

VALUTAZIONE NEI SERVIZI SANITARI: TRA IDEALE E REALE

Sperimentazione e valutazione
di interventi precoci evidence based
per il trattamento di disturbi mentali minori
nel contesto dell'ambulatorio Psicologia Cure Primarie
Asl T03

(presentazione a cura di Mariella Di Pilato)

II PROBLEMA

IL PROBLEMA

I **DISTURBI MENTALI MINORI** (o Common Mental Health Disorders – CMH D) comprendono sostanzialmente i disturbi dell'umore non psicotici (depressioni lievi e medie), i disturbi d'ansia (ansia generalizzata, fobie, disturbi somatoformi, ecc) e i disturbi dell'adattamento.

In Italia, circa il 7% della popolazione generale adulta soffre di un CMH D (ESEMeD, 2005)

Dati più recenti (*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO; 2017*) evidenziano che negli stati europei il numero delle persone con un disturbo depressivo o di ansia è aumentato dal 2005 al 2015 rispettivamente del 18% e del 14%, e coinvolge il 12% della popolazione per i disturbi depressivi e il 14% per i disturbi d'ansia.

Solo il **37%** delle persone con **CMH D** si rivolge ad un medico (PASSI, 2014) o a personale del Servizio Sanitario. Fra le motivazioni della mancata richiesta di aiuto gioca un ruolo non trascurabile la paura dello stigma sociale e la disinformazione.

La **sottodiagnosi e il sottotrattamento** di disturbi mentali minori possono avere un impatto negativo significativo:

- una bassa qualità di vita per le persone che ne soffrono
- assenze dal lavoro e/o bassa produttività
- frequenti accessi dei pz con queste patologie presso l'ambulatorio del MMG (frequent attenders)
- accessi impropri al pronto soccorso
- richieste di prestazioni sanitarie non appropriate (visite specialistiche e diagnostiche)
- consumo di farmaci

La maggior parte delle psicopatologie minori si acuisce dopo anni di non trattamento o di trattamenti non appropriati, aumentando i problemi di salute per i singoli individui, i costi della spesa sanitaria e i costi sociali.

Le psicopatologie minori si configurano quindi come un grave problema di sanità pubblica. Il carico di sofferenza per pazienti e familiari e le perdite di anni di vita per disabilità o morte prematura associate a tali psicopatologie sono rilevanti.

Secondo un recente rapporto dell'OMS (2017) la depressione è la principale causa di disabilità nel mondo

DOCUMENTI DI ORIENTAMENTO, RACCOMANDAZIONI, EVIDENZE

WHO European Ministerial Conference on
Mental Health
Facing the Challenges, Building Solutions



Helsinki, Finland, 12-15 January 2005
EUR/04/5047810/6 - 14 gennaio 2005 - 52667 - ORIGINALE: ENGLISH



Ministero della Salute

SALUTE 2020
Un modello di politica europea
a sostegno di un'azione trasversale
al governo e alla società a favore
della salute e del benessere



**HEALTH
2020**

A European policy framework
for action across government
and society for health
and well-being



Integrating
mental health
into primary care
A global perspective

NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

Commissioning guides

**Commissioning stepped care for
people with common mental health
disorders**

<http://www.nice.org.uk/guidance/commg17>
Published: 01 November 2011

NHS Evidence has accredited the process used by NICE to produce guidelines for commissioning. Accreditation is valid for 5 years from November 2011 and applies to public provision of care. Commissioning guides using the processes described in 'Process manual for commissioning guides from NICE' for commissioning submissions for internal NICE review (2011). More information on accreditation can be found at www.nice.org.uk
© NICE, 2011



REGIONE
PIEMONTE
AReSS
Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari

Anno 2013

Indirizzi e raccomandazioni per l'implementazione dell'
assistenza psicologica nelle cure primarie
nella rete sanitaria territoriale del Piemonte

Scheda P.A.S. 2012 - n. 4.1.7

NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

Issue date: May 2011

**Common mental health
disorders**

Identification and pathways to care

NICE clinical guideline 123
Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health

BUONE PRATICHE INTERNAZIONALI E NAZIONALI: ALCUNI ESEMPI

Programma IAPT – Improving Access to Psychological Therapies

Attivo dal 2008 nel Regno Unito, sostenuto con un notevole finanziamento. Nato con l'obiettivo di aumentare l'accesso a terapie psicologiche per l'ansia e la depressione, nell'ipotesi che la salute mentale è un valore in sé e che la sua cura ha un valore monetizzabile in termini di occupazione e costi per malattie anche fisiche.

Utilizza protocolli standard, che partono dalla classificazione della condizione delle persone e applicano interventi standardizzati per intensità, durata e metodologia (Stepped Care Model).

Programma PPCA – Patient Protection and Affordable Care Act degli USA

Utilizza il modello Patient Centered Medical Home, è basato sull'attività di team sanitari multidisciplinari che forniscono una serie di servizi di cura integrati. La salute mentale è concepita alla stregua delle altre patologie mediche comuni e/o croniche ed è trattata nel contesto degli ambulatori dei MMG, similmente a quanto avviene per patologie come il diabete o problemi cardio-vascolari.

Progetto Leggieri – Emilia Romagna

Progetto regionale in integrazione tra il settore delle politiche sociali e il settore sanità. Il progetto ha previsto la realizzazione di una forte integrazione tra MMG e Psichiatri per pazienti adulti affetti da disturbi psichiatrici comuni, realizzando percorsi di cura per livelli di gravità, secondo il modello "Stepped Care".

Linee di indirizzo regionali nella gestione della depressione e dei «disturbi mentali comuni» tra MMG, DSM e Cure Primarie. Regione Veneto – ULSS 9 (PRP 2010–2012). Uno dei modelli di riferimento è lo Stepped Care Model.

2009–2013 sperimentazione di un modello di presa in carico integrata medico/psicologo nel contesto della Medicina di Gruppo di Borgaretto

2011–2013 gruppo di lavoro AReSS “Psicologia nelle cure primarie” realizzazione del documento “Indirizzi e raccomandazioni per l’implementazione dell’assistenza psicologica nelle cure primarie nella rete di assistenza sanitaria territoriale del Piemonte” 2013

2012–2014 Gruppo Ordine degli Psicologi in cui sono rappresentate diverse ASL e successivamente Gruppo Interstaff (con la partecipazione di diverse ASL piemontesi, la Facoltà di Psicologia, l’AReSS)

2015 la S.C. di Psicologia avvia un ambulatorio di psicologia di cure primarie dislocato nelle sedi di Collegno (14 ore), Orbassano (7 ore) e Pinerolo (10 ore)

L’ambulatorio, organizzato secondo le raccomandazioni AReSS, eroga un servizio di diagnosi e cura delle patologie a bassa soglia, di lieve entità: ansia e depressione, sia di tipo primario, che conseguenti a difficoltà di adattamento

2018 inserimento nel Programma 4 del PRP: «sperimentazione di modelli di intervento precoce evidence based per il trattamento dei disturbi mentali comuni»

IMPLEMENTAZIONE E VALUTAZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO NELL' ASL TO3

Attribuire un valore,
stimare, apprezzare,
considerare

Capire perché le cose
stanno andando (o sono
andate) in un certo
modo, come e dove
migliorare, aggiustare
correggere



~~Controllare.
Classificare, ordinare,
giudicare ... cosa è
stato fatto bene, cosa
non è stato fatto...~~

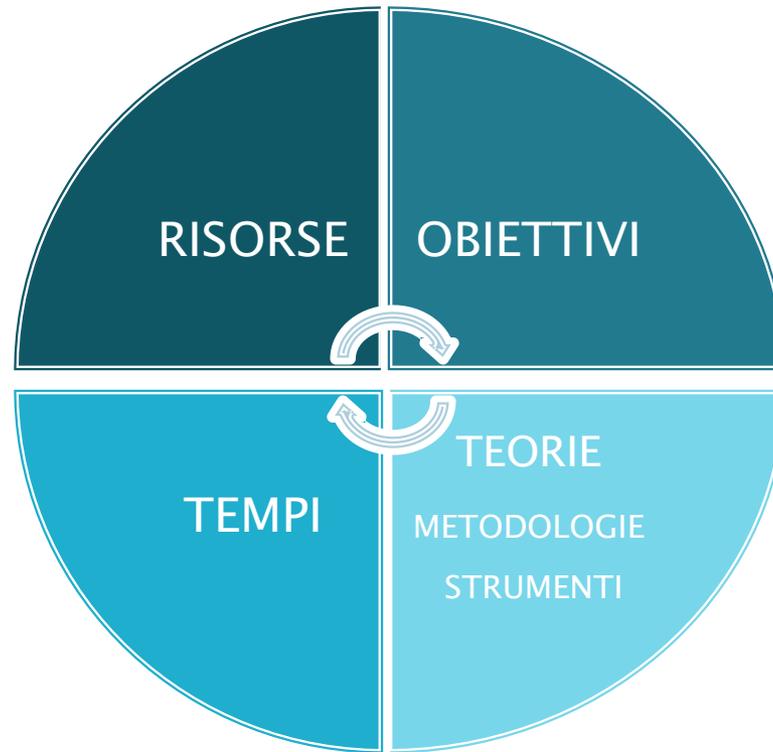
Esplorare la
sostenibilità e la
trasferibilità

Ricerca-azione partecipata con destinatari intermedi
Valutazione come processo di attivazione del cambiamento organizzativo
Valutazione organizzativa ed esplorativa dell'impatto dell'intervento

DOMANDE CHE HANNO GUIDATO LA VALUTAZIONE

BISOGNO DI SALUTE PSICOLOGICA in ASL TO3	SOSTENIBILITA' TRASFERIBILITA'	FUNZIONAMENTO AMBULATORIO PCP ASL TO3
Quante sono le persone con CMH D?	Su quali evidenze si basa l'intervento?	Chi accede?
Chi sono?	Ci sono buone pratiche internazionali e nazionali?	Quanti accedono?
Differenze di salute?	Il modello dell'intervento è sostenibile?	Che problemi hanno?
		Quali outcome clinici?
		Ci sono criticità nell'implementazione del modello?

