

Deliberazione della Giunta Regionale 4 febbraio 2014, n. 15-7071

DCR n.167-14087 del 03.04.2012 di approvazione del PSSR 2012-2015 - recepimento delle Linee di Indirizzo, raccomandazioni e PDTA su: assistenza psicologica agli adolescenti, assistenza psicologica nelle cure primarie, nella rete sanitaria territoriale del Piemonte, diagnosi precoce delle demenze, nelle patologie ad elevato carico emotivo (ECE). Intervento 13.2 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che,

la D.G.R. n. 101 – 13754 del 29.3.2010 relativa al “Governo clinico dell’area della Psicologia sanitaria” ha disposto l’approvazione e la riorganizzazione dei LEA della Psicologia, per il Servizio Sanitario Regionale, l’istituzione del coordinamento tecnico regionale e l’adeguamento dei flussi informativi per il monitoraggio delle attività, rimandando a successiva determinazione dirigenziale l’individuazione e la nomina dei componenti del coordinamento succitato.

Con la Determinazione n. 332 del 11.5.2011 è stato istituito il Coordinamento tecnico che ha avviato una serie di azioni tese ad armonizzare le molteplici attività sviluppate dagli psicologi presenti nelle AA.SS.RR. con l’obiettivo di realizzare un cronogramma delle attività prioritarie da svolgere nel corso del 2012.

Con la Determinazione n. 293 del 24.4.2012 è stato revocato il Coordinamento ed è stata istituita la Commissione di coordinamento tecnico dell’Area denominata “Rete Regionale di Psicologia” dove, tra gli obiettivi prioritari, vi è quello di identificare i percorsi clinici prioritari sui quali la Rete Regionale svolgerà funzioni di coordinamento e monitoraggio.

Con la D.G.R. n. 34-5088 del 18.12.2012 è stato istituito il Tavolo Interistituzionale della Psicologia Sanitaria (T.I.P.S.) quale organismo di coordinamento tra la Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità, l’Università – Dipartimento di Psicologia, l’Ordine degli Psicologi e la Conferenza delle Scuole Abilitanti alla Psicoterapia del Piemonte (Con.S.A.P.). Al T.I.P.S. compete avviare una migliore integrazione delle politiche e delle strategie regionali finalizzate al miglioramento dei percorsi di formazione e di ricerca all’interno della rete dei servizi di psicologia del SSR e, nello specifico:

- o migliorare i percorsi di formazione e di ricerca all’interno della rete dei servizi di psicologia del SSR;
- o consolidare la rete regionale di psicologia attraverso l’integrazione tra l’ambito scientifico e quello clinico-applicativo;
- o riorientare i Tirocini (corso di laurea e scuole di specialità) attraverso una collaborazione finalizzata al miglioramento dei percorsi di formazione universitaria e post universitaria per gli psicologi sanitari (della rete pubblica e accreditata).

Con Determinazione n. 422 del 31.05.2013 sono stati individuati i componenti del Tavolo Interistituzionale ed è stato siglato apposito Protocollo di Intesa individuati i componenti del T.I.P.S. e le modalità di funzionamento.

Con la D.G.R. n. 22-6144 del 23.07.2013 è stata approvata la “Scheda Descrittiva per l’Adottabilità”, finalizzata a definire uno strumento di rilevazione delle informazioni inerenti il profilo clinico del minore che arriva all’abbinamento adottivo. Su tale azione si è stilato un

Protocollo di intesa con il Tribunale per i Minorenni che prevede la compilazione della Scheda da parte degli operatori su tutto il territorio regionale, onde favorire l'implementazione di buone prassi in tale fase del processo adottivo.

Tenuto conto che,

Il PSSR 2012-2015 approvato con DCR n. 167-14087 il 3.4.2012, al punto 4.1.2 dell'Allegato al PSSR – I progetti speciali di salute – attribuisce all'assistenza psicologica il compito, nell'ambito della rete sanitaria regionale, di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva, con specifico riguardo a quei fattori comportamentali, relazionali e sociali che rivestono un ruolo di rilievo tra i determinanti di salute e nei processi di diagnosi e cura (in ambito ospedaliero e territoriale), nonché ai fattori socio-organizzativi del sistema che risultano essenziali al suo buon funzionamento.

Al punto 5.6 (Psicologia clinica) dell'allegato al PSSR succitato – Percorsi qualificanti – riconosce come aree ad essa correlate la psicologia ospedaliera, la psicologia delle dipendenze e la neuropsicologia clinica.

Per inserire in un quadro di insieme le innumerevoli attività effettuate dagli psicologi del S.S.R. all'interno di percorsi multidisciplinari integrati, con il presente provvedimento si intendono recepire i seguenti documenti, che costituiscono allegati del presente provvedimento e, nello specifico:

1. Indirizzi e raccomandazioni clinico-organizzative per l'implementazione della rete di assistenza psicologica agli adolescenti nel sistema sanitario territoriale del Piemonte;
2. Indirizzi e raccomandazioni per l'implementazione dell'assistenza psicologica nelle cure primarie nella rete sanitaria territoriale del Piemonte;
3. P.D.T.A. sulla Diagnosi precoce delle Demenze;
4. P.D.T.A. nelle Patologie ad Elevato Carico Emotivo (ECE).

I documenti summenzionati sono stati elaborati ed approvati all'interno di tavoli di lavoro regionali.

1. La rete di assistenza psicologica agli adolescenti parte del presupposto che le trasformazioni del processo di crescita adolescenziale possono incontrare passaggi critici o "crisi" di sviluppo, che, mantenendo l'originario significato etimologico, vanno intesi come momenti di rottura, separazione, cambiamento.

Se la condizione esistenziale dell'adolescente non viene riconosciuta per quella che è, dall'adolescente stesso in prima persona, dalla rete degli adulti e dei pari e, qualora necessario, dai servizi, si può indurre un processo di sovradiagnosi o sottodiagnosi ovvero di sovrastima di manifestazioni non patologiche, con conseguenti effetti iatrogeni, o di sottostima di condizioni pre-morbide e morbose, con pesanti ricadute sia rispetto all'evoluzione del problema di salute (il 50% delle psicopatologie ha esordio in adolescenza - Patto Europeo per la salute mentale e il benessere, OMS, 2008 -), sia in termini di costi sociali e sanitari (il 40% della disabilità in età adulta è dovuta a disturbi mentali - Depression Report, 2006 -).

Le raccomandazioni organizzative contenute nel documento, derivano da lavoro svolto dalla rete di operatori delle AASSRR descritto nel manuale di Peer Accreditation sui processi clinici ed operativi appropriati.

Le raccomandazioni organizzative di cui al punto "1" hanno la finalità di dotare ogni AASSRR di equipe multidisciplinari specificamente dedicate all'assistenza psicologica degli adolescenti, individuando livelli di intensità e complessità idonei alla gravità della patologia o disagio presentato.

2. L'assistenza psicologica nelle cure primarie è fondata sull'importanza che rivestono alcuni indicatori. Nello studio multicentrico internazionale dell'OMS (Ustun & Sartorius, 1995) risulta che il 24% dei pazienti che si recano dal medico di famiglia presenti un disturbo psicopatologico diagnosticabile secondo i criteri del ICD-10: le forme di disagio psicologico più frequenti sono la depressione, con una prevalenza del 10,4%, e il disturbo d'ansia generalizzata, la cui prevalenza è del 7,9%. Attualmente le problematiche di tipo psicologico, sia primarie che conseguenti a stati di cronicità o invalidità (malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete e la depressione), siano presenti nel 21-26% dei pazienti che afferiscono ai Servizi della Medicina di Base.

Con l'esperienza di modelli innovativi per la gestione di malattie croniche, come il Chronic Care Model (Bodenheimer, Wagner 2002) e il passaggio da uno stile di gestione del paziente "d'attesa" a uno stile "di iniziativa", la fase diagnostica e la cura nei servizi territoriali si affermano come strategie cruciali. In particolare per quelle problematiche di salute, come i disturbi depressivi (Callahan et al. 2002) e/o ansioso-depressivi (Revickia et al. 2012), che sono al contempo tra i più diffusi e tra i meno diagnosticati e trattati.

In Piemonte nell'ambito dell'assistenza al disagio psicologico sul territorio, le Cure Primarie si configurano come un livello di setting adeguato per il trattamento di forme di disagio di lieve entità, sia di tipo primario che conseguente a difficoltà di adattamento a patologie organiche concomitanti, croniche o episodiche.

La metodologia prevede un approccio collaborativo con il MMG, che invia allo Psicologo tutti quei pazienti con sintomatologia lieve o moderata, conclamata o sospetta, per una valutazione ed eventuale presa in carico.

I trattamenti psicologici e psicoterapici previsti sono a breve termine e nel PDTA vengono individuate le eventuali collaborazioni o invii ai servizi specialistici.

3. Il Percorso Diagnostico Terapeutico sulla Diagnosi precoce delle Demenze mette in risalto come le problematiche relative alla patologia dementigena stanno assumendo una rilevanza sempre maggiore in termini di sanità pubblica sia per la dimensione del problema che per l'impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

La demenza è stata definita la più grande sfida per i sistemi di welfare del XXI° secolo: rappresenta infatti, non solo una grave problematica di salute personale, ma ha pesanti ricadute a livello familiare, sociale ed economico, destinate ad aggravarsi nel tempo. Le stime parlano di un impatto finanziario pari 141 miliardi di euro/annui per l'Europa. (Packo, 2008).

Le previsioni demografiche dell'ISTAT 2005-2050 sostengono una tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana, per cui la percentuale di anziani over 65 passerà dal 19,5 al 33,6%, con una componente over 85 in crescita dal 2 al 7,8%.

La patologia dementigena è una condizione che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento all'età di 80 anni (Moise et al., 2004). Nella maggior parte dei casi si tratta in particolare di Demenza di Alzheimer, rappresentando circa il 50-60% del totale.

In Italia si stimano in 500.000 le persone colpite e si prevede che il numero raddoppierà entro il 2050. La demenza è spesso misconosciuta nelle fasi iniziali e nelle persone molto anziane. Invece, una diagnosi precoce potrebbe permettere di intervenire tempestivamente sulle cause delle demenze reversibili, avviare terapie in grado di ritardare la progressione della malattia, agire più incisivamente sulle capacità cognitive residue, organizzare al meglio la vita del malato e dei suoi familiari (DeKosky, S, T., et al. (2003) E' da sottolineare infatti che In Italia la quasi totalità degli anziani (anche degli anziani colpiti da demenza) vive in famiglia: la malattia di Alzheimer è stata per questo definita "malattia familiare". La letteratura internazionale evidenzia importanti

conseguenze sulla salute fisica e mentale dei familiari conviventi (in particolare del caregiver ma non solo), che rischiano di diventare la seconda vittima della malattia dementigena.

A tale riguardo assume fondamentale importanza il programma di diagnosi precoce delle demenze.

4. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in Psicologia Clinica nelle Patologie ad Elevato Carico Emotivo - ECE enfatizza come l'intervento psicologico è mirato a favorire il processo di accettazione e adattamento del paziente alla patologia, facilitando la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendolo sul piano emotivo e promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, ma contemporaneamente, sostenendo l'assunzione delle responsabilità di cura da parte dell'equipe.

Il lavoro col paziente e i familiari, d'altra parte, oltre ad offrire sostegno, favorisce la comprensione delle esigenze terapeutiche (e organizzative), con l'obiettivo di migliorare l'aderenza alle cure e mantenere, per quanto possibile, un'accettabile qualità della vita.

La frequenza del disagio psichico rilevato oscilla tra il 16% e il 60%, a seconda della popolazione studiata. In generale la frequenza del disagio psichico è così rilevata:

- nelle malattie cardiache (infarto e scompenso cardiaco), in quelle gastro-intestinali (malattie infiammatorie intestinali), polmonari (asma e bronchiti croniche) e diabete è del 15-25%. Nello studio pilota effettuato nel giugno 2012 presso le cardiologie dell'A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) e il Presidio Ospedaliero di Pinerolo (TO), dal punto di vista bio-psico-sociale-assistenziale, è risultata del 30%;
- nelle neoplasie e nel dolore cronico è del 25-40%;
- nelle malattie neurologiche (Parkinson, sclerosi multipla, epilessia) e nei soggetti dializzati è pari al 40-50%.

In aggiunta a queste macro-aree, occorre considerare l'ambito dei traumi (comprensivo delle grandi ustioni), i trapianti e le patologie ostetrico-ginecologiche.

Nonostante frequenze così elevate, l'invio allo specialista psicologo è soltanto del 1-3% (New Oxford textbook of Psychiatry, 2009), laddove non esista una cooperazione strutturata.

Il riconoscimento del disagio è generalmente tardivo e legato ad un evento critico (la prevenzione è molto limitata), col rischio di un importante impatto sull'andamento delle cure, di cronicizzazione e minor possibilità di risoluzione.

L'esperienza clinica italiana e Piemontese evidenzia che un maggior intervento preventivo (collaborazione stabile in equipe multidisciplinare) riduce i casi che necessitano di intervento urgente o che si cronicizzano facendo maggior ricorso a farmaci o a richiesta di ulteriori esami o accertamenti che potrebbero risultare inappropriati.

Inoltre il livello di burn-out nelle equipe medico-infermieristica ospedaliera è estremamente elevato ed è noto come gli operatori più esposti da un punto di vista emotivo siano quelli che lavorano presso le unità pediatriche con elevata percentuale di mortalità. La psicologia Ospedaliera esiste anche a garanzia di sostegno e formazione al personale curante.

I documenti sopra richiamati (Allegati n. "1", "2", "3", "4") sono pertanto da considerarsi parti integranti e sostanziali del presente provvedimento con l'obiettivo generale che gli indirizzi e le raccomandazioni contenute rientrino in prassi operative stabili all'interno del S.S.R. del Piemonte.

Ad integrazione dei quattro allegati summenzionati è importante altresì avviare e realizzare gli indirizzi e raccomandazioni per la fase di abbinamento nel percorso adottivo, di cui alla D.G.R. n. 22-6144 del 23.07.2013 di approvazione della "Scheda Descrittiva per l'Adottabilità".

Vengono altresì richiamate, per la completa applicazione dei PDTA, indirizzi e raccomandazioni sotto riportate e già definite sin dall'anno 2009:

- PDTA Psicologia dell'Età Evolutiva - Minori a rischio psicosociale:

Si sottolinea l'importanza di raggiungere l'obiettivo della riduzione degli allontanamenti dei minori dalle famiglie di origine, prevedendo supporti/sostegni di tipo psicologico alle famiglie. L'obiettivo diventa prioritario, considerando quanto rilevato in Piemonte, dal Centro nazionale analisi e documentazione per l'infanzia e adolescenza sugli affidamenti familiari e collocamenti in comunità (Quaderni ricerca sociale 19 - Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali 2013). I dati rilevano che i minorenni accolti temporaneamente in famiglie affidatarie e comunità risultano essere in Piemonte 2.310 al 31/12/2010, con un tasso del 3,4/1000 a fronte di una media nazionale del 2,9. Ma in una prospettiva più ampia, l'insieme dei bambini e ragazzi che nell'anno 2010 hanno vissuto l'esperienza di vivere al di fuori della propria famiglia di origine, si osserva considerando non solo i minorenni rilevabili al 31/12, ma anche quelli dimessi nell'anno e non rilevabili al 31/12. I minori lontani dalle famiglie di origine in Piemonte nel 2010 risultano essere 3.219, segnalando un tasso del 4,7/1000, superiore a quella nazionale del 3,9/1000.

- PDTA in Psicologia Oncologica:

Si sottolinea l'importanza di sviluppare maggiormente la continuità assistenziale ospedale-territorio, fondamentale in questo particolare tipo di percorso diagnostico terapeutico.

- Linee di indirizzo e modelli di buona pratica per la refertazione in ambito psicologico:

Il progetto, a suo tempo approvato dalla Regione e finanziato con i fondi provenienti dalla ricerca finalizzata, è stato avviato sperimentalmente in alcune Aziende Sanitarie. Si sottolinea l'importanza di valorizzare questa esperienza e renderla disponibile in tutte le Aziende Sanitarie.

Con determinazione dirigenziale saranno istituiti appositi gruppi di lavoro incaricati di revisionare ed aggiornare i documenti sopra richiamati in base alle nuove indicazioni della comunità scientifica. Gli stessi dovranno essere recepiti con successivo provvedimento regionale

Pertanto,

Ritenuto che le Linee di indirizzo, raccomandazioni e PDTA in allegato al presente provvedimento (Allegati 1,2,3,4) sono da ritenersi percorsi clinici prioritari della Rete Regionale di Psicologia.

Considerato che il Monitoraggio delle attività è affidato agli Uffici del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, avvalendosi del supporto della Commissione di coordinamento tecnico dell'Area denominata "Rete Regionale di Psicologia", istituita con DD n. 293 del 24.4.2012 e che la stessa avrà anche il compito di redigere apposito Report annuale di analisi e valutazione dei dati inerenti le attività di cui sopra, avvalendosi della collaborazione dei Servizi di Psicologia presenti nel S.S.R. (S.S., S.S.V.D., S.C.)

Rilevato che gli interventi di cui al presente provvedimento sono attuativi dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio, costituiscono presupposto necessario per la realizzazione dei risultati ivi programmati, in particolare per l'adozione di provvedimenti che prevedono la formazione e il monitoraggio in tutte le AASSRR circa l'applicazione dei PDTA, allegati al presente Provvedimento, entro il 30.06.2014.

Rilevato altresì che i Programmi Operativi 2013-2015 di cui sopra sono stati approvati, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 -

in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, approvato con DD.G.R. nn. 1-415 del 2.08.2010, 44-1615 del 28.02.2011 e 49-1985 del 29.04.2011, data la necessità di non compromettere l'attribuzione, in via definitiva, delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione dello stesso PRR.

Vista la D.G.R. n. 101 - 13754 del 29.3.2010;
vista la D.D n. 293 del 24.4.2012;
vista la D.G.R. n. 34-5088 del 18.12.2012;
vista la D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012;
vista la D.G.R. n. 22-6144 del 23.07.2013;

la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di approvare le Linee di indirizzo, raccomandazioni e PDTA di cui agli Allegati 1, 2, 3, 4, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, da ritenersi percorsi clinici prioritari della Rete Regionale di Psicologia, da adottarsi da parte di tutte le AA.SS.RR. entro il 30.06.2014, il cui Monitoraggio delle attività è affidato agli Uffici del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, avvalendosi del supporto della Commissione di coordinamento tecnico dell'Area denominata "Rete Regionale di Psicologia", istituita con DD n. 293 del 24.4.2012 che avrà anche il compito di redigere apposito Report annuale di analisi e valutazione dei dati inerenti le attività di cui sopra, avvalendosi della collaborazione dei Servizi di Psicologia presenti nel S.S.R. (S.S, S.S.V.D., S.C.);
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO “1”

Indirizzi e raccomandazioni clinico-organizzative
per l'implementazione della
rete di assistenza psicologica agli adolescenti
nel sistema sanitario territoriale del Piemonte

INDICE

1. INTENDIMENTI E FINALITÀ DEL DOCUMENTO

2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

2.1 La popolazione piemontese

2.2 Fattori di rischio del disturbo psicopatologico in adolescenza:

- 2.2.1 ostacoli economici
- 2.2.2 ostacoli sociali/disabilità
- 2.2.3 condizione familiare
- 2.2.4 differenze etniche/culturali
- 2.2.5 condizione scolastica
- 2.2.6 dispersione scolastica
- 2.2.7 disoccupazione giovanile

2.3 Il disturbo psicopatologico in adolescenza

- 2.3.1. diagnosi e prestazioni dei servizi
- 2.3.2. ricoveri
- 2.3.3 farmaci

2.4 Esiti del disturbo psicopatologico in adolescenza

- 2.4.1 suicidi
- 2.4.2 dipendenze
- 2.4.3 incidenti stradali
- 2.4.5 comportamenti aggressivi e bullismo
- 2.4.6 IVG

2.5 Stime economiche

2.6 Considerazioni di sintesi

3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

4. LO SCENARIO PIEMONTESE

- 1. Interventi di promozione della salute
- 2. Interventi di consultazione psicologica
- 3. Interventi di psico-diagnosi e psicoterapia
- 4. Interventi di tipo organizzativo

5. INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI

- 1. Lo stato dell'arte
- 2. Raccomandazioni clinico- organizzative
- 3. Piano d'azioni

6. BIBLIOGRAFIA

7. SITOGRAFIA

1. INTENDIMENTI E FINALITA' DEL DOCUMENTO

L'adolescenza è una "fase cronologica" compresa tra la pubertà e la maturità ed è definibile in Psicologia una "modalità ricorsiva della psiche" i cui tratti, di incertezza, vulnerabilità, volubilità, trasformazione, ricorrono più volte nell'esperienza della vita.

Il benessere emozionale e sociale in questa fase è suscettibile di repentini cambiamenti nel corso del processo di crescita, in cui l'adolescente incontra compiti di sviluppo evolutivo fase specifici, quali separazione/individuazione dalle figure genitoriali e dalla famiglia d'origine, trasformazione del corpo, formazione etica-valoriale (Charmet 2000) e intraprende processi di autoregolazione affettiva e relazionale alla ricerca di più armoniosi equilibri. Un compito si trova a metà strada tra un bisogno individuale e una richiesta sociale, ha la funzione di stimolare il ragazzo a mettersi alla prova per trovare nuove soluzioni di adattamento e di superamento della fase di sviluppo.

Le trasformazioni del processo di crescita adolescenziale possono incontrare passaggi critici o "crisi" di sviluppo, che, mantenendo l'originario significato etimologico, vanno intesi come momenti di rottura, separazione, cambiamento. Il processo di crescita adolescenziale si può dunque descrivere come un continuum di manifestazioni diversamente descrivibili, in cui non sono facilmente distinguibili soglie o nette linee di demarcazione tra le diverse condizioni esistenziali (Ammaniti, 2002). Come lo intende Winnicott (1965), in una pregnante frase "l'adolescenza è una scoperta personale durante la quale ogni soggetto è impegnato in una esperienza: quella di vivere; in un problema: quello di esistere".

Attingendo dalla letteratura corrente potremmo evidenziare quattro condizioni (fig. 1):

1. la **crisi adolescenziale** è caratterizzata da una serie di cambiamenti complessi "normali" sollecitati dalle trasformazioni fisiologiche, corporee, relazionali e sociali;
2. il **disagio psicologico**, è una domanda, non patologica inerente i bisogni psicologici ed affettivi, le difficoltà familiari e di relazione, le difficoltà scolastiche, il più generale malessere esistenziale connesso agli squilibri che il processo di costruzione dell'identità produce. Ha caratteri non persistenti nel tempo, polimorfi, che non compromettono l'adeguamento alla realtà, non interferiscono con il generale sviluppo della persona, non procurano eccessiva fatica emotiva (Melucci, Fabbrini, 2000);
3. il **disadattamento** sociale ovvero l'incapacità di accettare il gruppo e di vivere la vita di comunità. Può assumere forme di chiusura o di ribellione gradi diversi: da lievi difficoltà di convivenza (l'isolamento, il ritiro) a forme più manifestamente devianti (fughe da casa, sperimentazione di sostanze, atti di micro-delinquenza...). Possono risolversi spontaneamente con la vicinanza di adulti di riferimento autorevoli o possono essere eventi anticipatori di disturbi psicopatologici successivi o di comportamenti devianti delinquenti. Va pur tenuto presente che non è tutta devianza ciò che è difforme dalla cultura dell'adulto (Saraceno C. 1996).
4. il **disturbo psicopatologico** è una condizione di morbilità spesso caratterizzata sintomatologia che viene percepita dal soggetto come interferente e invalidante rispetto alla conduzione della propria vita. Talvolta la sintomatologia non è percepita come tale dal soggetto, dunque non si traduce in una domanda esplicita di aiuto.

Se la condizione esistenziale dell'adolescente non viene riconosciuta per quella che è, dall'adolescente stesso in prima persona, dalla rete degli adulti e dei pari e, qualora necessario, dai servizi, si può indurre un processo di sovradiagnosi o sottodiagnosi ovvero di sovrastima di manifestazioni non patologiche, con conseguenti effetti iatrogeni, o di sottostima di condizioni pre-morbose e morbose, con pesanti ricadute sia rispetto all'evoluzione del problema di salute (il 50% delle psicopatologie ha esordio in adolescenza - Patto Europeo per la salute mentale e il benessere, OMS, 2008 -), sia in termini di costi sociali e sanitari (il 40% della disabilità in età adulta è dovuta a disturbi mentali - Depression Report, 2006 -). Molto difficile è stimare la prevalenza del fenomeno: l'OMS stima attorno

al 10-20% i disturbi mentali “mental health problems”. Uno su cinque dei bambini e degli adolescenti soffre di problemi evolutivi, emozionali o di comportamento e uno su otto ha disturbi mentali (“mental disorder”) (Consensus paper: Mental health in youth and education, 2008, p.9).

Il difficile compito di rilevare e discriminare con appropriatezza la domanda di salute psico-fisica dell’adolescente per le sue contraddizioni e sfumature intrinseche, va altresì affrontato anche in termini gestionali organizzativi, predisponendo strumenti mirati di comunicazione dei servizi loro rivolti, modalità specifiche e articolate di accoglienza e di assistenza psicologica, facilitando l’accesso, prevedendo spazi appositi all’interno e al di fuori dell’iter istituzionale corrente previsto per l’età infantile e adulta. La Rete regionale di Psicologia dell’Adolescenza, che dal 2005 riunisce e rappresenta gli operatori dei servizi sanitari dedicati agli adolescenti, ha descritto nel Manuale di Accreditamento tra Pari (2012) i processi di intervento a partire delle buone pratiche della letteratura, e ha evidenziato come le problematiche adolescenziali debbano essere trattati selettivamente all’interno di una presa in carico anche multi-disciplinare. Il presente documento rappresenta l’integrazione organizzativa del Manuale ed è finalizzato a descrivere e motivare gli aspetti gestionali in termini di destinazione di risorse e di descrizione di assetti organizzativi, necessarie per il raggiungimento dell’offerta di servizi equi e omogenei sul territorio regionale.

Le presenti Raccomandazioni clinico-organizzative dovranno pertanto essere promosse ed utilizzate:

- come mezzo di miglioramento della qualità dell’assistenza;
- come mezzo per ottimizzare gli outcome degli interventi sui pazienti;
- per scoraggiare l’uso di interventi inefficaci e pericolosi;
- per migliorare e garantire l’adeguatezza e l’appropriatezza delle cure;
- per monitorare la cost effectiveness degli interventi.

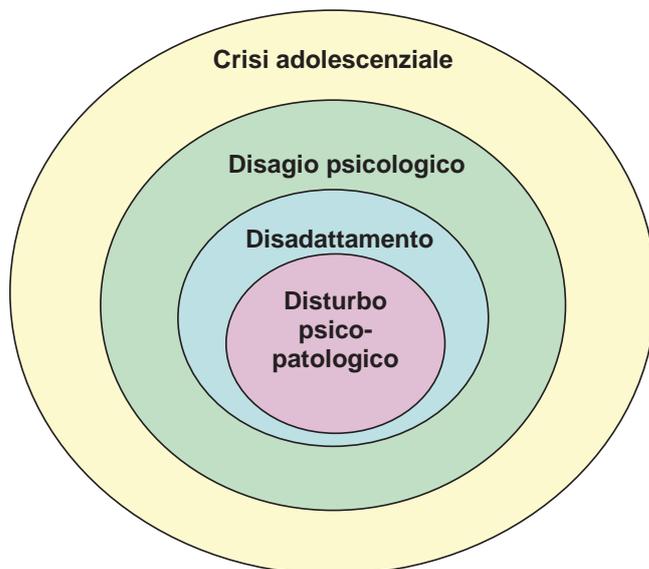


Figura 1: Condizioni sane, pre-morbide e morbose in adolescenza.

2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

2.1 La popolazione piemontese.

Sul totale della popolazione piemontese corrispondente a 4.457.335 persone, circa il 10% è compreso nella fascia d'età 14-24 anni, ovvero 422.012 (216.753 maschi e 205.259 femmine) Regione Piemonte, statistica e dati 2010). Circa la metà della popolazione adolescenziale (219.615 unità, 112.944 maschi e 106.671 femmine) risiede in Torino e provincia. In tabella 1 è descritta la distribuzione della popolazione adolescenziale per ASL.

Ad oggi, non ci sono fonti omogenee per descrivere la salute e il benessere psicologico della popolazione giovanile della nostra Regione.

Si reperiscono informazioni sulla salute mentale da:

- Relazione sulla salute Mentale in Piemonte (2008), a cura di: Servizio di Epidemiologia ASLTO3, Centro studi e Ricerche in Psichiatria ASLTO2 (www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salutementale/dwd/mentale.pdf);
- OED Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti, Bollettino 2011 (http://www.epicentro.iss.it/regioni/piemonte/pdf/Bollettino%20TD%20Piemonte_dati%202009-10.pdf),
- Flussi SDO (<http://www.epicentro.iss.it/focus/sdo/sdo.asp>),
- Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte, Bollettino 2011. Osservatorio Epidemiologico sulle Dipendenze (OED).
- Studio Passi 2010 (www.epicentro.iss.it/passi/pdf2012/REPORT%20PIEMONTE_2010.pdf),
- studio ESPAD (http://www.sanpatignano.org/pdf/rapporto_espad_2011.pdf),
- Consumi nella popolazione studentesca (2010) (http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_10/pdf/Visintini_Binda_Gaj.pdf),
- Report uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei minori in ingresso al centro prima accoglienza del Centro di Giustizia Minorile di Torino (Ser.T. dell'ASL To1 e dalla Direzione dell'Istituto Penale Minorile di Torino, 2012), documento interno ASL To1.
- La Rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza, anni 2010-2011" (2013) (<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/1051.pdf>),
- Regione Piemonte, File C. dati 2010, 2011.
- Banca Dati Demografico Evolutiva Regione Piemonte (<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>),
- Dati ISTAT (<http://www.istat.it/it/archivio/tavole-di-dati>),
- Dati ISFOL (<http://www.isfol.it/sistema-documentale/banche-dati>),
- Dati MIUR (<http://statistica.miur.it/>).

| ASL di appartenenza | Popolazione 14-24 | | |
|---------------------|-------------------|----------------|----------------|
| | MASCHI | FEMMINE | TOT |
| ASL TO | 41.841 | 39.778 | 81.619 |
| ASL TO3 | 29.381 | 27.628 | 57.009 |
| ASL TO4 | 25.693 | 24.314 | 50.007 |
| ASL TO5 | 16.029 | 14.951 | 30.980 |
| ASL AL | 20.322 | 19.391 | 39.713 |
| ASL AT | 9.932 | 9.257 | 19.189 |
| ASL BI | 8.265 | 7.841 | 16.106 |
| ASL CN1 | 22.362 | 21.280 | 43.642 |
| ASL CN2 | 8.963 | 8.773 | 17.736 |
| ASL NO | 17.358 | 16.539 | 33.897 |
| ASL VC | 8.436 | 7.847 | 16.283 |
| ASL VCO | 8.171 | 7.660 | 15.831 |
| TOT | 216.753 | 205.259 | 422.012 |

Tabella 1: popolazione adolescenziale 14-24 per ASL della Regione Piemonte riferita all'anno 2010. Fonte: Banca Dati Demografico Evolutiva Regione Piemonte.

2.2. I fattori di rischio per il disturbo psicopatologico in adolescenza:

2.2.1. Ostacoli economici

Il Piemonte, seguendo l'andamento di altre regioni italiane, registra negli ultimi anni un aumento della difficoltà economiche delle famiglie di circa 8 punti percentuali dal 2004 al 2008 (Fonte: ISTAT, tabella 2). Nel 2012, in Piemonte il 42,07% delle famiglie giudica le proprie risorse economiche complessive scarse o insufficienti (Fonte: ISTAT, tabella 3). La situazione è più critica al Sud Italia e isole rispetto al Nord (circa 9 punti percentuali), ma con una disparità maggiore per caratteristiche di genere: al Nord la differenza di reddito tra uomini e donne è di circa 9 punti percentuali, rispetto alla differenza registrata al Sud e isole di circa 5 punti percentuali). La fascia più critica risulterebbe essere quella dai 35 ai 44 anni con scolarità elementare o media (Fonte: ISTAT, tabella 4) e più di tre figli a carico (Fonte: ISTAT, tabella 4). Nello specifico, al Nord nel 2010, pur registrandosi un incremento tra reddito e numero di figli, non si osserva un andamento direttamente proporzionale: a un picco di circa 6 punti percentuali tra primo e secondo figlio, non corrisponde lo stesso incremento con il terzo figlio e oltre l'aumento soltanto di circa 2 punti percentuali.

In sintesi i dati ISTAT sulla condizione socio economica delle famiglie italiane parrebbero descrivere una fascia di popolazione più vulnerabile che presumibilmente per età anagrafica e condizione familiare corrisponde a parte della popolazione genitoriale di adolescenti.

| Famiglie che arrivano a fine mese con difficoltà o grande difficoltà (%) | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fonte: ISTAT | | | | | |
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Piemonte | 27,03 | 27,07 | 31,09 | 36 | 35,03 |
| Italia | 33,07 | 34 | 34,07 | 36,04 | 37,08 |

Tabella 2. Famiglie con difficoltà economiche. Fonte: ISTAT 2008.

| Percentuale di famiglie per giudizio sulle risorse economiche complessive della famiglia negli ultimi 12 mesi in Piemonte; fonte: ISTAT | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Giudizio sulle risorse economiche | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| ottime | 0,06 | 0,09 | 0,06 | 0,09 | 0,07 | 0,09 | 0,08 | 0,04 |
| adeguate | 59,04 | 56,02 | 58,07 | 52 | 55,09 | 54,07 | 55,09 | 55,06 |
| scarse | 35,03 | 37,01 | 36,02 | 39 | 37,07 | 37,06 | 38,06 | 37,06 |
| assolutamente insufficienti | 3,07 | 4,02 | 3,08 | 7,02 | 5,03 | 6,01 | 4,04 | 6,01 |

Tabella 3. Giudizio su risorse economiche. Fonte: ISTAT 2012.

| REDDITO FAMILIARE NETTO (esclusi i fitti imputati) PER CARATTERISTICHE DEL PRINCIPALE PERCETTORE. Anno 2010, media e mediana in euro | | | | | | | | |
|--|--------|--------|-------------|--------|---------|--------|-------------|--------|
| | MEDIA | | | | MEDIANA | | | |
| | Nord | Centro | Sud e Isole | ITALIA | Nord | Centro | Sud e Isole | ITALIA |
| Sesso | | | | | | | | |
| Maschio | 36.916 | 34.671 | 25.880 | 32.894 | 31.950 | 29.294 | 22.129 | 27.698 |
| Femmina | 25.661 | 25.482 | 20.783 | 24.125 | 19.256 | 19.567 | 15.680 | 18.306 |
| Classe di età | | | | | | | | |
| Meno di 35 anni | 30.723 | 26.774 | 20.547 | 26.502 | 28.540 | 24.279 | 17.297 | 23.037 |
| 35 - 44 anni | 34.811 | 32.978 | 23.818 | 31.252 | 32.429 | 29.677 | 22.078 | 28.000 |
| 45 - 54 anni | 39.397 | 36.573 | 28.222 | 35.359 | 34.926 | 33.403 | 25.164 | 31.324 |
| 55 - 64 anni | 41.026 | 40.761 | 31.976 | 37.974 | 32.602 | 33.261 | 26.488 | 31.123 |
| 65 anni o più | 24.004 | 24.071 | 19.416 | 22.530 | 18.902 | 19.214 | 15.976 | 18.042 |
| Titolo di studio | | | | | | | | |
| Nessuno, elementare | 21.346 | 20.504 | 16.493 | 19.376 | 17.351 | 17.213 | 14.381 | 16.048 |
| Media inferiore | 30.830 | 29.415 | 21.773 | 27.517 | 28.127 | 25.832 | 19.864 | 24.152 |
| Media superiore | 36.555 | 33.649 | 27.550 | 33.443 | 32.915 | 29.727 | 24.321 | 29.485 |
| Laurea | 47.637 | 45.471 | 41.657 | 45.472 | 40.355 | 38.123 | 37.773 | 39.210 |
| Condizione professionale | | | | | | | | |
| Dipendenti | 35.977 | 35.329 | 29.009 | 33.837 | 33.248 | 31.595 | 25.536 | 30.499 |
| Autonomi | 47.351 | 39.913 | 27.338 | 40.177 | 39.095 | 34.632 | 22.246 | 32.429 |
| Disoccupati | 22.598 | 23.059 | 13.795 | 18.042 | 19.141 | 18.056 | 12.216 | 13.966 |
| Altri non occupati | 19.524 | 19.055 | 14.926 | 17.277 | 13.638 | 14.843 | 12.736 | 13.306 |
| Ritirati dal lavoro | 26.341 | 27.535 | 24.274 | 25.995 | 21.458 | 21.723 | 19.422 | 20.774 |
| ITALIA | 32.866 | 31.355 | 24.135 | 29.786 | 27.506 | 25.877 | 19.982 | 24.444 |

Tabella 4. Reddito familiare netto per genere, età e titolo di studio, condizione professionale.
Fonte. ISTAT 2010.

| REDDITO FAMILIARE NETTO (esclusi i fitti imputati) PER CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA. Anno 2010, media e mediana in euro | | | | | | | | |
|---|--------|--------|-------------|--------|---------|--------|-------------|--------|
| | MEDIA | | | | MEDIANA | | | |
| | Nord | Centro | Sud e Isole | ITALIA | Nord | Centro | Sud e Isole | ITALIA |
| Numero componenti | | | | | | | | |
| Uno | 18.920 | 17.713 | 14.286 | 17.380 | 16.492 | 15.167 | 12.490 | 14.933 |
| Due | 32.861 | 30.031 | 23.152 | 29.615 | 28.157 | 25.000 | 19.543 | 24.860 |
| Tre | 41.314 | 40.365 | 27.923 | 36.737 | 37.661 | 35.548 | 25.067 | 33.295 |
| Quattro | 47.544 | 43.423 | 30.097 | 39.679 | 42.218 | 38.653 | 26.800 | 35.747 |
| Cinque o più | 53.087 | 46.684 | 34.769 | 43.521 | 45.687 | 43.946 | 28.866 | 37.969 |
| Coppie con figli | 45.663 | 42.977 | 30.033 | 39.252 | 41.128 | 38.406 | 26.408 | 35.379 |
| - un figlio | 42.862 | 42.750 | 28.567 | 38.204 | 39.149 | 37.805 | 25.625 | 34.854 |
| - due figli | 48.172 | 42.997 | 30.503 | 39.895 | 42.550 | 38.535 | 27.155 | 35.897 |
| - tre o più figli | 51.864 | 44.436 | 33.171 | 41.666 | 46.281 | 43.901 | 27.053 | 37.002 |
| Famiglie con minori | | | | | | | | |
| Un minore | 37.061 | 37.581 | 25.517 | 33.245 | 34.240 | 34.046 | 22.370 | 30.223 |
| Due minori | 41.511 | 37.483 | 25.530 | 34.502 | 38.538 | 34.654 | 23.579 | 31.328 |
| Tre o più minori | 42.174 | 39.298 | 25.959 | 35.079 | 38.670 | 36.924 | 22.556 | 29.140 |
| Almeno un minore | 38.977 | 37.641 | 25.556 | 33.844 | 35.695 | 34.360 | 22.822 | 30.594 |

Tabella 5. Reddito familiare netto per caratteristiche della famiglia. Fonte: ISTAT 2010.

2.2.2. Ostacoli sociali/disabilità

L'adolescenza rappresenta un periodo di conferme o di conclamazioni di disabilità: il MIUR registra infatti, nell'ultimo decennio, una costante aumento di alunni con disabilità nella scuola secondaria di primo grado, rispetto alla scuola primaria (Tabella 7. Fonte MIUR), con un ricorso ai servizi sanitari, nella fascia di età 15-24 anni, pari circa al 20% della popolazione totale con disabilità (tabella 6. Fonte: ISTAT, anni 2004-2005). Fra le cause principali al Nord si registrano in ordine: ritardo mentale, linguaggio, attenzione, sviluppo affettivo relazionale, problemi comportamentali (tabella 7. Fonte MIUR, anno scolastico 2011-12). Le certificazioni per invalidità (Legge 104/92) sono più frequenti al Centro, Sud e isole rispetto al Nord, se pur con una differenza di pochi punti percentuali (circa 2), mentre si osserva una maggiore differenza tra Nord e Centro, Sud e isole rispetto alle certificazioni per disabilità (dai 10 ai 20 punti percentuali in più al Nord) (Tabella 9. Fonte MIUR, anno scolastico 2011-12). Si tenga presente che dal 2012 attraverso gli ultimi aggiornamenti della legge 102/09 non esiste più la distinzione tra certificazioni per disabilità e invalidità, ma tutte le certificazioni di disabilità devono altresì essere riconosciute secondo la legge 104, anche invalidità.

| Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia; fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2004-2005 | | | |
|---|----------------|--------|---------|
| | età | | |
| | fino a 14 anni | 15-24 | tot |
| Maschi | 41.000 | 19.000 | 60.000 |
| Femmine | 39.000 | 17.000 | 56.000 |
| Maschi e Femmine | 80.000 | 36.000 | 116.000 |

Tabella 6. Ricorso ai servizi sanitari per disabilità riscontrata da un periodo superiore a 6 anni. Fonte: ISTAT: 2004-2005.

| Percentuale di alunni con disabilità sul totale degli alunni per ordine scolastico e anno scolastico | | |
|--|----------|-----------------------|
| Anno scolastico | Primaria | Secondaria di I grado |
| 2000/01 | 2,0 | 2,5 |
| 2001/02 | 2,1 | 2,6 |
| 2003/04 | 2,3 | 2,8 |
| 2004/05 | 2,4 | 2,9 |
| 2005/06 | 2,4 | 3,1 |
| 2006/07 | 2,5 | 3,3 |
| 2007/08 | 2,5 | 3,2 |
| 2008/09 | 2,5 | 3,3 |
| 2009/10 | 2,6 | 3,3 |
| 2010/11 | 2,8 | 3,4 |
| 2011/12 | 2,9 | 3,5 |

Fonte: Dati MIUR

Tabella 7. Percentuale di alunni con disabilità anni scolastici 2000/01-2011/12.

| Alunni con disabilità per tipologia di problema, ripartizione geografica e ordine scolastico. | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------------|--------|------------------------------|--------|-------------|--------|
| Anno scolastico 2011-2012. Valori per 100 alunni con disabilità. | | | | | | | | |
| Tipologia di problema | Scuola primaria | | | | Scuola secondaria di I grado | | | |
| | Nord | Centro | Mezzogiorno | Totale | Nord | Centro | Mezzogiorno | Totale |
| Cecità | 1,2 | 1,1 | 1,6 | 1,3 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| Ipovisione | 3,6 | 4,0 | 4,4 | 4,0 | 3,4 | 3,9 | 3,2 | 3,4 |
| Sordità | 1,3 | 1,9 | 2,7 | 1,9 | 2,0 | 1,6 | 1,5 | 1,7 |
| Ipocusia | 3,1 | 5,0 | 3,3 | 3,6 | 2,8 | 2,7 | 3,3 | 3,0 |
| Motoria | 12,6 | 11,2 | 14,6 | 13,0 | 8,4 | 10,1 | 11,5 | 9,8 |
| Apprendimento | 14,7 | 20,8 | 26,7 | 20,1 | 21,0 | 26,9 | 29,0 | 24,9 |
| Linguaggio | 23,9 | 23,8 | 26,4 | 24,7 | 12,5 | 11,7 | 15,6 | 13,4 |
| Sviluppo | 16,5 | 17,7 | 18,0 | 17,3 | 10,6 | 11,7 | 13,4 | 11,8 |
| Mentale | 37,6 | 30,0 | 38,3 | 36,3 | 42,3 | 37,8 | 46,4 | 42,9 |
| Attenzione | 21,9 | 28,2 | 33,0 | 27,0 | 20,2 | 22,4 | 27,9 | 23,3 |
| Affettivo relazionale | 18,8 | 17,1 | 19,8 | 18,8 | 18,4 | 18,3 | 18,0 | 18,2 |
| Comportamentale | 16,1 | 17,8 | 23,2 | 18,9 | 14,1 | 12,9 | 19,5 | 15,8 |
| Psichiatrici | 0,8 | 0,7 | 0,5 | 0,7 | 1,4 | 0,7 | 0,5 | 1,0 |
| Altro tipo di disabilità | 15,4 | 14,9 | 10,8 | 13,7 | 15,0 | 16,0 | 11,5 | 14,0 |

Fonte: Istat

Tabella 8. Tipologia di problema. Fonte. MIUR, anno scolastico 2011-12.

| Alunni con disabilità per tipologia di certificazione, ripartizione e ordine scolastico. | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------|--------|
| Anno scolastico 2011-2012. Valori percentuali. | | | | | | |
| RIPARTIZIONE GEOGRAFICA | Solo certificazione di disabilità | Solo certificazione di invalidità | Entrambe le certificazioni | Nessuna certificazione | Non indicato | Totale |
| Scuola primaria | | | | | | |
| Nord | 82,9 | 2,6 | 8,3 | 6,2 | 0,0 | 100,0 |
| Centro | 63,6 | 2,8 | 10,9 | 22,7 | 0,0 | 100,0 |
| Mezzogiorno | 69,4 | 4,0 | 13,8 | 12,8 | 0,0 | 100,0 |
| Italia | 74,4 | 3,1 | 10,7 | 11,8 | 0,0 | 100,0 |
| Scuola secondaria di I grado | | | | | | |
| Nord | 82,7 | 2,3 | 7,0 | 7,9 | 0,0 | 100,0 |
| Centro | 62,3 | 2,8 | 8,5 | 26,2 | 0,2 | 100,0 |
| Mezzogiorno | 70,5 | 2,2 | 11,6 | 15,6 | 0,1 | 100,0 |
| Italia | 74,6 | 2,4 | 8,9 | 14,0 | 0,1 | 100,0 |
| Fonte: Istat | | | | | | |

Tabella 9. Tipologia di certificazione, legge 104/92. Fonte MIUR: anno scolastico 2011-12.

2.2.3. Condizione familiare

Il calo delle separazioni e dei divorzi negli ultimi anni (tabelle 10 e 11. Fonte: ISTAT 2010) è un fenomeno relativamente recente da leggersi in relazione al peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie. Altro andamento rilevabile è il calo dell'esclusivo affidamento alla madre e l'aumento dell'affidamento condiviso.

| Divorzi con figli - Piemonte; fonte: ISTAT | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| n. divorzi con figli nati dall'unione | 2.932 | 3.370 | 3.198 | 2.845 |
| n. divorzi con figli minori affidati | 1.727 | 1.989 | 1.939 | 1.656 |
| % figli minori affidati esclusivamente alla madre | 33.07 | 29.05 | 24.01 | 19 |
| % figli minori affidati esclusivamente al padre | 3.03 | 3.01 | 2.07 | 1.04 |
| % figli minori con affidamento condiviso | 62.03 | 67.01 | 72.03 | 78.08 |
| % figli minori con affidamento condiviso nelle sep. consensuali | 64.08 | 71.06 | 74.02 | 81.07 |

Tabella 10. Divorzi con figli a carico. Fonte: ISTAT 2010.

| Separazioni con figli - Piemonte; fonte: ISTAT | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| n. separazioni con figli nati dall'unione | 4.985 | 5.193 | 5.032 | 4.972 |
| n. separazioni con figli minori affidati | 3.728 | 3.837 | 3.666 | 3.659 |
| % figli minori affidati esclusivamente alla madre | 16.04 | 12 | 10.03 | 8.04 |
| % figli minori affidati esclusivamente al padre | 1.03 | 1.02 | 1.01 | 0.06 |
| % figli minori con affidamento condiviso | 81.07 | 86.04 | 87.07 | 90.06 |
| % figli minori con affidamento condiviso nelle separazioni consensuali | 84.08 | 90.01 | 91.01 | 93.09 |

Tabella 11. Separazioni con figli a carico. Fonte: ISTAT 2010.

2.2.4. Differenze etniche/culturali

Nella Regione Piemonte circa il 10% della popolazione è rappresentata da stranieri residenti (Tabella 12. Fonte ISFOL 2012), con un trend in costante aumento. In particolare, gli adolescenti stranieri nel 2010 erano 56.066 nell'età compresa tra 14-24 anni (fonte: Info Stat2010). Secondo un'analisi effettuata dal Telefono Azzurro nella ricerca "Il disagio del bambino e dell'adolescente straniero", tali minori incontrano maggiori difficoltà nei loro processi di sviluppo a causa delle trasformazioni della struttura familiare, dell'esperienza di separazione legata alla migrazione, della vita abitativa precaria, della marginalità socioeconomica, delle dissonanze tra individui e ambiente circostante.

La migrazione rappresenta un cambiamento profondo (Demetrio, Favaro, 1997), che richiede la ridefinizione dei legami di filiazione, di appartenenza e di fedeltà. Ciò induce spesso sentimenti ambivalenti di perdita e separazione che influenzano l'immagine di sé, il rapporto col paese d'accoglienza e con la propria cultura d'appartenenza. Il conflitto generazionale con i genitori è spesso anche un conflitto culturale tra società d'origine e società d'accoglienza. A fronte delle aspettative, spesso eccessive che i genitori hanno sui figli, per quanto riguarda la riuscita scolastica e lavorativa, corrispondono altrettante aspettative che i figli si mantengano distanti dal mondo di accoglienza per quanto riguarda i valori, le tradizioni, le regole familiari, i comportamenti di genere (Tettamanzi M., Sbattella F. Castelli C., 2005).

Gli adolescenti stranieri hanno spesso vissuto esperienze di abbandoni, rotture di legami, perdite affettive. Hanno maggiori difficoltà a creare una rete relazionale con i coetanei e a farsi accettare da loro. Nella formazione della loro identità (Epstein, 1993) oltre che a ridefinirsi in relazione alle proprie trasformazioni corporee, sessuali e cognitive, sono costretti a rinegoziare la loro appartenenza etnica e culturale. L'appartenenza linguistica e culturale, il disagio socioeconomico, la marginalità sociale contribuiscono al loro ritiro precoce dagli studi.

Circa il 20% degli allievi stranieri del Nord Italia iscritti a corsi professionali sono piemontesi, e corrispondono al 16,3% del totale degli iscritti (tabella 13. Fonte ISFOL, anno scolastico 2010/11).

| PROSPETTO 4. INDICATORI DELLA STRUTTURA DEMOGRAFICA PER CITTADINANZA, PER REGIONE | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------|-----------|-----------------------------------|----------|-----------|----------------------------------|----------|-----------|
| Anno 2012, dati al 1° gennaio, stime | | | | | | | | | |
| | Residenti (migliaia) | | | Composizione per cittadinanza (%) | | | Distribuzione per territorio (%) | | |
| | Totale | Italiani | Stranieri | Totale | Italiani | Stranieri | Totale | Italiani | Stranieri |
| Piemonte | 4.474 | 4.050 | 424 | 100,0 | 90,5 | 9,5 | 7,4 | 7,2 | 8,7 |
| ITALIA | 60.851 | 55.991 | 4.859 | 100,0 | 92,0 | 8,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tabella 12. Cittadinanza italiana e straniera in Piemonte e in Italia. Fonte. ISFOL, anno 2012.

| Allievi iscritti ai Percorsi triennali di Istruzione e Formazione professionale (IFP) per sesso, tipo di percorso e regione - Anno formativo 2010/2011 | | | | | | | |
|--|------------------|--------|---------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| REGIONI | Allievi iscritti | | | di cui allievi stranieri (a) | | Tipo di Percorso | |
| | M | F | MF | Totale | % sul totale iscritti | Istituzioni Formative | Istituzioni scolastiche |
| Piemonte | 12.018 | 7.547 | 19.565 | 3.182 | 16,3 | 14.515 | 5.050 |
| Nord (d) | 68.544 | 42.795 | 111.339 | - | - | 88.517 | 22.822 |
| Centro | 16.834 | 14.373 | 31.207 | - | - | 11.879 | 19.328 |
| Mezzogiorno | 21.860 | 14.648 | 36.508 | - | - | 14.817 | 21.691 |
| ITALIA | 107.238 | 71.816 | 179.054 | 27.628 | 15,4 | 115.213 | 63.841 |
| <i>Fonte: Isfol</i> | | | | | | | |
| (a) Per allievi di cittadinanza straniera si intendono i ragazzi, sia nati in Italia che all'estero, che hanno entrambi i genitori stranieri. | | | | | | | |

Tabella 13. Allievi iscritti a corsi professionali. Fonte: ISFOL, anno scolastico 2010-11.

2.2.5. Condizione scolastica

Il Piemonte conferma l'andamento nazionale che vede la popolazione femminile più scolarizzata rispetto a quella maschile (Tabella 16 e 17, Fonte ISTAT, anno 2012). Tale dato è particolarmente stridente se confrontato con i dati sul reddito dai quali risulta, in Italia, che questo è più alto se il principale percettore di reddito è di genere maschile.

| Scuole, classi e alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado per regione - Anno scolastico 2010/2011 | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---------|-----------|-----------------|---------|-----------|----------------------------------|--------|-----------|
| ANNI SCOLASTICI | Scuole dell'infanzia | | | Scuole primarie | | | Scuole secondarie di primo grado | | |
| REGIONI | Scuole | Sezioni | Bambini | Scuole | Classi | Alunni | Scuole | Classi | Alunni |
| 2006/2007 | 24.848 | 73.161 | 1.652.689 | 18.163 | 151.991 | 2.820.150 | 7.904 | 82.975 | 1.730.031 |
| 2007/2008 | 24.727 | 73.050 | 1.655.386 | 18.101 | 151.578 | 2.830.056 | 7.939 | 82.446 | 1.727.339 |
| 2008/2009 | 24.518 | 72.889 | 1.651.713 | 18.009 | 150.345 | 2.819.193 | 7.921 | 82.751 | 1.758.384 |
| 2009/2010 | 24.221 | 73.111 | 1.680.987 | 17.845 | 149.845 | 2.822.146 | 7.924 | 82.682 | 1.777.834 |
| ANNO SCOLASTICO 2010/2011 - PER REGIONE | | | | | | | | | |
| Piemonte | 1.648 | 4.669 | 113.936 | 1.389 | 10.058 | 189.642 | 538 | 5.495 | 118.455 |
| Nord | 9.795 | 31.018 | 748.735 | 7.899 | 64.586 | 1.243.892 | 3.422 | 34.801 | 763.318 |
| Centro | 4.223 | 13.048 | 311.939 | 3.158 | 26.938 | 523.365 | 1.363 | 14.936 | 326.380 |
| Mezzogiorno | 10.242 | 29.249 | 627.166 | 6.667 | 57.734 | 1.060.307 | 3.152 | 32.917 | 697.769 |
| ITALIA | 24.260 | 73.315 | 1.687.840 | 17.724 | 149.258 | 2.827.564 | 7.937 | 82.654 | 1.787.467 |
| <i>Fonte:</i> Scuole dell'infanzia statali e non statali (E); Scuole primarie statali e non statali (E); Scuole secondarie di primo grado statali e non statali (E) | | | | | | | | | |

Tabella14. Scuole e alunni Piemonte e Italia scuole infanzia e primaria e secondaria di primo grado. Fonte MIUR, anno scolastico 2010-11.

| Scuole, classi e studenti delle scuole secondarie di secondo grado per regione - Anno scolastico 2010/2011 | | | | | | | | |
|--|--------|---------|-----------|------------|---|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ANNI SCOLASTICI E REGIONI | Scuole | Classi | Studenti | | | | Ripetenti | |
| | | | Numero | Per classe | In scuole statali per 100 iscritti in complesso (a) | Femmine sul totale (%) | Per 100 iscritti in totale | Femmine per 100 iscritte |
| 2006/2007 | 6.664 | 134.596 | 2.735.134 | 20,3 | 94,6 | 48,9 | 6,3 | 4,4 |
| 2007/2008 | 6.719 | 131.997 | 2.747.530 | 20,8 | 94,5 | 49 | 7 | 5 |
| 2008/2009 | 6.809 | 130.784 | 2.723.562 | 20,8 | 94,3 | 49 | 7,7 | 5,8 |
| 2009/2010 | 6.846 | 128.606 | 2.687.096 | 20,9 | 94,3 | 49 | 7,1 | 5,3 |
| ANNO SCOLASTICO 2010/2011 - PER REGIONE | | | | | | | | |
| Piemonte | 399 | 7.720 | 163.368 | 21,2 | 95,5 | 49,7 | 6,3 | 4,6 |
| Nord | 2.578 | 49.072 | 1.048.397 | 21,4 | 89,6 | 49,4 | 6,8 | 5,1 |
| Centro | 1.268 | 23.820 | 501.073 | 21 | 95,6 | 48,6 | 6,8 | 5,2 |
| Mezzogiorno | 3.030 | 53.764 | 1.113.481 | 20,7 | 94,5 | 48,6 | 7,3 | 5,5 |
| ITALIA | 6.876 | 126.656 | 2.662.951 | 21 | 92,8 | 48,9 | 7 | 5,3 |
| <i>Fonte:</i> Scuole secondarie di secondo grado statali e non statali (E) | | | | | | | | |

Tabella 15. Scuole e alunni Piemonte e Italia scuola secondaria di secondo grado. Fonte MIUR, anno scolastico 2010-11.

| Popolazione residente di 15 anni e oltre per titolo di studio, classe di età e sesso - Anno 2011 | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------|---------------|-----------------------------------|--------|
| <i>(valori assoluti in migliaia e composizioni percentuali)</i> | | | | | | |
| CLASSI DI ETÀ | Dottorato, laurea e diploma universitario | Diploma di scuola secondaria superiore | Qualifica professionale | Licenza media | Licenza elementare, nessun titolo | Totale |
| | | | | | | |
| MASCHI | | | | | | |
| 15-19 | - | 140 | 50 | 1.286 | 31 | 1.507 |
| 20-24 | 71 | 984 | 110 | 404 | 25 | 1.594 |
| FEMMINE | | | | | | |
| 15-19 | - | 173 | 39 | 1.189 | 20 | 1.421 |
| 20-24 | 121 | 1.037 | 72 | 283 | 22 | 1.534 |

Tabella 16. Popolazione residente in Italia di 15 anni per titolo di studio, età e genere. Fonte: ISTAT, anno 2011.

| Popolazione residente di 15 anni e oltre per titolo di studio, regione e sesso - Anno 2011 | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------|---------------|-----------------------------------|--------|
| <i>(valori assoluti in migliaia e composizioni percentuali)</i> | | | | | | |
| REGIONI | Dottorato, laurea e diploma universitario | Diploma di scuola secondaria superiore | Qualifica professionale | Licenza media | Licenza elementare, nessun titolo | Totale |
| | | | | | | |
| MASCHI | | | | | | |
| Piemonte | 186 | 536 | 148 | 660 | 322 | 1.852 |
| FEMMINE | | | | | | |
| Piemonte | 215 | 541 | 147 | 588 | 508 | 1.999 |
| TOTALE | | | | | | |
| Piemonte | 401 | 1.077 | 295 | 1.248 | 830 | 3.851 |
| ITALIA | 5.782 | 14.928 | 2.946 | 16.520 | 11.644 | 51.820 |
| Nord | 2.743 | 6.610 | 1.961 | 7.504 | 4.962 | 23.780 |
| Centro | 1.361 | 3.268 | 488 | 2.992 | 2.182 | 10.292 |
| Mezzogiorno | 1.678 | 5.050 | 497 | 6.024 | 4.499 | 17.748 |
| <i>Fonte: Rilevazione sulle forze di lavoro (R)</i> | | | | | | |

Tabella 17. Popolazione residente in Piemonte confrontata con popolazione italiana per età, titolo studio e genere (Fonte: ISTAT, anno 2011).

