)
- Iniziative di **miglioramento continuo della qualità**
- **Interventi finanziari** in particolare sui farmaci

UN ESEMPIO:LAVARSI LE MANI



- Prevenzione del 15-30% delle infezioni intraospedaliere
- Interventi educativi: *effetti a breve termine*
- Reminders: *effetti modesti*
- Feedback sulla frequenza di lavaggio: *effetti significativi ma a breve termine* quando finisce il feedback
- Nuovi strumenti (sapone liquido) *effetti modesti*
- Interventi misti complessi: *effetto positivo e sostenuto*



La qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura

Decision Support 2000+

(*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* – SAMHSA)

INTEGRARE LE *BEST PRACTICES* NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

EVIDENZE SCIENTIFICHE

↓

INDICATORI SULLA QUALITA' DELLA CURA E STANDARD

↓

FEED BACK AI CLINICI

↓

STRATEGIE MIGLIORATIVE

SUPPORTO AL MIGLIORAMENTO NEL LUOGO DI CURA

THE DANISH NATIONAL INDICATOR PROJECT

- Set di indicatori specifici per la schizofrenia che riflettono evidenze scientifiche (LG)
- Sistematico feed back ai clinici e organizzazione di audit
- La proporzione di pazienti che ricevono una cura “ottimale” è cresciuta del 30% tra il 2004-2007
- Misurare la qualità può migliorare la qualità della cura a patto che la misura
  - sia in rapporto con le evidenze
  - rifletta la buona pratica clinica
  - sia valida, riproducibile ecc

PROGETTI COLLABORATIVI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA CURA

- Rete collaborativa di DSM per valutare e migliorare la qualità della cura
- Uso efficiente degli esperti e della collaborazione tra pari
- Scambio delle migliori strategie per facilitare il miglioramento

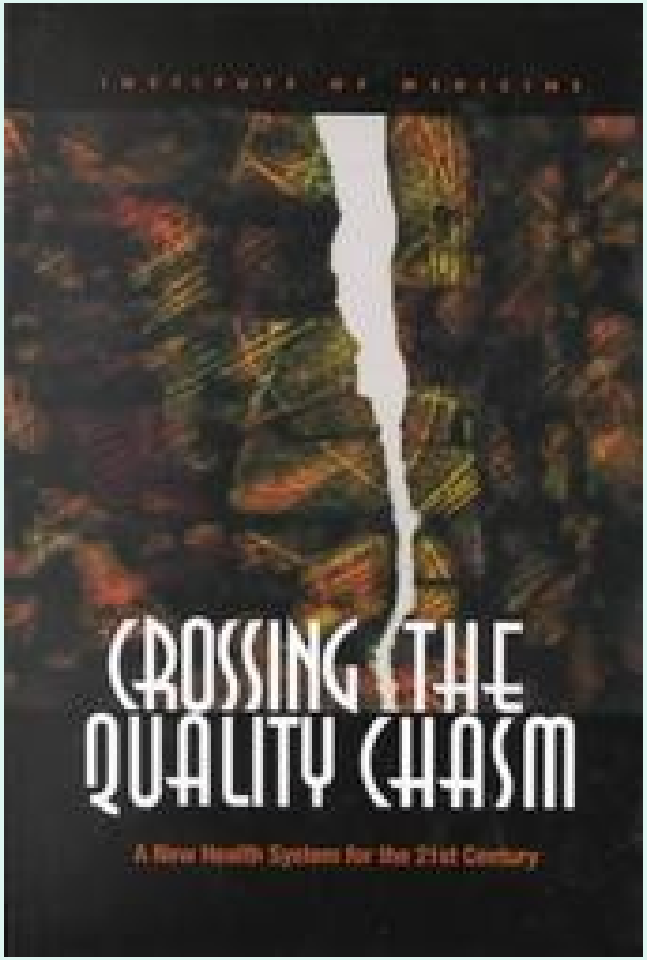
La SIEP può promuovere con i DSM progetti collaborativi di miglioramento della qualità della cura

AGENDA PER RENDERE PIU' EFFICACI GLI INTERVENTI

- ricercare strategie specifiche per l'implementazione degli interventi "evidence based"
- acquisire informazione di alta qualità per valutare la qualità della cura
- usare i dati per il cambiamento

GRAZIE !

“CROSSING THE QUALITY CHASM”: UTILIZZARE L’INFORMAZIONE PER MIGLIORARE LA QUALITA’



- **Rafforzare l’infrastruttura informativa** per valutare e migliorare la qualità (meno sviluppata nell’area della salute mentale che per il resto della medicina)
- Migliore disseminazione delle evidenze
- Supporto le pratiche di miglioramento della qualità sul luogo di cura
- Anche se fino ad ora non ci sono evidenze derivate da RCT che un migliore utilizzo delle informazioni migliorino la qualità della cura

L'ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA - 1

- ***Gli operatori sanitari dovrebbero garantire il tempo necessario a costruire una relazione supportiva con i familiari e ciò dovrebbe essere considerato come un elemento essenziale dell'assistenza normalmente offerta (LINEE GUIDA NICE)***

- **nel 2001 il 55% pazienti di età inferiore ai 35 anni, che vivono nella famiglia di origine e ricevono solo interventi nei CSM, non ha alcun intervento specifico rivolto alla famiglia (colloqui con i familiari, interventi psicoeducativi, gruppi di familiari)**

L'ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA - 2

ITEM 9 : PROBLEMI RELAZIONALI

0. assenza di problemi significativi durante il periodo considerato

1. problemi minori, senza rilevanza clinica

2. evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni di sostegno: il paziente se ne lamenta e/o i problemi sono manifesti alle altre persone

3. problemi gravi e persistenti dovuti ad un ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali e/o alla presenza di relazioni che non offrono benessere e sostegno

4. isolamento sociale grave, che causa sofferenza al paziente, dovuto all'incapacità di comunicare socialmente e/o al completo ritiro dalle relazioni sociali

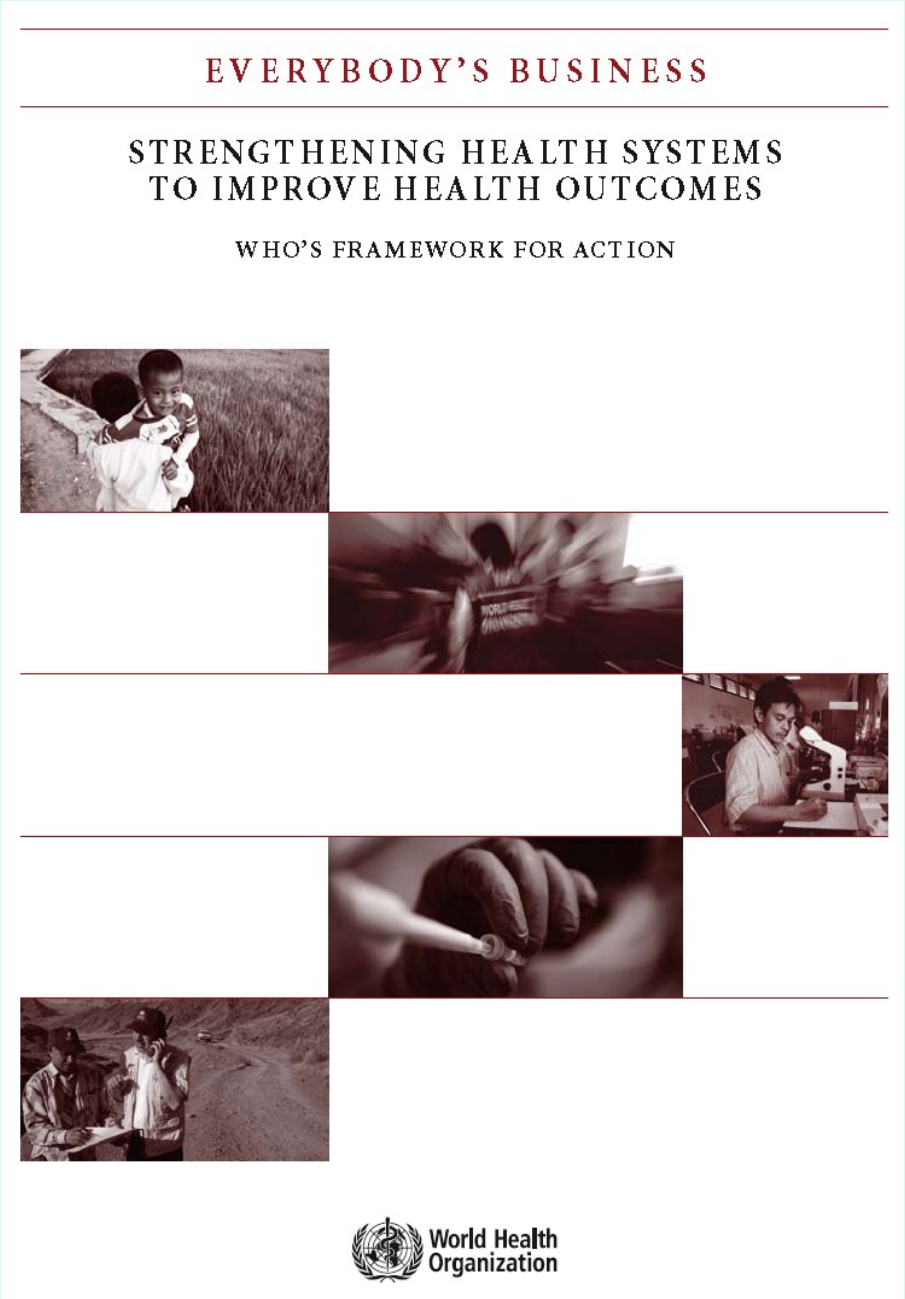
437 pazienti con diagnosi di schizofrenia con meno di 35 anni, che vivono con familiari, in cura nel 2000 solo presso il CSM e **con problemi relazionali**

	GRAVITA'	
NUMERO INTERVENTI	**Bassa (0-1)**	**Alta (2-4)**
0	**69%**	**51%**
1-2	**18%**	**23%**
> 2	**13%**	**26%**

What is a mental health system?

WHO-AIMS definition:

- All the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain mental health.
- The mental health system includes all organizations and resources focused on improving mental health.