IDEALE VS REALE



LIMITI DELLA VALUTAZIONE

- Valutazione pensata a implementazione avvenuta
- Due piani, quello dell'ambulatorio e quello regionale: esigenze diverse
- Strumenti con cui l'ambulatorio raccoglie i dati, adatti per monitoraggio attività, ma lacunosi per eseguire certe analisi
- Difficoltà culturali e pratiche del servizio a registrare attività ed esiti
- Ridotto numero di casi (soprattutto quelli che hanno terminato il percorso nel periodo preso in considerazione)
- ...

BISOGNO DI SALUTE PSICOLOGICA NELLA POPOLAZIONE ADULTA DELL'ASL TO3

E' stato indagato attraverso:

- A. l'autopercepito/autodichiarato nel sistema di monitoraggio PASSI e confrontato con dati nazionali provenienti dal Progetto EsEMED
- B. L'analisi del consumo di antidepressivi consultando la Banca Dati dei Farmaci su ricettario regionale del SSN

A. autopercepito/autodichiarato

Rilevazione **PASSI** 2014 ASL TO3

7 persone su 100 dichiarano di aver avuto sintomi di disagio psicologico nelle ultime due settimane prima dell'intervista

Si tratta di circa 28.000 persone

I dati relativi al territorio dell'ASL TO3 sono in linea con quelli della Regione Piemonte e questi ultimi non sono differenti dal pool nazionale

(Passi Regione Piemonte 2010-2013)

A. autopercepito/autodichiarato

Il sistema di monitoraggio **PASSI** evidenzia che i Sintomi Depressivi:

- crescono all'aumentare dell'età, sono significativamente più elevati nella fascia 50-69 anni (8%)
 - > fra le donne (9%)
 - > fra le persone con un titolo di studio basso (12%)
 - > fra le persone con difficoltà economiche (15%)
 - > tra chi vive da solo (10%)
 - > tra chi ha una patologia cronica (13%)

A. autopercepito/autodichiarato

Dati Studio ESEMeD* (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders, 2005)

5,1% della popolazione italiana ha sofferto nel periodo preso in considerazione di **disturbi d'ansia** (dist ansia generalizzata, dist attacchi di panico, fobie specifiche, dist post traumatico da stress)

3,5% ha sofferto di **disturbi dell'umore** (depressione maggiore, distimia, ecc.)

*De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, serra G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A., Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005, 14 (suppl. al n. 4): 1-100

B. Consumo di psicofarmaci

L'analisi è stata circoscritta al consumo di antidepressivi generalmente utilizzati per le forme di depressione lievi e medie (non psicotiche)(codice ATC: N06AB, N06AX)

Nel 2015 il **2,4% della popolazione maschile e il 4,6% di quella femminile** (18-69 anni) residente nell'ASL TO3 **aveva ricevuto almeno 2 prescrizioni di antidepressivi**

Tab.4: PERSONE TRATTATE per GENERE e DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa – Val Sangone		ASL TO3	
		N.	T. gr.	N.	T. gr.	N.	T. gr.	N.	T. gr.	N.	T. gr.	N.	T. gr.
N06AB–N06AX	Femmine	2874	4,72	1485	4,14	1917	4,87	2804	5,06	2138	4,39	11218	4,67
	Maschi	1356	2,48	719	2,18	935	2,56	1267	2,46	1046	2,27	5323	2,40

- **Consumi più elevati nelle donne** (doppio rispetto agli uomini)

Tab.1: PRESCRIZIONE DI ANTIDEPRESSIVI PER GENERE E DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa – Val Sangone		ASL TO3	
		N.	Tasso grezzo x 100	N.	Tasso grezzo x 100	N.	Tasso grezzo x 100	N.	Tasso grezzo x 100	N.	Tasso grezzo x 100	N.	Tasso grezzo x 100
N06AB – N06AX (antidepressivi)	Femmine	34057	55,93	17489	48,84	21236	53,99	32353	58,43	25737	52,86	130872	54,51
	Maschi	14750	27,04	7518	22,82	9996	27,42	13959	27,13	10769	23,46	56922	25,75

Sono state prescritte 130.872 scatole alle donne dell'asl to3

54,51 scatole ogni 100 donne

B. Consumo di psicofarmaci

Il consumo di antidepressivi **aumenta con l'aumentare dell'età**

Tab.3: PRESCRIZIONE DI ANTIDEPRESSIVI PER CLASSI DI ETÀ E DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa – Val Sangone		ASL TO3	
		N.	T. gr. X 100	N.	T. gr. X 100	N.	T. gr. X 100	N.	T. gr. X 100	N.	T. gr. X 100	N.	T. gr. X 100
N06AB – N06AX	18-34	2179	10,59	1007	7,96	1486	10,46	1414	7,57	1675	9,97	7761	9,36
	35-49	7631	25,37	4634	24,38	5951	27,60	6813	24,33	5775	22,58	30804	24,80
	50-69	17818	44,69	9601	39,91	11116	44,58	17091	47,17	13824	42,14	69450	43,98
	>69	21179	85,06	9765	74,81	12679	84,017	20994	87,83	15232	78,45	79849	82,86

Il numero di persone trattate aumenta con l'aumentare dell'età

Tab.5: PERSONE TRATTATE per CLASSI DI ETA' e DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa - Val Sangone		ASL TO3	
		N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%
N06AB N06AX	18-34	230	1,11	142	1,12	190	1,33	242	1,29	164	0,97	968	1,10
	35-49	772	2,56	425	2,23	547	2,53	754	2,69	658	2,57	3156	2,54
	50-69	1510	3,78	835	3,47	1008	4,04	1459	4,02	1177	3,58	5989	3,79
	>69	1718	6,90	802	6,14	1107	7,33	1616	6,76	1185	6,10	6428	6,67

B. Consumo di psicofarmaci

- **Consumi più elevati nelle persone con livello di istruzione basso...**(persone con licenza elementare consumano fino a 3 volte di più rispetto a persone con laurea)

Tab.2: PRESCRIZIONE DI ANTIDEPRESSIVI PER LIVELLO DI ISTRUZIONE E DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa - Val Sangone		ASL TO3	
		N.	Tasso grezzo X 100	N.	Tasso grezzo X 100	N.	Tasso grezzo X 100	N.	Tasso grezzo X 100	N.	Tasso grezzo X 100	N.	Tasso grezzo X 100
N06AB - N06AX	Nessuno/Lic. elem	16889	77,79	8612	68,84	10949	77,02	18669	79,72	12459	72,27	65578	75,84
	Media inf.	19547	39,70	10249	33,12	13185	37,97	17672	36,95	14523	34,47	75176	36,69
	Media sup.	9364	29,18	4661	24,49	5429	26,63	7228	28,05	7193	27,60	33875	27,46
	Laurea	3007	24,28	1485	23,71	1669	25,85	2743	27,99	2331	25,48	11235	25,50

Il numero delle persone trattate aumenta col diminuire del livello di istruzione

Tab. 6: PERSONE TRATTATE per LIVELLO DI ISTRUZIONE e DISTRETTO di residenza ASL TO3. Anno 2015

		Area Metropolitana Centro		Area Metropolitana Nord		Area Metropolitana Sud		Pinerolese		Val Susa - Val Sangone		ASL TO3	
		N.	T. gr. %	N.	T. gr. %	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%	N.	T. gr.%
N06AB N06AX	Nessuno/Lic. elem	1352	6,22	698	5,57	948	6,66	1460	6,23	961	5,57	5419	6,08
	Media inf.	1670	3,39	913	2,95	1166	3,35	1624	3,39	1298	3,08	6671	3,25
	Media sup.	895	2,78	449	2,35	543	2,66	722	2,80	698	2,67	3307	2,68
	Laurea	313	2,52	144	2,29	195	3,02	265	2,70	227	2,48	1144	2,59

B. Consumo di psicofarmaci

Nel 2015 nell'ASL TO3 sono state prescritte
187.794 scatole di antidepressivi

circa 16.500 residenti nell'ASL TO3 hanno ricevuto due o più prescrizioni di antidepressivi

Non si rilevano differenze significative tra i cinque distretti.

B. Consumo di psicofarmaci

Criticità:

Rilevate solo le prescrizioni su ricettario regionale, quindi intercettate il 93% circa delle prescrizioni di antidepressivi (collocati in fascia A)

mentre **impossibilità a intercettare** (attraverso questa fonte) **le prescrizioni di benzodiazepine** (collocate soprattutto in fascia C)

B. Consumo di psicofarmaci

...le benzodiazepine

secondo altre ricerche nazionali come lo studio Ipsad 2013*, 5 milioni di italiani fanno ricorso a tranquillanti e ansiolitici, ovvero il 12,8% della popolazione italiana.

Secondo l'OSMED 2015 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali) le benzodiazepine sono la categoria di farmaco al primo posto nella spesa farmaceutica degli italiani (vedi tab. 7). In Piemonte vengono prescritte circa 1,5 scatole a persona.

