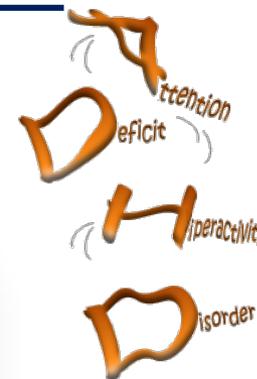


Milano, 10 novembre 2015



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI VS GARANZIA DEI DIRITTI

Annalisa Monti, Stefania Millepiedi

*UOC NPI ASL 11 Empoli
Consiglio Direttivo SINPIA*



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI VS GARANZIA DEI DIRITTI

**Annalisa Monti
Stefania Millepiedi**



Congresso

**PERCORSI
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI
CONDIVISI PER L'ADHD**



**Una risposta alle criticità
e ai bisogni inevasi**

Milano, 9-10 novembre 2015
Ore 9.00-18.00 - AULA A

IRCCS
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
Via G. La Masa 19 - 20156 Milano



Guardando oltre.....

- **PERCORSO ADHD ...COME METODO PER AFFRONTARE LA COMPLESSITA' DELLE PROBLEMATICHE AFFERENTI E LA COMPLESSITA' DELL'ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA**
- **RAGIONARE SUL PERCORSO ADHD IN UNA DIMENSIONE PIU' AMPIA**
- **APPROCCIO METODOLOGICO TRASLABILE NELLA DIMENSIONE DELLA CLINICAL GOVERNANCE DEI SERVIZI DI NPI**

clinical governance

contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica» (G. Scally e L.J. Donaldson British Medical Journal 1998)

obiettivi:

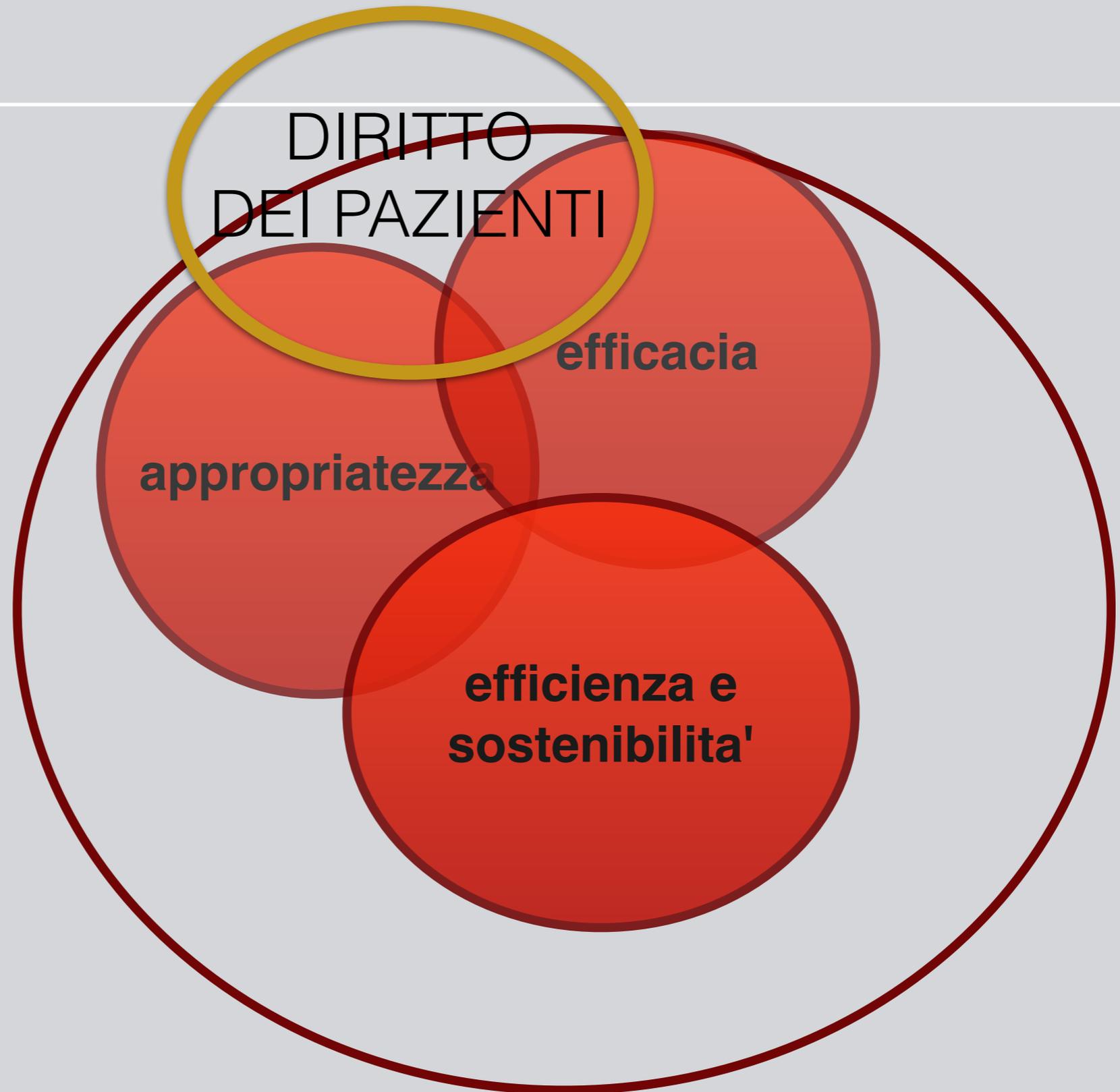
- ottimizzazione delle risorse
- economicità nel loro impiego
- miglioramento continuo delle prestazioni
- soddisfazione dell'assistito

DIRITTO
DEI PAZIENTI

efficacia

appropriatezza

**efficienza e
sostenibilita'**



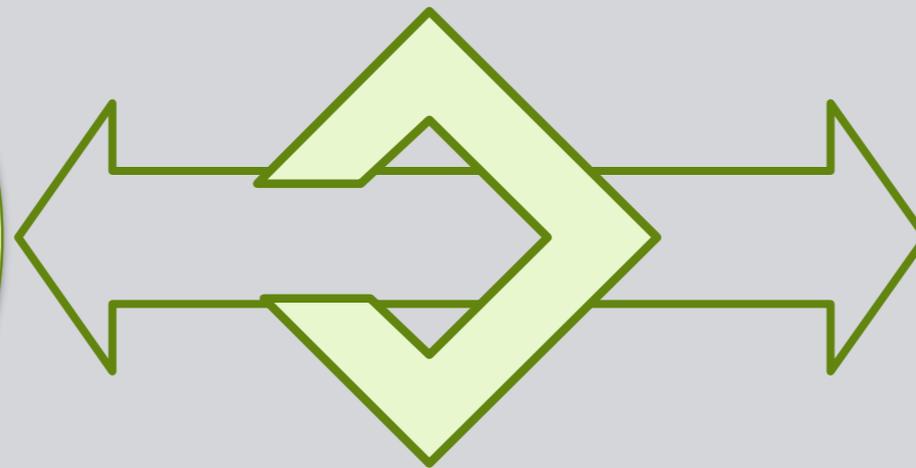
Sostenibilita'

La sostenibilità del sistema sanitario è un equilibrio tra diversi fattori:

- bisogni del paziente
- problemi economici
- costi ambientali

Bisogni sanitari e necessita' di cambiamento

**Aumento delle richieste
Riduzione personale
Tensione finanziaria
Progresso scientifico**



**Assicurare assistenza
di qualità
in un quadro di sostenibilità**

- **Professionale**
- **Economica**
- **Sociale**

equita'

DISOMOGENEITA' NELL'ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA

sia in termini di risorse che
di pratiche

Le politiche di decentramento del
potere Organizzativo ha aumentato
la variabilità.