2.4.6. La dispersione scolastica

L'analisi comparativa effettuata tra i Paesi appartenenti all'Unione Europea prende in esame come indicatore di abbandono scolastico prematuro la quota di giovani che abbandonano precocemente gli studi, cosiddetti "Early School Leavers". Si tratta di ragazzi di 18-24 anni che hanno abbandonato gli studi senza aver conseguito un titolo superiore al livello 3C short. In Italia tale indicatore è definito come la percentuale di popolazione che possiede al più la licenza media, che non ha concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla Regione di durata superiore ai 2 anni e che non frequenta corsi scolastici, né svolge attività formative di altro genere. Il tasso di Early School Leavers in Italia, secondo dati Istat del 2009 ammonta al 19,2% (Grafico 1); l'incidenza è maggiore fra i maschi rispetto alle femmine e fra gli stranieri (43,8%) rispetto agli italiani (16,4%). La media europea è del 14,4%, complessivamente l'Italia si colloca nella quart'ultima posizione della graduatoria costituita dai 27 paesi dell'Unione Europea.

In Piemonte la percentuale di giovani che abbandona precocemente gli studi si attesta attorno al 19,8% (Istat 2009). Le ricerche evidenziano che la dispersione scolastica (Provincia di Torino, Aprile 2007)

incomincia nettamente ad aumentare in tutto il territorio nazionale col passaggio dalla scuola media alla scuola superiore, quindi a partire dall'età di 14 anni.

I fattori di rischio che aumentano la possibilità di drop-out scolastico (I.R.I.D.S.A.) sono esaltati dal disorientamento caratteristico della fase adolescenziale. La letteratura evidenzia fattori di rischio di drop-out scolastico in quattro dimensioni: socio-familiare, socio-pedagogico, individuale-fisiologico ed individuale-psicopatologico (comprendendo in quest'ultima il disagio, l'assenteismo scolastico, l'uso di droghe e i comportamenti devianti) (McCann, 1991). Gli effetti negativi derivanti dal malfunzionamento di queste quattro dimensioni producono una "sofferenza scolastica" che conduce all'abbandono.

Alcuni studi dimostrano come l'ingresso nel mondo del lavoro sia più difficoltoso per quei giovani che lasciano la scuola senza essere in possesso di un titolo di studio più elevato; solo il 46,4% di giovani che hanno abbandonato prematuramente gli studi ha un lavoro. Il fenomeno dell'abbandono scolastico ha quindi effetti negativi sull'occupazione e sulla mobilità sociale. (fonte: ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro riferite all'anno 2010. Anno pubblicazione 2011).

Negli ultimi anni inoltre è aumentato il numero di giovani esclusi sia da un percorso formativo che da un'attività lavorativa: i giovani Neet (Not in Education, Employment or Training) in Italia nel 2009 (Istat) ammontavano al 21,2% della popolazione di 15-29 anni, in Piemonte erano il 16,6%. Tale percentuale, in aumento dal 2009 a causa della crisi economica mondiale, è di molto superiore alla media europea (12,2%). L'Italia si colloca, infatti, al primo posto della graduatoria UE19.

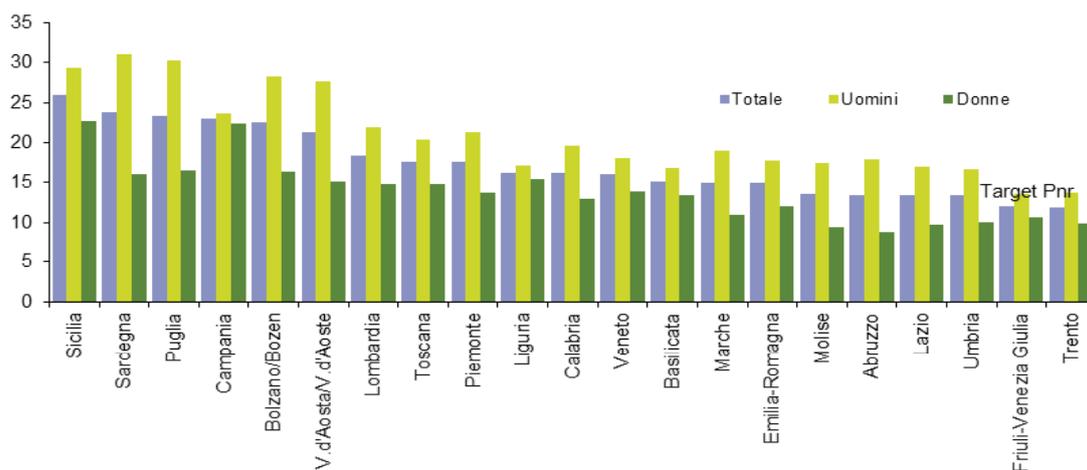


Grafico1. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi (ESL) per sesso e regione, valori percentuali. **Fonte:** Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro riferita all'anno 2010, Pubblicato il: 27 maggio 2011 http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/grafici/5_5.html

2.4.7 Disoccupazione giovanile

La disoccupazione giovanile in Italia più che negli altri Paesi è molto superiore a quella degli adulti e questo è stato uno dei fattori che ha portato la classe politica a concentrarsi maggiormente sulla transizione scuola-lavoro; nel 2000 il nostro Paese era all'ultimo posto per quanto riguarda la proporzione di giovani che entrano nel mercato del lavoro subito dopo aver terminato la propria formazione, infatti i giovani italiani sono quelli che devono aspettare più anni prima di trovare un'occupazione.

L'Italia inoltre si distingue anche per il basso numero di giovani che coniuga la formazione con l'attività professionale; questo fenomeno ha una matrice culturale alle spalle, per cui da un lato mancano le strutture di formazione professionale che permettano di alternare l'apprendimento alla

pratica all'interno dell'azienda, dall'altro in generale gli studenti in quanto tali non lavorano, specialmente nella fascia d'età 15-19 anni, mentre nella fascia 20-24 sono meno del 10%.

Esiste poi una categoria di giovani cosiddetti “a rischio”, che dopo la scuola dell'obbligo non continuano la loro formazione e rimangono inattivi.

Peraltro, nemmeno la formazione universitaria è in grado di dare delle garanzie rispetto alla ricerca di un lavoro, e non protegge dalla disoccupazione, come succede invece in altri Paesi; segue lo stesso trend anche la Grecia (Bottani, Tomei, 2004).

Questo fenomeno può essere in parte spiegato dal fatto che i giovani con un'istruzione superiore, di fronte ad una scarsa domanda qualificata, possono decidere di rimanere in attesa di migliori occasioni invece di accettare lavori inferiori alle aspettative, poiché possono contare a lungo sul sostegno dei genitori.

Infine, nonostante il lavoro a tempo determinato sia ancora inferiore in Italia (circa l'11%) rispetto al resto dell'Europa, questo è maggiormente diffuso soprattutto fra i giovani, con percentuali del 40% per i giovani dai 15 ai 19 anni.

2.3. Il disturbo psicopatologico in adolescenza

2.3.1. Diagnosi e prestazioni dei servizi

Al momento attuale non esiste un data base o un osservatorio che possa descrivere in modo completo e omogeneo il fenomeno del disturbo psicopatologico in Piemonte. Il report “La Rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza, anni 2010-2011” (2013) infatti, pur essendo insieme al “Report Salute Mentale”, il documento più prossimo alla rilevazione in oggetto, non prevede una sezione specificatamente dedicata all'adolescenza. Per avvicinarci alla descrizione dello stesso ci avvaliamo di alcuni strumenti di diversa natura:

- le prestazioni ambulatoriali psicologiche descritte attraverso il file C del codice di disciplina 91, ovvero le erogate ambulatorialmente dai servizi di Psicologia e NPI in regione, relative all'anno 2011;
- un'estrazione del Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale relativi a soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni ricoverati negli anni 2008-2010;
- la casistica relativa alle dipendenze, tratta dal Bollettino 2011;
- la casistica degli adolescenti 14-24 anni che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso degli Ospedali piemontesi nell'anno 2011 (data base Pronto Soccorso, Regione Piemonte);
- un campione locale relativo alla casistica ambulatoriale (servizi di Psicologia e NPI) di tre ASL piemontesi rappresentative delle tre realtà regionali (area urbana, sub urbana e provinciale) (ASL TO1, ASL TO3, ASL BI) dell'anno 2012;
- un campione relativo alla casistica dei tre centri di psicoterapia per adolescenti di secondo livello presenti in regione (ASL TO1, ASL TO3, ASL TO4).

Sulla popolazione regionale di 422.012 adolescenti della fascia 14-24 anni, nel 2011 7.335 soggetti, corrispondenti all'1,74% della popolazione totale, hanno ricevuto prestazioni psicologiche (fonte: file C codice disciplina 91 relativo alle prestazioni psicologiche anno 2011). Si noti però che a causa della non completa diffusione dei sistemi di rilevazione delle prestazioni dei servizi in cui operano gli psicologi le prestazioni di Ser.T. e DSM non sono riconoscibili univocamente come erogate da psicologi. Pur così, la casistica adolescenziale 14-24 anni rappresenta il 17,9% degli interventi psicologici nei servizi, ovvero 47.751 sul totale di 266.494 nel 2011 (fonte: File C codice disciplina 91 anno 2011). Attraverso la rilevazione regionale del sistema NPNet, il dato sale leggermente: 11.853

ragazzi, pari al 2,8% della popolazione tra i 14 e i 18 anni e oltre, sono stati seguiti dai servizi di neuropsichiatria e di psicologia nell'anno 2011 (La Rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza, anni 2010-2011" 2013). Nel complesso, si tratta di dati molto inferiori alle proiezioni dell'OMS che stimano attorno al 10-20% i disturbi mentali in infanzia e adolescenza "An estimated 10 to 20% of children and adolescents suffer from mental health problems; however prevalence estimates in youth populations vary across European countries (ranging from 9,5% to 22%). (...) Uno su cinque dei bambini e degli adolescenti soffre di problemi evolutivi, emozionali o di comportamento e uno su otto ha disturbi mentali (mental disorder) (Consensus paper: Mental health in youth and education, 2008, p.9).

Già dai primi dati correnti fin qui illustrati si comincia a rilevare come il disturbo psicopatologico in adolescenza sia sottostimato e poco intercettato dai servizi. Ciò appare con forte evidenza analizzando i dati relativi dall'utilizzo del Pronto Soccorso in Piemonte dei giovani 14-24 anni: essi infatti rappresentano il 10,5% degli utenti complessivi nell'anno 2011 (su un campione di 1.823.609 persone, 191.191 sono 14-24 enni) (fonte: Regione Piemonte, Banca dati Pronto Soccorso, dati 2011). Del totale della popolazione con accesso al Pronto Soccorso, 50.546 pazienti ricevono una diagnosi psichiatrica (ovvero lo 0,3% del campione), ma di questi 6.218 (il 12,3% del campione) sono adolescenti 14-24 anni a cui sono state rivolte 45.238 prestazioni. Entrando in merito alle diagnosi, si evidenzia che il 39% afferisce per un disturbo d'ansia, il 16,9% per disturbo da alcol, il 9,3% per disturbi somatoformi per un totale pari al 65,2% della domanda di intervento (tabella 18). E ancora se analizziamo il totale della casistica classificato per triage vediamo che il 75,2% delle diagnosi rientrano nei codici bianchi o verdi al momento dell'accesso e l'87,7% al momento delle dimissioni (tabelle 19 e 20). Questi dati, mettono in evidenza l'utilizzo improprio del Pronto Soccorso da parte della popolazione adolescenziale e come questo intercetti una domanda di salute relativa al mancato benessere psico-fisico (si noti che il numero di accessi al Pronto Soccorso del Piemonte è quasi pari all'universo della casistica regionale che riceve prestazioni psicologiche) altrimenti poco rilevata e per nulla monitorata: ad oggi, infatti, salvo alcune eccezioni, non esistono protocolli di invio/accompagnamento dal Pronto Soccorso ai servizi psicologici per l'adolescenza.

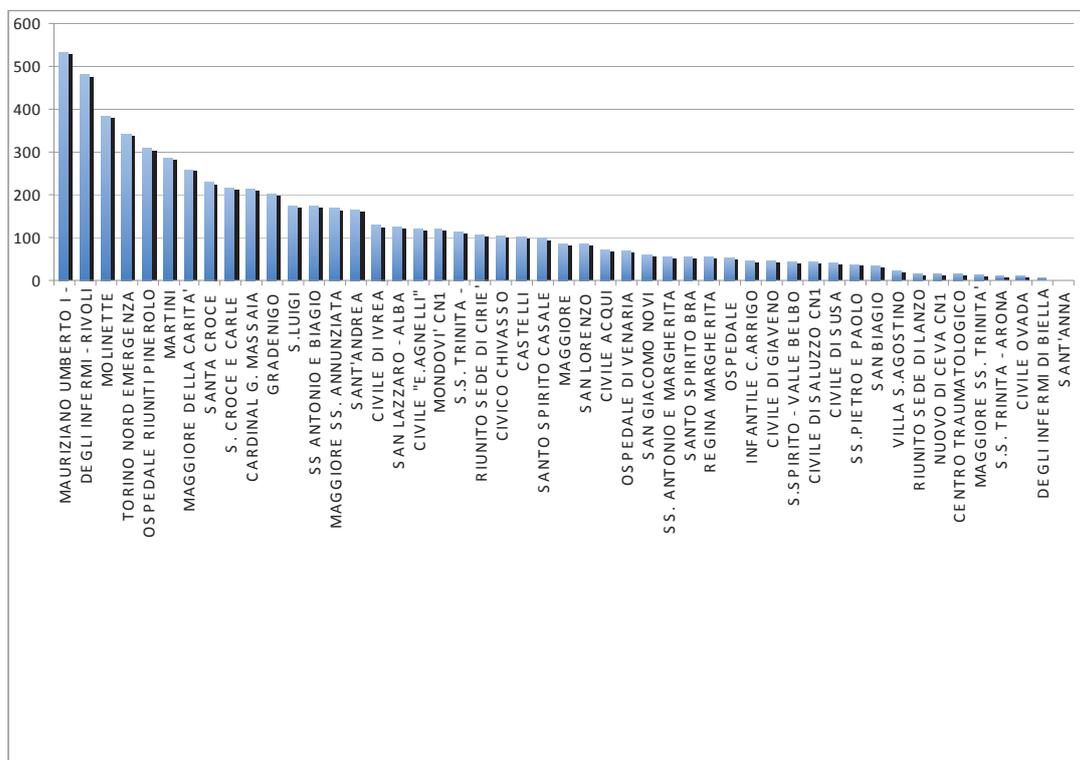


Grafico 2. Distribuzione della casistica 14-24 anni nell'anno 2011 dei Pronto Soccorso della Regione Piemonte. Fonte: Banca Dati Pronto Soccorso, Regione Piemonte. Dati 2011.

Tabella 18.
Soccorso del
alla fascia
problemi
nell'anno
Pronto
Piemonte.

| Diagnosi | N | % |
|--------------------------------------|-------------|--------------|
| Disturbo ansia | 2426 | 39,0 |
| Disturbo d'alcol correlato | 1051 | 16,9 |
| Disturbo somatoforme | 577 | 9,3 |
| Disturbo d'infanzia | 408 | 6,6 |
| Disturbo d'adattamento | 365 | 5,9 |
| Mentale condotta medica generale | 305 | 4,9 |
| Disturbo bipolare | 305 | 4,9 |
| Disturbo da sostanze | 212 | 3,4 |
| Disturbo depressivo | 201 | 3,2 |
| Disturbo di personalità | 142 | 2,3 |
| Disturbo d'alimentazione | 55 | 0,9 |
| Disturbi sessuali | 49 | 0,8 |
| Disturbo del controllo degli impulsi | 49 | 0,8 |
| Disturbi d'dissociativi | 29 | 0,5 |
| Schizofrenia | 27 | 0,4 |
| Ritardo_mentale | 10 | 0,2 |
| Demenze | 4 | 0,1 |
| Disturbi del sonno | 3 | 0,0 |
| Totale | 6218 | 100,0 |

Casistica dei Pronto
Piemonte relativa
14-24 anno per
psico-fisici
2011. Banca Dati
Soccorso, Regione
Dati 2011.

| Diagnosi | Triage_Accesso | | | | | | | | Totale |
|---|--|------------|---|-------------|---|-------------|---|------------|-------------|
| | Bianco - non critico, paziente non urgente | | Verde - poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili | | Giallo - mediamente critico, priorità immediata | | Rosso - molto critico, priorità massima pazienti funzioni vitali compromesse, accesso immediato alle cure | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Disturbo d'ansia | 260 | 4,2 | 1826 | 29,4 | 329 | 5,3 | 11 | 0,2 | 2426 |
| Disturbo d'alcol correlato | 51 | 0,8 | 616 | 9,9 | 358 | 5,8 | 26 | 0,4 | 1051 |
| Disturbi somatoformi | 56 | 0,9 | 306 | 4,9 | 200 | 3,2 | 15 | 0,2 | 577 |
| Disturbo d'infanzia | 92 | 1,5 | 270 | 4,3 | 43 | 0,7 | 3 | 0,0 | 408 |
| Disturbo d'adattamento | 13 | 0,2 | 260 | 4,2 | 87 | 1,4 | 5 | 0,1 | 365 |
| Disturbo mentale condotta medica generale | 19 | 0,3 | 203 | 3,3 | 78 | 1,3 | 5 | 0,1 | 305 |
| Disturbo bipolare | 7 | 0,1 | 163 | 2,6 | 132 | 2,1 | 3 | 0,0 | 305 |
| Disturbo da sostanze | 13 | 0,2 | 104 | 1,7 | 78 | 1,3 | 17 | 0,3 | 212 |
| Disturbo depressivo | 12 | 0,2 | 138 | 2,2 | 47 | 0,8 | 4 | 0,1 | 201 |
| Disturbo della personalità | 1 | 0,0 | 95 | 1,5 | 45 | 0,7 | 1 | 0,0 | 142 |
| Disturbo dell'alimentazione | 4 | 0,1 | 46 | 0,7 | 5 | 0,1 | 0 | 0,0 | 55 |
| Disturbi sessuali | 47 | 0,8 | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 49 |
| Disturbo del controllo degli impulsi | 1 | 0,0 | 28 | 0,5 | 20 | 0,3 | 0 | 0,0 | 49 |
| Disturbi dissociativi | 1 | 0,0 | 18 | 0,3 | 7 | 0,1 | 3 | 0,0 | 29 |
| Schizofrenia | 1 | 0,0 | 13 | 0,2 | 13 | 0,2 | 0 | 0,0 | 27 |
| Ritardo mentale | 1 | 0,0 | 6 | 0,1 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 10 |
| Demenze | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 |
| Disturbo del sonno | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 |
| Totale | 580 | 9,3 | 4096 | 65,9 | 1449 | 23,3 | 93 | 1,5 | 6218 |

Tabella 19. Diagnosi e triage Accesso Pronto Soccorso città di Torino, relativi alla fascia 14-24 anno per problemi psico-fisici nell'anno 2012. Banca Dati Pronto Soccorso, Regione Piemonte. Dati 2011.

| Diagnosi | Triage_Dimissioni | | | | | | | | Totale |
|---|--|------------|---|-------------|---|-------------|---|------------|-------------|
| | Bianco - non critico, paziente non urgente | | Verde - poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili | | Giallo - mediamente critico, priorità immediata | | Rosso - molto critico, priorità massima pazienti funzioni vitali compromesse, accesso immediato alle cure | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Disturbo d'ansia | 155 | 2,5 | 2081 | 33,5 | 185 | 3,0 | 5 | 0,1 | 2426 |
| Disturbo d'alcol correlato | 44 | 0,7 | 845 | 13,6 | 144 | 2,3 | 18 | 0,3 | 1051 |
| Disturbi somatoformi | 33 | 0,5 | 514 | 8,3 | 29 | 0,5 | 1 | 0,0 | 577 |
| Disturbo emotivo d'infanzia | 78 | 1,3 | 292 | 4,7 | 37 | 0,6 | 1 | 0,0 | 408 |
| Disturbo d'adattamento | 12 | 0,2 | 313 | 5,0 | 40 | 0,6 | 0 | 0,0 | 365 |
| Disturbo mentale condotta medica generale | 12 | 0,2 | 274 | 4,4 | 19 | 0,3 | 0 | 0,0 | 305 |
| Disturbo bipolare | 5 | 0,1 | 188 | 3,0 | 110 | 1,8 | 2 | 0,0 | 305 |
| Disturbo da sostanze | 5 | 0,1 | 136 | 2,2 | 56 | 0,9 | 15 | 0,2 | 212 |
| Disturbo depressivo | 7 | 0,1 | 160 | 2,6 | 33 | 0,5 | 1 | 0,0 | 201 |
| Disturbo della personalità | 1 | 0,0 | 114 | 1,8 | 26 | 0,4 | 1 | 0,0 | 142 |
| Disturbo dell'alimentazione | 1 | 0,0 | 51 | 0,8 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 55 |
| Disturbi sessuali | 47 | 0,8 | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 49 |
| Disturbo del controllo degli impulsi | 1 | 0,0 | 30 | 0,5 | 18 | 0,3 | 0 | 0,0 | 49 |
| Disturbi dissociativi | 0 | 0,0 | 24 | 0,4 | 3 | 0,0 | 2 | 0,0 | 29 |
| Schizofrenia | 1 | 0,0 | 17 | 0,3 | 9 | 0,1 | 0 | 0,0 | 27 |
| Ritardo mentale | 0 | 0,0 | 9 | 0,1 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 10 |
| Demenze | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 |
| Disturbo del sonno | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 |
| Totale | 403 | 6,5 | 5052 | 81,2 | 717 | 11,5 | 46 | 0,7 | 6218 |

Tabella 20. Diagnosi e triage per dimissioni in Pronto Soccorso città di Torino relativi alla fascia 14-24 anno per problemi psico-fisici nell'anno 2012. Banca Dati Pronto Soccorso, Regione Piemonte. Dati 2011.

La descrizione relativa alla casistica dei servizi ambulatoriali è purtroppo parziale e frammentata: non esistono, ad oggi, delle rilevazioni epidemiologiche estese all'intero territorio, accurate e riferite all'intera fascia di età adolescenziale, sia poiché non è attualmente prevista dalla legislazione regionale, sia perché i sistemi di registrazione utilizzati (NPNet, Trakcare, Balbele, Pegaso, Speedy, Ippocrate, Medtrak...), hanno prevalentemente la funzione di registrare e elaborare il file C ovvero le prestazioni rendicontabili.

Abbiamo dunque fatto ricorso a una campionatura parziale, analizzando i dati di tre ASL rappresentative delle differenti tipologie di territorio regionale: urbana (ASL TO1), suburbana (ASL TO3) e provinciale (ASL Bi). La casistica ambulatoriale si riferisce a ragazzi di 14-17 anni seguiti dai servizi di Psicologia o di NPI ed è rilevata localmente attraverso il sistema NPNet per l'anno 2012. La diagnosi prevalente (22,9%) è la "Sindrome e disturbi comportamentali e emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza", seguita da "situazioni psicosociali anomale" (21,8%) e ritardo mentale (16,6%) (tabella 21). Ma osservando più nel dettaglio, si nota che il primo motivo di diagnosi (asse 5) è rilevato soltanto da un servizio, indicando sia la possibile variabilità di casi tra servizi di Psicologia e servizi di NPI, sia la variabilità derivata da estrazioni locali. Escludendo la diagnosi in asse 5, la successiva voce è la "Sindromi disturbi da alterazione specifica dello sviluppo

psicologico” (14,1%). In tal modo i dati si avvicinano e sono parzialmente sovrapponibili alle rilevazioni regionali NPNet (Regione Piemonte 2013) in cui, se pur riferite all’intera popolazione di minori con accesso ai servizi psicologia e NPI (0-17 anni), la diagnosi prevalente risulta essere il “Ritardo mentale” e i “Disturbi specifici dell’apprendimento” seguite in quarta posizione (dopo i “Disturbi dell’apprendimento” e “del linguaggio” dai “Disturbi del comportamento e della condotta”, prima voce come si è detto, nella nostra rilevazione di casistica adolescenziale.

| | | NPI ASL To1 | SC Psicologia ASL To3 | NPI ASL Bi | | | |
|---------------|--|-------------|-----------------------|------------|------------|--------------|---|
| Codici ICD 10 | Diagnosi | N | N | N | Totale | %Totale | |
| F10-19 | Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso sostanze psicoattive | 11 | 0 | | 11 | 1,2 | |
| F20-29 | Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti | 6 | 0 | | 6 | 0,7 | |
| F30-39 | Sindromi affettive | 9 | 10 | 5 | 24 | 2,7 | |
| F40-48 | Sindromi nevrotiche legate a stress e somatoformi | 39 | 66 | 8 | 113 | 12,7 | |
| F50 | Disturbi comportamento alimentare | 7 | 1 | | 8 | 0,9 | |
| F60-69 | Disturbi di personalità | 15 | 8 | | 23 | 2,6 | |
| F70-79 | Ritardo mentale | 75 | 70 | 2 | 147 | 16,6 | 3 |
| F80-89 | Sindromi disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico | 70 | 8 | 47 | 125 | 14,1 | |
| F90-99 | Sindromi e disturbi comportamentali e emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza | 62 | 135 | 6 | 203 | 22,9 | 1 |
| ASSE 5 | Situazioni psicosociali anomale | | 193 | | 193 | 21,8 | 2 |
| Campo 0 | Consulenza/dro out | | 34 | | 34 | 3,8 | |
| Totale | | 294 | 525 | 68 | 887 | 100,0 | |

Tabella 21: Diagnosi casistica afferita agli ambulatori NPI ASL To1, SC Psicologia ASL To3 e NPI ASL Bi, nell'anno 2012 (Fonte: NPNET).

I dati relativi alla casistica dei tre Centri di Psicoterapia di secondo livello presenti sul territorio della nostra regione (Centro Adolescenti ASL TO1, Centro di Psicoterapia dell'Adolescente presso SC Psicologia ASL TO3 e SSD, Unità di Psicoterapia - Centro DPA Centro Integrato per la Prevenzione e il Trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza del DSM ASL TO4) presentano un quadro piuttosto eterogeneo, poiché la loro storia e la loro appartenenza è alquanto diversificata: il Centro di Psicoterapia di via Moretta dell'ASL TO1 ha una storia decennale e si colloca all'interno della NPI, i due centri dell'ASL TO3 e dell'ASL TO4 sono più recenti e si collocano rispettivamente nella SC di Psicologia e nel DSM.

Tabella 22. Diagnosi casistica afferita ai Centri/Unità di Psicoterapia per Adolescenti dell'ASL To1, ASL To3, ASL To4. Anno 2012 (Fonte: rilevazioni interne).

Nello specifico è previsto che la SSD, Unità di Psicoterapia dell'ASL TO4, definisca percorsi di presa in carico e cura articolati anche con la SCDU NPI – AO Città della Salute e della Scienza di Torino, l'SCDU - CPR Disturbi del Comportamento Alimentare - AO Città della Salute e della Scienza di Torino e il Servizio per i Disturbi di Personalità – dell'AO Città della Salute e della Scienza di Torino.

| | | anno 2012 | | | N Totale | % Totale | |
|----------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|----------|----------|----------|
| | | Centro Psicoterapia ASL To2 | Centro Psicoterapia adolescenti ASL To3 | DSM Unità di Psicoterapia ASL To4 | | | |
| Codici ICD 10 | Diagnosi | | | | | | |
| F10-19 | Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso sostanze psicoattive | 1 | | | 1 | 0,6 | |
| F21 | Sindrome schizotipica | 1 | | | 1 | 0,6 | |
| F30-F39 | Sindromi affettive | | 10 | 2 | 12 | 6,7 | |
| F40-F48 | Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi | 11 | 80 | 14 | 105 | 59,0 | 1 |
| F 50 | Disturbi comportamento alimentare | 2 | | | 2 | 1,1 | |
| F 52 | Disfunzioni sessuali non causate da sindromi o malattie organiche | 6 | | | 6 | 3,4 | |
| F60-F69 | Disturbi di personalità | | 3 | 32 | 35 | 19,7 | 2 |
| F 84 | Sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico | 1 | | | 1 | 0,6 | |
| F90-F98 | Sindromi e disturbi comportamentali e emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza | 1 | 8 | 3 | 12 | 6,7 | 3 |
| G40 | Epilessia | 1 | | | 1 | 0,6 | 23 |
| YY | Diagnosi non effettuabile | 1 | 8 | | 9 | 5,1 | |
| Totale | | 25 | 99 | 54 | 178 | 100,0 | |

Nel 2009 viene attivato presso questa struttura il Centro DPA, cui afferiscono adolescenti e giovani adulti tra i 16 e i 23 anni, che opera in collaborazione con la SC NPI ASL TO4 e la SC Direzione Integrata della Prevenzione ASL TO4 e in convenzione con le SCUO soprascritte. Il Centro DPA si occupa sia di assessment diagnostico specifico per i disturbi di personalità, sia di consulenza sulla revisione progettazione clinica e psicofarmacologica e propone psicoterapie brevi specifiche per i disturbi di personalità e gruppi psicoeducativi per genitori di adolescenti con disturbi di personalità. Parimenti i disturbi alimentari vengono diagnosticati e seguiti in via Moretta, mentre vengono inviati a centri specialistici interni all'Asl o esterni nel caso dell'ASL To3 e To4.

Malgrado le marcate differenze, la diagnosi prevalentemente trattata nei centri di psicoterapia è la sindrome nevrotica legata a stress e somatoforme, rinforzando l'importanza di questo disturbo dato già emerso dai dati precedentemente descritti del Pronto Soccorso. I centri di psicoterapia propongono e seguono i ragazzi attraverso psicoterapie brevi individuali, di gruppo o famigliari, in funzione della necessità.

2.3.2. Ricoveri

I dati qui riportati si riferiscono a un'estrazione del Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale relativi a soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni ricoverati negli anni 2008-2010 anche fuori Regione. E' stato utilizzato l'archivio SDO. Sono stati usati tutti i codici diagnostici sia principali che secondari ed è stato conteggiato solo il primo ricovero nei 12 mesi per avvicinarsi il più possibile ad una stima del numero di soggetti ricoverati. I disturbi di personalità sono la diagnosi con il più alto numero di ricoveri (tasso STD: 41,45 nel 2010), seguita da disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi (tasso STD: 36,47 nel 2010 in calo rispetto ai due anni precedenti in cui si attestava attorno al tasso di 50). Terza diagnosi per ricovero, stabile nei tre anni, è il ritardo mentale (tasso STD: 33,15 nel 2010) (Tabella 24. Fonte Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale).

| Ospedalizzazione per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza in Piemonte, anno 2010; fonte: ISTAT | | |
|---|-----------------------|-------------------|
| | fino a 17 anni | 18-24 anni |
| Piemonte | 555 | 445 |
| Torino | 274 | 223 |
| Vercelli | 24 | 17 |
| Novara | 34 | 39 |
| Cuneo | 92 | 58 |
| Asti | 34 | 22 |
| Alessandria | 57 | 60 |
| Biella | 13 | 13 |
| Verbano-Cusio-Ossola | 27 | 13 |

Tabella 23. Ricoveri in numeri assoluti e in tassi standardizzati su 100.000 abitanti, Regione Piemonte, anni 2008-2010. Fonte: Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale.

| Piemonte | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|---|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|
| | Primi ricoveri | Tasso STD / 100.000 | Primi ricoveri | Tasso STD / 100.000 | Primi ricoveri | Tasso STD / 100.000 |
| Schizofrenia (ICD 9: 295) | 67 | 16,01 | 76 | 18,04 | 74 | 17,53 |
| Disturbi episodici dell'umore (ICD 9: 296) | 117 | 27,96 | 135 | 32,05 | 130 | 30,8 |
| Disturbi deliranti (ICD 9: 297) | 2 | 0,48 | 3 | 0,71 | 13 | 3,08 |
| Altre psicosi non organiche (ICD 9: 298) | 88 | 21,03 | 114 | 27,07 | 127 | 30,08 |
| Disturbi pervasivi dello sviluppo (ICD 9: 299) | 24 | 5,74 | 32 | 7,6 | 34 | 8,05 |
| Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi (ICD 9: 300) | 227 | 54,26 | 213 | 50,58 | 154 | 36,47 |
| Disturbi di personalità (ICD 9: 301) | 150 | 35,85 | 166 | 39,41 | 175 | 41,45 |
| Disturbi sessuali e di identità di genere (ICD 9: 302) | 6 | 1,43 | 7 | 1,66 | 9 | 2,13 |
| Alcol: abuso e dipendenza (ICD 9: 291,303,3050) | 68 | 16,25 | 52 | 12,35 | 35 | 8,29 |
| Sostanze: abuso e dipendenza (ICD 9: 292,304) | 91 | 21,75 | 85 | 20,18 | 87 | 20,61 |
| Anoressia Nervosa (ICD 9: 3071) | 70 | 16,73 | 73 | 17,34 | 57 | 13,49 |
| Disturbo dell'alimentazione non specificato (ICD 9: 3072) | 79 | 18,88 | 97 | 23,03 | 99 | 23,45 |
| Bulimia Nervosa (ICD 9: 30751) | 26 | 6,21 | 19 | 4,51 | 24 | 5,69 |
| Reazione acuta da stress (ICD 9: 308) | 20 | 4,78 | 19 | 4,51 | 19 | 4,5 |
| Reazione di adattamento (ICD 9: 309) | 23 | 5,5 | 30 | 7,12 | 64 | 15,16 |
| Disturbo depressivo non classificato altrove (ICD 9: 310) | 10 | 2,39 | 11 | 2,61 | 9 | 2,13 |
| Disturbo della condotta non classificato altrove (ICD 9: 312) | 21 | 5,02 | 26 | 6,18 | 31 | 7,34 |
| Disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia (ICD 9: 313) | 14 | 3,35 | 29 | 6,89 | 19 | 4,49 |
| Sindrome ipercinetica dell'infanzia (ICD 9: 314) | 6 | 1,43 | 10 | 2,38 | 14 | 3,31 |
| Ritardo mentale (ICD 9: 317-319) | 148 | 35,38 | 137 | 32,53 | 140 | 33,15 |

Tabella 24. Ricoveri in numeri assoluti e in tassi standardizzati su 100.000 abitanti, Regione Piemonte, anni 2008-2010. Fonte: Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale.

2.3.3. Farmaci

Nella Regione Piemonte si osserva un aumento di prescrizioni nel 2007, che si stabilizza nel 2008, di antidepressivi, mentre il dato appare più costante per la categoria degli antipsicotici (fonte Servizio di Epidemiologia sovrazonale regionale): oltre la metà dei residenti di questa età ha usato almeno una volta gli antidepressivi nell'anno, mentre l'alta prevalenza degli antipsicotici nella fascia 14-24 può essere motivata dal momento dell'esordio solitamente nella seconda e terza decade di vita (tabella 25). Un dato importante, certamente da approfondire e comprendere. Per tali rilevazioni è stato utilizzato l'archivio Farmaci (prescrizione su ricettario regionale) dei soggetti residenti in Piemonte. Sono stati estratti i dati relativi ai soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni negli anni 2006-2008. È stata conteggiata solo la prima prescrizione nei 12 mesi per avvicinarsi il più possibile ad una stima del numero di soggetti.

I dati sui farmaci comprendono tutta la categoria del codice ATC quindi tutti gli antidepressivi e tutti gli antipsicotici compresi nelle categorie elencate (sono esclusi i sali di litio e simili in quanto non specifici).

| Piemonte | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|--|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | Prime prescrizioni | Tasso STD / 100.000 | Prime prescrizioni | Tasso STD / 100.000 | Prime prescrizioni | Tasso STD / 100.000 |
| antidepressivi (ATC: N06 A) | 263.871 | 64.280,23 | 292.872 | 70.939,00 | 297.673 | 71.152,19 |
| antipsicotici (ATC: N05AA-N05AL,N05AX) | 37.703 | 9.184,63 | 39.540 | 9.577,32 | 39.689 | 9.486,78 |

Tabella 25: Prescrizione psicofarmaci Regione Piemonte anni 2006-2008. Fonte: Servizio di Epidemiologia sovra-zonale regionale.

Negli ultimi anni si è inoltre osservato un incremento dell'utilizzo di farmaci senza prescrizione medica negli adolescenti: il 6% popolazione piemontese studentesca utilizza farmaci per dormire (in Italia 5,8%), il 2% usa farmaci per l'umore (in Italia 3%) (Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte, Bollettino 2011. OED).

2.4. Esiti del disturbo psicopatologia in adolescenza

2.4.1 Suicidio

Il profilo della salute mentale dei giovani piemontesi è descritto dai dati relativi ai suicidi, ai tentati suicidi e ai ricoveri per patologie psichiatriche. Mancano dati da fonti omogenee relativi ai trattamenti ambulatoriali e consultoriali.

Nei giovani (15-24 anni) il suicidio rappresenta la quarta più frequente causa di decesso, circa l'8% del totale, dopo incidenti stradali, tumori e cause accidentali. Per i maschi la percentuale di morte per suicidio è di poco inferiore a quella per tumore (9%) e tra le ragazze nella stessa fascia di età è dello stesso ordine di grandezza delle cause accidentali (6%) (fonte: Epicentro, ISS 2011). Studi precedenti, segnalano che i tentativi anticonservativi sono 10 volte superiori ai suicidi e per le donne la fascia di età più a rischio è 14-24 anni (Studio WHO-Euro a Padova, 1994). Il fenomeno si distribuisce in modo piuttosto disomogeneo sul territorio nazionale, pur registrando un graduale aumento a partire dagli anni '70. Il tasso di decessi per suicidio nella popolazione adolescenziale piemontese 14-24 anni è pari a 3,08 ogni 100.000 abitanti (fonte: Servizio di Epidemiologia sovra-zonale, 2009) (tabella 26). Il Piemonte si colloca al sesto posto tra le Regioni italiane nei maschi con valori superiori alla media nazionale e al decimo posto con un tasso simile a quello italiano nelle donne (HFA 2008). Sottostimato è il dato proveniente dalla casistica di "tentati suicidi", codice spesso poco utilizzato nei Pronto Soccorso.

| Piemonte | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|----------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|
| | Decessi | Tasso STD / 100.000 |
| | 13 | 3,16 | 10 | 2,43 | 17 | 4,07 | 13 | 3,08 |

Tabella 26: Suicidi fascia di età 14-24 anni. Regione Piemonte anni 2006-2008. Fonte: Osservatorio epidemiologico sovra-zonale regionale.

2.4.2. Dipendenze

Lo studio Passi 2010 rileva che il 66,5% della popolazione piemontese di 18-24 anni (183.043) ha consumato alcol negli ultimi 12 mesi, il 41,7% prevalentemente fuori pasto e il 48,8% deve considerarsi consumatore a rischio. Lo studio ESPAD, Consumi nella popolazione studentesca (2010), relativo agli studenti piemontesi tra i 15-19 anni rileva che l'84% dei maschi e l'81% delle femmine ha consumato alcol negli ultimi 12 mesi, e che il 42% dei maschi e il 29% delle femmine ha praticato binge drinking nei 30 giorni precedenti. La cannabis è la sostanza illegale più utilizzata tra la popolazione studentesca piemontese; negli ultimi dodici mesi l'ha utilizzata il 30% dei maschi e il 18% delle femmine, con valori superiori, per il genere maschile, alla media nazionale: il 15% dei quindicenni piemontesi, rispetto all'8% dei coetanei italiani; il 44% dei diciannovenni piemontesi, rispetto al 40% dei coetanei italiani. L'età media di primo uso della cannabis è per entrambi i generi 15 anni. Il 4% dei maschi e il 2% delle femmine ha consumato cocaina. L'età media di primo uso per la cocaina in Piemonte è 15,6 anni per i maschi e 15,4 per le femmine. Il 2% dei maschi e 1% delle femmine ha consumato eroina; il 3% dei maschi e il 2% delle femmine ha consumato stimolanti; il 4% e il 2%, rispettivamente, ha consumato allucinogeni. I luoghi dove i giovani ritengono di poter reperire facilmente le sostanze in genere sono la discoteca, i rave, i concerti e le fiere. In particolare la cannabis è facilmente reperibile in strada, scuola e a casa di amici (Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte, Bollettino 2011. Osservatorio Epidemiologico sulle Dipendenze (OED).

Nel 2010 sono stati trattati per problemi d'alcol dai Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL piemontesi 369 soggetti di età inferiore ai 30 anni, di cui 20 di età inferiore ai 20 anni. Nel 2010 sono stati trattati dai dipartimenti delle dipendenze 1.482 utenti di età compresa 15 ai 24 anni (1.186 maschi e 296 femmine) per problemi legati all'uso problematico di sostanze psicoattive escluso l'alcol.

Nel 2010 si osserva un incremento del 14% dei nuovi utenti con uso problematico di sostanze psicoattive escluso l'alcol di età inferiore ai 19 anni: da 202 utenti dell'anno precedente si passa a 231 (scendono invece del 16% gli utenti di età compresa tra i 20 e i 24 anni, passando da 454 a 380 unità (Osservatorio Epidemiologico sulle Dipendenze (OED). Fatti e cifre sull'alcol in Piemonte, Bollettino 2011).

Uno studio sui minori in ingresso al centro di prima accoglienza del Centro di Giustizia Minorile di Torino, condotto dal Ser.T. dell'ASL To1 e dalla Direzione del Istituto Penale Minorile di Torino nel periodo 2001-2009 su 1.644 soggetti di cui 1.433 (87%) maschi e 211 (13%) femmine rileva risultati positivi per le sostanze ricercate (metadone, oppiacei, cocaina, benzodiazepine, cannabinoidi, anfetamine) nel 41% dei casi. Considerando l'origine, la percentuale più elevata di positività (63%) si ha tra i soggetti nati in Italia da famiglia italiana. Se si confronta la frequenza di positività per reato, emerge una positività più elevata per chi è stato arrestato con l'accusa di produzione e traffico di sostanze stupefacenti (40%). Circa il 31% dei soggetti dichiara un'età inferiore o uguale a 16 anni, tra le femmine questo valore sale al 44%. Dei 1.644 soggetti, 1.125 (68,4%) sono stranieri nati all'estero, 382 (23%) italiani e 137 (8%) nati in Italia da famiglia straniera. L'area geografica di nascita più rappresentata risulta l'Africa del nord (49%), in particolare il Marocco è il paese di origine più rappresentato. I nomadi rappresentano il 21% del campione totale e più della metà (58%) dei soggetti è nato in Italia da famiglia immigrata. Dei 1.125 soggetti nati all'estero 63% non condivide l'abitazione con famigliari adulti, la percentuale si riduce al 1% per i soggetti nati in Italia da famiglia italiana. Il 13% del campione è analfabeta. Il reato più frequente è risultato quello contro il patrimonio (66%), in particolare la rapina (circa il 36%); a seguire il reato legato alla produzione di sostanze stupefacenti (30%); questo reato, tra i soggetti nati all'estero, è circa 3 volte più frequente rispetto ai soggetti nati in Italia.

2.4.3. Incidenti stradali

La prevalenza degli incidenti stradali riguarda nell'anno 2010 nella regione Piemonte 3.397 conducenti di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Si tratta dell' 8,5% del totale degli incidenti stradali

La causa più frequente degli incidenti stradali è l'uso eccessivo di sostanze alcoliche, tuttavia questa abitudine non riguarda solamente la fascia d'età dei più giovani, nonostante essa sia una delle più colpite.

In Piemonte dal punto di vista dell'entità del fenomeno le province più colpite dall'incidentalità sono anche quelle più popolose, di Torino e di Cuneo; tuttavia è da segnalare che Torino ha indici di gravità e mortalità inferiori alla media regionale.

Nel 2009 la categoria di persone più soggetta al fenomeno è quella dei conducenti, specialmente maschi, i quali hanno un tasso di mortalità in seguito a incidenti stradali pari all'88%. Per quanto riguarda le classi di età, i maschi della fascia 18-49 anni sono la seconda fascia più colpita dopo i soggetti di età maggiore/uguale ai 70 anni, mentre le conducenti femmine del range di età qui considerato (14-24 anni) rientrano nel picco di mortalità registrato tra i 18 e i 29 anni (Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte, 2011).

2.4.4. Comportamenti aggressivi e bullismo

In Italia si riscontrano difficoltà nel reperimento di dati che descrivano la diffusione della violenza e del bullismo nelle scuole: non esiste infatti una normativa che legiferi l'osservazione, il monitoraggio e l'intervento sul fenomeno. I dati vengono raccolti in modo episodico attraverso ricerche specifiche a carattere locale: ne emerge un quadro alquanto eterogeneo, che, in ogni modo, disegna il fenomeno come diffuso e preoccupante (Buccoliero, Maggi 2005). Alcune indicazioni si possono ricavare dallo studio HBSH report 2001-02 riportate anche nel documento OMS "Consensus Paper, Mental Health in Youth and Education" del 2008: la prevalenza del fenomeno del bullismo nelle scuole in Europa si differenzia per classe di età e per paese di riferimento e varia dal 30% (15enni in Lituania) al 2% (15enni in Ungheria). Le rilevazioni italiane del fenomeno sui 15enni si attestano attorno al 5%. In particolare, rispetto al Piemonte è stato curato uno studio "Bullismo e... oltre" dall'Ufficio scolastico, dall'Osservatorio regionale sul bullismo e dal Dipartimento di Scienze dell'Educazione e della Formazione dell'Università degli Studi di Torino. La ricerca, condotta su 527 scuole piemontesi di ogni ordine e grado e riferita all'a.s. 2007-08 conferma la prevalenza indicata dallo studio precedente e rileva che il 51% delle manifestazioni di bullismo si manifestano nella scuola primaria di secondo grado e il 21% in quella secondaria di secondo grado. In un più recente monitoraggio del 2009 si rileva, invece, che il valore medio della prevalenza degli eventi di bullismo è del 36%.

2.4.5. Interruzione volontaria di gravidanza

Dalle SDO relative all'anno 2010 si rileva che si sono sottoposte a interruzioni di gravidanza 2.850 adolescenti di età compresa tra i 12 e i 24 anni. Le interruzioni volontarie di gravidanza possono essere il risultato di comportamenti a rischio quali rapporti sessuali non protetti, ma anche di rapporti precoci, infatti, al di sotto dei 14 anni l'ISTAT rileva che sono state effettuate 18 IVG nel 2010 (tabella 27).

In Italia le interruzioni volontarie di gravidanza sono regolate dalla legge n.194 del 1978, la quale stabilisce che "entro i primi 90 giorni la donna può richiedere di interrompere volontariamente la gravidanza nel caso in cui accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito" (art. 4). "L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi 90 giorni, può essere praticata: a) quando la

gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro..." (art. 9). Attualmente l'uso di contraccettivi efficaci come la pillola ha molto ridotto il ricorso all'aborto, che però rimane elevato tra le donne straniere che vivono in Italia. In generale, il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3,3% di tutte le IVG. nel 2010) con un tasso inferiore a 5 per 1.000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (8,5 per 1.000). Inoltre si conferma l'andamento di minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto agli altri Paesi dell'Europa Occidentale. Il Piemonte si distingue però per la più alta percentuale di ripetizione delle IVG (Relazione 2012, Attuazione legge 194).

La tabella 27 mostra la frequenza in numeri assoluti all'anno 2008 delle IVG nelle adolescenti della fascia d'età 14-24 anni che vivono in Piemonte (dati ISTAT, anno 2008).

| CLASSI DI ETA' | Piemonte |
|---------------------------|-----------------|
| Fino a 14 anni | 18 |
| 15 | 57 |
| 16 | 69 |
| 17 | 133 |
| 18 | 225 |
| 19 | 308 |
| 20 | 339 |
| 21 | 329 |
| 22 | 329 |
| 23 | 360 |
| 24 | 372 |
| Totale | 2.539 |

Tabella 27. Interruzioni volontarie della gravidanza per regione di residenza ed età della donna - Anno 2008. Fonte: ISTAT.

2.5 Stime economiche

Con le cautele dovute al quadro piuttosto frammentato e parziale testè presentato, è stato possibile stimare alcuni costi indicativi relativi a alcune prestazioni erogate per disturbi psicopatologici (nello specifico costi per le prime tre diagnosi al pronto soccorso e ricoveri nell'anno 2010 e per prescrizioni di antidepressivi relativi all'anno 2007). I costi sono stati ricavati dal tariffario nazionale e dall'archivio farmaceutico regionale (tabella 28).

| | Costo totale annuo | N pazienti | Costo singolo paziente a prestazione/giornata |
|---|------------------------|------------|---|
| 2010, Piemonte Pronto Soccorso, Stima al ribasso costi per diagnosi disturbi d'ansia, alcol, somatoformi (fonte: Regione Piemonte, data base PS e nomenclatore e tariffario regionale, cui DGR 73-13-176 del 26/07/2004 e s.m.i.) | € 150.205,11 | 4.850 | € 31,00 |
| 2007, Spesa media per farmaci antidepressivi (N06A) (fonte: Servizio di Epidemiologia sovrazonale regionale e archivio farmaceutico regionale) | € 4.357.921,32 | 332.412 | € 13,00 |
| 2010, Ricoveri per Problemi per malattie e disturbi mentali (Istat 2010 e tariffario nazionale D.L. 179, 18/10/12) | € 6.060.000,00 | 1.000 | € 202,00 |
| Totale | € 10.568.126,43 | | |

Tabella 28: Stima dei costi sostenuti in Regione Piemonte nel 2010 e nel 2007 relativamente a prestazioni rivolte a adolescenti in Pronto Soccorso per le prime tre diagnosi psicopatologiche, per ricoveri e per prescrizione di antidepressivi.

2.6 In sintesi

Come più volte evidenziato, la fascia adolescenziale contiene in sé dei fattori di vulnerabilità che per motivi biologici, relazionali e contestuali possono favorire la manifestazione di condizioni di salute psico-fisica molto differenti. Certamente, dalla lettura dei dati epidemiologici emerge con maggior rilevanza come sul nostro territorio regionale siano fortemente presenti alcuni fattori di rischio dei disturbi psicopatologici dell'adolescente. La questione attuale è quanto e come i nostri servizi li utilizzino nella programmazione dei propri interventi. E' però altresì importante sottolineare che il quadro ricostruito è frammentato e parziale, non essendo presente a livello regionale un sistema informativo capace di documentare diffusamente gli interventi di prevenzione e di intervento clinico offerto, documentandone l'appropriatezza. Facendo una lettura sintetica dei dati più rilevanti precedentemente presentati, osserviamo:

Dati demografici, socio-economici, scolastici:

- metà della popolazione adolescenziale in Piemonte risiede in Torino e provincia. E' un dato di cui si tiene conto nella distribuzione delle risorse?
- Le famiglie piemontesi registrano, al pari dell'andamento nazionale, un aumento delle difficoltà economiche. In particolare sono più esposte alla crisi economica le famiglie in cui il principale percettore di reddito rientra nella fascia 35-44 anni (presumibilmente dunque, per età anagrafica, genitori di figli adolescenti) e possiede una scolarità elementare o media.
- Il calo delle separazioni e dei divorzi degli ultimi cinque anni è da altresì leggersi in relazione al peggioramento delle condizioni economiche generali. Pochi dati sono stati riscontrati su come questo influisce sull'educazione dei figli e sul loro percorso di crescita.
- In Piemonte, come nel resto dell'Italia, le donne sono maggiormente secolarizzate ma non sono mediamente le principali percettrici di reddito in famiglia.
- Il fenomeno dell'abbandono scolastico (il Piemonte attorno al 20% rispetto a una media europea del 14%) si registra con evidenza a partire dai 14 anni.
- Solo il 46,4% dei ragazzi che abbandonano il percorso scolastico ha un lavoro.

-
- Fra l'universo degli allievi stranieri del Nord Italia il 20% sono piemontesi. Di questi il 43,8% non termina il percorso di studi (ESL) contro il 16,4% degli studenti ESL italiani (per ESL si intendono ragazzi con senza terza media o con terza media ma senza qualifica professionale di due anni, né iscritto a corsi).
 - In aumento anche i NEET in Italia e in Piemonte. L'Italia ha il numero più alto di NEET in Europa (21,2% contro 12,2% in Europa).

Dati ci permettono di riflettere sull'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi:

- Nel 2011, tra l'1,7 e il 2,8% degli adolescenti piemontesi accedono ai servizi territoriali (Psicologia, NPI, DSM...).
- Nel 2011 l'1,5% ha utilizzato il Pronto Soccorso per problema di natura psicopatologico. L'88% delle dimissioni dal Pronto Soccorso del Piemonte sono codici bianchi o verdi (essenzialmente disturbi d'ansia, disturbi da alcol correlati, disturbi somatoformi).
- Ad indicare la presenza dei disturbi psicopatologici in adolescenza e la coerenza con i dati raccolti dai Pronto Soccorso piemontesi, le prime tre diagnosi dei Centri di psicoterapia dell'adolescente della nostra regione sono le sindrome nevrotiche legate a stress e somatoformi (59%), disturbi di personalità (20%), sindromi e disturbi comportamentali (7%). I tre centri si collocano in Torino e provincia di Torino.
- Il più alto numero di ricoveri per la fascia di età 14-24 è per i disturbi di personalità, seguiti da disturbi d'ansia, disocciativi e somatoformi e ritardo mentale.
- Oltre alla metà della popolazione adolescenziale risulta destinatario di una prescrizione (ricetta rossa) di antidepressivo.

Dati relativi a possibili esiti dei disturbi psicopatologici.

- Le donne (14-24 anno) sono 10 volte più esposte al rischio suicidario.
- Il suicidio è la quarta causa di morte per la popolazione adolescenziale dopo incidenti stradali, tumori e cause accidentali.
- La popolazione piemontese (15%) è quasi il doppio di quella nazionale (8%) nell'utilizzo di cannabis.
- Gli adolescenti con uso problematico di sostanze psicoattive escluso l'alcol di età inferiore ai 19 anni aumentano del 19% nel 2011 rispetto all'anno precedente.
- L'8,5% degli incidenti stradali ha come conducente un adolescente 18-24 anni, il più sotto effetto d'alcol.
- La ripetizione delle IVG delle minorenni in Piemonte è la più alta d'Italia.

3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il benessere psicologico in infanzia e in adolescenza è il presupposto essenziale per lo sviluppo di un armonico percorso di crescita. Permette di consolidare i presupposti per la successiva età adulta e garantisce la formazione di competenze quali l'apprendimento efficace, la cura di sé, la partecipazione alla vita sociale e economica della comunità. A tali principi si ispira, all'interno della strategia Europa 2020, il programma "Gioventù in azione" in cui la "crescita intelligente, sostenibile e innovativa" è declinata e finalizzata a "porre i giovani al centro (...) e a promuovere l'adattabilità e la creatività (...) per una partecipazione attiva alla società" (Com 2010, 447, p.20).

Crescono le evidenze sul valore e sulle ricadute a lungo termine della promozione del benessere psicologico in infanzia e in adolescenza, ad esempio attraverso l'implementazione e il rinforzo dei fattori di resilienza personali e relazionali. Sebbene molti bambini riferiscano un alto livello di benessere mentale, attualmente in Europa si registra una prevalenza di problemi psicopatologici nei giovani che varia dal 10% al 20% (Consensus paper: Mental health in youth and education, 2008).

Dal Programma Salute Pubblica 2008-2013 della Comunità Europea, che a sua volta fa riferimento al Libro Bianco per la salute, si evince un forte indirizzo verso gli interventi di valenza preventiva attraverso la protezione e la promozione della salute umana e della sicurezza. Le fasce critiche per età della popolazione, fra cui l'adolescenza, sono dunque un target di intervento di elezione. "Si stima che circa il 50% dei disturbi mentali abbia origine nell'adolescenza, ragion per cui le organizzazioni che si occupano dei giovani devono essere attrezzate per riconoscere i sintomi e reagire tempestivamente" (Patto Europeo per la salute mentale e il benessere, OMS, 2008, p. 4).

L'attuale Piano Sanitario Nazionale ribadisce: "La promozione della salute nelle varie fasi della vita ed in particolare nell'infanzia ed adolescenza rappresenta il principale investimento per migliorare lo stato di salute del Paese e per garantire la sostenibilità del sistema socio assistenziale" (PSN 2011-2013, p. 16). Nel Piano Nazionale della Prevenzione l'adolescenza viene descritta come una fascia critica del ciclo di vita, in cui la prevenzione/l'intervento tempestivo su "disturbi psichici gravi all'esordio assumono una valenza prioritaria nel quadro degli interventi del SSN" (PNP 2012-2013, p. 106). Ancora nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, ripreso in più aspetti dall'attuale Piano Sanitario Regionale, si dà rilievo al "potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovraregionali" (PSN p. 8) come "scelta strategia della politica sanitaria del prossimo triennio" (p. 8), anche nell'ottica della definizione di costi standard per parità di outcome, ovvero outcome stimati come omogenei

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel primo decennio degli anni 2000 in Italia, l'8-10% degli adolescenti di età 14-24 anni presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio. I disturbi psicologici e le manifestazioni psicopatologiche dello sviluppo (disturbi d'ansia, disturbi episodici dell'umore, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze, deficit di attenzione, reazione acuta da stress¹...) raramente presentano una remissione spontanea e possono causare difficoltà di adattamento o disturbi mentali in età adulta, qualora non siano precocemente diagnosticati e trattati.

Il Trattato di Lisbona del 2007, ripreso dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, indica chiaramente la priorità assunta dall'"invito alla cooperazione tra gli stati membri dell'UE, nell'ambito della salute e dei servizi sanitari" (p. 3). Nello specifico viene sottolineata la rilevanza emergente del tema "dell'accountability (rendere conto) sull'accessibilità, equità e performance globale, a livello di sistema, di organizzazione fino al singolo operatore. Accountability verso il cittadino e tutti gli altri portatori di interesse" (PSN p.5). "Universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni"

¹ Si veda nel capitolo successivo la descrizione della prevalenza del fenomeno in Regione Piemonte.

(PSR p.5). E ancora, a livello comunitario, rispetto all'organizzazione dei servizi, viene sottolineata la rilevanza "di una pianificazione del sistema sanitario che soddisfi la necessità di servizi di salute mentale specialistici per bambini e adolescenti, tenendo conto del passaggio dall'assistenza di lungo termine in istituti, al sostegno alla "vita in comunità" e si sottolinea "la necessità di diagnosticare e trattare precocemente i problemi di salute nei gruppi vulnerabili, con particolare riferimento ai minori (Salute mentale. Risoluzione del Parlamento europeo del 19 febbraio 2009).

A livello regionale, individuiamo in tre principali testi normativi i riferimenti per pianificare la riorganizzazione dell'assistenza psicologica: la DGR 101 del 29/03/2010 che definisce i LEA per la psicologia nel SSR piemontese e le aree prioritarie di assistenza, identificando gli ambiti di intervento psicologico nelle aziende sanitarie; la D.G.R. n. 52-29953 del 13/04/00 "Funzioni, ambiti di intervento ed attività dei servizi di psicologia"; il Piano Sanitario Regionale 2011-2015 che indica nell'adolescenza un "ambito prioritario di assistenza psicologica" (4.1.2 p 121) (D.G.R. 1-2791, 25/10/11) e che riconosce nel funzionamento organizzativo a rete, il modello innovativo dei servizi sanitari, capace di contemperare gli aspetti tecnico scientifici settoriali e professionali con le esigenze organizzative e economiche "di sistema". La Regione Piemonte si è mostrata sensibile e attenta nei confronti della fascia di età adolescenziale: nel 2001 produce la DGR N 30-3451, Allegato D Progetto Adolescenti, in cui tra l'altro si propone l'istituzione dei gruppi multidisciplinari aziendali per l'adolescenza e l'apertura degli "Spazi Adolescenti" e in cui si dà rilevanza non solo ai bisogni di salute fisica, alle necessità di crescita e di maturazione dell'individuo, ma anche ai bisogni e alle necessità di evoluzione del suo contesto di riferimento in cui l'adolescenza viene descritta come un target privilegiato di assistenza psicologica, nonché di presa in carico multidisciplinare in una "ottica bio-psico-sociale (...) (famiglia, scuola, contesto sociale)" (pp. 314-315). Dal 2007 il Piemonte è Regione capofila del progetto ministeriale "Guadagnare Salute in Adolescenza. Rendere facili le scelte salutari", progetto approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome. Dal 2004 (D.D. 478 del 29.11.2004) e in seguito nel 2009 (D.D. 826 nel 30 novembre 2009) promuove e supporta la Rete Regionale di Psicologia dell'Adolescenza, con il mandato di perseguire l'equità della salute psicologica in adolescenza, ovvero di garantire omogenei interventi ai bisogni di salute psicologica espressi dalla popolazione di 12-24 anni sull'intero territorio regionale. La Rete Regionale di Psicologia dell'Adolescenza ha lavorato in questi anni condividendo processi di lavoro orientati a razionalizzare i processi di riconoscimento precoce della domanda e modalità di attuazione dell'intervento stesso su quattro aree prioritarie: la promozione della salute, la consultazione psicologica, la psico-diagnosi e la psicoterapia e il lavoro di rete e organizzazione. Nel 2012 pubblica il Manuale di Accreditamento tra pari di Psicologia dell'Adolescenza. La condivisione dei processi di lavoro della rete degli operatori è un presupposto indispensabile ma non sufficiente, poiché non entra nel merito degli assetti organizzativi e gestionali delle singole realtà aziendali.