Inadequate mental health systems are one of the main obstacles to scaling-up interventions.

System components

- Enabling frameworks
  - Mental health legislation
  - Mental health policy at national, regional, district, agency levels
  - Mental health policy implementation plans
  - Mental health policy evaluation plans

System components

- Facilities
  - Mental hospitals
  - General hospital units
  - Community mental health centres
  - Day treatment facilties
  - Primary care clinics
  - Residential rehabilitation facilities
  - Supported accommodation facilities

System components

- Human Resources
  - Mental health system policy makers and managers
  - Psychiatrists
  - Mental health nurses
  - Clinical psychologists
  - Social workers
  - Occupational therapists
  - Primary care doctors with additional MH training
  - General primary care nurses with additional MH training
  - Community volunteers
  - Etc.

System components

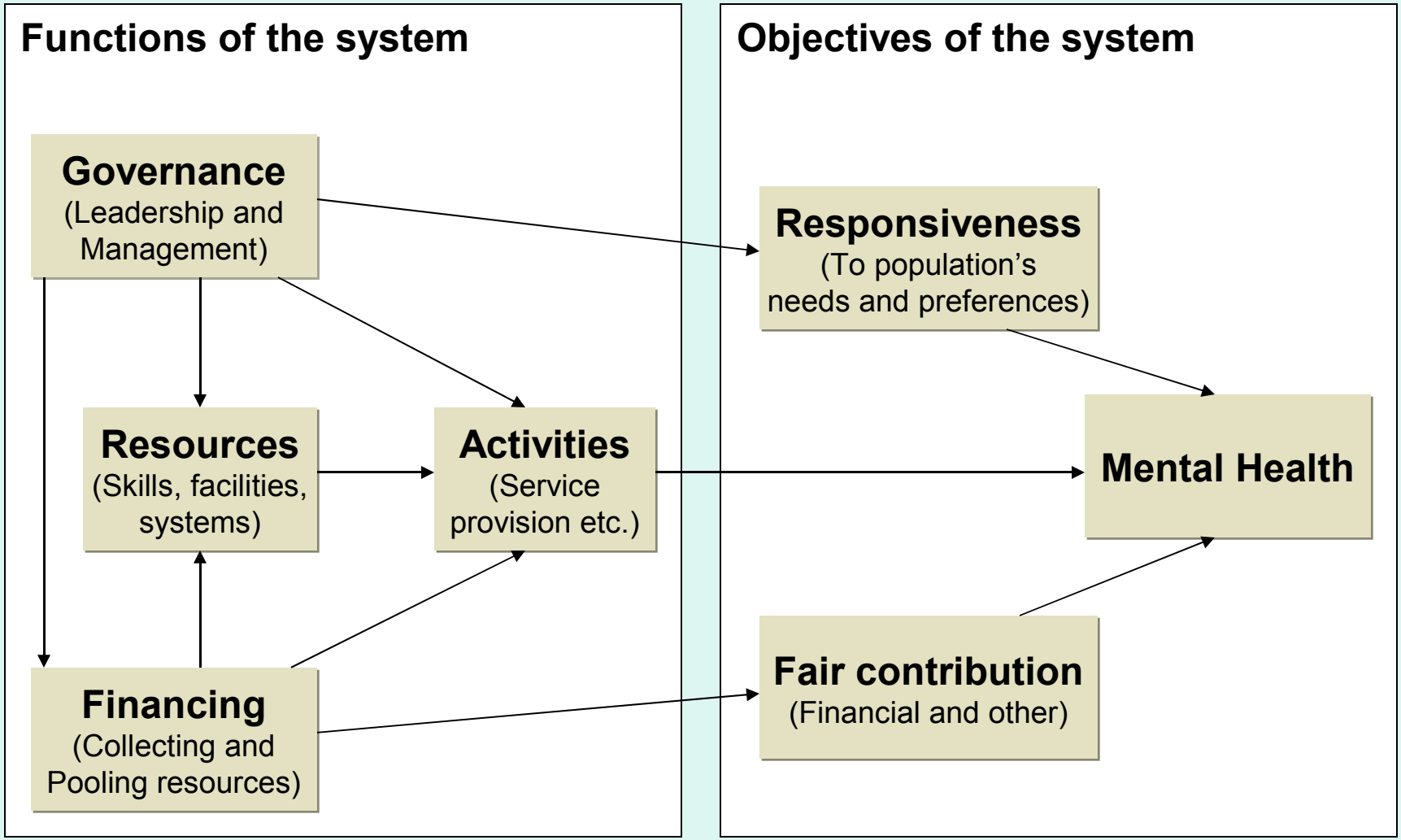
- System connectedness
  - How are the disparate components of the system connected?
    - Mental health information system
    - Referral systems
    - Collaborative arrangements

Un messaggio chiaro a amministratori e operatori che vogliono sviluppare programmi di trasferimento delle conoscenze nei servizi di salute mentale

Devono avere una preparazione rigorosa prima di partire!

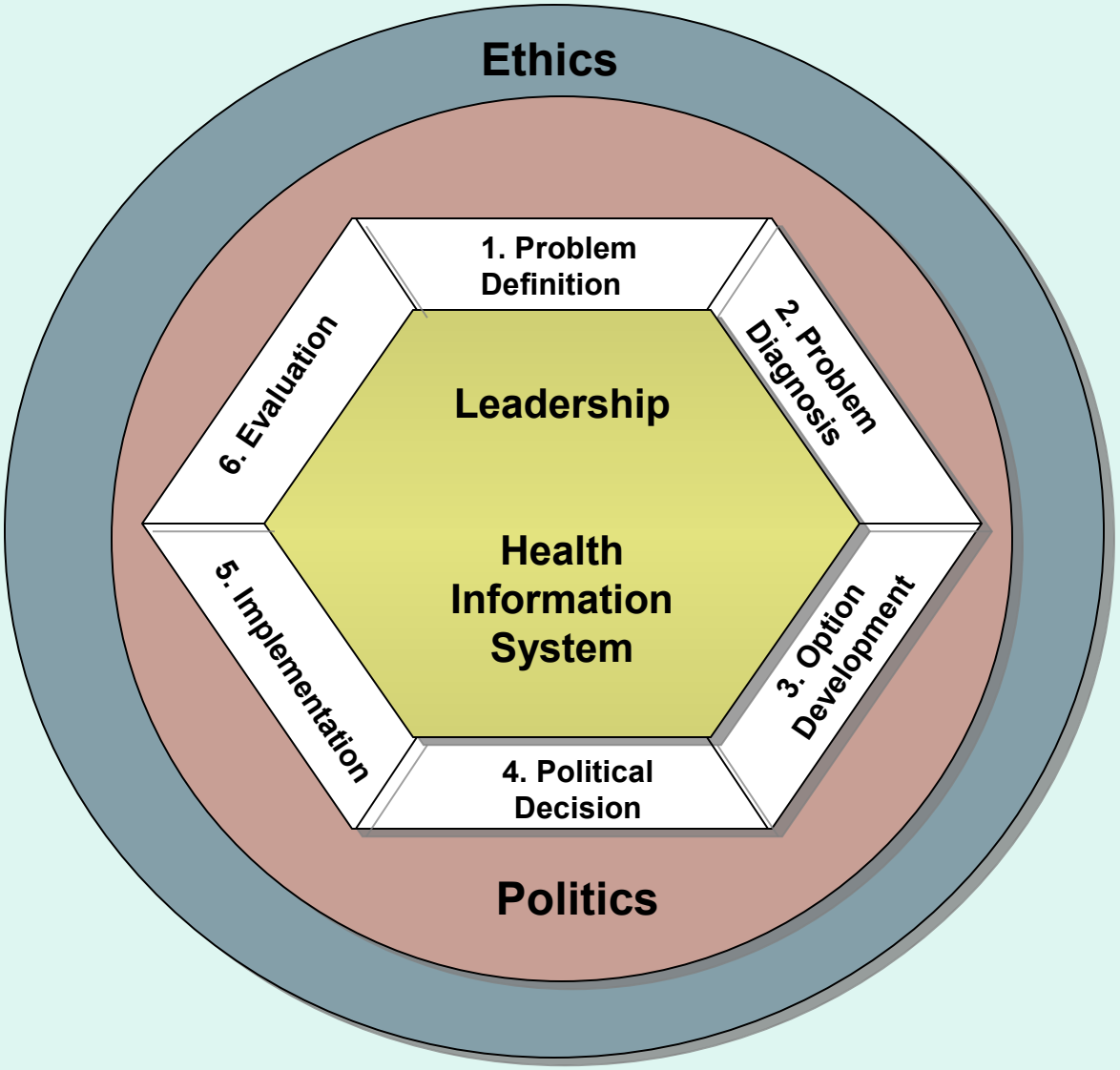
- Combinazione di trattamenti farmacologici e psicosociali è efficace
- Necessità di migliore integrazione di trattamenti, riabilitazione e supporto a livello di team clinico aumenta l'efficacia in misura maggiore dell'integrazione a livello organizzativo o di sistema
- Il tentativo di implementare a livello generale interventi EBMH è fallita
-

Functions and Objectives of a mental health system



Modified from WHR 2000

The health system reform cycle



- Health system reform can usefully be seen as a cycle
- Reform in the real world can begin at any point in the cycle and may skip stages
- There is a common tendency to advocate solutions without adequate analysis of problems
- The reform process always occurs in particular political and ethical contexts

Indicators linked to quality / health system performance

Quality Dimension	Indicators (Health Information System)
1. Effectiveness	Clinical and social outcomes data
2. Appropriateness	Needs assessment and consumer demand and satisfaction
3. Efficiency	Cost-effectiveness data
4. Responsiveness	Monitoring of abuse of rights
5. Accessibility	Service use data (social, geographic, etc.)