carezza di dati confrontabili



**diversi stili di lavoro e di gestione che si
sono sviluppate in realtà diverse**



DIRITTO
DEI PAZIENTI

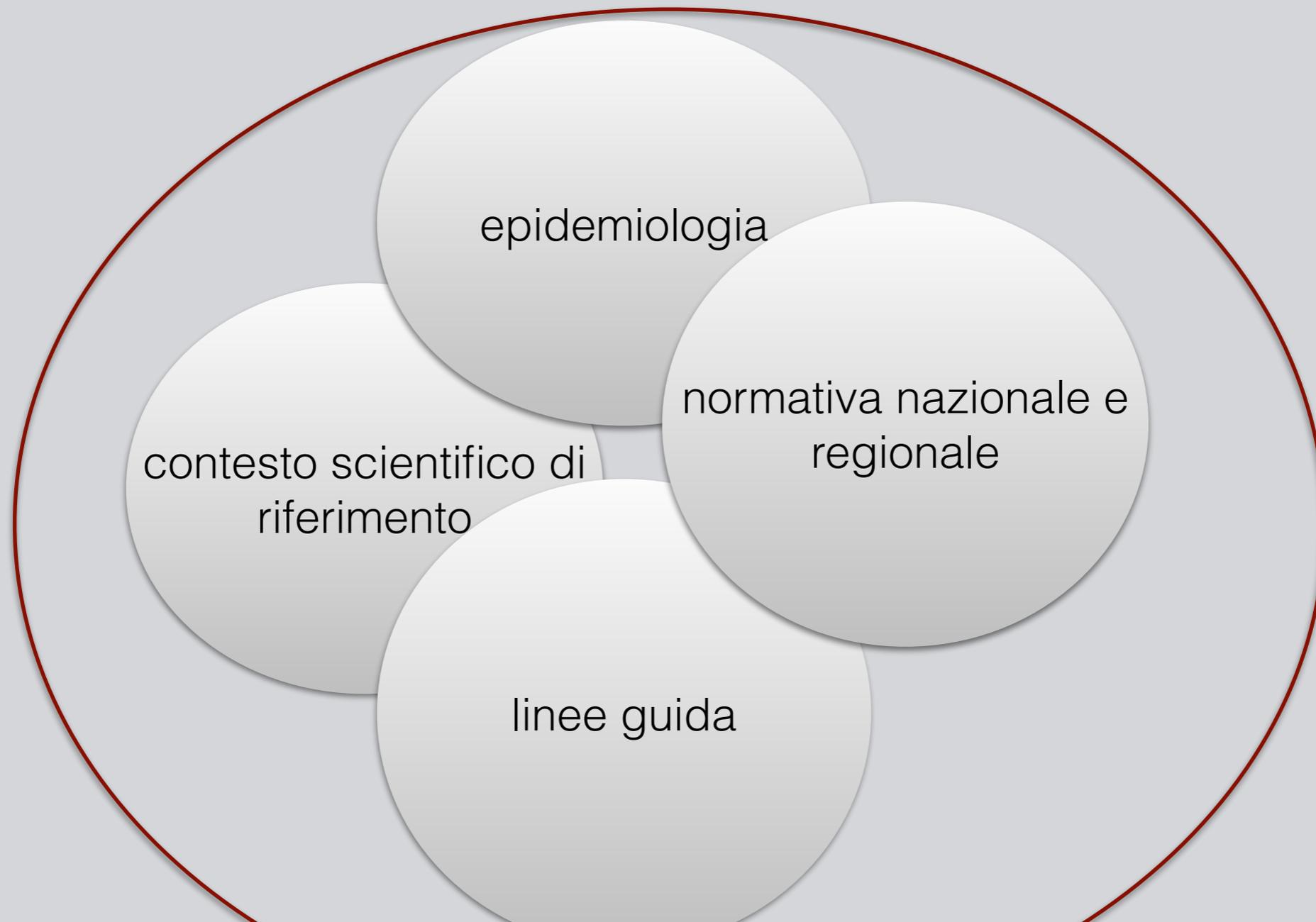
efficacia

appropriatezza

**efficienza e
sostenibilita'**



organizzazione dei servizi clinical governance livello macro



in una logica che deve tener conto della sostenibilita'



in una logica che deve tener conto della sostenibilita'

prevalenza dei disturbi neuropsichici in età evolutiva

18-22%

Fonagy 1997, Missiuna 2001, Merikangas 2010

In Toscana l'utenza potenziale dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) in Toscana è stimabile in oltre 100.000 unità

Gli utenti che nel 2014 hanno avuto almeno un contatto con i servizi territoriali toscani di NPIA sono stati circa 45.000, pari a circa l'8% della popolazione 0-17 anni, con prevalenza variabile dal 6 all'11% in rapporto alle zone geografiche.