*Molinaro S., Chiellini P., (a cura di) In dipendenza. 121 risposte sulle dipendenze in Italia. Tangram Edizioni Scientifiche Trento, 2013.

https://www.epid.ifc.cnr.it/images/downloads/MaterialeDivulgativo/libro_ipsad_preview.pdf

Spesa per benzodiazepine... dal rapporto nazionale OsMed 2016

Tab. 7: primi venti farmaci a maggior spesa nel 2015
 Fonte: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale, OsMed, 2016.

Tabella 7.4.1. Prime venti categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2015

ATC	Sottogruppo	DDD/1000 ab die	Spesa (milioni)	%*	Δ% 15-14
N	Derivati benzodiazepinici (ansiolitici)	28,0	381,6	12,7	1,2
G	Farmaci usati nella disfunzione erettile	1,5	263,9	8,8	-0,3
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	19,6	208,5	7,0	-3,7
N	Anilidi	4,1	129,1	4,3	13,2
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	20,2	128,5	4,3	2,0
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	4,2	76,8	2,6	3,8
R	Corticosteroidi	4,7	67,8	2,3	-0,4
R	Mucolitici	6,5	64,4	2,1	2,6
S	Corticosteroidi antimicrobici in associazione	3,6	63,9	2,1	8,8
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	1,1	59,1	2,0	-3,7
N	Altri psicostimolanti e nootropi	1,3	57,8	1,9	-2,0
N	Analoghi delle benzodiazepine	4,4	52,2	1,7	4,0
N	Preparati antivertigine	3,1	51,5	1,7	3,1
A	Lassativi ad azione osmotica	2,0	51,4	1,7	8,3
B	Eparinici	2,1	51,3	1,7	12,9
M	Bifosfonati	0,0	46,4	1,5	-1,0
J	Altri vaccini batterici	2,0	43,9	1,5	-0,1
D	Corticosteroidi, attivi (gruppo iii)	4,6	42,8	1,4	59,2
N	Benzamidi	0,3	37,2	1,2	164,0
D	Altri antibiotici per uso topico	3,3	36,9	1,2	-4,4
	Altri	76,2	1.081,9	36,1	-0,8
	Totale	193,0	2.997,0	100,0	2,1

*La percentuale è calcolata sul totale della spesa lorda

Commenti

- Secondo il consumo di antidepressivi il 3,5% della popolazione adulta dell'ASL TO3 soffre di depressione. Possiamo ipotizzare che il **valore sia sottostimato**:
 - (1) non tutte le persone che soffrono di depressione si rivolgono ad un medico (secondo PASSI solo il 37%, secondo altri studi anche meno);
 - (2) non tutte le persone con depressione che si rivolgono ad un medico scelgono di curarsi con farmaci, indipendentemente dalla gravità del disturbo;
 - (3) abbiamo escluso dalla rilevazione gli antidepressivi antipsicotici proprio per circoscrivere l'analisi ai Common Mental Health Disorders
- Quando si parla di salute psicologica va allargata l'attenzione anche ai **disturbi d'ansia**, che attualmente non sono indagati nel monitoraggio PASSI. Questi possono essere «invalidanti» quanto i disturbi dell'umore, secondo lo studio ESEMeD e il consumo di benzodiazepine sono più frequenti dei disturbi dell'umore
- Potrebbe essere utile inserire nella rilevazione PASSI alcune domande per valutarne e monitorarne l'entità

Commenti

- Potrebbero essere utili **ricerche** anche a livello locale sul **consumo di benzodiazepine**
- ...

ORGANIZZAZIONE DELL' AMBULATORIO DI PSICOLOGIA DI CURE PRIMARIE

- L'ambulatorio nasce in attuazione delle Raccomandazioni Regionali «Indirizzi e Raccomandazioni per l'implementazione dell'assistenza psicologica nelle cure primarie»
- Nel 2016 sono state individuate due sedi di erogazione sovra distrettuali: Collegno e Pinerolo
- La metodologia prevede un approccio collaborativo con il MMG che invia all'ambulatorio i pazienti con sintomatologia lieve o moderata, per valutazione ed eventuale presa in carico
- L'intervento si ispira allo “Stepped Care Model” anglosassone, secondo linee guida NICE

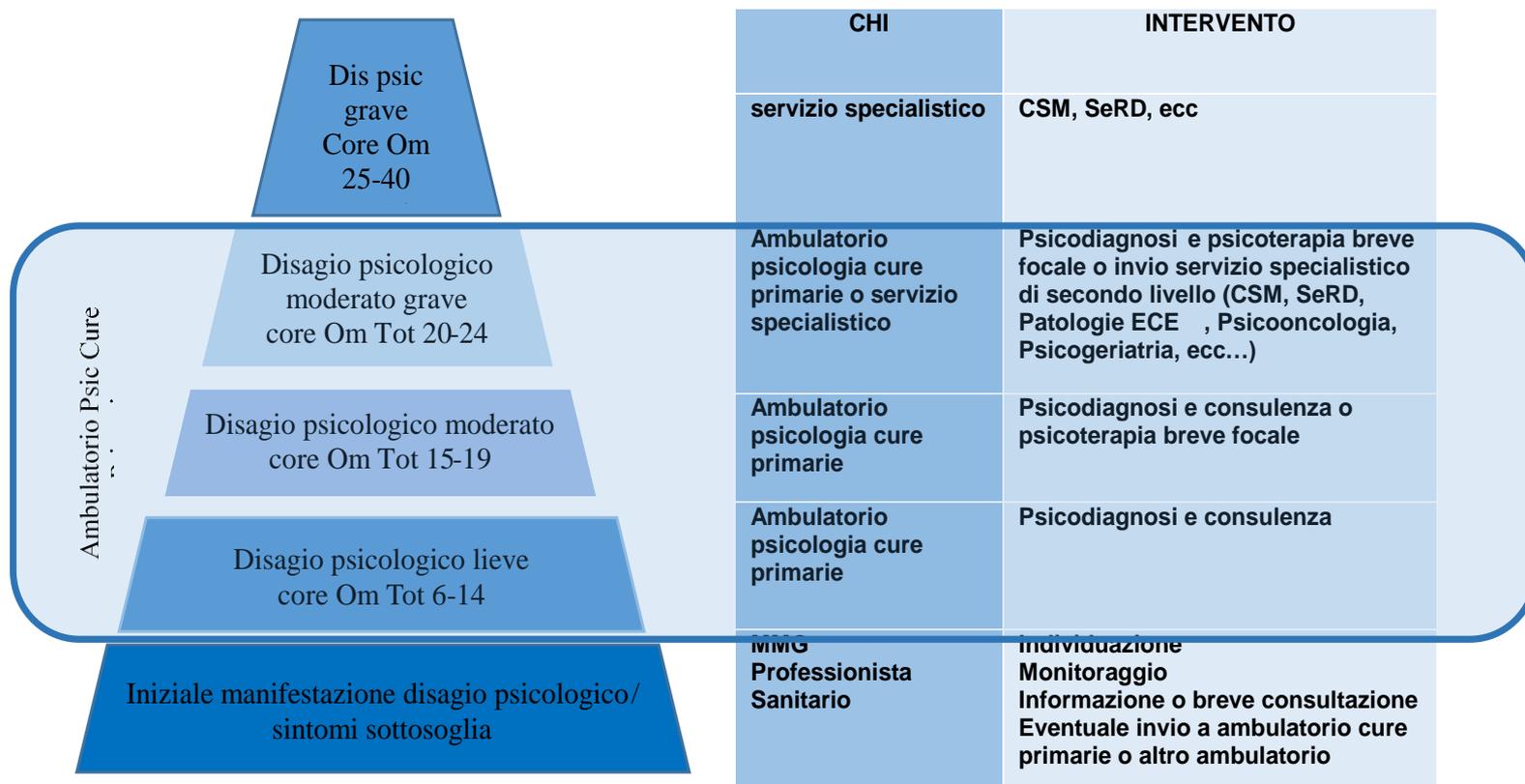
Stepped Care Model

Lo “**Stepped Care Model**” propone un modello di cura a step successivi, in cui l’intensità e la specializzazione aumentano con l’aumentare del livello di cura; per **intervenire sul disagio psicologico al momento giusto e nel modo più adeguato, ovvero “non prima o con maggiore intensità di quanto richiesto, né in ritardo o con minore intensità di quanto necessario”**.

Il modello Stepped Care prevede che venga fornito per primo l’intervento meno intensivo e più appropriato per il singolo paziente. Il paziente può “muoversi” tra i diversi livelli in relazione al cambiamento dei bisogni e/o alla risposta al trattamento ricevuto.

DOCUMENTI DI ORIENTAMENTO, RACCOMANDAZIONI, EVIDENZE

STEPPED CARE MODEL implementato dall'ambulatorio di Psicologia di Cure Primarie dell'ASL TO3



Collaborative Care Model

Il “**Collaborative Care Model**” (Katon et al. 1996) è un modello specifico di cura integrata che operationalizza i principi del “Chronic Care Model” per migliorare l’utilizzo di trattamenti per la salute mentale basati sulle evidenze. E’ il modello di integrazione più efficace in termini di costi, di accesso ai servizi, di risultati clinici e di soddisfazione dei pazienti.