Indicators linked to quality / health system performance

Quality Dimension	Indicators (Health Information System)
6. Safety	Mortality, Seclusion, Critical Incidents (e.g. suicide attempts, violence)
7. Continuity	Evidence of system connectedness (e.g. referral systems)
8. Capability	Skills of staff and adequacy of resources of agencies (e.g. drug supply)
9. Sustainability	Financing, training, etc. (financial, human, physical)

ALCUNE DIMENSIONI DELLA QUALITA' IN UN SISTEMA DI SALUTE MENTALE

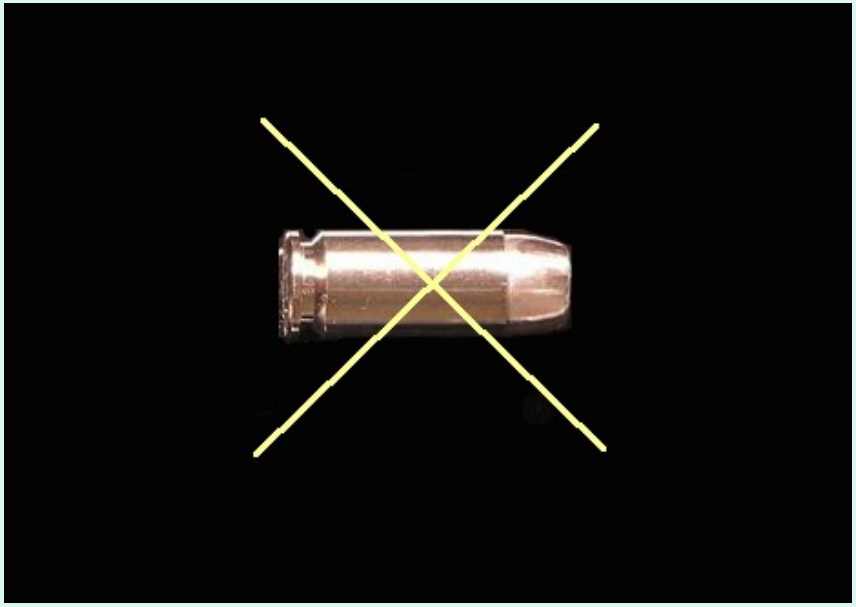
- **ACCESSIBILITA**' la possibilità per gli utenti di ottenere i servizi adeguati ai loro bisogni "nel tempo giusto e nel luogo giusto"
- **APPROPRIATEZZA** i servizi erogati sono finalizzati ai bisogni degli utenti e legati a standard di qualità
- **CONTINUITA**' il sistema è globale, comprensivo, ha la capacità di erogare attività in modo coordinato e senza discontinuità attraverso i programmi, i servizi e le strutture rispondendo ai bisogni individuali dei pazienti
- **EFFICACIA NELLA PRATICA QUOTIDIANA** la capacità di strutture e servizi di salute mentale di migliorare gli esiti nelle condizioni di funzionamento routinario dei servizi

- **EFFICIENZA** i servizi ottengono i risultati con un uso costo-effettivo delle risorse
- **SICUREZZA** i servizi evitano o minimizzano per utenti, familiari, operatori e popolazione i possibili rischi associati agli interventi o alla assenza di intervnto
- **ACCETTABILITA**' i servizi rispondono alle aspettative degli utenti, della popolazione e degli ammnistratori

Indicators linked to quality / health system performance

Quality Dimension	Indicators (Health Information System)
6. Safety	Mortality, Seclusion, Critical Incidents (e.g. suicide attempts, violence)
7. Continuity	Evidence of system connectedness (e.g. referral systems)
8. Capability	Skills of staff and adequacy of resources of agencies (e.g. drug supply)
9. Sustainability	Financing, training, etc. (financial, human, physical)

- CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI cambiamento che coinvolge un mutamento nella erogazione della cura, sia rispetto a chi la eroga, sia u come è organizzata e sul luogo di cura
- **Team clinici multidisciplinari** formati da diverse figure professionali
- **Servizi di cura integrati**: un sistema di cure organizzato per pazienti con una specifica patologia secondo uno specifico protocollo e che copre dall'educazione, al monitoraggio al trattamento . Chiamato disease management programs o integrated care pathways
- **Gestione delle informazioni**: organizzazione ottimale delle informazioni all'interno della organizzazione (SI)
- Gestione della qualità approcci focalizzati sul cliente, sui continui sforzo per migliorare, sulla misura delle attività total quality management e contnuous quality improvement



- .
- troppe informazioni sui trattamenti, mentre poche informazioni sui sistemi di salute mentale

IL TRASFERIMENTO DELLE EVIDENZE NELA PRATICA QUOTIDIANA - 1

- Il cambiamento è possibile quando sono usati interventi specifici e ben disegnati: non esistono soluzione naive
- Nessuno di questi interventi funziona in tutti i setting ed anche i programmi migliori hanno un effetto moderato (8-10%)
- Numerosi problemi: barriere organizzative, richieste dei pazienti, conflitti sul luogo di lavoro, ruolo di incentivi economici, bisogno di avere pause sul lavoro)
- Fino ad oggi abbiamo pensato alle evidenze a i contenuti ora dobbiamo pensare alle strategie per seminare le evidenze
- Diversi interventi possibili focalizzati
  - sulle conoscenze e le attitudini di professionisti,
  - sulle richieste di pazienti,
  - su diverse modalità organizzative,
  - su rinforzi finanziari
  - su interventi direttivi per applicare la EBMH)

THE NETWORK OF MENTAL HEALTH FACILITIES

CSM

1 per 80,000 residents

SEMIRESIDENZIALITA

1,2 place per 10,000 > 14

NO MENTAL HOSPITAL

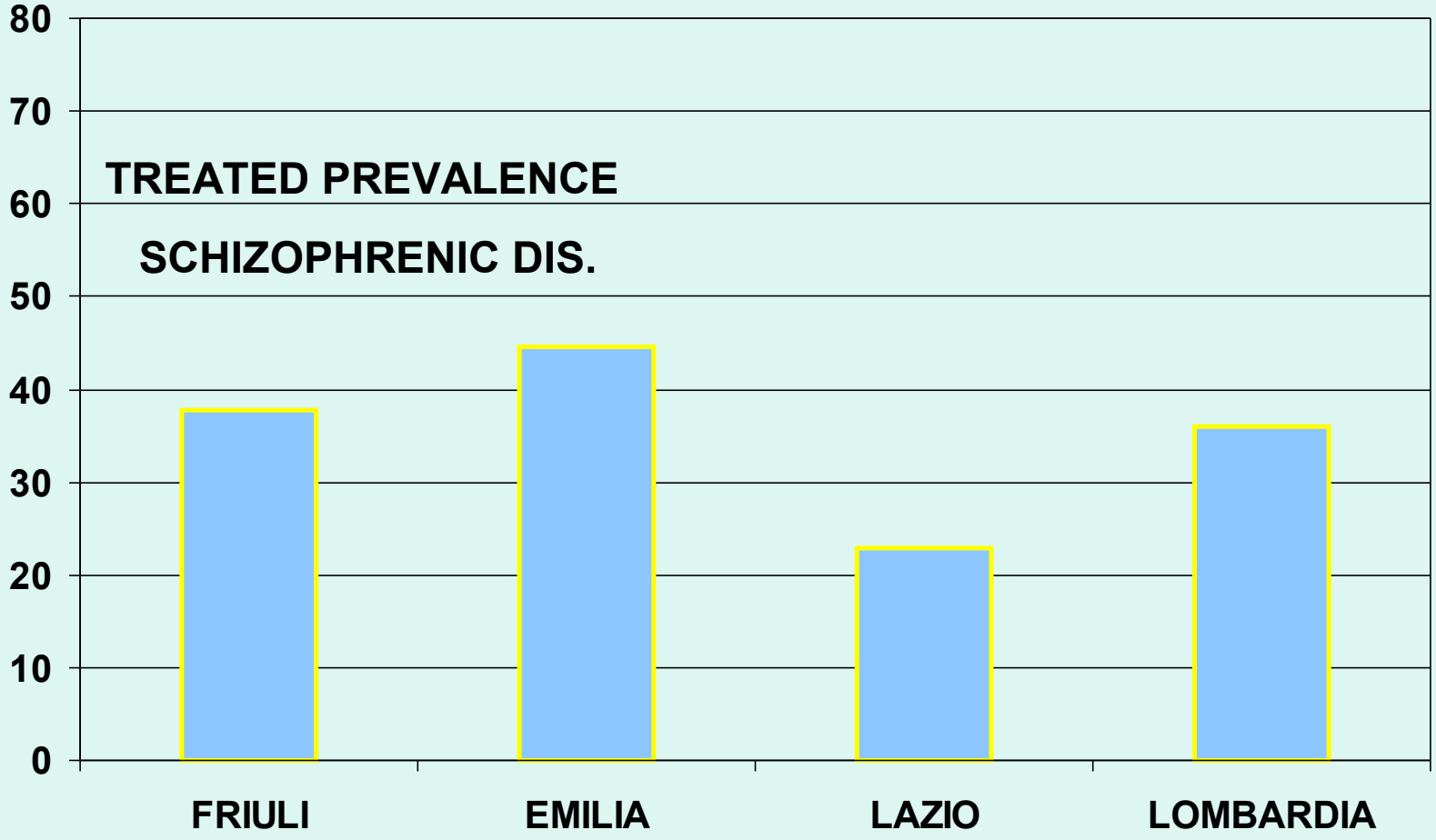
GENERAL HOSPITAL UNIT

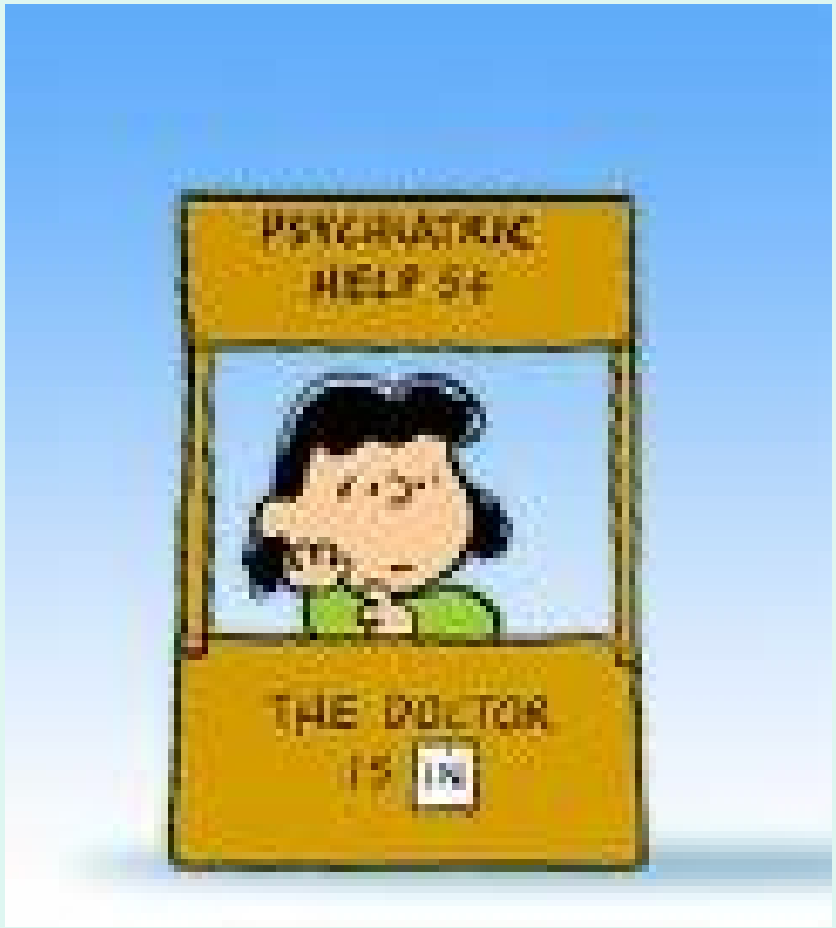
1.7 p/l per 10.000

RESIDENZIALITA'