4. LO SCENARIO PIEMONTESE

Lo stato dell'arte più recente sulla Psicologia dell'Adolescenza nei servizi delle ASL della Regione Piemonte si basa sui dati del Report del 2007, e del suo aggiornamento 2010, relativo alla mappatura degli interventi, a cura della Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza, in cui vengono descritti sia la tipologia degli interventi che i volumi di attività. Alla prima rilevazione hanno partecipato 19 ASL (su 23 ASL) e 1 ASO. La metodologia proposta ha previsto la condivisione e la validazione, nei tavoli di lavoro di macro area costituiti dai referenti aziendali della Rete, dei risultati raccolti, ovvero la tipologia di intervento, luogo di erogazione e volumi di attività, in riferimento alle quattro aree di intervento della Psicologia dell'Adolescenza:

1. promozione della salute,
2. consultazione psicologica,
3. diagnosi e psicoterapia
4. lavoro di rete e organizzazione

Non si è trattato di una ricostruzione top down, bensì di un lavoro altamente partecipato, realizzato attraverso più di un anno di impegno. La ricognizione ha il pregio di presentare una visione di sintesi in cui si evidenzia “un sommerso” di attività psicologiche che usualmente, attraverso le banche dati non compare: i dati relativi ai volumi di attività provengono infatti da più fonti di rilevazione quali NPInet, relazioni annuali, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, ma anche da agende di servizio e cartelle.

Pur mancando i volumi di attività è interessante osservare la trasformazione e lo sviluppo, a distanza di tre anni, di alcuni interventi, in particolare nell'ambito della promozione della salute e degli interventi organizzativi e di rete.

4.1. INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Gli interventi di promozione della salute si rivolgono all'intera popolazione adolescenziale e sono finalizzati a sviluppare e a rafforzare conoscenze e competenze per il mantenimento e la difesa della propria salute. Generalmente sono interventi di equipe multidisciplinari realizzati nelle scuole superiori in accordo alle programmazioni dei piani locali territoriali. I destinatari diretti sono adolescenti nella fascia di età 14-21 e i destinatari indiretti sono gli adulti di riferimento: genitori, insegnanti, collaboratori scolastici e personale ATA, operatori dei servizi. In entrambe le rilevazioni si riscontra che tutte le ASL piemontesi erogano interventi di promozione della salute.

Nel Report 2007 vengono registrati 90 progetti differenti (ogni progetto implementato in più scuole) riferiti all'anno 2006. Sui temi della promozione della salute, i progetti possono prevedere o l'intervento di operatori del servizi nelle classi a diretto contatto con gli allievi, o la formazione di gruppi di peer education nelle scuole da parte del personale ASL, o la formazione degli insegnanti che successivamente intervengono nelle classi. I destinatari diretti (adolescenti) degli interventi di promozione della salute, ovvero i ragazzi coinvolti direttamente nelle diverse fasi di intervento dei progetti, sono 20.203; i principali focus di attenzione sono le dipendenze (39% dei progetti) e i comportamenti sessuali e malattie trasmissibili sessualmente (23%). Il 32% degli interventi prevedono il coinvolgimento dei destinatari indiretti.

Nel Report 2010, in riferimento all'anno 2009, vengono registrati 52 progetti: il 37% rivolto alla prevenzione delle dipendenze, il 34% alla prevenzione dei comportamenti sessuali e della malattie trasmissibili sessualmente. Rispetto al 2007, in cui non comparivano, il 16% degli interventi sono rivolti alla prevenzione dei comportamenti aggressivi e della violenza. Il 60% dei progetti utilizza la metodologia della peer education. Solo il 27% degli interventi è distribuito in modo omogeneo e capillare sull'intero territorio aziendale.

Ulteriori e più aggiornati riferimenti sono disponibili sulla Banca Dati Prosa in cui sono descritti progetti e dati relativi agli interventi di promozione della salute a partire dal 2004.

4.2. INTERVENTI DI CONSULTAZIONE PSICOLOGICA

Gli interventi di consultazione psicologica si rivolgono a ragazzi di 14-24 anni che presentano crisi di disagio adolescenziale con manifestazioni su un piano somatico, affettivo comportamentale o relazionale e ai loro genitori. Attraverso massimo 6 colloqui, previo consenso di entrambi i genitori, si lavora sullo sviluppo delle risorse personali (autonomia, auto-efficacia, empatia, giudizio morale, capacità di adattamento...) e relazionali (interne alla famiglia, con adulti esterni alla famiglia, con pari...).

Nel Report 2007, in riferimento all'anno 2006, vengono registrati i luoghi dell'erogazione di questo intervento ovvero gli Spazi Giovani (in 17 ASL, con 37 sedi), gli Ambulatori (in 22 ASL, presso UOC Psicologia e Ser.T), i Consultori (in 10 ASL, con 26 sedi), i CIC, gestiti da personale ASL (in 5 ASL, con 37 scuole aderenti). I volumi di attività registrati nel 2007 si riferiscono al 2004 e sono 2.849 casi negli Spazi Giovani, 1.476 casi registrati nei Consultori, 624 casi registrati dai CIC.

Nel Report 2010 l'85% delle ASL dichiara di erogare interventi di consultazione psicologica: il 53% presso gli sportelli di ascolto (CIC), il 41% presso gli Spazi Giovani, il 6% on line. Solo il 34% degli interventi è distribuito in modo omogeneo e capillare sul territorio dell'intera ASL.

4.3. INTERVENTI DI PSICO-DIAGNOSI E PSICOTERAPIA

Gli interventi di psico-diagnosi e di psicoterapia vengono erogati negli ambulatori dei servizi di Psicologia, NPI, Ser.T e DSM con finalità rispettivamente diagnostiche e di cura, in cui sono documentati l'impegnativa medica, la liberatoria dei genitori, l'esplicitazione della durata dell'intervento, il consenso informato sul trattamento, la valutazione e restituzione dei risultati raggiunti. I destinatari sono adolescenti dai 12 ai 24 anni, con un forte e auspicato coinvolgimento dei genitori (concordato con il/la ragazzo/a), anche per i maggiorenni, che può prendere forme diverse in funzione del tipo di intervento proposto.

Nel Report 2007, in riferimento all'anno 2006, i luoghi in cui vengono realizzati gli interventi di psico-diagnosi e psicoterapia sono gli ambulatori delle 19 ASL coinvolte dalla rilevazione nei seguenti servizi: 11 SOS/SOC Psicologia, 15 NPI, 1 Spazio Adolescenti. In riferimento all'anno 2006 sono stati registrati 7.392 casi (fonti: NPnet, relazioni di servizio annuali).

I dati raccolti per il report 2010 si riferiscono a 11 ASL su 13 e si registrano 37 ambulatori in cui vengono erogati (servizi di Psicologia, NPI, DSM). Vengono inoltre mappati 3 centri di secondo livello di psicoterapia dell'adolescente. Le metodologie di intervento proposte sono: modelli di psicoterapia breve (26%), terapia sistemico familiare (16%), psicodramma di gruppo (21%), terapia cognitivo comportamentale (16%), psicoterapia a lungo termine (11%), EMDR (5%), psicoterapia espressiva (5%).

4.4. INTERVENTI DI TIPO ORGANIZZATIVO

Per interventi organizzativi e di rete si intendono le azioni mirate all'implementazione e al supporto degli interventi di Psicologia dell'Adolescenza, quali progettazione degli interventi a partire dall'analisi della domanda di salute locale, accessibilità dei luoghi, omogeneità degli interventi sull'intero territorio, continuità degli interventi clinico-assistenziali, adeguatezza degli spazi e delle dotazioni, tempestività dell'intervento, cura della comunicazione interna e esterna ai servizi, osservazione e monitoraggio dei risultati raggiunti, aggiornamento e formazione degli operatori... I destinatari diretti di tali azioni sono dunque sia gli adolescenti e i loro genitori, sia gli operatori dei servizi

I dati raccolti nel Report 2007 rivelano la presenza di 9 gruppi multidisciplinari sull'adolescenza (ASL 2, ASL 3, ASL 5, ASL 8, ASL 10, ASL 12, ASL 17). Gli interventi promossi dai gruppi

multidisciplinari sono: attività formative rivolte a operatori dei servizi per adolescenti, attività tese alla costruzione di modalità integrate d'intervento fra servizi, costruzione protocolli operativi (ad es: gestione del passaggio dei pazienti dalla NPI al CSM), attività su portali per la diffusione della comunicazione aziendale esterna su iniziative rivolte a adolescenti. Sono inoltre rilevati 2 portali internet su adolescenza, 6 attività formative rivolta a operatori dei servizi nell'anno 2006.

Nel secondo Report in riferimento all'anno 2009 si registrano 41 interventi di tipo organizzativo in 11 ASL. Si tratta prevalentemente di interventi formativi rivolti agli operatori dei servizi e delle scuole.

5. INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI

5.1. Lo stato dell'arte

Come precedentemente citato riprendendo la documentazione internazionale e nazionale, l'adolescenza rappresenta una fase di vita vulnerabile rispetto all'esordio di disturbi e psicopatologie, ma anche una condizione in cui si presenta una disponibilità di risorse e potenzialità, che permettono di osservare veloci cambiamenti e risposte positive ad interventi tempestivi e appropriati. "Le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate" (DL 229/99 e il DPCM del 2001 sui LEA). In tal senso, la norma definisce come appropriatezza "la capacità di erogare al momento giusto, per la giusta durata, dal professionista giusto nel setting assistenziale giusto", e indica come modalità di misurazione il grado di aderenza a processi assistenziali attesi, definiti da evidenze scientifiche o aspetti normativi

L'accessibilità ai servizi, la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento sono le principali leve cliniche e organizzative alla base delle buone pratiche messe in evidenza dalla Rete Regionale di Psicologia dell'Adolescenza nel Manuale di Accreditamento tra Pari (2012) nei quattro ambiti della Psicologia dell'Adolescenza (come già visto in precedenza, la promozione della salute, la consultazione psicologica, la psico-diagnosi e la psicoterapia, il lavoro di rete e di organizzazione).

Dai dati fin qui descritti si rileva un quadro dei servizi rivolti all'adolescenza da cui si possono evidenziare i seguenti aspetti clinico-organizzativi:

1. Sulla popolazione regionale di 422.012 adolescenti della fascia 14-24 anni, nel 2011 7.335 soggetti, corrispondenti all'1,74% della popolazione totale, sono stati presi in carico da psicologi (fonte: file C codice disciplina 91 relativo alle prestazioni psicologiche anno 2011). Si noti però che a causa dell'inadeguata diffusione dei sistemi di rilevazione le prestazioni erogate presso Ser.T. e DSM sono largamente sottostimate. Il 2,8% di adolescenti tra i 14 e i 18 anni (e oltre) hanno avuto accesso ai servizi di NPI e Psicologia (La Rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza, anni 2010-2011).
2. Il volume delle prestazioni rivolte agli adolescenti è pari al 17,9%. Nel 2011, infatti, su 266.494 prestazioni di psicologia ambulatoriali 47.751 sono rivolte alla fascia 14-24 anni (fonte: file C codice disciplina 91 anno 2011).
3. L'87,7% dei casi dimessi di adolescenti di 14-24 anni afferiti al Pronto Soccorso degli ospedali di Torino per disturbi emozionali o comportamentali sono codici bianchi o verdi. Di questi il 65,2% è diagnosticato come disturbo d'ansia, disturbo da alcol e disturbi somatoformi. Entrambi i dati sembrano segnalare un uso improprio del Pronto Soccorso, il cui costo stimato per difetto per le principali prestazioni erogate nel 2010 è di 150.000 euro.
4. Si segnala un incremento delle prescrizioni di antidepressivi per la fascia di età 14-24 anni che interessano oltre la metà della popolazione regionale di questa fascia di età (fonte: Servizio Sovra zonale di epidemiologia). Il costo di tali farmaci, qualora fosse confermato il dato, secondo l'archivio farmacologico regionale nel 2007 sarebbe di

4.358.000 euro.

5. Dall'analisi dei dati epidemiologici emerge che gli adolescenti appartenenti alla fascia socio-economica più svantaggiata, sono esposti a maggior rischio rispetto al benessere psico-fisico.
6. La consultazione psicologica è effettuata dall'85% delle AASSLL con "Spazi Giovani", Centri Adolescenti, Consultori e CIC presso le scuole (*report Rete Psicologia dell'Adolescenza, 2007*). Non si hanno dati più recenti ma è nota la diminuzione del personale dedicato negli ultimi anni.
7. I Centri/Unità di Psicoterapia dedicati all'adolescente sono presenti solo in 3 ASL su 13 all'interno della nostra Regione e si differenziano per appartenenza dipartimentale e dunque per tipologia di casistica e di intervento (Fonte: Report Rete Regionale Psicologia Adolescenza, aggiornamento 2010).
8. La psicoterapia a breve e medio termine (breve psicodinamica, cognitivo-comportamentale, sistemica, EMDR, terapie espressive) viene rilevata nel 70% dei trattamenti effettuati nei servizi tradizionali (servizi di Psicologia, NPI, Ser.T e DSM) (Fonte: Report Rete Regionale Psicologia Adolescenza, aggiornamento 2010).
9. In tutta la Regione sono stati rilevati nel 2010 solo 8 gruppi di lavoro multidisciplinare la cui funzione principale è sostanzialmente diffondere buone pratiche (Fonte: Report Rete Regionale Psicologia Adolescenza, aggiornamento 2010).

5.2. Raccomandazioni clinico-organizzative

Ai fini di garantire maggiore omogeneità ed efficacia degli interventi di tutela e assistenza psicologica agli adolescenti piemontesi, e al fine di migliorarne l'accessibilità, tempestività ed appropriatezza si raccomanda che:

1. si mantengano e sviluppino gli interventi di promozione della salute, rivolti alla popolazione universale, rispetto ai principali rischi per il benessere psico-fisico dell'adolescente evidenziati in letteratura, con particolare attenzione alle fasce socio-economiche più svantaggiate.
2. gli interventi di bassa intensità assistenziale (di primo livello) ovvero di consultazione psicologica in ambiti organizzativi trasversali si possano collocare nell'ambito delle Cure Primarie.
3. gli interventi a media intensità assistenziale (secondo livello) ovvero psicoterapie a breve e medio termine rivolti a disturbi psicologici da life event, traumi, patologie organiche a alta valenza emotiva, difficoltà relazionali, disturbi d'ansia, somatoformi etc, siano orientati ad una diagnosi precoce attraverso una stretta integrazione con i servizi di primo accesso (pronto soccorso, spazi giovani, ambulatori servizi di Psicologia, NPI, DSM, Ser.T, Consultori, reparti ospedalieri...) ed erogati presso gli ambulatori e i Centri di Psicoterapia dedicati all'adolescente e al giovane adulto.
4. Gli interventi ad alta complessità (di terzo livello) ovvero riferibili a quadri psicopatologici più complessi (con significative implicazioni psicosociali, con forte integrazione multidisciplinare per intervento ambulatoriale, con ricoveri residenziali per acuzie o in comunità terapeutiche educative), debbano essere attentamente monitorati e riportati appena possibile nell'ambito della rete assistenziale territoriale.

Al fine di garantire la piena realizzazione degli interventi descritti e delle azioni ad essi riferiti, si raccomanda che, nel contesto della rete regionale per l'assistenza psicologica prevista nel Piano Sanitario Regionale 2012-2015 (D.G.R. 1-2791, 25/10/11) punto 4.1.2, ogni Azienda Sanitaria preveda la costituzione di un'organizzazione di tipo strutturale con personale e risorse dedicate per l'adolescenza o, in via subordinata, un'analoga organizzazione di tipo funzionale con risorse dedicate.

Nello specifico, si raccomanda vengano:

1. organizzati Centri Adolescenti:

- I Centri Adolescenti/Punti Giovani sono il luogo elettivo per il primo accesso per interventi di bassa intensità; si raccomanda che vengano collocati nell'ambito delle cure primarie.
- I Centri di psicoterapia dedicati all'adolescente e giovane adulto erogano interventi a media intensità di assistenza psicologica con integrazione e supporto di interventi multiprofessionali comprendenti tutti i gradi dall'accoglienza/orientamento alla consultazione, alle psicoterapie brevi e della famiglia. Si raccomanda inoltre che gli interventi psicoterapeutici siano elettivamente caratterizzati da terapie a breve o medio termine.

2. predisposti criteri di triage:

- ovvero di accesso a tutti i servizi che lavorano con gli adolescenti, (ospedali, Servizi di Psicologia, DSM, NPI, Servizi educativi,...). Nel DPCM 16 aprile 2002 (Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa) si sottolinea che "l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei LEA". La metodica del triage, di facile comprensione e adeguata alle capacità di chi lo pratica, permette di selezionare e classificare la casistica, evidenziandone il problema principale e predisponendo nel modo più veloce possibile il percorso di intervento appropriato.

3. Attivato un Gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale

- e là dove sia già costituito (poiché previsto dalla DGR 30-3451, 2001), è necessario ricondurlo alla struttura organizzativa dell'assistenza psicologica prevista dal Piano e aggiornarne le funzioni prevedendo il monitoraggio della continuità assistenziale e il passaggio dall'alta alla bassa intensità assistenziale.

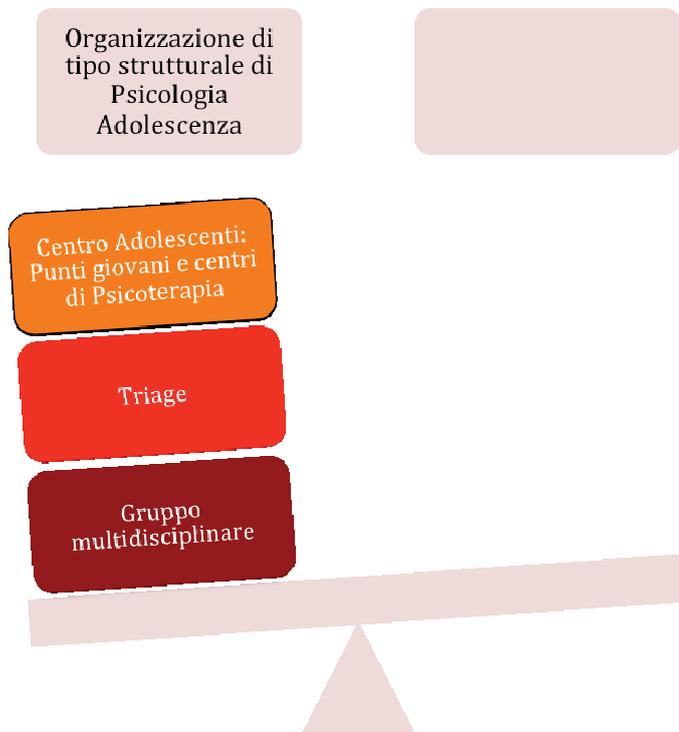


Figura 2. L'organizzazione di tipo strutturale con personale e risorse dedicate per l'adolescenza o, in via subordinata, un'analoga organizzazione di tipo funzionale con risorse dedicate.

5.3. Piano di azioni

Nello specifico si definiscono i seguenti obiettivi clinico-organizzativi (si veda tabella 29), capaci di orientare i processi di analisi della domanda, presa in carico e intervento dell'adolescente nella fascia di età 14-24 anni:

- L'appropriatezza dell'intervento, ovvero:
 - il monitoraggio dei processi di intervento e dei livelli d'intensità assistenziale adeguati,
 - la valutazione dei risultati.
- La tempestività dell'intervento, ovvero la capacità:
 - di recepire in tempi brevi domande di salute portate dall'adolescente,
 - di facilitare gli accessi per fasce di età o di domanda di salute,
- La continuità assistenziale, ovvero la capacità:
 - di intervenire sulle acuzie psicopatologiche al fine di prevenire onerosi possibili decorsi successivi,
 - di assicurare l'intervento multidisciplinare attraverso l'integrazione dei processi di presa in carico.
- La comunicazione con l'adolescente e la sua famiglia e la concertazione del piano di intervento, ovvero:
 - il coinvolgimento nel processo di intervento delle figure genitoriali attraverso momenti di consulenza/presa in carico,
 - la cura dei processi comunicativi atti a garantire i presupposti etici e deontologici di trasparenza e chiarezza, al fine di facilitare l'alleanza di lavoro (o

-
- terapeutica) con l'adolescente e la sua famiglia,
- la formazione specifica e aggiornata del personale dedicato.

Nella fattispecie ciò si traduce nelle seguenti azioni organizzative:

- 1 Obiettivo “appropriatezza dell'intervento”. Azioni:
 - 1.1 Predisporre sistemi di monitoraggio dei processi di intervento e di valutazione dei risultati a breve, medio e lungo termine attraverso studi di follow up sugli esiti. Studi di epidemiologia clinica per la valutazione degli esiti e sulla evoluzione dei domanda di salute.
 - 1.2 Predisporre studi di soddisfazione dell'adolescente e dei suoi genitori.
- 2 Obiettivo “tempestività dell'intervento”. Azioni:
 - 2.1 Garantire interventi tempestivi nell'ambito della consultazione psicologica, ad esempio predisponendo la presenza di “Centri Adolescenti” (altrimenti chiamati Punti Giovani) nei territori aziendali per un accesso facilitato dell'adolescente ai servizi.
 - 2.2 Predisposizioni di protocolli di triage psicologico per un tempestivo riconoscimento della domanda di salute psicologica e l'erogazione di psicodiagnosi, psicoterapia e altri interventi di tipo clinico, anche in integrazione con il Pronto Soccorso.
- 3 Obiettivo “continuità assistenziale”. Azioni:
 - 3.1 Predisporre PDTA per adolescenti individuando i differenti livelli di complessità e intensità assistenziale, e l'appropriato livello di gestione e intervento
 - 3.2 Monitorare i processi descritti nel Manuale di Accreditamento tra Pari di Psicologia dell'Adolescenza, della Rete piemontese attivando periodici cicli di “valutazione tra pari”.
 - 3.3 Predisporre PDTA per adolescenti o verificare che in quelli esistenti sia inserito l'intervento, spesso interdisciplinare, sulla famiglia.
- 4 Obiettivo “comunicazione con l'adolescente e la sua famiglia e la concertazione del piano di intervento”. Azioni:
 - 4.1 Predisporre protocolli e documenti che prevedano la comunicazione dei tempi di attesa, dei tempi e delle modalità di intervento, la restituzione al termine del percorso, la refertazione... non come adempimento agli obblighi di legge, ma come presupposto fondante la relazione con i curanti.
- 5 Obiettivo “formazione specifica e aggiornata del personale dedicato”. Azioni:
 - 5.1 Predisporre aggiornamenti e percorsi formativi sia per il personale neo-assunto o neo dedicato alla fascia adolescenziale, sia per personale già operante ma che, in virtù della tipologia di utenza trattata, non può esimersi dall'aggiornamento dei modelli di presa in carico e intervento.

| OBIETTIVI | SOTTO-OBIETTIVI | AZIONI |
|---|---|---|
| 1) Tempestività dell'intervento. | <p>a) Ricepire in tempi brevi domande di salute portate dall'adolescente.</p> <p>b) Facilitare gli accessi per fasce di età o di domanda di salute.</p> | <p>a) Garantire interventi tempestivi nell'ambito della consultazione psicologica, ad esempio predispone la presenza di "Spazi Adolescenti" (altrimenti chiamati Punti Giovani) nei territori aziendali per un accesso facilitato dell'adolescente ai servizi.</p> <p>b) Predisposizione di protocolli di triage psicologico per un tempestivo riconoscimento della domanda di salute psicologica e di invio ai servizi di psicodiagnosi, psicoterapia e altri interventi di tipo clinico.</p> |
| 2) Continuità assistenziale. | <p>a) Intervenire sulle acuzie psicopatologiche al fine di prevenire onerosi possibili decorsi successivi.</p> <p>b) Assicurare l'intervento multidisciplinare attraverso l'integrazione dei processi di presa in carico.</p> | <p>a) Predisporre PDTA per adolescenti individuando i differenti livelli di complessità e intensità assistenziale, e l'appropriato livello di gestione e intervento</p> <p>b) Monitorare i processi descritti nel Manuale di Accreditamento tra Pari di Psicologia dell'Adolescenza, della Rete piemontese attivando periodici cicli di "valutazione tra pari".</p> <p>c) Predisporre PDTA per adolescenti o verificare che in quelli esistenti sia inserito l'intervento, spesso interdisciplinare, sulla famiglia</p> |
| 3) La comunicazione con l'adolescente e la sua famiglia e la concertazione del piano di intervento. | <p>a) Il coinvolgimento nel processo di intervento delle figure genitoriali attraverso momenti di consulenza/presa in carico.</p> <p>b) La cura dei processi comunicativi atti a garantire i presupposti etici e deontologici di trasparenza e chiarezza, al fine di facilitare l'alleanza di lavoro (o terapeutica) con l'adolescente e la sua famiglia.</p> | <p>Predisporre protocolli e documenti che prevedano la comunicazione dei tempi di attesa, dei tempi e delle modalità di intervento, la restituzione al termine del percorso, la refertazione... non come adempienza agli obblighi di legge, ma come presupposto fondante la relazione con i curanti.</p> |
| 4) La formazione specifica e aggiornata del personale dedicato. | | <p>Predisporre aggiornamenti e percorsi formativi sia per il personale neo-assunto o neo dedicato alla fascia adolescenziale, sia per personale già operante ma che, in virtù della tipologia di utenza trattata, non può esimersi dall'aggiornamento dei modelli di presa in carico e intervento.</p> |
| 5) L'appropriatezza dell'intervento. | <p>a) Monitoraggio dei processi di intervento.</p> <p>b) Valutazione dei risultati.</p> | <p>a) Predisporre sistemi di monitoraggio dei processi di intervento e di valutazione dei risultati a breve, medio e lungo termine attraverso studi di follow up sugli esiti. Studi di epidemiologia clinica per la valutazione degli esiti e sulla evoluzione dei domanda di salute.</p> <p>b) Predisporre studi di soddisfazione dell'adolescente e dei suoi genitori.</p> |

Tabella 29: Obiettivi e azioni della rete regionale per l'assistenza psicologica degli adolescenti.

6. BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M. (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescente*, Raffaello Cortina, Milano.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (May-June 2006), Vol. 61, No. 4, 271-285 "*Evidence-Based Practice in Psychology*".
- Casati G. (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Mc Graw Hill, Milano.
- Costa G. e Nacamulli R. (1996). *Manuale di Organizzazione Aziendale*. UTET, Torino.
- Demetrio D., Favaro G. (1997). *Bambini stranieri a scuola. Accoglienza e didattica interculturale nella scuola dell'infanzia e nella scuola elementare*. Firenze, La Nuova Italia.
- Epstein A. L. (1993). *L'identità etnica: tre studi sull'etnicità*". Loescher, Torino.
- Fabbrini A., Melucci A. (2000), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno e esperienza*. Feltrinelli, Milano.
- Fuchs V. (2002). *Chi vivrà? Salute, economia e scelte sociali*, Ed. Vita e Pensiero, Torino.
- Levant R. F. (2005) *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*.
- Lyddon W., Jones J. (2002). *L'approccio evidence-based in psicoterapia*, McGraw-Hill, Milano.
- McCann, R.A. (1991), *At-risk students: Defining the problem*. In K.M. Kershner, & J.A. Connolly (Eds.), *At-risk students and school restructuring*, (pp. 12-16). Philadelphia, PA: RBS.
- Mintzberg Henry (1996). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Il Mulino, Bologna
- Pietropolli Charmet G. (2000), *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Regione Piemonte D.G.R. 52-29953 del 13/04/00, *Funzioni, ambiti di intervento ed attività dei servizi di psicologia*.
- Romano D. (2006). *L'organizzazione silenziosa*. Cortina, Milano.
- Saraceno C. (1996), *Sociologia della Famiglia*. Il Mulino, Bologna.
- Vineis P., N. Dirindin (2005). *"In buona salute"*, Einaudi, Torino.
- Winnicott D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.

7. SITOGRAFIA

Rupar Piemonte

<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/risultati.js>

ISTAT

<http://www.istat.it/it/piemonte>

<http://www.istat.it/it/archivio/tavole-di-dati>

<http://www3.istat.it/dati/catalogo/>

Rete Regionale di Psicologia dell'Adolescenza (2012), *Manuale di Accredimento tra Pari di Psicologia dell'Adolescenza*

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/stili-di-vita-e-promozione-della-salute/957-rete-di-psicologia-delladolescenza.html>

Il disagio del bambino e dell'adolescente straniero

http://www.azzurro.it/sites/default/files/Materiali/InfoConsigli/Pubblicazioni%20Gen.Ins.Edu/quaderni_il_disagio.pdf

La dispersione scolastica nella provincia di Torino, a cura della Provincia di Torino e dell'Istituto IARD, Aprile 2007

http://www.comune.torino.it/servizieducativi/cosp/dispersione/dis_05.pdf

Istituto di ricerca internazionale sul disagio e la salute nell'adolescenza, Abbandono scolastico: esiste una relazione con comportamenti devianti?

http://www.nuovapedagogia.com/abbandono_scolastico.pdf

Fratture e svolte nelle narrazioni di adolescenti immigrati

<http://www.psicotraumatologia.it>

A.Re.S.S. (2007). Raccomandazioni per la costruzione dei PDTA e dei PIC nelle Aziende Sanitarie

<http://www.aress.piemonte.it/Contenuti/4/6/DocRaccomandazioniPDTA-PIC.pdf>

A.Re.S.S. (2010). PDTA Minori a rischio psicoevolutivo

<http://www2.aress.piemonte.it/cms/pdta-e-pic/category/153-pdta.html?download=1101%3Apdta-minori-a-rischio-psico-evolutivo-nelle-asr-piemontesi.-report-finale>

OMS, (2008), Patto Europeo per la salute mentale e il benessere

http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_it.pdf

OMS (2008), Consensus Paper, Mental Health in Youth and Education

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf

Regione Piemonte, (2012-15) Piano Socio Sanitario Regionale

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/119-2012.html?download=1574%3Apiano-socio-sanitario-2011-2015>

Rete Regionale di Psicologia dell'Adolescenza (2012), *Manuale di Accredimento tra Pari di Psicologia dell'Adolescenza*

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/stili-di-vita-e-promozione-della-salute/957-rete-di-psicologia-delladolescenza.html>

Regione Piemonte (2013), La Rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza, anni 2010-2011

<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/1051.pdf>

N. Bottani, A. Tomei, La difficile transizione dalla scuola al lavoro, 2004

<http://archivio.lavoce.info/articoli/pagina1228.html>

ALLEGATO "2"

Anno 2013

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

INDICE

Intendimenti e finalità del documento

a- Razionale della PCPsy

- a1- epidemiologia clinica
- a2- l'appropriatezza delle cure
- a3- costo-efficacia degli interventi

b- Le Cure Primarie in Piemonte

- b1- La Psicologia nelle Cure Primarie: la collaborative care e il trattamento integrato
- b2- l'integrazione operativa nelle Cure Primarie: aspetti organizzativi e funzionali
- b3- la costruzione dell'equipe di lavoro
- b4- alcune esperienze di Psicologia delle Cure Primarie in Piemonte

c- Processi, standard assistenziali e valutazione

- c1- appropriatezza dell'invio e tipologia degli interventi
- c2- casistica e domanda attesa
- c3- le specificità dell'età evolutiva
 - c3.1- specificità della prima infanzia
 - c3.2- specificità dell'adolescenza
- c4- processi e livelli di assistenza
- c5- Raccomandazioni professionali di triage/accoglienza, diagnosi e trattamento
 - c5.1 triage e accoglienza
 - c5.2 diagnosi
 - c5.3 trattamento
 - c5.4 valutazione di risultati ed esiti clinici

d- Processi e standard organizzativi e gestionali

- d1- raccomandazioni per la prima implementazione e l'avvio

e- Fonti e bibliografia di riferimento

Intendimenti e finalità del documento

“Le cure primarie sono un sistema di cure centrato sui bisogni di salute della popolazione. Il sistema è decentralizzato e focalizzato sul territorio, richiede la partecipazione attiva di famiglie, gruppi, comunità e si fonda sul lavoro di squadra, che coinvolge diverse figure di professionisti uniti in equipe. Si prefigge di stimolare il benessere e la salute attraverso il coinvolgimento attivo e diretto delle persone e dei pazienti nel percorso di cura, fornendo loro supporto ma anche responsabilizzazione, delegando potere e promuovendo empowerment e auto-efficacia”
(Conferenza dell' OMS di Alma Ata del 1978).

Le linee di indirizzo regionali e il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2011-2015 sottolineano la necessità di sviluppare e implementare unità complesse di Cure Primarie che garantiscano l'assistenza sanitaria di base, la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e ai servizi specialistici, la realizzazione della continuità assistenziale territoriale, assicurando cure efficaci, adeguate e di qualità, particolarmente nella cronicità e nel post-acuzie.

Rispetto alla Salute Mentale, il progetto nazionale “Casa della Salute” identifica nelle Cure Primarie lo spazio privilegiato per la presa in carico del cittadino e per l'integrazione delle attività socio-sanitarie, definendo l'importanza di percorsi assistenziali individuali per le persone con bisogni complessi (dipendenze, disagio mentale, malattie croniche, famiglie in difficoltà) e/o in condizioni di non-autosufficienza, per le quali la presa in carico deve procedere di pari passo con la prevenzione e il rallentamento di tale condizione.

L'assistenza psicologica nelle Cure Primarie in Piemonte rappresenta un esempio di **soluzione organizzativa innovativa** all'interno del SSR, adatta a favorire la governabilità del sistema e la migliore integrazione tra i diversi attori. (DGR n. 12-3345 del 3/02/2012)

Il presente documento ha lo scopo di delineare raccomandazioni e indicazioni sui processi assistenziali, i processi organizzativo gestionali, gli standard di riferimento e criteri di valutazione/verifica, sia clinica che gestionale, dell'assistenza psicologica nelle Cure Primarie.

La metodologia si fonda sull'adozione di interventi terapeutici evidence-based, multiprofessionali, integrati e collaborativi, capaci di coniugare tutte le istanze portate dal paziente, relative alle componenti fisiche, agli aspetti mentali, e ai riferimenti valoriali, per consentire di affrontare in modo appropriato e tempestivo le patologie al loro esordio, di migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti affetti da patologie croniche (Tovian 2006), di incrementare il benessere individuale e diminuire l'utilizzo improprio e i costi del Sistema Sanitario (Harrison et al. 2012).

Le principali indicazioni normative regionali cui si fa riferimento per pianificazione dell'assistenza psicologica nelle Cure Primarie sono:

- la **D.G.R. n. 52-29953** del 13/04/00 “Funzioni, ambiti di intervento ed attività dei servizi di psicologia”
- la **DGR 101** del 29/03/2010 che definisce i L.E.A. per la psicologia nel SSR piemontese e le aree prioritarie di assistenza, identificando gli ambiti di intervento psicologico nelle aziende sanitarie
- La **DGR n. 51-1358** del 29/12/2010 inerente l'“Avvio progetto di riordino del sistema sanitario regionale” , che pone come punto prioritario il “principio della tutela della salute sia come fondamentale diritto dei cittadini, sia come interesse della collettività” e che riconosce come obiettivo del SSR Piemontese la tutela e la promozione della salute, nella sua accezione di benessere psicofisico e di contributo allo sviluppo sociale.
- il **PSSR 2011-15** che identifica come prioritari per l'assistenza psicologica nelle ASR diversi ambiti, tra cui le cure primarie e l'assistenza consultoriale.

a - Il razionale della PCPsy

a1- epidemiologia clinica

Nello studio multicentrico internazionale dell'OMS (Ustun & Sartorius, 1995) risulta che il 24% dei pazienti che si recano dal medico di famiglia, presenti un disturbo psicopatologico diagnosticabile secondo i criteri del ICD-10: le forme di disagio psicologico più frequenti sono la depressione, con una prevalenza del 10,4%, e il disturbo d'ansia generalizzata, la cui prevalenza è del 7,9%.

L'aumento progressivo, nella popolazione a medio/alto reddito, delle cosiddette patologie croniche non trasmissibili (NCD), ovvero le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete e la depressione (European Observatory on Health System and Policies, WHO, The Oxford Health Alliance); la prevalenza di comorbidità con disturbi di origine psicologica nei pazienti con malattie croniche (Wells et al. 1988); e altri dati emergenti dalla letteratura internazionale (Piette et al. 2004), come la prevalenza della depressione nei pazienti diabetici doppia rispetto alla popolazione normale, portano alla considerazione che attualmente le problematiche di tipo psicologico, sia primarie che conseguenti a stati di cronicità o invalidità, siano presenti nel 21-26% dei pazienti che afferiscono ai Servizi della Medicina di Base.

a2 – L'appropriatezza delle cure: indirizzi di letteratura

Il rapporto dell'OMS 2008, "Primary Health Care. Now More Than Ever", ribadisce l'importanza di adattare le cure primarie di salute mentale alle caratteristiche dei differenti contesti nazionali e territoriali.

Con l'esperienza di modelli innovativi per la gestione di malattie croniche, come il Chronic Care Model (Bodenheimer, Wagner 2002) e il passaggio da uno stile di gestione del paziente "d'attesa" a uno stile "di iniziativa", la fase diagnostica e la cura nei servizi territoriali si affermano come strategie cruciali. In particolare per quelle problematiche di salute, come i disturbi depressivi (Callahan et al. 2002) e/o ansioso-depressivi¹ (Revickia et al. 2012), che sono al contempo tra i più diffusi e tra i meno diagnosticati e trattati.

In Piemonte nell'ambito dell'assistenza al disagio psicologico sul territorio, le Cure Primarie si configurano come un livello di setting adeguato per il trattamento di forme di disagio di lieve entità, sia di tipo primario che conseguente a difficoltà di adattamento a patologie organiche concomitanti, croniche o episodiche.

La metodologia prevede un approccio collaborativo con il MMG, che invia allo Psicologo tutti quei pazienti con sintomatologia lieve o moderata, conclamata o sospetta, per una valutazione ed eventuale presa in carico.

Una strategia di intervento per intensità di cura, ispirata allo "stepped care model" anglosassone, può fornire una soluzione alla problematica dell'appropriatezza di risposta e setting terapeutico, consentendo di intervenire sul disagio psicologico al momento giusto e adeguatamente; ovvero non prima o con maggiore intensità di quanto richiesto, né in ritardo o con minore intensità di quanto necessario.

Oltre che fornire una risposta terapeutica adeguata, il primo livello di intervento sul disagio psicologico ha inoltre la finalità di prevenire trattamenti inutili per quei pazienti che recuperano spontaneamente, o con interventi minimi, il loro benessere, diminuendo l'accesso ai servizi specialistici di Salute Mentale, spesso vissuti come stigmatizzanti.

¹ pag 76 white paper

a3 – costo-efficacia degli interventi

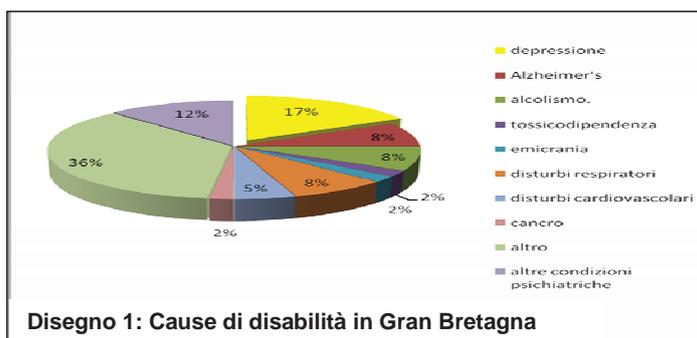
Il “Depression Report” (2006)² definisce depressione ed ansia come “la maggior causa di povertà in Gran Bretagna, oggi”. La stima dei costi relativi alla perdita della capacità produttiva di un individuo affetto da problematiche psicologiche (costi socio-sanitari,

licenziamento, perdita delle capacità di tornare al lavoro, assenteismo, perdita delle entrate fiscali) è pari all'1% del prodotto interno lordo inglese.

I disturbi psichici pesano per un terzo sul costo complessivo delle malattie in Gran Bretagna, una cifra enorme rispetto ai costi che avrebbe l'implementazione di un appropriato servizio di Cure Primarie per il trattamento farmacologico e psicoterapeutico delle patologie in questione, stimato circa lo 0,01% del PIL.

Lo studio italiano della Università Bocconi, “Comunita’ professionale e percorso strategico degli Psicologi della Sanità piemontese - Un White Paper per la riflessione” (2013), offre una review approfondita della letteratura scientifica che evidenzia l'impatto dei disturbi mentali sul carico assistenziale, il consumo di prestazioni sanitarie e il consumo di prestazioni mediche specialistiche.

Callahan et al. (2002) in una rilevazione della relazione tra sintomi/diagnosi di depressione e consumo di servizi medici evidenziano come un maggiore utilizzo di prestazioni sanitarie specialistiche, di emergenza e della diagnostica di laboratorio, avvenga da parte dei pazienti con depressione.



Disegno 1: Cause di disabilità in Gran Bretagna

| Costi sostenuti in un anno per: | Diagnosi di depressione | | Senza diagnosi di depressione | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | BDI ≥9 | BDI < 9 | BDI ≥9 | BDI < 9 |
| Cure primarie | 5.868 | 6.054 | 5.431 | 5.347 |
| Cure specialistiche | 4.266 | 3.742 | 3.332 | 2.927 |
| Pronto soccorso | 1.661 | 2.172 | 1.604 | 1.248 |
| Diagnostica laboratorio | 6.121 | 6.473 | 6.357 | 5.401 |
| Ricoveri ospedalieri | 2.174 | 3.742 | 1.548 | 1.189 |
| Totale | 27.794 | 30.061 | 25.780 | 23.091 |

Tabella 1: Callahan et al. (2002)

I pazienti con disturbo d'ansia o di panico (Katon et al. 1989) utilizzano i servizi di emergenza, come il Pronto Soccorso, dieci volte in più dei pazienti che non presentano tale disagio psicologico e il 70% di questi pazienti sono visitati da almeno dieci medici, prima di ricevere la diagnosi appropriata.

Nei pazienti complessi, ad esempio diabetici, è stato evidenziato (Lin et al. 2010) che la depressione è un fattore predittivo di maggiori complicanze, con un rischio maggiore del 36%, rispetto ai diabetici non depressi, per le problematiche micro vascolari (es. cecità) e del 25% per le problematiche macrovascolari (es. infarto).

Margalit et al. (2008) in una rilevazione su 40 pazienti con sintomi medici non spiegati sottoposti ad un trattamento bio-psico-sociale, evidenziano che nei due anni di trattamento si è avuta una diminuzione significativa del consumo di servizi medici, che è perdurata anche nei due anni successivi in cui i pazienti sono tornati in carico al loro MMG. Gli autori sottolineano che la comorbidità tra problemi fisici e problemi mentali

richiede un approccio diverso dal *medical problem solving pattern*, che contribuisce invece ad aumentare il consumo di prestazioni.

| | COSTI SANITARI | COSTI PRODUTTIVI | ALTRI COSTI |
|---------------------------|--|--|--|
| PAZIENTI | Trattamenti/servizi costi/ticket | Incapacità a lavorare / diminuzione di entrate | Angoscia/sofferenza disturbi collaterali / rischi suicidio |
| FAMIGLIARI E AMICI | Assistenza e cura informale | Assenze dal lavoro | Angoscia, isolamento, stigma |
| LAVORATORI | Contribuzione per cure | Ridotta produttività | |
| SOCIETÀ | Predisposizione servizi salute mentale e cure mediche di base (tassazione-assicurazione) | Ridotta produttività | Perdita di vite umane; malattie non curate (bisogni non soddisfatti); esclusione sociale |

Tabella 2: “PESO ECONOMICO COMPLESSIVO DEL DISAGIO MENTALE” (Fonte WHO):

Le Cure Primarie si caratterizzano come “primo gradino” e “porta d’ingresso” per le problematiche di origine psichica che incidono negativamente sulla Qualità di Vita del cittadino.

La presenza dello Psicologo all’interno delle Cure Primarie si inserisce all’interno di un progetto di Collaborative Care e gestione efficace del disagio psichico a livello territoriale, con l’obiettivo di ridurre i costi, migliorare la soddisfazione del paziente e dell’operatore sanitario e migliorare gli outcomes clinici.

b- Le Cure primarie in Piemonte

Le Cure Primarie rappresentano l'articolazione e il soggetto, all'interno dei Distretti delle Asl, deputato all'erogazione dell'assistenza socio sanitaria territoriale.

Nei Distretti, cui il Piano Socio Sanitario 2012-2015 attribuisce il compito di promuovere e garantire alla popolazione risposte sanitarie coordinate ed integrate, con carattere di continuità ed appropriatezza, le articolazioni organizzative nelle quali è prefigurabile l'integrazione con la *figura* dello Psicologo sono due:

- a) le aggregazioni della medicina generale;
- b) le cure domiciliari.

a) Le aggregazioni di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) consentono differenti modalità di lavoro integrato, con diversi livelli di complessità :

| <i>tipo di integrazione</i> | <i>denominazione</i> | <i>caratteristiche</i> |
|--|--|---|
| <i>Forme di integrazione MONOPROFESSIONALI (MMG+PLS)</i> | <i>MEDICINA IN RETE</i> | studi non vincolati a sede unica e collegati con sistemi informatici |
| | <i>MEDICINA DI GRUPPO</i> | Sede unica, utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni e di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune. |
| <i>Forme di integrazione PLURIPROFESSIONAL I (MMG+PLS+Altri Specialisti)</i> | <i>UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE</i> | Sede unica. Operano e assicurano, nel territorio di competenza, a tutti i cittadini l'erogazione integrata dei LEA, realizzano la continuità dell'assistenza, a partire dai pazienti cronici, sviluppano la medicina di iniziativa. |
| | <i>CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA CAP</i> | Strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei Distretti. Le attività dei CAP sono organizzate per aree funzionali: amministrativa, accesso, diagnostica strumentale, patologie croniche, specialistica, attività riabilitative e socio sanitarie |

c) Le cure domiciliari

In Piemonte le prestazioni domiciliari a contenuto sanitario e socio sanitario sono erogate dal Servizio territoriale di Cure Domiciliari delle Asl, mentre le prestazioni domiciliari a contenuto sociale sono erogate dagli Enti Gestori dei servizi Socio-Assistenziali. Di seguito una definizione sintetica delle diverse tipologie. In tutti gli ambiti è prefigurabile l'integrazione con lo Psicologo delle Cure Primarie.

| ente | ambito | denominazione |
|--|------------------------|--|
| ASL | AMBITO SANITARIO | <i>ADI, Assistenza domiciliare integrata:</i> assicura al domicilio del paziente prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristiche, di riabilitazione, aiuto domestico, di assistenza sociale. |
| | | <i>Interventi erogati dalle Unità operative di cure palliative:</i> sono destinati a persone con problemi di salute che richiedono interventi ad alta complessità assistenziale. |
| | | <i>Assistenza domiciliare programmata:</i> insieme di visite del MMG al domicilio, secondo un programma definito. |
| | | <i>SID, Servizio infermieristico domiciliare:</i> garantisce prestazioni infermieristiche (prelievi, medicazioni ...) a pazienti che, per limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori. |
| | AMBITO SOCIO SANITARIO | <i>Cure domiciliari in lungo assistenza</i> |
| | | <i>Contributi economici a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza:</i> erogazioni (ore di personale o monetarie) per la copertura dei servizi di assistenza tutelare (prestazioni di cura familiare, assunzione di Assistente Familiare, acquisto di prestazioni di assistenza, di telesoccorso). |
| ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI | AMBITO SOCIALE | <i>Servizio di assistenza domiciliare, SAD:</i> sostiene le persone al proprio domicilio quando non ancora completamente non autosufficienti. |

b1- La Psicologia nelle Cure Primarie: la collaborative care e il trattamento integrato

Frequentemente i MMG sono il primo interfaccia rispetto a disturbi di tipo psicologico. Tale eventualità è motivo di crisi dello “stile professionale” dei Medici (Hodges & al., 2001), non necessariamente formati a impattare con problematiche di pazienti che hanno necessità di essere correttamente letti e, successivamente, “curati” (Van Weel & al., 2008).

Nel Regno Unito una riflessione generale sul ruolo e la funzione dello psicologo all'interno delle Cure Primarie (Liuzzi, 2010) ha evidenziato da un lato, come un più appropriato accesso alle cure psicologiche si traduca con un incremento positivo degli esiti terapeutici e, dall'altro, come la figura dello psicologo possa favorire un miglioramento della comunicazione fra i diversi professionisti impegnati nella cura della salute mentale.

Evidenze, sia cliniche che economiche, hanno richiesto di individuare nuovi modelli organizzativi, capaci di attuare una programmazione di percorsi assistenziali per la prevenzione, gestione e cura delle patologie croniche che più hanno impatto sul contesto sociale e sulla spesa sanitaria, tali da dare risultati in termini di efficacia ed efficienza.

Nella nostra realtà regionale, la trasformazione della realtà sanitaria ha comportato un cambiamento gestionale che ha dato luogo a forme di integrazione professionale come la Medicina di Associazione e la Medicina di Gruppo. Tuttavia, questo processo ha ovviato solo in parte all'isolamento culturale e operativo, poiché molte di queste aggregazioni di medici sono più virtuali che realmente cooperanti.

Nasce così la necessità di trasformare un modello di lavoro integrato che, allo stato attuale, coinvolge MMG, infermieri, personale di segreteria e solo marginalmente gli specialisti. Tale modello – in un futuro che ci auguriamo sia prossimo – potrà vedere partecipi tutte le figure professionali presenti sul territorio come i Medici di Continuità Assistenziale, gli Psicologi e gli operatori socio-sanitari, al fine di garantire ai pazienti una adeguata e completa assistenza clinica di primo livello, con un prevedibile miglioramento della qualità di vita a fronte di positive ripercussioni sui costi sanitari valutabili a media-lunga distanza. Le attività cliniche svolte dal nuovo assetto organizzativo potrebbero realizzarsi attraverso l'uso di strategie condivise, che favoriscano un elevato grado di integrazione nella realizzazione di interventi multiprofessionali.

In tale ambito la presenza dello Psicologo inoltre, potrebbe rivelarsi di supporto nel favorire una migliore integrazione del lavoro anche attraverso l'incremento della motivazione al lavoro di gruppo, che a sua volta potrebbe tradursi in gruppo di lavoro con strategie condivise e finalizzate alla cura delle persone. Le diverse specificità e competenze dei professionisti che lavorano nelle cure primarie, vedono al primo posto il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale, che rappresenta la figura principale di riferimento per i pazienti. Lo psicologo che collabora con il MMG, a pieno titolo nel team, può svolgere pertanto una duplice funzione: non solo con l'attuale ruolo di supporto alla persona con problemi psicologici, ma anche allo scopo di rafforzare la motivazione del paziente a “prendersi cura di sé”.

In letteratura si riporta che circa il 75% dei Medici generici ritiene che “l'integrazione di Psicologi nelle Cure primarie migliorerebbe la qualità dei servizi”; inoltre circa il 50% dichiara che “la collaborazione con gli Psicologi potrebbe essere un'aggiunta gradita alla pratica medica” e “tale collaborazione potrebbe portare a un vantaggioso scambio di conoscenze e a una maggiore soddisfazione del paziente” (Grenier & al., 2008).

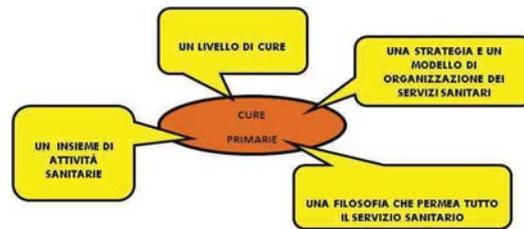
Pertanto, si osserva la necessità di promuovere una maggiore integrazione, nel gruppo di lavoro, al fine di poter ottimizzare la coesione interna e la collaborazione, con l'obiettivo di promuovere una vera e propria integrazione ove le diverse specificità vadano a vantaggio del raggiungimento del fine comune: un miglior servizio per l'utenza.

b2- l'integrazione operativa nelle Cure Primarie: aspetti organizzativi e funzionali

Come evidenziato in precedenza, l'aspetto fondamentale e innovativo che caratterizza le Cure Primarie è la collaborazione tra lo Psicologo e le professionalità mediche (MMG, PLS, Medici Specialisti) all'interno di un servizio di “primo contatto” del Sistema Sanitario.

Le Cure Primarie devono essere concepite come:

- un “**livello di cure**”, ovvero il luogo in cui le persone hanno il primo contatto con il sistema sanitario e in cui il 90% dei loro problemi sono trattati;
- una “**strategia**”, dovendo fornire concetto di cure accessibili, adatte ai bisogni della popolazione, integrate funzionalmente, basate sulla partecipazione dei cittadini, costo-efficaci e partecipate da differenti settori della società;
- un “**processo chiave**”, sono infatti il primo contatto e le cure di prima linea, continue, complete e coordinate (H. Vuori).



Disegno 2: il modello di H. Vuori

I Servizi di Cure Primarie devono pertanto prevedere un modello organizzativo e funzionale che permetta il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti e misurabili.

La collaborazione e l'integrazione professionale si realizzano attraverso **ASPETTI ORGANIZZATIVI** concreti, quali la CONDIVISIONE di tempi/orari, spazi, agende, cartella informatizzata; le riunioni d'equipe, la discussione casi clinici, i momenti di formazione obbligatoria comuni.

Gli **ASPETTI FUNZIONALI** di integrazione e di collaborazione MMG-Psicologo possono essere ricompresi in tre percorsi operativi:



INVIO DA PARTE DEL MMG DIRETTAMENTE ALLO PSICOLOGO, cui segue la presa in carico integrata come da flow-chart.



TRATTAMENTO CONGIUNTO in cui il MMG e lo Psicologo valutano contestualmente il paziente: tale trattamento appare indicato per le patologie organiche invalidanti ad elevato carico emozionale (es. cardiopatie, malattie oncologiche...); pazienti con eventi di vita traumatici; pazienti poco motivati. In questi casi, si raccomanda di svolgere congiuntamente le visite di controllo.



CONSULENZE ESTEMPORANEE AD HOC, situazioni/occasioni in cui il MMG chiede allo Psicologo:

- di individuare e condividere strategie di intervento e indicatori rispetto alla salute psicologica del paziente
- di analizzare le dinamiche che limitano il mantenimento dello stile di vita e lo stato di salute del paziente
- di avere un confronto su problematiche relazionali con il paziente e/o un supporto nella presa in carico di pazienti ad alta intensità emotiva

b 3- costruzione dell'equipe di lavoro

Riprendendo il concetto di “integrazione” professionale, è necessario che sia anzitutto il gruppo degli operatori a pensarsi e sentirsi una équipe integrata. Se possiamo definire un *gruppo* come una “pluralità in interazione”, il *gruppo di lavoro* è una “pluralità in integrazione”, punto di arrivo di un processo che non si verifica spontaneamente, ma che va strutturato, con un'attività concreta orientata al raggiungimento di tale obiettivo.

I nuovi indirizzi per la formazione del personale sanitario (decreto di riordino delle Specializzazioni universitarie 1.8.2005) vanno nella direzione dello sviluppo di una cultura bio-psico-sociale e della definizione di un linguaggio condiviso tra operatori del settore provenienti da percorsi formativi diversi (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali...) che si avvalga di metodologie e strumenti scientifici validati e spendibili in interventi sinergici con il paziente e i suoi care giver (ad esempio l'ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health; la stesura del PAI, Piano Assistenziale Individuale ecc.) e a metodiche di lavoro che li renda capaci di operare in équipe multi-professionali (sviluppo di competenze trasversali).

Il processo di integrazione professionale interviene significativamente sulla struttura dell'organizzazione, così come sulla sua cultura interna, e va a connotare l'organizzazione come RETE DI RELAZIONI e come RETE DI PENSIERO PROGETTUALE rispetto all'intervento con i pazienti.

A tale scopo occorre predisporre una fase formativa comune, avente come obiettivo la "costruzione" dell'equipe di lavoro", il senso di appartenenza di un gruppo di lavoro e lo sviluppa un "pensare e progettare" in modo condiviso.

Tale percorso formativo dovrà quindi prevedere:

- La definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, secondo il paradigma bio-psico-sociale e lo "stepped-care model"
- Lo sviluppo di nuove competenze professionali per lo Psicologo e per il MMG / PLS.
- La sperimentazione di comportamenti professionali collaborativi
- Il monitoraggio costante dei risultati terapeutici e della qualità delle prestazioni
- L'attivazione di un processo di governance per supportare i cambiamenti auspicati

b 4- alcune esperienze di Psicologia delle cure primarie in Piemonte

L'ESPERIENZA DELL'ASL TO1

L'esperienza gestita in collaborazione fra la S.C. Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale interaziendale dell'ASL TO1 ed il Servizio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale dell'allora AOU San Giovanni Battista Di Torino, ha previsto l'integrazione clinica tra le attività per la Salute Mentale e le attività di Medicina Generale per la cura dei pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore. La sperimentazione si è svolta nel periodo aprile 2010 - dicembre 2011 presso gli ambulatori del Gruppo di Cure Primarie Medic'Azione di Torino, costituito da sei MMG.

I servizi offerti sono stati consulenze psichiatriche, consulenze psicologiche, percorsi di consultazione psicologica, interventi psicologici su focus problematici, informazioni e consulenze sulla Salute Mentale per via telefonica e telematica (via e-mail), visite domiciliari e discussioni su casi clinici con i MMG.

La modalità di accesso dei pazienti è stata organizzata per via diretta presso la sede del Gruppo di Cure Primarie su invio dei MMG, o per via telefonica/telematica (via e-mail) contattando il servizio Psicologi in Linea del DSM-ASL TO1.

I risultati della sperimentazione, nei 21 mesi di attività, hanno confermato l'esistenza di una forte domanda di cura per sintomatologia ansiosa e depressiva non psicotica e la centralità del MMG, visto dai pazienti come punto di riferimento. L'impatto non stigmatizzante del luogo di cura ha agevolato la richiesta di aiuto psicologico. La diagnosi e i trattamenti precoci hanno favorito ricadute positive sulla salute dei pazienti, prevenendo l'evoluzione di queste sindromi verso forme psicopatologiche croniche con alta disabilità e di conseguenza un alto costo sociale in termini di spesa sanitaria, assenze dal lavoro, ecc.; si è rilevato un ampio gradimento tra gli utenti del Gruppo di Cure Primarie e tra gli stessi operatori sanitari coinvolti nella sperimentazione.

Il confronto multi professionale ha permesso inoltre la formazione continua degli operatori e ha contribuito ad accrescere le loro competenze professionali (Petrizzelli M. et al., 2012)

L'ESPERIENZA DELL'ASL TO5

Nel mese di Maggio 2007, i sei Medici di Medicina Generale di La Loggia, un paese della seconda cintura sud di Torino, si sono costituiti in medicina di gruppo, con l'obiettivo, assecondati dall'ASL e dal Comune, di costituire un Gruppo di Cure Primarie.