dal 2006 aumento del 45%

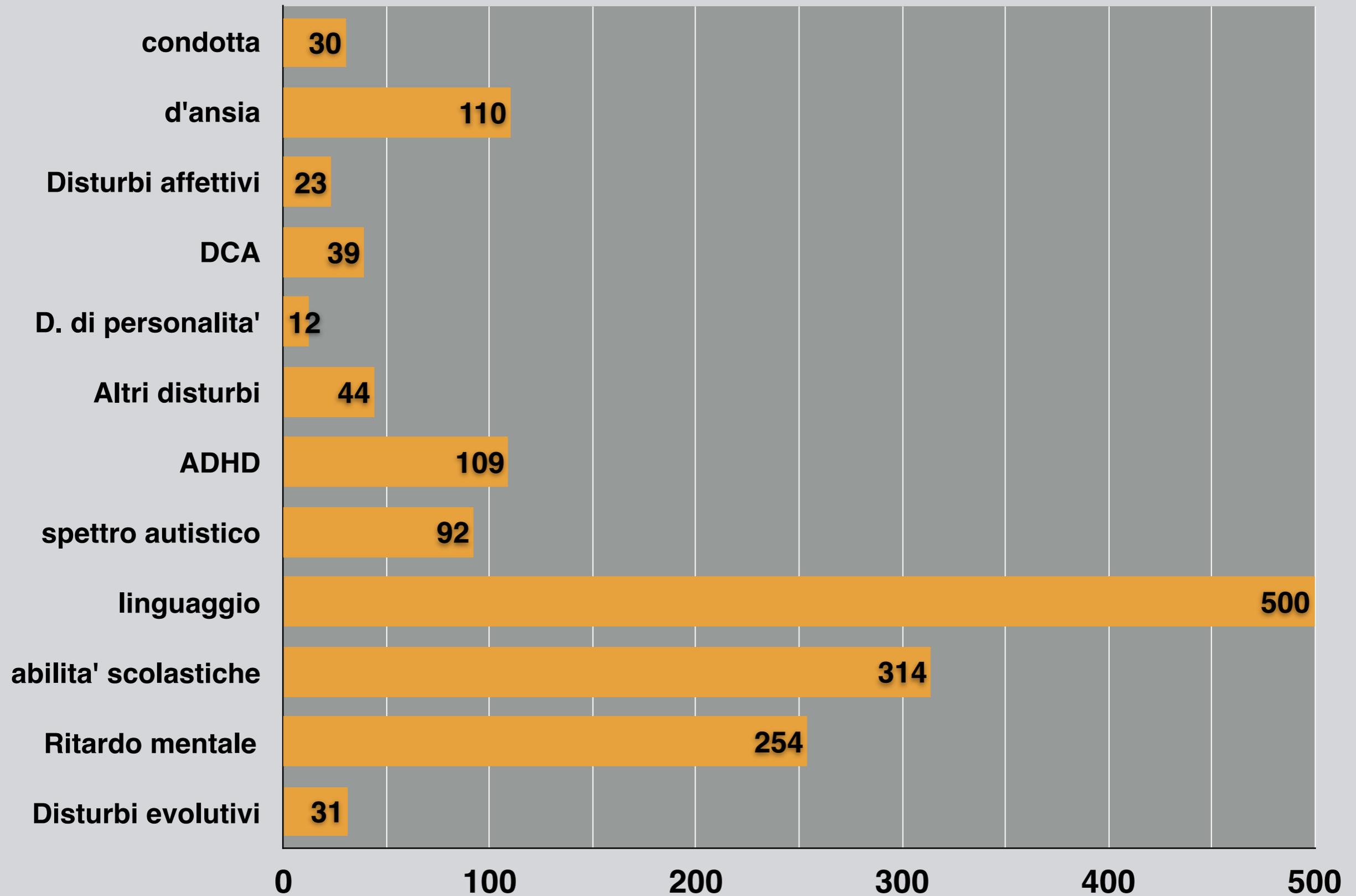
TREND UTENTI NEGLI ANNI



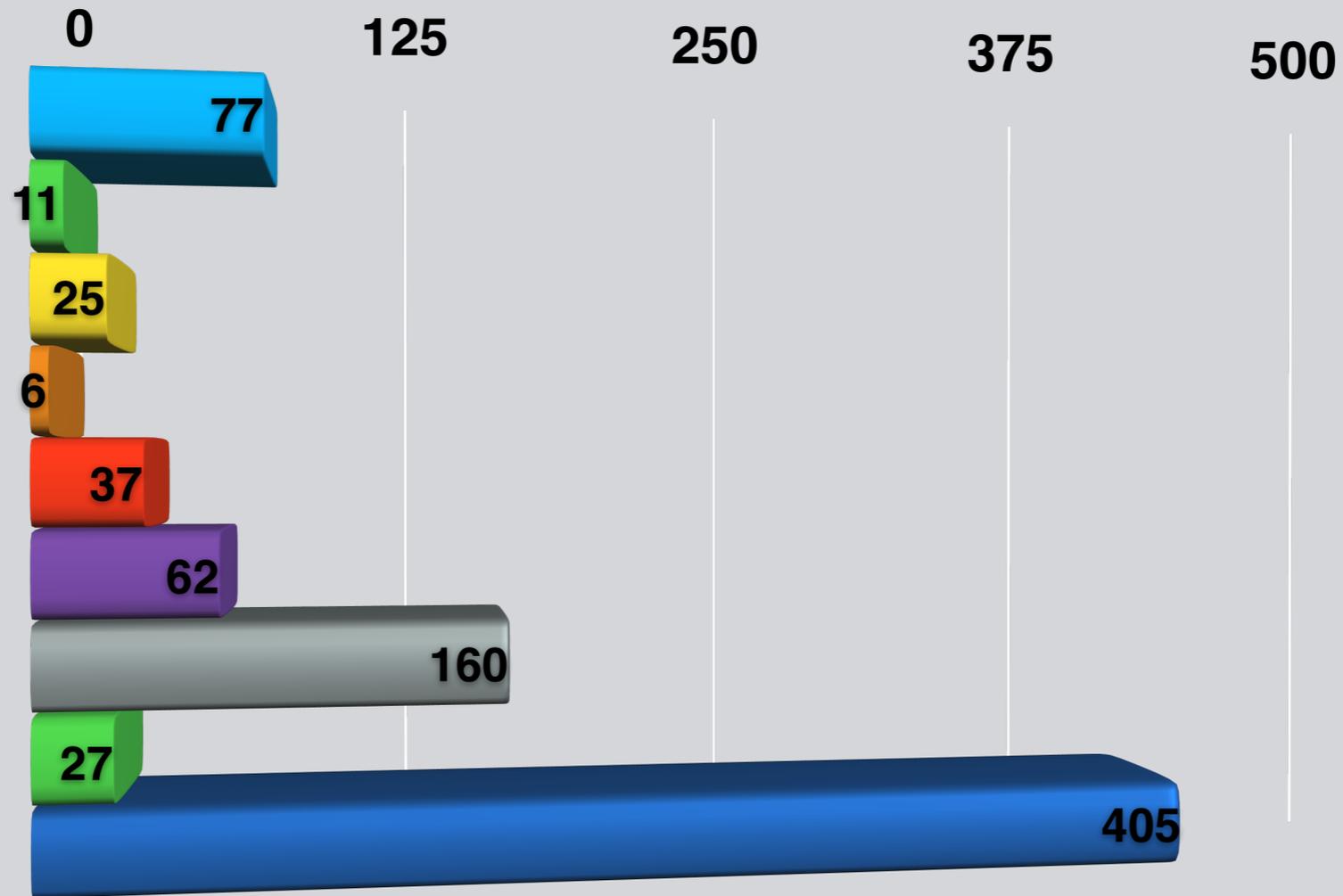
↑29,5%

Fonte: Sistema
informativo
ASTER

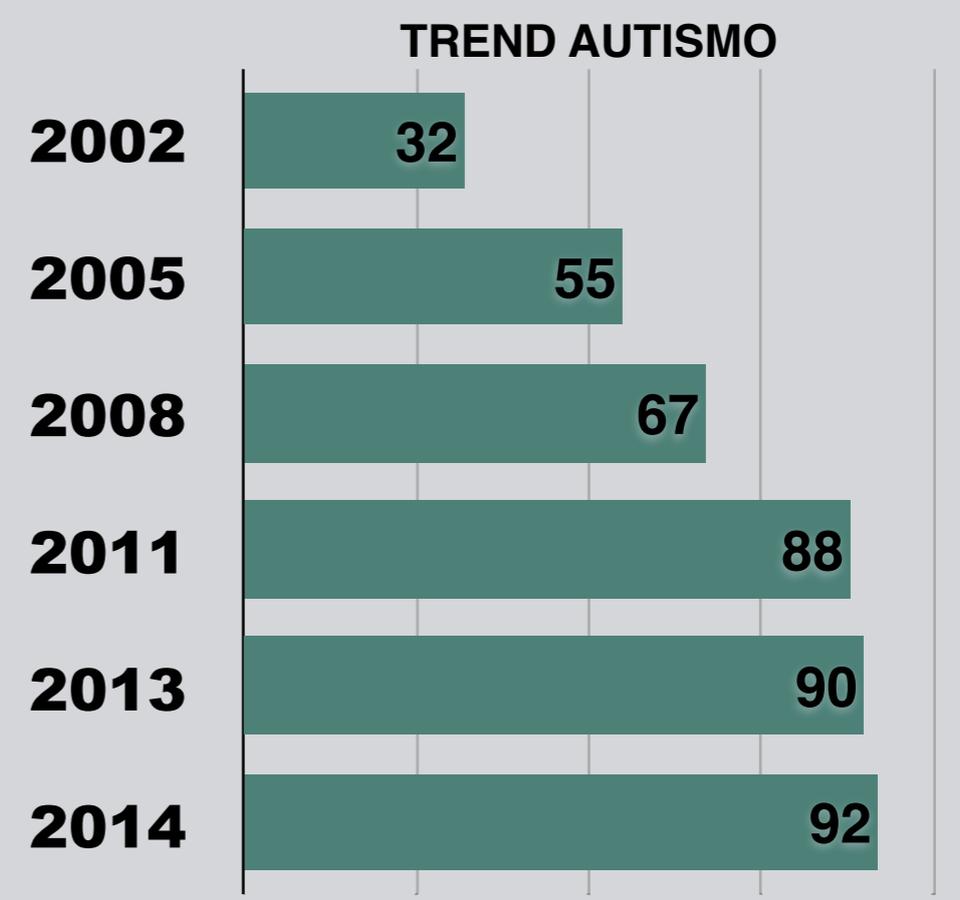
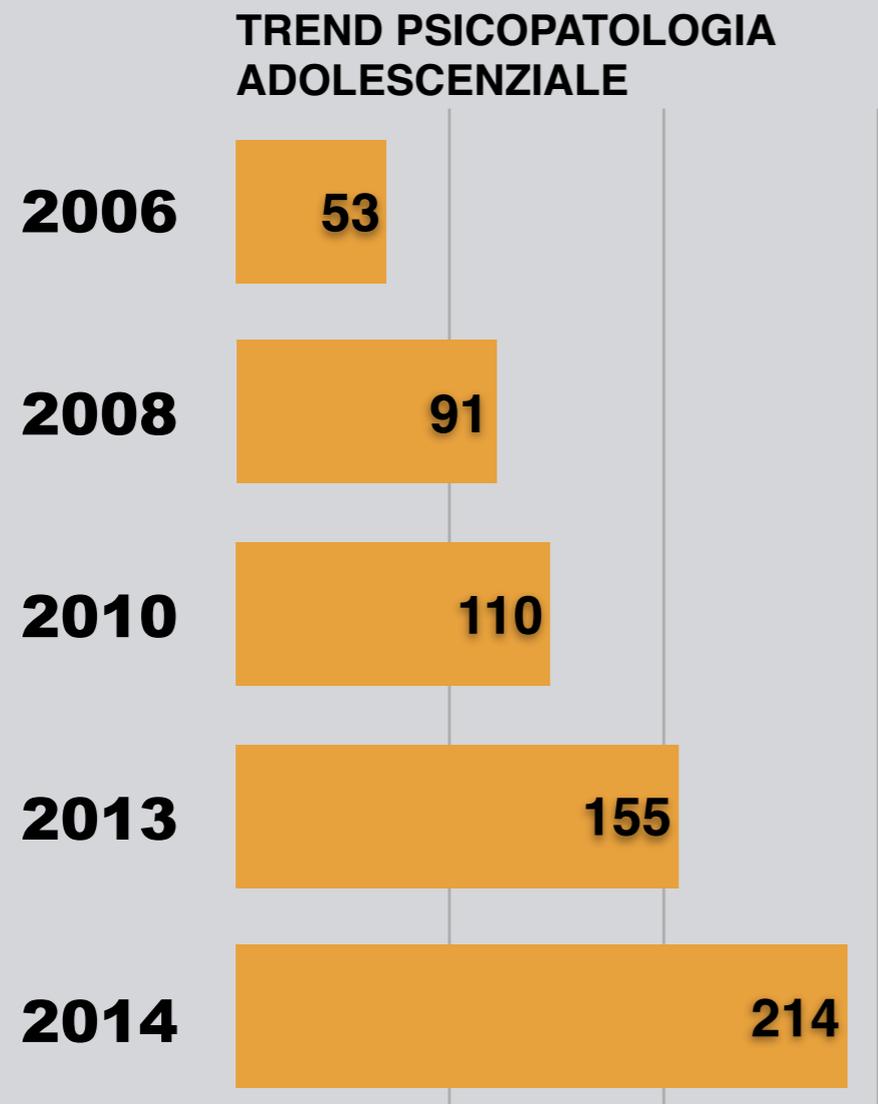
distribuzione per gruppi diagnostici aASL I I