3 p/l per 10.000 > 14

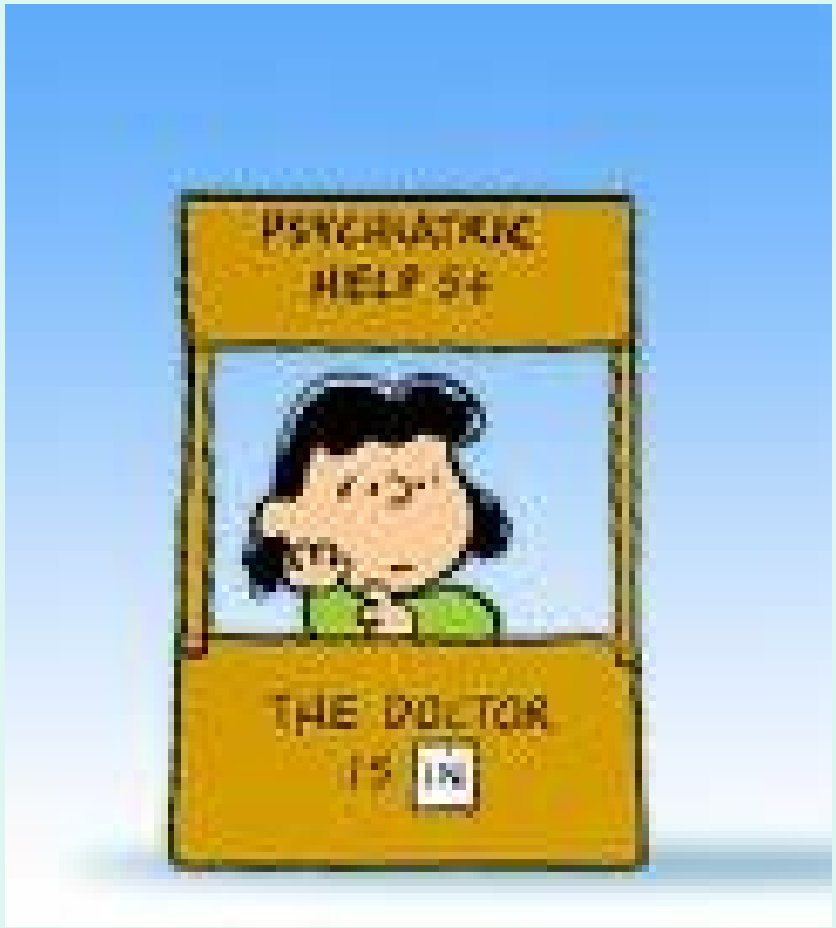
TREATED PREVALENCE AND COVERAGE





….rendere più efficaci gli interventi

PSYCHIATRIC
HELP 5¢
THE DOCTOR
IS IN


PSYCHIATRIC
HELP 5¢
THE DOCTOR
IS IN

Tabula noua partis Africæ.
MARE
MEDITERRANEUM
HISPANIE PARS
Egipt
Tropicus Cancri
REGNUM NUBIE
LIBIA INTERIOR
AFRICÆ PARS
ETIOPIA
PER TOTUM
REGNUM ORGUENE
OCEANUS
OCCIDENTALIS
Equinoctialis Circulus

migliorare attraverso l'intergrazione rapida di pratiche EBMH e di misure

- Per intergrare best prectices nei servizi di salute mentale:
  - Determinare quali siano le best practices
  - Sviluppare una descrizione accurata di quale sia il<livello di adrenza
  - Presentarlo in tempi ragionevoli
- L'implementazione di EBMH deve avvenire nel contesto del miglioramnto di qualità e non come costrizione esterna.
- I dati non significano nulla a meno che non siano utilizzati per il cambiamento

Migliorare attraverso l’espansione della Information Technology

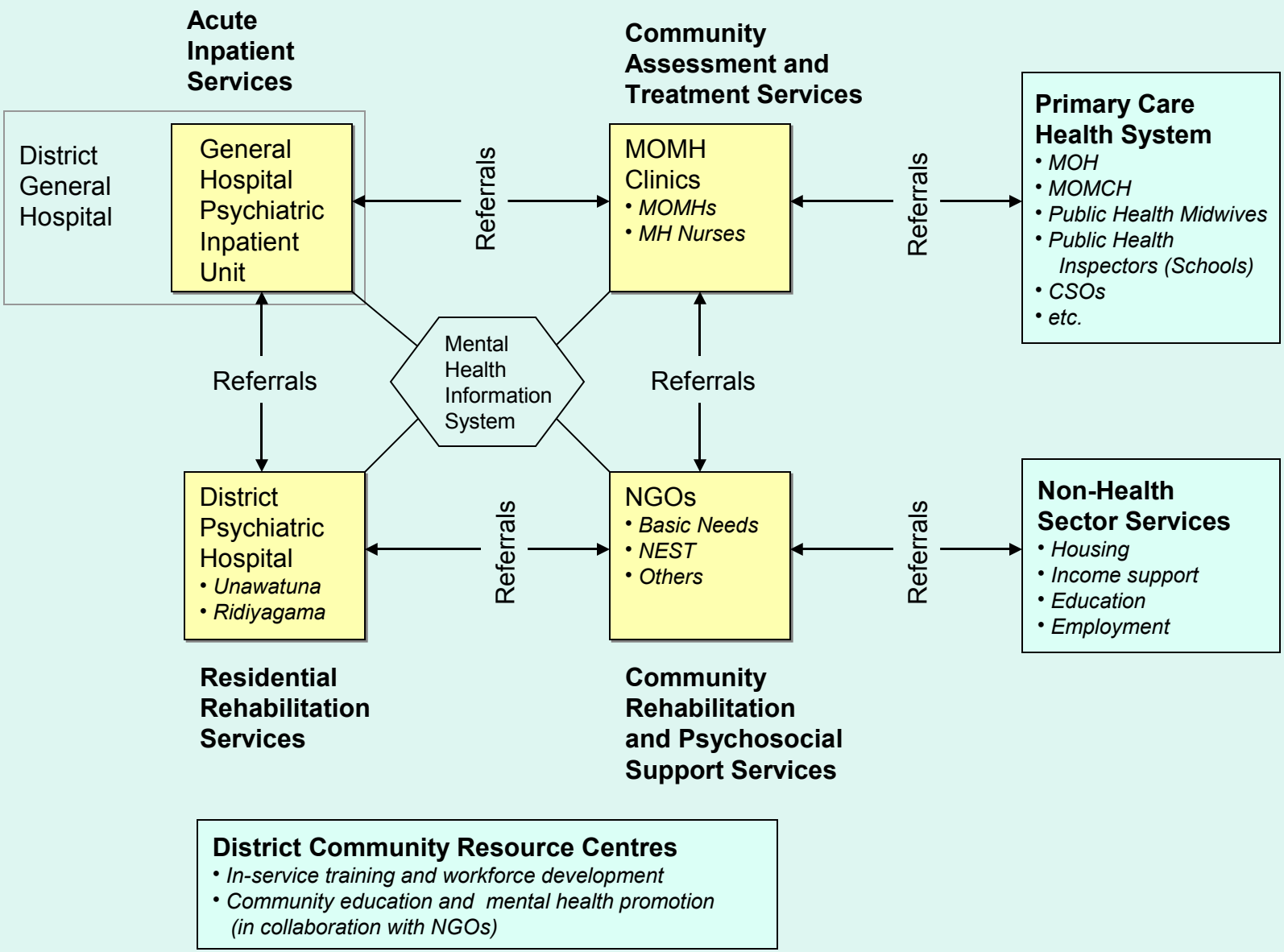
- IT può essere un fttore determinante per miglioarre l’accesso e la coordinazione dei servizi di salute mentale attravrso accellerazione, equalizzazione e disintermediazione
  - RELAZIONE PAZIENTE OPERATORE Diretta comnicazione tra pazienti e oratori (prenotazione e “consulti” via internet,non solo email ma anche video streaming una forma più vicina la colloquio
  - RELAZIONI TRA OPERATORI Comunicazione diretta tra operatori e migliore coordnazione della cura non solo attraverso comunicazione dirette ma anche un il SI clionicmnte intergrato

- Sviluppare un sistema informatio elettronico incentrato sul paziente e intergato tra le diverse settori

LA RICERCA DEL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ: INTEGRARE LE *BEST PRACTICES* NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

- Scegliere l'area clinica da valutare
- Misurare attraverso indicatori le modalità attuali di cura
- Dare feed-back ai professionisti
- L'implementazione di EBMH deve avvenire nel contesto del miglioramento di qualità e non come costrizione esterna
- Scegliere il setting e i gruppi a cui rivolgersi
- Analizzare quali sono gli ostacoli al cambiamento prima di scegliere le modalità di intervento
- Valutare se esiste una positiva attitudine al cambiamento
- Utilizzare misure valide per misurare il cambiamento