La medicina di gruppo comprende tutti i 6 Medici di Medicina Generale di La Loggia, con una copertura di oltre il 90% della popolazione in età non pediatrica del paese. All'interno del gruppo è presente il Servizio di Psicologia, il Consultorio Familiare (ginecologo e pediatra di comunità), un infermiera della Diabetologia, il Servizio prelievi ematici, l'Infermiere di comunità per la prevenzione delle malattie cardio-vascolari e per l'esecuzione delle terapie iniettive. Da un anno con l'apertura di una nuova ala della struttura si sono inseriti anche la Pediatra di libera scelta e l'Assistente Sociale del C.I.S.S.A. Tale organizzazione è stata formalizzata tramite Delibera n°465 del 14/4/2008 dell' ASLto5 e Delibera n° 34 del 18/03/2010 del

Comune di La Loggia (di cui sono i locali adibiti). Rispetto all'integrazione MMG – Psicologo si sono attivate le seguenti procedure organizzative e assistenziali:

1. Il MMG, di fronte ad un paziente per cui ravvisa un bisogno psicologico, se lo ritiene necessario chiede un confronto allo Psicologo per definire le modalità più adeguate di invio rispetto ad una risposta di intervento psicologico;
2. il MMG fa la prescrizione tramite ricetta che viene consegnata direttamente dalla segreteria dei medici allo psicologo;
3. lo psicologo contatta entro 1 settimana il paziente per svolgere un triage volto ad individuare la priorità della domanda;
4. in base ai criteri di priorità il paziente viene preso in carico da uno psicologo della SC di Psicologia;
5. alla fine del percorso (e se necessario anche in itinere) lo psicologo restituisce un feedback al medico di base tramite refertazione scritta o tramite confronto verbale.

Lo psicologo partecipa periodicamente agli incontri del gruppo di cure primarie dei MMG dove si discute dell'andamento degli interventi, dell'adeguatezza degli invii e si definiscono modalità di cura specifiche per situazioni complesse (ad esempio colloqui congiunti di restituzione per il coinvolgimento di altre figure professionali e/o servizi specialistici).

L'ESPERIENZA DELL'ASLTO3

Il gruppo di medicina integrata di Borgaretto (afferente al Distretto di Orbassano dell'ASL TO3) ha partecipato alla sperimentazione regionale con Determinazione regionale n. 648 del 21 ottobre 2009 con scadenza al dicembre 2011. Nel dicembre 2011, ribadita la necessità di proseguire il Servizio mantenendo buone prassi locali, l'allora Direttore Generale ha deliberato la prosecuzione di un nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale individuando la Medicina di Gruppo di Borgaretto (al cui interno vi sono MMG e un PLS) con apertura degli studi medici per 10 ore settimanali, visite domiciliari e contattabilità telefonica, assistenza infermieristica ambulatoriale. All'interno di tale modalità organizzativa si situa la collaborazione tra la Medicina di gruppo e la S.C. Psicologia, con la stesura di apposito protocollo di intesa, in analogia con un protocollo di intesa precedentemente firmato con il Consorzio dei servizi SocioAssistenziali del territorio (CIdiS).

L'integrazione MMG-Psicologo prevede:

- Incontri di Equipe a cadenza bimensile con l'obiettivo di discutere i casi in comune e verificare le modalità organizzative e gestionali di integrazione. In ogni incontro viene stilato un verbale ; uno stretto scambio di mail tra il Coordinatore MMG e la responsabile dell'Ambulatorio di Psicologia garantisce il più possibile una buona progettazione degli incontri e la presa in carico appropriata;
- Appuntamenti settimanali di tre ore ciascuno, fissati dalla segreteria in modo autonomo, presso l'Ambulatorio del MMG. A tale proposito sono stati condivisi in fase di progettazione i criteri di inclusione per l'invio dei pazienti;
- Interventi di consulenza al MMG, di consultazione psicologica e/o psicoterapia breve per i pazienti, di indirizzo verso i servizi del territorio più appropriati al caso in esame;

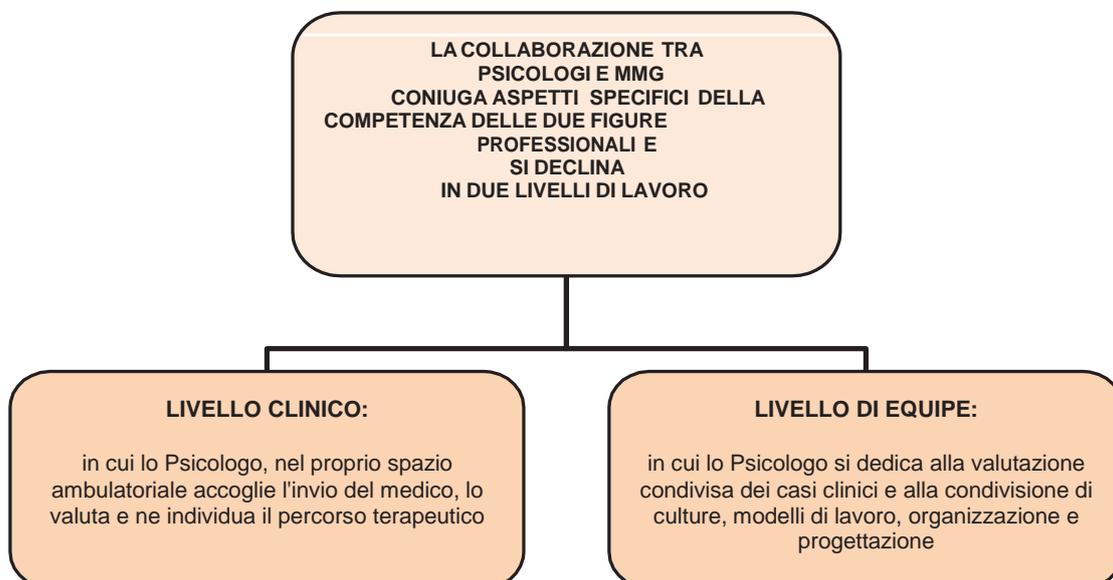
Per la casistica dell'età evolutiva, il ruolo dello psicologo è di consulenza al pediatra, colloqui di orientamento ai servizi del territorio, o consulenze specifiche volte ai genitori in merito a difficoltà psicologiche e familiari.

C. Processi e standard assistenziali

c1 – appropriatezza dell’invio e tipologia degli interventi

Gli interventi dello Psicologo nelle Cure Primarie si caratterizzano come Attività Specialistica all’interno di un Servizio Territoriale, che richiede competenze specifiche per bisogni di salute mentale specifici: si è infatti osservato che, essendo il campo della Psicologia particolarmente ampio e diversificato, una scarsa definitezza di ambiti, competenze e livelli di assistenza può portare ad una dispersione di risorse temporali e professionali, nel tentativo di rispondere a richieste non appropriate.

Di cruciale importanza è la definizione dei criteri di appropriatezza dell’invio (**Tabella 4 e 5**), volti a delimitare l’ambito di intervento psicologico nelle Cure Primarie, che si deve caratterizzare come intervento di Primo Livello, prevalentemente con finalità psico-educazionali, di counselling e/o psicoterapeutiche di tipo breve.



Il lavoro psicologico nell’ambito delle Cure Primarie utilizza gli strumenti della consulenza, della valutazione psicodiagnostica, del sostegno e della psicoterapia breve-focale ed è finalizzato a fornire all’individuo una visione più realistica di sé e dell’ambiente circostante, delle risorse personali e della modalità di gestione dei rapporti interpersonali, nonché al cambiamento del funzionamento psicologico e alla remissione sintomatica.

Tabella 3: Criteri di appropriatezza dell'invio allo Psicologo

| | |
|---|---|
| CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'INVIO | <i>PERSONE MOTIVATE ALLA CONSULENZA DELLO PSICOLOGO, IN GRADO DI ATTIVARSI DIRETTAMENTE PER PRENDERE CONTATTI CON LO SPECIALISTA</i> |
| | <i>PERSONE IN GRADO DI COMPRENDERE E DESCRIVERE A PAROLE LA PROPRIA CONDIZIONE DI SOFFERENZA PSICOLOGICA</i> |
| | <i>PERSONE CHE POSSIEDONO INTATTE LE CAPACITÀ DI ORGANIZZARE E GESTIRE SE STESSI E LA PROPRIA VITA QUOTIDIANA; OVVERO CON UN BUON LIVELLO DI FUNZIONAMENTO E ASSENZA DI COMPORTAMENTI CHE BLOCCANO L'ADEGUATO FUNZIONAMENTO PSICOSOCIALE (FREQUENZA SCOLASTICA, LAVORATIVA, ECC.)</i> |
| | <i>PERSONE LA CUI PROBLEMATICA PSICOLOGICA RIENTRA ALL'INTERNO DEL CLUSTER NOSOLOGICI INDIVIDUATI COME PERTINENTI LE CURE PRIMARIE (DISEGNI 3,4) E LA CUI COMPLESSITÀ RIENTRA NELLE CATEGORIE BASSA E MEDIA (TABELLA 5)</i> |

Tabella 4: Criteri di non appropriatezza dell'invio allo Psicologo

| | |
|---|---|
| CRITERI DI NON APPROPRIATEZZA DELL'INVIO | <i>PERSONE CON PROBLEMATICHE CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO CON CARATTERE DI URGENZA</i> |
| | <i>PERSONE CHE PRESENTANO PATOLOGIE DI INTENSITÀ E COMPLESSITÀ TALI DA RICHIEDERE L'INVIO AI SERVIZI SPECIALISTICI (SERT, DSM, NPI, SERVIZIO DI PSICOLOGIA)</i> |
| | <i>PERSONE PER LE QUALI IL BISOGNO PREVALENTE È L'INTERVENTO DI TUTELA E/O DI INTERVENTO SOCIALE SULLE NECESSITÀ PRIMARIE , ES. CASA, LAVORO</i> |

c2 casistica e domanda attesa

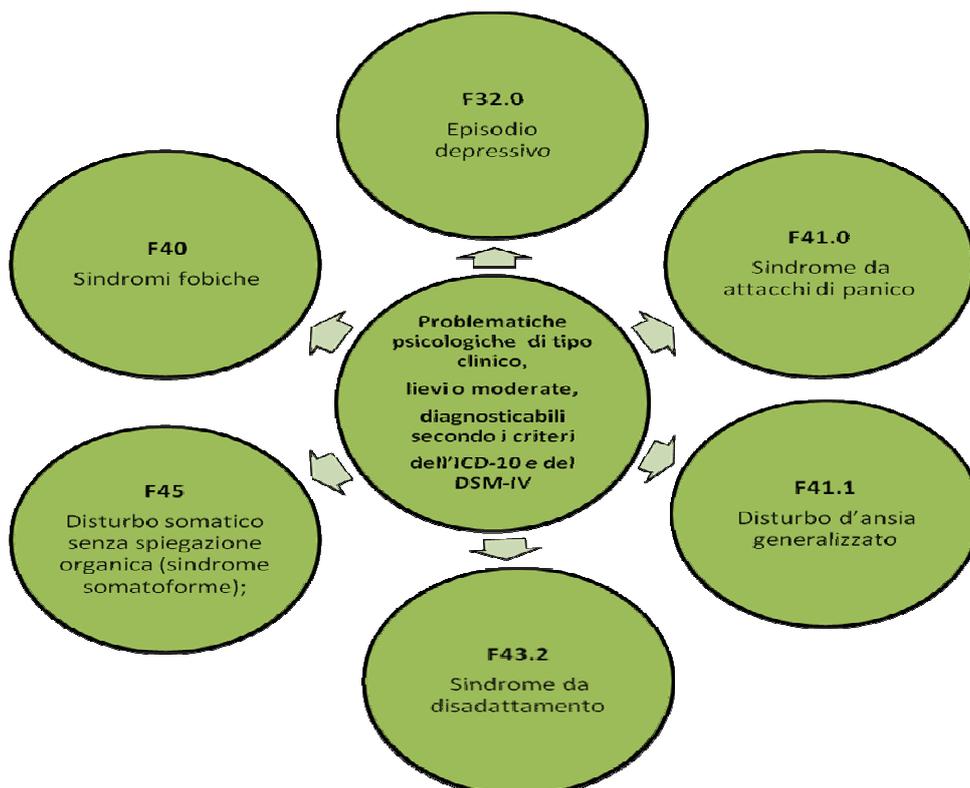
La tipologia di problematiche che si troverà ad affrontare lo Psicologo all'interno delle Cure Primarie sono raggruppabili in quattro macro categorie cui corrispondono tipologie diverse di interventi terapeutici e setting differenti di cura (Tabella 6).

Tabella 5: Problematiche psicologiche e interventi nelle cure primarie

| MACROAREA | PROBLEMATICA | INTERVENTO PSICOLOGICO PREVISTO |
|--|---|--|
| FATTORI DI RISCHIO psicopatologico | Problematiche legate ciclo di vita e ai problemi di adattamento  | COUNSELLING, al INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI |
| COMPLESSITA' bassa e media | Problematiche psicologiche di tipo clinico, lievi o moderate, diagnosticabili secondo i criteri dell'ICD-10 e del DSM-IV  | PSICOTERAPIA BREVE |
| COMPLESSITA' alta | Problematiche psicologiche di tipo clinico di alta intensità  | INVIO AI SERVIZI SPECIALISTICI DI COMPETENZA |
| CONDIZIONI PATOLOGICHE SPECIFICHE e/o COMORBILITA' | Problematiche di tipo clinico ad elevata complessità sanitaria, che richiedono equipe multiprofessionali specifiche (es. patologie dementigene, oncologiche, DSA, Autismo, DCA)  | INVIO ALLE RETI CLINICHE DI COMPETENZA |

Di seguito (**Disegni 3, 4 e 5**) i codici delle categorie nosologiche individuate nelle tre macro-aree, con l'esclusione delle condizioni patologiche specifiche e/o comorbidità:

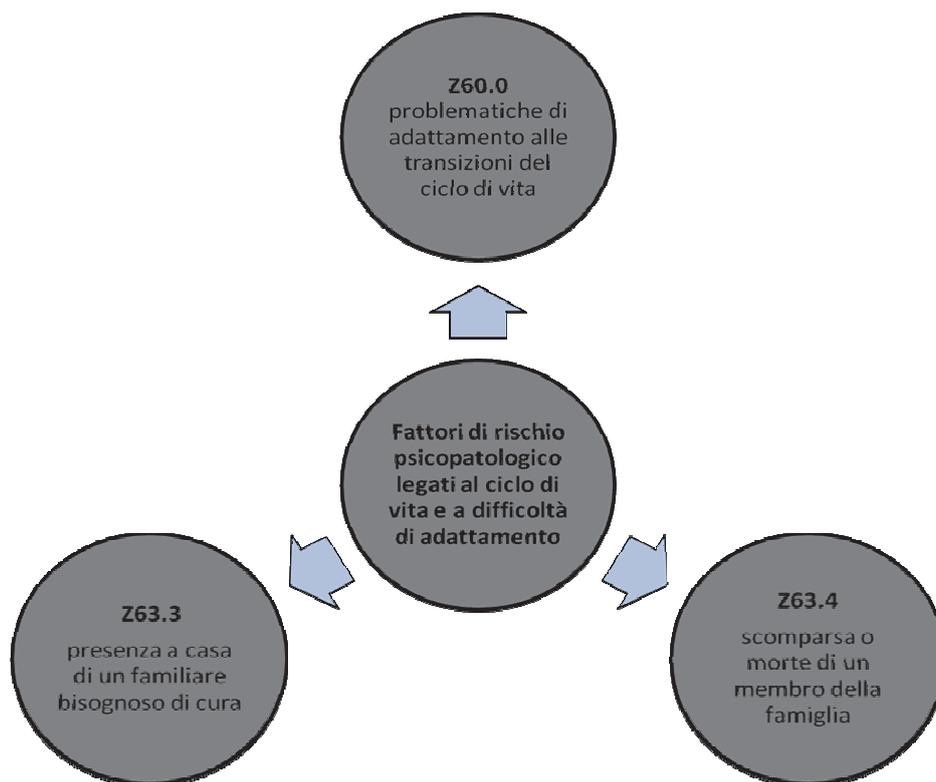
Disegno 3: Codici diagnostici per le problematiche psicologiche di tipo clinico, di complessità bassa o media



Problematiche psicologiche di tipo clinico, di complessità bassa o media, diagnosticabili secondo i criteri dell'ICD-10 e del DSM-IV:

F41.0 Sindrome da attacchi di panico; **F41.1** Disturbo d'ansia generalizzato; **F43.2** Sindrome da disadattamento; **F45** Disturbo somatico senza spiegazione organica (sindrome somatoforme); **F40** Sindromi fobiche; **F32, F32.0** Episodio depressivo.

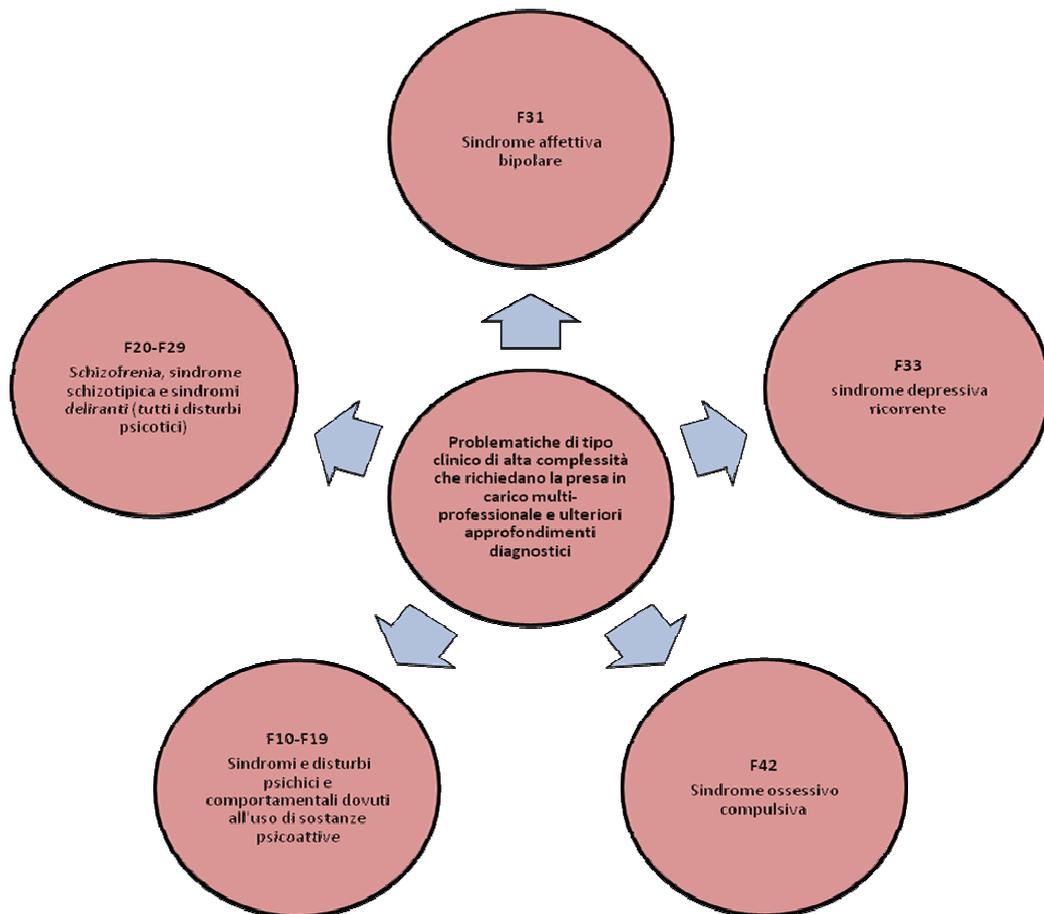
Disegno 4: codici diagnostici per le problematiche psicologiche legate al ciclo di vita e a difficoltà di adattamento



Fattori di rischio psicopatologico legati al ciclo di vita e a difficoltà di adattamento:

Z60.0 problematiche di adattamento alle transizioni del ciclo di vita; **Z63.4** scomparsa o morte di un membro della famiglia; **Z63.3** presenza a casa di un familiare bisognoso di cura

Disegno 5: Codici diagnostici per problematiche psicologiche trattabili nei servizi specialistici:

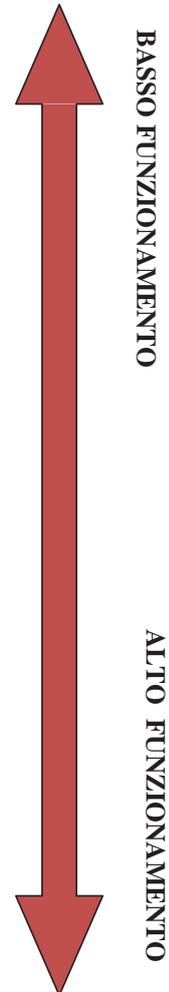


Problematiche di tipo clinico di alta complessità che richiedono la presa in carico multi-professionale e ulteriori approfondimenti diagnostici (es. disturbi depressivi maggiori, disturbi psicotici, abuso di sostanze):

F31 Sindrome affettiva bipolare; **F33** sindrome depressiva ricorrente; **F10-F19** Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive; **F20-F29** Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti (tutti i disturbi psicotici); **F42** Sindrome ossessivo compulsiva

Le macroaree analizzate fanno riferimento a condizioni diverse di complessità clinica in base al maggiore o minore livello di funzionamento dell'individuo.

| |
|--|
| ALTA COMPLESSITA': <ul style="list-style-type: none">- presenza di psicopatologia complessa che richieda interventi multidisciplinari specialistici;- Assenza di supporto sociale e familiare con incidenza diretta sulla sintomatologia clinica;- Condizioni cliniche severe e persistenti che impattano sull'adattamento (dipendenze comportamentali e da sostanze, disturbi di personalità con sintomatologia clinica correlata ed ad alto impatto sul funzionamento sociale, patologie croniche con comorbidità di natura organica e psicopatologica, disturbi psichiatrici cronici, psicopatologie recidivanti e patologie degenerative);- VGF con punteggi < a 50 ; |
| MEDIA COMPLESSITA': <ul style="list-style-type: none">- Esordio della sintomatologia > di 6 mesi.- Presenza di disturbi psicopatologici (vedi diagnosi incluse);- Funzionamento psicosociale mediamente danneggiato (VGF < di 51, range 51-60)- necessità di un trattamento farmacologico su indicazione del MMG; |
| BASSA COMPLESSITA': <ul style="list-style-type: none">- Assenza di psicopatologia clinicamente evidente;- Episodi circoscritti di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita (separazioni/divorzi, malattie organiche, difficoltà di adattamento a nuove situazioni);- Esordio recente (3-6 mesi al max);- Adeguato funzionamento psicosociale- Punteggio VGF tra 60 e 90; |



c3 le specificità dell'età evolutiva

Anche nella casistica riguardante l'età evolutiva si raccomanda l'integrazione delle competenze pediatriche e psicologiche nell'individuazione dei casi e dei progetti di trattamento. L'invio da parte del PLS/MMG è determinante nel motivare i genitori a richiedere e accettare l'intervento psicologico per i figli.

In generale, un intervento psicologico appropriato è tanto più efficace quanto più è precoce e tempestivo, soprattutto nell'età evolutiva, che si caratterizza per una forte dinamicità e possibilità di cambiamento.

L'intervento psicologico integrato a livello delle Cure Primarie, oltre a prevenire lo sviluppo di psicopatologie complesse, implementando la resilienza individuale e familiare, determina a lungo termine una riduzione dei costi assistenziali nelle fasi successive dello sviluppo.

Tabella 6: Criteri di appropriatezza dell'invio nell'età evolutiva

| | |
|--|--|
| CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'INVIO IN ETÀ EVOLUTIVA | SINTOMI ESTERNALIZZATI E/O INTERNALIZZATI DI ESORDIO RECENTE, quali ansia, disturbi emozionali, disturbi reattivi del comportamento, non tali da giustificare l'inclusione in una categoria nosografica ICD10 |
| | REAZIONI DI DISAGIO EMOTIVO a LIFE-EVENTS acuti e/o RELAZIONI FAMILIARI DISTURBATE o CONFLITTUALI che determinano disagio emozionale nei figli |

A livello di cure primarie l'assistenza psicologica in età evolutiva assume un valore strategico per i seguenti motivi:



sensibilizzazione e/o motivazione dei genitori a percorsi di assistenza/cura per i figli e per la famiglia, condividendone l'indicazione con il PLS/MMG



incentivazione dei fattori di protezione allo sviluppo, attraverso interventi sia diretti che indiretti all'interno delle situazioni familiari più fragili dal punto di vista psicologico e sociale



intervento precoce, quando la psicopatologia non è ancora strutturata e la mobilità, tipica dello sviluppo infantile, consente l'emergere delle componenti più sane della personalità (oppure di supportare le potenzialità emergenti)

c3.1 specificità della prima infanzia (0-3 anni)

I “segnali di allarme” del disagio emozionale nella prima infanzia sono individuabili dal PLS/MMG nell’ambito dei bilanci di salute: la loro individuazione precoce rappresenta una preziosa opportunità preventiva e l’offerta di una efficace “via di ingresso” all’intervento psicologico, volto alla valorizzazione delle risorse relazionali che possono sostenere lo sviluppo “sano” del bambino.

La genitorialità assume, in questa fase evolutiva, un ruolo primario; pertanto si raccomanda che l’intervento psicologico sia focalizzato, prevalentemente, sulla funzione genitoriale.

Tabella 7: Criteri di appropriatezza dell’invio nella prima infanzia

| | |
|---|---|
| CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL’INVIO NELLA PRIMA INFANZIA (0-3 ANNI) | <i>DISTURBI FUNZIONALI del sonno, dell’alimentazione, della regolazione dei ritmi e della relazione</i> |
| | <i>DISAGIO PSICOLOGICO conseguente A LIFE EVENTS</i> |
| | <i>ELEVATI LIVELLI DI STRESS del contesto familiare in presenza di un bambino con patologia organica/cronica</i> |

c 3.2 specificità dell’età adolescenziale

La fascia di età considerata va dai 12–21 anni (come da indicazioni definite nel “Manuale di accreditamento tra pari” della Rete regionale piemontese del 2011).

In età adolescenziale i “segnali di allarme” del disagio emozionale e/o del rischio di psicopatologia sono da individuare tenendo conto della complessa dinamica evolutiva che caratterizza questa fase del ciclo vitale.

Trattare il malessere psicologico in adolescenza limita l’esito di psicopatologie più strutturate in età adulta, come indicato dalla letteratura scientifica sull’argomento.

In adolescenza è necessario evidenziare gli indicatori “fase specifici” che evidenziano un malessere presente ma espressione tipica di questa fase evolutiva, distinguendoli da segnali di malessere che caratterizzano un esordio di patologia psichica strutturata.

Tali indicatori “fase specifici” sono:

- Un valido rapporto con la realtà, anche in presenza di progettualità indeterminata
- Un’attitudine soddisfacente alla conoscenza e all’apprendimento
- La possibilità di riconoscere e integrare rappresentazioni e affetti, anche se con limiti della capacità narrativa
- Un buon controllo dell’aggressività, anche se le emozioni sono esasperate
- Sufficiente capacità di socializzare e utilizzare il gruppo dei pari come supporto alle difficoltà evolutive.

Indicatori di alterato funzionamento che necessitano di presa in carico complessa, multifattoriale e quindi territoriale a cura dei servizi preposti:

- Presenza di sintomatologia definita di alterato funzionamento psichico
- marcato ritiro (scolastico e/o lavorativo)
- assunzione sostanze psicoattive e abuso di alcool
- marcato comportamento deviante

§Si raccomanda di prestare particolare attenzione nella valutazione e nell'invio, quando questi ultimi indicatori risultano aggravati dall'assenza di una rete familiare supportiva e di riferimento.

All'individuazione degli indicatori di rischio contribuisce lo psicologo che si affianca al PLS/MMG, possibilmente condividendo l'utilizzo di griglie di valutazione appositamente costruite. Un esempio in tal senso potrebbe essere la scheda di osservazione per rilevare i bisogni di salute, predisposta per i PLS del territorio. (vedi allegato 1)

L'intervento psicologico, in collaborazione con il MMG/PLS, rivolto agli adolescenti deve prevedere un momento di accoglienza, valutazione e orientamento, cui seguono tre possibili percorsi:

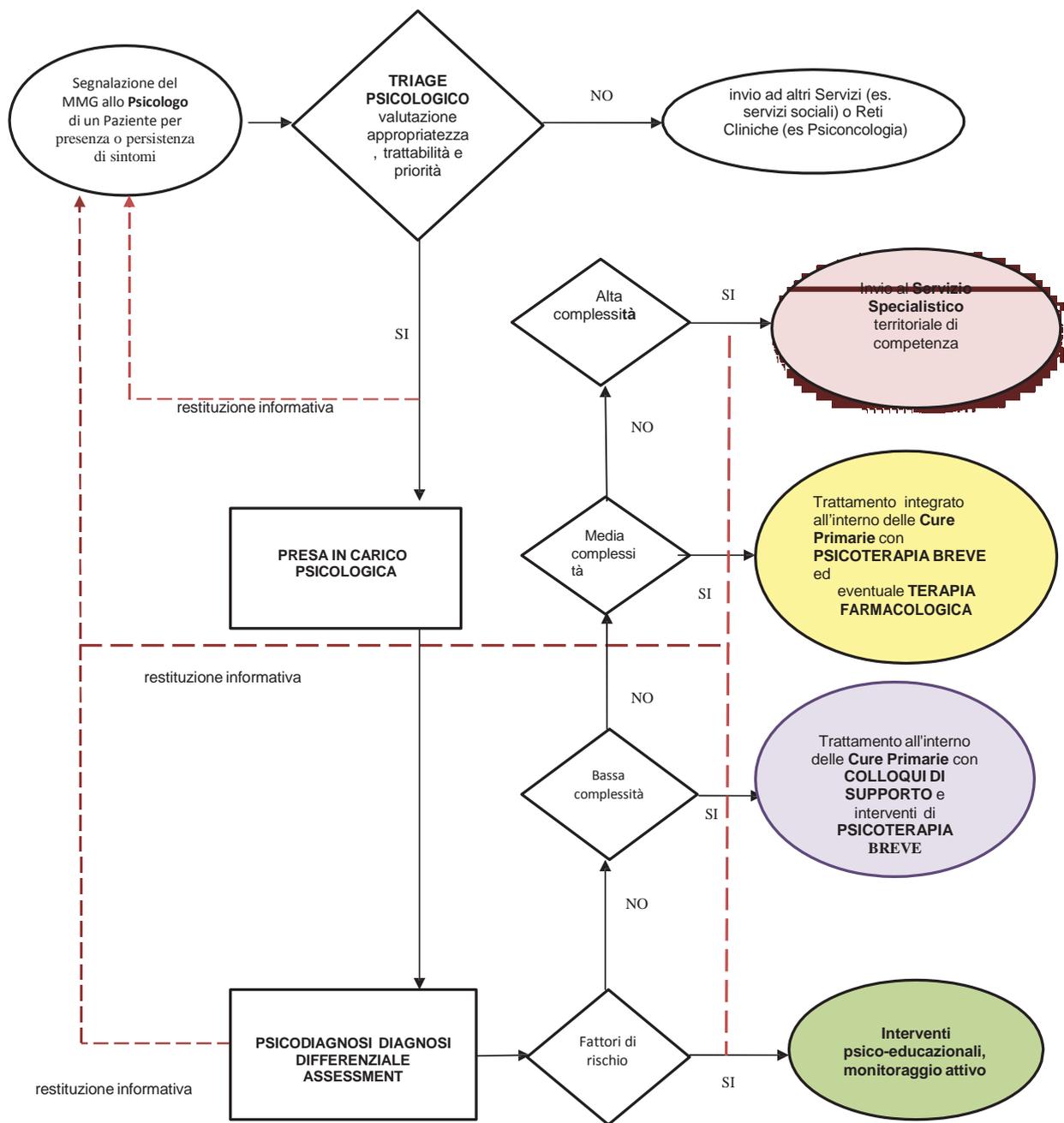
1. invio verso i Servizi della Rete dell'Adolescenza (Spazi Adolescenti)
2. Consultazioni psicologiche brevi in presenza di patologia organica (malattie dismetaboliche, gravi allergie..etc) dove possono svilupparsi sindromi ansiose, problemi di autostima, difficoltà di integrazione dell'immagine corporea, difficoltà di compliance alle cure mediche
3. Accompagnamento del paziente e dei genitori ai i Servizi Specialistici

c4- processi e livelli di assistenza

Responsabili della cura sono il MMG e lo Psicologo che effettuano un trattamento integrato del paziente, con rimandi informativi lungo il percorso di cura. Lo Psicologo, attraverso il triage, la diagnosi e l'assessment individua la tipologia di trattamento psicologico e il setting appropriato, in relazione al livello di funzionamento dell'individuo.

Si sottolinea che nelle Cure Primarie non rientrano trattamenti a medio/lungo termine, ad elevata complessità sanitaria (patologie degenerative, oncologiche, cronico-invalidanti, ecc) o che richiedano il coinvolgimento di una specifica equipe multi professionale (DCA, DSA, Disturbi pervasivi dello sviluppo, UVA, Stati Vegetativi..ecc).

I trattamenti sono schematizzati secondo un criterio di intensità di cura per livelli successivi di gravità (Bower, Gilbody , 2005).



c5- raccomandazioni professionali di triage/accoglienza, diagnosi e trattamento

c5.1 Triage/accoglienza

La richiesta di consulenza psicologica proveniente da pazienti minori o adulti deve essere *valutata da Psicologi con specifica formazione*, in quanto il disagio/disturbo psicologico sotteso alla domanda può avere gradi diversi di complessità e gravità, richiedendo quindi priorità di presa in carico, interventi e luoghi di cura differenziati.

L'attività di "trriage psicologico" dovrà essere strutturata in un ambito spazio-temporale preciso e rapportato alla domanda, con cadenza almeno settimanale.

§ Si raccomanda che lo Psicologo delle Cure Primarie strutturi un'attività di "TRIAGE PSICOLOGICO" utilizzando strumenti specifici sperimentati per discernere gli indicatori relativi alla gravità del problema e all'urgenza dell'intervento e/o all'orientamento della domanda psicologica verso altro Servizio (di primo o secondo livello) di competenza (Sert, Alcologia, Salute Mentale, NPI, UVA, Psiconcologia, Servizio di Psicologia, ecc.).

Sarà compito e responsabilità dello Psicologo che effettua il "trriage psicologico" programmare il primo colloquio e/o orientare la domanda, in relazione alle priorità individuate.

In questo modo si garantirà la presa in carico tempestiva di quelle situazioni connotate da fondate caratteristiche di priorità assistenziale, secondo indicatori non solo diagnostici, ma anche prognostici. Si registrano, infatti, situazioni non sempre caratterizzate da una particolare gravità in termini nosografici, ma per le quali un intervento tempestivo rappresenterebbe l'azione elettiva volta ad evitare aggravamento e trattamenti impropri.

§ Si raccomanda, all'interno dell'attività di triage, di acquisire informazioni relative a precedenti o contestuali prese in carico da parte di altri Servizi al fine di un corretto orientamento della domanda.

§ Si raccomanda per lo psicologo del triage un'attività di formazione specifica, secondo strumenti e procedure opportunamente predefiniti e condivisi.

c5.2 Diagnosi e Assessment

All'interno delle Cure Primarie lo Psicologo svolge attività di

- analisi della domanda
- costruzione di una relazione collaborativa con il paziente e con la rete sociale di supporto
- prima ricostruzione anamnestica della storia del paziente e della sua famiglia
- inquadramento nosografico del problema
- individuazione dei fattori di rischio/protezione sia individuali che del contesto familiare/ambientale
- valutazione del profilo di funzionamento psicologico
- individuazione di un piano di intervento, strutturato secondo criteri di intensità di cura (paragrafo C4)

si raccomanda che la valutazione psicodiagnostica e di assessment si svolga attraverso l'integrazione di colloqui clinici con strumenti standardizzati

c5.3 Trattamento

Il trattamento integrato è uno dei modelli di intervento che fanno riferimento al concetto di "Collaborative Care", che si riferisce alla presenza di servizi per problematiche psicologiche all'interno delle Cure Primarie. Le caratteristiche del trattamento integrato prevedono la presenza di professionisti della salute mentale nei contesti in cui viene erogata la Medicina di Base, la stretta collaborazione tra MMG e Psicologo, il focus del trattamento sulla persona vista nella sua globalità bio-psico-sociale. Tali modalità di integrazione sono state descritte nei paragrafi b2 e b3.

L'obiettivo è quello di fornire un Servizio accessibile, appropriato, costo-efficace, tempestivo e flessibile, collocato nei Servizi di Medicina di base ed in stretta relazione/integrazione con i Servizi Territoriali e Socio-Sanitari, così come con i Servizi di II Livello³.

§ Si raccomanda di intervenire con trattamenti fondati su comprovate evidenze di efficacia clinica e costo-efficacia (Fonagy et al., 2005), appropriati al setting delle Cure Primarie e ai livelli di complessità individuati, riconducibili alle seguenti tipologie:

- ✓ Interventi psico-educazionali individuali e di gruppo
- ✓ Potenziamento "life skills"
- ✓ Coaching familiare
- ✓ Consultazione psicologica
- ✓ Psicoterapie brevi-focali individuali
- ✓ Psicoterapie brevi-focali familiari

Come evidenziato dalla letteratura internazionale la scelta della tecnica d'intervento è molto importante, in quanto deve essere adeguata alla problematica cui viene applicata, ma è una buona relazione tra terapeuta e paziente a determinarne l'efficacia (Carr, 2009).

Nelle Cure Primarie, come già specificato in Tabella 6, non rientrano trattamenti complessi, a medio/lungo termine, ad alta integrazione sanitaria (patologie degenerative, oncologiche, cronico-invalidanti, ecc) o che richiedano il coinvolgimento di una specifiche equipe multi professionale (vedi criteri di gravità) Psicopatologia complessa, DCA, DSA, Disturbi pervasivi dello sviluppo, UVA, Stati Vegetativi..ecc).

c5.4 Valutazione dei risultati ed esiti clinici

§Si raccomanda di adottare strumenti di valutazione degli esiti degli interventi.

Per quanto riguarda i trattamenti effettuati sui soggetti dai 15 anni in poi risulta accreditato dalla comunità scientifica il test CBA VE (Cognitive Behavioural Assessment Valutazione dell'esito)⁴.

Il test risulta agevole nella somministrazione che deve essere fatta all'inizio ed alla fine dell'intervento (prevede anche una verifica di follow up). L'intervista produce un profilo individuale su 5 Scale (ansia, benessere, cambiamento, depressione e disagio) che evidenziano non solo i miglioramenti della sintomatologia negativa, ma anche le variazioni dei fattori di personalità, di tipo "positivo" (l'adattamento, coping, autoefficacia).

§Si raccomanda l'utilizzo di indicatori quantitativi per la valutazione degli interventi

In particolare i più diffusi nella pratica servono per identificare il numero di pazienti visti, definire l'area di appartenenza (Età evolutiva, Adolescenza, Età adulta), descrivere la Tipologia della casistica e le Azioni messe in campo (invio a Servizi Specialistici, Counselling, Psicoterapia Breve)

D Processi e standard organizzativi e gestionali

d1 raccomandazioni per la prima implementazione e l'avvio

Nell'organizzazione del sistema sanitario regionale, il Distretto rappresenta l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale che, ad un livello territoriale prossimo al cittadino, garantisce l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria e delle prestazioni socio-sanitarie.

Le Aziende Sanitarie Locali piemontesi sono attualmente articolate in 58 Distretti sanitari, ma si precisa che il PSSR 2012-15 (DGR 167/2012) prevede una revisione del numero e delle dimensioni dei medesimi, tuttora in corso.

Richiamando quanto già espresso nel paragrafo b, si registra che in Piemonte i Medici di Medicina Generale organizzati in gruppo sono 964, con una media di 4 medici e 5495 assistiti per ciascun gruppo. Allo stato attuale si contano 217 gruppi, così distribuiti nelle varie ASL:

| ASL | N° GRUPPI |
|-----|-----------|
| TO1 | 30 |
| TO2 | 24 |
| TO3 | 35 |
| TO4 | 19 |
| TO5 | 19 |
| VC | 8 |
| NO | 5 |
| CN1 | 20 |
| CN2 | 6 |
| BI | 5 |
| VCO | 5 |
| AL | 25 |
| AT | 16 |

(dati A.Re.S.S., aggiornati al 30 giugno 2012)

Nell'ipotesi di valutare l'impatto della presenza dello Psicologo nell'ambito delle Cure Primarie, il Distretto rappresenta a tutti gli effetti il contesto organizzativo e l'unità di riferimento da utilizzare per consentire un'accettabile distribuzione territoriale del Servizio di Psicologia integrato alla Medicina di Base.

Considerato che il modello operativo adottato dal presente documento fa riferimento al "trattamento integrato" tra MMG e Psicologo (paragrafi b2,b3), si ritiene che l'allocazione di tali risorse dovrà riferirsi alle forme di aggregazione dei MMG, previste dalle normative vigenti (PSSR 2012-15, paragrafi 5.2.1 e 5.2.4) e presenti in ciascun Distretto.

In conclusione lo Psicologo potrebbe affiancare il Medico di Medicina Generale, nelle varie realtà associative, assicurando la sua presenza continuativa negli ambulatori.

Il presente documento pertanto intende auspicare l'avvio di una sperimentazione che verifichi i presupposti teorico-clinici finora espressi e avvalori l'efficacia del modello, al fine di assumerlo come modalità operativa definitiva.

e Fonti e bibliografia di riferimento

- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K.(2002), *Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness*. JAMA, 288(14),1775-9
- Bower P., Gilbody F. (2005), *Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency : Narrative literature review*. The British Journal of Psychiatry, 186, 11-17
- Callahan E.J, Bertakis KD, Azari R, Robbins JA, Helms LJ, Leigh JP (2002), *Association of higher cost with symptoms and diagnosis of depression*. Journal of family practice; 51(6), 540- 544
- Carr A., *What works with children, adolescents and adults. A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. East Sussex, Routledge, 2009
- "Comunità professionale e percorso strategico degli Psicologi della Sanità piemontese - Un White Paper per la riflessione". CERGAS (2013)
- Fonagy P., Roth A., Higgitt A. (2005), *Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom*. Bulletin of the Menninger Clinic January, Vol. 69 (1), 1–58
- Grenier J. & al. (2008), *Collaboration between family physicians and psychologists*. Canadian Family Physician, 54, 232-233.
- Harrison P.L., Pope J.E., Coberley C.R., Rula E.Y. (2012), *Evaluation of the relationship between individual well-being and future health care utilization and cost*. Population health management, 15.
- Global status report on noncommunicable diseases. WHO, 2010
- Hodges B. & al. (2001), *Improving the psychiatric knowledge, skills and attitudes of primary care physicians. 1950-2000: A review*. American Journal of Psychiatry, 158, 1579-1586.
- Katon W., Roy-Byrne P.P. (1989), *Panic Disorder in the medically ill*. Journal of Clinical Psychiatry, 50(8), 299-302
- Lin E.H., Rutter C., Katon W., Heckbert R.S., Ciechanowski P., Oliver M.M. (2010), *Depression and advanced complications of diabete: a prospective cohort study*. Diabetes Care, 33, 264- 269
- Lin E. H., Katon W., Rutter W., Simon G., Ludman E.J., Von Korff M. et al. (2006), *Effects of enhanced depression treatment on diabetes self care*. Annals of Family Medicine, 4, 46-53.
- Liuzzi M., *Psicologia di Cure Primarie, concetti, metodi e ricerca clinica*. Milano, CIS Editore, 2010
- Margalit A.P.A., El-Ad A.(2008), *Costly patients with unexplained medical symptoms: A high- risk population*. Patient Education and Counseling, 70 (2), 173-178
- P. Michielin, G.Bertolotti, E.Sanavio, G.Vidotto, A.M.Zotti, *"Manuale d'uso del CBA-VE-Scheda anagrafica e di trattamento - Protocollo di somministrazione e Foglio di Scoring*. Università degli studi di Padova- Dipartiemtno di Psicologia Generale- Fondazione Salvatore Maugeri- Istituti Scientifici di riabilitazione di Tradate e Veruno, 2009
- Piette J.D., Richardson C., Valenstein M. (2004), *Addressing the needs of patients with multiple chronic illness. The case of diabetes and depression*. America Journal of Managed Care, 10, 152-162.
- Petrizzelli M., Macrì A. (2012), *La salute mentale nelle cure primarie. Una sperimentazione a Torino*. Torino Medica, 6, pp. 42-47

- Suhrcke, M., Nugent, RA, Stuckler, D., & Rocco L., *Chronic Disease: An Economic Perspective*. London, Oxford Health Alliance, 2006
- *Takling cronic desease in Europe*. European Observatory on Health System and Policies, 2010
- *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. London School of Economics, 2006
- Tovian S. (2006), *Interdisciplinary collaboration in outpatient practice*. Professional Psychology: Research and practice, 37, 268-272
- Ustun TB, Sartorius N *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995
- Van Weel C. & al. (2008). *Mental health and primary care: family medicine has a role*. *Mental Health Fam Med*, 5, 3-4.
- Wells K.B., Golding J.M., Burnam M.A. (1988), *Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions*. *America Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.
- *Primary Health Care now more than ever*. WHO Press, 2008

ALLEGATO 1

Griglia di rilevazione osservativa

| "Nascita sociale" | Inadeguata | Sufficiente | Adeguata |
|---|------------|-------------|----------|
| Progettualità e orientamento alla sua realizzazione | | | |
| Successo scolastico | | | |
| Relazioni con i coetanei | | | |
| Relazioni con gli adulti | | | |

| Comportamenti a rischio | Presenza | Assenza | Non rilevata |
|---|----------|---------|--------------|
| Aggressività auto/etero diretta (es. tentativi di suicidio, autolesionismo, comportamento violento) | | | |
| Sessualità (es. rapporti e rischio) | | | |
| Uso/abuso di sostanze (es. alcool, droghe, fumo) | | | |

| Salute mentale | Presenza | Assenza | Non rilevata |
|---------------------------------|----------|---------|--------------|
| Aspetti depressivi | | | |
| Disturbi alimentari | | | |
| Disturbi ansiosi | | | |
| Disturbo comportamento/condotta | | | |

Note:

.....

**PERCORSO
DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO sulla
DIAGNOSI PRECOCE
DELLE DEMENZE**

GIUGNO 2013

2013

SOMMARIO

| | |
|---|----------------|
| 1. PREMESSA | Pag. 3 |
| 2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE | Pag. 5 |
| 3. GRUPPO DI LAVORO E RIFERIMENTI | Pag. 11 |
| 4. LISTA DI DISTRIBUZIONE | Pag. 12 |
| 5. SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE | Pag. 13 |
| 6. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO | Pag. 17 |
| 7. TERMINI UTILIZZATI | Pag. 20 |
| 8. CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI | Pag. 21 |
| 9. DESCRIZIONE GENERALE DEL PERCORSO: OBIETTIVO, FASI E TRAGUARDI CLINICO-ASSITENZIALI | Pag. 22 |
| - Valutazione del MMG e primo invio all'UVA | Pag. 23 |
| - Prenotazione CUP | Pag. 25 |
| - Presa in carico presso l'ambulatorio UVA | Pag. 25 |
| - Osservazione e follow up | Pag. 26 |
| - Se il paziente presenta sintomi psicologico comportamentali | Pag. 26 |
| - Interventi non farmacologici nelle fasi precoci della malattia dementigena | Pag. 28 |
| - Delirium come prodromo di patologia dementigena | Pag. 30 |
| - Approfondimento diagnostico con diagnostica strumentale | Pag. 31 |
| 10. FLOW CHART diagnostica strumentale | Pag. 32 |
| - Approccio diagnostico in relazione ai fenotipi | Pag. 33 |
| - Esami di laboratorio | Pag. 33 |
| - Neuroimaging strutturale | Pag. 34 |
| - Neuroimaging funzionale | Pag. 35 |
| - EEG | Pag. 36 |
| - Indagini liquorali | Pag. 36 |
| - Indagini genetiche | Pag. 37 |
| - Sonologia | Pag. 39 |
| 11. RAPPORTO FRA LE UVA E ALTRI SERVIZI | Pag. 40 |
| - Schema di Protocollo d'intesa tra UVA e UVG | Pag. 40 |

| | |
|--|----------------|
| 12. FLOW CHART DEL PERCORSO | Pag. 42 |
| 13. INDICATORI CLINICI ED ORGANIZZATIVI | Pag. 43 |
| 14. IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA | Pag. 44 |
| 15. AUDIT | Pag. 45 |
| ALLEGATI | |
| • Criteria diagnostici per le principali forme di demenza | Pag. 46 |
| • Scheda di rilevazione A.Re.S.S. | Pag. 60 |
| • Questionario per lo Screening della Demenza S.D.S. | Pag. 61 |

PREMESSA

Le problematiche relative alla patologia dementigena stanno assumendo una rilevanza sempre maggiore in termini di sanità pubblica sia per la dimensione del problema che per l'impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

La demenza è stata definita la più grande sfida per i sistemi di welfare del XXI secolo: rappresenta infatti, non solo una grave problematica di salute personale, ma ha pesanti ricadute a livello familiare, sociale ed economico, destinate ad aggravarsi nel tempo. Le stime parlano di un impatto finanziario pari 141 miliardi di euro/ annui per l' Europa. (Packo, 2008).

Le previsioni demografiche dell'ISTAT 2005-2050 sostengono una tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana, per cui la percentuale di anziani over 65 passerà dal 19,5 al 33,6%, con una componente over 85 in crescita dal 2 al 7,8%. Secondo il Consiglio Nazionale delle Ricerche, che ha condotto lo studio italiano longitudinale sull'invecchiamento ILSA (Incidence of dementia, AD and vascular dementia in Italy. The ILSA study. J Am Geriatr Soc 2002; 50:41-8), tutti gli studi nazionali ed internazionali concordano nell'affermare che l'invecchiamento costituisca il più importante fattore di rischio per sviluppare una forma di demenza, uno dei principali problemi sanitari e socio-assistenziali. Non ci sono dubbi pertanto sull'attuale e futura importanza clinica e nella salute pubblica della demenza. Tale patologia ha anche un impatto economico: secondo il Censis Anno 2006), tra i costi diretti e indiretti, in Italia la spesa globale annua media per singolo paziente è pari a circa 60000 euro ed il costo medio annuo complessivo per la cura cresce in modo diretto con la gravità della malattia.

In linea con quanto rilevato dal Rif. Unità di Bioetica, Presidenza dell'ISS Roma 08/3, assume fondamentale importanza il programma di diagnosi precoce delle demenze. A questo proposito il costrutto di MCI (Mild cognitive Impairment, MCI; Peterson,1999) connota una condizione intermedia tra la normalità e la condizione demenziale, identificando quei soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare demenza. La percentuale di pazienti MCI che presenta un passaggio a demenza oscilla dal 3% al 12-15%, con una media di conversione che si aggira intorno al 10% annuo. Il programma propone un'analisi accurata delle caratteristiche neuropsicologiche all'esordio, momento cruciale per la corretta definizione clinica del MCI: tale caratterizzazione clinica rappresenta un elemento prognostico fondamentale per formulare un'ipotesi sul rischio di progressione e sul probabile tipo di demenza futura.

La patologia dementigena è una condizione che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento all'età di 80 anni(Moise *et al.*, 2004). Nella maggior parte dei casi si tratta in particolare di Demenza di Alzheimer, rappresentando circa il 50-60% del totale.

Per demenza si intende genericamente una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive ed emotive della persona. Nella definizione generica di 'demenza' rientrano diverse malattie, alcune classificabili come demenze 'primarie', come la malattia di Alzheimer, la demenza con i corpi di Lewy, la demenza frontotemporale, e altre invece definite 'secondarie', in quanto conseguenza di altre condizioni, come ad esempio la demenza da AIDS. La malattia di Alzheimer rappresenta il 50-60% delle diverse forme di demenza: in Italia si stimano in

500.000 le persone colpite e si prevede che il numero raddoppierà entro il 2050. La demenza è spesso misconosciuta nelle fasi iniziali e nelle persone molto anziane. Invece, una diagnosi precoce potrebbe permettere di intervenire tempestivamente sulle cause delle demenze reversibili, avviare terapie in grado di ritardare la progressione della malattia, agire più incisivamente sulle capacità cognitive residue, organizzare al meglio la vita del malato e dei suoi familiari (DeKosky, S, T., et al. (2003) E' da sottolineare infatti che In Italia la quasi totalità degli anziani (anche degli anziani colpiti da demenza) vive in famiglia: la malattia di Alzheimer è stata per questo definita "malattia familiare". La letteratura internazionale evidenzia importanti conseguenze sulla salute fisica e mentale dei familiari conviventi (in particolare del caregiver ma non solo), che rischiano di diventare la seconda vittima della malattia dementigena.

Come denunciato nel Rapporto Mondiale Alzheimer 2011, tre quarti dei 36 milioni stimati di persone con demenza nel mondo non hanno una diagnosi e perciò non possono beneficiare di trattamenti, informazioni e cure. Nei Paesi ad alto reddito solo il 20-50% dei casi di demenza sono riconosciuti e documentati. Nei Paesi a basso e medio reddito la percentuale è del 10%.

La mancata diagnosi è spesso il risultato della falsa convinzione che la demenza sia parte del normale invecchiamento e che non ci sia nulla da fare. Al contrario, le evidenze internazionali dimostrano che trattamenti mirati possono fare la differenza, anche nello stadio iniziale della malattia. Sulla base di una revisione delle analisi economiche, il Rapporto stima che la diagnosi tempestiva potrebbe far risparmiare fino a 10.000 dollari per malato nei Paesi ad alto reddito.

La nostra Regione ha, negli anni, costruito una rete di servizi per la presa in carico delle persone affette da demenza caratterizzata da una pluralità di interventi specifici per ciascuna fase di questa malattia: dai centri per la diagnosi (Unità di Valutazione Alzheimer, istituite con Decreto ministeriale del 20 luglio 2000), ai servizi domiciliari (assistenza domiciliare, assegno di cura, pasti a domicilio...) ai centri semiresidenziali (i centri diurni) e ai servizi residenziali (Nuclei temporanei Alzheimer e RSA).

Le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) rappresentano nel Servizio Sanitario Nazionale i centri clinici di riferimento per la diagnosi e la gestione dei pazienti affetti da demenza. Tali strutture in diverse regioni sono in fase di riorganizzazione e talvolta di cambio di denominazione. Medici (neurologi, geriatri, psichiatri, medici di medicina generale), psicologi, riabilitatori e assistenti sociali sono professionalmente coinvolti nell'assistenza dei pazienti con demenza. In Piemonte, operano 25 Unità di valutazione Alzheimer, distribuite a livello territoriale ed ospedaliero che seguono più di 20 mila persone affette dai differenti tipi di patologie dementigene.

Obiettivo del presente documento è fornire agli operatori che, con differenti competenze, lavorano per le persone affette da demenza, uno strumento di indirizzo per la diagnosi tempestiva della demenza e la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia.

A fronte infatti del progressivo aumento del numero di pazienti, della complessità delle loro situazioni clinico-assistenziali e socio-familiari, della costante necessità di semplificazione dell'accesso ai servizi e della riduzione dei connessi disagi al paziente ed alla sua famiglia, oltre che della disponibilità di risorse predefinite e limitate, si ritiene necessario definire modalità più appropriate ed condivise sul territorio per la gestione della prima fase del percorso, attualmente ancora in parte frammentaria e non sufficientemente coordinata: la fase del sospetto diagnostico, prima verifica diagnostica ed invio alla fase specialistica.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA ha lo scopo di uniformare il percorso di diagnosi precoce delle demenze in Piemonte. Infatti, la carenza di atti istituzionali di indirizzo a valenza regionale ha determinato lo sviluppo di differenti prassi operative e modalità di presa in carico dei pazienti nelle diverse ASL. Il presente documento aspira alla standardizzazione dell'iter del paziente dal primo contatto con il sistema sanitario, a seguito di problematiche di salute che pongano dubbi relativi ad una possibile diagnosi di demenza, sino alla conferma diagnostica o meno della patologia dementigena stessa.

Tale PDTA si propone dunque di garantire la riproducibilità delle azioni intraprese dai singoli specialisti in tutto il territorio regionale e l'uniformità delle prestazioni erogate. Ancora, la descrizione del percorso diagnostico per la diagnosi precoce delle demenze si pone quale strumento utile a chiarire il ruolo delle singole professionalità nella gestione del paziente, lo scambio di informazioni tra operatori e tra operatori, pazienti e familiari.

Il percorso viene utilizzato nell'ambito della regione Piemonte quale modello locale che, attraverso la contestualizzazione delle Linee guida internazionali in merito alla diagnosi precoce delle demenze e in relazione alle risorse disponibili, delinea il miglior percorso praticabile oggi nelle nostre Aziende sanitarie.

Fine ultimo del presente PDTA resta l'adempimento di quanto espresso nel Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, declinato specificatamente per la nostra Regione nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012, in cui la revisione dei percorsi assistenziali per i soggetti da malattie neurologiche si configura quale obiettivo prioritario al fine di ottenere una riduzione delle ricadute negative conseguenti ad una diagnosi tardiva della patologia dementigena. La letteratura internazionale denota infatti che la presa in carico del paziente in una fase pre-clinica, in cui i soggetti riferiscono in prima persona sfumati problemi della memoria o in cui soltanto i familiari si rendono conto dei cambiamenti di carattere o dei deficit cognitivi lievi, consente ai pazienti e ai loro familiari la possibilità di pianificare meglio il loro futuro o di avvalersi precocemente di aiuto, supporto e trattamenti (sociali, psicologici e farmacologici) disponibili. Più precocemente la diagnosi viene effettuata, migliori possono essere le opportunità di intervento (Carpenter et al., 2008).

Le strutture preposte alla diagnosi e alla presa in carico delle demenze sono le Unità di valutazione Alzheimer. Il decreto ministeriale del 20 luglio 2000 ha previsto che le Regioni e le Province autonome identificassero le strutture per la diagnosi e il trattamento delle demenze di Alzheimer (Unità di Valutazione per l'Alzheimer – UVA) in modo da garantire la massima accessibilità ai farmaci per le demenze a tutti i pazienti interessati. I criteri suggeriti nel protocollo del Progetto Cronos per la costituzione delle UVA erano centrati sull'identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri e dei servizi specialistici aziendali, della medicina generale e dei servizi di assistenza domiciliare in modo da garantire:

- la capacità di valutare il soggetto con disturbi cognitivo - comportamentali seguendo un percorso diagnostico strutturato

- la capacità di mantenere un contatto e un'interazione continua con il medico di famiglia in modo da garantire la continuità delle cure dell'ammalato
- la disponibilità di strutture per l'erogazione dei farmaci anticolinesterasici per il trattamento sintomatico della demenza di Alzheimer.

Allo scopo di approfondire la realtà del percorso diagnostico e terapeutico del paziente affetto da demenza, le attività e i ruoli degli attori principali del processo, è stato predisposto dal gruppo di lavoro un questionario (Allegato n° 2) rivolto alle 27 UVA distribuite sul territorio piemontese.