distribuzione per gruppi diagnostici

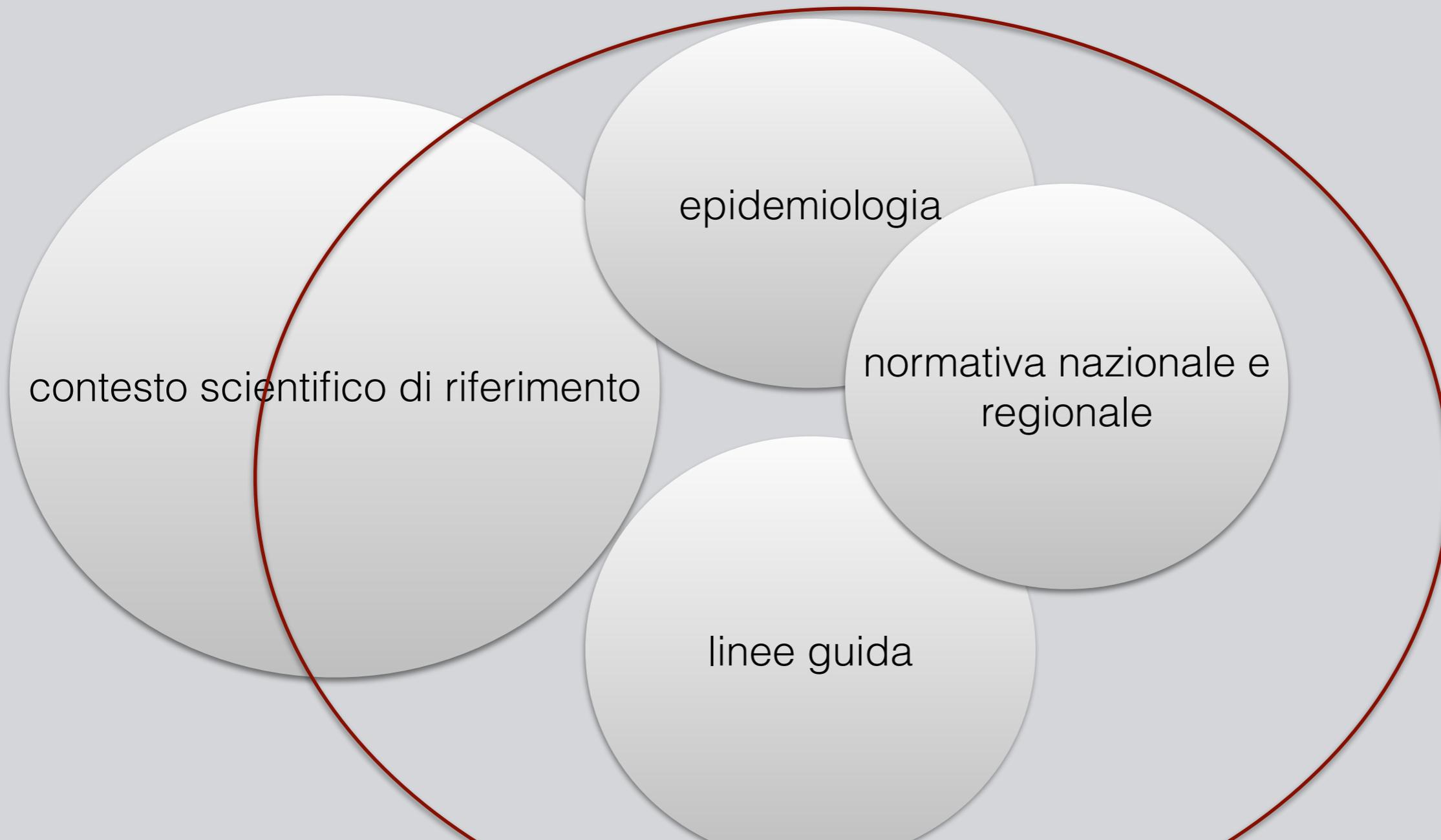


- PCI
- malattie muscolari
- malformazioni congenite
- tumori
- epilessia
- altro
- ritardi psicomotori
- sordita'
- TOT



clinical governance

livello macro



in una logica che deve tener conto della sostenibilita'