Mental Health System Connectedness



District Community Resource Centres
- *In-service training and workforce development*
- *Community education and mental health promotion (in collaboration with NGOs)*

POLITICHE E FINANZIAMENTO

RETE DEI SERVIZI

POPOLAZIONE

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

COLLEGAMENTO CON ALTRI SETTORI SANITARI E NON SANITARI

ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI

CURE PRIMARIE

PREVENZIONE E PROMOZIONE SALUTE MENTALE

SISTEMA INFORMATIVO E RICERCA

Disease Burden of Selected Major Psychiatric Disorders, By Region, 2001

	DALYs Lost Annually per One Million Population			
Region	**Schizophrenia**	**Bipolar Disorder**	**Depression**	**Panic Disorder**
Sub-Saharan Africa	1,716	1,803	4,905	777
Latin America and the Caribbean	2,049	1,678	9,919	777
Middle East and North Africa	2,247	1,830	6,544	852
Europe and Central Asia	1,630	1,400	8,944	713
South Asia	2,087	1,612	10,507	779
East Asia and the Pacific	2,126	1,685	7,594	757
High-income countries	1,201	1,137	9,054	577
World	1,894	1,583	8,431	740

Source: *Disease Control Priorities in Developing Countries,* second edition, 2006, Table 31.1

DALYs Averted by a Mental Health Care Package, By Region

Intervention	DALYs Averted Annually per One Million Population					
	Sub-Saharan Africa	Latin America/ Caribbean	Middle East/ North Africa	Europe/ Central Asia	South Asia	East Asia/ Pacific
Schizophrenia: older antipsychotic drugs plus psychosocial treatment	254	373	364	353	300	392
Bipolar disorder: older mood-stabilizing drugs plus psychosocial treatment	312	365	322	413	346	422
Depression: proactive care with newer antidepressant drugs	1,174	1,953	1,806	1,789	1,937	1,747
Panic disorder: newer antidepressant drugs	245	307	287	307	284	330
Total effect of interventions	1,985	2,998	2,779	2,862	2,867	2,891

Source: *Disease Control Priorities in Developing Countries,* second edition, 2006, Table 31.7

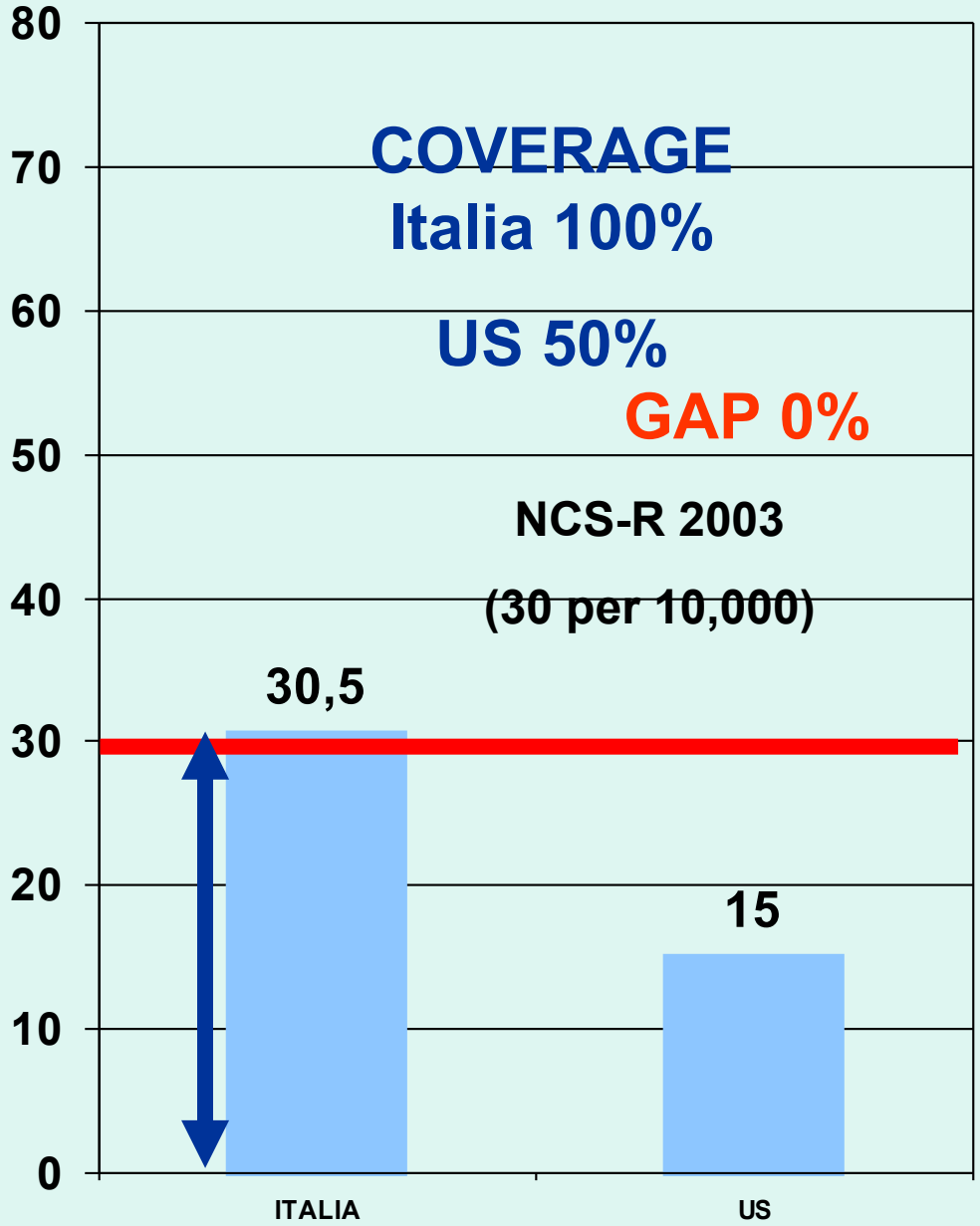
Cost-effectiveness of a Mental Health Care Package, By Region

Intervention	DALYs Averted per $1 Million Expenditure					
	Sub-Saharan Africa	Latin America/ Caribbean	Middle East/ North Africa	Europe/ Central Asia	South Asia	East Asia/ Pacific
Schizophrenia: older antipsychotic drugs plus psychosocial treatment	544	206	226	267	574	522
Bipolar disorder: older mood-stabilizing drugs plus psychosocial treatment	647	203	262	298	560	446
Depression: proactive care with newer antidepressant drugs	652	407	452	502	690	675
Panic disorder: newer antidepressant drugs	1,588	1,155	1,339	1,350	1,765	1,649

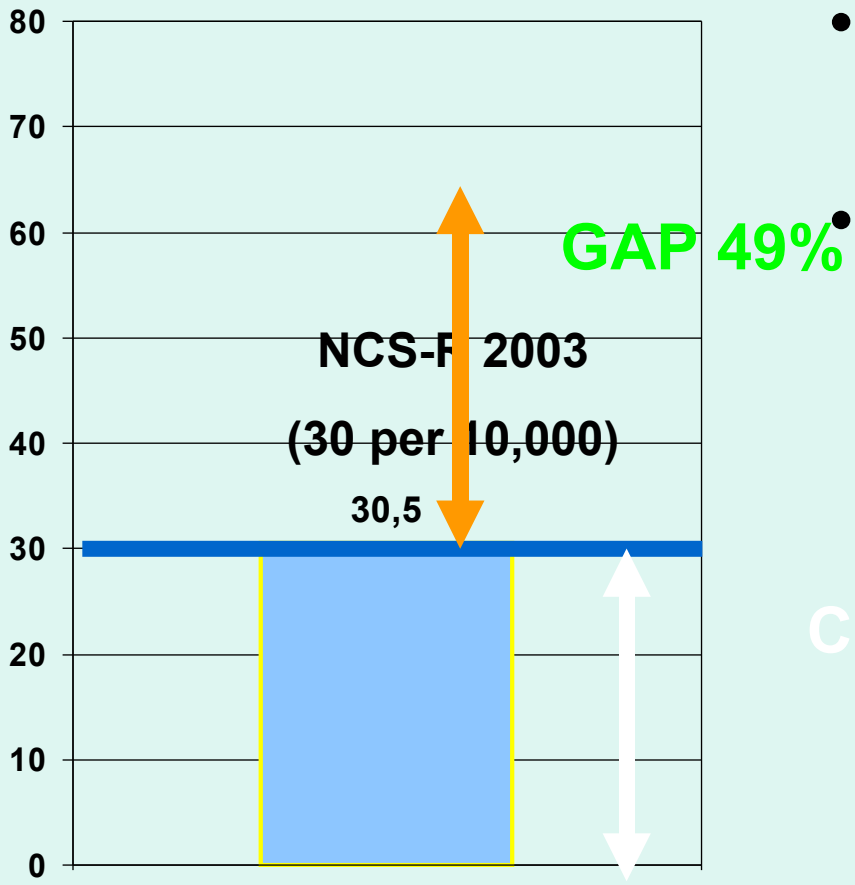
Source: *Disease Control Priorities in Developing Countries,* second edition, 2006, Table 31.7

ACCESSIBILITA' : IL TRATTAMENTO DELLA SCHIZOFRENIA NEI DSM

Se invece utilizziamo
la stima di prevalenza
Confronto con gli US



IL TRATTAMENTO DELLA SCHIZOFRENIA NEI DSM



- In US il coverage è 50%
- In Italia 100%

Accesibilità nei servizi psichiatrici in US

- 22% dei disturbi ansiosi
- 33% dei disturbi depressivi

Migliorare il sistema…

ACCESSIBILITA’

- Wang et al 2002 *NCS-1992* SMI coloro che ricevono un trattamento sono il 40%
- Wang et al. (2000) *MIDUS-1996* SMI coloro che ricevono un trattamento sono il 70%

ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO

1. 51% dei pazienti con disturbi di ansia
2. 52% dei pazienti con disturbi depressivi

- Wang et al 2002 *NCS-1992:*
  - 40% dei SMI ha ricevuto un trattamento
  - coloro che ricevono un trattamento minimamente adeguato sono il 39% (varia tra il 7% della schzofrenia e il 48% dei disturbi ansiosi)
- Wang et al. (2000) *MIDUS-1996* tra SMI coloro che ricevono un trattamento minimamente adeguato sono il 25%
- Wang et al (2005) *NCS-R-2002* 48% dei pazienti riceve un trattamento minimamente adeguato nei servizi di salute mentale