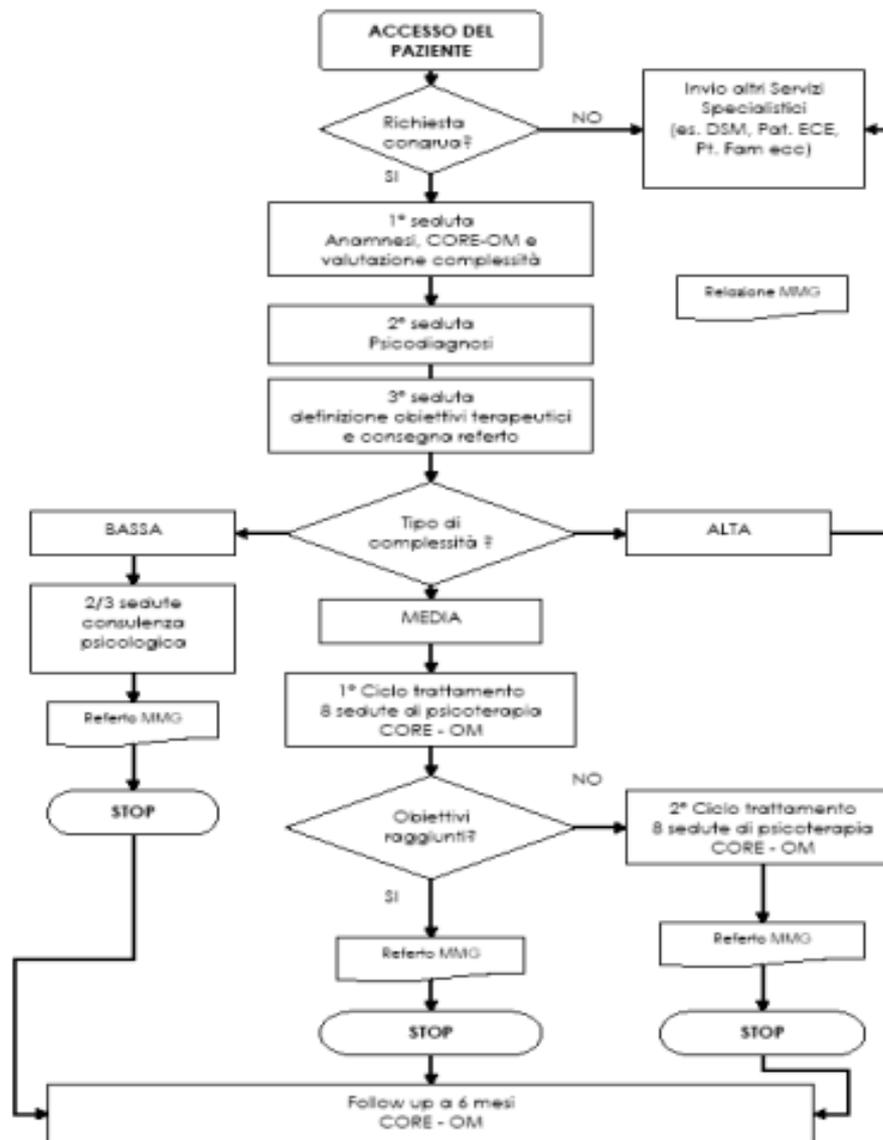
(*Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders: A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis Community guide, 2012./ Gilbody e Bower, 2005*)

Il modello prevede un lavoro coordinato con altri specialisti del sistema sanitario (ad esempio i MMG) propone e pianifica interventi basati sulle evidenze ed è particolarmente attento agli esiti degli interventi che vengono misurati con appositi strumenti.

ORGANIZZAZIONE DELL' AMBULATORIO DI PSICOLOGIA DI CURE PRIMARIE

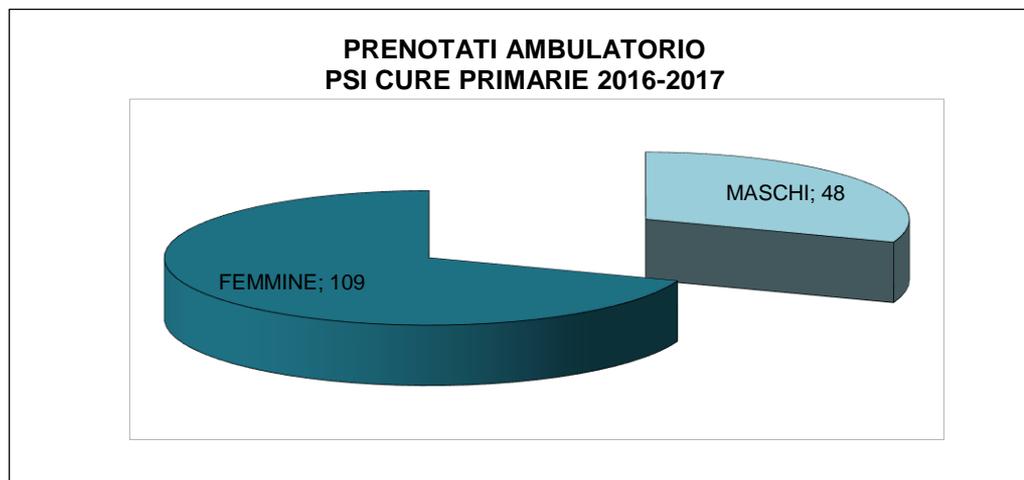
- Accedono all'ambulatorio **pazienti con problematiche psicologiche di grado lieve o moderato**: episodi depressivi, sindrome da attacchi di panico, sindromi fobiche, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo somatico senza spiegazione organica, ecc.
- Il **trattamento** prevede percorsi di psicoterapia breve focale (8-16 sedute) oppure consulenza psicologica. I casi non di pertinenza vengono indirizzati ai servizi specialistici competenti.
- La **valutazione degli esiti degli interventi** viene effettuata con la somministrazione pre/post intervento del questionario CORE-OM con follow up a sei mesi dalla fine dell'intervento.
- Per migliorare la **collaborazione tra Psicologia delle Cure Primarie e MMG**, negli anni 2015/2017 sono stati organizzati due seminari formativi rivolti ai MMG realizzati in due edizioni a Collegno e Pinerolo.

Percorso del paziente



ANALISI DELLA CASISTICA – ANNI 2016-2017

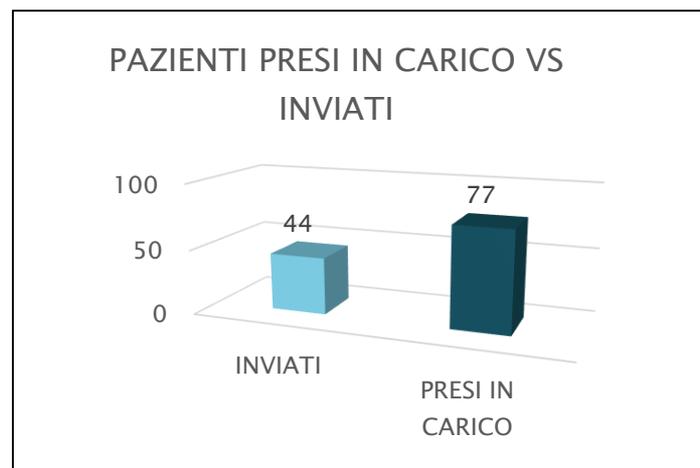
PRENOTATI DAL 01/01/2016 AL 31/12/2017



Prenotati: 157 persone. Circa 8 nuovi accessi al mese

La proporzione maschi femmine conferma i dati rilevati dall'analisi dei bisogni che riportavano un'incidenza della depressione doppia nelle femmine rispetto ai maschi

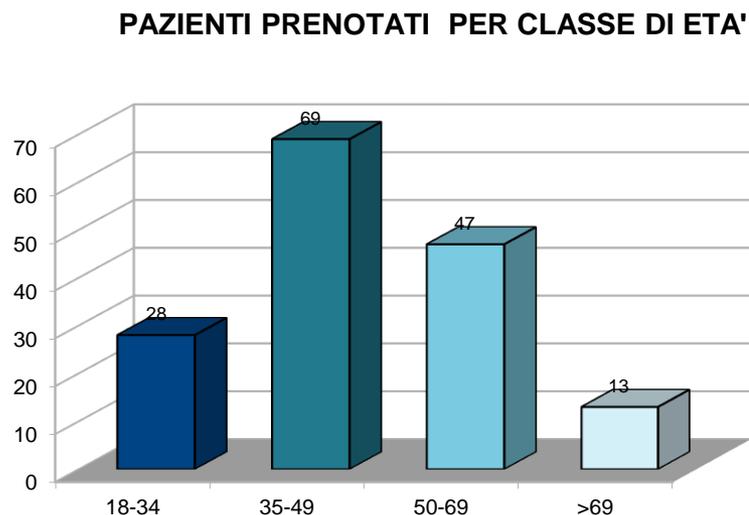
ANALISI DELLA CASISTICA – ANNI 2016-2017



Circa 1/5 non si presenta alla prima visita. Ipotesi: tempi di attesa lunghi che attualmente sono di circa 5 mesi