CONTESTO SCIENTIFICO

SVILUPPO NEUROPSICHICO



Intersoggettività
Esperienza

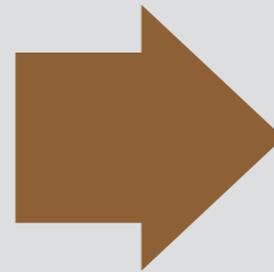
Plasticità

Sviluppo
neurofunzionale

Patrimonio
Genetico

CONTESTO SCIENTIFICO

sviluppo cerebrale



storia naturale



trattamenti evidence based

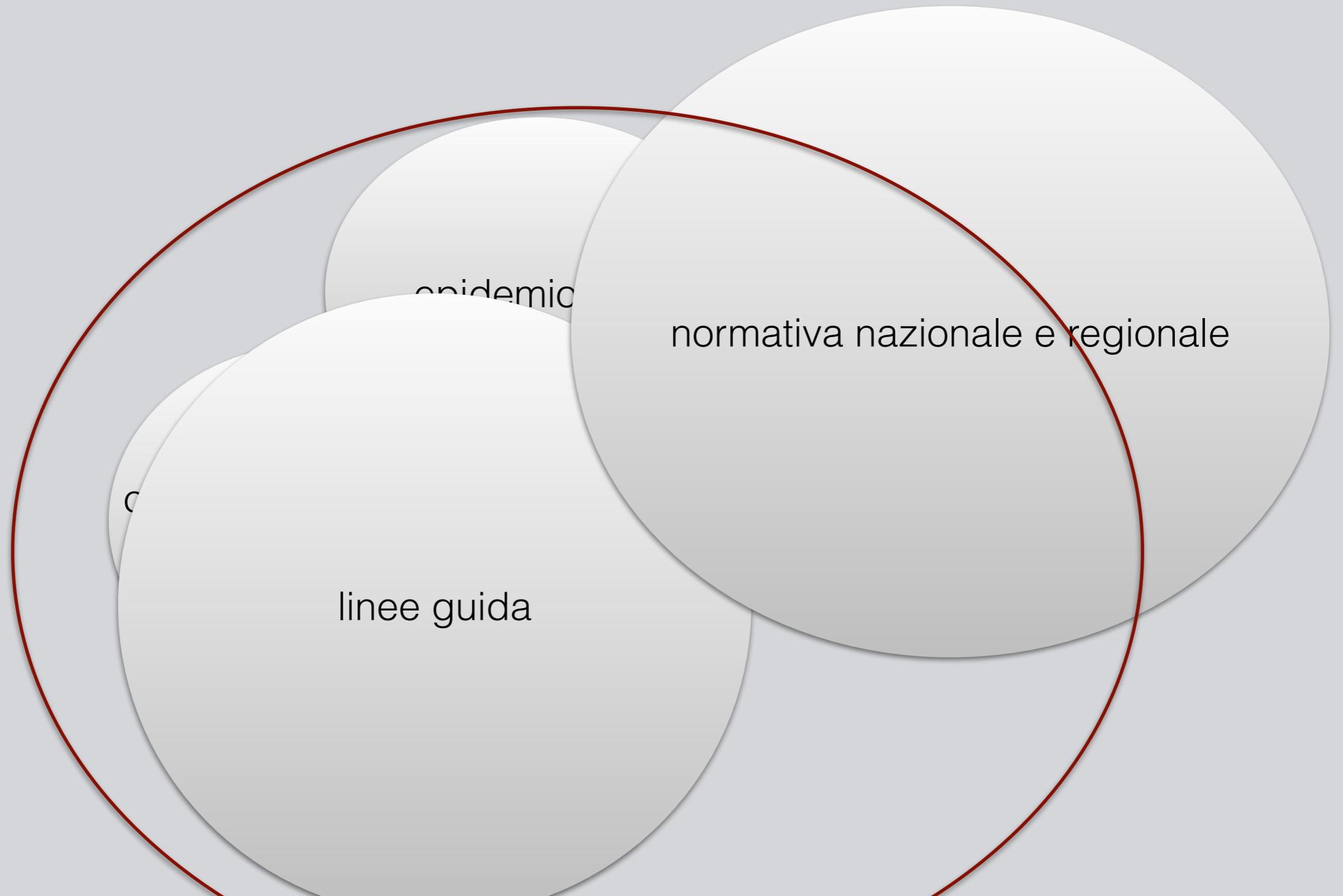


**interventi
precoci**

**basati sulle
evidenze
disponibili**

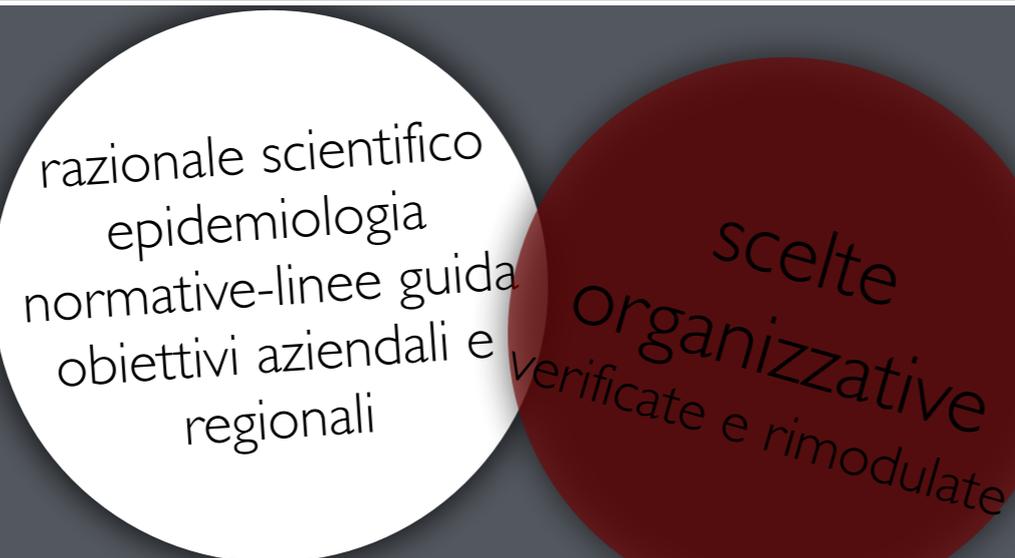
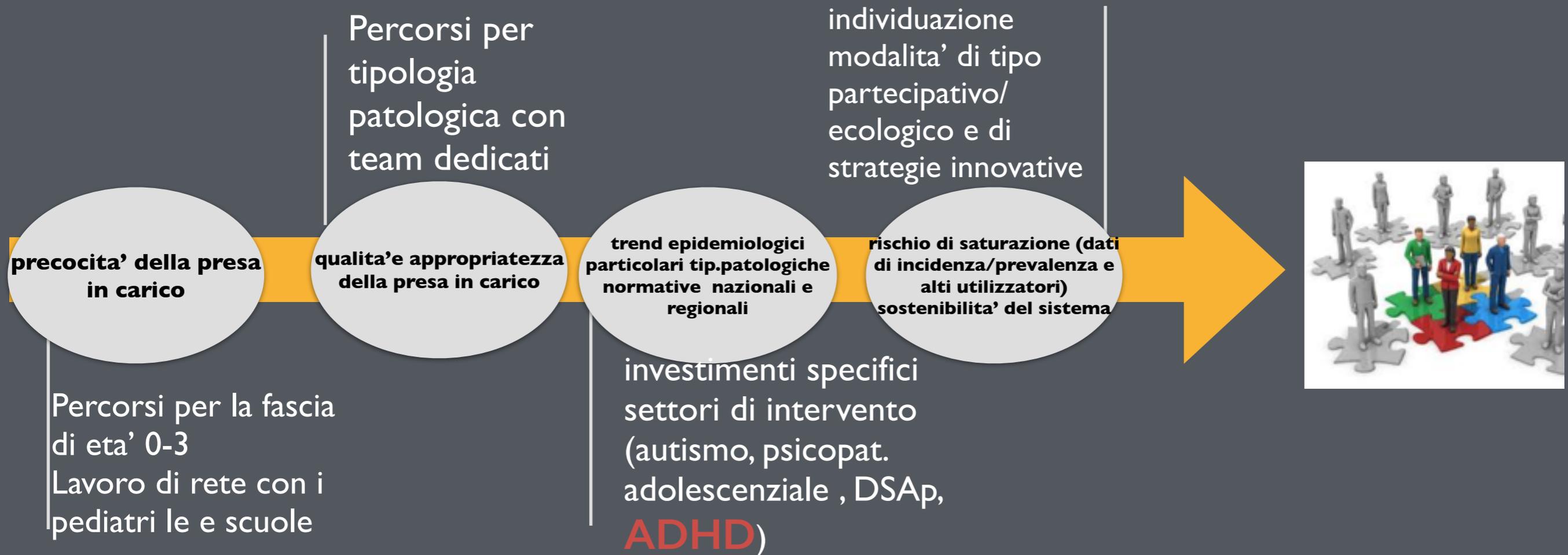
clinical governance

livello macro



in una logica che deve tener conto della sostenibilita'

MODELLO ORGANIZZATIVO



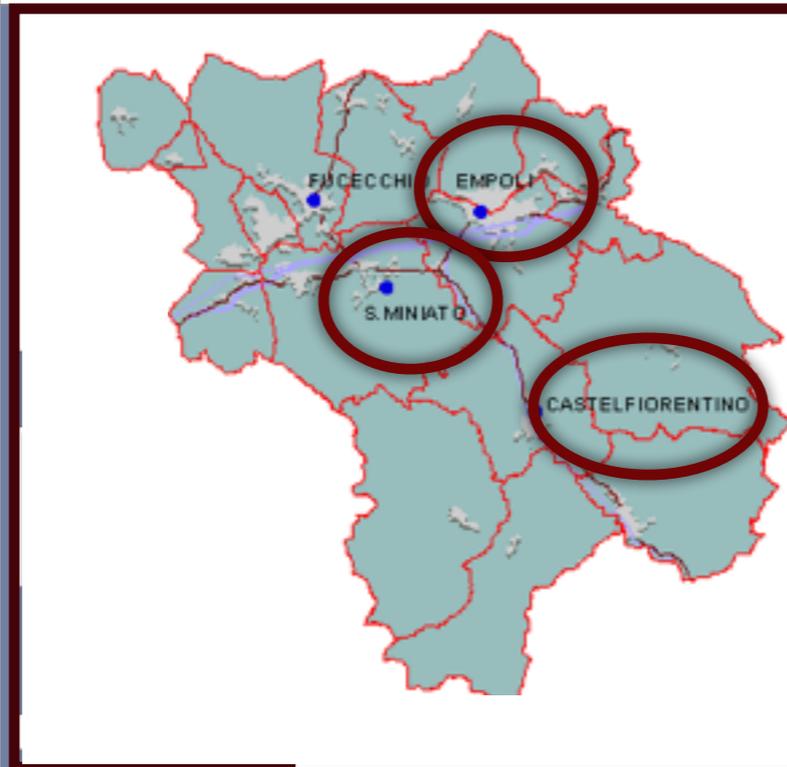
un modello dinamico

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

PERCORSI

PERCORSI ASSISTENZIALI DISTRETTUALI

3 PRESIDI



- prime visite
- presa in carico
- collaborazione con i pediatri
- monitoraggio di situazioni cliniche già' conosciute o confermate.

PERCORSI ASSISTENZIALI AZIENDALI

PERCORSO AUTISMO

PATOLOGIA
NEUROMOTORIA : UOS

ADHD

DSAp

PERCORSO 0-3

DISABILITA' INTELLETTIVA

PSICOPATOLOGIA
ADOLESCENZIALE

DCA

DOWN

Logica del percorso aziendale

integrazione con
**STRUTTURE DI III
LIVELLO**

tutti i presidi

PRESA IN CARICO

presidio aziendale

**ASSESSMENT
unico presidio**

integrazione con
**neurofisiopatologia e
pediatria
ASL 11**

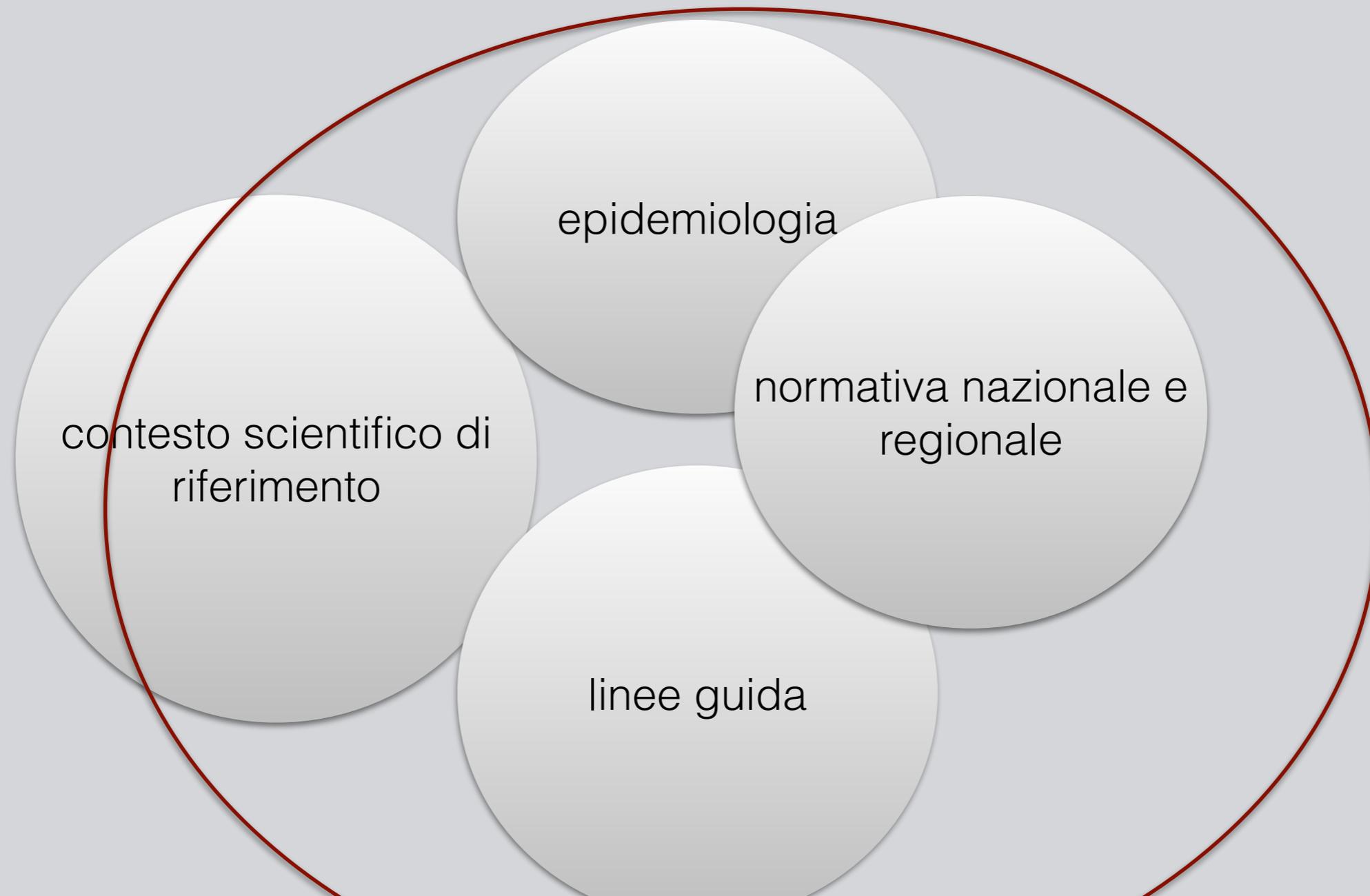
percorso definito in termini di

- ✱ team specialistico (risorse assegnate)
- ✱ orari
- ✱ tempistica dell'assessment
- ✱ sedi di erogazione- spazi dedicati



clinical governance

percorsi di cura



in una logica che deve tener conto della sostenibilita'