ADEGUATEZZA

- Trattamento minimamente adeguato Nei 12 mesi almeno 4 visite con uno psichiatra o MMG + la prescrizione di un farmaco AP o AD
- Wang et al 2002 *NCS-1992* SMI coloro che ricevono un trattamento minimamente adeguato sono il 40%
- Wang et al. (2000) *MIDUS-1996* SMI coloro che ricevono un trattamento minimamente adeguato sono il 70%
- Wang et al 2002 NCS: solo il 15% dei SMI ricevono un trattamentoe tra coloro quelli che ricevono un trattamento minimamnete adeguato varia tra il 7% della schzifrenia e 48% dei disturbi ansiuosi
- Wang et al (2005) NCS-R 48% dei pazienti riceve un trattamento minimamente adeguato nei servizi di salute mentale

ALCUNE DIMENSIONI DELLA QUALITA' IN UN SISTEMA DI SALUTE MENTALE

Dimensione	
Accessibilità	la possibilità per gli utenti di ottenere i servizi adeguati ai loro bisogni "nel tempo giusto e nel luogo giusto"
Appropriatezza Adeguatezza	i servizi erogati sono finalizzati ai bisogni degli utenti e legati a standard di qualità
Continuità	La capacità di un servizio di salute mentale di offrire interventi al paziente caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un periodo lungo di tempo tra episodi di cura (**continuità longitudinale**) e coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi e all'interno dei team (**continuità cross-sectional**)
Effectiveness	la capacità di strutture e servizi di salute mentale di migliorare gli esiti nelle condizioni di funzionamento routinario dei servizi

APPROPRIATEZZA CLINICA

La misura di quanto un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. L'appropriatezza specifica è un concetto fondamentale della qualità professionale.

ADEGUATEZZA

i servizi erogati sono finalizzati ai bisogni degli utenti e legati a standard di qualità

- **Trattamento minimamente adeguato** nei 12 mesi (Wang 2008) :

  almeno 4 visite con uno psichiatra o MMG

  +

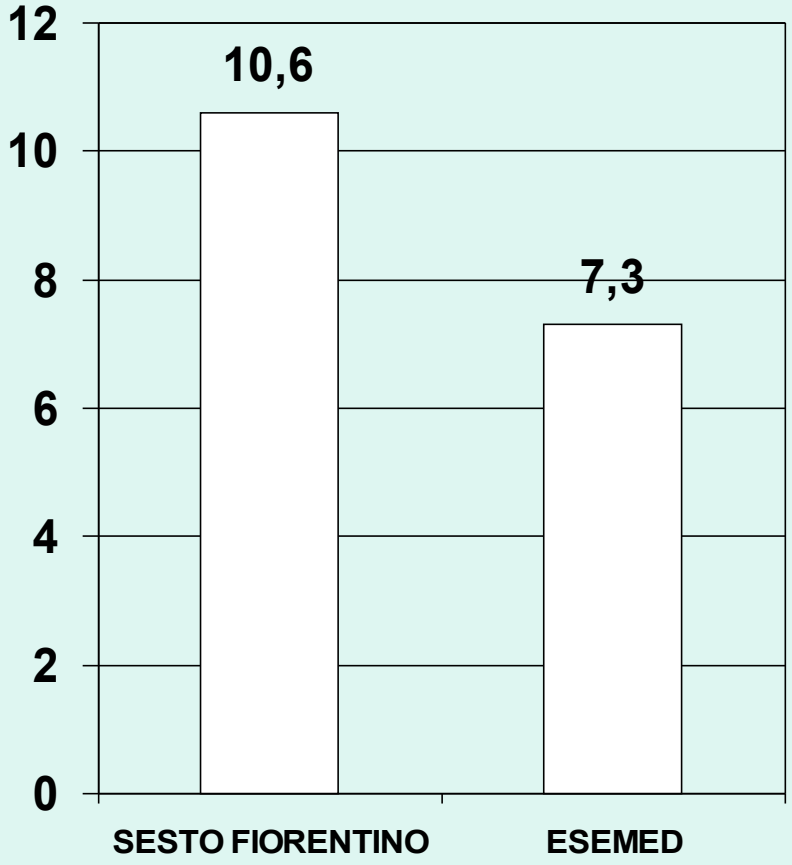
  la prescrizione di un farmaco AP o AD per almeno 2 mesi

  oppure

  almeno 8 sedute di psicoterapia

LAVARE E
DISINFETTARE
MANI ED ATTREZZI
PRIMA, DURANTE E
DOPO OGNI LAVORO

ACCESSIBILITA': PREVALENZA DI DISTURBI MENTALI NELLA POPOLAZIONE



- ESEMED (2001-2002) circa 4.700 pazienti (De Girolamo 2005): 16.9% delle persone con disturbo mentale ha fatto ricorso ad un servizio sanitario; di queste 38% solo MMG, 27% psichiatra o psicologo ed 28& sia MMG che specialista
- Circa 1/3 riceve un trattamento minimamente adeguato
- Il 51% di coloro che hanno un **disturbo grave** riceve un

CHE COSA E' UN SISTEMA DI SALUTE MENTALE?

- Un sistema di salute mentale è formato da tutte le attività il cui scopo principale è promuovere, mantenere e migliorare la salute mentale.
- Un sistema di salute mentale include tutte le organizzazioni e risorse, il cui fine principale è il miglioramento della salute mentale della popolazione che vive nell'area di riferimento.

Organizzazione Mondiale della Sanità

EVIDENZE E PRATICHE

- Squilibrio tra velocità con cui acquisiamo conoscenze sugli interventi efficaci e la capacità di trasferirli nella pratica di tutti i giorni.
- Esiste un gap sempre più ampio tra la cura che il paziente ***riceve*** e quella che ***potrebbe ricevere***
- Fallimento a implementare trattamenti riconosciuti come effettivi
- Dal 30% al 45% dei pazienti non riceve trattamenti ottimali dal punto di vista dell'efficacia
- Andrews (2003): gli interventi attualmente erogati riducono solo il 13% del carico della schizofrenia, quando se erogassimo gli interventi ottimali basati sulle evidenze ridurremmo senza costi aggiuntivi il carico del 22%

IL TRASFERIMENTO DELLE EVIDENZE NELA PRATICA QUOTIDIANA - 3

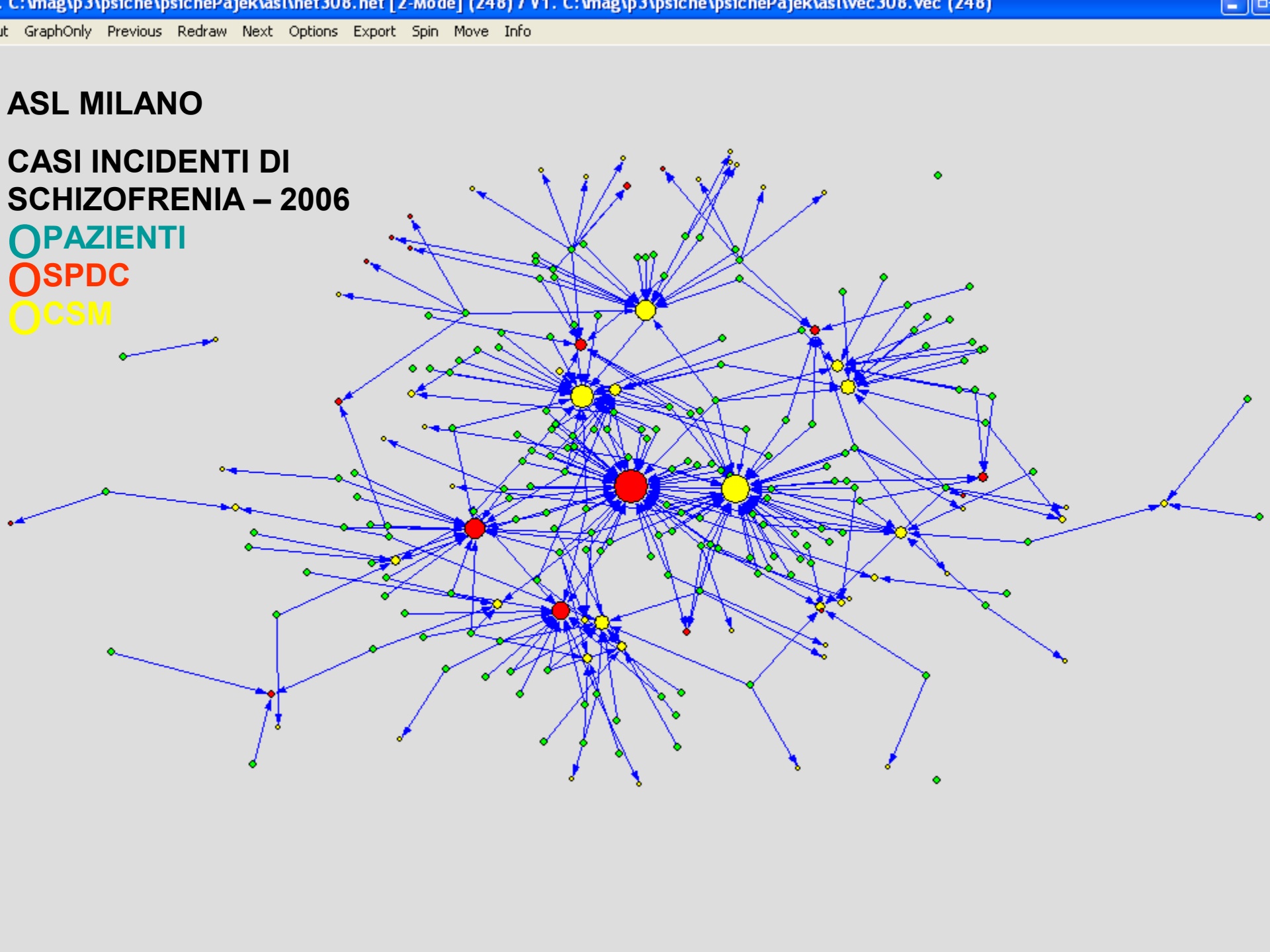
- Le strategie convenzionali (disseminazione di evidenze tramite corsi, training,) non funzionano da sole e possono essere solo parte di un approccio più complessivo
- Funzionano gli approcci che sono focalizati ai **cambiamenti organizzativi** (collaborazione tra più figure professionali) e le **strategie di coordinazione della cura e all'integrazione dei servizi**
- Funzionano strategie complessive con **diverse tipologie di intervento**, che interessino in un approccio a più livelli pazienti e familiari,clinici, l'organizzazione e il sistema di finanziamento
- È necessario "tagliare" le LG e i modelli di cura alle condizioni locali