La tabella sottostante riporta i dati ottenuti:

FEDERAZIONE TORINO SUD EST

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|---|---|--|---------------|---|--|
| A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA Dott. Massimiliano Massaia | Geriatrici, Infermieri, Neuropsicologa | Alzheimer 45% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 30% altra demenza 10% | 2000 | MMG, specialisti: neurologo, geriatra Accesso diretto: no. | TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali e Indagini genetiche, TEST: valutazione completa a batteria testistica |
| A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA Prof.ssa Paola Rocca | Medico Psichiatra, Neuropsicologa | Alzheimer 50% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 25% altra demenza 10% | 420 | MMG, specialisti: neurologo, geriatra Accesso diretto: si | TAC, RM, SPECT, Indagini liquorali e Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche: indagini effettuate in collaborazione con la Neurologia TEST: MMSE, ADAS-Cog, MODA, MOCA, FAB, ENB + approfondimenti vari |
| A.O. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA Prof. Innocenzo Rainero | Neurologi, Neurogenetista, Psicologi | Alzheimer 65% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 5% altra demenza 15% | 1000 | MMG, specialisti: geriatra Accesso diretto: si | TAC, RM, SPECT, PET, Indagini Liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: profilo differenziato per patologia. Collaborazione Prof. ? Dip. Psicologia |
| ASL TO1 Dott.ssa Daniela Leotta | Geriatrici, Neurologi, Infermieri, Psicologo borsista | Alzheimer 56% Parkinsonismi 33% Demenza vasc. 8% altra demenza 3% | 953 | MMG, Specialisti: Neurologo SUMAI, Neurologo libero professionista, Psichiatra, accesso diretto | TAC, RM non in sede, SPECT non in sede, PET, Indagini Liquorali, Indagini genetiche non in sede, Indagini Neurofisiologiche + EEG mapping, TEST: tutti |
| ASL TO5 Dr. Guido Barberis - Dr. Marco De Mattei | Geriatrici Neurologi Psichiatri Neuropsicologo Tecnico Neurofisiopat. | Alzheimer 59% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 19% altra demenza 12% | 1187 | MMG, Specialisti (Geriatrici, Neurologi, Psichiatri) | TAC, SPECT, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, CLOX, FAB + MODA, MOCA, CBI |

FEDERAZIONE TORINO NORD

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|---|--|--|---------------|--|--|
| ASL TO2 Dr. Antonino Maria Cotroneo | Geriatra Psichiatra Psicologo | Alzheimer 40% Parkinsonismi 25% Demenza vasc. 30% altra demenza 5% | 1525 | MMG, Specialisti: Geriatra, Neurologo, Psicologo | TAC, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MOCA, MODA, NPI, Cornell, Hamilton, RBANS |
| ASL TO2 Dr. Marco Casti | Geriatra Psichiatra Neurologo | Alzheimer 72% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 20% altra demenza 3% | 939 | MMG, Specialisti: Neurologo, Psichiatra, Internista | TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MODA, MOCA, NPI, Cornell, Hamilton |
| ASL TO2 Dr. Daniele Imperiale | Neurologo, Neuropsicologo, Genetista medico, Infermiere Professionale | Alzheimer 55% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 10% altra demenza 30% I parkinsonismi vengono seguiti presso l'ambulatorio dei disturbi del movimento della S.C. Dott.ssa Filippi/Cassano | 300 | MMG, Specialisti: Geriatra, Neurologo, Psichiatra Accesso diretto:si | TAC, RM (presso SGB), Indagini liquorali, Indagini Genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: screening + approfondimento |
| ASL TO4 Dr. Maurizio Ossola | Medico Infermiera | Alzheimer 55% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 28% altra demenza 22%: Malattia Alzheimer con encefalopatia vascolare | 1012 | MMG, Specialisti: Neurologo, no accesso diretto | Struttura ambulatoriale in un contesto di Poliambulatorio. Ospedali ASL TO4 quali strutture di riferimento per indagini strum., lab., radiol. Per le indagini psicometriche è attivata collaborazione con S.S. Psicologia di Ivrea. TAC, RM, SPECT, PET, Indagini Liquorali, Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, test orologio e MODA. |
| P.O. FATEBENE FRATELLI Dott. Piero Secreto | 8 Geriatri (rotaz.) 1 Neurologo 1 Psichiatra 2 Neuropsicologi 3 Infermieri 1 Ass. sociale | Alzheimer 45% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 25% altra demenza 10% | 2467 | MMG, Specialisti: Neurologo, Psichiatra, Geriatra Accesso diretto tramite reparto dedicato | TAC e RM (in convenzione), Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, Clox test, batterie neuropsicologiche di secondo livello. |

FEDERAZIONE TORINO OVEST

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|--|--|---|------------------|---|---|
| A.O. MAURIZIANO Dr. Michele Maniscalco | 2 neurologi 1 infermiere 1 ass. san. 3 psicologi Logopedista Ass.soc. Psichiatra e Geriatra al bisogno | 1 Alzheimer 65% 1 Parkinsonismi 5% 3 Demenza vasc. 20% altra demenza 10% | 300 | MMG, Specialisti (altre discipline) e accesso diretto | TAC, RM, SPECT, PET (eseguita all'esterno), Indagini liquorali (in parte inviate al M. Vittoria), Indagini genetiche (M. Vittoria), Indagini neurofisiologiche, TEST: racconto Babcock, PMC Raven matrici attentive, parole rey, coordinaz. Spaziale, fluenza verbale, span verbale, più altri al bisogno (fab, wais, giudizio verbale) |
| A.O.U. S. LUIGI GONZAGA Dr. Fausto Fantò | Medici Geriatri | Alzheimer 60% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 20% altra demenza 10%: demenze miste (vascolare - degenerativa) | 600 * | MMG, Specialisti (tutti, compresi Psichiatri e Internisti) | TAC, RM, SPECT DATA SCAN, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, GDS, NPI, MODA, CDR |
| ASL TO3 Dr. Emilio Luda | 2 Neurologi, 1 Psicologo spec. convenz. 16h/sett., 1 Infermiere (solo in parte dedicata a UVA) | Alzheimer 50 - 55% Parkinsonismi 20 - 25% Levy body 25% Demenza vasc. 15-20% altra demenza 10% soprattutto FTD | circa 800 | MMG, Specialisti (Neurologi, Geriatri), accesso diretto pochi | TAC, RM, Indagini Liquorali (lab. M. Vittoria o S. Luigi, per amiloide, Tan, P. TAV, 14,3,3), Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, Matrici, Memoria di prosa, fluenza fonetica e, THT, FBI, Wisconsin |
| ASL TO3 Dr. Silvio Venuti | 2 Dirigenti Medici specialisti in geriatria | Alzheimer 42% Parkinsonismi 6% Demenza vasc. 36% altra demenza 16% | 2614 (anno 2012) | MMG | TAC, RM, TEST: MMSE, Fluenza verbale, Clock drawin et al |

FEDERAZIONE PIEMONTE NORD EST

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|--|--|--|--|--|--|
| A.O.U. NO Dott.ssa Emanuela Terazzi | neurologo e psicologo (in consulenza) | Alzheimer 60% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 20% altra demenza 5% (frontali, post traumatiche, reversibili) | 800 circa | MMG, specialisti: neurologo, geriatra, internista, psichiatra. Accesso diretto: no. | TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: MMSE, MOCA, MODA, FAB, WEIGL, ed |
| ASL NO Dott.ssa Godi | neurologo, psicologo, geriatra | Alzheimer 70% Parkinsonismi 8% Demenza vasc. 20% altra demenza 2% | 725 (pz seguiti da Ospedale Borgomanero, Poliambulatorio di Novara, Borgomanero, RSA) | MMG | TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: Funzioni logico-deduttive, test per valutazione memoria/funzioni esecutive |
| ASL BI Due UVA Geriatra: Dr. Bernardino De Bernardi Neurologia: Dr. Graziano Gusmaroli | Medici specialisti, Infermieri, Neuropsicologo, Assistenti sociali | Alzheimer 52% Parkinsonismi 5% Demenza vasc. 41% altra demenza 2% | 480 | MMG e accesso diretto | TAC, RM, SPECT, Indagini liquorali con invio campioni di prelievo eseguiti in loco, Indagini neurofisiologiche, TEST: MMSE, ADAS COG., MODA, MOCA |
| ASL VC Dr.ssa Roberta Santamaria | neurologo, infermiere | Alzheimer 70% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 5% | 1050 | MMG, specialista: Geriatra | TAC, RM, Indagini liquorali, TEST neuropsicologici: MMS |
| ASL VCO Dr. Fabio Di Stefano | Specialista Geriatra o Neurologo, Infermiere, psicologo (non in ruolo). Collabora anche l'assistente sociale (come componente UVG), quando necessario. | Alzheimer 50% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 20% altra demenza 20% | 1300 circa, in vario stadio di malattia: dal decadimento cognitivo lieve, non inquadabile come demenza, alle forme più avanzate di pazienti gravemente compromessi | MMG invia oltre l'80-90% dei pz. Circa il 10% inviato da vari specialisti ospedalieri | TAC, RMN cerebrale, indagini liquorali, indagini genetiche SPECT e PET cerebrale, indagini neurofisiologiche, TEST neuropsicologici (MMSE, MOCA, MODA, ADAS, FAB, m. di Raven, test di fluenza verbale, TMT A e B, Figura di Rey, Wisconsin Card Sortine Test) Per alcuni accertamenti strumentali i pazienti vengono inviati presso altre strutture. |

FEDERAZIONE PIEMONTE SUD OVEST

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|--|---|---|--------------------------------|--|--|
| A.O. CN Dr. Luca Ambrogio, Dr.ssa Giorgetta Cappa | geriatri neurologi neuropsicologi (ASL CN1) infermieri | Alzheimer 50% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 20% altra demenza 10% | 200 - 250 | MMG, Specialista (Psichiatra) | TAC, RM, SPECT, PET, Indagini liquorali e Indagini genetiche (in parte inviate ad altri enti), Indagini neurofisiologiche, TEST: ADAS cog, MMSE, MODA, MOCA, SPMSQ, FAB, fluenza verbale, Full Battery, Neuropsicologo ASL CN1 |
| ASL CN1 (ambito ex ASL 16) Dr. Marotta Vincenzo | Neurologo, Psichiatra, Psicologo | Alzheimer 70,3% Parkinsonismi 9,7% Demenza vasc. 10% altra demenza 10% | 340/anno 45,9% prime visite | MMG | TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini genetiche, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (Mini mental, ADAS) |
| ASL CN1 (ambito ex ASL 17) Dr. Danilo Seliak | Neurologi, Geriatri | Alzheimer 60% Parkinsonismi 10% Demenza vasc. 25% altra demenza 5% | 400 circa | MMG (amb. 1° livello), Specialisti: Neurologo, Geriatra (amb. 2° livello) | TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (MMSE, TAB, MOCA, clock DA test, Geriatric depression, Hamilton -batteria completa solo per 2° livello-) |
| ASL CN2 Dr. Giovanni Asteggiano | neurologi, psichiatri, geriatri | Alzheimer 50% Parkinsonismi 20% Demenza vasc. 20% altra demenza 10% | 300 circa | MMG, Neurologo e accesso diretto | TAC, RM, Indagini liquorali, Indagini Neurofisiologiche, TEST: (MMSE, Raven's matrices, FAB, MODA) |

FEDERAZIONE PIEMONTE SUD EST

| ASL - A.O. | EQUIPE | % pazienti | tot. pazienti | invianti | strumenti |
|---|--|---|---|-----------------------------------|--|
| ASL AT Dr. Marcello Francesconi | Geriatra, Neurologo, Infermiera, Neuropsicologa | Alzheimer 65% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 3% M.C.I. 7% | 950 * | MMG | TAC, RM, TEST: MMSE, FAB, MOCA, ADAS |
| A.O. AL Dott.ssa Carla Ravera | 1 medico, 2 psicologi (volontari), 1 infermiera (part time) | Alzheimer 50% Parkinsonismi 15% Demenza vasc. 10% altra demenza 25% comprese demenze miste | 2000 circa | MMG e Neurologo | TAC, RM, Indagini liquorali (concentrate con lo specialista Neurologo), TEST: (MMSE, Clock Drawing test, MODA-MOCA, GDS, test memoria di prosa, ADL, IADL, NPI, Barthel Index, Figura di Rey, test gettoni, matrici attentive) |
| ASL AL Direttore della SOC Neurologia del P.O. Tortona-Novi, 1 Psichiatra P.O. Ovada e 1 neuropsicologo dell'ASL AL | Neurologi della SOC Neurologia del P.O. Tortona-Novi, 1 Psichiatra P.O. Ovada e 1 neuropsicologo dell'ASL AL | Alzheimer 50% Demenza vasc. 40% altra demenza 10% I Parkinsonismi vengono seguiti in un ambulatorio apposito | 700 in totale presso gli ambulatori dei P.O. di Novi, Tortona, Acqui e Ovada | MMG, Specialisti: Neurologi | TAC, RM, Indagini Liquorali, Indagini Neurofisiologiche TEST: MMSE, E.N.B. |

Come è possibile osservare, le caratteristiche delle UVA operanti sul territorio piemontese sono molto differenti e supportano la necessità di una condivisione di modalità operative che rispecchi quanto emerge dalle linee guida internazionali.

SCelta DEL PROBLEMA DI SALUTE

La costruzione di un percorso per la diagnosi precoce delle demenze risponde ad un mandato dell'Assessorato alla Salute della nostra Regione di adempiere a quanto previsto nei Piani di prevenzione 2010 2012 per quanto stabilito rispetto alle azioni di prevenzione per le malattie neurologiche. Il Piano prevede in particolare di "Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche, perseguendo i seguenti obiettivi:

- rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti;
- verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile.

Tali obiettivi si possono perseguire attuando una "Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle altre demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica".

La scheda progetto relativa a tale problematica di salute, si propone di avviare percorsi che consentano la presa in carico del paziente in una fase pre-clinica, in cui i soggetti riferiscono in prima persona sfumati problemi della memoria o in cui soltanto i familiari si rendono conto dei cambiamenti di carattere o dei deficit cognitivi lievi. In tal modo, il programma di prevenzione si propone di rallentare il più possibile il processo degenerativo, di ritardare o evitare l'istituzionalizzazione, in modo tale che i familiari possano pianificare secondo le loro necessità il percorso di assistenza. E' noto infatti che se la diagnosi di demenza viene posta in modo tempestivo o addirittura in fase asintomatica, i pazienti e i loro familiari hanno la possibilità di pianificare il loro futuro o di avvalersi di aiuto, supporto e trattamenti (sociali, psicologici e farmacologici) disponibili. Più precocemente la diagnosi viene effettuata, migliori possono essere le opportunità di intervento (Carpenter et al., 2008).

Il Piano di prevenzione regionale propone dunque azioni che oltre a garantire una migliore qualità della cura e migliore qualità della vita per il paziente e i suoi familiari, potrebbero avere ricadute importanti sui costi a carico del SSN. Banerjee e Wittemberg (2009) partendo dall'analisi dei costi iniziali per la creazione di un team multidisciplinare all'interno dei Servizi di diagnosi precoce, dimostrano come una riduzione del 6%, 10% e del 20% di ricoveri porti ad avere un significativo risparmio della spesa pubblica. Infatti, una diagnosi accurata permette un trattamento mirato e quindi un utilizzo più consapevole dei farmaci da parte dei curanti. Inoltre la formazione e informazione rivolta ai caregivers, rispetto alla gestione domiciliare del paziente, consente un impiego minore dei farmaci per il contenimento di disturbi comportamentali, accessi impropri presso DEA e strutture residenziali dei pazienti. Infine le attività di diagnosi precoce permettono una riduzione dei costi derivanti dalle patologie caregivers correlate, quali farmaci, psicofarmaci e accessi ai servizi di supporto.

La realizzazione del progetto di prevenzione ha visto una prima fase pilota attuata nell'ALSTO3, ove in particolare nella programmazione 2012 si è avviata l'integrazione delle diverse aree cliniche che intervengono per la diagnosi precoce delle demenze: l'ambito ospedaliero (in supporto e integrazione ai reparti di Neurologia, Geriatria, Psichiatria) e l'ambito territoriale (Ambulatori, RSA, Centri Diurni) con l'obiettivo di generare continuità e presa in carico del paziente e della sua famiglia. Dal punto di vista

strutturale il Progetto è stato assimilato alla Direzione Integrata Interaziendale salute mentale e dipendenze patologiche che si pone trasversalmente all'ASL TO3 considerata ASL capofila del Progetto. Il coordinamento è stato affidato ad un Dirigente Psicologo con provate competenze neuropsicologiche e di psicodiagnostica, a cui fanno riferimento quattro Neuropsicologi per 100 ore settimana.

Tale fase sperimentale, a fronte del rinnovato finanziamento statale per i Piani di prevenzione sopra citati deve ora passare ad una fase attuativa, il cui primo passo è quello della costruzione di un PDTA di valenza regionale.

La scelta di attivare nella nostra Regione un percorso specifico di diagnosi precoce delle demenze trova fondamento nel quadro epidemiologico attuale: tenendo presente che il principale fattore di rischio per lo sviluppo di demenza è l'età, la nostra Regione ha un primato in Italia: Il Piemonte è una delle regioni italiane nelle quali si vive più a lungo. Gli ultra65enni sono il 22,7% della popolazione, contro una media nazionale del 20%. Il dato è particolarmente rilevante se si tiene conto che l'Italia è anche uno dei paesi nei quali si vive più a lungo. Quindi il Piemonte è una sorta di primato nel primato: ai primi posti in Italia, quando l'Italia è ai primi posti al mondo. Complessivamente, gli ultra65enni sono, in Piemonte, circa 1 milione. La provincia di Torino è fra le più giovani del Piemonte (insieme a Novara) ma, all'interno della provincia, la Città di Torino fa rilevare una presenza di anziani superiore ai valori medi regionali. La provincia piemontese con la più elevata percentuale di anziani è invece Alessandria (26% dei residenti totali), seguita da Vercelli (25%).

Secondo l'Istat, in Italia, la popolazione ultra65enne è pari a 11,9 milioni di persone, il 20,1% del totale. È un valore quasi doppio rispetto a quello registrato meno di quaranta anni fa, nel censimento del 1971, quando gli anziani erano solo l'11,3% della popolazione. Ancora più consistente risulta nello stesso periodo l'evoluzione del numero dei "grandi anziani", gli ultra75enni, il cui numero si è quasi triplicato in valore assoluto (da meno di 2,1 milioni ad oltre 5,7 milioni), passando dal 3,9% al 9,6% della popolazione complessiva. In termini percentuali, i valori italiani odierni non hanno equivalenti nell'Unione Europea ed è atteso un loro ulteriore consistente incremento entro il 2040, quando gli over 65 potrebbero raggiungere il 31,3% e gli over 75 il 16,6% del totale (Istat, 2009).

Sulla base di questi dati demografici, proviamo ad applicare alla nostra popolazione piemontese i dati di prevalenza provenienti dalla letteratura internazionale. Dobbiamo precisare che gli studi epidemiologici in letteratura presentano discrepanze quantitative importanti per prevalenza e incidenza, dovute a eterogeneità di fattori come criteri diagnostici adottati, modalità di arruolamento dei casi (campioni di popolazione, medici di famiglia, casistiche ospedaliere) e struttura della popolazione di riferimento (per classi d'età e sesso)

La demenza di Alzheimer (DA) rappresenta, il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenni del 4,4%.

La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.

I tassi d'incidenza per DA, osservati in Europa, indicano un incremento nei maschi da 0,9 casi per 1.000

anni-persona nella fascia d'età' 65-69 anni a 20 casi in quella con età maggiore di 90 anni; nelle donne, invece, l'incremento varia da 2,2 nella classe d'età 65-69 a 69,7 casi per 1.000 anni-persona in quella maggiore di 90 anni.

Recenti stime di prevalenza della demenza ottenute dalla revisione sistematica e metanalisi di Prince et al (2012 10/66 Dementia Research Group)) stimano nella popolazione ultra sessantenne europea una prevalenza del 5.78% di patologie dementigene. Se applichiamo tali percentuali alla nostra Regione si ottiene che su una popolazione che nel 2011 era pari a 1.313.690 persone ultrasessantenni, 739.874 femmine e 573.816 maschi, circa 75 mila persone erano affette da una qualche forma di demenza. Per quanto riguarda l'incidenza, in Italia è stata calcolata una incidenza di 11.9 nuovi casi all'anno per ogni 1.000 abitanti per le età superiori a 65 anni (questo corrisponde a circa 96.000 nuovi casi di demenza ogni anno). Anche l'incidenza subisce un incremento con l'età, passando da 4.1 casi per 1.000 abitanti per le età fra 65 e 69 anni a 29.9 per le età fra 80 e 84 anni.

| Age Range | Male Prevalence | Female Prevalence | Total Prevalence |
|-----------|-----------------|-------------------|------------------|
| 60-64 | 1,7 | 1,5 | 1,6 |
| 65-69 | 1,1 | 1,4 | 1,3 |
| 70-74 | 4,1 | 4,1 | 4,1 |
| 75-79 | 4,2 | 8,5 | 6,8 |
| 80-84 | 9,5 | 14,6 | 12,7 |
| 85-89 | 16,9 | 26,9 | 23,4 |
| 90-94 | 29,1 | 32,8 | 31,6 |
| >95 | 27,1 | 50,3 | 45,5 |

I dati del più recente Progetto internazionale ALCOVE (Alzheimer cooperative valuation in Europe- <http://www.alcove-project.eu/>) attestano i seguenti tassi di prevalenza per fasce di età in Europa.

Se consideriamo la popolazione piemontese nell'anno 2011 (Banca Dati disponibile : <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>), nella nostra Regione si stimano circa 4600 casi prevalenti di demenza nella fascia d'età 60-64 anni, 3200 casi nella fascia d'età 65-70, 10.500 casi nella fascia 70-74, circa 14 300 casi nella fascia d'età dai 75 ai 79 anni, 21000 casi nella fascia 80-84 anni, 22400 casi nella fascia 85-89 anni, 10463 casi nella fascia 90-94 anni e circa 5000 casi tra i cittadini residenti con più di 95 anni.

La malattia di Alzheimer è la causa più frequente della demenza (50-60% dei casi), il 10-20% è su base vascolare; nel 15% circa dei casi la forma degenerativa e quella vascolare coesistono; forme relativamente più rare di demenza, quali la malattia a corpi di Lewy e la demenza di Pick, hanno frequenze stimate in modo abbastanza diverso nei vari studi disponibili. Il 5-20% delle demenze è secondario a patologie potenzialmente reversibili (tabella 6). Molte altre condizioni possono manifestarsi con il quadro clinico della demenza, come si può rilevare nella tabella 7.

Si calcola che la prevalenza di demenza negli istituti per non autosufficienti vari dal 15 fino al 60%. L'aumento quasi esponenziale della prevalenza della malattia di Alzheimer con l'età ha fatto supporre ad alcuni autori che la malattia fosse determinata dai processi dell'invecchiamento (ageing related). In realtà, le osservazioni più recenti indicano che la prevalenza dell'AD ha un picco intorno ai 90-95 anni, dopodiché si assiste ad una diminuzione, indicando che si tratta di una malattia età-correlata (age related) che trova il suo picco di massima prevalenza in età molto avanzata.

In sintesi, i criteri che sostengono la scelta della diagnosi precoce della demenza, all'interno del vasto panorama della neurologia, quale problematica clinica oggetto del PDTA, possono essere così schematizzati:

- 1) impegno appropriato di risorse professionali e tecnico-strumentali all'interno dei Servizi in risposta alla problematica di salute;
- 2) gravi conseguenze per la salute derivanti da carente o inappropriato intervento di gestione del paziente con diagnosi tardiva di demenza;
- 3) impatto della malattia sul paziente e sulla famiglia, con conseguente necessità di interventi di rete;
- 4) errore nella diagnosi o ritardo nell'invio ai centri specialistici di riferimento;
- 5) necessità di implementare modelli di integrazione degli interventi tra differenti Servizi;
- 6) importanti implicazioni sociali ed esistenziali legate alle manifestazioni cliniche della malattia.

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

Per la realizzazione del PDTA sulle demenze si è fatto riferimento al manuale metodologico dell’Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari “Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte” (A.Re.S.S., Assessorato Tutela Salute Regione Piemonte – 2007).

La demenza è spesso misconosciuta soprattutto nelle fasi iniziali. Una diagnosi precoce potrebbe permettere di intervenire tempestivamente avviando terapie in grado di ritardare la progressione della malattia ed agendo incisivamente sulle capacità cognitive residue (Petersen RC et al., 2001).

A tal fine nel corso dell’ultimo decennio, diverse società scientifiche, operanti in ambito neurologico e psicogeriatrico, hanno elaborato Linee Guida per indicare un approccio uniforme alla diagnosi per potere così riconoscere le diverse forme di demenza e identificare il tipo e la gravità della compromissione delle capacità cognitive e funzionali del malato ed il più corretto possibile trattamento farmacologico e non-farmacologico.

Di seguito sono riportate le principali Linee Guida nazionali e internazionali, condivise dalla comunità scientifica internazionale, che hanno costituito una base di lavoro per la realizzazione del presente documento:

Tra le prime e più autorevoli linee guida vi sono quelle dell’American Academy of Neurology (Doody RS et al., 2001; Knopman DS et al., 2001; Petersen RC et al., 2001). Gli autori concludono che la malattia di che la malattia di Alzheimer (MA) dovrebbe essere diagnosticata e trattata nelle fasi più precoci possibili; i pazienti con MCI si differenziano dalla MA e dal normale invecchiamento e dovrebbero essere identificati e seguiti regolarmente nel tempo poiché una sostanziale percentuale di essi (25%) ha un’evoluzione verso la MA. I criteri clinici per diagnosticare la MA sono affidabili e validi. Sebbene la MA non sia guaribile, sono oggi disponibili terapie farmacologiche e non farmacologiche per controllare i sintomi, migliorare la qualità della vita e ritardare il momento del ricovero.

Nel 2005 l’Associazione Italiana di Psicogeriatria ha elaborato Linee Guida per il trattamento della Malattia di Alzheimer (Caltagirone C et al., 2005). Esse si basavano principalmente su dati derivati da RCT, ma anche su dati trattati da studi osservazionali apparsi nella letteratura scientifica (censita da Medline fino al 2005 e attinenti alla trattamento della MA). Sulla base dei risultati ottenuti gli interventi terapeutici erano stati classificati come “efficaci”, “inefficaci” o “di non provata efficacia”. A seconda della forza delle evidenze scientifiche (forte, buona o debole) i suggerimenti contenuti nelle linee guida venivano classificati come raccomandazioni di grado 1, 2 o 3. Gli Autori concludono che tali Linee Guida dovevano essere adottate per garantire il miglior esito possibile per il paziente.

Più recentemente, nel 2010 è stata istituita una task force per sviluppare una revisione delle linee guida della Federazione Europea della Società di Neurologia (EFNS) per la diagnosi e il trattamento della MA e altri disturbi associati alla demenza, pubblicati nel 2007. Lo scopo delle linee guida internazionali rivisitate era quello di presentare un documento sottoposto a peer-review, utile per la pratica clinica di neurologi, geriatri,

psichiatri e altri specialisti che si occupano di demenza. Il MCI e le demenze non-Alzheimer non sono stati inclusi in tali linee guida (Waldemar G et al., 2007; Hort J et al., 2010).

Nello stesso anno su *Neurology* (Roberts et al., 2010) è stata pubblicata un'indagine condotta su 420 neurologi appartenenti all'AAN, per valutare quanti specialisti considerano il MCI come una diagnosi clinica e come questi medici trattano tali sintomi. Da quanto emerge dallo studio, si evidenzia una pressoché unanimità nel considerare il MCI come categoria diagnostica utile, sebbene sia presente una disomogeneità sul tipo di trattamento fornito ai pazienti che a loro si rivolgono (principalmente trattamento farmacologico, esercizio fisico e/o mentale). Gli autori concludono affermando la necessità di formulare delle linee guida al fine di uniformare la pratica clinica e il trattamento di soggetti con MCI.

Una recente revisione sistematica della letteratura (Jean L et al., 2010) evidenzia la rilevanza degli interventi di stimolazione cognitiva sui soggetti con MCI. In particolar modo i dati hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo sulle misure della memoria, qualità della vita e umore (beneficio osservato nel 49% circa di soggetti sottoposti a trattamento di stimolazione cognitiva). Gli autori suggeriscono l'importanza di incrementare studi relativi alla stimolazione cognitiva in soggetti MCI, utilizzando un ampio campione, al fine di ottenere delle linee guida che permettano l'uniformità della pratica clinica nel trattamento non-farmacologico del MCI.

Sulla base delle ricerche internazionali, Palmer et al. (2010) concludono affermando l'estrema importanza dell'identificazione precoce dei pazienti con MCI, che rappresenta una fase prodromica della MA e che la sarebbero necessarie delle linee guida e avrebbero un importante impatto sulla pratica clinica e sulla sanità pubblica, sul futuro dei pazienti e dei loro caregiver.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Alves et al., Alzheimer's disease: a clinical practice-oriented review, *Frontiers in Neurology* 2012, 3, article 63; doi: 10.3389/fneur.2012.00063.

Azermai M, Petrovic M et al. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews* 11 (2012) 78– 86.

Cohn-Hokke et al., Genetics of Dementia: Update and Guidelines for the Clinician, *American Journal of Medical Genetics*, 2012; DOI 10.1002/ajmg.b.32080.

Goldman JS, Genetic counselling and testing for Alzheimer disease: Joint practice guidelines of the American College of Medical Genetics and the National Society of Genetic Counselors, *Genetics in Medicine* 2011, 13(6).

Hampstead BM, Stringer AY, Stilla RF, Deshpande G, Hu X, Moore AB, Sathian K. Activation and effective connectivity changes following explicit-memory training for face-name pairs in patients with mild cognitive impairment: a pilot study. *Neurorehabil Neural Repair*. 2011 Mar-Apr; 25 (3) : 210-22.

Hooghiemstra AM, Eggermont LH, Scheltens P, van der Flier WM, Bakker J, de Greef MH, Koppe PA, Scherder EJ Study protocol: EXERcise and cognition in sedentary adults with early-ONset dementia (EXERCISE-ON). *BMC Neurol*. 2012 Aug 16; 12 :75.

Hort J. et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* 2010, 17: 1236-1248.

Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Nissinen A, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimers Dement.* 2013 Jan 16.

Liu-Ambrose T, Eng JJ, Boyd LA, Jacova C, Davis JC, Bryan S, Lee P, Brasher P, Hsiung GY. Promotion of the mind through exercise (PROMoTE): a proof-of-concept randomized controlled trial of aerobic exercise training in older adults with vascular cognitive impairment. *BMC Neurol.* 2010 Feb 17; 10 : 14.

McKeith I.G. et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005; 65: 1863-1872.

McKhann G.M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 7(2011) 263-269.

Muayqil et al., Evidence-based guideline: Diagnostic accuracy of CSF 14-3-3 protein in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease : Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology* 2012;79;1499; DOI 10.1212/WNL.0b013e31826d5fc3.

NEW DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ALZHEIMER'S DISEASE (National Institute on Aging – Alzheimer's Association – 2011).

NICE clinical guideline 42. Supporting people with dementia and their carers in health and social care November 2006.

Roks G et al. The use of EEG in the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79:377-380.

Solomon A, Kivipelto M, Soininen H. Prevention of Alzheimer's Disease: Moving Backward through the Lifespan. *Alzheimers Dis.* 2013; 33 Suppl 1 : S 465 – 9.

Sorbi S et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *European Journal of Neurology* 2012, 19:1159-1179.

Tangen GG, Londos E, Olsson J, Minthon L, Mengshoel AM. A longitudinal study of physical function in patients with early-onset dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2012 Jan; 2(1): 622 – 31.

Volkers KM, Scherder EJ. The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized-controlled trial. *BMC Geriatr.* 2011 Aug 9; 11 : 38.

TERMINI UTILIZZATI

Di seguito sono elencati i principali termini e gli stessi sono descritti ai fini dell'applicazione dei contenuti del documento.

| TERMINE | DESCRIZIONE |
|---|---|
| Linee guida | Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso uno specifico percorso metodologico che include una revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili e la interpretazione multidisciplinare e multiprofessionale di queste ultime. Il loro obiettivo è indirizzare le decisioni cliniche in modo da favorire l'impiego di interventi di documentata efficacia nelle circostanze cliniche e nei contesti organizzativi appropriati. |
| Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali | Contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi documenti locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, descrivono rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione e permettono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. |
| Indicatore | Variabili ad alto contenuto informativo, che consentono la valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. |
| Valore osservato o misura dell'indicatore | Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento |
| Soglia o standard dell'indicatore | Valore misurabile di performance che descrive la qualità delle cure da raggiungere sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili o, nel caso queste non lo siano, sulla base dell'opinione degli esperti. E' caratterizzato da: livello minimo accettabile, livello di eccellenza, range di accettabilità. |
| | |
| ADL | Activities of daily living |
| IADL | Instrumental activities of daily living |
| MMSE | Mini Mental State Examination, il più comune test di screening per le funzioni cognitive. E' costituito da 30 items che fanno riferimento a 7 aree cognitive differenti: orientamento spazio-temporale, attenzione e calcolo, memoria e rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 30 punti. |
| ADAS-Cog | Alzheimer's Disease Assessment Scale, una scala per la valutazione clinica di malati con demenza, concepita come uno strumento in grado di dare una valutazione specifica della gravità dei disturbi sia di tipo cognitivo che non cognitivo dei pazienti con demenza e permette di valutarne l'andamento nel tempo |
| MoCA | Montreal Cognitive Assessment, progettato come strumento per un rapido screening del deterioramento cognitivo lieve. Valuta diversi domini cognitivi: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuocostruttive, astrazione, calcolo e orientamento. Il massimo punteggio possibile è 30 punti. |
| MODA | Milan Overall Dementia Assessment, permette di ottenere una quantificazione delle funzioni cognitive di un paziente che viene esaminato per un sospetto di demenza. Lo strumento possiede, inoltre, i requisiti richiesti da una rating scale e da uno strumento di screening cognitivo facilmente utilizzabile nella quotidianità clinica, anche al letto del paziente. |
| UVA | Unità di Valutazione Alzheimer |
| UVG | Unità di Valutazione Geriatrica |

CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI

La molteplicità di condizioni che possono provocare i sintomi della demenza e la frequente concomitanza di più malattie nell'anziano, richiedono una valutazione approfondita e competente. Un corretto approccio diagnostico di fronte ad un paziente che manifesta segni di decadimento mentale è di fondamentale importanza per differenziare le forme reversibili da quelle irreversibili. La diagnosi di demenza permette inoltre di formulare una prognosi, sia in termini di sopravvivenza che di evoluzione della malattia; è quindi il presupposto indispensabile per predisporre gli interventi terapeutici, per impostare un corretto approccio preventivo e riabilitativo ed organizzare gli interventi di supporto assistenziale al paziente e alla famiglia. È di fondamentale importanza ricorrere al medico quando le prime avvisaglie di un deterioramento cognitivo si manifestano; la possibilità, in caso di malattia guaribile, di ottenere un ripristino delle normali funzioni mentali è infatti condizionata dalla tempestività dell'intervento diagnostico e terapeutico.

Le persone che possono beneficiare di tale approccio tempestivo, attraverso la presa in carico da parte delle strutture competenti per la conferma diagnostica (Unità di Valutazione Alzheimer), sono persone affette da compromissione episodica o persistente delle funzioni cognitive-percettive o della sfera emotiva affettiva, soggettiva o riferita da persone vicine al paziente.

Le modalità di accesso alla prima visita presso l'UVA comprendono:

- invio da parte del Medico di Medicina generale, che ha già effettuato una prima valutazione clinica, attraverso il Questionario per lo Screening della Demenza S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener - invio da parte dello specialista psichiatra, ai fini di una diagnosi differenziale, in particolare nei casi di sintomi psichiatrici in pazienti con età non compatibili con diagnosi puramente psichiatriche,
- invio da parte di altro medico specialista;
- invio da parte della commissione dell'Unità di Valutazione geriatrica, la quale, a fronte degli opportuni accertamenti, stabilisce che l'UVA (e non l'UVG stessa) sia il nodo corretto della rete a cui il paziente deve far riferimento;
- invio da parte dei medici di Pronto soccorso, in occasione di accessi al DEA di persone con quadri clinici suggestivi di patologie dementigene ;

DESCRIZIONE GENERALE DEL PERCORSO: OBIETTIVO, FASI E TRAGUARDI CLINICO-ASSISTENZIALI

L'attenzione verso il paziente affetto da decadimento cognitivo/demenza a fronte del progressivo aumento del numero di pazienti, della complessità delle situazioni clinico-assistenziali e socio-familiari, della costante necessità di semplificazione dell'accesso ai servizi e della riduzione dei connessi disagi al paziente ed alla sua famiglia, oltre che della disponibilità di risorse predefinite e limitate, si traduce nella definizione di un percorso condiviso a livello regionale. Tale documento definisce le modalità più appropriate per la gestione dei seguenti passaggi fondamentali del percorso, attualmente ancora in parte frammentari e non sufficientemente coordinati. Gli snodi principali della presa in carico di una persona con sospetto diagnostico di patologia dementigena sono rappresentati da:

- *Prima valutazione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG):*

il paziente si reca presso l'Ambulatorio del MMG. Il presente PDTA suggerisce l'utilizzo, presso l'Ambulatorio del MMG, del Questionario per lo Screening della Demenza S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener, quale strumento di primo screening nella valutazione di un sospetto diagnostico di patologia dementigena. A fronte del quadro clinico e dei risultati del questionario, il MMG suggerisce o meno la visita presso l'UVA competente.

Il primo invio all'UVA può avvenire anche da parte di altri specialisti che abbiano ravvisto il sospetto diagnostico di demenza in un paziente in cura per altre motivazioni presso di loro.

- *Prenotazione presso il CUP di una prima visita presso l'UVA territorialmente competente:*

il paziente, attraverso prenotazione telefonica o recandosi allo sportello CUP presso l'ASL di appartenenza, ottiene la data per la prima visita per sospetto diagnostico di demenza presso l'UVA competente;

- *Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio Unità Valutazione Alzheimer (UVA):*

il paziente viene sottoposto alla prima valutazione diagnostica presso l'UVA competente e contestualmente alla valutazione neuropsicologica .

Se il paziente non presenta caratteristiche tali da indurre una valutazione diagnostica più approfondita viene suggerita una fase di:

- *Osservazione e follow up dopo 6 mesi presso l'UVA competente,*

- Se il paziente, alla prima visita presso l'UVA, presenta elementi clinici compatibili con una patologia psichiatrica, l'UVA stessa indirizza il paziente alla specifica consulenza da parte degli specialisti psichiatri per la **valutazione psichiatrica del caso**;

- Se il paziente, alla prima visita presso l'UVA, presenta elementi clinici compatibili con una patologia neurologica, l'UVA stessa indirizza il paziente alla specifica presa in carico da parte degli specialisti neurologi per la **valutazione neurologica del caso**;

- Se il paziente presenta elementi clinici che depongono per una forma dementigena si passa alla **fase dell'approfondimento diagnostico** attraverso la diagnostica strumentale.

- Ottenuti i risultati degli esami strumentali, il paziente viene sottoposto alla **rivalutazione presso l'UVA** competente al fine di giungere alla definizione diagnostica, all'impostazione della terapia necessaria e alla pianificazione del follow up. Il paziente verrà inoltre invitato a rivolgersi nuovamente al Medico di medicina generale affinché si instauri uno stretto raccordo con gli specialisti dell'UVA per la presa in carico globale del paziente stesso. Il MMG provvederà all'aggiornamento diagnostico, alla prescrizione della terapia specifica e al monitoraggio del paziente qualora vi fossero variazioni del quadro clinico, significative per ulteriori accertamenti o rivalutazione da parte dell'UVA.

Valutazione del MMG e primo invio all'UVA

Nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN), e più specificamente nel Servizio Sanitario Regionale del Piemonte (SSR), la figura del Medico di Medicina Generale (MMG) in virtù degli accordi che ne regolano l'attività, Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e Accordo Integrativo Regionale (AIR), si caratterizza, tra gli altri, per alcuni aspetti che risultano di particolare rilievo in un modello strutturato di diagnostica precoce delle demenze:

1. Abitualità del rapporto

Questa caratteristica rappresenta uno dei punti cardine della relazione fra MMG e paziente. Si basa sulla continuità della relazione di cura nel tempo, e si costituisce pertanto di aspetti quantitativo-contenutistici, che fondano la base esperienziale, e di aspetti psicologici, legati alla fiducia ed all'intimità che si strutturano e si confermano nel tempo. Essi sono sostanziali nel consentire le prime (e spesso difficoltose ed imbarazzanti) comunicazioni circa l'esordio di sintomi potenzialmente connessi con l'area dementigena

2. Facilità di accesso e radicamento nel territorio

Questa caratteristica consente sia l'incontro in tempi rapidissimi tra medico e paziente, sia lo sviluppo di una relazione non burocratizzata, sia la vicinanza fisica tra l'abitazione dell'assistito e lo studio del medico, rendendo per questo più semplice l'accesso per soggetti che potrebbero avere difficoltà di varia natura, sia in relazione agli spostamenti sia in relazione alle complessità procedurali, tenuto conto dell'epidemiologia delle demenze

3. Globalità della conoscenza

Questa caratteristica, fondata sulla presa in carico globale del paziente, consente naturalmente una lettura complessiva del suo funzionamento, e quindi di eventuali manifestazioni sintomatiche che possono essere colte nel loro significato in termini di rilevanza/irrelevanza, singolarità/connesione ad altri presenti o pregressi, rarità/frequenza,

4. Universalità dell'offerta

Questa caratteristica, al di là dei suoi aspetti politici e giuridici, rappresenta nella fattispecie la garanzia che non esistono preclusioni all'accesso, neppure per le popolazioni più socialmente fragili, e che la legislazione italiana offre una delle più ampie possibilità di accesso nel panorama dei Servizi Sanitari di tutto il mondo

5. Possibilità di accesso alle risorse contestuali

Questa caratteristica rappresenta uno specifico dell'organizzazione sanitaria italiana, e costituisce la base per gli interventi integrati in continuità assistenziale, sia fra più agenzie sanitarie, sia fra agenzie sanitarie e agenzie sociali, sia coinvolgendo altre risorse della comunità locale, a partire dalla famiglia, e vede il MMG come uno dei cardini di tale organizzazione, che si esprime sia in termini di

- continuità sincronica, grazie all'intervento contestuale di più soggetti, sia di continuità diacronica, perché permette il loro susseguirsi coordinato e sinergico nel tempo
6. Possibilità di attività in termini di medicina di iniziativa piuttosto che di sola attesa

Questa caratteristica rappresenta la base di processi sanitari che si propongano di intercettare fenomeni a vasta diffusione e/o ad espressività cronica e consentono la gestione delle problematiche in termini maggiore efficacia/efficienza, e di un uso più coordinato delle risorse

Queste specifiche del MMG rappresentano risposta alle seguenti domande necessarie alla strutturazione di un PDTA:

- chi conosce originariamente il paziente target
- chi conosce il suo contesto
- qual è l'accesso più semplice per il paziente al percorso diagnostico
- qual è il tasso di probabilità di accesso che egli ha
- chi ha la possibilità di sollecitare le risorse contestuali
- chi ha la possibilità di sviluppare il percorso di continuità
- chi può contribuire alla diffusione dell'iniziativa

In alcune di tali risposte l'azione del MMG è l'unica o la principale (A, B, C), mentre in altre essa è condivisa con gli altri attori del percorso (E,F,G); in una terza categoria (D) il MMG rappresenta un fattore che aumenta in modo significativo il tasso di probabilità di successo dell'iniziativa.

Esse evidenziano contestualmente anche i limiti della sua azione, tra i quali vanno segnalati:

- Assenza di conoscenze specialistiche
- Impraticabilità di interventi terapeutici strutturati in studio, anche a livello di attività di supporto, per incoerenza con il mandato

Le caratteristiche sopra riportate risultano pienamente complementari al funzionamento delle UVA, e delineano il ruolo degli MMG nel processo di diagnosi precoce delle demenze.

Essa dunque appare come il cardine di avvio del percorso nella fase del sospetto diagnostico, grazie alla sua facile accessibilità ed alla continuità della relazione di cura.

E' suo compito evidenziare condizioni che richiedano:

- una miglior definizione della situazione, nell'ambito delle sue competenze e responsabilità, in ordine alle caratteristiche dei sintomi individuati, dei tempi di attesa dell'UVA
- una prenotazione presso l'UVA con criteri normali
- un accesso rapido all'UVA, con richiesta di accoglienza preferenziale, legata a particolari condizioni del paziente

Nel primo caso l'attività può comportare naturalmente attività di diagnostica mediante esami ematochimici e strumentali, un primo screening delle funzioni cognitive, grazie alla collaborazione di familiari o care-givers, ma può avvalersi anche di strumenti di primo approfondimento psicodiagnostico, comunemente in uso fra gli MMG, quali ad esempio il MMSE.

Tuttavia in caso di dubbio, in condizioni tali da non rappresentare un'urgenza che induca all'invio rapido in UVA, sostanziale appare il ruolo di un complemento diagnostico, quale quello rappresentato da una rete territoriale di screening delle demenze, finalizzata ad un primo approccio diagnostico generale, che sfozta le liste di attesa delle UVA e cooperi con i MMG nella gestione delle iniziative e del tempo che intercorre tra invio ed accesso all'UVA e nelle fasi successive, legate alla gestione territoriale della problematica.

Prenotazione CUP

Dal mese di marzo 2007 è attivo il Sovracup, il call center unificato per la prenotazione di prime visite ed esami diagnostici presso tutte le Asl e gli ospedali della città di Torino. Il numero per le chiamate da telefono fisso è quello del Cup dell'Asl 1, 840-705007. Per i cellulari, invece, si dovrà comporre lo 011-51.60.666. Attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 16.30, il servizio prevede che i centralinisti possano, grazie a una postazione in collegamento con le agende telematiche di tutti i presidi e gli ambulatori delle otto aziende sanitarie torinesi, fissare gli appuntamenti per centinaia di tipologie di prestazioni direttamente presso l'azienda scelta dal cittadino o in quella in cui i tempi di attesa risultano minori.

Sul territorio regionale invece, presso ciascuna ASL vi sono sportelli CUP dedicati ove i pazienti possono recarsi con la richiesta specifica del MMG per visita presso UVA e ottenere la prenotazione.

Presa in carico presso l'ambulatorio Unità Valutazione Alzheimer (UVA)

L'Unità di valutazione Alzheimer è un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale specificatamente riservata alle persone affette da disturbi cognitivo comportamentali e della memoria, con compromissione progressiva delle autonomie, caratteristici della malattia di Alzheimer e delle forme più comuni di demenza.

L'Unità di valutazione alzheimer ha il compito di diagnosticare la malattia di Alzheimer, l'MCI e le altre forme di demenza, cercando di proporre un idoneo percorso assistenziale.

Sebbene sul territorio ad oggi la composizione delle equipe delle UVA non sia omogenea, vengono di seguito tracciate le linee di indirizzo delle specifiche attività che i professionisti sono chiamati ad intraprendere per la caratterizzazione diagnostica del paziente con sospetto di patologia dementigena.

La prima visita presso l'UVA prevede una valutazione specialistica da parte di professionisti neurologi, psichiatri e geriatri attraverso:

- colloquio clinico che prevede la raccolta dell'anamnesi personale, familiare, patologica prossima e remota.

- valutazione dell'autonomia nella vita quotidiana:

somministrazione di scale (ADL, IADL) per la valutazione di autonomia nelle attività quotidiane e nelle attività strumentali della vita quotidiana, di maggiore complessità e che condizionano comunque l'autonomia personale: usare il telefono, usare i mezzi pubblici, gestire il denaro, uso responsabile dei farmaci, preparazione dei pasti, governo della casa, ecc.

- valutazione neuropsicologica tramite scale specifiche di rilevazione del deterioramento cognitivo (MMSE, ADAS-Cog, MODA, MoCA) che indagano le abilità mnestiche a breve e lungo termine, le abilità di attenzione e concentrazione, orientamento, prassie, linguaggio e funzioni esecutive, più eventuali approfondimenti per aree di funzionalità

- una prima valutazione psichiatrica attraverso la somministrazione di scale specifiche per la sintomatologia psichica e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI) che indagano le sindromi comportamentali frequentemente osservabili nei diversi sottotipi di demenza: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività,

depressione/disforia, ansia, euforia/esaltazione, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, attività motoria aberrante, disturbi del comportamento notturno, disturbi del comportamento alimentare.

Osservazione e follow up

La prima valutazione diagnostica presso l'UVA consente all'equipe di professionisti di valutare se il paziente necessita o meno di ulteriori approfondimenti diagnostici, in particolare con l'ausilio di specifici esami strumentali.

Nel caso in cui non si ravveda la necessità di proseguire la fase di approfondimento diagnostico, può essere condivisa con il paziente l'opportunità di un periodo di osservazione, al fine di monitorare ulteriori sviluppi sintomatologici, con conseguente follow up ad una data prestabilita.

Se il paziente presenta sintomi psicologico comportamentali

Approfondimento specifico meritano i BPSD, sintomi psicologico-comportamentali che si presentano nel corso della demenza di tipo Alzheimer e che sono caratterizzati da un'ampia eterogeneità e variabilità nel corso del tempo. Mentre alcuni disturbi, quali ad esempio agitazione, deliri ed allucinazioni, prevalgono solitamente in una fase più avanzata di malattia, altri, quali depressione, ansia e disturbi di personalità, possono addirittura precederne l'esordio, e comunque, sono più frequenti nel primo stadio della malattia. Possono quindi essere considerati manifestazioni primarie della malattia, ma sono anche ampiamente influenzati da fattori ambientali, relazionali, personologici (personalità premorbosa), esperienziali, somatici, farmacologici. I BPSD sono causa di sofferenza e disagio per i malati e per i caregiver; costituiscono la causa più frequente di ricovero in istituzione, incidendo negativamente sulla qualità di vita del paziente e del caregiver e anticipando la totale disabilità. Infine, a parità di decadimento cognitivo, i BPSD aumentano i costi di gestione del paziente, non solo dal punto di vista economico, ma anche emotivo e psicologico.

Oltre all'approccio diagnostico tipico dell'UVA, sopra esposto, nell'ambito della diagnosi precoce dei BPSD appare fondamentale l'individuazione di quei fattori in grado di generare, aggravare o migliorare gli aspetti comportamentali, tramite assessment di:

- 1] condizioni generali di salute
- 2] eventuale presenza di patologia depressiva
- 3] anamnesi farmacologica per la valutazione di eventuali effetti collaterali
- 4] biografia individuale, incluse le credenze religiose e spirituali e l'identità culturale
- 5] fattori psicosociali
- 6] fattori ambientali
- 7] possibile dolore o disagio legato alla condizione della persona

L'indagine di tali aree permette, inoltre, di cogliere la persona nella sua interezza (approccio centrato sulla persona) ed aiuta a leggere la sofferenza e il disagio che stanno dietro al disturbo del comportamento.

Tale analisi funzionale e comportamentale viene attuata da professionisti con capacità specifiche che fanno parte di strutture/servizi dinamici che consentono la connessione tra ospedale e territorio, ai fini di una continuità terapeutica per lo sviluppo e la gestione di piani terapeutici personalizzati.

Successivamente si rende necessaria la presa in considerazione di un intervento terapeutico di tipo non farmacologico, come raccomandato dalle linee guida internazionali (Azermai, 2012; NICE, 2006). Gli approcci da considerare possono avere come target le emozioni, il comportamento, la sensorialità e la cognitiv .

In caso di inefficacia degli approcci terapeutici non farmacologici, in particolare se il paziente appare angosciato o a rischio di nuocere a se stesso o agli altri, occorre valutare l'introduzione di una terapia farmacologica che contempli l'utilizzo di:

- antidepressivi, preferibilmente SSRI, nel caso in cui un paziente presenti una sintomatologia depressiva;
- benzodiazepine (utilizzo a breve termine) per la presenza di agitazione acuta o causata dalla presenza di Ansia;
- antipsicotici per sintomatologia legata ad agitazione/aggressivit  e sintomi psicotici.

L'utilizzo di antipsicotici viene raccomandato da tutte le linee guida e riguardo l'efficacia di Risperidone, Olanzapina e Alogiperidolo in caso di agitazione/aggressivit  e sintomi psicotici   stato riscontrato un sufficiente livello di accordo tra le diverse linee guida (Azermai, 2012). La maggioranza delle linee guida raccomanda l'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione (atipici) e comunque un'attenta analisi rischio/beneficio quale base per la scelta tra antipsicotici di prima (tipici) e seconda generazione. L'utilizzo degli antipsicotici andrebbe possibilmente evitato in quei pazienti ad alto rischio cerebrovascolare. Il trattamento con antipsicotici dovrebbe inoltre partire da dosaggi bassi, essere limitato nel tempo ed essere soggetto a continue revisioni (Azermai, 2012; NICE, 2006).

Diversi studi evidenziano un effetto degli inibitori dell'acetilcolinesterasi (A-ChI) in generale, e della memantina in particolare, sui BPSD, anche in aggiunta ad altri farmaci in caso di severit  della sintomatologia (Azermai, 2012; Popp, 2011).

Una recente revisione della letteratura riguardante l'utilizzo degli stabilizzatori dell'umore per la cura dei sintomi psico-comportamentali, mette in evidenza che la carbamazepina   il farmaco che d  la migliore prova di efficacia sui BPSD in generale (Yeh, 2012).

Parallelamente al trattamento del paziente con demenza, occorre prevedere un intervento rivolto ai familiari/caregiver, che tenga conto dei bisogni specifici della singola persona.

Infine, nessuna terapia per i BPSD pu  prescindere da un intervento sullo staff degli operatori sanitari e degli assistenti.

Una recente revisione della letteratura (Spector et al., 2013) divide i principali tipi di interventi sullo staff in:

- approcci centrati sul comportamento

- approcci centrati sulla comunicazione
- approcci centrati sulla persona
- approcci centrati sulle emozioni

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI NELLE FASI PRECOCI DELLA MALATTIA DEMENTIGENA

La demenza è stata considerata per molto tempo una normale conseguenza dell'invecchiamento e come tale null'altro che l'accentuazione di un normale ed ineluttabile processo fisiologico. Questo pregiudizio purtroppo ha portato spesso ad una errata interpretazione dei sintomi iniziali della malattia e come conseguenza ad un ritardo della diagnosi e del trattamento. In realtà le modificazioni delle funzioni cognitive concomitanti all'invecchiamento, quali ad esempio un rallentamento nei processi di apprendimento o le modificazioni nella velocità di esecuzione delle prove di performance, sono stabili e non hanno un impatto funzionale poiché il soggetto anziano normale riesce a compensare in modo efficace queste alterazioni.

E' quindi opportuno tener presente che i "disturbi di memoria" per quanto lievi ed associati all'età avanzata debbono essere considerati sin dalla comparsa con la stessa dignità di ogni altro sintomo di patologia organica in quanto l'efficacia di ogni intervento terapeutico volto al controllo della malattia è condizionata dalla tempestività con cui si agisce.

PDTA – Trattamento NON farmacologico

Purtroppo la letteratura scientifica circa il/i trattamenti non farmacologici nelle fasi precoci di malattia cui attingere si è dimostrata carente per non dire quasi inesistente, specie considerando l'arco temporale più recente (triennio 2010-2013).

Per ciò che riguarda le terapie di riabilitazione cognitiva, pur continuando a rappresentare un valido supporto non farmacologico, continuano ad essere confinate ad un ambito quasi "personalizzato" di cura. Un unico recente studio-pilota fa riferimento alle tecniche di riabilitazione cognitiva attraverso l'uso del memory training: limite di tale studio è l'esiguo numero di soggetti coinvolti – 6 pazienti affetti da MCI.

Attualmente gran parte degli studi hanno focalizzato la loro attenzione sull'influenza dell'esercizio fisico nelle fasi precoci di malattia allo scopo di dimostrare l'impatto dell'attività fisica sulle prestazioni cognitive-funzionali, sulla qualità di vita del soggetto colpito da impairment cognitivo; inoltre uno studio ha focalizzato la propria attenzione anche sull'impatto dell'esercizio fisico sul contrastare severi fattori di rischio per lo sviluppo di demenza.

Lo Studio EXERCISE-ON (studio clinico randomizzato tuttora in corso) offre un programma di esercizi fisici a pazienti affetti da demenza in fase precoce: lo scopo è quello di fornire elementi di prova circa gli effetti dell'attività fisica sui sintomi precoci che influenzano la qualità di vita del paziente. Outcome primari risultano essere: le funzioni cognitive, la velocità psicomotoria e le funzioni esecutive, il quadro funzionale e la qualità di vita.. Sono stati arruolati 150 pazienti affetti da demenza in fase precoce e sono stati assegnati a due differenti programmi di attività fisica, uno che prevede esercizi aerobici e l'altro esercizi di flessibilità e relax.

La frequenza dei centri è tri-settimanale per tre mesi. Dopo l'arruolamento (che rappresenta la valutazione basale) sono previste rivalutazioni al termine del programma di esercizi ed un follow-up a sei mesi dall'arruolamento.

Ancora aperto è un altro studio che mira a dimostrare come le persone anziane traggano beneficio dall'attività fisica sia per ciò che riguarda la corporalità che la cognitivtà. Obiettivo dello studio è di indagare l'effetto del camminare regolarmente sul fisico, la cognitivtà, il tono dell'umore, il ritmo sonno-veglia, la qualità di vita (QoL), le attività della vita quotidiana (ADL) e il dolore nelle persone affette da demenza. I partecipanti vengono distinti in due gruppi: il gruppo sperimentale cammina regolarmente 30 minuti al giorno per 5 giorni la settimana, il gruppo controllo si riunisce tre volte la settimana e viene coinvolto in attività sedentarie per valutare gli effetti benefici dell'interazione sociale.

Lo Studio PROMoTE mira a dimostrare l'impatto positivo dell'esercizio fisico su soggetti ad elevato rischio vascolare. L'ischemia vascolare sottocorticale è la seconda etiologia più comune che contribuisce all'impairment cognitivo nell'anziano, ed è frequentemente sotto-diagnosticata e sotto-trattata. Anche se, attraverso il monitoraggio dell'esercizio fisico, è stato provato che questo ha effetti benefici sulle funzioni cognitive degli anziani, sono pochi gli studi clinici randomizzati e controllati sull'esercizio fisico condotti sulle popolazioni ad elevato rischio di sviluppare. L'esercizio aerobico può essere specificatamente di beneficio nel ritardare la progressione del declino cognitivo tra gli anziani con deterioramento su base vascolare riducendo i principali fattori di rischio associati alla sindrome metabolica. Ci siamo pertanto proposti di condurre un proof-of-concept in un trial a singolo cieco randomizzato e controllato costruito principalmente per fornire la prova preliminare dell'efficacia di un programma di esercizio fisico aerobico sulla cognitivtà e sulle funzioni quotidiane tra gli anziani con lieve impairment cognitivo da ischemia vascolare sotto-corticale

Nonostante non sia in tema con l'argomento trattato in questa sezione è sembrato utile citare uno studio, tuttora in corso, per la prevenzione della compromissione cognitiva e della disabilità conseguente.

Studio FINGER e Prevenzione AD

Lo studio FINGER è in prima linea nelle iniziative di collaborazione internazionale finalizzate a risolvere i problemi clinico-sanitari di identificazione precoce di soggetti a rischio di compromissione cognitiva in età avanzata e per sviluppare strategie di intervento per prevenire o ritardare l'insorgenza di deficit cognitivo e della demenza. I primi segnali che l'AD possa avere fattori di rischio vascolare modificabili provengono dagli studi sulle patologie cardiovascolari e dal diabete. Da progetti di prevenzione cardiovascolare come il North Karelia Project ed il WHO-MONICA degli anni 1970-1980, focalizzati su popolazioni più giovani, hanno dato l'input di guardare a fattori di rischio fin alla mezza età. Il CAIDE (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Incidence of Dementia) è uno dei pochi studi al mondo focalizzato sulla cognitivtà in età avanzata con un'ampia e rappresentativa coorte di popolazione base, esaminata al baseline a mezza età ed il follow-up a trent'anni (dopo tre decenni). Dal 1998 ha identificato diversi fattori di rischio modificabili per il deterioramento cognitivo/demenza ed ha prodotto una prima stima del rischio di demenza in base ai profili della mezza età. Il CAIDE Dementia Risk Score è stato usato per selezionare i partecipanti al Finnish Geriatric

Intervention Study per prevenire il deterioramento cognitivo e la disabilità (FINGER). FINGER è un RCT multicentrico in corso che coinvolge 1200 partecipanti di età compresa tra i 60-77 anni e testa gli effetti, a due anni, di interventi multidominio su diversi fattori di rischio contemporaneamente. E' iniziato nel settembre 2009 e sarà completato alla fine del 2013.

DELIRIUM COME PRODROMO DI PATOLOGIA DEMENTIGENA

Il delirium rappresenta una sindrome neuropsichiatrica grave e spesso sottodiagnosticata.

C'è crescente evidenza che il delirium possa presentare un segno premonitore di demenza sottostante (Jacobson SA. Delirium in the elderly Psychiatr Clin North Am 1997; 48:75-80).

Il DSM IV TR (manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali rivisto) propone i seguenti criteri diagnostici:

- Alterazione della coscienza (cioè, riduzione della lucidità della percezione dell'ambiente), con ridotta capacità di focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione
- Una modificazione cognitiva (quale deficit di memoria, disorientamento, alterazioni del linguaggio), o lo sviluppo di alterazioni percettive.