AUTISMO: STEP ORGANIZZATIVI

2004



Attivazione di un percorso per l'autismo
 Costituzione del team autismo
 Iniziato percorso di formazione tuttora in corso
 Introdotta la TED (2005)

2006



Introdotta riabilitazione in open space
 Iniziata ricerca

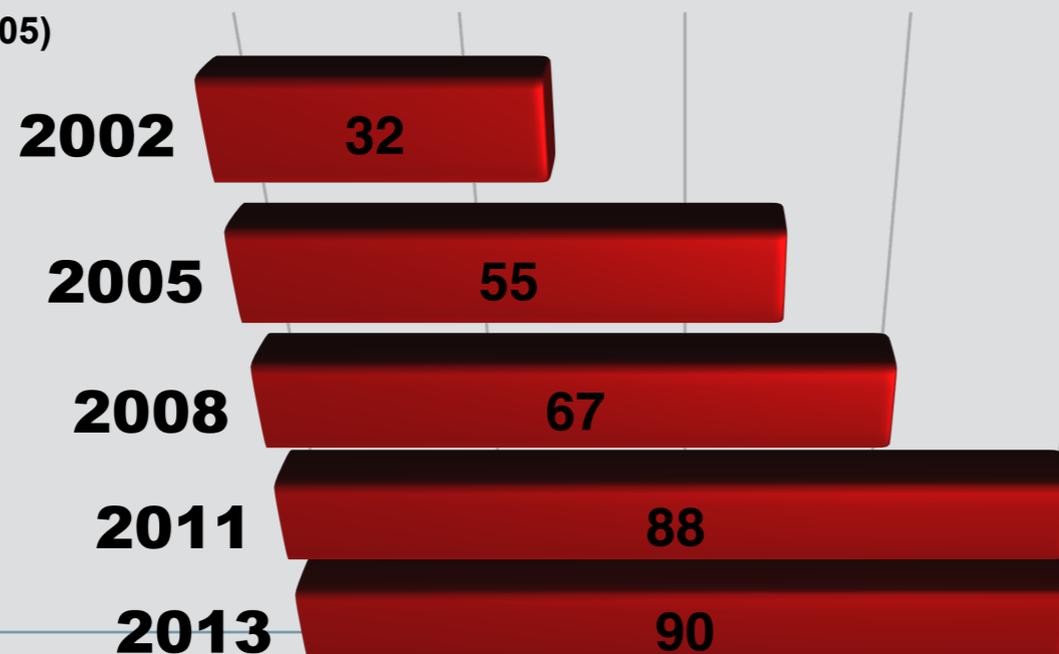
2009



Diversificazione interventi per fasce di età'

▶ Attivazione di un percorso di assessment per gli utenti provenienti dallo screening

▶ Apertura Centro di Ventignano



PERCORSO AUTISMO AMBULATORIALE INTENSIVO ASL 11

TEAM

1 ASS. SOCIALE
1 PSICOLOGO
3 LOGOPEDISTI
2 EDUCATORI
3 NPI



ASSESSMENT E PRESA IN CARICO



- TED
- trattamento psicomotorio individuale o di piccolo gruppo
- trattamento riabilitativo logopedico
- Trattamento in open space secondo i principi della sensory integration
- trattamento psicoeducativo di piccolo gruppo
- Interventi psicoeducativi e di sostegno ai genitori
- monitoraggio delle attività scolastiche ed extrascolastiche
- counseling alle insegnanti
- incontri periodici con i genitori (di coppia o di gruppo)
- se necessaria psicoterapia di coppia.



PSICOPATOLOGIA ADOLESCENZIALE: STEP ORGANIZZATIVI

2004



Attivazione di un TEAM SPECIALISTICO

Apertura del Centro Diurno La Scala

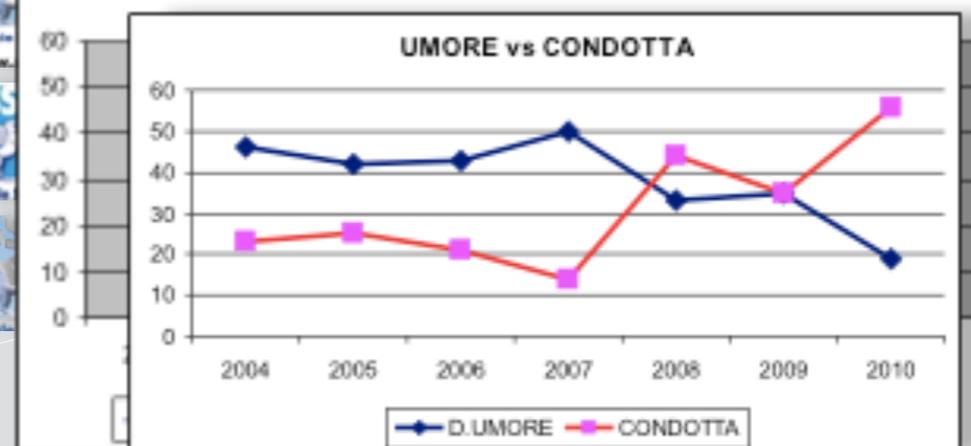
2009



Apertura del Centro Residenziale San Anzano

2013

% DIAGNOSI PER ANNO



Centro Diurno La Scala:
Riorganizzazione interventi con attivazione Coping Power per utenti preadolescenti
Protocollo operativo per disturbi esternalizzanti
Team Aziendale. Formazione DBT

2006

53

2008

91

2010

196

2012

265

MA

percorsi aziendali



DIRITTO
DEI PAZIENTI

efficaci

appropriati

efficienti

sostenibili

AREA VASTA



recente LR n.28/2015
(Disposizioni urgenti per il
riordino dell'assetto istituzionale e
organizzativo del servizio
sanitario regionale)

VARIABILITA' NELLA

- distribuzione delle risorse umane
- sviluppo e promozione di competenze specialistiche
- modalità di accesso (ad es. CUPWEB vs. agende interne gestite dai servizi),
- attribuzione delle priorità

rete per percorsi di Area Vasta (Disturbi dello spettro autistico, DSAp, ADHD, DCA, Disturbi neuromotori, Emergenza psichiatrica)

collegamento verticale (Hub-Spoke) e la comunicazione orizzontale (Spoke-Spoke) tra Servizi.

Logica del percorso aziendale



criteri di appropriatezza di un determinato percorso

risorse disponibili



PERCORSO ADHD

diagnosi clinica del disturbo : definita in termini di protocolli diagnostici
necessita di **competenze specialistiche approfondite**
tempi di osservazione clinici lunghi.

Il **trattamento** del disturbo è multimodale e multidisciplinare e **richiede un marcato investimento delle risorse sanitarie, scolastiche e sociali.**

Problema delle comorbilità

trattamento farmacologico del disturbo : esistono numerosi dati scientifici,

intervento non farmacologico: non esistono indicazioni univoche e spesso i dati sia in letteratura che nell'ambito dell'esperienza clinica sono contrastanti.

intervento farmacologico, previsto per bambini con ADHD di intensità medio-grave, : regolamentato da precise indicazioni ministeriali che prevedono la conferma diagnostica e l'impostazione di un intervento farmacologico presso Centri di Riferimento (CdR) specificamente accreditati.

integrazione con
**STRUTTURE DI III
LIVELLO**

spoke-presidi
aziendali/zonali

hub sovrazonali

FORTE INTEGRAZIONE DI
COMPETENZE ,
METODOLOGIE E CRITERI DI
VALUTAZIONE DI PROCESSO
ED ESITO



CdR



PERCORSO ADHD

DIAGNOSI :

CATEGORIALE relativamente semplice e poco costosa

Non è necessario effettuare un assessment neuropsicologico per porre diagnosi di ADHD...