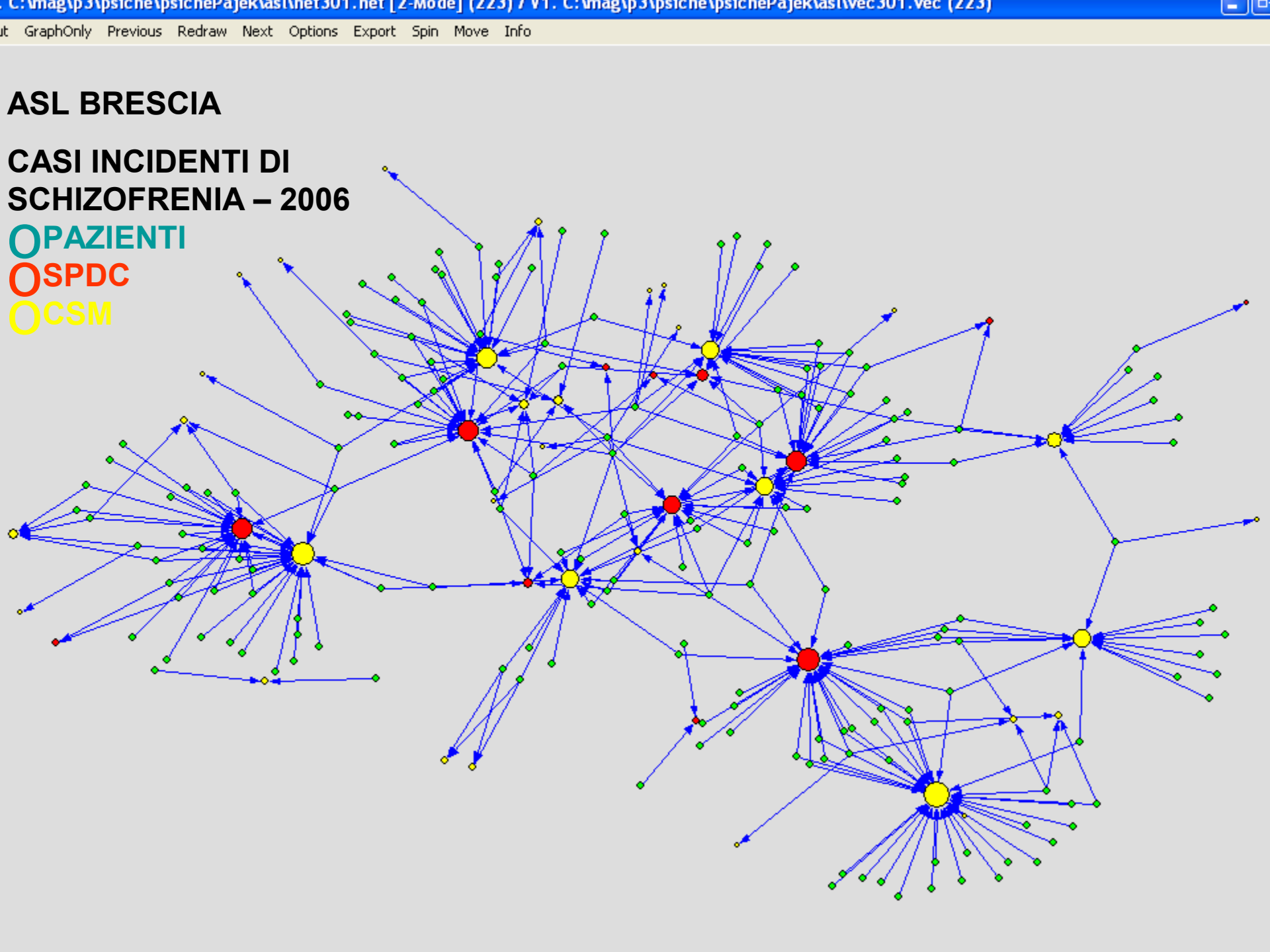
UN ESEMPIO:LAVARSI LE MANI

- Prevenzione del 15-30% delle infezioni intraospedaliere
- Interventi educativi: *effetti a breve termine*
- Reminders: *effetti modesti*
- Feedback sulla frequenza di lavaggio: *effetti significativi ma a breve termine* quando finisce il feedback
- Nuovi strumenti (sapone liquido) *effetti modesti*
- Interventi misti complessi: *effetto positivo e sostenuto*

LA RICERCA DEL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ: INTEGRARE LE *BEST PRACTICES* NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

- Scegliere l'area clinica da valutare
- Misurare attraverso indicatori le modalità attuali di cura
- Dare feed-back ai professionisti
- Supporto le pratiche di miglioramento della qualità sul luogo di cura
- L'implementazione di EBMH deve avvenire nel contesto del miglioramento di qualità e non come costrizione esterna


C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\net308.net [2-Mode] (248) / V1: C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\vec308.vec (248)
GraphOnly Previous Redraw Next Options Export Spin Move Info
ASL MILANO
CASI INCIDENTI DI SCHIZOFRENIA – 2006
PAZIENTI
SPDC
CSM


C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\net301.net [2-Mode] (223) / V1: C:\mag\p3\psiche\psichePajek\asl\vec301.vec (223)
GraphOnly Previous Redraw Next Options Export Spin Move Info
ASL BRESCIA
CASI INCIDENTI DI SCHIZOFRENIA – 2006
PAZIENTI
SPDC
CSM

CONTINUITA' DELLA CURA - 1

La capacità di un servizio di salute mentale di offrire interventi al paziente caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un periodo lungo di tempo tra episodi di cura (**continuità longitudinale**) e coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi e all'interno dei team (**continuità cross-sectional**)

M.Tansella *"The mental health matrix", 1999*

almeno un contatto ogni 90 giorni nel 365 giorni successivi al primo

- **B 6.3** Numero di utenti che hanno ricevuto in CSM interventi solo da psichiatri o psicologi.

39% ha ricevuto interventi in CSM solo da psichiatri e psicologi, mentre il 12% non ha contatti con il CSM

- **B 6.1** Numero di utenti che nell'anno precedente hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti il primo contatto.

41 % ha continuità di trattamento

- **B 3.2** utenti che, inviati per la prima volta in SPDC o CSM nell'anno precedente per un esordio schizofrenico, sono trattati all'inizio con un antipsicotico atipico per via orale.

36% riceve come primo trattamento un antipsicotico atipico (2003)

- **B 5.1** utenti che hanno ricevuto psicoterapia cognitivo comportamentale nell'anno precedente, suddivisi per numero di interventi ricevuti nell'anno (0, 1-3, 4-10, >10).

84% non ha alcun intervento psicologico
9% tra 1 e 3,
7% più di tre

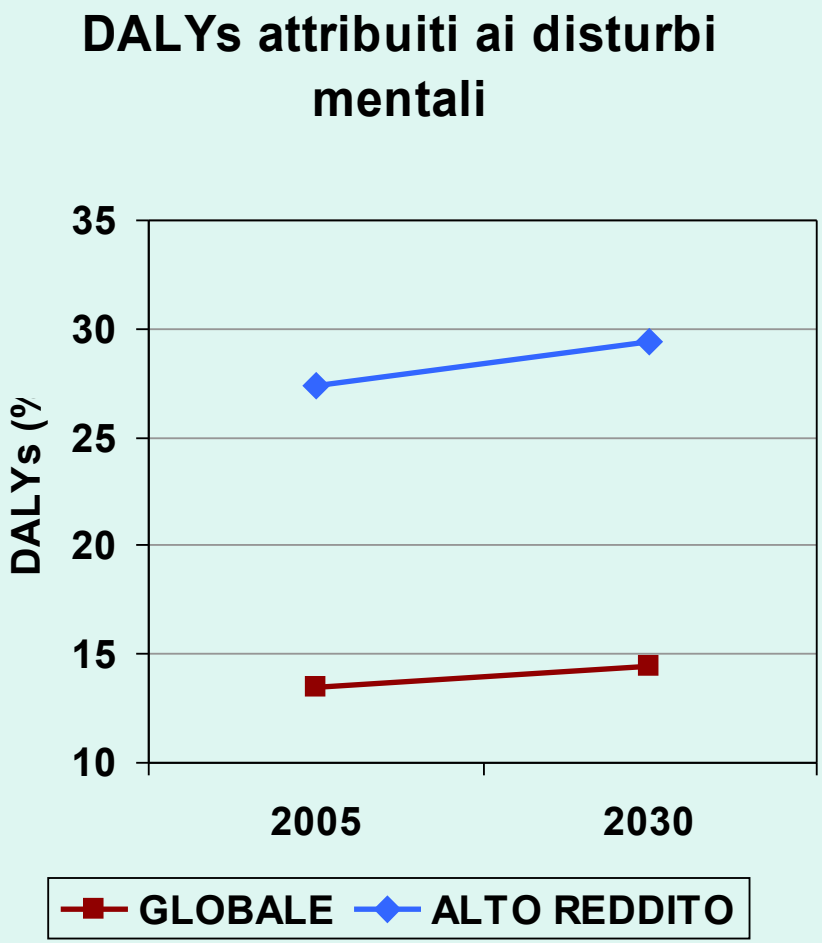
- **B 5.5** Numero di utenti i cui familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi nell'anno precedente, suddivisi per numero di interventi psicoeducativi ricevuti nell'anno (1-3; 4-10; >10).

49% delle famiglie non ha ricevuto alcun intervento specifico, 31% da 1 a3, 20% >3

- **B 6.2** Numero di utenti che hanno ricevuto almeno tre visite al domicilio.