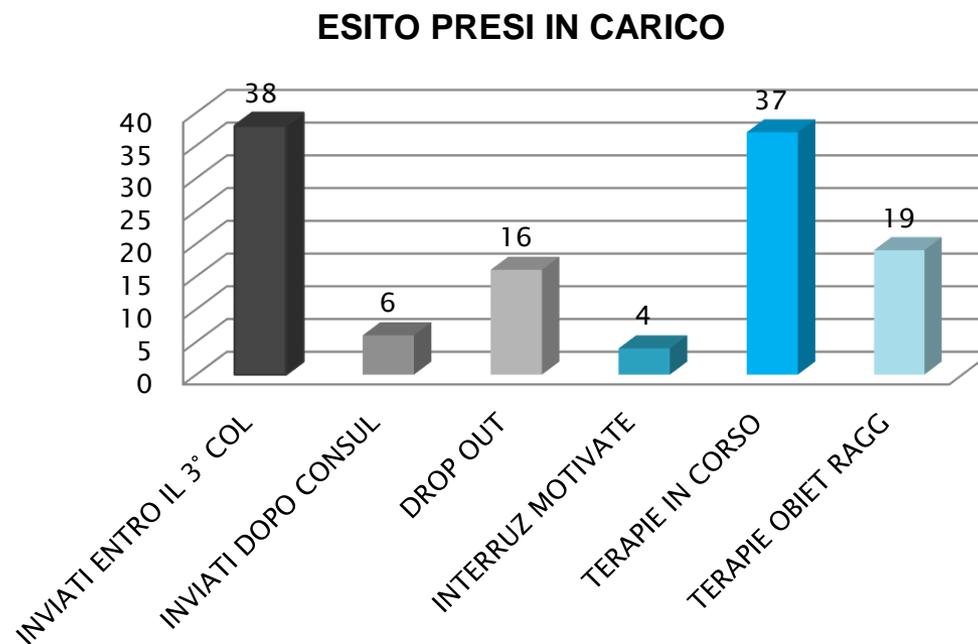
1 pz su 3 viene inviato. Ipotesi: l'orientamento del pz tra i servizi di psicologia è uno dei compiti dell'ambulatorio, il setting è meno stigmatizzante e quindi preferito, difficoltà ad orientarsi tra i diversi servizi dell'ASL che si occupano di salute/benessere mentale.

PAZIENTI PRENOTATI PER CLASSI DI ETÀ'

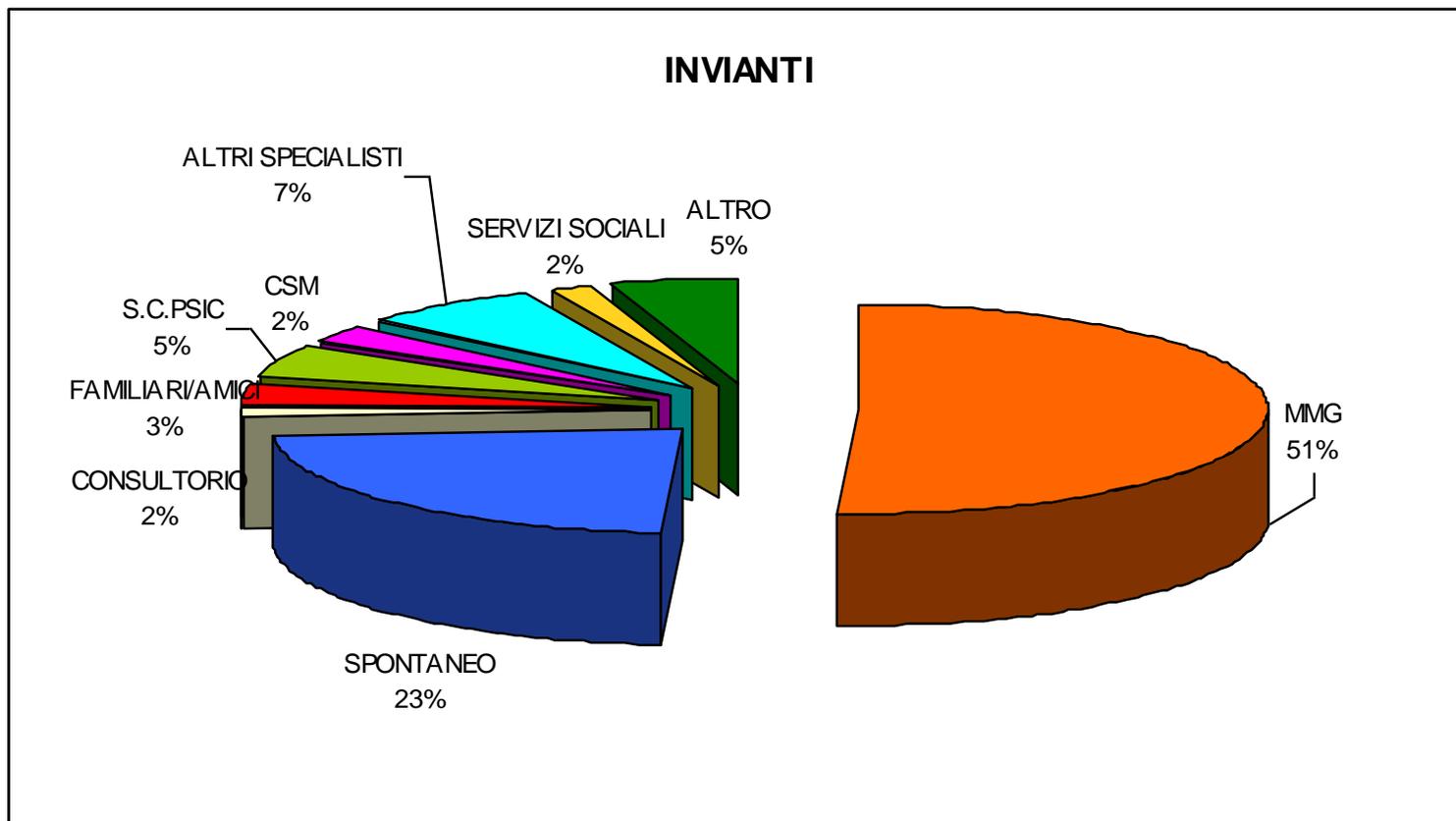


La classe di età più rappresentata è quella dai 35 ai 49 anni sebbene la fascia di età che presenta maggiormente un problema di depressione è quella 50-69

ESITO DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO

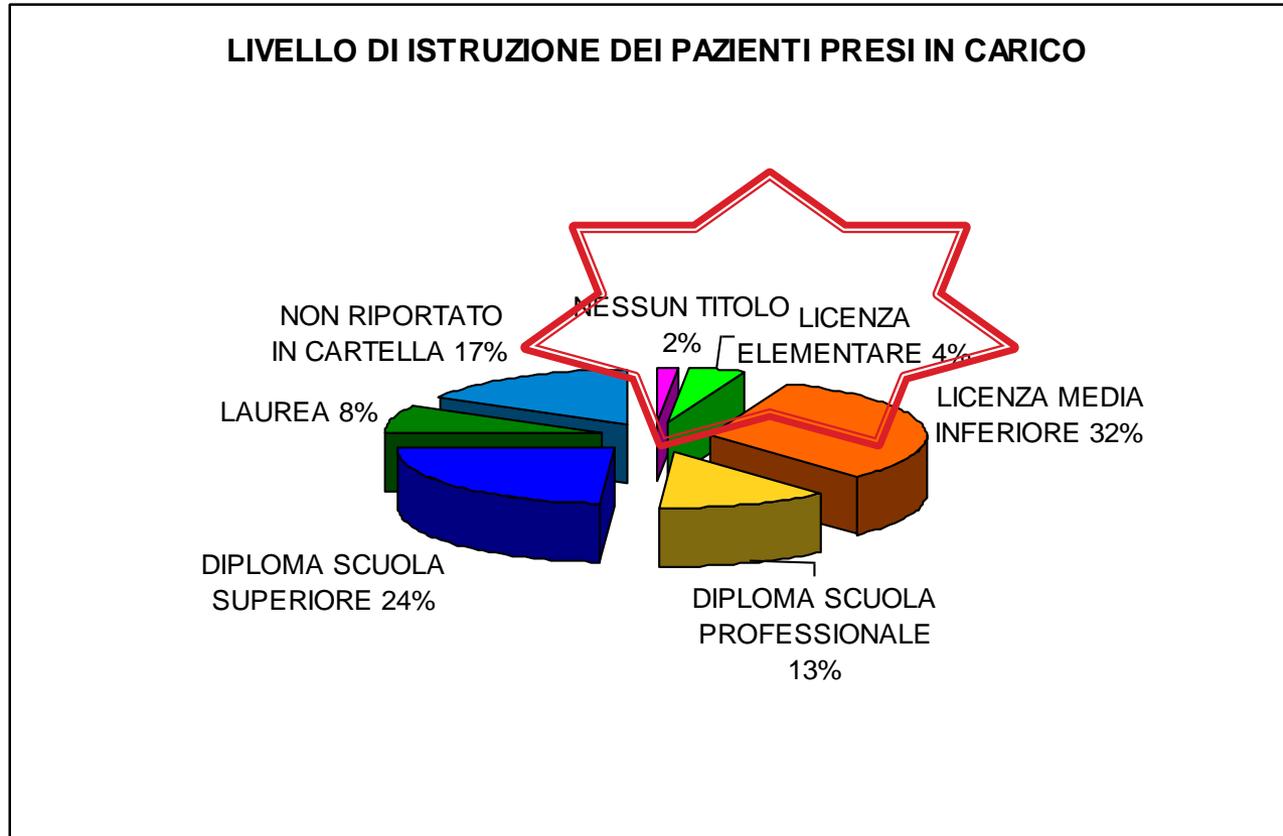


CHI INVIA ALL'AMBULATORIO DI PSICOLOGIA CURE PRIMARIE



Buon riscontro che il 51% dei pz sia inviato dai MMG. Ragioni: conoscenza dell'ambulatorio, capacità dei MMG di rilevare anche le problematiche psicologiche e prenderle in considerazione. Quasi 1/4 chiede autonomamente di accedere ad una consulenza.