Linee Guida SINPIA, 2002

non sufficiente per impostare un piano di trattamento

FUNZIONALE -DIMENSIONALE: complessa

PERCORSO ADHD

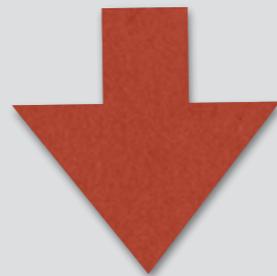
TRATTAMENTO

Trattamento Farmacologico : rapporti tra territorio e CDR
tempi attesa - duplicazione degli interventi diagnostici

Quale trattamento non farmacologico....

Come gestiamo le comorbilità ??

necessario fare tutto a tutti???? ovunque
possibile identificare step per livelli di gravita' ?



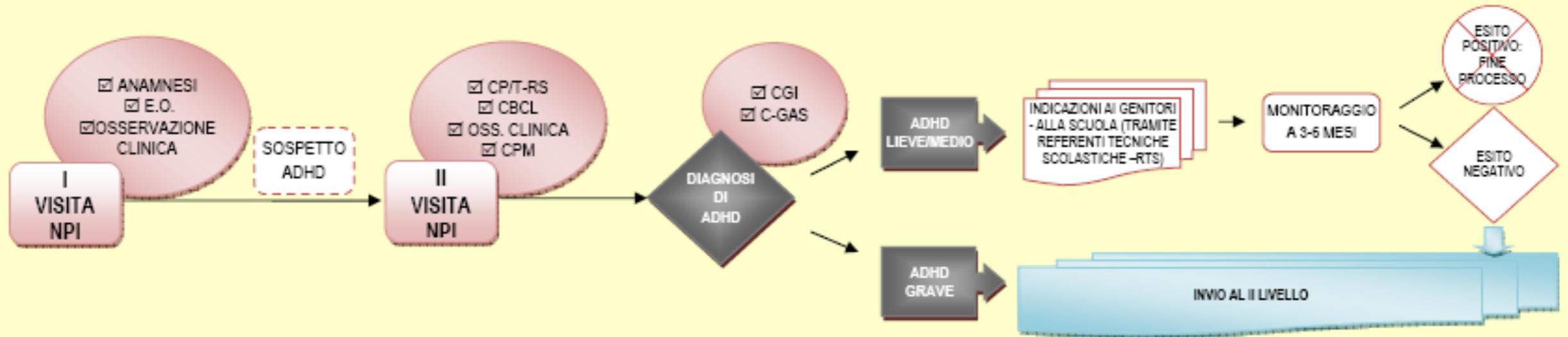
progetto regionale toscano ADHD

- ◆ Implementare la rete di clinici che si occupano di ADHD attraverso l'attivazione di un gruppo di specialisti che nell'ambito di ogni UO-NPI possa costituirsi riferimento per l'ADHD.
- ◆ Definire un protocollo diagnostico di base per la diagnosi di ADHD a livello territoriale
- ◆ Definire un protocollo per l'invio dei casi al CRR
- ◆ Definire un protocollo terapeutico di base per la presa in carico dei bambini con ADHD

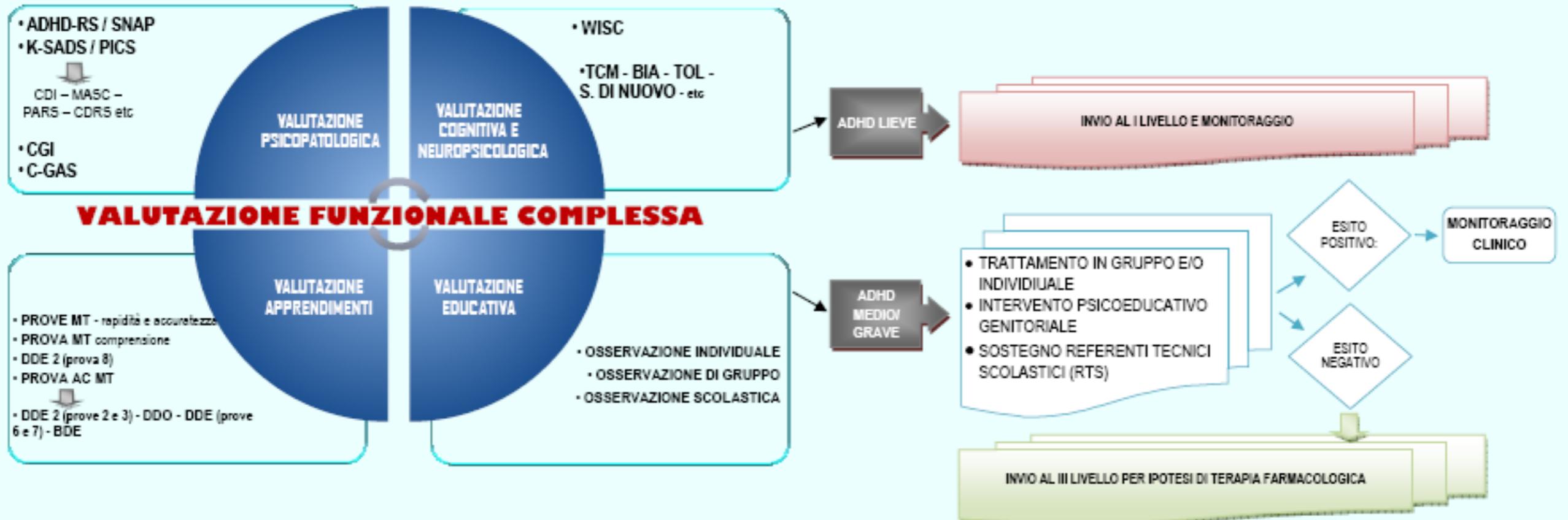


I LIVELLO: TERRITORIALE

Flow chart del percorso ADHD



II LIVELLO: LA BADIA



**diversificazione di investimento di risorse in termini
di strumenti diagnostici e tempo dedicato sulla base
della gravita' sintomatologica**

SCHEDA INVIO VALUTAZIONE - II LIVELLO LABORATORIO ADHD			
NOME E COGNOME	MEDICO DI RIFERIMENTO		
DATA DI NASCITA	TELEFONI		
COMUNE DI RESIDENZA	CLASSE E SCUOLA FREQUENTATA		
DIAGNOSI ADHD	SINTOMI NUCLEARI	<input type="checkbox"/> IPERATTIVITÀ/IMPULSIVITÀ <input type="checkbox"/> INATTENZIONE <input type="checkbox"/> ENTRAMBI	
	CRITERI DIAGNOSTICI	<input type="checkbox"/> PRECOCE (< 6 ANNI) <input type="checkbox"/> PERVASIVO (> 2-3 AMBITI DI VITA) <input type="checkbox"/> STABILE (> 6 MESI)	
		<input type="checkbox"/> DISFUNZIONALE	<input type="checkbox"/> SCOLASTICO <input type="checkbox"/> RELAZIONALE <input type="checkbox"/> SOCIALE
		INTENSITÀ	<input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> GRAVE
	COMORBIDITÀ	<input type="checkbox"/> DISTURBO DEL COMPORTAMENTO <input type="checkbox"/> DISTURBO DI APPRENDIMENTO <input type="checkbox"/> DISTURBO DELL'UMORE <input type="checkbox"/> DISTURBO D'ANSIA <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	
TEST EFFETTUATI (DA ALLEGARE)	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> CBCL <input type="checkbox"/> CPRT <input type="checkbox"/> CTRS <input type="checkbox"/> CGI <input type="checkbox"/> C-GAS		
FAMILIARITÀ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare): _____		
ANAMNESI	<input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ IN GRAVIDANZA (specificare) _____ <input type="checkbox"/> SOFFERENZA PRE-PERI-POST-NATALE (prematuranza e basso peso) <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ DI REGOLAZIONE <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ DEL LINGUAGGIO <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ RITMO SONNO-VEGLIA <input type="checkbox"/> DIFFICOLTÀ/RITARDO NELLO SVILUPPO MOTORIO		
DIFFICOLTÀ SOCIO-AMBIENTALI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare se seguita e da chi)		
ESAME NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> POSITIVO (descrivere): _____ <input type="checkbox"/> ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI (specificare): _____		
NOTE: _____ _____ _____			