Il disturbo si sviluppa in un breve periodo di tempo e tende a fluttuare durante il corso del giorno con una durata massima di sei mesi.

Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio che il disturbo è causato dalle conseguenze fisiologiche dirette di una condizione medica

La demenza è uno dei fattori predisponenti più importanti; infatti il 45% dei pazienti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium (Rockwood K. e The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium J Gerontol 1993: 48:M162-M166).

Il delirium può peggiorare la prognosi della demenza (Fick DM Delirium superimposed on dementia in a community-deelling managed care population i:a 3-Yard retrospective study J Gerontol Med Sci 2005 60A 748-53).

Esistono tre sottotipi clinici del delirium: iperattivo, ipoattivo e misto (NICE clinical guideline 103 Delirium: diagnosis, prevention and management <http://publications.nice.org.uk/delirium-cg103>).

Sono stati proposti test di screening per l'identificazione del delirium uno di questi è il Confusion Assessment Method (CAM) che risulta essere sensibile e specifico (Inouye SK Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method a new method for detection of delirium Ann Intern Med 1990;113:941-948).

La prevalenza nei pazienti ospedalizzati varia tra l'11 ed il 42% e si accompagna ad un prolungamento del ricovero ad elevata mortalità ed a elevato rischio di istituzionalizzazione (Dobmejer K. Delirium in elderly medical patient Clinical Geriatr 1996;4:43-68; Whittamore KH The diagnosis, prevalence and outcome of delirium in a cohort of older people with mental health problems on general hospital wards Int J Geriatr Psychiatry 2013 Apr 22).

Data l'importanza in termini numerici, di impatto sulla salute e i frequenti errori diagnostici che si verificano in merito al verificarsi di una condizione di delirium, si sottolinea quanto segue:

Il delirium é una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto e subacuto, con ripercussioni sulla cognitivit  e le capacit  percettive.

La demenza é uno dei fattori predisponenti pi  importanti; infatti il 45% dei pazienti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium (Rockwood K. et al. The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium J Gerontol 1993; 48:M162-M166).

C'  crescente evidenza che il delirium possa presentare un segno premonitore di demenza sottostante (Jacobson SA. Delirium in the elderly Psychiatr Clin North Am 1997; 48:75-80).

Il delirium pu  peggiorare la prognosi della demenza (Fick DM Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population i:a 3-Year retrospective study J Gerontol Med Sci 2005 60A 748-53).

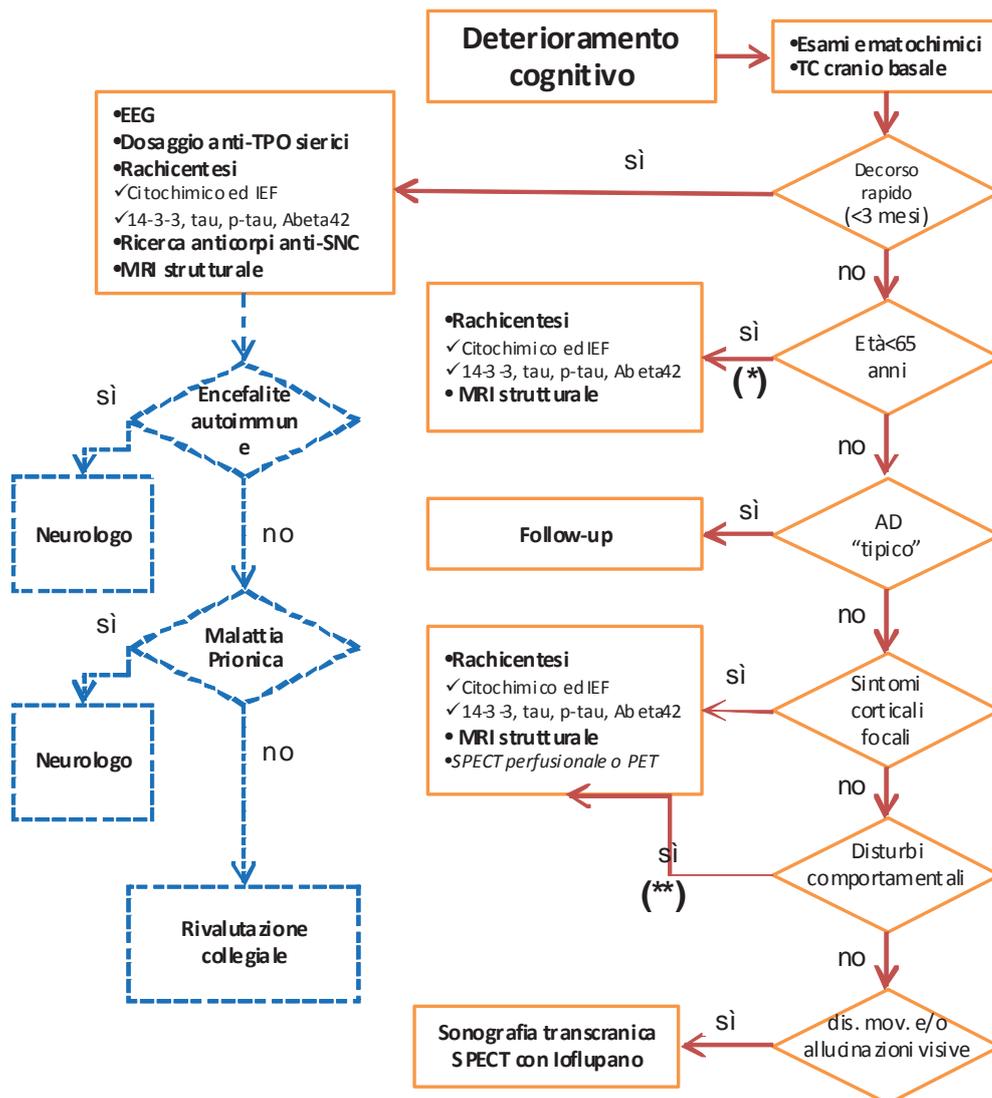
APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO CON DIAGNOSTICA STRUMENTALE

L'approfondimento diagnostico per mezzo di esami strumentali prevede oggi la possibilit  di utilizzo di differenti metodiche, qui affrontate nell'ottica di una standardizzazione e razionalizzazione del loro uso.

Sulla base delle indicazioni internazionali, il seguente schema propone quali metodiche diagnostiche utilizzare, a fronte dello specifico quadro clinico del paziente preso in carico:

N.B. ESAMI EMATOCHIMICI: emocromo, elettroliti, glicemia, test di funzionalit  epatica e renale, TSH, VES, vitamina B12, calcio, glicemia (la sierologia per sifilide, HIV e Borrelia Burgdorferi dovrebbe essere considerata in casi individuali ad alto rischio o in caso vi siano suggestive caratteristiche cliniche).

Flow-chart Diagnostica strumentale



(*) valutare eventuali indicazioni ad indagini genetiche

(**) cfr. flow-chart gestione BPSD

APPROCCIO DIAGNOSTICO IN RELAZIONE AI FENOTIPI

Deterioramento cognitivo a rapida evoluzione (<3 mesi): EEG, rachicentesi (esame citochimico, IEF, ricerca 14-3-3, dosaggio tau, fosfo-tau, peptide ABeta42), dosaggio anti-TPO su siero, ricerca anticorpi anti SNC su siero, RMN strutturale.

Deterioramento cognitivo con esordio <65 anni: rachicentesi (esame citochimico, IEF, dosaggio tau, fosfo-tau, peptide ABeta42), RMN strutturale (in caso di storia familiare da valutare opportunità di indagini genetiche)

Deterioramento cognitivo atipico per AD con sintomi corticali focali o con prevalenti disturbi comportamentali: rachicentesi (esame citochimico, IEF, dosaggio tau, fosfo-tau, peptide ABeta42), RMN strutturale, eventualmente imaging neurometabolici (PET o SPECT perfusionale).

Deterioramento cognitivo atipico per AD associato a disordini del movimento o allucinazioni visive: rachicentesi (esame citochimico, IEF, dosaggio tau, fosfo-tau, peptide ABeta42), RMN strutturale, sonografia transcranica, SPECT con Ioflupano.

ESAMI DI LABORATORIO

La valutazione delle comorbidità è importante, e dovrebbe essere eseguita non solo al momento della diagnosi di demenza, ma anche nel corso della malattia qualora ci si trovi di fronte ad un repentino ed improvviso peggioramento delle condizioni cliniche.

Sono generalmente proposti come esami da eseguire alla prima valutazione, sia per identificare potenziali cause di demenza sia per rilevare eventuali comorbidità: emocromo, elettroliti, glicemia, test di funzionalità epatica e renale, TSH, VES, vitamina B12, calcio, glicemia. La sierologia per sifilide, HIV e Borrelia Burgdorferi dovrebbe essere considerata in casi individuali ad alto rischio o in caso vi siano suggestive caratteristiche cliniche (Good Practice Point).

In caso di demenza progressiva è possibile trovarsi di fronte ad un quadro di encefalite limbica paraneoplastica. Nel 60% dei pazienti con encefalite limbica paraneoplastica è possibile rilevare nel siero (e nel liquor) la presenza di anticorpi onconeurali. I più frequenti sono gli anticorpi anti Hu, correlati a tumore del polmone e della mammella, e anti-Ma2, correlati al tumore del testicolo e del polmone. Sono, inoltre, descritti quadri associati ad anticorpi anti-CV2, amfifisina e anti-NMDAR.

In caso di sospetta Encefalopatia di Hashimoto occorre effettuare il dosaggio degli anticorpi anti-perossidasi e anti-tireoglobulina su siero (e su liquor).

Gli esami ematochimici e talora il dosaggio di alcuni farmaci può essere di aiuto nei casi di rapido deterioramento cognitivo attribuibile ad encefalopatia iatrogena (ad esempio da antibiotici o antiepilettici).

NEUROIMAGING STRUTTURALE

La tomografia computerizzata o la risonanza dell'encefalo sono raccomandate per la valutazione iniziale del paziente con demenza al fine di identificare cause potenzialmente trattabili di demenza (es: neoplasia, ematoma, idrocefalo).

Le sequenze in coronale della risonanza magnetica possono essere usate per valutare l'atrofia ippocampale per supportare la diagnosi clinica di Malattia di Alzheimer (Livello B). In particolare, nell'ambito della Malattia di Alzheimer la risonanza magnetica identifica un'atrofia del lobo temporale mediale, basale e laterale, e della corteccia parietale mediale, quali segni di degenerazione neuronale. Nei casi di MCI, cui sottende un processo patofisiologico riconducibile a Malattia di Alzheimer, la risonanza magnetica mostra un'atrofia del lobo temporale mediale. Nei pazienti affetti da MCI, l'atrofia temporale mediale si è dimostrata predittiva di progressione verso la AD.

Nei criteri di supporto alla diagnosi di Lewy Body Dementia (LBD), secondo i criteri di McKeith del 2005, vi è, invece, una relativa conservazione del volume del lobo temporale mediale e dell'ippocampo alle immagini di risonanza magnetica. Nella LBD è stata inoltre dimostrata una riduzione del volume del putamen bilaterale, tuttavia, questa atrofia del putamen non è considerata utile ai fini di una diagnosi differenziale.

Un esame di neuroimaging dovrebbe sempre essere eseguito nel percorso diagnostico di un paziente con sindrome compatibile con demenza fronto-temporale: non è infatti raro il riscontro di neoplasie nelle regioni frontali che si manifestano con un quadro di apatia progressiva. Con il termine di demenza fronto-temporale (FTD) vengono descritte una serie di sindromi dementigene caratterizzate da atrofia del lobo frontale orbito-mesiale e del lobo temporale anteriore. In particolare, nelle immagini acquisite sul piano coronale è possibile osservare un'atrofia della corteccia frontale mesiale, della corteccia orbito frontale e dell'insula anteriore. In alcuni pazienti è possibile, inoltre, osservare un'associazione della atrofia corticale e temporale anteriore e dei gangli della base. Nella variante comportamentale della FTD (bvFTD) l'atrofia è infatti presente in numerose regioni sottocorticali, inclusi il caudato, lo striato, il putamen, il talamo, l'ipotalamo. L'atrofia nella bvFTD può essere stimata ricorrendo alla "visual rating scale" creata in maniera specifica per le FTD da Klipps C.M. et al. Nella degenerazione lobare fronto-temporale, le asimmetrie possono essere marcate in relazione alla presentazione clinica (prevalente atrofia del lobo temporale sinistro se FTLD-TDP; prevalente atrofia del lobo temporale destro se FTLD-TAU). Una selettiva atrofia della corteccia del cingolato anteriore e insulare frontale compare precocemente nel corso della malattia e la distingue da quanto visto nelle altre varianti FTD e nella AD. Nell'afasia progressiva primaria non fluente la risonanza rivela la presenza di una predominante atrofia fronto-insulare posteriore sinistra. Nella variante sementi cavi è un'atrofia della porzione anteriore dei lobi temporali, mentre nella variante logopenica l'atrofia parietale o perisilviana posteriore sinistra.

La risonanza magnetica nei pazienti con Degenerazione (o meglio Sindrome) Cortico-Basale mostra un'atrofia corticale asimmetrica che coinvolge tipicamente le regioni parieto-frontali.

Nella Paralisi Sopranucleare Progressiva la risonanza magnetica è utile per identificare l'atrofia pontina, l'allargamento del quarto ventricolo, l'iperintensità nei peduncoli cerebellari e l'atrofia cerebellare. La risonanza può inoltre evidenziare un quadro di atrofia mesencefalica associato con ampliamento del terzo ventricolo. Il terzo quadro evidenziabile alla risonanza dimostra un'iperintensità di segnale putaminale visibile sia nelle sequenze assiali sia in quelle coronali.

Sebbene la diagnosi di demenza resti un processo esclusivamente clinico ed il neuroimaging rivesta un ruolo soltanto nel definire meglio le cause del deterioramento cognitivo, spesso quest'ultimo può comunque offrire un valido contributo sia nell'evidenziare alterazioni vascolari rilevanti sia nella distinzione dei diversi sottotipi di demenza vascolare, sia nell'evidenziare altre cause reversibili. Ad oggi, tutti i criteri diagnostici che caratterizzano un deficit cognitivo associato a una malattia vascolare dovrebbero essere basati oltre che sulla dimostrazione clinica del disturbo cognitivo anche da una storia di stroke o dalla presenza di una malattia vascolare dimostrata al neuroimaging che indichi una correlazione tra la topografia delle lesioni ed i disturbi cognitivi e tra l'insorgenza della malattia vascolare e l'esordio del disturbo cognitivo. L'angiopatia amiloide cerebrale è più comunemente diagnosticata dal riscontro di emorragie confinate nelle regioni cerebrali corticali o cortico-sottocorticali ("lobari"), in assenza di una storia anamnestica di traumi cerebrali, di tumori cerebrali e/o di trattamento anticoagulante orale in atto. Le sequenze T2 stars-pesate gradient-echo hanno un'alta sensibilità per il riscontro di micro-sanguinamenti cerebrali. I pazienti con Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL) hanno un quadro neuro radiologico caratterizzato da un esteso danno della sostanza bianca, infarti lacunari, micro sanguinamenti e atrofia cerebrale.

Un follow-up effettuato mediante risonanze consecutive a distanza di tempo può essere utile per documentare una progressione di malattia (Good Practice Point).

NEUROIMAGING FUNZIONALE

Nei pazienti con sospetta AD in cui il neuroimaging strutturale è ambiguo si può eseguire un esame funzionale. Tra questi ricordiamo la SPECT con 99mTc-HMPAO che valuta le alterazioni del flusso ematico cerebrale regionale e il metabolismo dell'ossigeno e la PET con 18F-FDG che mostra il metabolismo del glucosio. Tali metodiche stimando, rispettivamente, il consumo di ossigeno e di glucosio che viene utilizzato nell'unità astrocita-terminale presinaptico, rivelano un'ipofunzione delle regioni coinvolte ancor prima della comparsa di atrofia. L'immagine che ne deriva evidenzia un'ipoperfusione e un ipometabolismo temporo-parietale, generalmente simmetrici. Con il procedere della malattia ci possono essere un'ipoperfusione ed un ipometabolismo anche nelle regioni frontali. La FDG PET e la SPECT perfusionale possono rivelarsi un utile approfondimento quando la diagnosi resta dubbia (Livello B).

La 99mTc-HMPAO SPECT può distinguere la AD da altre demenze come la degenerazione lobare fronto-temporale e la demenza vascolare, con una sensibilità ed una specificità del 70-79%. Nella variante comportamentale della demenza fronto-temporale la SPECT con 99mTc-HMPAO SPECT mostra una ridotta

perfusione dei lobi frontali e temporale anteriore. Nell'afasia progressiva non fluente la 18F-FDG PET e la 99mTc-HMPAO SPECT mostrano un ipometabolismo ed un'ipoperfusione frontale sinistro, spesso coinvolgente la regione insulare; nella demenza semantica rivelano un ipometabolismo o un'ipoperfusione prevalentemente a carico del lobo temporale anteriore (sinistra > destra). Nell'afasia progressiva logopenica l'imaging funzionale mostra il maggior deficit in corrispondenza del lobo parietale (lobulo inferiore) e dei lobi temporali postero-laterali (giro temporale medio e superiore). Nella Demenza con corpi di Lewy, invece, viene segnalata una ridotta attività metabolica nelle regioni occipitali.

I pazienti con LBD sviluppano una severa degenerazione dopaminergica nigrostriatale. La SPECT dopaminergica è utile per differenziare la Malattia di Alzheimer dalla Demenza a Corpi di Lewy (Livello A); infatti, in caso di LBD, tale metodica attesta una anormale, ridotta attività in corrispondenza dei gangli della base.

EEG

L'EEG è raccomandato nella diagnosi differenziale di un'atipica presentazione clinica della Malattia di Alzheimer. Tale metodica può fornire una precoce evidenza di malattia prionica (Creutzfeldt-Jakob Disease - CJD) o suggerire la possibilità di un disordine tossico-metabolico, di un'amnesia epilettica transitoria o altri disturbi epilettici non noti in precedenza (Livello B). In pazienti in cui insorga uno stato confusionale, prima non presente, è necessario eseguire un EEG al fine di escludere uno stato epilettico non convulsivo.

Nella Malattia di Alzheimer si registra una riduzione delle frequenza rapide alfa-beta ed un progressivo incremento delle attività lente theta-delta.

L'EEG può dare un contributo diagnostico determinante nella Creutzfeldt-Jakob sporadica, tanto da rientrare nei criteri diagnostici a supporto della clinica. Nell'80% di questi pazienti compaiono, su un tracciato dapprima rallentato e spesso ipovoltato, punte trifasiche pseudo ritmiche a 1-2 Hz, non reagenti alle varie stimolazioni psicosensoriali

L'EEG rientra tra i criteri diagnostici di supporto della Demenza a Corpi di Lewy in cui si registrano onde lente con transitorie punte lente temporali. Vengono, inoltre, descritte alterazioni del pattern EEG già in fase precoce, caratterizzate da un rallentamento generalizzato dell'attività di fondo e burst di attività theta-delta, prevalenti sulle regioni frontali (FIRDA).

INDAGINI LIQUORALI

Il liquor essendo a diretto contatto con l'encefalo fornisce indicazioni sulle modificazioni biochimiche, espressione di processi patologici che lo colpiscono. L'esame chimico-fisico routinario del liquido cefalorachidiano prevede la conta delle cellule, il dosaggio delle proteine, del glucosio e lo studio elettroforetico delle proteine ed è obbligatorio nei casi di sospetta vasculite, patologia infiammatoria, ematologica o demielinizante. La routine liquorale è raccomandata nella diagnosi differenziale per le presentazioni atipiche di Malattia di Alzheimer (Good Practice Point).

In caso di dubbio diagnostico è possibile effettuare il dosaggio della proteina τ (tau) totale, della proteina τ fosforilata e della proteina A β 42 (Livello B). La proteina β -amiloide è il principale componente strutturale delle placche senili. È prodotta dal clivaggio proteolitico della proteina precursore dell'amiloide (APP). L'isoforma più lunga, la proteina β -amiloide 42, è quella dotata di maggiore tendenza ad aggregarsi nelle placche senili. Bassi livelli di proteina A β 42 nel liquor sono indici del deposito di proteina β -amiloide nelle placche. La proteina τ è una proteina associata ai microtubuli di cui promuove l'assemblaggio e la stabilità e, pertanto, promuove la funzione e il trasporto assionali. L'iperfosforilazione della proteina τ ne riduce la capacità di legarsi ai microtubuli con conseguente neurodegenerazione e formazione di grovigli neurofibrillari. In caso di sospetta Demenza di Creutzfeldt-Jakob sporadica l'esame liquorale non mostra modificazioni significative della proteinoracchia né alterazioni infiammatorie. La positività per la proteina 14-3-3, sebbene non esclusiva delle malattie prioniche (specificità pari al 68%), può supportare il sospetto clinico di malattia (sensibilità pari a 86%), soprattutto se associata a valori elevati di proteina τ . Elevati livelli di proteina τ totale è altamente specifica per CJD (Livello B).

INDAGINI GENETICHE

Cenni sulla genetica della Malattia di Alzheimer ad esordio precoce (EOAD)

I pazienti con EOAD (<65 anni) rappresentano circa il 1-6% di tutti i pazienti affetti dalla malattia. In circa il 60% dei pazienti con EOAD è presente almeno un familiare affetto dalla stessa patologia e nel 13% dei casi è evidente una trasmissione di tipo autosomico dominante.

Ad oggi sono noti tre geni causali di EOAD autosomica dominante: il gene codificante la presenilina-1 (PSEN1), il gene codificante la proteina precursore dell'amiloide (APP) ed il gene codificante la presenilina-2 (PSEN2).

Il gene PSEN1 è responsabile del 18-36% dei casi di EOAD. La penetranza è pressoché completa e le nuove mutazioni sono estremamente rare. I pazienti con mutazioni di PSEN1 si presentano con un fenotipo AD rapidamente progressivo e con età di esordio generalmente compresa tra i 35 ed i 60 anni. Possono concomitare segni neurologici focali (paraparesi spastica, crisi comiziali generalizzate, miocloni).

Il gene APP è responsabile 6-26% dei casi di EOAD. Mutazioni del gene APP non La penetranza è pressoché completa. Sia nuove mutazioni sia mutazioni in casi non familiari di EOAD sono estremamente rare. I pazienti con mutazioni di APP possono presentare segni neurologici focali e crisi comiziali. Non è infrequente il riscontro MRI di microsanguinamenti cerebrali asintomatici da angiopatia amiloide.

Il gene PSEN2 è responsabile di rarissimi casi di EOAD. Non viene solitamente analizzato in un contesto diagnostico.

Cenni sulla genetica della Malattia di Alzheimer ad esordio tardivo (LOAD)

La LOAD è considerata una malattia multifattoriale. Ad oggi cause monogeniche di LOAD non sono conosciute (ad eccezione di rare mutazioni di PSEN1 associate ad un esordio tardivo di malattia). È noto che l'allele epsilon4 del gene codificante l'apolipoproteina E (APOE) è il principale fattore di rischio genetico per LOAD, rischio variabile a seconda dell'etnia e del sesso.

Cenni sulla genetica della Demenza fronto-temporale (FTD)

Circa il 40% dei pazienti con FTD ha almeno un familiare affetto da demenza e nel 10-15% dei casi la storia familiare è indicativa di una trasmissione autosomica dominante. Una storia familiare positiva è di più frequente riscontro nei pazienti con variante comportamentale e con forme associate malattia del motoneurone rispetto ai pazienti con una quadro tipo demenza semantica.

La maggior parte dei casi di FTD familiare sono da ricondurre a mutazioni in tre geni principali, il gene codificante la proteina tau associata ai microtubuli (MAPT) e quello codificante la progranulina (GRN) - entrambi localizzati sul cromosoma 17 - ed il gene C9orf72. La trasmissione è autosomica dominante

Il gene MAPT è stato il primo ad essere identificato quale causa dei casi di FTD familiare con parkinsonismo ma in realtà può essere mutato anche in pazienti senza segni extrapiramidali. Si ritiene che circa il 9-21% dei casi di FTD familiare siano da ricondurre a mutazioni di MAPT, alcune delle quali con penetranza ridotta. Il fenotipo clinico più frequentemente associato a MAPT è quella della variante comportamentale di FTD seguita da forme di afasia primaria progressiva e parkinsonismi (tipo paralisi sovranucleare progressiva e degenerazione cortico basale).

Il gene GRN è stato identificato nel 2006 e presenta mutazioni del 2-6% di tutti i casi di FTD e nel 4-23% dei casi familiari. Pazienti con mutazioni di GRN hanno una storia familiare nel 75% dei casi. Il fenotipo prevalente è rappresentato dalla variante comportamentale anche se in circa un quarto dei casi sono presenti fenotipi diversi (AD, parkinsonismi tipo degenerazione cortico basale e paralisi sovranucleare progressiva, disturbi progressivi del linguaggio). Al neuroimaging risulta caratteristica l'importante atrofia asimmetrica anche con coinvolgimento del lobo parietale.

Il gene C9orf72 è stato identificato solo recentemente come causa di FTD (associata o meno a malattia del motoneurone) per presenza di un'espansione esanucleotidica che coinvolge la porzione non codificante. Mutazioni di C9orf72 sono presenti nel 12-18% dei casi di FTD familiare e 18-30% dei pazienti con FTD associata a malattia del motoneurone.

Raccomandazioni

L'esecuzione di un test genetico nei pazienti con demenza dovrebbe essere sempre inserita in un percorso di counselling genetico.

La ricerca di mutazioni patogenetiche nei pazienti con demenza dovrebbe essere intrapresa solo di fronte ad un fenotipo particolare e/o ad una storia familiare compatibile con una sindrome dementigena a trasmissione autosomica dominante.

Nel caso di pazienti con LOAD l'analisi del genotipo dell'APOE non deve essere eseguita.

La ricerca di mutazioni dei geni PSEN1 e APP può essere richiesta nel caso di pazienti con EOAD e storia familiare positiva

La ricerca di mutazioni nei geni MAPT/GRN/C9orf72 può essere richiesta nel caso di pazienti con fenotipo FTD ad esordio precoce e storia familiare positiva o nel caso di pazienti con FTD associata a segni extrapiramidali o con familiari affetti da malattie extrapiramidali (parkinsonismi, PSP, CBD).

SONOLOGIA

L'ecografia parenchimale cerebrale e mesencefalica è stata utilizzata come supporto nella diagnosi di alcune patologie degenerative. Lo studio dell'estensione di aree iperecogene nella sostanza nera mesencefalica e del diametro del III ventricolo potrebbe indirizzare nella diagnosi differenziale tra Demenza a corpi di Lewy (DLB) e Malattia di Parkinson Plus Dementia (PDD).

J. J. Ferreira et al EFNS/MDS-ES GUIDELINES Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease – European Journal of Neurology 2013, 20: 5-15

Rivalutazione UVA diagnosi e follow up

A fronte dei risultati della prima visita presso l'UVA, degli esami diagnostici, dei test neuropsicologici i professionisti dell'UVA possono giungere ad una definizione diagnostica del caso in esame. Il momento della comunicazione della diagnosi è di particolare importanza per il paziente (aggiungere...) Tutta la documentazione verrà consegnata al paziente.

Al paziente verrà inoltre prescritta la corretta terapia farmacologica, con il relativo piano terapeutico individualizzato, ove necessario.

Il paziente, al termine della visita presso l'UVA, verrà invitato a recarsi dal proprio MMG e riceverà inoltre una data per una successiva rivalutazione clinica e gli aggiustamenti terapeutico assistenziali del caso presso l'UVA stessa. Tale visita sarà da prenotare attraverso il CUP competente con le stesse modalità eseguite per la prenotazione della prima visita.

Considerata la complessità della patologia in esame, a partire dalla sua stessa fase preclinica, per procedere lungo l'arco di tutta la sua evoluzione, si è deciso di proporre come modello di intervento un approccio strategico che definisca l'integrazione e non l'omologazione dei due modelli di governance clinica relativi alla diagnosi e alla gestione della malattia dementigena. In questa ottica si propone il protocollo d'intesa di seguito presentato, al fine di utilizzare al meglio e con la corretta consapevolezza, le risorse oggi a disposizione.

**SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTESA TRA UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA)
E UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) REGIONE PIEMONTE**

L'anno, il giorno del mese di, presso
....., sito in – Via,
si sono riuniti tutti i soggetti interessati alla promozione del Progetto di collaborazione tra Unità di Valutazione Geriatrica e Unità di Valutazione Alzheimer, ASL-----per la sottoscrizione del presente Protocollo di Intesa ,finalizzato a consolidare,la rete dei servizi e degli interventi di natura sanitaria, sociale ed educativa, coordinati tra loro in risposta alla globalità dei bisogni della popolazione anziana

Sono presenti:

.....

TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

Presa in carico precoce della persona con patologia dementigena

Premesso che:

Il Progetto Obiettivo Anziani individua nella Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.) il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani mediante un sistema strutturato di valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni dell'anziano, finalizzato a un miglioramento della qualità della vita ,a una riduzione della mortalità, della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e nelle strutture e alla razionalizzazione dei consumi dei farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

L'UVG , strumento per la valutazione globale e la definizione del relativo programma, , diretto a garantire la continuità clinico-assistenziale, deve quindi inserirsi precocemente nel percorso degli anziani all'interno dei Servizi, al fine di raggiungere coloro che hanno un bisogno sanitario e sociale ancora relativamente basso. L'UVG è altresì uno degli strumenti finalizzati a realizzare l'integrazione tra i servizi Sociali e Sanitari. L'UVG può inoltre intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie invalidanti, tali da far ravvisare, nel caso in oggetto, caratteristiche di norma proprie dell'anziano, avvalendosi della consulenza delle figure professionali confacenti alla patologia individuata e raccordandosi con le altre Unità Valutative operanti nel territorio, con cui definisce allo scopo protocolli di collaborazione.

Premesso che :

La questione delle demenze sta assumendo una rilevanza sempre maggiore in termini di Sanità Pubblica, sia per la dimensione del problema che per l'impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e che le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) rappresentano nel Servizio Sanitario Nazionale i centri clinici di riferimento nella gestione dei pazienti affetti da demenza tramite una organizzazione integrata multi professionale di Medici neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi, riabilitatori e assistenti sociali nell'assistenza dei pazienti con demenza.

OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO D'INTESA

- Aumentare il grado di flessibilità della rete mediante l'interazione tra le sue unità valutative che si concretizza con la segnalazione alla UVA della persona con patologia dementigena ed alla UVG del bisogno rilevato
- Adeguare i servizi ai nuovi bisogni
- Conoscere e monitorare la domanda attuale e potenziale
- Consolidare la pratica della progettazione individualizzata dell'intervento assistenziale.
- Qualificare l'intervento di tutti i servizi in direzione dei bisogni espressi dagli anziani affetti da demenza e dalle loro famiglie

Vengono ribadite le attività, il ruolo, l'identità e l'operatività dell'unità di Valutazione Alzheimer (UVA) quale servizio operativo finalizzato alla diagnosi, terapia e presa in carico della persona con demenza;

Viene ribadito il ruolo e l'operatività dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) come strumento tecnico con funzioni di valutazione dei bisogni socio-sanitari della persona non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza.

Questo documento è finalizzato ad una presa in carico precoce da parte della rete assistenziale della persona con deficit cognitivo che venga segnalata ad una delle due commissioni oggetto del presente protocollo.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutte le persone con possibile od accertata patologia dementigena che si rivolgono a UVA o ad UVG nell'ambito della Regione Piemonte

In particolare deve essere applicato dai medici e dai professionisti sanitari assistenziali che espletano il loro servizio nell'ambito degli ambulatori UVA, nelle sedi di valutazione dell'UVG o nel medesimo ambito UVG al momento dell'espressione del bisogno (punto unico di accesso socio assistenziale).

L'obiettivo di questo protocollo d'intesa è quello di promuovere una gestione integrata delle diverse competenze finalizzato a una precoce identificazione e presa in carico delle persone con patologia dementigena, particolarmente nelle manifestazioni precoci di malattia, in un percorso di raccordo tra le due unità valutative.

Il Protocollo di Intesa viene stipulato nell'ambito degli interessi istituzionali delle Unità Valutative partecipanti.

Ai fini dell'attuazione pratica degli interventi e delle azioni necessari all'attivazione della Proposta Progettuale si rinvia ad allegato denominato "Proposta di Progetto" (allegato A) nel quale saranno dettagliati i tempi e le modalità del percorso informativo tra le Unità Valutative, in relazione alle specifiche di ogni area territoriale della Regione Piemonte ed i ruoli specifici di responsabilità nell'attuazione pratica del progetto.

L'attivazione di tale percorso informativo sottintende il riscontro di una potenziale urgenza di presa in carico da parte della Unità Valutativa di destinazione.

Per tale motivo risulta necessario individuare, nell'ambito della proposta progettuale, una modalità informativa che rientri in un intervallo temporale contenuto (max tra 15 e 30 gg.).

La documentazione relativa al caso sarà trasmessa in copia alla Unità Valutativa di destinazione

Con il presente Protocollo di Intesa le Parti:

1. approvano la proposta di progetto (allegato A) allegata al presente protocollo di intesa;
2. riconoscono che il contenuto della Proposta di Progetto allegata al presente Protocollo di Intesa costituisce parte integrante e sostanziale del Protocollo stesso;

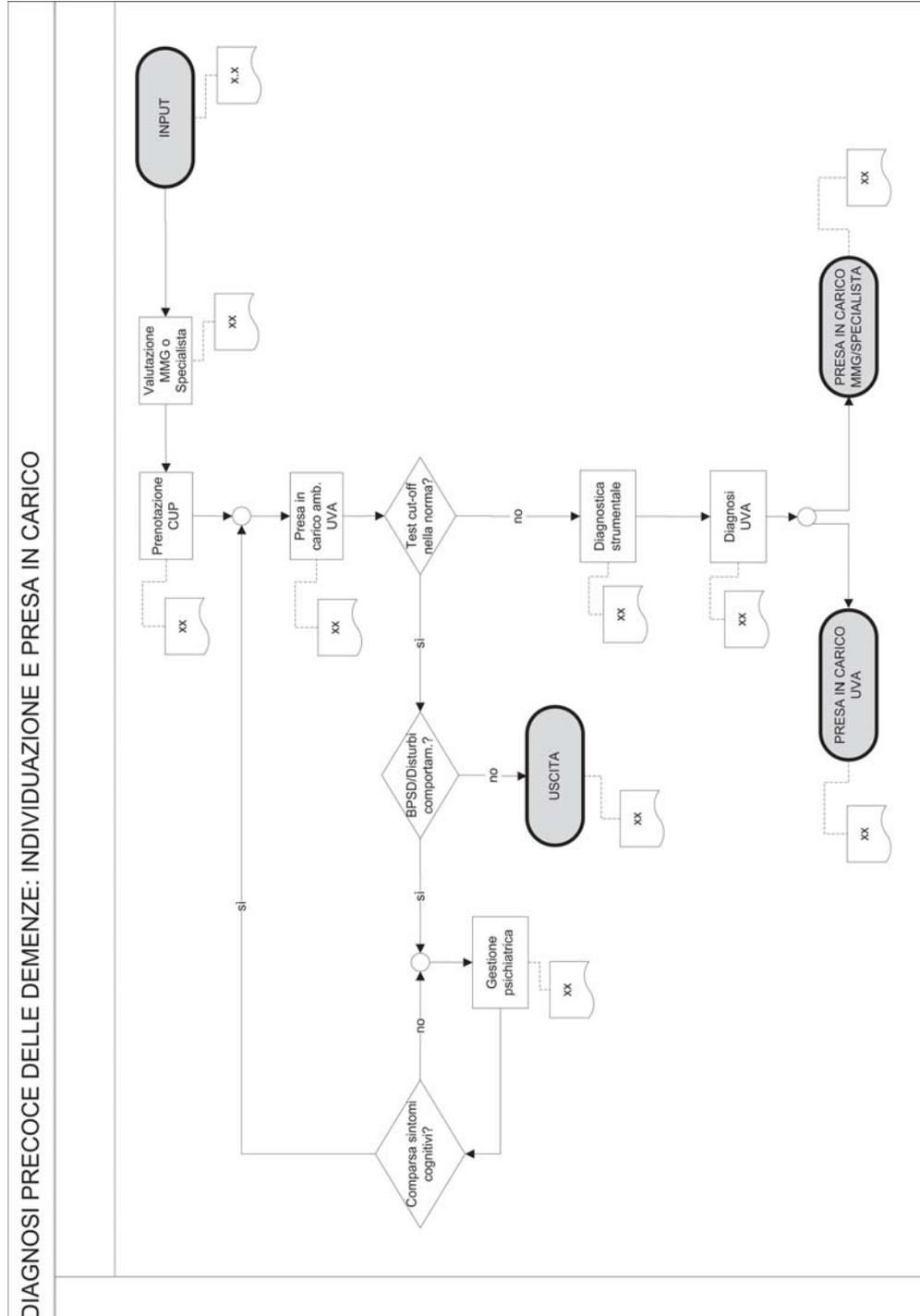
Letto, approvato e sottoscritto

Firma dei rappresentanti delle Parti

Data __/__/____

FLOW CHART

Di seguito viene presentato il diagramma di flusso del Percorso con le fasi in successione e gli snodi decisionali.



INDICATORI CLINICI ED ORGANIZZATIVI

Nella tabella sono elencati gli indicatori clinici ed organizzativi da utilizzare ai fini della valutazione interna ed esterna. Gli stessi indicatori sono quindi descritti e declinati nel paragrafo successivo.

| Indicatore | Numeratore | Denominatore |
|--|---|---|
| Tempo di attesa medio per 1° visita UVA | Giorni di attesa al CUP | Numero 1° visite per ASL/A.O. |
| Collegamento con UVG | Numero di protocolli siglati | Numero di UVA |
| Pz. con diagnosi precoce individuati/anno | Numero pz. diagnosi precoce | Accesso 1° visita |
| Esami del liquor | Numero di rachicentesi Vs 1° visita con deterioramento cognitivo | Numero 1° visite positive per deterioramento cognitivo |
| Giornate apertura UVA | Numero di visite alla settimana | 200 giorni/anno |

IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA

La fase è molto importante in quanto permette che il Percorso relativo alla presente best practice sia adeguatamente diffuso e conosciuto da tutti gli utilizzatori.

Il Percorso viene diffuso agli utilizzatori con una specifica lista di distribuzione, viene inserito nell'Intranet aziendale e sono organizzati riunioni, seminari, corsi di formazione allo scopo di informare il maggior numero di operatori.

AUDIT

Il processo dell'Audit Clinico è un tipico interventi di valutazione e miglioramento della Qualità e può essere rappresentato come un ciclo della qualità, costituito da alcuni passaggi chiave:

- identificazione di ambito e scopo dell'Audit clinico
- definizione di criteri, indicatori e standard
- osservazione della pratica e raccolta dei dati
- confronto dei risultati con gli standard
- realizzazione del cambiamento (azioni correttive)
- valutazione dell'impatto.

Attraverso l'attività di audit viene effettuata l'analisi del Percorso relativamente alla fasi di:

- progettazione
- sviluppo
- mantenimento

La rilevazione avviene alla presenza degli attori del progetto, che definiscono le principali criticità, soprattutto inerenti:

- il livello di avanzamento del Percorso
- il valore degli indicatori realmente osservati e scostamento rispetto ai valori attesi per quanto riguarda struttura, processo, appropriatezza, prodotti erogati, esiti clinici sulla base della specifica reportistica.
- la matrice di rilevazione, riportante le informazioni realmente osservate su casi traccianti relativamente a prestazioni, accessi, criteri di gestione/traguardi ecc. rispetto alla presente best practice.

CRITERI DIAGNOSTICI PER LE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA

| Patologia | Criteri diagnostici di riferimento | Indicazione bibliografica |
|--|---|--|
| Demenza | ICD 10 DSM IV | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th. Revision Version for 2007. http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ . American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR), 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000 |
| Malattia di Alzheimer | NIA and Alzheimer Association working group | McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. <i>Alzheimers Dement</i> 2011; 7(3): 263–269 |
| Demenza fronto temporale BvFTD | International bv FTD Criteria Consortium | Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. <i>Brain</i> . 2011; 134 (Pt 9): 2456–2477 |
| PNFA, SD | International PPA Consortium | Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. <i>Neurology</i> 2011; 76(11): 1006–1014 |
| PDD | Clinical Diagnostic Criteria for dementia associated with PD | Emre M, Aarsland D, Brown R, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. <i>Mov Disord</i> 2007; 22(12): 1689–1707. Goetz CG, Emre M, Dubois B. Parkinson's disease dementia: definitions, guidelines, and research perspectives in diagnosis. <i>Ann Neurol</i> 2008; 64(Suppl 2): S81– S92. |
| Demenza a corpi di Lewy | Consensus criteria Diagnostic criteria | McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB consortium. <i>Neurology</i> 2005; 65:1863. Galvin JE, Boeve BF, Duda JE, et al. Current issues in Lewy body dementia. diagnosis, treatment and research. <i>Lewy Body Dementia Association</i> , 2008 |
| Malattie prioniche - Creutzfeldt Jacob sporadica (s-CJD) | Update WHO criteria for s-CJD | Heath CA, Cooper SA, MD, Murray K, et al. Validation of diagnostic criteria for variant Creutzfeldt–Jakob disease. <i>Ann Neurol</i> 2010; 67: 761–770. |
| - CJD variante (v-CJD) | Update MRI-CJD Consortium criteria for s-CJD Diagnostic criteria | Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt–Jakob disease. <i>Brain</i> 2009; 132: 2659–2668. Heath CA, Cooper SA, MD, Murray K, et al. Validation of diagnostic criteria for variant Creutzfeldt–Jakob disease. <i>Ann Neurol</i> 2010; 67: 761–770. |

| | | |
|-------------------|---------------------|---|
| Demenza vascolare | Diagnostic criteria | Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250–260. |
|-------------------|---------------------|---|

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

La diagnosi clinica di demenza causata da Malattia di Alzheimer può raggiungere un tasso di accuratezza del 95%, ma solo quando è effettuata da medici esperti che osservano i i pazienti selezionati, in genere seguiti nel corso del tempo in modo continuativo. Al di fuori di centri specializzati, la diagnosi di demenza correttamente effettuata solo in circa il 50% delle persone affette (Mayeux et al., 2011). Una diagnosi accurata è difficile a causa della frequente presenza, in adulti più anziani, di co-morbidità che possono contribuire al deterioramento cognitivo.

Un fattore che può ulteriormente complicare la diagnosi è il livello cognitivo precedente del paziente, che preclude al clinico la possibilità di valutare correttamente se c'è stato un vero declino cognitivo e funzionale o no. Non sempre si ha la possibilità di ottenere informazioni credibili riportate dal paziente o da famigliari (Mayeux et al, 2011).

Sono da citare in primo luogo i criteri diagnosi del DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) e i criteri diagnostici Del National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) (McKhann et al., 1984).

Entrambi i criteri richiedono la presenza di un deficit della memoria e di almeno un altro dominio cognitivo. I criteri del DSM-IV-TR inoltre richiedono la presenza di un impatto negativo sulla funzione sociale o sulle attività della vita quotidiana (ADL) del deterioramento cognitivo. Secondo i criteri NINCDS-ADRDA la malattia di Alzheimer (AD) viene classificata in:

AD definita (diagnosi clinica con conferma istologica),

AD probabile (tipica sindrome clinica senza conferma istologica),

AD possibile (caratteristiche cliniche atipiche ma nessuna diagnosi alternativa apparente; nessuna conferma istologica).

I criteri NINCDS-ADRDA hanno mostrato ragionevole affidabilità per la diagnosi di AD probabile: in più di una dozzina di studi clinico-patologici, si è dimostrata una sensibilità del 81% e una specificità del 70% (Knopman et al., 2001).

L'impiego dei criteri del DSM-IV-TR e delle raccomandazioni NINCDS-ADRDA (1984) può determinare un ritardo nella diagnosi di AD. Pertanto, sono stati compiuti sforzi notevoli per definire dei criteri in grado di intercettare la fase pre-clinica della demenza, ovvero il Mild Cognitive Impairment (MCI; Petersen e Negash, 2008), fase in cui, per definizione, le attività della vita quotidiana ADL sono essenzialmente normali. In realtà il MCI è un'entità eterogenea, che comprende non solo casi di AD, ma anche pazienti affetti da altre malattie degenerative e affetti da deterioramento cognitivo determinato da patologie non degenerative. In tale ottica, Dubois ha introdotto il concetto di AD prodromica come sottotipo di MCI (Dubois et al 2007).

Il principio chiave dei criteri diagnostici di AD con finalità di ricerca di Dubois (Dubois et al., 2007) si basa sulla presenza di disturbi della memoria episodica e di biomarcatori specifici. Infatti, per soddisfare i criteri di AD probabile, un paziente deve mostrare segni/sintomi che soddisfino un criterio clinico fondamentale (criterio A) e almeno un criterio accessorio basato sui biomarcatori. Il criterio A specifica che ci deve essere un deficit della memoria episodica comprovata da specifici test. I criteri accessori dipendono dalla dimostrazione di biomarcatori caratteristici mediante imaging strutturale (Criterio B), analisi del liquido cerebrospinale (Criterio C), imaging molecolare (Criterio D), analisi genetica positiva in un familiare (Criterio E).

Nel 2011, il gruppo di lavoro NIA-AA ha pubblicato le raccomandazioni relative alla definizione degli stadi preclinici della AD (Sperling et al, 2011), della diagnosi di MCI causata da AD (MCI-AD.; Albert et al., 2011) e della diagnosi di demenza dovuta a AD (AD demenza; McKhann et al, 2011) integrando le informazioni che

possono derivare dai biomarcatori. Secondo il gruppo di lavoro NIA-AA, i principali biomarcatori della AD possono essere divisi in:

- quelli riconducibili alla deposizione di amiloide nel tessuto nervoso (basso livelli di peptide A β 42 nel liquido cerebrospinale e/o PET positiva con tracciante specifico tipo PiB);
- quelli relativi al processo di degenerazione o danno neuronale (elevati livelli di tau e/o fosfo-tau nel liquido cerebro spinale; FDG-PET con ridotto uptake nella corteccia temporo-parietale; evidenza alla MR strutturale di atrofia della corteccia mediale, basale e laterale del lobo temporale e nella parte mediale della corteccia parietale (McKhann et al, 2011).

Secondo le raccomandazioni NIA-AA (Albert et al., 2011), in presenza di un cambiamento cognitivo con deterioramento in almeno un dominio cognitivo, con conservazione di autonomia nelle ADL (e relativa assenza di demenza) ed una sindrome clinica suggestiva di AD, la diagnosi di MCI-AD possibile può essere posta nelle seguenti situazioni:

- (1) in assenza di informazioni sui biomarcatori,
- (2) nel caso in cui essi siano poco informativi (né chiaramente negativi né positivi),
- (3) nel caso che i risultati siano in conflitto (ad esempio, basso A β e tau normale nel CSF).

La diagnosi di MCI-AD probabile è posta nei casi di positività di entrambi i biomarkers.

In presenza di negatività di entrambi i biomarker, si parla di MCI non causato da AD.

Relativamente alla demenza di Alzheimer, il gruppo di lavoro NIA-AA (McKhann . et al, 2011) propone la seguente terminologia:

- (1) AD probabile
- (2) AD possibile
- (3) AD probabile o possibile demenza con evidenza del processo patofisiopatologico di AD.

I primi due concetti sono intesi per l'uso in tutte le situazioni cliniche.

Il terzo è da usare solo a scopi di ricerca.

Gli autori sottolineano che la diagnosi di demenza, qualsiasi sia la causa, implica la presenza, rilevata dall'anamnesi e dalla valutazione obiettiva, di declino cognitivo rispetto ai precedenti livelli di prestazioni, che intacca almeno due domini, che interferisce con le ADL e che non sia imputabile a delirio o ad altra patologia psichiatrica maggiore.

In accordo con McKhann et al. (2011), si può parlare di AD probabile quando il paziente risponde a criteri per la demenza e, in aggiunta, vi è la storia chiara di peggioramento cognitivo attraverso anamnesi o test, esordio insidioso, e quando i deficit cognitivi iniziali e più importanti si trovino in una delle seguenti categorie: memoria, linguaggio, funzioni visuo-spaziale, o la funzione esecutiva.

Il gruppo di lavoro NIA-AA raccomanda che la diagnosi di probabile AD demenza non debba essere posta quando vi sia evidenza di sostanziali e concomitanti malattie cerebrovascolari, aspetti suggestivi di demenza con corpi di Lewy (DLB), degenerazione lobare fronto-temporale (FTLD), altre patologie neurologiche/non neurologiche concomitanti o terapie farmacologiche in grado di influenzare negativamente i livelli cognitivi del paziente.

Per le persone che soddisfano i criteri clinici fondamentali di AD probabile, gli autori (McKhann et al., 2011) dichiarano un ulteriore aumento del livello di probabilità della diagnosi in presenza di una documentata progressione dei deficit o la dimostrazione di mutazioni associate a forme monogeniche di AD .

Può essere posta una diagnosi di AD possibile quando vi è un decorso atipico, ovvero quando vi è improvvisa insorgenza di deficit cognitivo, o insufficiente dettaglio storico o documentazione obiettiva di progressivo declino, o quando vi è una presentazione eziologicamente mista.

Sia per la categoria dell'AD probabile sia per quella dell'AD possibile, la positività dei biomarker può aumentare la certezza che alla base della sindrome clinica di demenza vi sia il processo fisiopatologico dell'AD. Al momento gli autori non suggeriscono l'uso di test di biomarcatori AD per scopi diagnostici di routine, stanti l'accuratezza diagnostica molto buona dei criteri clinici, la necessità di ulteriori ricerche per convalidare l'uso dei biomarcatori, incorporandoli nei criteri diagnostici, la standardizzazione limitata del dosaggio dei biomarcatori tra i vari laboratori, l'accesso limitato al dosaggio dei biomarcatori in molti contesti.

CRITERI DIAGNOSTICI PER LO SPETTRO DELLE DEMENZE FRONTO TEMPORALI

Questo gruppo di demenze, che in fasi tardiva o intermedia possono essere indistinguibili dalla malattia di Alzheimer, sono caratterizzate dalla preminenza dei sintomi comportamentali, affettivi e del linguaggio sul deficit di memoria che può essere lieve o addirittura assente.

La demenza fronto-temporale (DFT) comprende un insieme di sindromi degenerative, istopatologicamente non omogenee, caratterizzate da una atrofia selettiva e spesso asimmetrica delle porzioni anteriori dei lobi frontali e temporali. Queste sindromi degenerative focali si appartentano storicamente alla classica 'Demenza presenile di Pick' (1892), che si caratterizzava per la localizzazione fronto-temporale dell'atrofia corticale, per la caratteristica sindrome clinica prefrontale comportamentale e soprattutto per la presenza intraneuronale di inclusioni argentofile, chiamate appunto 'corpi di Pick'.

Le DFT sono forme degenerative focali, che colpiscono in modo selettivo e spesso asimmetrico le porzioni anteriori dei lobi frontali e temporali e che danno luogo a disturbi comportamentali e neuropsicologici tipici della corrispondente localizzazione lesionale.

Quando le lesioni degenerative colpiscono selettivamente le aree peri-silviane dell'emisfero sinistro, osserviamo la forma non-fluente di afasia progressiva primaria definita da Mesulam (1982) e descritta già nel lavoro originale di Pick (1892). Quando è, invece, selettivamente colpito il lobo temporale sinistro, con un preferenziale interessamento della corteccia temporo-polare ed infero-temporale, abbiamo il quadro clinico della 'demenza semantica', caratterizzata da una forma fluente di afasia con anomia e severo deficit nella comprensione delle parole.

Le implicazioni cliniche della localizzazione anatomo-funzionale delle lesioni nella FTD sono:

- la prevalenza nella maggior parte dei pazienti con DFT dei disturbi comportamentali (dovuti alla lesione delle strutture fronto-orbitarie, fronto-polari e temporo-polari) rispetto a quelli cognitivi;
- il relativo risparmio delle funzioni mnestiche, sottese dallo scarso coinvolgimento nel processo patologico della formazione ippocampale;
- la compromissione delle funzioni 'esecutive', sottese dalle strutture dorso-laterali del lobo frontale, rispetto a quelle linguistiche, prassiche e visuo-spaziali, sottese dalle aree associative posteriori della corteccia.

A differenza dell'AD, la DFT ha un esordio caratterizzato da disturbi comportamentali ed i deficit cognitivi sono relativi riguardano più alle funzioni esecutive e di programmazione rispetto alle funzioni mnestiche.

Inoltre, i reperti neuroradiologici e di neuroimaging funzionale dotati di maggior valore diagnostico riguardano nella MA la formazione ippocampale e nella DFT le porzioni anteriori dei lobi frontali e temporali.

I criteri clinici per la diagnosi della FTLD furono originariamente sviluppati nel 1994 [The Lund and Manchester Groups; "Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia"; J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry (1994), Vol. 57, no. 4, pp. 416-8]. Nonostante buona efficacia nell'esclusione dell'AD, i predetti criteri non davano nessuna indicazioni sul numero di caratteristiche cliniche necessarie per porre diagnosi né tanto meno la relativa importanza di ciascun sintomo. Dopo la loro pubblicazione, è risultato chiaro che questi criteri non erano in grado di distinguere tra le varie sindromi che rientrano nella tanto complessa FTLD. Nel 1998 Neary e coll. hanno proposto dei criteri [163], attraverso i quali diventava possibile distinguere tra i tre principali tipi di FTLD. Ulteriori aggiornamenti dei criteri per la diagnosi di FTLD sono stati pubblicati prima nel 2007 [Rascovsky K., Hodges J.R., Kipps C.M., et al.; "Diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD): current limitations and future directions"; Alzheimer Dis. Assoc. Disord. (2007), Vol. 21, pp. S14-18.] e poi nel 2011 [Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D., et al.; "Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia"; Brain (2011), 134:2456-2477; Gorno-Tempini M.L., Hillis A.E., Weintraub S., et al.; "Classification of primary progressive aphasia and its variants"; Neurology (2011), 76:1006-1014.].

Si riportano qui schematicamente i criteri necessari per porre diagnosi di Demenza fronto temporale (variante di tipo comportamentale) (bv-FTD):

bv-FTD possibile

Almeno 3 tra i seguenti sintomi cognitivo-comportamentali (A-F) che devono essere persistenti e non sporadici.

Precoce disinibizione comportamentale

A.1 inappropriato comportamento sociale

A.2 perdita di decoro, pudore, buone maniere

A.3 comportamento impulsivo, azioni avventate o senza cura

- B. Precoce apatia o inerzia
 - B.1 apatia
 - B.2 inerzia
- C. Perdita di empatia
 - C.1 Diminuita capacità di riposta ai bisogni e sentimenti altrui
 - C.2 Diminuito interesse sociale, relazioni interpersonali o calore affettivo
- D. Precoce comportamento perseverante, stereotipato, compulsivo/ritualistico
 - D.1 semplici movimenti ripetitivi
 - D.2 comportamenti compulsivi, ritualistici
 - D.3 Stereotipie nel linguaggio
- E. Iperoralità, cambiamenti nell'alimentazione
 - E.1 Cambiamento nelle preferenze alimentari
 - E.2 binge eating, aumento nel consumo di alcool o sigarette
 - E.3 esplorazioni orali o tentativi di consumo di oggetti non mangiabili
- F. Profilo neuropsicologico: deficit nelle funzioni esecutive con relativo risparmio della memoria e della funzioni visuo spaziali (tutti i sintomi F.1-F.3 devono essere presenti)
 - F.1 Deficit nelle funzioni esecutive
 - F.2 Relativo risparmio della memoria episodica
 - F.3 Relativo risparmio delle funzioni visuo spaziali

bv-FTD probabile

Tutti i seguenti sintomi (A-C) devono essere presenti per poter porre diagnosi

I criteri per bv-FTD possibile devono essere soddisfatti

Significativo declino funzionale (riportato dal care giver principale o emerso da questionario "Clinical Dementia Rating Scale or Functional Activities")

Immagini diagnostiche compatibili con diagnosi di bv-FTD (uno dei seguenti criteri deve essere presente)

C.1 Atrofia frontale e / o temporale anteriore alla RM o TC

C.2 Iperperfusione o ipometabolismo frontale e / o temporale anteriore alla PET o SPECT

bv-FTD definita

Devono esseri presenti il criterio A associato al criterio B o C per poter porre diagnosi

I criteri per possibile o probabile bv-FTD devono essere soddisfatti

Evidenza istopatologica di degenerazione del lobo fronto temporale all'esame biptica o da prelievo autoptico

Presenza di una mutazione genetica conosciuta

Criteri di esclusione per bv-FTD

A. L'insieme dei deficit è meglio attribuibile ad altre patologie del sistema nervoso non degenerative o a patologie mediche

B. I disturbi del comportamento sono più compatibili con una diagnosi psichiatrica

C. I biomarker sono fortemente indicativi per AD o altre malattie neurodegenerative.

AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA (PPA)

La diagnosi clinica di PPA richiede un preponderante, isolato deficit del linguaggio nella fase iniziale di malattia. L'esordio è insidioso e seguito da una progressiva e graduale perdita della produzione del linguaggio, della capacità di denominare gli oggetti, della sintassi, o della comprensione delle parole, che emerge chiaramente durante la conversazione o attraverso le valutazioni specifiche. Le abilità nelle attività quotidiane sono mantenute ad eccezione di quelle relative al linguaggio (ad esempio, nell'uso del telefono). L'afasia dovrebbe essere il deficit più evidente in fase di esordio. Le altre funzioni cognitive possono essere intaccate nel seguito della malattia, ma il linguaggio rimane il dominio più alterato durante tutto il decorso della malattia stessa. Cause specifiche di afasia, come ictus o tumori, sono assenti, come da accertamenti di neuroimaging. I disturbi del comportamento possono essere caratteristiche iniziali nella PPA (in particolare nelle varianti non fluente e semantica), ma non dovrebbero costituire il principale disturbo o la causa principale delle alterazioni del funzionamento. Allo stesso modo, una chiara sindrome parkinsoniana (rigidità, tremore) non dovrebbe essere presente al momento della diagnosi, anche se può essere presente una lieve aprassia degli arti e una difficoltà nei movimenti fini delle dita.

Criteri diagnostici che devono essere presenti per porre diagnosi di PPA

Criteri di inclusione: i criteri 1-3 devono essere presenti

1. La principale manifestazione clinica è una difficoltà del linguaggio
2. Questi deficit sono la principale causa della compromissione delle ADL
3. L'afasia deve essere il deficit prominente all'esordio e nelle fasi Iniziali di malattia

Criteri di esclusione: i criteri 1-4 devono essere assenti

1. Il quadro è spiegato da altre malattie del SNC non degenerative o da altra condizione medica
2. Il disturbo cognitivo è riconducibile ad una malattia psichiatrica
3. Prevalente compromissione della memoria episodica, della memoria visiva e delle funzioni visuo-spaziali
4. Prevalente e iniziale disturbo del comportamento

Una volta posta diagnosi di PPA è possibile identificare una delle tre varianti cliniche:

- PPA variante non fluente/agrammatica
- PPA variante semantica
- PPA variante logopenica

I criteri diagnostici vengono qui brevemente riassunti. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle fonti bibliografiche citate.