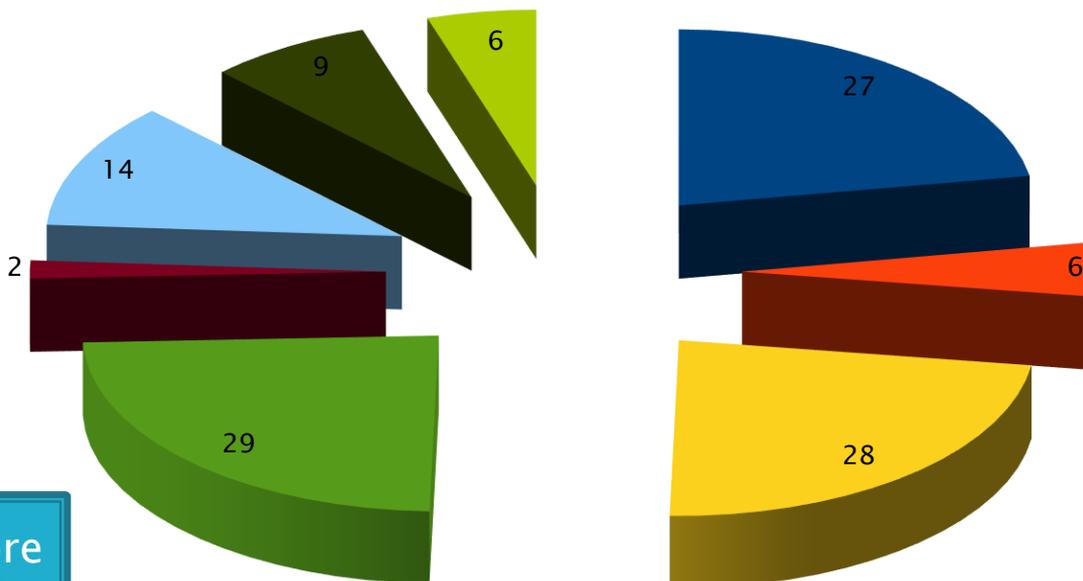
PAZIENTI PRESI IN CARICO E LIVELLI DI ISTRUZIONE



I dati epidemiologici dicono che i problemi di depressione sono maggiormente presenti nelle persone con livello di istruzione basso. Se utilizziamo le proporzioni legate al consumo di antidepressivi dovremmo aspettarci il 46% di pz con lic elementare o nessun titolo; il 22% lic media inf, il 16% sc superiore, il 15% laurea.

DIAGNOSI EFFETTUATE (secondo ICD 10)

DIAGNOSI EFFETTUATE 2016-2017

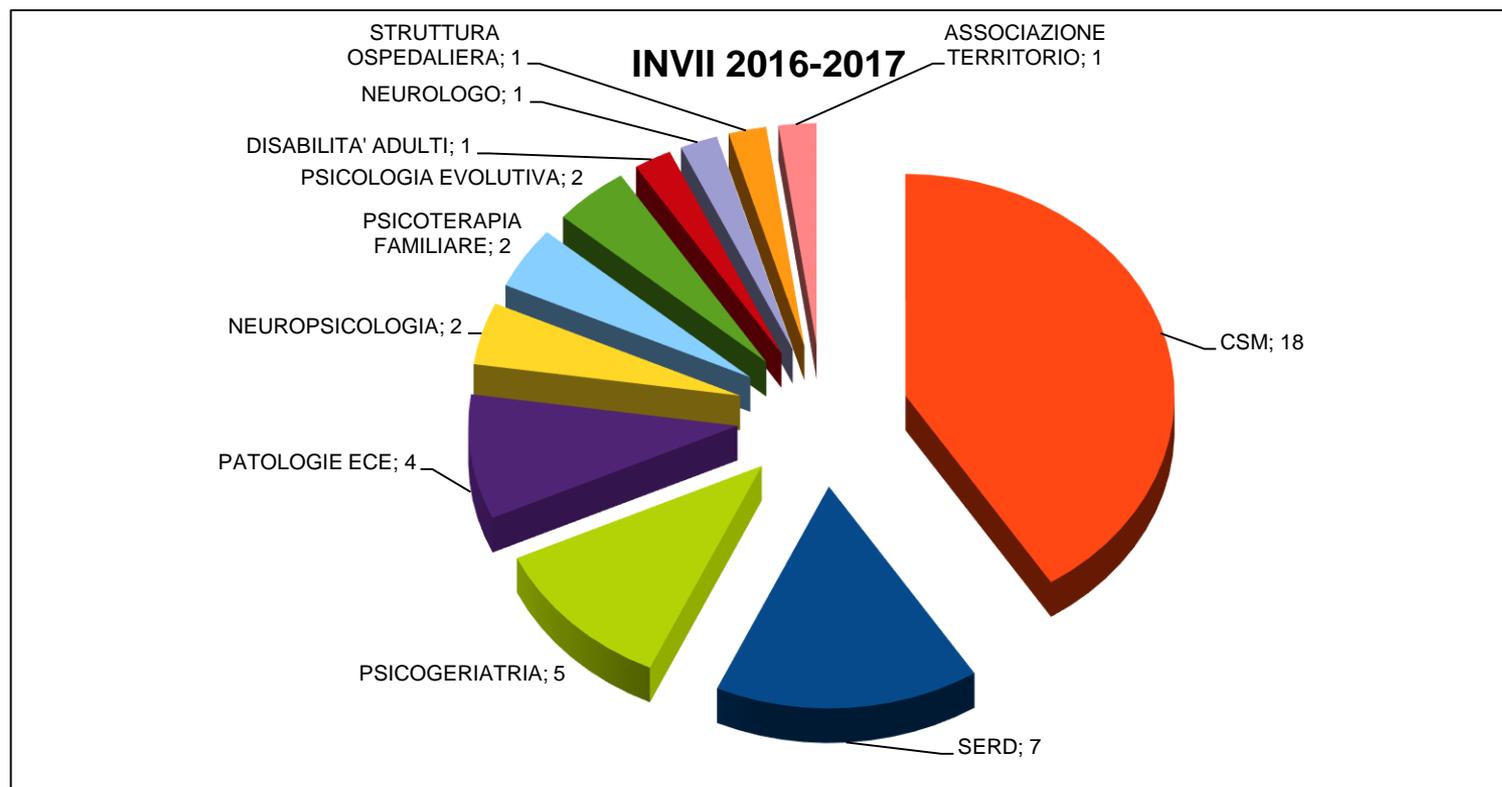


L'85% delle diagnosi riguarda un Common Mental Health Disorders

27% dist. umore
49% dist. ansia
12% prob relaz o situaz psicosociali

- F32.0/F32.1/F33.0.1.4/F34 Episodi o Dist depres ricor o persistenti lievi o medi
- F33.2/F34.9 Dist depres ricorrenti o persistenti gravi
- F41 Dist d'ansia
- F43 Dist dell'adattamento
- F45 Dist somatoformi
- Z60-Z63 probl salute per con socioec o circos
- ALTRO (F30, F52, F54, G35, F10...)
- Diagnosi non effettuabile

INVII EFFETTUATI AD ALTRI SERVIZI



Il maggior numero di invii viene fatto al CSM, spesso a causa di accessi macroscopicamente inappropriati (es. impegnative che riportano come diagnosi "problemi psichiatrici") in altri casi la severità e la cronicità del problema è tale che il pz non potrebbe trarre beneficio da un trattamento breve.

VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME CLINICI DELL'INTERVENTO

STRUMENTO UTILIZZATO: **CORE-OM**

Clinical Outcome in Routine Evaluation –
Outcome Measure

Questionario per la valutazione routinaria
degli esiti clinici degli interventi
psicologici

CORE-OM

Nato alla fine degli anni 90 nel Regno Unito. Tradotto in italiano e validato, ha mostrato buone proprietà psicometriche.

Attualmente è utilizzato routinariamente da diversi Servizi di Psicologia Clinica e Consultori di Modena, provincia di Trento, Rimini, Cagliari, Livorno

CORE-OM

- Facilmente applicabile a tutte le forme di intervento (compresi quelli erogati da Servizio Sanitario Nazionale) e ad una vasta gamma di disturbi psicopatologici
- E' un questionario self-report a 34 items con una valutazione su scala Likert a 5 punti. I domini considerati sono 4: **benessere soggettivo** (4 items), **sintomi** (12 items, fa riferimento alla presenza di sintomi ansiosi, depressivi e fisici), **funzionamento** (12 items, fa riferimento alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale) e **rischio** (6 items, fa riferimento a comportamenti lesivi auto ed etero diretti)
- Viene somministrato di routine, in modalità pre-post entro la seconda seduta, alla fine dell'intervento e al follow up a 6 mesi

CORE-OM

Sono stati analizzati i CORE OM dei pazienti che tra il 2016 e il 2017 hanno terminato il percorso proposto. Statisticamente il dato non ha validità perché la numerosità è molto ridotta, 14 CORE OM, tuttavia almeno qualitativamente è interessante vedere che in tutti i casi seguiti e conclusi c'è stato un miglioramento nelle quattro aree indagate (benessere percepito, sintomi/problemi, funzionamento, rischio).