89% non ha ricevuto intervento al domicilio, 6% tra 1-2, 5% più di 2

PERCHÈ OCCUPARSI DI SISTEMI DI SALUTE MENTALE – 1 ?



- **DALYs** = gli anni di vita persi a causa di una morte prematura (*YLL*) + gli anni di vita vissuti con un livello significativo di disabilità (*YLD*)
- A livello globale il **14%** del carico globale delle malattie, misurato in in Disability Adjusted Life-Years (DALYs) può essere attribuitpo ai disturbi neuropsichiatrici ; nei paesi ad alto reddito questa percentuale è doppia (**27%)**
- Le proiezioni dicono che nei prossimi 20 anni la percentuale di DALYs attribuibili ai disturbi mentali crescerà.

PERCHÈ OCCUPARSI DI SISTEMI DI SALUTE MENTALE – 1 ?

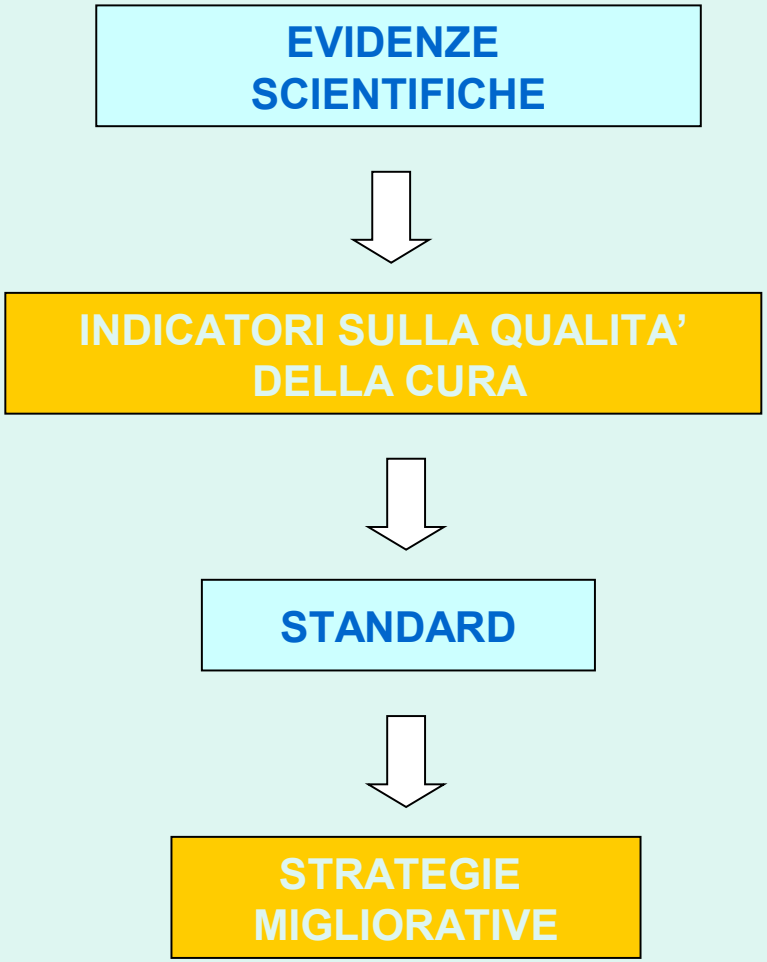
- Un sistema di salute mentale è più complesso della “semplice” rete dei servizi psichiatrici
- Nessun singolo servizio risponde a tutti I bisogni, ma ciò che è necessario è un mix ottimale di servizi
- I nuovi ed efficaci (“EBMH”) trattamenti non possono essere erogati in assenza di un sistema di salute mentale funzionante

PERCHÈ OCCUPARSI DI SISTEMI DI SALUTE MENTALE – 2 ?

Accountability è la responsabilità da parte di chi gestisce di dimostrare in che misura le politiche, i fondi erogati e i programmi ottengono i risultati voluti.

LA RICERCA DEL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ: INTEGRARE LE *BEST PRACTICES* NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

- Scegliere l'area clinica da valutare
- Misurare attraverso indicatori le modalità attuali di cura
- Dare feed-back ai professionisti
- Supporto le pratiche di miglioramento della qualità sul luogo di cura
- L'implementazione di EBMH deve avvenire nel contesto del miglioramento di qualità e non come costrizione esterna



- E' raccomandato il **trattamento farmacologico** dei soggetti al primo episodio di schizofrenia.

36% riceve come primo trattamento un antipsicotico atipico (2003)

- Esistono prove di efficacia della psicoterapia cognitivo comportamentale che consentono di raccomandare tale terapia

84% non ha alcun intervento psicologico
9% tra 1 e 3,
7% più di tre

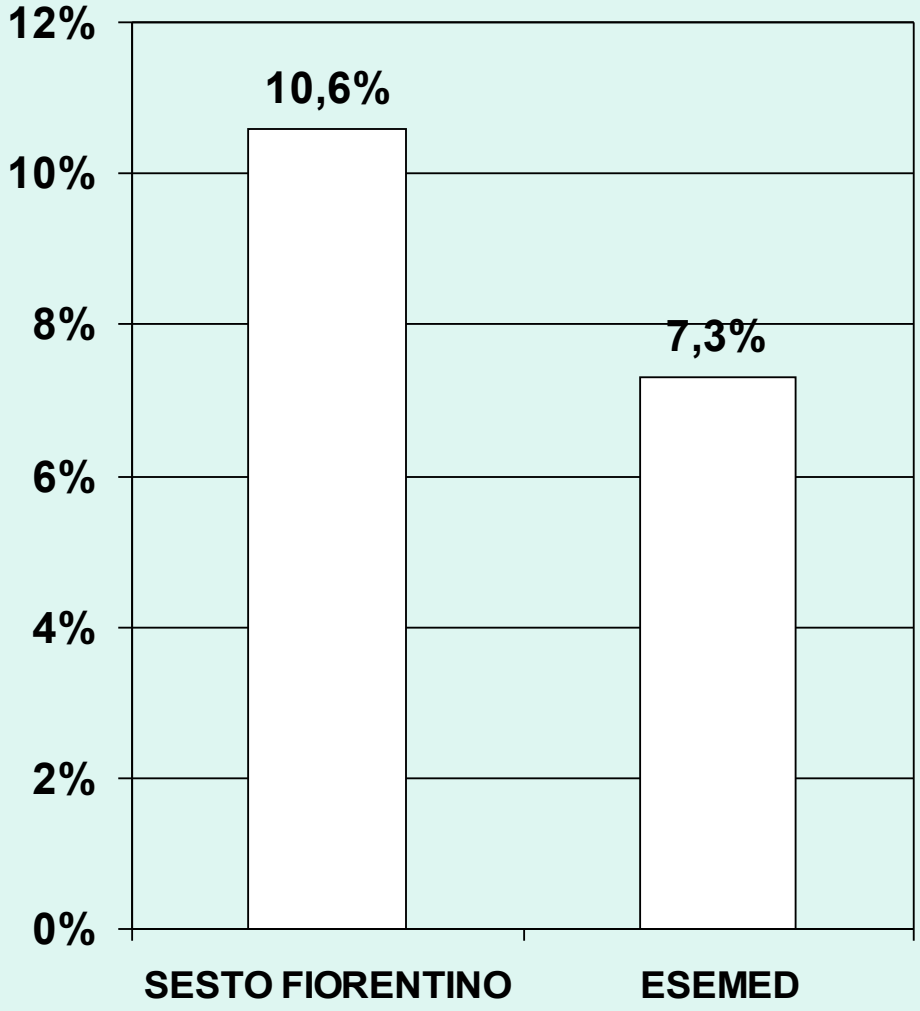
- Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari

49% delle famiglie non ha ricevuto alcun intervento specifico, 31% da 1 a3, 20% >3

- Sono raccomandati interventi con caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità

89% non ha ricevuto intervento al domicilio, 6% tra 1-2, 5% più di 2

ACCESSIBILITA':
DISTURBI MENTALI NELLA POPOLAZIONE



ADEGUATEZZA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEPRESSIVI

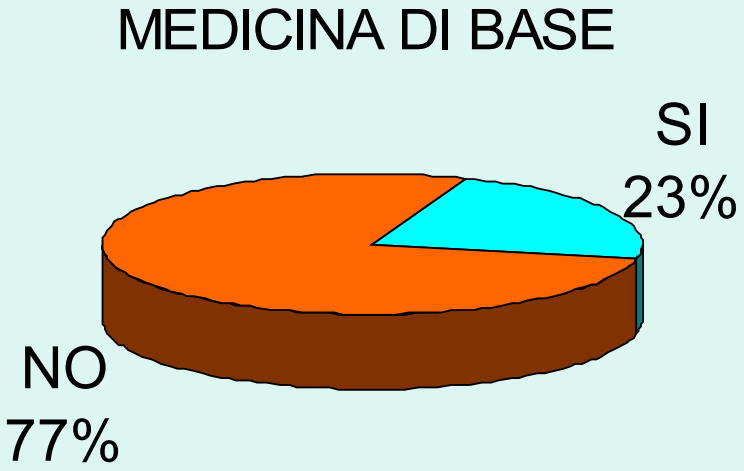
- **Trattamento minimamente adeguato** nei 12 mesi (Wang 2008)

  almeno 4 visite con uno psichiatra o MMG +

  la prescrizione di un farmaco AD per almeno 2 mesi

  oppure

  almeno 8 sedute di psicoterapia
- **Dati ESEMeD** (Fernandez 2007 et al.) relativi a 6 paesi europei



ADEGUATEZZA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI SCHIZOFRENICI ALL'ESORDIO

- Pazienti entrati in contatto con i DSM della Regione Lombardia per la prima volta nel 2004-2005
- di età compresa tra i 15-35 anni
- Indicatori relativi all'anno 2005

- Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari

49% delle famiglie non ha ricevuto alcun intervento specifico, 31% da 1 a3, 20% >3

- E' raccomandata la psicoterapia cognitivo comportamentale

84% non ha alcun intervento psicologico, 9% tra 1 e 3, 7% più di tre

- Sono raccomandati interventi con caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità

89% non ha ricevuto intervento al domicilio, 6% tra 1-2, 5% più di 2