PPA variante non fluente

I. PPA variante non fluente

Almeno una delle seguenti caratteristiche principali deve essere presente:

1. Agrammatismo nella produzione del linguaggio
2. Produzione delle parole esitante, faticosa con discorso incoerente, presenza di errori fonologici e distorsioni (aprassia del discorso)

Almeno 2 delle 3 seguenti caratteristiche devono essere presenti:

1. Comprensione alterata di frasi sintatticamente complesse
2. Comprensione corretta di singole parole
3. Riconoscimento di oggetti conservato

II. PPA variante non fluente sostenuta da neuroimmagini

Entrambi i seguenti criteri devono essere presenti:

1. Presenza di diagnosi clinica di variante non fluente di PPA
2. le immagini devono mostrare uno o più dei seguenti reperti:
 - a. predominante atrofia alla RMN nella zona fronto-insulare posteriore sinistra
 - b. predominante ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET nella zona fronto-insulare posteriore sinistra

III. PPA variante non fluente con istopatologia definita

Devono essere presenti il criterio 1+ il criterio 2 o il criterio 3:

1. La diagnosi clinica di variante PPA non fluente
2. Evidenza istopatologica di una specifica patologia neurodegenerativa (ad esempio, FTLT-tau, FTLT-TDP, FTLT-Fus)
3. Presenza di una mutazione patogenetica conosciuta

Criteri diagnostici per la variante semantica di PPA

I. PPA variante semantica

Entrambe le seguenti caratteristiche devono essere presenti:

1. Compromissione della denominazione
2. Compromissione della comprensione singola parola

Almeno 3 dei seguenti altre funzioni diagnostiche devono essere presenti:

3 o più dei seguenti devono essere presenti:

1. compromissione della conoscenza dell'oggetto (specie se poco familiare);
2. dislessia o disgrafia;

3. risparmio della ripetizione;
4. risparmio della produzione linguistica (in termini di grammatica e produzione di parole)

II. PPA variante semantica supportata dalle neuroimmagini:

Entrambi i seguenti criteri devono essere presenti:

1. Presenza di diagnosi clinica di variante semantica PPA
2. Il neuroimaging deve mostrare uno o più dei seguenti risultati:
 - a. predominante atrofia del lobo temporale anteriore
 - b. predominante ipoperfusione o ipometabolismo temporale anteriore alla SPECT o PET

III. PPA variante semantica con istopatologia definita

Devono essere presenti il criterio 1 + il criterio 2 o 3:

1. Diagnosi clinica di variante semantica di PPA
2. Evidenza istopatologica di una specifica patologia neurodegenerativa (ad esempio, FTLN-tau, FTLN-TDP, FTLN-Fus, altro)
3. Presenza di una mutazione patogenetica conosciuta

PPA variante logopenica

I. PPA variante logopenica

Entrambe le seguenti caratteristiche devono essere presenti:

1. Compromissione del recupero della singola parola nel linguaggio spontaneo e nella prova di denominazione
2. Compromissione della ripetizione di frasi o frasi

Almeno 3 delle seguenti caratteristiche devono essere presenti:

1. errori fonologici nel linguaggio spontaneo e nella prova di denominazione;
2. risparmio della comprensione della singola parola e della conoscenza dell'oggetto; 3. risparmio dell'aspetto motorio del linguaggio;
4. assenza di agrammatismo

II. PPA variante logopenica supportata dalle neuroimmagini:

Entrambi i seguenti criteri devono essere presenti:

1. Presenza di diagnosi clinica di variante logopenica di PPA
2. L'Imaging deve mostrare uno o più dei seguenti risultati:
 - a. predominante Atrofia alla RMI
 - b. predominante Ipoperfusione o ipometabolismo nella zona perisilviana posteriore sinistra o parietale alla SPECT o PET

III. PPA variante logopenica con istopatologia definita

Devono essere presenti il criterio 1 + il criterio 2 o 3:

1. Diagnosi clinica di variante logopenica di PPA
2. Evidenza istopatologica di una specifica patologia neurodegenerativa (ad esempio, FTLN-tau, FTLN-TDP, FTLN-Fus, altro)
3. Presenza di una mutazione patogenetica conosciuta

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA DEMENZA VASCOLARE

I segni che possono rendere incerta o improbabile la diagnosi di demenza vascolare sono un esordio precoce ed un andamento progressivamente degenerativo dei deficit di memoria o di altri deficit cognitivi corticali, in assenza di lesioni focali corrispondenti alle neuroimmagini.[Inzitari D, Erkinjuntti T, Wallin A, Del Ser T, Romanelli M, Pantoni L. Inzitari D, Erkinjuntti T, Wallin A, Del Ser T, Romanelli M, Pantoni L. Subcortical vascular dementia as a specific target for clinical trials. Ann N Y Acad Sci 2000; 903: 510-521]

Tuttavia la presenza di una malattia cerebrovascolare non implica necessariamente che l'ictus sia la causa ultima della demenza, o che abbia contribuito alla sua genesi, in particolare quando essa sia concomitante con una malattia di Alzheimer. L'andamento temporale della demenza, la presenza di una patologia cerebrovascolare e le neuroimmagini devono essere prese in considerazione.

I criteri più frequentemente adoperati per la diagnosi di demenza vascolare sono quelli del DSM-I-, quelli degli Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC),[Chui HC, Victoroff JI, Margolin D, Jagust W, Shankle R, Katzman R. Chui HC, Victoroff JI, Margolin D, Jagust W, Shankle R, Katzman R. Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. Neurology 1992; 42: 473-480]

del National Institute for Neurological Disorders and Stroke - Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN),[Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, et al. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260.] e gli ICD-10.[Wetterling T, Kanitz RD, Borgis KJ. Wetterling T, Kanitz RD, Borgis KJ. The ICD-10 criteria for vascular dementia. Dementia 1994; 5: 185-188.]

Questi criteri possono essere divisi in due gruppi: descrittivi ed operativi. I primi sono rappresentati dalle definizioni di demenza vascolare riportate dal DSM-IV TR e dall'ICD-10. Più dettagliati, e con il preciso intento di essere utilizzati per studi clinici, sono i criteri operativi ADDTC e NINDS-AIREN.

Criteri DSM-IV per diagnosi di demenza vascolare:

A. Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti:

1) deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite)

2) una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive:

a) afasia (alterazione del linguaggio)

b) aprassia (alterazione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità della funzione motoria)

c) agnosia (incapacità di riconoscere o di identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale)

d) disturbo delle funzioni esecutive (cioè, pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).

B. Ciascuno dei deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo, e rappresenta

un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.

C. Segni e sintomi neurologici focali (per es., accentuazione dei riflessi tendinei profondi, risposta estensoria plantare, paralisi pseudobulbare, anomalie della deambulazione, debolezza di un arto) o segni di laboratorio indicativi di malattia cerebrovascolare (per es., infarti multipli che interessano la corteccia e la sostanza bianca sottostante) che si ritengono eziologicamente correlati al disturbo.

D. I deficit non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un delirium.

Criteri ICD-10 per la demenza vascolare

Tutti i seguenti:

demenza secondo i criteri ICD-10 (declino della memoria + declino in altre abilità cognitive + assenza delirium + disturbo comportamentale o cambiamento del comportamento sociale + durata di almeno 6 mesi);

distribuzione ineguale dei deficit cognitivi;

evidenza di danno cerebrale focale che si manifesta con almeno uno dei seguenti: paralisi spastica degli arti, aumento unilaterale dei riflessi osteotendinei, riflesso plantare in estensione, paralisi pseudobulbare);
evidenza dalla storia, esame obiettivo o dagli esami di malattia cerebrovascolare significativa che possa essere ragionevolmente giudicata in relazione alla demenza.

Criteria Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC) per la demenza vascolare ischemica

| | |
|--|--|
| Demenza vascolare ischemica probabile | Tutti i seguenti punti: 1. Demenza; 2. evidenza di almeno due ictus ischemici (anamnesi, segni neurologici, e/o neuroimmagini) oppure un singolo ictus con una chiara relazione temporale con l'insorgenza di demenza; 3. evidenza di almeno un infarto al di fuori del cervelletto alle neuroimmagini |
| Demenza vascolare ischemica possibile | 1. Demenza e uno o più dei seguenti: 2a) storia o evidenza di un singolo ictus (senza ictus multipli) senza una documentata relazione temporale con l'insorgenza della demenza. oppure 2b) <u>sindrome di Binswanger (senza ictus multipli) che include tutti i seguenti:</u> <input type="checkbox"/> incontinenza urinaria precoce non altrimenti spiegata o disturbi della marcia non spiegati da neuropatia. <input type="checkbox"/> fattori di rischio vascolare <input type="checkbox"/> alterazioni estese della sostanza bianca |
| Demenza vascolare ischemica definitiva | 1. evidenza clinica di demenza 2. conferma patologica di infarti cerebrali multipli, almeno alcuni dei quali fuori del cervelletto |

Criteria National Institute for Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) per la demenza vascolare

Demenza vascolare probabile

1. Demenza: declino cognitivo rispetto ad un livello funzionale precedentemente più elevato, caratterizzato da alterazione della memoria e di due o più domini cognitivi, che comprendono l'orientamento, l'attenzione, le capacità linguistico-verbali, le abilità visuo-spaziali, il calcolo, le funzioni esecutive, il controllo motorio, la prassia, l'astrazione e le capacità di giudizio. La gravità dei deficit deve essere tale da compromettere le attività della vita quotidiana, indipendentemente dalle condizioni fisiche determinate dall'ictus.
2. Cerebrovasculopatia: presenza di segni neurologici focali compatibili con diagnosi di ictus ed evidenza neuroradiologica di lesioni cerebrali di origine vascolare (infarti multipli da occlusione di grossi vasi, singoli infarti strategici del giro angolare, del talamo, della base del tronco encefalico, dei territori della cerebrale anteriore o posteriore, lacune ischemiche della sostanza bianca sottocorticale, leucoaraiosi periventricolare).
3. Correlazione temporale tra demenza e cerebrovasculopatia: insorgenza della demenza nei tre mesi successivi alla diagnosi di ictus, oppure storia di esordio brusco e andamento a gradini del deficit cognitivo. Criteri aggiuntivi: presenza precoce di disturbi dell'andatura; storia d'instabilità e cadute frequenti; pollachiuria, impellenza alla minzione e altri sintomi urinari non attribuibili a malattie urologiche; paralisi

pseudobulbare; modificazioni della personalità e dell'umore con abulia, depressione, incontinenza emotiva; alterazioni di natura sottocorticale quali ritardo psicomotorio, deficit nelle funzioni esecutive.

Criteri di esclusione: presenza di disturbi della coscienza, delirium, psicosi, grave afasia o alterazioni sensitivo-motorie che possano precludere una corretta esecuzione dei test neuropsicologici. Non devono inoltre essere presenti altre patologie cerebrali o sistemiche che potrebbero essere di per sé causa di demenza.

Demenza vascolare possibile

1. Demenza.
2. Cerebrovasculopatia.
3. Assenza del criterio temporale tra demenza e cerebrovasculopatia; oppure nessuna evidenza alla TC o RM di lesioni cerebrali ischemiche; oppure insorgenza subdola e decorso variabile (plateau o miglioramenti) della demenza.

Demenza vascolare certa

Dimostrazione autoptica in soggetto con diagnosi clinica di demenza vascolare probabile.

Criteri per la diagnosi di demenza vascolare sottocorticale secondo Erkinjuntt et al

I. I criteri per la diagnosi clinica della demenza vascolare sottocorticale includono tutti i seguenti:

A) SINDROME COGNITIVA che include entrambi i seguenti: sindrome disesecutiva: deterioramento nella formulazione di obiettivi, nella iniziazione, pianificazione, organizzazione, performance di azione, esecuzione, cambiamento e mantenimento della risposta, astrazione deficit di memoria (potrebbe essere lieve): rievocazione deteriorata, riconoscimento relativamente intatto, amnesia meno grave, beneficio dai suggerimenti che indicano declino da un precedente più elevato livello di funzionamento, e che interferiscono con complesse (esecutive) attività occupazionali e sociali, non dovuto agli effetti fisici della sola malattia cerebrovascolare.

B) MALATTIA CEREBROVASCOLARE che include:

evidenza di rilevante malattia cerebrovascolare attraverso l'imaging cerebrale e presenza o storia di segni neurologici come evidenza per una malattia cerebrovascolare come emiparesi, paralisi facciale centrale, segno di Babinski, deficit sensitivi, disartria, alterazioni della deambulazione, segni extrapiramidali compatibili con lesioni cerebrali sottocorticali.

II. Le caratteristiche cliniche che supportano la diagnosi di demenza vascolare sottocorticale includono i seguenti:

- a. Episodi di lieve coinvolgimento del motoneurone superiore come sbandamento, asimmetria dei riflessi, mancanza di coordinazione.
- b. Presenza precoce di una alterazione della deambulazione (deambulazione a piccoli passi o andatura a piccoli passi magnetica, andatura aprassica-atassica o parkinsoniana).
- c. Storia di instabilità e frequenti cadute accidentali.
- d. Precoce frequenza urinaria, urgenza, e altri sintomi urinari non spiegati da una malattia urologica.
- e. Disartria, disfagia, segni extrapiramidali (ipocinesia, rigidità).
- f. Sintomi comportamentali e psicologici come depressione, cambiamenti di personalità, labilità emotiva, rallentamento psicomotorio.

III. Le caratteristiche che rendono la diagnosi di demenza vascolare sottocorticale incerta o improbabile includono:

- a. Esordio precoce del deficit di memoria e progressivo peggioramento della memoria e di altre funzioni cognitive come il linguaggio (afasia transcorticale sensoriale), abilità motorie (aprassia), e percezione (agnosia), in assenza di corrispondenti lesioni focali al neuroimaging.
- b. Assenza di rilevanti lesioni che indicano malattia cerebrovascolare sulle immagini cerebrali TC o RM.

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA DEMENZA A CORPI DI LEWY

La Demenza a Corpi di Lewy (DLB), costituisce il 25% circa di tutte le forme di demenza.

La DLB rappresenta la seconda forma più frequente di demenza degenerativa dopo la Malattia di Alzheimer (AD) (Weisman D, McKeith i. Dementia with Lewy Bodies. Seminars in neurology 2007;27:42-7.)

DLB condivide caratteristiche cliniche e patologiche con altri tipi di demenze come la AD, la demenza vascolare e la demenza associata alla malattia di Parkinson, e ciò, unito ai limiti diagnostici, la rende difficile da distinguere nella pratica clinica. I criteri di consenso finalizzati alla diagnosi ante-mortem della patologia sono stati sviluppati nel 1996 (McKeith et al., 1996)

Sebbene tali criteri abbiano un'alta specificità (79-100%), la loro sensibilità è bassa (20-60%)(Aarsland D, Litvan I, Salmon D, Galasko D, Wentzel-Larsen T, Larsen JP., Performance on the dementia rating scale in Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies: comparison with progressive supranuclear palsy and Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2003 Sep;74(9):1215-20)

Sotto il profilo clinico, la DLB si presenta con un decadimento cognitivo progressivo con caratteristiche cortico-sottocorticali, ad andamento fluttuante, associato molto frequentemente ad allucinazioni visive, presenti sin dall'esordio, ed a parkinsonismo. Altre manifestazioni cliniche tipiche sono rappresentate da una spiccata sensibilità ai neurolettici, dalla presenza di disturbi del sonno ReM e di disfunzione autonoma. La diagnosi di DLB viene posta in accordo a criteri clinici (Tab. 1) revisionati nel 2005 dal DLB Consortium (McKeith ig, Dickson Dw, Lowe J, emre M, o'Brien Jt, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. neurology 2005;65:1863-72) che, rispetto alla precedente edizione del 1996, ha introdotto tra le caratteristiche "suggestive" e "di supporto" per la diagnosi, la positività di alcuni esami strumentali (neuroimaging ed eeg).

Tab. I. Criteri diagnostici della Demenza a Corpi di Lewy (da McKeith et al, 2005).

1. Caratteristica centrale (essenziale per la diagnosi di DLB possibile o probabile)

Demenza, intesa come un decadimento cognitivo progressivo di entità tale da interferire con le normali attività sociali o lavorative; un marcato deficit mnesico può non essere presente nelle fasi iniziali di malattia ma è generalmente presente con la sua progressione; può essere presente un preminente deficit attentivo, delle funzioni esecutive, delle abilità visuo-spaziali

2. Caratteristiche "core" (due delle seguenti caratteristiche sono sufficienti, insieme alla caratteristica centrale, per la diagnosi di DLB probabile, una per la diagnosi di DLB possibile)

- Fluttuazioni cognitive con marcate variazioni di attenzione e vigilanza
- Allucinazioni visive ricorrenti, generalmente complesse e ben strutturate
- Parkinsonismo

3. Caratteristiche suggestive (in presenza di una o più di queste caratteristiche, in associazione ad una o più caratteristiche "core", si può porre diagnosi di DLB probabile; se non sono presenti caratteristiche "core", una o più caratteristiche suggestive permettono di porre diagnosi di DLB possibile; la diagnosi di DLB probabile non può essere posta sulla base delle sole caratteristiche suggestive)

- Disturbi del sonno REM
- Spiccata sensibilità ai neurolettici
- Diminuito uptake del trasportatore della dopamina a livello dei nuclei della base dimostrato tramite PET o SPECT

4. Caratteristiche di supporto (presenti frequentemente ma prive attualmente di specificità diagnostica)

- Cadute e sincopi ricorrenti
- Transitorie perdite di coscienza non altrimenti giustificabili
- Disfunzione autonoma di grado severo (ipotensione ortostatica, incontinenza urinaria)
- Allucinazioni non visive
- Depressione
- Relativa integrità delle strutture temporali mediali (TC o RMN)
- Uptake di traccianti di perfusione (SPECT/PET) diffusamente diminuito con ridotta attività a livello occipitale
- Anomalie alla scintigrafia miocardica con MIBG
- Prominent slow wave activity on EEG with temporal lobe transient sharp waves

5. Caratteristiche che rendono meno verosimile la diagnosi di DLB.

- Malattia cerebrovascolare
- Presenza di altre malattie che possano giustificare il quadro clinico
- Comparsa dei segni extrapiramidali nelle fasi avanzate di malattia

Nel 2008, la Lewy Body association propone il concetto di "spettro" delle malattie con diffusi corpi di Lewy, facendone parte la demenza con corpi di Lewy e la Parkinson demenza.

Criteri diagnostici per la DLB (2008)

I criteri diagnostici per DLB probabile richiedono la presenza di demenza con almeno due delle tre caratteristiche principali: attenzione e concentrazione fluttuanti, allucinazioni visive ricorrenti e ben caratterizzate, segni motori parkinsoniani spontanei.

Le caratteristiche cliniche suggestive includono: disturbi della fase REM del sonno e grave sensibilità neurolettici. In assenza di due caratteristiche fondamentali, la diagnosi di probabile DLB può essere fatta anche se almeno una delle caratteristiche suggestive è presente insieme ad una caratteristica di base. Caratteristiche cliniche di supporto includono: cadute ripetute, sincope, transitoria perdita di coscienza, grave disfunzione del sistema nervoso autonomo, depressione, deliri sistematizzati o allucinazioni in altre modalità sensoriali e percettive. Queste caratteristiche possono supportare la diagnosi clinica, ma mancano di specificità diagnostica e possono essere compatibili con diagnosi di altre patologie neurodegenerative. Questi criteri hanno una sensibilità dell' 83% (17% tasso di falsi negativi clinica) e una specificità del 95% (tasso di falsi positivi clinici del 5%) per la presenza di corpi di Lewy corticali all'autopsia, il gold standard diagnostico corrente. I criteri non possono differenziare in modo attendibile tra le due entità cliniche. I criteri per la diagnosi di DLB si differenziano da quelli per il Parkinson-demenza (PDD) solo per la differenza temporale nella comparsa di segni extrapiramidali. (cioè nella PDD i sintomi motori precedono l'insorgenza della demenza di almeno un anno). L'attuale assenza di marcatori biologici o radiologici che consentano un aiuto nella diagnosi di DLB ha portato allo sviluppo di misure cliniche che possono servire come indicatori di patologia o fattori predittivi di progressione della malattia. Inoltre, vi è anche una mancanza di trattamenti efficaci per la DLB, tranne i farmaci che offrono un modesto controllo dei sintomi cognitivi e comportamentali. Non ci sono ancora terapie che hanno dimostrato di alterare o ritardare la progressione della malattia.

Criteri diagnostici per il PDD. Una diagnosi di PDD probabile richiede la presenza delle caratteristiche di base (Tab 2) e una tipica presentazione clinica, ovvero la presenza di un deficit in almeno due dei quattro domini cognitivi. Ci possono essere o meno sintomi comportamentali, anche se la loro presenza supporta la diagnosi di probabile PDD. Non devono essere presenti le caratteristiche dei gruppi III e IV in Tab 2, poiché le alterazioni descritte in queste categorie aumentano il livello di incertezza diagnostica.

Una diagnosi di PDD possibile richiede la presenza delle caratteristiche di base, ma può presentare un pattern sintomatologico non così caratteristico in almeno uno dei domini cognitivi. Ci può essere o meno i sintomi comportamentali. Una o più caratteristiche del gruppo III possono essere presenti, e nessuna del gruppo IV.

Tab2 Caratteristiche della demenza associata a Malattia di Parkinson (PDD)

Gruppo I. La caratteristica di base richiede una precedente diagnosi di malattia di Parkinson e demenza che determinano un declino cognitivo e funzionale tale le normali attività di vita quotidiane e in almeno un dominio cognitivo.

Gruppo II. Le caratteristiche cliniche comprendono i domini cognitivi e comportamentali di seguito descritti:

Domini cognitivi:

- Attenzione - Il paziente mostra un livello di compromissione dell'attenzione variabile nel tempo
- Funzione esecutive – Difficoltà nei processi di pensiero complessi come l'inizio, la pianificazione o l'organizzazione di un'azione
- Abilità visuo-spaziale - deficit marcato nella processazione di materiale visuo-spaziale
- Memoria – Evidente compromissione sia nel richiamo dei ricordi che nella fissazione di nuove informazioni
- Lingua - linguaggio in gran parte intatto, anche se vi possono essere difficoltà a trovare le parole e a comprendere frasi complesse

Domini relativi al comportamento:

- Apatia - Diminuzione della spontaneità, motivazione
- Cambiamenti di personalità e umore - possono includere la depressione e l'ansia
- Allucinazioni - di solito complesse e visive
- Deliri - deliri paranoici, come infedeltà o persone sconosciute in casa
- Eccessiva sonnolenza diurna

Gruppo III - La terza categoria comprende due caratteristiche che non escludono una diagnosi di PDD, ma possono renderla più incerta:

- L'esistenza di un'altra patologia, come una malattia vascolare che può causare deterioramento cognitivo, anche se non determina la demenza
- La durata di tempo tra l'inizio dei sintomi motori e cognitivi non è noto

Gruppo IV - L'ultimo dominio contiene due caratteristiche che suggeriscono che altre condizioni esistenti compromettono il funzionamento cognitivo del paziente in misura tale che diventa impossibile porre diagnosi affidabile di PDD

- sintomi cognitivi o comportamentali che si verificano solo nel contesto di condizioni esistenti, come ad esempio malattie sistemiche, intossicazione da farmaci o depressione maggiore
- sintomi compatibili con demenza vascolare, confermati da risultati di imaging cerebrale e test neurologici

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB (CJD)

CJD sporadica

La forma sporadica di CJD (85% dei casi con encefalopatie prioniche) ha una incidenza di 0,5-1,5 casi per milione per anno. I criteri diagnostici per la CJD sporadica sono stati definiti sulla base dei segni clinici, dell'EEG, della presenza della proteina 14-3-3 nel liquor e del neuroimaging [41,42]. La triade diagnostica classica è composta da demenza rapidamente progressiva, mioclono e caratteristico pattern periodico all'EEG. In realtà, il mioclono, pur essendo una manifestazione rilevante a fine di diagnosi, si manifesta solo in stadi avanzati di malattia. L'atassia e le anomalie visive di tipo corticale sono molto frequent [43].

Forme genetiche di malattie da prioni

Le forme genetiche di malattie da prioni che si verificano nel 10-15% dei casi sono causati da mutazioni del gene della proteina prionica (PRNP), con ereditarietà autosomica dominante a penetranza incompleta. Lo spettro delle manifestazioni cliniche comprende la CJD genetica o familiare (fCJD), la sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker (GSS) e l'insonnia familiare fatale (FFI).

Forme iatrogene di malattie da prioni.

La CJD è stata correlata al di trapianto di cornea, alla somministrazione di ormone della crescita ipofisario contaminato o gonadotropina (entrambi di derivazione umana) e a innesti della dura madre. Tale evidenza ha sollevato preoccupazioni circa il rischio che le malattie da prioni umani (soprattutto vCJD) siano trasmissibili anche da trasfusione di sangue.

CJD variante (vCJD)

La vCJD è legata alla BSE (encefalopatia spongiforme bovina). Più di 200 casi di vCJD sono stati segnalati dal 1996, la maggior parte nel Regno Unito. La vCJD è caratterizzata da una più giovane età di insorgenza (dall'adolescenza sino ai primi anni 40) e da una più lunga durata della malattia (range 4-25 mesi). Le caratteristiche cliniche sono spesso limitate al disturbo psichiatrico o a sintomi sensoriali; l'atassia, il deficit cognitivo e movimenti involontari si sviluppano più avanti nel corso della malattia.

Criteri diagnostici per la CJD (Consortium criteria for CJD, 2009)

I. Segni clinici:

1. demenza
2. cerebellari o visivi
3. piramidali o extrapiramidali
4. mutismo acinetico

II. Indagini di laboratorio/strumentali:

1. PSWCs all'EEG
2. dosaggio della proteina 14-3-3 nel liquor (in pazienti con malattia di durata inferiore ai 2 anni)
3. alla MRI (sia FLAIR che DWI): anomalità di geniale nel nucleo caudato, putamen o almeno in 2 regioni corticali (temporo-parieto-occipitali)

CJD probabile: due criteri della sezione I e almeno 1 criterio della sezione II

CJD possibile: due criteri della sezione I e durata di malattia inferiore ai 2 anni.

CJD definita: CJD probabile/possibile con conferma istopatologica o dimostrazione di una mutazione patogenetica

Criteria diagnostici per la variante CJD

| Sezione | Item | Criteri |
|---------|------|---|
| I | A | Disordini neuropsichiatrici progressivi |
| | B | Durata di malattia > 6 mesi |
| | C | Esami di routine non suggeriscono diagnosi alternative |
| | D | In anamnesi: non esposizione a potenziali agenti iatrogeni |
| | E | Non evidenza di forme famigliari di forme trasmissibili di encefalopatie spongiformi |
| II | A | Sintomi psichiatrici precoci |
| | B | Sintomi dispercettivi algici persistenti |
| | C | atassia |
| | D | Mioclono o corea o distonia |
| | E | demenza |
| III | A | L'EEG non mostra i tipici segni di Creutzfeldt Jacob classica nei primi stadi di malattia |
| | B | Alla MRI segni sul pulvinar, bilaterali |
| IV | A | Positività alla biopsia delle tonsille |

vCJD definita: Item IA e conferma neuropatologia di vCJD

vCJD probabile: Tutti gli item della sezione I, 4 o 5 item della sezione II, IIIA e IIIB; oppure I e IV A

vCJD possibile: Tutti gli item della sezione I, 4 o 5 della sezione II e IIIA.

■ **ALLEGATO: SCHEDA DI RILEVAZIONE**

La scheda rilevazione dati U.V.A. è stata inviata in data 31.10.2012 a tutte le Direzioni Sanitarie delle AA.SS.LL. Piemontesi.

La raccolta dati, derivata dalle 26 schede pervenute, è stata completata nel mese di febbraio 2013, a cui ha fatto seguito la convocazione di tutti i Responsabili UVA della Regione Piemonte presso A.Re.S.S. il giorno 9.4.2013.

In tale occasione si è confermata la necessità di avere a disposizione dati attendibili relativi al funzionamento di tali strutture organizzative, di fatto difformi in tutte le realtà osservate, sia per le procedure utilizzate, sia per le metodiche applicate.

La compilazione corretta e meticolosa delle schede, con la copertura del 90% della realtà piemontese, ha permesso il raggiungimento di tale obiettivo (vedi tabelle da pag. 6 a pag. 10).

SCHEDA DI RILEVAZIONE

| | |
|----------|---|
| 1 | DA QUALI FIGURE PROFESSIONALI È COMPOSTA L'U.V.A. O L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE? _____ _____ CHI È IL RESPONSABILE DELL'U.V.A. O DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE? _____ _____ |
| 2 | PUÒ INDICARE LA PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI DAL CENTRO AFFETTI DA: <input type="radio"/> M. DI ALZHEIMER _____ % <input type="radio"/> PARKINSONISMI* _____ % <input type="radio"/> DEMENZA VASCOLARE _____ % <input type="radio"/> ALTRA DEMENZA _____ % |
| 3 | QUANTI PAZIENTI CON DEMENZA E/O DETERIORAMENTO COGNITIVO SONO SEGUITI DALLA VOSTRA STRUTTURA/UVA? n° _____ |
| 4 | CHI SONO GLI INVIANTI? <input type="radio"/> MMG <input type="radio"/> SPECIALISTA, (quale?) _____ <input type="radio"/> ACCESSO DIRETTO |
| 5 | QUALI DI QUESTI STRUMENTI HA A DISPOSIZIONE LA VOSTRA STRUTTURA/ UVA PER LA DIAGNOSI? <input type="radio"/> TAC <input type="radio"/> Risonanza Magnetica <input type="radio"/> SPECT <input type="radio"/> PET <input type="radio"/> Indagini Liquorali <input type="radio"/> Indagini Genetiche <input type="radio"/> Indagini Neurofisiologiche <input type="radio"/> TESTS NEUROPSICOLOGICI _____ Quali? _____ |

* Demenza a corpi di Lewy, Complesso Parkinson-demenza, Paralisi Sopranucleare Progressiva, Degenerazione Cortico-Basale

**ALLEGATO: Questionario per lo Screening della Demenza
S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener**

Mundt JC, Freed DM, Greist JH

Come tutti i questionari, può essere considerato un approccio più sistematico e standardizzato della indagine clinica tradizionale orientato ad un problema clinico.

Rispetto all'ampia e variabile quantità di domande proponibili, identifica un numero volutamente limitato di elementi o sintomi da indagare risultati discriminanti, cardini, per l'obiettivo posto e indica la modalità di approccio ritenuta migliore. Fornisce una valutazione quantitativa dei sintomi presenti ed essendo indicato un valore soglia, consente una valutazione qualitativa orientativa (normale/ patologico) del risultato.

Perché queste caratteristiche positive o vantaggi risultino realizzate, è necessario rigore metodologico nell'applicazione.

Le consegne da rispettare sono:

- l'intervistato deve essere la persona identificata come referente principale del possibile paziente,
- le domande sono da porre sostanzialmente come proposte,
- le domande sono da riferire ad un arco di tempo predefinito, per es. nell'ultimo anno, o sei mesi , o simili.
- la risposta è da considerare positiva se identifica un cambiamento rispetto al comportamento precedente.

Il risultato di tale indagine anamnestica è, come sempre, da integrare con la clinica e le valutazioni oggettive testistiche, bioumorali e neuroradiologiche.

S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener
Mundt JC, Freed DM, Geist JH

Paziente

| | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| _____ _____ / _____ / _____ Cognome/Nome (gg/mm/aaaa) | _____ tessera sanitaria | _____ data di nascita |
|--|----------------------------|--------------------------|

Medico di Medicina Generale

| | |
|-------------------------|---|
| _____ Timbro e firma | _____ / _____ / _____ data di compilazione |
|-------------------------|---|

| | | | |
|---|----|----|--------|
| Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda? | Si | No | Non so |
| E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti? | Si | No | Non so |
| Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine? | Si | No | Non so |
| Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività? | Si | No | Non so |
| Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato? | Si | No | Non so |
| Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti? | Si | No | Non so |
| Ha perso interesse per le sue attività abituali, per es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali? | Si | No | Non so |
| Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, per es. nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi? | Si | No | Non so |
| E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose on reali? | Si | No | Non so |
| C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? Se non ha la patente si risponde No | Si | No | Non so |
| Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose? | Si | No | Non so |

La risposta positiva a cinque degli items giustifica la somministrazione del MMSE

PSICOLOGIA OSPEDALIERA

Allegato "4"

PERCORSO DIAGNOSTICO

**TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE**

NELLE

PATOLOGIE AD ELEVATO

CARICO EMOTIVO

SOMMARIO

LA PSICOLOGIA OSPEDALIERA

INTRODUZIONE..... 3

| | |
|---|---|
| Il paziente, la famiglia insieme all'equipe di fronte all'esperienza di malattia e di cura..... | 4 |
| Alcuni dati | 6 |
| Conclusioni | 8 |
| Note bibliografiche | 9 |

DESCRIZIONE GENERALE DEL DOCUMENTO..... ..10

| | |
|---|----|
| Premessa..... | 13 |
| Metodologia utilizzata nella costruzione del PDTA | 15 |
| Il Percorso ideale | 15 |
| Il Percorso effettivo (attuale) del paziente | 15 |
| Il Percorso di riferimento..... | 17 |
| Valutazione degli indicatori di "complessità" | 19 |

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE IN PSICOLOGIA CLINICA IN CARDIOLOGIA..... 20

| | |
|---|----|
| 1. Letteratura, linee guida e manuali di riferimento | 21 |
| 2. Il rapporto cuore-mente: le reazioni dell'organismo allo stress..... | 21 |
| 2.1 Condizioni psicopatologiche e malattie cardiovascolari | 23 |
| 2.2 Interventi psicologici in cardiologia | 24 |
| 2.3 Ricadute sulla funzionalità cognitiva e riabilitazione | 25 |
| 2.4 Conclusioni | 26 |
| 2.5 Bibliografia | 27 |
| 3. Le dimensioni del problema..... | 30 |
| 4. Criteri di eleggibilità ed inclusione | 32 |
| 5. Scheda pre-screening..... | 32 |
| 6. Scheda di complessità..... | 34 |
| 6.1 Scheda area biologica | 36 |
| 6.2 Scheda area psicologica/psichiatrica | 37 |
| 6.3 Scheda area sociale | 39 |
| 6.4 Scheda area assistenziale..... | 40 |
| 7. Valutazione della complessità di area globale | 41 |
| 8. Identificazione ed attribuzione dei livelli di intervento..... | 42 |

| | |
|--|----|
| 9. Percorso generale psico-cardio..... | 44 |
| 10. Livelli di intervento | 45 |
| a. primo livello psicologico | 45 |
| b. secondo livello psicologico | 47 |
| c. terzo livello psicologico | 47 |
| d. sostegno agli operatori dell'équipe curante | 49 |
| 11. Competenze e responsabilità | 49 |
| a. competenze dello Psicologo | 49 |
| b. compiti e responsabilità | 51 |
| 12. Livelli di intervento | 53 |
| 13. Dati sperimentazione | 54 |
| 14. Tabelle Schede Complessità per Area | 54 |
| 15. Grafici Complessità per Area..... | 55 |
| 16. Schede Complesse per intensità..... | 57 |
| 17. Grafici Complessità per intensità..... | 58 |
| 18. Risultati e commenti | 60 |
| | |
| APPENDICE 1 | 62 |
| APPENDICE 2 | 66 |

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE IN
PSICOLOGIA CLINICA IN NEFROLOGIA.....70**

| | |
|---|----|
| 1. Le dimensioni del problema..... | 71 |
| 2. Implicazioni psicologiche nelle nefropatie croniche..... | 71 |
| 3. Interventi psicologici in nefrologia..... | 74 |
| 4. Scheda di Complessità..... | 76 |
| 5. Percorso generale Psico-Nefro..... | 78 |
| APPENDICE..... | 80 |

INTRODUZIONE (*)

Il concetto di salute definito dall'OMS come *"... stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità ..."* sottende la visione della persona come unità inscindibile mente-corpo. Nell'affrontare la malattia ciò diviene ancora più rilevante e richiede, in ambito sanitario, un approccio globale al paziente.

" ... L'ospedale rappresenta, nell'immaginario comune, il luogo di maggiore riparazione del danno organico e, in tale contesto, la psicologia trova la sua collocazione, consentendo una visione più completa e complessa ..." (L. Matteucci). Lavorando attraverso la relazione, la psicologia si propone di operare dei cambiamenti sia nelle aree dell'espressione sintomatica, della sofferenza psichica e dei pattern di comportamenti disturbati, sia promuovendo la crescita e lo sviluppo personale; favorendo, altresì, un cambiamento negli stili di accoglienza, comunicazione e considerazione del paziente come "persona al centro della cura", il che implica, spesso, la disponibilità a un lavoro interdisciplinare, a una revisione dei percorsi e, a volte, anche dei sistemi organizzativi.

La medicina moderna, tuttavia, è sempre più caratterizzata da un rapido sviluppo tecnologico, tale da indurre l'operatore sanitario ad orientarsi più verso gli aspetti strumentali, diminuendo la propria attenzione verso la persona destinataria del proprio atto medico. Gravi patologie, a rischio per la vita, richiedono spinte innovative sia sul piano della ricerca farmacologica, sia nella messa in campo di strumentazioni e pratiche mediche sempre più mirate. *" ... D'altra parte, sono gli stessi ammalati e i loro parenti che richiedono alle aree ospedaliere cure nuove, anche sperimentali, per affrontare possibilità di guarigione e di sviluppo della sopravvivenza a lungo raggio. Il mito di una medicina onnipotente, che può trovare un rimedio a qualsiasi prognosi di malattia, è fortemente condiviso sia da chi è ammalato sia da chi lo sostiene in ambito familiare ..."* (C. Tromellini), tuttavia, spesso il paziente non sa a chi affidare "la sua angosciosa attesa". In generale la pratica medica tende all'indagine sui sintomi, non percepisce i vissuti; dice Kafka: *" ... E' più facile scrivere una ricetta che parlare con un sofferente ..."*. Paradossalmente, però, anche l'operatore sanitario, consapevole di come possa divenire una importante componente terapeutica, desidererebbe una relazione di cura più creativa

e costruttiva. Ma come fare a fronte all'aumento della domanda, alla contrazione delle risorse professionali, con l'evidenza di incidenze sempre più alte nelle popolazioni di patologia cronica, con i relativi carichi assistenziali? *"... In questa realtà complessa in cui sempre più vengono in essere le esigenze dell'organizzazione, gli obiettivi aziendalistici di bilancio, le esigenze di competenza e formazione dell'operatore, i vissuti dell'utenza, le richieste di efficienza ed eccellenza delle cure, non ci si può chiamare fuori, appellandosi all'impossibilità di tenere insieme le differenti esigenze degli attori in gioco ..."* (C. Tromellini). In questa direzione la Psicologia Ospedaliera ha contribuito e può contribuire, soprattutto in aree critiche, ad accrescere la consapevolezza degli operatori verso le proprie pratiche quotidiane, cercando di diffondere un approccio riflessivo sulle certezze su cui poggiano le proprie routine.

IL PAZIENTE, LA FAMIGLIA INSIEME ALL'EQUIPE DI FRONTE ALL'ESPERIENZA DI MALATTIA E DI CURA

La condizione di ricovero comporta un disagio di entità variabile, connessa non solo alla gravità della patologia organica, ma anche alla separazione dal nucleo familiare, alla necessità di adeguarsi a nuovi ritmi istituzionali, alla parziale (a volte totale) rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza dagli altri, spesso inevitabile, con conseguente perdita della propria autonomia. Il disagio si aggiunge alla "risonanza emotiva" suscitata dalla reazione a ciascuna specifica patologia, infatti, l'esperienza di patologia organica rappresenta sempre, sul piano soggettivo, un'interruzione significativa, a volte determinante, del ciclo vitale e investe, di conseguenza, la sfera psicologica.

Ogni condizione di patologia organica, comporta una quota di stress personale e familiare, spesso amplificato dalle strategie con cui si affronta la malattia, e dalle modalità di relazione terapeutica adottate dall'equipe curante.

L'intervento psicologico è mirato a favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilitando la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendo il paziente sul piano emotivo, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, ma contemporaneamente, sostenendo l'assunzione delle responsabilità di cura da parte dell'equipe. Solo in tal modo si può ottenere una relazione buona, ove esista uno scambio autentico, una reale condivisione delle scelte terapeutiche, pur mantenendo ruoli chiari e definiti: medico, infermiere, paziente. Lo psicologo contribuisce, dunque, alla realizzazione di un modello di cura che comprenda

l'ascolto, maggiore attenzione alle esigenze personali e alla sofferenza emotiva del paziente, rendendolo più partecipe al proprio percorso terapeutico. Il lavoro col paziente e i familiari, d'altra parte, oltre ad offrire sostegno, favorisce la comprensione delle esigenze terapeutiche (e organizzative), con l'obbiettivo di migliorare l'aderenza alle cure e mantenere, per quanto possibile, un'accettabile qualità della vita.

“... Una gestione consapevole del disagio emotivo, psicologico e relazionale che si accompagna molto spesso alle gravi malattie organiche o che si sviluppa in soggetti particolarmente fragili (bambini, anziani, disabili...) o che si manifesta anche nelle persone “normali” di fronte ad un’incognita diagnostica o ad un intervento chirurgico; una gestione consapevole delle sofferenze emotive che inevitabilmente emergono nei pazienti con patologie gravi, croniche o con prognosi infausta, sofferenze che si estendono ai familiari e, per certi versi anche agli operatori, specie a quelli che quotidianamente sono esposti a situazioni limite (di dolore, di stress, di impotenza, di morte...) non può non essere pensata, proposta, programmata e attuata senza una forte condivisione e una seria partecipazione di tutti gli agenti coinvolti nel processo di assistenza e di cura. ...” (P. Bozzaro).

La Psicologia ospedaliera non è pertanto riconducibile ad un generico e occasionale “sostegno psicologico” al paziente ricoverato da parte di “uno psicologo itinerante” fra i reparti, “quasi una versione laica del conforto religioso prestato dai cappellani degli ospedali”, né solo ad un “pronto intervento psicologico per sedare un’ansia improvvisa o l’agitazione psicomotoria di un paziente”. Se queste erano le “fantasie” con cui si confrontavano vent’anni fa i primi rari psicologi che operavano in qualche struttura ospedaliera, oggi la situazione è molto cambiata. Anche in Italia si è andata acquisendo pian piano, grazie all’esperienza diretta di parecchi professionisti, alla riflessione promossa da Associazioni scientifiche (SIPO, SIPSOT..) e alla pressione delle varie Associazioni dei Familiari, una configurazione concettuale e operativa più precisa della Psicologia Ospedaliera. Anche se la realtà operativa è alquanto frammentaria e disomogenea sul territorio italiano, “la condivisione di piani d’azione e la convergenza sul modello è piuttosto generale”. Gli ambiti all’interno dei quali si declina e si sviluppa il lavoro psicologico in ospedale sono sostanzialmente:

- La Clinica (psicodiagnostica e psicoterapia nei vari livelli di applicazione)

- La Prevenzione (dei danni psicologici a distanza per paziente e famiglia, del burn-out del personale...)

- Formazione, Didattica, Tutoring, Ricerca

“... E' fuor di dubbio che dall'attenta, consapevole e programmata gestione della sofferenza psichica, l'intera organizzazione ne trae un vantaggio e gli stessi piani terapeutici ne guadagnano in efficacia: pazienti meno angosciati e psicologicamente sostenuti nell'impatto con la malattia e l'intervento clinico, sviluppano comportamenti che migliorano la compliance e quindi l'efficacia delle cure; familiari più adeguatamente informati e più supportati dal punto di vista psicologico, partecipano con più adeguatezza al processo di assistenza; operatori sanitari più formati e protetti di fronte ai rischi di stress o di burn-out, si assentano meno e lavorano meglio. Tutto ciò produce, nel tempo, un miglioramento del clima organizzativo e dell'efficacia complessiva della cura e dell'assistenza, che (nel breve e medio periodo) può anche portare ad una riduzione complessiva dei costi...” (P. Bozzaro).

ALCUNI DATI

La frequenza del disagio psichico, rilevata nelle patologie mediche, oscilla tra il 16% e il 60% a seconda della popolazione medica studiata. In generale la frequenza del disagio psichico nelle malattie cardiache (infarto e scompenso cardiaco), in quelle gastro-intestinali (malattie infiammatorie intestinali), polmonari (asma e bronchiti croniche) e diabete è del 15-20%, nelle neoplasie e nel dolore cronico è del 25-40%, nelle malattie neurologiche (Parkinson, sclerosi multipla, epilessia) e nei soggetti dializzati è pari al 40-50%. In aggiunta a queste macro-aree, occorre considerare l'ambito dei traumi (comprensivo delle grandi ustioni), i trapianti e le patologie ostetrico-ginecologiche.

Nonostante frequenze così elevate, l'invio allo specialista psicologo è soltanto del 1-3% (New Oxford textbook of Psychiatry, 2009), laddove non esista una cooperazione strutturata. Il riconoscimento del disagio è generalmente tardivo e legato ad un evento critico (la prevenzione è molto limitata), col rischio di un importante impatto sull'andamento delle cure, di cronicizzazione e minor possibilità di risoluzione.

L'esperienza clinica italiana e Piemontese evidenzia che un maggior intervento preventivo (collaborazione stabile in equipe multidisciplinare) riduce i casi che necessitano di intervento urgente o si cronicizzano o fanno maggior ricorso a farmaci o richiesta di

esami inappropriata (in letteratura sono presenti evidenze sulla diminuzione dell'impatto economico della malattia; è inoltre in corso, con fondi finanziati dalla Rete Oncologica Piemontese, una review sistematica degli studi sulla "cost effectiveness" degli interventi psico-oncologici).

I disturbi psichici, maggiormente correlati alle patologie mediche, variano dall'impatto negativo dell'esperienza di malattia sulla QoL a patologie francamente psichiatriche, sebbene queste ultime si presentino con minore frequenza. Esiste, inoltre, una gamma di difficoltà correlate all'insorgenza di patologie organiche che incidono in modo importante sull'assetto sociale, familiare ed economico dell'individuo malato.

E' noto che la maggioranza dei pazienti con difficoltà psicologiche non si rivolge al servizio territoriale, poiché non riconduce la propria sofferenza emotiva con etichette psichiche trattate storicamente nei servizi DSM o Npi o Psicologici. L'ospedale si pone quindi, in prima istanza, come luogo privilegiato per il riconoscimento precoce e la valutazione del disagio emozionale nelle patologie mediche e si trova a dover rispondere a urgenze che non sempre si configurano come psichiatriche, ma di grande, acuta, sofferenza psicologica.

Come già sottolineato, il livello di burn-out nelle equipe medico-infermieristica ospedaliera è estremamente elevato ed è noto come gli operatori più esposti da un punto di vista emotivo siano quelli che lavorano presso le unità pediatriche con elevata percentuale di mortalità. La psicologia Ospedaliera deve esistere anche a garanzia di sostegno e formazione al personale curante.

Nonostante l'importante frequenza dell'impatto che le malattie organiche hanno sulla vita emotiva e relazionale della persona, il lavoro di accoglienza del disagio emotivo, di elaborazione delle dinamiche connesse all'esperienza di malattia, o di cura psicologica nel caso di gravi difficoltà o scompensi, è affidato, nella maggior parte dei casi, a personale precario (borsisti, contrattisti di vario tipo...) che non può garantire la stabilità necessaria a "costruire" percorsi definiti e sostenibili.

CONCLUSIONI

Il disagio emotivo, la sofferenza psicologica e la ricaduta sociale che accompagnano molte patologie organiche sono note, e le ricadute sulla QoL dei cittadini non possono essere trascurate anche a fronte della tendenza a una sempre maggiore cronicizzazione di malattie un tempo “incurabili”. L’impatto con la sofferenza coinvolge pesantemente, specie in alcuni ambiti, anche il personale sanitario che si trova a dover affrontare, insieme al continuo cambiamento tecnologico, la richiesta di attenzione a sé come persona, che ogni paziente porta.

La Psicologia Ospedaliera, da anni ormai riconosciuta ed operante in modo organizzato in moltissimi Paesi, e in alcune Regioni italiane, necessita, anche in Piemonte, di poter operare secondo modelli organizzativi, standard e percorsi di cura omogenei e condivisibili. Ciò a garanzia di poter fornire il contributo necessario a determinare cambiamenti stabili, nell’ottica di lavoro multidisciplinare, che consentano davvero processi di cura in cui al centro ci sia il paziente.

Come rilevato ormai da tempo in alcuni Paesi europei e in USA, anche in Italia si incominciano ad avere dati certi sulla positiva ricaduta economica portata dall’“investimento psicologico” nell’ambito delle cure delle malattie ad elevato carico emotivo. Infatti, aumentando di conseguenza *la concordance* e l’aderenza consapevole ai protocolli di cura, diminuiscono le richieste inappropriate di esami strumentali ed ematochimici, gli accessi al Pronto Soccorso e dal MMG, l’uso di psicofarmaci autosomministrati, etc.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- De Isabella G., Colombi S., Fiocchi E., Reatto L., La psicologia nelle aziende ospedaliere. 2005 www.sipsot.it
- Felaco R., Zullo C., Esperienze in psicologia ospedaliera. Liguori 2005
- Marchione B., L'intervento psicologico nella riabilitazione. Portale Parma.
- Pastore L., Psicosomatica e salute. La prospettiva psicosomatica nell'assistenza sanitaria, Di Renzo 2002.
- Zullo C., Psicologia ospedaliera campana. Notiziario dell'Ordine degli Psicologi, in: www.lilianamatteucci.it/psicologia_ospedaliera.htm
- Bozzaro P., La Psicologia Ospedaliera in Italia, in www.aupisicilia.it/po.html
- Tromellini C., La Psicologia in Ospedale: area adulti, in www.lacosapsy.com/psicologia_ospedaliera/carlapsiconcologia.htm
- Furlan P.M., Ostacoli L., Management of Psychiatric Disorders in medically ill patients, including emergencies, in Oxford Textbook of Psychiatry 2nd ed. Edited by Gelder M.G., Andreasen N., Lopez-Ibor Jr J., Geddes J.R., Oxford University Press, 2009; 1128-1134.
- * A.A.V.V., PDTA in Psicologia Oncologica, A.Re.S.S. 2009
<http://www2.aress.piemonte.it/cms/in-evidenza/notizie/archivio-notizie/191-psicologia.html>

ABBREVIAZIONI USATE NEL TESTO

| Acronimo | Descrizione |
|------------|---|
| AO | Aziende Ospedaliere |
| ASL | Azienda Sanitaria Locale (Aziende Sanitarie Locali) |
| ASR | Azienda Sanitaria Regionale (Aziende Sanitarie Regionali) |
| | |
| CR | Cardioriabilitazione |
| ECE | Elevato Carico Emotivo |
| EPI | Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte |
| | |
| ISN | Istituto Superiore di Sanità |
| | |
| | |
| NPI | Neuropsichiatria Infantile |
| QoL | Quality of Life |
| | |
| SSR | Servizio Sanitario Regionale |
| DSM | Dipartimento di Salute Mentale |

PREMESSA

L'evoluzione della medicina e della psicologia e i cambiamenti socio-economico-culturali hanno portato ad una sempre maggiore attenzione alla soggettività del paziente, nelle sue componenti psico-sociali oltre che biologiche, creando le condizioni per una visione più ampia dell'assistenza alla persona malata. Si abbandona, almeno teoricamente, la concezione del malato come "corpo" da curare, a favore di un'ottica che ri-considera la "persona", in cui la relazione diventa aspetto centrale della cura. Tuttavia, pur nel riconoscimento, sia da parte dell'individuo malato, sia dei sanitari, dell'assoluta importanza di una buona "relazione terapeutica", essa risulta difficile da stabilire e soprattutto da mantenere, all'interno dei vincoli inevitabili del sistema sanità. L'intervento psicologico si propone, oltre alla clinica diretta al paziente, di "curare" la qualità delle relazioni tra malato e equipe curante o, meglio ancora, di promuovere e salvaguardare i processi di "care" all'interno del sistema. Si propone di operare dei cambiamenti il più possibile stabili, sia nelle aree dell'espressione sintomatica, della sofferenza psichica e di pattern di comportamenti disturbati dei pazienti, sia negli ambiti della comunicazione e dell'organizzazione del sistema col fine di promuoverne la valenza "psico"-terapeutica.

Soprattutto nell'ambito di patologie caratterizzate da cronicità e/o che necessitano di interventi sanitari ed assistenziali complessi che coinvolgono più attori, come nel caso delle patologie ad elevato carico emotivo, la costruzione e realizzazione di processi di cura favoriscono l'uniformità, la congruità e la continuità degli interventi.

Il presente documento nasce dallo sviluppo del progetto A.Re.S.S. "*Percorsi assistenziali di attività standard e modelli organizzativi per l'assistenza psicologica nella rete sanitaria piemontese*", attivato nel corso del 2008 su specifica indicazione dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e finalizzato a definire indirizzi e linee di sviluppo per gli interventi psicologici nella rete sociosanitaria piemontese. Rappresenta inoltre la continuità del PDTA in Psicologia Oncologica (deliberato con DGR 101, marzo 2010) che costituisce un modello d'intervento adottato in più realtà ospedaliere ed è documento integrante il presente per le parti comuni sulla definizione e costruzione dei PDTA e per le parti fondanti gli interventi di Psicologia Ospedaliera.

La finalità è di offrire, a tutti gli operatori interessati nel processo di *care* (Aziende Ospedaliere, ASL, Centri di Riferimento per patologia, Distretti, ecc.), linee d'indirizzo semplici e contestualizzabili nelle realtà locali di tutto il territorio regionale per la

costruzione di un percorso di cura che garantisca livelli essenziali ed uniformi d'intervento psicologico ai soggetti affetti da patologie ad elevato carico emotivo.

In particolare, per il 2012, gli ambiti considerati sono: la cardiologia e la nefrologia e dialisi. Inoltre l'adattamento alle varie discipline della scheda di complessità bio-psico-sociale assistenziale già consolidata in ambito psiconcologico, consente di attuare studi pilota in alcune Aziende Ospedaliere con l'obbiettivo di quantificare il bisogno di intervento psicologico da un lato e la capacità di risposta del sistema sanitario dall'altro.

METODOLOGIA UTILIZZATA NELLA COSTRUZIONE DEL PDTA

In considerazione della complessità della problematica di salute presa in esame e per affrontare le tematiche poste dalla presa in carico psicologica della persona malata, è apparso rilevante operare all'interno di una progettualità che fosse condivisa da tutte le figure professionali sanitarie coinvolte nel processo di cura. Sono stati pertanto individuati:

- un gruppo stabile di Psicologi Clinici che operano in ambito ospedaliero e che rappresenta la continuità col lavoro precedente e i PDTA delle varie patologie ECE.

- gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali specifici per patologie in cui vengono integrate le figure professionali dedicate (psicologi clinici, medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, all'occorrenza altre figure professionali) che supportano il gruppo rispetto tematiche specifiche garantendone la correttezza clinica e scientifica.

Il gruppo è coordinato da uno Psicologo Clinico Ospedaliero nominato dalla Direzione A.Re.S.S. e si avvale della collaborazione di personale tecnico della medesima.

Il percorso di costruzione ha previsto:

- analisi della letteratura specifica per ogni Area
- revisione della scheda di complessità bio-psico-sociale-assistenziale (vedi PDTA Psicologia Oncologica) e dei livelli di intervento psicologico, attraverso focus group multidisciplinare e multiprofessionale, per l'utilizzo nelle specifiche Aree
- valutazione sperimentale della scheda in Centri pilota, al fine di verificarne l'applicabilità
- valutazione della prevalenza degli effettivi bisogni complessi dei pazienti e familiari e delle risposte assistenziali
- discussione di quanto emerso nelle varie fasi e definizione del PDTA

Nella costruzione del PDTA, semplificata in virtù del lavoro effettuato per il precedente PDTA, vengono considerati e confrontati i temi di "percorso ideale", "percorso attuale o effettivo", "percorso di riferimento" per le singole patologie.

IL "PERCORSO IDEALE"

Con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un "percorso ideale" che serva da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio, sono recepite e individuate come "Percorso Ideale" di presa in cura PSICOLOGICA le raccomandazioni e indicazioni delle Linee Guida nazionali ed internazionali citate in bibliografia

IL "PERCORSO EFFETTIVO" (ATTUALE) DEL PAZIENTE

La ricognizione dell'esistente effettuata nell'ambito del progetto dell'Agenzia "Percorsi assistenziali, Standard di attività e modelli organizzativi per l'assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese" ha permesso di raccogliere, nel corso del 2008, informazioni relative a come, attualmente, sono gestite le situazioni clinico-organizzative dell'assistenza psicologica nella rete sanitaria regionale.

Dal report descrittivo “L’Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi” (Vedi APPENDICE 2 pag.62) emerge chiaramente la disomogeneità presente sul territorio piemontese relativamente la distribuzione delle risorse professionali, gli ambiti di intervento e le attività in essere. Per la distribuzione delle risorse professionali delle singole Aziende Sanitarie Regionali, emerge una distribuzione di risorse psicologiche penalizzante l’ambito ospedaliero (psicologia sanitaria). I dati di riferimento sottolineano drammaticamente l’assenza o l’estrema carenza di professionisti contrattualmente strutturati. Per rispondere al disagio psicologico dei pazienti ed alle crescenti richieste d’aiuto, sono stati organizzati servizi costituiti prevalentemente o esclusivamente da personale precario, inquadrato con varie forme di contratto (professionisti non stabilizzati, borsisti, studenti delle scuole specializzazione), non in grado di garantire la continuità degli interventi e la progettualità operativa. La presenza di psicologi/ attività psicologiche nelle strutture ospedaliere sembra dipendere fortemente dalle iniziative locali, più che da una stima obiettiva dei bisogni di salute dei cittadini o da un rationale legato alla presenza di centri di riferimento regionali o nazionali. Si fa presente che ad oggi lo scenario, almeno per le situazione note, è drammaticamente peggiorato: non solo non sono state dedicate nuove risorse professionali ma non vi è stato neppure il reintegro del turn-over.

Nella stesura definitiva del documento verranno esposti i dati relativi agli studi pilota condotti in alcuni ospedali della Regione.

Gli elementi disponibili non permettono di delineare il percorso attuale della *presa in carico* del paziente con patologia ad elevato carico emotivo. Pertanto, su base esperienziale dei membri del gruppo di lavoro e dal confronto dei dati tra singole realtà piemontesi raccolti, si è cercato di tratteggiare un quadro sintetico vincolato al percorso di cura del paziente.

All’interno dello stesso gruppo di lavoro è stata rilevata un’estrema variabilità e disomogeneità nella descrizione e rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un “paziente tipo”, la quale rispecchia la diversità dei modelli organizzativi e relativi standard operativi e prestazionali di ogni singola realtà di riferimento. Tale situazione ha indotto il gruppo a lavorare ricercando tipologie di intervento di base (imprescindibili) attuabili in tutte le realtà ove venga trattato il paziente all’interno del servizio stesso o operando in rete, e altri interventi (raccomandati, ove possibile), attuabili nei Presidi Ospedalieri di riferimento per il trattamento della patologia.

IL “PERCORSO DI RIFERIMENTO”

E' qui descritta la pianificazione della sequenza logica e cronologica di tutti gli interventi assistenziali, minimi essenziali, necessari per una valutazione iniziale e l'eventuale successiva presa in carico e follow-up psicologico del paziente affetto da malattie ad elevato carico emotivo. La costruzione del “percorso di riferimento” è caratterizzata dall'obiettivo di appropriatezza degli interventi essenziali e dalla ricerca di ottimizzazione dei processi.

E' opinione fortemente condivisa che ogni paziente affetto da malattia cronica e/o potenzialmente mortale possa trarre benefici da un sostegno psicologico. Tuttavia, in relazione alla realtà attuale e, in particolare, rispetto al numero disponibile nelle ASR piemontesi di specialisti psicologi che possano contribuire al processo di cura, non si ritiene realizzabile un intervento psicologico per tutti i soggetti affetti da tali patologie, tuttavia si ritiene fondamentale e irrinunciabile l'intervento dello Psicologo in tutti i casi definibili come “**complessi**” .

Si ritiene indispensabile che lo strumento individuato sia parte integrante del dossier che accompagna il paziente e possa essere riproposto in ognuna delle fasi del percorso di malattia o in ogni momento rilevato come critico dal paziente o dall'èquipe.

- **Si raccomanda l'intervento dello Psicologo in tutti i soggetti adulti, affetti da patologia ad elevato carico emotivo, definibili “complessi”**
- **Si raccomanda che tutti i pazienti affetti da patologia ECE e i loro familiari siano sempre informati circa la possibilità di usufruire del consulto psicologico**
- **Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della “complessità” sia parte integrante del dossier che accompagna il paziente**
- **Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della “complessità” sia riproposto in ognuna delle fasi del percorso di malattia o qualora si presentino eventi avversi o di grande cambiamento nella vita del paziente**

Lo strumento proposto per la valutazione della “*complessità*” è stato progettato considerando due presupposti fondamentali:

- a) La necessità di individuare indicatori ed una metodologia di valutazione uniformi ed omogenei per tutti i servizi operanti sul territorio regionale
- b) Individuare un sistema di rilevazione di facile applicazione nella routine clinica, che permetta un riferimento comune, con criteri condivisi, riducendo al minimo l'arbitrarietà nella valutazione della complessità.