Il CORE OM permette di rappresentare graficamente dove si colloca il paziente in una scala che va dal gradino più basso situazione di SALUTE al gradino più alto situazione di compromissione GRAVE. **Più basso è il valore numerico più il paziente è in salute.**

DATO MEDIO DEI CORE OM SOMMINISTRATI PRIMA E DOPO L'INTERVENTO



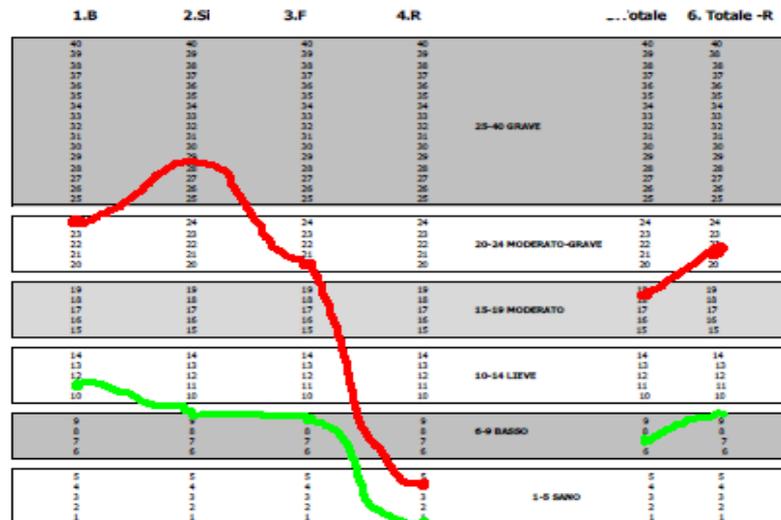
CORE-OM

Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Nome Cognome		M	F	Data di nascita	
Motivo Invio				Diagnosi	
Referente del caso					

Punteggi

Data primo intervento (psicodiagnosi)	Data ultimo intervento (trattamento)	Numero di prestazioni dirette (psicod.+ tratt.)	Motivo eventuale drop out		
Data					
Dominio	Psicodiagnosi (Ente 2° sede)	Inizio trattamento (facoltativo)	Durante trattamento (facoltativo)	Termine del trattamento	Follow-up a 6 mesi
1. Benessere Soggettivo	24,3			11,8	
2. Sintomi/Problemi	28,9			9,5	
3. Funzionamento	20,6			9	
4. Rischio	4,9			0,6	
5. Totale	18,3			7,8	
6. Totale (senza R)	21,3			9,5	



RISULTATI PRE INTERVENTO

RISULTATI POST INTERVENTO

Tabella N. Mediane dei risultati pre e post intervento rilevati con il CORE - OM



A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pino Torinese



S. C. Psicologia

CORE-OM

Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Nome Cognome		M	F	Data di nascita
Motivo Invio	Diagnosi			
Referente del caso				

Punteggi

Data primo intervento (psicodiagnosi)	Data ultimo intervento (trattamento)	Numero di prestazioni dirette (psicod.+ tratt.)	Motivo eventuale drop out		
Data					
Dominio	Psicodiagnosi (Entro 2° seduta)	Inizio trattamento (facoltativo)	Durante trattamento (facoltativo)	Termine del trattamento	Follow-up a 6 mesi
1. Benessere Soggettivo	29			9	
2. Sintomi/Problemi	23			9	
3. Funzionamento	17,5			8,5	
4. Rischio	1			0	
5. Totale	19			6,5	
6. Totale (senza R)	22			8,5	

1.B	2.Si	3.F	4.R	5.Totale	6. Totale -R
40	40	40	40	40	40
39	39	39	39	39	39
38	38	38	38	38	38
37	37	37	37	37	37
36	36	36	36	36	36
35	35	35	35	35	35
34	34	34	34	34	34
33	33	33	33	33	33
32	32	32	32	32	32
31	31	31	31	31	31
30	30	30	30	30	30
29	29	29	29	29	29
28	28	28	28	28	28
27	27	27	27	27	27
26	26	26	26	26	26
25	25	25	25	25	25
25-40 GRAVE					
24	24	24	24	24	24
23	23	23	23	23	23
22	22	22	22	22	22
21	21	21	21	21	21
20	20	20	20	20	20
20-24 MODERATO-GRAVE					
19	19	19	19	19	19
18	18	18	18	18	18
17	17	17	17	17	17
16	16	16	16	16	16
15	15	15	15	15	15
15-19 MODERATO					
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
10-14 LIEVE					
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
6-9 BASSO					
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
1-5 BASSO					

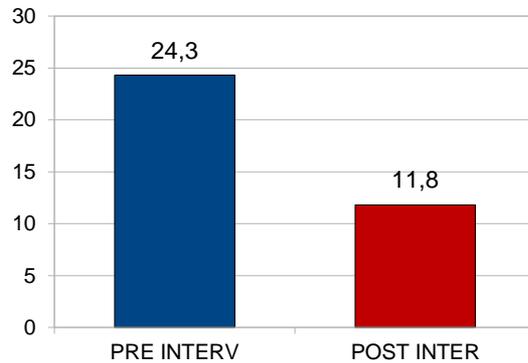
Differenza tra media e mediana per dato OFF SIZE

RISULTATI PRE INTERVENTO

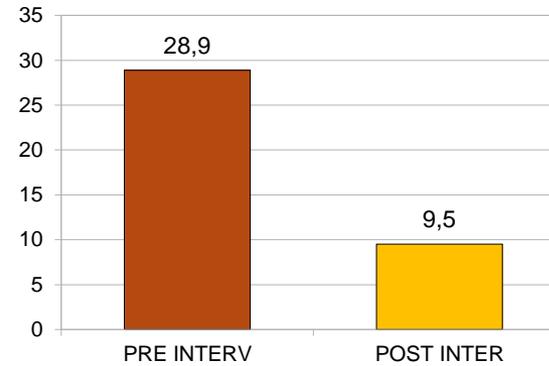
RISULTATI POST INTERVENTO

DATI CORE OM PRE-POST INTERVENTO

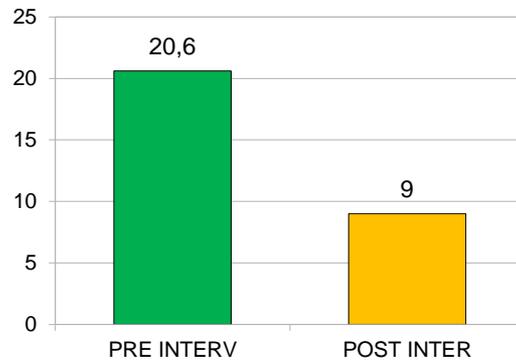
BENESSERE PERCEPITO



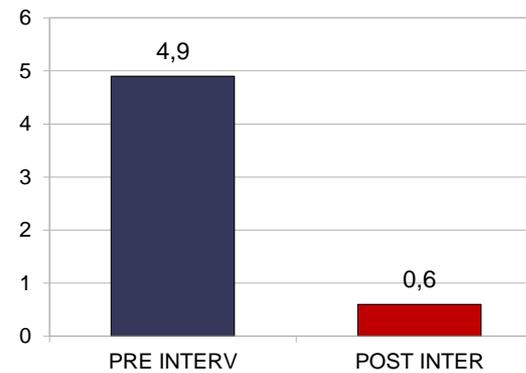
SINTOMI/PROBLEMI



FUNZIONAMENTO



RISCHIO



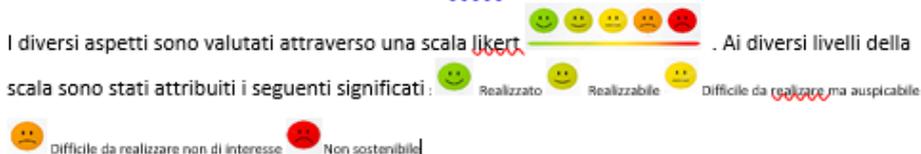
OPERAZIONALIZZAZIONE DELLE LINEE GUIDA NICE
PROPOSTA DI UNA GRIGLIA PER VALUTARE L'IMPLEMENTAZIONE DELLO STEPPED CARE MODEL

Implementazione dello Stepped Care Model: una proposta di griglia di auto valutazione

La griglia è stata tradotta e adattata dalle linee guida NICE (NICE clinical guideline 123-Common mental health disorders: identification and pathways to care, 2011) e indaga tre aree:

1. MIGLIORARE L'ACCESSO AI SERVIZI
2. RICONOSCERE E INDIVIDUARE TEMPESTIVAMENTE I PROBLEMI...
3. SVILUPPARE PERCORSI DI CURA (della giusta intensità)