DATA: _____ FIRMA: _____

ASSI	OBIETTIVI	AZIONI/MODELLI/STRATEGIE		
		Livello base	Livello medio	Livello intenso
Genitori	<p>Acquisire informazioni corrette sull'ADHD e sui programmi di aiuto</p> <p>Contenere/diminuire lo stress genitoriale</p> <p>Definire aree critiche prioritarie per la programmazione degli interventi</p> <p>Rilevare per modificare pensieri, attribuzioni e modi di agire critici</p> <p>Facilitare la regolazione comportamentale, cognitiva ed emotiva</p>	<p>Intervento psicoeducativo:</p> <p>Consegnare e presentare materiale conoscitivi</p> <p>Colloquio dedicato</p>	<p>Livello base +</p> <p>Intervento psicoeducativo strutturato: 3-5 incontri strutturati con i genitori</p>	<p>Livello base +</p> <p>Livello medio +</p> <p>Parent training</p>
Scuola	<p>Acquisire conoscenze e strumenti specifici (osservativi e di intervento)</p> <p>Promuovere le abilità di formulare PDP funzionali al bambino</p> <p>Condividere le linee guida di comportamento</p> <p>Facilitare la regolazione comportamentale, cognitiva ed emotiva</p> <p>Programmare strategie di apprendimento adeguate alle competenze ed alla funzionalità del bambino</p>	<p>Intervento psicoeducativo:</p> <p>Consegnare e presentare materiale conoscitivo (specifico per la scuola)</p> <p>Monitoraggio periodico tramite colloquio telefonico</p>	<p>Livello base +</p> <p>Supervisione periodica della didattica personalizzata e delle strategie mirate (MIUR su ADHD e BES)</p>	<p>Livello base +</p> <p>Livello medio +</p> <p>Intervento diretto a scuola sul gruppo classe del bambino ADHD con strutturazione di interventi di empowerment (2-5 incontri)</p>
Bambino	<p>Acquisire conoscenze e consapevolezza di sé</p> <p>Imparare ad autoregolare il proprio comportamento in relazione ai propri bisogni e al proprio contesto</p> <p>Imparare ad autoregolare le proprie abilità metacognitive</p> <p>Imparare ad autoregolare le emozioni</p> <p>Migliorare le abilità sociali</p> <p>Sostegno delle abilità di apprendimento</p>	<p>Intervento psicoeducativo:</p> <p>Condividere informazioni specifiche</p> <p>Colloquio dedicato</p>	<p>Livello base +</p> <p>Intervento psicoeducativo strutturato: percorso individuale/di gruppo (15-20 sedute)</p>	<p>Livello base +</p> <p>livello medio +</p> <p>Training sulle abilità specifiche</p> <p>CBT</p>

Scuola:

1. Lavoro con Referenti Tecniche Scolastiche
2. Osservazione in classe
3. Indicazioni specifiche e condivisione PDP

Famiglia:

1. Incontri con i genitori (3-5 incontri) parallelamente al gruppo bambini
2. Coinvolgimento dei genitori durante gli incontri di gruppo dei bambini (merenda insieme, utilizzo strumenti compensativi, giochi sulle emozioni)
3. Festa di fine gruppo

Trattamento
personalizzato
multimodale

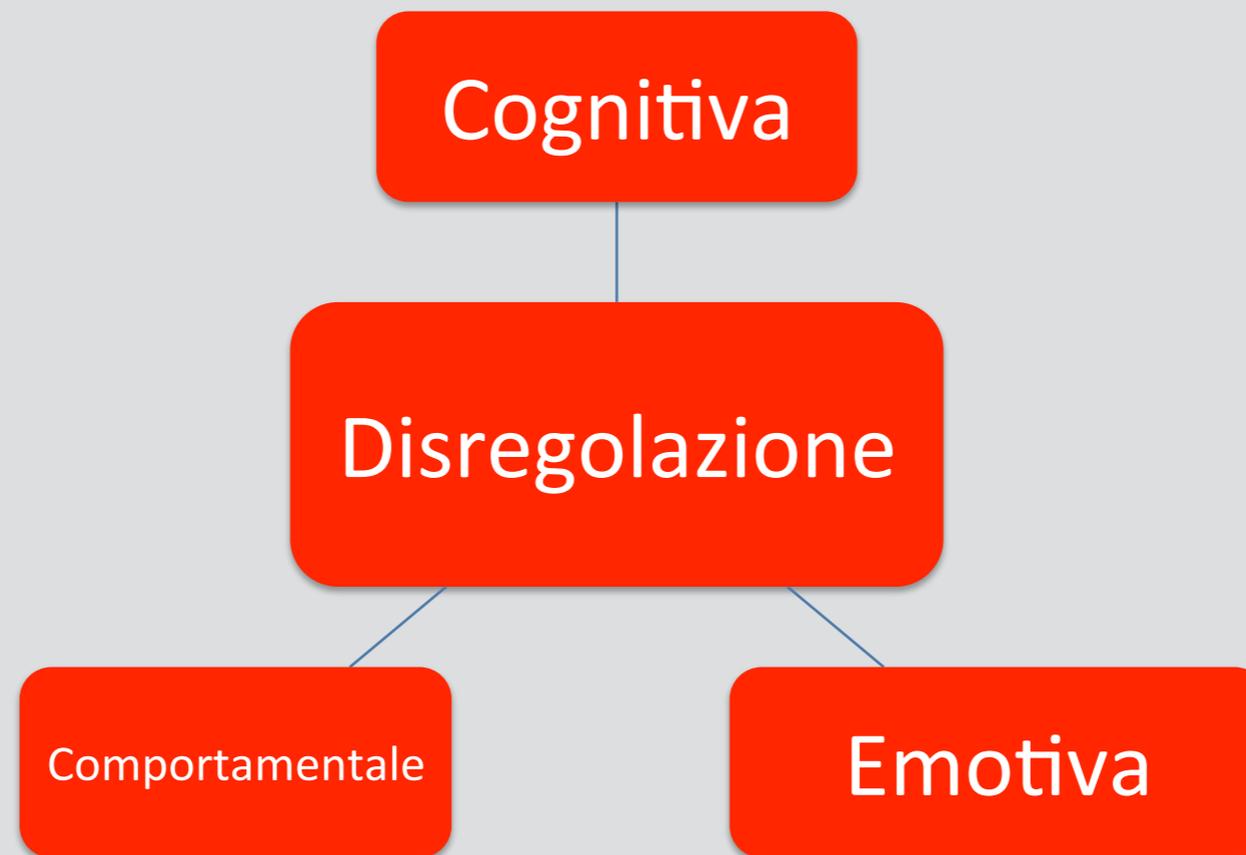
Bambino

Contesto sociale:

1. Inserimento in attività sportive controllate (canottaggio, rugby, scherma)

	Contesto individuale	Contesto individuale facilitante (piccolo gruppo)	Contesto gruppo
ADHD lieve			X
ADHD medio		X	X
ADHD grave	X	X	X

Focus dell'Intervento sul bambino



Intervento sulla disregolazione

Cognitiva

5 fasi magiche
Ristrutturazione
pensieri
Problem solving

Schede
Compiti
Giochi di gruppo
(shangai, memory)

Emotiva

Riconoscimento
emozioni
Regolazione emozioni
(modulazione della
rabbia, eccitazione)

Schede
Role playing
Giochi (mimo)
Disegni

Comportamentale

Modellamento
Tecniche di token
economy

Schede
Condivisione delle
regole
Role playing



integrazione con
**STRUTTURE DI III
LIVELLO**

spoke-presidi
aziendali/zona

**I
livello**

hub zonal

**II
livello**

FORTE INCISIONE DI
COMPETENZE,
METODOLOGIE E CRITERI DI
VALUTAZIONE DI PROCESSO
ED ESITO

definizione di
Funzioni zonal
Funzioni di Area Vasta
Funzioni Regionali

**agende unificate
orari**

Comorbilità ???? Transizione???

Comorbilità ADHD-DSA

ADHD + Dislessia
15-35%
**(Fletcher 1999;
Shaywitz et al 1996)**

ADHD + Disortografia:
65%
(Mayes et al 2000)

ADHD + Discalculia
6-18%
**(Gross-Tsur et al 1996;
Capano et al 2008)**

COMORBILITA'

Flessibilita' dei percorsi

Offerta terapeutico abilitativa piu' trasversale
dimensionale

TRANSIZIONE

Raccordo con la psichiatria degli adulti

CONCLUSIONI

Servizi devono

Assicurare assistenza di qualità
in un quadro di sostenibilità
e all'interno di una cornice di equità'

possibile se

- **analisi macro dei bisogni complessivi, dei trend epidemiologici , delle risorse disponibili**
- **i percorsi per patologia sono inseriti in una logica Spoke-Hub-Spoke verticale e trasversale all'interno della quale vengono identificati in maniera precisa livelli diversificati di competenze e funzioni**
- **i percorsi sono flessibili (logica sempre piu'orientata in senso dimensionale)**
- **vengono implementati interventi di empowerment dell'ambiente prossimale**
- **viene implementata la cultura dell'evidence base**
- **vengono inserite azioni formative mirate e governate**

AZIONI

**raccordo puntuale con
la pediatria di base**

**una maggiore integrazione con
tutte le risorse rilevanti,
istituzionali e non, presenti nel
territorio**

**formazione-cultura
condivisa**

**verifica appropriatezza
degli interventi
valutazione costo-
efficacia
prognosi di trattabilità'**

**implementazione di
azioni di
empowerment**

implementazione di sistemi di
valutazione e monitoraggio dei
processi e degli esiti
(appropriatezza ,audit clinici,
valutazione esterna)
benchmarking

**ridefinizione delle
competenze e funzioni delle
figure professionali**

**indicidare modalita'
che garantiscano la
continuitàa' terapeutica**

**la promozione di
progettualita' congiunte
con gli enti locali**

Implementazione delle reti aziendali e di area vasta