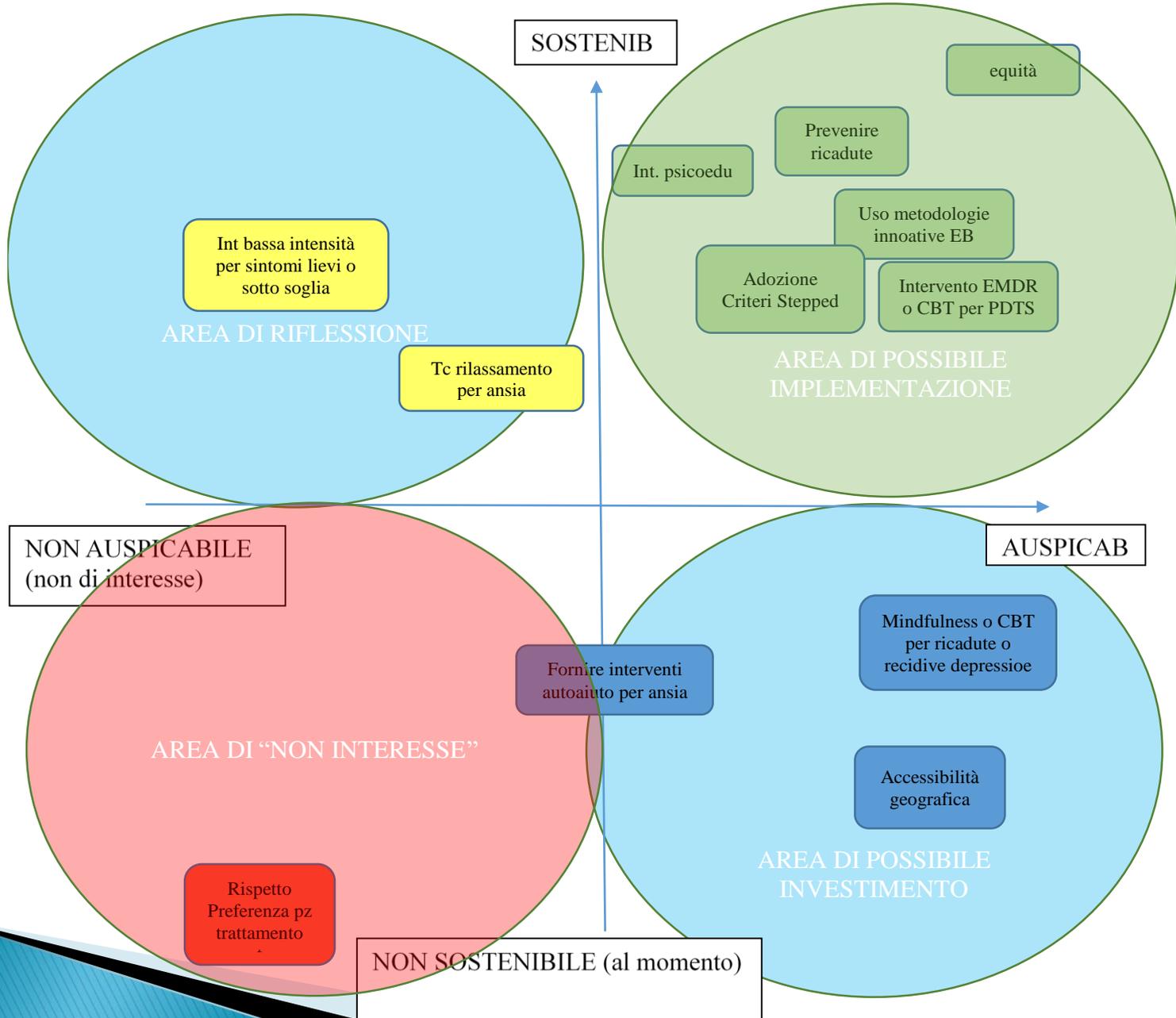
I diversi aspetti sono valutati attraverso una scala Likert. Ai diversi livelli della scala sono stati attribuiti i seguenti significati:



1. MIGLIORARE L'ACCESSO AI SERVIZI CHE SI OCCUPANO DI "SALUTE MENTALE"					
	Realizzato Realizzabile Difficile da realizzare ma auspicabile Difficile da realizzare non di interesse Non sostenibile		✓		
ACCESSO AL SERVIZIO	Chiari ed espliciti criteri di inclusione Più canali di accesso al servizio (MMG, altri servizi, accesso spontaneo...) Accessibilità geografica		✓		
INFORMAZIONI RELATIVE AL SERVIZIO	Tipologia e natura degli interventi erogati		✓		
	Setting nei quali il servizio è erogato		✓		
	Analisi di flusso del paziente		✓		
	Strumenti e metodi attraverso cui i progressi e i risultati di salute sono valutati		✓		
EQUITA'	- immigrati - anziani - povertà economica e culturale		✓		

2. RICONOSCERE E INDIVIDUARE TEMPESTIVAMENTE I PROBLEMI...		
USO DI METODOLOGIE INNOVATIVE EVIDENCE BASED	Tecnologia (telefono, messaggi whatsapp, mail, forum, programmi computerizzati, ecc) per le persone che difficilmente accederebbero ad un servizio sanitario	
STEPPED CARE MODEL		
STEP 1 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE CLINICA (ASSESSMENT)	<p>Attenzione a possibile depressione (uso di appositi questionari)</p> <p>Attenzione a possibile disturbo d'ansia (uso di appositi questionari)</p>	
VALUTAZIONE CLINICA (ASSESSMENT)	Durante l'assessment vengono valutati il benessere/malessere percepito, i sintomi, il funzionamento della persona, le difficoltà sociali e interpersonali e le risorse personali e sociali?	
	<p>Nella valutazione di un disturbo mentale minore vengono utilizzati: strumenti o algoritmi diagnostici</p> <p>Es HADS, PHQ-9, GAD-7, BDI, STAY</p>	
	<p>E':</p> <ul style="list-style-type: none"> -determinata la natura, la durata e la severità del disturbo - considerata non solo la severità dei sintomi ma anche la compromissione del funzionamento - identificato appropriato trattamento 	

Operazionalizzazione di strumenti di auto-valutazione



PUNTI DI FORZA

- La **valutazione dell'esito dell'intervento**.. La valutazione dell'intervento con il CORE OM aiuta a riflettere su cosa ha funzionato e cosa no rispetto agli interventi proposti e a modificare e correggere le scelte terapeutiche, sia durante il percorso che al termine (compresa quella di spostamento tra i livelli di cura della piramide dello Stepped Care Model).
- Una corretta valutazione del paziente e **collocazione in uno dei 5 step** della piramide consente di fornire l'intervento meno intensivo e più efficace.
- **Il modello sollecita una buona collaborazione tra servizi/professionisti** di livelli diversi a vantaggio non solo dei pazienti ma anche dei professionisti coinvolti e dell'intero sistema sanitario.
- **Il modello facilita il passaggio da un livello all'altro** e permette di ridurre il vissuto, soprattutto per il paziente e per il terapeuta, di "fallimento" o "insuccesso" di un percorso terapeutico (anche se a volte questo aspetto rimane problematico).

CRITICITA'

- Creare e **mantenere alleanze e collaborazioni** tra servizi e professionisti diversi richiede un grosso investimento di tempo e risorse (che non sempre sono disponibili). A livello locale, ci sembra importante lavorare ancora per sviluppare la collaborazione, una maggiore conoscenza reciproca e un maggior coordinamento tra l'ambulatorio di cure primarie e i MMG e tra i vari ambulatori della S.C. di Psicologia
- Abbiamo constatato che vi è una **fascia di pazienti con problematiche medio gravi** ma con buone risorse, i quali non hanno i requisiti per essere inviati ai centri specialisitici. Questi pazienti necessiterebbero di una psicoterapia con tempi più lunghi (oltre le 16 sedute previste dal modello della psicoterapia breve focale)
- Rispetto alla tipologia di interventi proposti nel modello Stepped Care anglosassone (tipologia eterogenea e molteplice che fa riferimento alle linee guida NICE), gli **interventi proposti dall'ambulatorio di Psicologia di Cure Primarie sono meno differenziati**. Stiamo riflettendo sull'eventuale sviluppo di percorsi terapeutici di gruppo per problematiche specifiche e sull'implementazione di una maggiore collaborazione con associazioni del territorio ad esempio che si occupano di care giver, di donne, ecc)
- Poiché l'ambito della Psicologia delle Cure Primarie è di recente implementazione e si avvia a sperimentare anche nuovi modelli organizzativi di lavoro e di «cura» è condiviso, tra i professionisti che lavorano in questo contesto, il bisogno di **percorsi formativi specifici**

- Nei servizi del SSN occorre una maggiore e **specifica attenzione alla fascia di popolazione più fragile** (persone con livello di istruzione basso, over 50, donne, persone con difficoltà economiche e con patologie croniche) non esistono, almeno nell'asl to3, attenzioni particolari o specifiche per queste fasce di popolazione ...

BIBLIOGRAFIA

ARESS, “Indirizzi e raccomandazioni per l’implementazione dell’assistenza psicologica nelle cure primarie nella rete di assistenza sanitaria territoriale del Piemonte” 2013.

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/reticliniche/rete-di-assistenza-psicologica/2840-la-rete-di-assistenza-psicologica-nelle-cure-primarie>

Cosola A., Nucera A., Vernerio E. M., La Salute Percepita nell'ASL TO3, 2014.

http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2015/La%20salute%20percepita_TO3.pdf

De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A., Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005, 14 (suppl. al n. 4): 1-100

Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017

Depressione e altri disturbi mentali comuni: stime globali

<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3090>

Diecidue R., Tibaldi G., Pinciaroli R., Relazione sulla Salute Mentale in Piemonte. Serv. Sovraz. *Epidemiologia Reg. Piemonte c/o ASL TO3 Collegno*, 2008.

DoRS, Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere

© Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS)

Traduzione del documento Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being

© WHO Regional Office for Europe 2013

Migliardi A., Marino M., Gnani R., La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti. Regione Piemonte, Tutela della salute ed accesso alle cure. Anno 2013. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3 – Regione Piemonte, Ottobre 2014.

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/epidemiologia/pubblicazioni>

Molinari S., Chiellini P., (a cura di) In dipendenza. 121 risposte sulle dipendenze in Italia. Tangram Edizioni Scientifiche Trento, 2013.

https://www.epid.ifc.cnr.it/images/downloads/MaterialeDivulgativo/libro_ipsad_preview.pdf

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2016. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2017. <http://www.aifa.gov.it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2016>

Sintomi Depressione – Passi Regione Piemonte 2010–2013

<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/depressione.asp>

WHO – Integrating Mental Health in Primary Care, 2009

NICE, Common mental health problems: identification and pathways to care, 2011

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173>



**Grazie per l'attenzione!!!
e i suggerimenti**