In considerazione delle premesse sono stati selezionati indicatori che individuano problematiche cliniche o socio-assistenziali, oggettivamente rilevabili con l'osservazione, e che consentono un dialogo interdisciplinare nei casi dubbi. Altri strumenti di valutazione (questionari autosomministrati, interviste strutturate, ecc.), sebbene utilizzati e validati in letteratura, non sono stati ritenuti idonei all'utilizzo in quanto o complessi e di difficile largo impiego o favorevoli la soggettività interpretativa. Gli indicatori individuati rispecchiano i fattori che caratterizzano la "complessità" in ciascuna delle quattro aree: biologica, psicologica/psichiatrica, sociale e assistenziale.

Il programma operativo, definito sulla base del *consensus* del gruppo di esperti, prevede la valutazione iniziale di tutti i fattori identificati quali **indicatori specifici di complessità** nelle **aree biologica, psicologica, sociale e assistenziale** dell'individuo.

La valutazione iniziale degli indicatori si basa sul semplice principio di presenza/assenza **(Si)/(No)**. L'analisi successiva permette di attribuire, al momento della rilevazione (stato attuale) e attraverso una scala a quattro punti (score 0, 1, 2 e 3), una valutazione complessiva di **“impatto sulla vita”** per le aree biologica e psicologica/psichiatrica, di **“criticità”** per l'area sociale e per l'area assistenziale.

Allo scopo sono state costruite “schede a griglia” specifiche per ognuna delle quattro aree individuate. La presenza di uno o più Indicatori di **“complessità”** (colonne di sinistra delle schede a griglia) comporta l'attivazione di figure specifiche (Medico specialista, Psicologo, Assistente Sociale) alle quali è demandata la **valutazione della Complessità di Area**, riportata nella colonna di destra delle schede a griglia .

L'analisi degli indicatori proposti, in alcuni casi, implica necessariamente, da parte di chi valuta, conoscenze specifiche e potrebbe essere fonte di giudizi interpretativi troppo soggettivi se attuata da singole figure professionali con diverse connotazioni culturali (es. medici o psicologi o infermieri, ecc.). Il gruppo di lavoro ritiene, pertanto, presupposto per una maggiore uniformità e appropriatezza d'interventi che la valutazione iniziale degli indicatori di **“complessità”** sia attuata da personale specificamente formato, con approccio multidisciplinare e attraverso informazioni ottenute sia dal paziente e/o suoi familiari, sia dai professionisti che seguono il processo di “care” del paziente stesso. E' comunque compito e responsabilità dell'équipe curante farsi carico della valutazione.

- **Si raccomanda che la valutazione iniziale sia attuata da personale specificatamente formato allo scopo ALL'INTERNO DELL'EQUIPE CURANTE**
- **Per le schede di complessità, si rimanda alle specifiche aree di patologia.**

PSICOLOGIA OSPEDALIERA

**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

**IN
CARDIOLOGIA**

1 LETTERATURA, LINEE GUIDA E MANUALI DI RIFERIMENTO

Per la costruzione del PDTA il gruppo di lavoro si è avvalso, come riferimento e confronto, delle principali linee guida, nazionali ed internazionali, riguardanti nello specifico l'oggetto del PDTA, oppure il complesso delle problematiche cardiologiche.

A supporto sono stati utilizzati testi, manuali e riferimenti normativi e, inoltre, sono stati valutati alcuni protocolli operativi utilizzati localmente presso alcune realtà sanitarie.

Gli argomenti oggetto di ricerca in letteratura sono stati:

- Ricadute sulla funzionalità cognitiva e riabilitazione in cardiologia.
- Diagnosi differenziale e riferimenti normativi diagnostici in cardiologia.
- Prevenzione secondaria, psicodiagnostica e interventi psicologici e di "care" in cardiologia.
- Epidemiologia delle patologie cardiovascolari (incidenza, prevalenza, sopravvivenza, qualità e incidenza dei disturbi psicologici/psichiatrici ad esse correlate).

2 IL RAPPORTO CUORE-PSICHE: LE REAZIONI DELL'ORGANISMO ALLO STRESS

Qualsiasi grave malattia, non accade solo nel corpo, coinvolge l'intera vita di una persona che si scopre malata, provocando l'esperienza del dolore mentale.

La malattia rappresenta, infatti, un attacco all'integrità personale, interrompe il normale corso dell'esistenza e in molti casi viene vissuta come un vero e proprio evento traumatico. Induce un'esperienza di crisi e il modo di affrontarla dipende da una molteplicità di fattori: quelli legati alla personalità del paziente, quelli legati alla natura della malattia e quelli che riguardano il contesto sociale e fisico in cui questa si inserisce.

Anche le caratteristiche specifiche di ogni patologia e il grado di gravità influenzano la risposta emotiva del soggetto.

Le singole parti del corpo e le relative funzioni hanno ciascuna un particolare valore simbolico, che, pur se unico per ogni individuo, è comunque riconducibile alla cultura di appartenenza.

L'osservazione del legame tra fattori psicologici, emotivi, sociali e malattia cardiaca appartiene alla nostra cultura ed alla storia della medicina.

A differenza di altri organi, il cuore viene percepito come il centro animatore, vitale dell'individuo e le patologie che lo riguardano, come l'infarto, o le malattie cardiache che comportano la necessità di interventi di cardiocirurgia, evocano angosce di morte.

Anche la modalità di insorgenza e la durata della malattia possono influenzare le risposte emotive del paziente; un esordio acuto e inatteso, come avviene spesso per gli eventi cardiaci, può provocare una forte ansia che tende generalmente a risolversi nel tempo.

Episodi acuti della malattia coronarica possono comparire in condizioni di particolare sollecitazione emotiva ed in soggetti particolarmente predisposti.

È importante sia dal punto terapeutico sia preventivo, poter identificare nei pazienti le eventuali caratteristiche di personalità, indicate in letteratura, che comportano un maggiore rischio nelle cardiopatie: l'ansia di tratto, l'aggressività, l'ostilità e la condizione depressiva.

Negli ultimi sessanta anni sono state realizzate importanti ricerche sull'associazione tra fattori di personalità, stili comportamentali e insorgenza delle cardiopatie.

Negli anni cinquanta del secolo scorso, due cardiologi statunitensi (Friedman, Rosenman), hanno messo in evidenza la correlazione tra l'insorgenza della cardiopatia ischemica e un complesso schema di reazione emozionale/ comportamentale, definito "Pattern di tipo A" caratteristico di alcuni pazienti con uno stile fortemente competitivo, potenzialmente ostile, razionalizzante, impaziente.

Studi successivi hanno ridimensionato questa correlazione, dando sempre più corpo all'ipotesi di un legame tra cardiopatia ischemica e un pattern di personalità definito D (Distressed), caratterizzato dalla marcata tendenza a sperimentare emozioni negative insieme ad una inibizione sociale, con difficoltà a manifestare le emozioni.

La personalità "Distressed" non è attualmente considerata come fattore di rischio eziologico, ma come fattore prognostico negativo nei pazienti con cardiopatia ischemica nota.

Per questi pazienti è stata rilevata una maggiore difficoltà nell'aderenza alle cure e un rischio molto elevato di scompenso (da quattro a otto volte superiore ai gruppi di controllo).

2.1 CONDIZIONI PSICOPATOLOGICHE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Molti studi forniscono riscontri epidemiologici e statistici della relazione fra malattie cardiovascolari e le condizioni psicopatologiche di ansia e depressione.

Tali condizioni psicopatologiche contribuiscono alla patogenesi delle varie manifestazioni della cardiopatia (molti studi si sono concentrati, in particolare, sulla cardiopatia ischemica), ed inoltre influenzano in modo determinante la prognosi nei soggetti cardiopatici.

In particolare la depressione, proporzionalmente con il grado di gravità rappresenta un fattore di rischio, per l'insorgenza di patologie cardiovascolari,.

La sintomatologia depressiva è inoltre presente (per alcuni studi con un incidenza fino al 45%) in molti pazienti che hanno subito un infarto del miocardio, e una significativa percentuale presenta un quadro di depressione maggiore.

Da questi studi si rileva che i pazienti che sviluppano una depressione nel periodo successivo all'infarto hanno un rischio raddoppiato di recidiva ed una prognosi peggiore rispetto ai pazienti non depressi.

“Tra i pazienti coronaropatici, quelli affetti da depressione maggiore presentano rispetto ai non depressi una più elevata prevalenza di aritmie ventricolari e vanno incontro più frequentemente a reinfarto , interventi di cardiocirurgia o decesso entro un anno dall'esordio del disturbo affettivo....la depressione incrementa, inoltre, il rischio di morte improvvisa anche nei depressi con anamnesi negativa per patologie cardiovascolari”. (Torta,Scalabrino,2002).

La comorbilità fra depressione e malattia cardiovascolare risulta sottodiagnosticata e di conseguenza non trattata.

Anche il disturbo d'ansia può influire significativamente sulle condizioni psicofisiche dei pazienti con patologia cardiovascolare: la più recente meta analisi (dal 1980 al 2009) ha dimostrato come l'ansia costituisca un fattore di rischio sia per l'insorgenza della malattia cardiaca coronaria, sia nell'incidenza di morte per patologia cardiaca, indipendentemente dalle variabili demografiche, dai fattori di rischio biologici e dagli stili di vita salutari.

I meccanismi che collegano l'ansia e la depressione alla patologia cardiovascolare sono, probabilmente, sia diretti, di tipo neuro-endocrino, sia indiretti nel senso che indurrebbero comportamenti e stili di vita non salutari (scarso controllo del regime alimentare, inattività fisica, fumo...) influenzando i fattori comportamentali di rischio.

2.2 INTERVENTI PSICOLOGICI IN CARDIOLOGIA

L'intervento psicologico in cardiologia, in una prospettiva bio-psico-sociale, si rivolge non soltanto al paziente, ma anche ai care-givers, ai familiari e al contesto di cura.

Le aree principali messe a fuoco nel percorso psicologico del paziente riguardano i vissuti e le reazioni alla malattia, le emozioni, i comportamenti a rischio e lo stress management.

Sono raccomandati interventi di psicoterapia in pazienti che presentino sintomi di depressione e ansia di rilievo clinico, eventualmente, se necessario, integrata con un intervento psichiatrico/ psicofarmacologico.

La cardioreabilitazione (**CR**) rappresenta un particolare intervento strutturato, che può essere attuato secondo diversi approcci, di cui il più diffuso è il modello cognitivo-comportamentale, che riguarda in maniera particolare la gestione della fase post-acuta di malattia e che prevede percorsi specifici per la prevenzione secondaria.

La combinazione di un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educativi e psicologici rappresentano una forma particolarmente efficace di CR.

Secondo questo modello d'intervento è essenziale una iniziale valutazione psicologica del paziente che prevede:

- Colloquio clinico
- Valutazione psicometrica
- Valutazione della qualità di vita
- Produzione di referto

Il **colloquio clinico** è comunque l'intervento valutativo più importante, imprescindibile per indagare le problematiche psicologiche attuali e la loro interferenza con il recupero riabilitativo.

Gli interventi riabilitativi, successivi alla fase di assessment includono:

- **interventi educativi**
- **counselling individuale e di gruppo**
- **auto-aiuto**
- **stress management, training di rilassamento e training assertivo**
- **psicoterapia individuale e di gruppo**

Questo modello d'intervento è risultato efficace nel trattamento psicologico e nella prevenzione secondaria della malattia cardiovascolare. Fanno parte di tale approccio il training assertivo, il rilassamento muscolare e lo stress management.

Il training assertivo ha l'obiettivo di elaborare strategie relazionali più efficaci e articolate.

Il rilassamento muscolare è una forma particolare di rilassamento, che permette al paziente di attenuare la tensione e l'ansia.

Lo stress management aiuta il paziente ad individuare ed a gestire gli eventi stressanti, favorendo lo sviluppo di strategie efficaci di coping.

2.3 RICADUTE SULLA FUNZIONALITA' COGNITIVA E RIABILITAZIONE

Negli ultimi due decenni sono stati condotti numerosi studi al fine di indagare la presenza e l'impatto del deterioramento cognitivo in pazienti con malattie cardiovascolari.

Il deficit cognitivo implica conseguenze significative per il paziente, interferisce con la sua capacità di riconoscere il peggioramento dei sintomi, con l'adesione ai complessi regimi di cura ed ha altresì ampia risonanza nelle decisioni mediche riguardo la cura stessa.

Gli studi condotti hanno indagato la correlazione/associazione tra deterioramento cognitivo, deficit neuropsicologici e malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco o insufficienza cardiaca, cardiopatia coronarica, infarto miocardico, ipotensione, bassa frazione di eiezione, fibrillazione atriale.

Dai risultati emerge la presenza di un declino delle funzioni neurocognitive che si presenta lineare in alcuni domini (memoria, funzione psicomotoria, funzioni esecutive) ed ha un andamento curvilineare in altri, e che non è attribuibile al normale processo di invecchiamento.

Fra le cause ipotizzate, quelle che emergono con maggiore evidenza sono correlate all'ipoperfusione cerebrale e all'irregolarità del flusso circolatorio sanguigno (arteria cerebrale media e anteriore).

La regolare valutazione dello status cognitivo con strumenti adeguati rappresenta un metodo immediato ed affidabile che permette di adottare le misure preventive necessarie. Infatti, molti fattori di rischio possono essere modificabili, ad esempio con opportuni cambiamenti dello stile di vita.

La riabilitazione cardiologica migliora molti aspetti del funzionamento cognitivo, in particolare riguardo alle funzioni attentiva-esecutiva-psicomotoria e alla memoria. Analisi esplorative hanno evidenziato un miglioramento negli equivalenti metabolici e nel flusso di circolazione sanguigna cerebrale.

2.4 CONCLUSIONI

Concludendo, nei pazienti cardiopatici la condizione psichica ha un ruolo fondamentale nella percezione del benessere e della qualità della vita, ma incide anche rispetto al decorso della malattia, indipendentemente dagli altri fattori di rischio.

I pazienti con scompenso cardiaco attraversano una fase critica, che spesso implica l'esperienza di emozioni di tristezza e angoscia, l'accettazione del dolore conseguente alla perdita di un'immagine di sè forte e indipendente, la rielaborazione dei significati della vita e della morte, e la riorganizzazione dei ritmi quotidiani.

E' importante che i vissuti di malattia dei pazienti vengano perciò riconosciuti, accettati ed elaborati tempestivamente, per permettere il ristabilirsi di un nuovo equilibrio emotivo.

Per queste ragioni un approccio integrato multiprofessionale rappresenta il modello d'intervento attualmente più accreditato.

2.5 BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biol Psychiatry*. 2006 Dec 15;60(12):1304-5.
- Allan CL, Sexton CE, Kalu UG, McDermott LM, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Mackay CE, Ebmeier KP. Does the Framingham Stroke Risk Profile predict white-matter changes in late-life depression? *Int Psychogeriatr*. 2011 Nov 17:1-8.
- Bonnet F, Irving K, Terra JL, Nony P, Berthezène F, Moulin P. Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*. 2005 Feb;178(2):339-44.
- Compare A, Germani E, Proietti R, Janeway D. *Clinical Psychology and Cardiovascular Disease: An Up-to-Date Clinical Practice Review for Assessment and Treatment of Anxiety and Depression*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7:148-56. Epub 2011 Sep 29.
- Cotter G, Milo-Cotter O, Rubinstein D, Shemesh E. Posttraumatic stress disorder: a missed link between psychiatric and cardiovascular morbidity? *CNS Spectr*. 2006 Feb; 11 (2): 129-36
- Denollet J, Conraads VM. Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleve Clin J Med*. 2011 Aug;78 Suppl 1:S13-9.
- Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Jun 29;56(1):31-7.
- Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, Vokonas P, Sparrow D. Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study. *Ann Behav Med*. 2006 Feb;31(1):21-9.
- Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Nabb S, Keber I, Follath F, Komajda M, Swedberg K. Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *Eur J Heart Fail*. 2007 Nov;9(11):1095-103. Epub 2007 Sep 20.
- Olafiranye O, Jean-Louis G, Zizi F, Nunes J, Vincent M. Anxiety and cardiovascular risk: Review of Epidemiological and Clinical Evidence. *Mind Brain*. 2011 Aug;2(1):32-37.
- Parker G, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D, Brotchie H, Walsh W. GAD is good? Generalized anxiety disorder predicts a superior five-year outcome following an acute coronary syndrome. *Psychiatry Res*. 2011 Aug 15;188(3):383-9.

Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010 Jun 29;56(1):38-46.

Sardinha A, Araujo CG, Soares-Fiho GL, Nardi AE. Anxiety, panic disorder and coronary artery disease: issues concerning physical exercise and cognitive behavioral therapy. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2011 Feb;9(2):165-75.

Seldenrijk A, Vogelzangs N, van Hout HP, van Marwijk HW, Diamant M, Penninx BW. Depressive and anxiety disorders and risk of subclinical atherosclerosis Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Psychosom Res.* 2010 Aug;69(2):203-10.

Linee guida per le attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Task Force per le attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), *Monaldi Arch Chest Dis*, 2003;60:3,184-234.

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali – Autori vari (2006). *Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari.* *Monaldi Arch Chest Dis*, 66: 81-116.

Almeida O.P., Beer C., Lautenschlager N.T., Arnolda L., Alfonso H., Flicker L. (2011). *Two-year course of cognitive function and mood in adults with congestive heart failure and coronary artery disease: the Heart-Mind Study.* *International Psychogeriatric Association*, 24 (1): 38-47.

Antony S.P., Jamuna R., Kini S.M., Chakravarthy M. (2010). *Neuropsychological deficits in patients with myocardial infarction.* *Neuropsychological Trends*, 7/2010.

Davies E.J. et al. (2010). *Exercise based rehabilitation for heart failure (Review).* *The Cochrane Library*, 4.

Duron E., Hanon O. (2010). *Fibrillation atriale et fonctions cognitives.* *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 8 (3): 209-14.

Franklin B.A. (2010). *Cognitive impairment: a new predictor of exercise trainability and outcomes in cardiac rehabilitation?* *Preventive Cardiology*, Summer 2010: 97-99.

Gaviria M., Pliskin M., Kney A. (2011). *Cognitive impairment in patients with advanced heart failure and its implications on decision making-capacity.* *Congest Heart Fail.*, 17:175-179.

Gottesman R.F., Grega M.A., Bailey M.M., Zeger S.L., Baumgartner W.A., McKhann G.M., Selnes O.A. (2010). *Association between hypotension, low ejection fraction and cognitive performance in cardiac patients.* *Behav Neurol*, 22 (1-2): 63-71.

Lucas B.P., Mendes de Leon C.F., Prineas R.J., Bienias J.L., Evans D.A. (2010). *Relation of cardiac ventricular repolarization and global cognitive performance in a community population.* *Am J Cardiol*, 106 (8): 1169-1173.

Lutfe K.E., Eva K.W., Gerstenberger E., Link C.L., McKinlay J.B. (2010). *Physician cognitive processing as a source of diagnostic and treatment disparities in coronary heart disease: results of a factorial priming experiment*. J Health Soc Behav, 51 (1): 16-29.

Okonkwo O.C., Cohen R.A., Gunstad J., Tremont G., Alosco M.L., Poppas A. (2010). *Longitudinal trajectories of cognitive decline among older adults with cardiovascular disease*. Cerebrovasc Dis, 30: 362- 373.

Pressler S.J. et al. (2010). *Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure*. J Cardiovasc Nurs, 25 (3): 189-198.

Pressler S.J. et al. (2010). *Memory disfunction, psychomotor slowing, and decreased executive function predict mortality in patients with heart failure and low ejection fraction*. J Card Fail, 16 (9): 750-760.

Stanek K.M., Gunstad J., Spitznagel M.B., Waechter D., Hughes J.W., Luyster F., Josephson R., Rosneck J. (2011). *Improvements in cognitive function following cardiac rehabilitation for older adults with cardiovascular disease*. Int J Neurosci, 121 (2): 86-93.

Tomaszewski Farias S., Mungas D., et al. (2008). *The measurement of everyday cognition (ECog): Scale Development and Psychometric Properties*. Neuropsychology, 22 (4): 531-544.

Torta R., Scalabrino A., *Depressione ansia e malattia cardiovascolare: correlati biologici e strategie terapeutiche*, Epidemiologia e Psichiatria Sociale 11,2,2002

Trojano L., Incalzi R.A., Acanforo D., Picone C., Mecocci P., Rengo F. (2003). *CHF Italian Study Investigators. Cognitive impairment: a key feature of congestive heart failure in the elderly*. Journal of Neurology, 250_ 1456-1463.

Vogels R.L.C., Scheltens P., Schroeder-Tanka J.M., Weinstein H.C. (2007). *Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature*. European Journal of Heart Failure, 9: 440-449.

Waldstein S.R., Elias M.F. (2001). *Neuropsychology of Cardiovascular Disease*. Lawrence Erlbaum Associates.

Zuccalà G. et al. (2005). *Correlates of cognitive impairment among patients with heart failure: Results of a multicenter survey*. The American Journal of Medicine, 118: 496-502.

3. LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all' 1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rimangono la principale causa di morte e di invalidità in tutto il mondo, colpendo sia uomini sia donne.

Si stima che nel 2008 (dati più recenti a disposizione) circa 17,3 milioni di persone sono morte per malattie cardiovascolari, pari al 30% di tutte le morti globali. Di queste morti, si stima che 7,3 milioni erano dovute a malattia coronarica e 6,2 milioni erano dovute a ictus.

I paesi a basso e medio reddito sono maggiormente colpiti: oltre l'80% delle morti cardiovascolari avviene nei paesi a basso e medio reddito e si verificano quasi equamente in uomini e donne.

Si stima che, entro il 2030, quasi 23,6 milioni di persone moriranno a causa di una malattia cardiovascolare.

In Europa ogni anno le malattie cardiovascolari uccidono più di 4,3 milioni di persone e sono causa del 48% di tutti i decessi (54% per le donne, 43% per gli uomini). Le principali forme di malattie cardiovascolari sono le malattie cardiache coronariche e l'ictus. Nei Paesi membri dell'Unione Europea i morti per malattie cardiovascolari sono ogni anno 2 milioni e rappresentano il 42% del totale dei decessi.

Se ci si restringe alla sola Unione Europea sono più colpiti gli uomini, a eccezione di alcuni paesi: Francia, Paesi Bassi e Spagna. Nell'Europa centrale e orientale i tassi di mortalità sono generalmente più alti e in aumento rispetto all'Europa del Nord, del Sud e dell'Ovest, dove sia l'incidenza sia la mortalità stanno diminuendo.

Avendo come riferimento sempre l'anno 2008, per quanto concerne l'Italia i decessi per malattie cardiovascolari e cardiopatie ischemiche sono stati 299539, che rappresentano il 51,8% di tutte le morti globali (48,2% maschi e 55,3% femmine).

Nella regione piemontese le morti a causa di malattie cardiovascolari e di cardiopatie ischemiche sono il 49,7% (24.380) delle morti totali: per gli uomini la patologia cardiaca è causa di morte nel 47,2% delle morti globali, mentre nelle donne nel 51,9% dei decessi totali.

3.1 BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

<http://apps.who.int/ghodata/?vid=2510>

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/index.html

Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore Sanità (www.iss.it)

4. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ E D'INCLUSIONE

Entrano nel percorso di valutazione della complessità psico-sociale tutti i pazienti ricoverati che risultano positivi al pre-screening.

5. SCHEDA DI PRE-SCREENING

A seguito dello studio pilota effettuato presso i tre presidi ospedalieri della Regione (Molinette, S.Luigi, Ospedale Pinerolo) si è ritenuto necessario, per l'applicabilità del PDTA, effettuare su tutti i pazienti che accedono ai reparti di cardiologia un brevissimo pre-screening composto da 4 semplici domande, riferite alle aree psicologica/psichiatrica, sociale e assistenziale, che può agevolmente rivolgere al paziente l'infermiere o il medico che si occupa dell'accoglienza. Le domande devono essere poste come intervista semi-strutturata e NON come questionario auto-somministrato.

La positività anche ad una sola delle domande prevede l'accesso del paziente alla scheda di complessità, compilata dallo Psicologo dedicato (o consulente) che provvederà a stabilire le modalità di interazione con l'equipe multiprofessionale.

Di seguito il format della scheda di pre-screening:

La scelta di tale strumento è stata dettata dall'analisi della letteratura (InterMed, PDTA Psicologia Ospedaliera in oncologia), dalla discussione collegiale al tavolo tecnico A.Re.S.S e 2 incontri di focus group (medici, infermieri, psicologi) presso il S.Luigi.

SCHEDA DI PRE-SCREENING (a cura del personale infermieristico)

Regole di compilazione: tutti gli items dello screening vengono valutati come presenza/assenza (presenza = rilevante, con impatto sulla vita o sull'assistenza) senza gradazioni.

La scheda non va utilizzata come questionario autosomministrato, ma come **intervista semi-strutturata**

| | |
|---|--|
| <p><u>Area psicologica:</u></p> <p>1) “ le capita o le è mai capitato di sentirsi frequentemente molto arrabbiato, molto in ansia, molto triste o di cattivo umore, o di non dormire bene?”</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se affermativo, o rimane dubbio, si approfondisce:</p> <p>2) “ ha mai preso farmaci per dormire, per l'ansia o l'umore?”</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Le domande si riferiscono al punto A ed E della scheda di complessità (disturbo psichico e/o cognitivo in anamnesi o in atto; stato di ansia/depressione e disturbo del sonno)</p> |
| <p>Rilevazione di presenza “stili di vita a rischio”</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Riferito al punto H della scheda di complessità</p> |
| <p><u>Area Sociale:</u></p> <p>3) “ Con chi vive? Chi l'aiuta se ha bisogno?”</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4) “Nella sua famiglia ci sono ammalati cronici o persone che hanno bisogno di assistenza?”</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Le domande si riferiscono al punto A ed E della scheda di complessità</p> |
| <p>Rilevazione, se la persona è giovane, della presenza di figli minori e se ci sono difficoltà:</p> <p>figli minori: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>difficoltà con i figli: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | |
| <p><u>Area assistenziale:</u></p> <p>5) “pensa di avere difficoltà a seguire la terapia e le indicazioni date?”</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Oppure: osservazione diretta di scarsa aderenza</p> <p>Verificare se il paziente ha compreso che cosa gli è stato comunicato in merito alle sue condizioni di malattia</p> | <p>Le domande sono riferite al punto A e C della scheda di complessità (scarsa aderenza alle cure; consapevolezza/aspettative inadeguate)</p> |

NB: Vengono poste 4 domande: 1 per l'Area Psicologica, 2 per quella sociale (1 aggiuntiva nelle persone con potenziali figli minori) ed 1 per quella assistenziale ed utilizzate 2 valutazioni “standard” (stili di vita a rischio, comprensione comunicazione). Nello screening non viene inclusa l'AREA BIOLOGICA che viene utilizzata invece se si passa alla scheda di complessità

6. SCHEDA DI COMPLESSITA'

| Valutazione della Complessità bio-psico-sociale-assist in CARDIOLOGIA | | |
|---|--------------|---|
| COGNOME NOME _____ | DATA _____ | SEZIONE _____ |
| AREA BIOLOGICA - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
| A. Fattori di rischio età (>45 aa maschi, >55aa femmine), sesso, dislipidemia, diabete mellito, obesità, familiarità, ipertensione, sindrome delle apnee notturne, depressione maggiore. | | 0. Nessuna disfunzione <i>Karnofsky</i> > 100 |
| B. Importanti effetti collaterali della terapia: ipotensione, astenia, distonismo, emorragie, disfunzione erettile, tosse, edemi declivi, broncospasmo, dolori muscolari, alterazione funzionalità epatica renale | | |
| C. Presenza recidive nell'anno | | 1. Disfunzione con effetti funzionali lievi <i>Karnofsky</i> 90-80 |
| D. Interventi su valvulopatia | | |
| E. ICD | | 2. Disfunzione con effetti nella quotidianità <i>Karnofsky</i> 70-50 |
| F. Comorbidità medica | | |
| G. Disturbi della sfera sessuale | | 3. Effetti permanenti e invalidanti <i>Karnofsky</i> 40-10 |
| AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
| A. Disturbo psichico e/o cognitivo in anamnesi o in atto | | 0. Nessuna vulnerabilità |
| B. Persona già in carico ai Servizi di Salute Mentale o NPI (anche A) | | |
| C. Disturbi somatici non correlati alla patologia di base o alla terapia | | 1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| D. Alterazioni del comportamento | | |
| E. Stato di ansia/depressione/negazione eccessiva e protratta | | 2. Rilevante rischio: bisogno intervento |
| F. Dipendenze/ abuso di sostanze (anche A) | | |
| G. Esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari | | 3. Grave rischio: bisogno intervento immediato/intensivo |
| H. Stili di vita a rischio: fumo, sedentarietà, alimentazione scorretta, scarsa aderenza alle prescrizioni, inosservanza del ritmo sonno-veglia | | |
| I. Disturbi della sfera sessuale di origine psicologica | | |
| L. Disturbi del sonno | | |
| AREA SOCIALE - Indicatori | Si/No | Rischio sociale |
| A. Caregiver assente o in difficoltà (A, anche F) | | 0. Nessuna vulnerabilità |
| B. Stato di gravidanza/ Puerperio (A, anche F) | | |
| C. Figli/minori (A, anche F) | | 1. basso: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| D. Famiglia ristretta (A, anche F) | | |
| E. Disabili psichici/ fisici in famiglia (A, anche F) | | 2. medio: bisogno intervento |
| F. Persona in carico al servizio sociale territoriale (A) | | |
| G. Situazione abitativa critica* (A) | | 3. alto: bisogno intervento immediato/intensivo |
| H. Situazione economica critica/lavorativa** (A) | | |
| I. Cittadino Straniero irregolare (A) | | |
| AREA ASSISTENZIALE - Indicatori | Si/No | Impatto sul percorso di cura |
| A. Scarsa aderenza alle cure | | 0. Nessuna criticità |
| B. Collaborazione familiare fragile o inesistente | | 1. Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| C. Consapevolezza aspettative inadeguate | | |
| D. Difficoltà di relazione con l'équipe curante | | 2. Rilevante criticità: bisogno di intervento |
| E. Difficoltà nell'organizzazione dell'assistenza medico-infermieristica | | 3. Grave criticità: bisogno di intervento immediato/intensivo |

| CRITERI COMPLESSITA' GLOBALE | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| A | Punteggio = 3 in almeno una delle tre aree psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale | | |
| B | Punteggio ≥ 2 in almeno due delle quattro aree biologica, psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale | | |

| PDTA - VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITA' | |
|---|------------------|
| Intervento psicologico / livello (specificare se 1, 2, 3): | DATE attivazione |
| A 1° LIVELLO | |
| B 2° LIVELLO | |
| C 3° LIVELLO | |
| Operatori ospedalieri coinvolti: | |
| Psicologo _____ | |
| Psichiatra _____ | |
| Ass. Sociale _____ | |
| Medico Specialista _____ | |
| Infermiere _____ | |
| Mediatore Culturale _____ | |
| Volontari _____ | |
| Altro _____ | |
| Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio. Servizi coinvolti: | |
| MMG _____ | |
| PLS _____ | |
| Servizi Psicologia _____ | |
| Struttura Riabilitativa _____ | |
| <input type="checkbox"/> NPI _____ | |
| <input type="checkbox"/> CSM _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ser.T. _____ | |
| <input type="checkbox"/> Servizi Sociali _____ | |
| <input type="checkbox"/> Scuola _____ | |
| <input type="checkbox"/> Associaz. Volontariato _____ | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |
| Fase di cura: _____ | |
| Note: | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Allegato 1

Valutazione del *Performance Status* secondo Karnofsky e corrispondenza con la Scala per il calcolo dell'Impatto sulla Vita dell'Area Biologica

| Criteria generali | Indice | Criteria specifici | Impatto sulla vita/Area Biologica |
|---|--------|--|---|
| Il soggetto conduce un'attività normale | 100 | Soggetto normale, non malattie, non disturbi riferiti | 0= nessuna disfunzione |
| | 90 | Capace di svolgere le comuni attività, sintomi lievi di malattia | 1= disfunzione con effetti funzionali lievi |
| | 80 | La normale attività è consentita, ma necessita di sforzi superiori al normale, modesti sintomi di malattia | |
| Soggetto incapace di condurre attività lavorativa, necessita di assistenza | 70 | Incapace di svolgere attività lavorativa, ma autosufficiente | 2= disfunzione con effetti nella quotidianità |
| | 60 | Richiede assistenza saltuaria | |
| | 50 | Necessita di assistenza e frequenti cure mediche | |
| Non autosufficiente, necessita di ospedalizzazione, malattia in rapida progressione | 40 | Disabile, richiede assistenza continua | 3= effetti permanenti e invalidante |
| | 30 | Disabile, indicazione all'ospedalizzazione, morte non imminente | |
| | 20 | Malattia grave, ospedalizzazione necessaria, richiede terapia di supporto | |
| | 10 | Paziente terminale | |

6.1 SCHEDA AREA BIOLOGICA

La scheda a griglia di valutazione della *Complessità* di Area Biologica è rappresentata nella tabella 1. **La presenza di uno o più indicatori comporta l'attivazione dello Specialista Cardiologo, il quale è responsabile dell'individuazione di un punteggio relativo all' "impatto sulla vita"**. Sono successivamente date alcune indicazioni per la valutazione di presenza/assenza degli indicatori.

Tabella 1 Scheda a griglia per la valutazione della **COMPLESSITÀ AREA BIOLOGICA**

| Indicatori | Sì/No | Impatto sulla vita |
|--|-------|---|
| A. Fattori di rischio: età (>45 aa maschi, >55 aa femmine, sesso, dislipidemia, diabete mellito, obesità, familiarità, ipertensione, sindrome delle apnee notturne, depressione maggiore. | | 0. Nessuna evidenza di disfunzione 1. Disfunzione con effetti funzionali lievi |
| B. Importanti effetti collaterali della terapia: ipotensione, astenia, distiroidismo, emorragie, disfunzione erettile, tosse, edemi declivi, broncospasmo, dolori muscolari, alterazione funzionalità epatica/renale. | | 2. Disfunzione con chiari effetti nella quotidianità 3. Effetti permanenti e invalidanti |
| C. Presenza recidive nell'anno | | |
| D. Interventi su valvulopatia | | |
| E. ICD | | |
| F. Comorbilità medica | | |
| G. Disturbi della sfera sessuale | | |

- ❖ La valutazione di presenza/assenza deve essere attuata riferendosi al paziente trattato in modo idoneo e appropriato.

:

6.2 SCHEDA AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

La scheda a griglia di valutazione della *Complessità* di Area Psicologica/Psichiatrica è rappresentata nella Tabella successiva. La scheda è specificatamente orientata alla valutazione della funzionalità psicologica complessiva della persona, della sua consapevolezza e capacità di adattamento, delle sue fragilità e risorse. Allo scopo di evitare un errore di sovrastima della “*complessità*” la scheda non contempla, fra gli indicatori, le componenti sociali o assistenziali, valutate separatamente in altre schede). **La presenza di uno o più indicatori comporta l’attivazione dello Specialista Psicologo per l’individuazione del livello di “impatto sulla vita”.** Sono successivamente date alcune indicazioni per la valutazione di presenza/assenza degli indicatori, nella Tabella 2 sono inoltre mostrati alcuni esempi di chiarimento per l’attribuzione dello score.

Tabella 2 Scheda a griglia per la valutazione della **COMPLESSITÀ AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA**

| Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
|--|-------|---|
| A. Disturbo psichico e/o cognitivo in anamnesi o in atto | | 0. Nessuna evidenza di disfunzione |
| B. Persona già in carico ai Servizi di Salute Mentale o NPI(anche A) | | 1. Disfunzione con effetti funzionali lievi |
| C. Disturbi somatici non correlati alla patologia di base o alla terapia | | 2. Disfunzione con chiari effetti nella quotidianità |
| D. Alterazioni del comportamento | | 3. Effetti permanenti e invalidanti |
| E. Stato di ansia/ depressione/ negazione eccessiva e protratta | | |
| F. Dipendenze/ abuso di sostanze | | |
| G. Esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari | | |
| H. Stili di vita a rischio | | |
| I. Disturbi della sfera sessuale di origine psicologica | | |
| L. Disturbi del sonno | | |

- ❖ **Disturbo psichico e/o cognitivo in anamnesi o in atto:** Presenza di disturbo emotivo, cognitivo e/o relazionale nella storia del paziente o in atto al momento della rilevazione
- ❖ **Persona in carico ai Servizi di Salute Mentale:** Si intendono Servizi di Psichiatria, Psicologia, Neuropsichiatria Infantile, SERT

- ❖ **Disturbi somatici non correlabili alla patologia di base o al trattamento:**
Sintomi fisici quali alterazioni dell'alimentazione, del sonno o limitazioni funzionali, non spiegabili con la patologia di base o le cure ricevute
- ❖ **Alterazioni del comportamento:** Presenza di rilevanti cambiamenti del comportamento (aggressività, ritiro, tendenza all'isolamento, apatia) dichiarati dal paziente o segnalate dai familiari
- ❖ **Negazione eccessiva o protratta:** Stile di adattamento prevalentemente orientato alla negazione eccessiva o protratta dell'impatto emozionale della malattia
- ❖ **Stili di vita a rischio:** fumo, sedentarietà, alimentazione scorretta, scarsa aderenza alle prescrizioni, inosservanza del ritmo sonno-veglia

Tabella 3: *Esempio indicativo per il calcolo dello score di "complessità" nell'Area Psicologica/Psichiatrica*

| | |
|----------------|---|
| Score 0 | Assenza di disturbo psichico |
| Score 1 | Disturbo situazionale, non interferente con le attività quotidiane |
| Score 2 | <p>Ansia persistente reattiva alla malattia.</p> <p>Insonnia, distimia e disturbi d'adattamento moderati ma interferenti con la quotidianità.</p> <p>Disturbo di personalità in buon compenso.</p> <p>Patologie maggiori (spettro bipolare, psicosi, dipendenze) in carico ai servizi, in buon compenso clinico. Insorgenti disturbi dell'apprendimento in età pediatrica</p> |
| Score 3 | <p>Crisi d'ansia acute.</p> <p>Fobie invalidanti strutturate.</p> <p>Insonnia grave.</p> <p>Disturbi di personalità e patologie maggiori con sintomi non controllati.</p> |

6.3 SCHEDA AREA SOCIALE

La scheda a griglia di valutazione della *Complessità* di Area Sociale è rappresentata nella Tabella 4. **La presenza di uno o più indicatori comporta l'attivazione dello Specialista Psicologo e/o dell'Assistente Sociale per l'individuazione del livello di "criticità"**. Nella colonna degli indicatori, fra parentesi, sono indicate delle lettere che individuano le figure da attivare per la valutazione (**P** = Attivazione dello Psiconcologo, **A** = Attivazione dell'Assistente Sociale). Sono successivamente date alcune indicazioni per la valutazione di presenza/assenza degli indicatori.

Tabella 4: Scheda a griglia per la valutazione della **COMPLESSITÀ AREA SOCIALE**

| Indicatori | Si/No | Vulnerabilità |
|---|-------|--|
| A. Caregiver assente o in difficoltà(A, anche P) | | 0. Nessuna criticità |
| B. Stato di gravidanza/ Puerperio (A anche P) | | 1. Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| C. Figli minori (A anche P) | | 2. Rilevante criticità: bisogno di intervento |
| D. Famiglia ristretta (A anche P) | | 3. Grave criticità: bisogno di intervento immediato/ intensivo |
| E. Disabili psichici/ fisici in famiglia (A anche P) | | |
| F. Persona in carico al servizio sociale territoriale (A) | | |
| G. Situazione abitativa critica * (A) | | |
| H. Situazione economica/lavorativa critica ** (A) | | |
| I. Cittadino Straniero irregolare (A) | | |

- ❖ **Caregiver:** Persona, figura non sanitaria, (familiare, amico, ecc.) presente accanto al paziente con adeguate funzioni di supporto
- ❖ **Famiglia ristretta:** Assenza di caregiver o caregiver unico
- ❖ **Situazione abitativa critica:** Si intende soggetto senza fissa dimora, oppure con sfratto in corso, oppure domiciliato in alloggio affollato e/o con barriere architettoniche, oppure residente in comunità o in altro comune/provincia/regione
- ❖ **Situazione economica critica:** Si intende soggetto disoccupato, oppure in mobilità, oppure monoreddito o con pensione minima ed unico sostegno del proprio nucleo familiare

6.4 SCHEDA AREA ASSISTENZIALE

La scheda a griglia di valutazione della “*complessità*” per l’Area Assistenziale è rappresentata nella Tabella 5. La valutazione degli indicatori è sempre riferita al vissuto del paziente e/o dei suoi familiari o, in questo caso a difficoltà rilevate dall’equipe. **La presenza di uno o più indicatori comporta l’attivazione dello Specialista Psicologo e delle figure professionali coinvolte nel processo di “care” del paziente** (cardiologo, infermiere, assistente sociale, ...) **per l’individuazione del livello di “criticità”**. Per una corretta valutazione, in prima istanza, è consigliabile un confronto con l’equipe curante. Sono successivamente date alcune indicazioni per la valutazione di presenza/assenza degli indicatori.

Tabella 5: Scheda a griglia per la valutazione della **COMPLESSITÀ AREA ASSISTENZIALE**

| Indicatori | Si/No | Criticità |
|--|-------|---|
| A. Scarsa aderenza alle cure | | 0. Nessuna criticità |
| B. Collaborazione familiare fragile o inesistente | | 1. Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| C. Consapevolezza/aspettative inadeguate | | 2. Rilevante criticità: bisogno di intervento |
| D. Difficoltà di relazione con l’equipe curante | | 3. Grave criticità: bisogno di intervento immediato/intensivo |
| E. Difficoltà nell’organizzazione dell’assistenza medico-infermieristica | | |

SCARSA ADERENZA ALLE CURE: DISCONTINUA CAPACITÀ/VOLONTÀ, DA PARTE DEL PAZIENTE, DI METTERE IN ATTO IN MODO ADEGUATO LE PRESCRIZIONI MEDICHE, INCLUDENDO IN CIÒ I FARMACI, GLI ESAMI DI LABORATORIO, I CONTROLLI CLINICI E QUANTO ALTRO ATTENGA ALLA CURA DELLA MALATTIA, E SCARSO COINVOLGIMENTO ATTIVO NELLA GESTIONE DELLA STESSA

7. VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ DI AREA E GLOBALE

La valutazione della “**Complessità di Area**” è attuata dalla o dalle figure specifiche (Cardiologo, Psicologo, Servizi Sociali) attivate in seguito alla rilevazione iniziale degli indicatori di complessità e prevede l’attribuzione di un punteggio su una scala a quattro livelli per ciascuna delle quattro aree di funzionalità individuate. La **scala di valutazione** copre uno spettro di possibilità: da assenza a evidente e importante presenza di fragilità e/o bisogni assistenziali, che necessitano di una presa in carico tempestiva e intensiva (Tabella 6).

Tabella 6: Scala di valutazione della “**COMPLESSITÀ DI AREA**”

| Score | Area biologica | Area Psicologico Psichiatrica | Area sociale | Area Assistenziale |
|----------|---|---|---|---|
| 0 | Nessuna evidenza di disfunzione | Nessuna evidenza di disfunzione | Nessuna criticità | Nessuna criticità |
| 1 | Disfunzione con effetti funzionali lievi | Disfunzione con effetti funzionali lievi | Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione | Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| 2 | Disfunzione con chiari effetti nella quotidianità | Disfunzione con chiari effetti nella quotidianità | Rilevante criticità: bisogno di intervento | Rilevante criticità: bisogno di intervento |
| 3 | Effetti permanenti e invalidanti | Effetti permanenti e invalidanti | Grave criticità: bisogno di intervento immediato/ intensivo | Grave criticità: bisogno di intervento immediato/ intensivo |

In relazione ai punteggi attribuiti nella valutazione della “*complessità di area*” (per l’Area Biologica e Psicologica/Psichiatrica di Impatto sulla Vita, per l’Area Sociale di Vulnerabilità e per l’Area Assistenziale di Criticità) sarà possibile attuare la valutazione della **Complessità Globale** (Allegato 5).

E’ definibile “**globalmente complesso**” il paziente cardiopatico che corrisponde ad almeno uno dei due criteri (A e B) definiti nella Tabella 7. La definizione di “*complessità globale*” identifica i soggetti che necessitano e devono poter fruire di un approccio psicologico, ma non identificano il livello di trattamento , questo ultimo definito dal maggiore punteggio “*score*” individuato nelle aree di specifica competenza dello Psicologo .

A chiarimento della definizione di “*complessità globale*” uno score di livello 3 in una sola delle tre aree psicologica/psichiatrica, sociale e assistenziale è

identificabile come situazione di “*complessità globale*” mentre, uno score di livello 3 nella sola area biologica, in assenza di criticità rilevanti (score ≥ 2) in almeno una delle altre tre aree, non è identificabile come situazione di “*complessità globale*”. Uno score di livello ≥ 2 rilevato in almeno due delle quattro aree è identificabile come situazione di “*complessità globale*”.

Tabella 7: Criteri che definiscono la “**COMPLESSITÀ GLOBALE**”

| Criterio | Descrizione |
|----------|--|
| A | Punteggio = 3 in almeno una delle tre aree psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale |
| B | Punteggio ≥ 2 in almeno due delle quattro aree biologica, psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale |

8. IDENTIFICAZIONE E ATTRIBUZIONE DEI LIVELLI DI INTERVENTO

Si ritiene appropriato e Livello Essenziale Assistenziale che tutti i soggetti definiti “*globalmente complessi*” possano fruire di un intervento psicologico. Si ritiene inoltre appropriato e Livello Essenziale Assistenziale che tutti i pazienti cardiopatici in età pediatrica (0-18 anni) possano fruire di un intervento psicologico di primo livello. Nei bambini/adolescenti, pertanto, la valutazione della “*Complessità di Area e Globale*” ha funzione di monitoraggio e indirizzo verso livelli specifici di intervento in relazione agli “score” di area individuati.

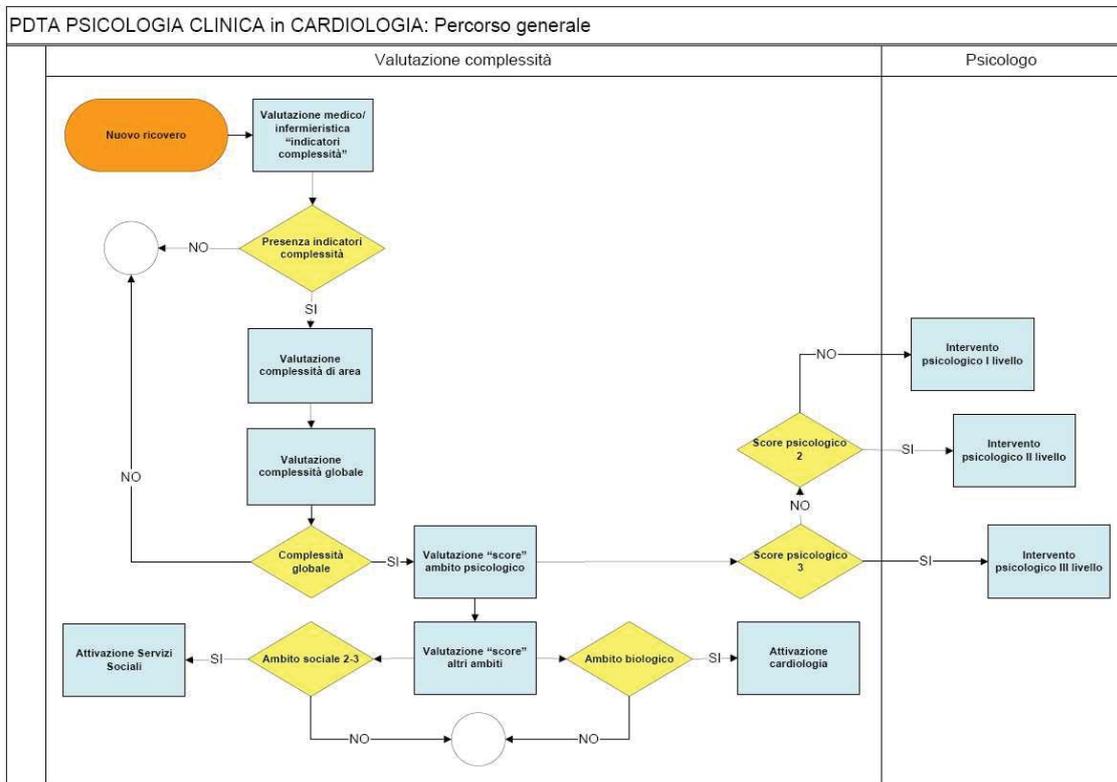
Il livello di intervento psicologico è identificato, nella scala di valutazione della “*complessità di area*”, dal maggiore punteggio individuato nelle aree per le quali è stata attivata la valutazione da parte dello psicologo. Considerando l'impatto che la condizione psichica può avere sui trattamenti medici e viceversa, in relazione alle aree nell'ambito delle quali si rilevi un punteggio score elevato (2 o 3), si ritiene indispensabile un approccio multidisciplinare riferito al/ai problema/i individuato/i con attivazione delle altre figure interessate (cardiologo, servizi sociali).

Allo scopo di avviare un processo integrato di interventi appropriati, uniformi e consequenziali si ritiene importante il contatto con il Servizio di Salute Mentale in tutti i casi in cui il paziente oncologico sia affetto anche da patologia psichiatrica maggiore e/o sia già seguito dal Servizio di Salute Mentale stesso.

Si ritiene inoltre importante che nella scheda di valutazione della complessità siano sempre riportati gli interventi predisposti e/o effettuati dagli operatori sanitari attivati.

- **Si raccomanda che tutti i pazienti adulti, affetti da patologia cardiaca, valutati come “complessi”, criteri A o B che definiscono la “complessità globale” (Tabella possano fruire di un intervento psicologico**
- **Si raccomanda che tutti i bambini/adolescenti, affetti da patologia cardiaca, possano fruire di un intervento psicologico di “primo livello”**
- **Si raccomanda l’approccio multidisciplinare in tutti i casi valutati con un punteggio elevato (2-3)**
- **Si consiglia il contatto con il Servizio di Salute Mentale in tutti i casi in cui sia presente una patologia psichiatrica maggiore ed il soggetto sia già seguito dal Servizio di Salute Mentale stesso.**
- **Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della “complessità” sia parte integrante del dossier che accompagna il paziente**
- **Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della “complessità” sia riproposto in ognuna delle fasi del percorso di malattia**
- **Si raccomanda che nello strumento per la valutazione della “complessità” siano sempre indicati gli interventi predisposti e/o effettuati**

9. PERCORSO GENERALE PSICO-CARDIO



10. LIVELLI DI INTERVENTO

In relazione al maggiore punteggio score identificato durante la valutazione della “*complessità*”, nelle aree in cui è richiesto l’intervento specifico dello Psicologo, sono stati individuati tre differenti livelli di intervento, attuabili per la gestione sia del paziente sia dell’*équipe* curante, che definiscono gli elementi minimi e irrinunciabili della presa in carico, coerentemente con il grado di complessità psicologica del paziente cardiopatico.

Le strutture coinvolte nell’erogazione degli interventi sono i reparti di degenza ordinaria, i day hospital, gli ambulatori e le altre strutture del dipartimento o extradipartimentali ove sono accolti e seguiti i pazienti, nonché le strutture territoriali cui possono venire inviati i pazienti .

a. PRIMO LIVELLO PSICOLOGICO

Il primo livello di intervento, definibile anche come “livello base”, comprende gli interventi, minimi ed essenziali, da adottare nei casi valutati per la “complessità” con uno **score 1** nelle aree psicologica/psichiatrica, sociale e/o assistenziale. Il primo livello consta di azioni di prevenzione del disagio emotivo con l’obiettivo di:

- a) Accogliere, condividere e contenere le ansie del paziente e dei suoi familiari favorendo l’instaurarsi di un rapporto di fiducia con i sanitari
- b) Sostenere la fase di comunicazione al momento della diagnosi e nelle diverse fasi di malattia
- c) Dare informazioni riguardo agli aiuti disponibili (interventi socio-assistenziali e psico-educazionali) per affrontare meglio la malattia
- d) Sviluppare competenze di base (acquisizione informazioni specifiche e sviluppo della consapevolezza) per la gestione del percorso di malattia (Empowerment)

• **Si raccomanda che i pazienti e i familiari siano sempre informati circa la possibilità di usufruire della consultazione psicologica.**

• **Si consiglia l’impiego di altri strumenti di intervento**, compatibilmente con le risorse disponibili nelle singole realtà delle ASR:

- 1) Gruppi psicoeducazionali con pazienti e/o familiari e, se possibile, congiuntamente al personale medico ed infermieristico

- 2) Attività espressive, mediazione corporea, medicine complementari riconosciute dagli ordini degli Psicologi e dei Medici e/o dalle commissioni della Regione Piemonte
- 3) Attività extrasanitarie (es. attività fisica, volontariato, ecc.)

b. SECONDO LIVELLO PSICOLOGICO

Il secondo livello di intervento consiste nella presa in carico diagnostica e di contenimento di tutti i casi valutati per la “complessità” con uno **score 2**. Si tratta di azioni rivolte a pazienti e familiari finalizzate a un sostegno in rapporto a grande difficoltà a fare fronte all’esperienza di malattia o ad una scarsa aderenza ai trattamenti.

In tutti i soggetti per i quali è appropriato un intervento di “secondo livello” si raccomanda l’utilizzo di:

- a) Colloqui di valutazione psicologico-clinico**
- b) Colloqui con valenza di sostegno.**

Compatibilmente con l’organizzazione e con le risorse disponibili nelle singole realtà delle ASR **si consiglia inoltre l’impiego dei seguenti strumenti:**

- a) Gruppi di sostegno e auto-aiuto**
- b) Osservazioni del nucleo familiare ed attivazioni di risorse della rete sanitaria**
- c) Attivazioni di risorse extrasanitarie (sociali, domiciliari, altre, individualizzate)**

c. TERZO LIVELLO PSICOLOGICO

Il terzo livello di intervento consiste nella presa in carico psicoterapeutica e/o farmacologica di tutti i casi valutati per la “complessità” con uno score 3. Si tratta di azioni rivolte a pazienti e familiari che richiedono un aiuto in rapporto a componenti psicopatologiche reattive o all’emergere di aspetti psicopatologici precedentemente compensati e slatentizzati dall’evento traumatico-malattia. Per i pazienti avviati a un trattamento cardiologico riabilitativo sono previsti interventi psicologici come da specifici protocolli.

La terapia farmacologica potrà essere gestita direttamente dallo psicologo clinico, quando di formazione medica, ovvero attivata attraverso invio a consulenza specialistica, meglio se già convenzionata attraverso la Rete.

In tutti i soggetti per i quali è appropriato un intervento di “terzo livello” si raccomanda l’utilizzo di:

- a) **Sostegno psicologico con presa in carico continuativa**
- b) **Psicoterapia (individuale, di coppia, di gruppo)**
- c) **Terapia psico-farmacologica**
- d) **Eventuale attivazione dei servizi Psichiatrici, Sociali, risorse territoriali.**

d. SOSTEGNO AGLI OPERATORI DELL'ÈQUIPE CURANTE

E' stato individuato un set minimo di strumenti rivolto agli operatori coinvolti nel processo di "care" del paziente cardiopatico individuato come "globalmente complesso" indipendentemente dal livello di intervento psicologico individuato.

Si raccomanda che gli operatori nel processo di "care" del paziente individuato come "globalmente complesso" fruiscano dei seguenti strumenti di supporto psicologico:

- a) Riunioni e momenti di confronto inseriti nella pratica clinica corrente in reparto, Day Hospital, ambulatori con medici, infermieri, altri sanitari coinvolti**
- b) Partecipazione a momenti comunicativi**

Coerentemente con le modalità organizzative/gestionali e con le risorse disponibili nelle diverse realtà **si consiglia l'impiego dei seguenti strumenti:**

- a) attività di supporto/supervisione operatori**
- b) attività di formazione per gli operatori**

11. COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

Di seguito sono definiti i requisiti minimi richiesti che definiscono la funzione dello Psicologo Clinico operante in Cardiologia , sono inoltre specificate le responsabilità operative identificate per i ruoli individuati nel PDTA.

a. COMPETENZE DELLO PSICOLOGO

La figura dello Psicologo Clinico, prevede attualmente, il possesso dei seguenti requisiti:

1. Laurea specialistica in Psicologia/laurea in Medicina e Chirurgia
2. Acquisizione di una specializzazione idonea all'esercizio della Psicoterapia
3. Formazione specifica in corsi accreditati

Per l'intervento psicologico in Cardiologia è opportuna anche

4. Documentata esperienza clinica in Cardiologia o comunque Psicologia Ospedaliera di almeno tre anni, o se inferiore a tale periodo, con necessità di supervisione da parte di psicologo clinico esperto
5. Quota parte dell'impegno nell'intervento psicologico in Cardiologia

I criteri 3 e 4 devono essere soddisfatti nei centri cardiologici di riferimento regionale e/o nazionale, mentre, nei centri periferici o minori, possono essere soddisfatti da un'esperienza professionale documentata nell'ambito della psicologia clinica riguardante i pazienti con patologie organiche.

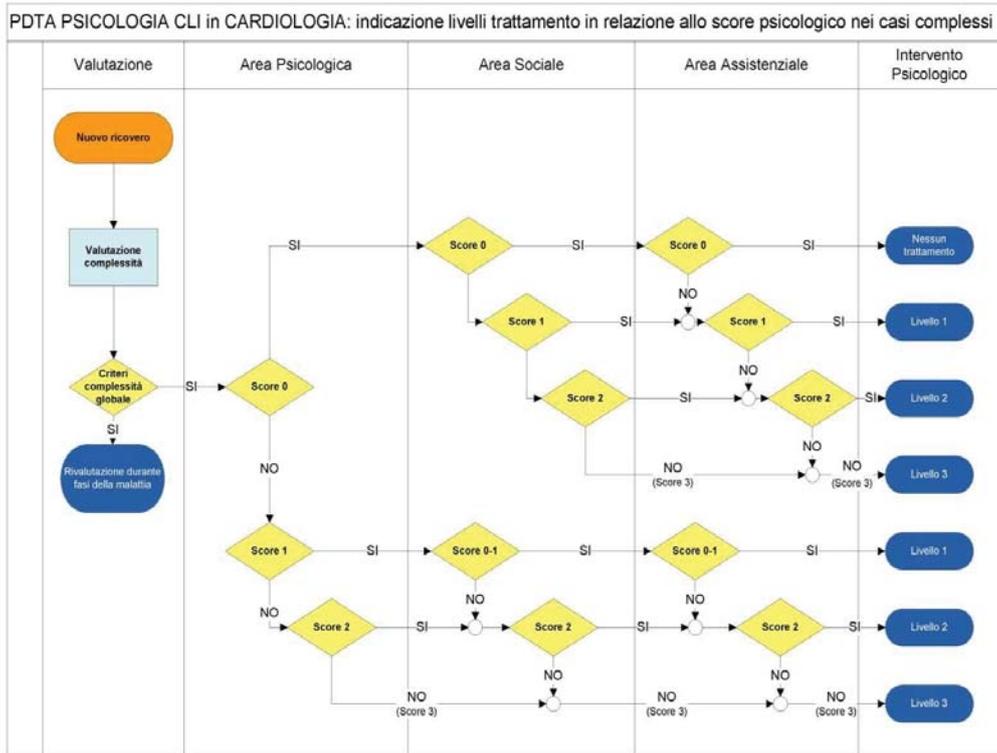
b. COMPITI E RESPONSABILITÀ

- **E' compito e responsabilità della Direzione delle ASR identificare i Servizi Psicologici di riferimento**
- **E' compito e responsabilità del personale specificatamente individuato e formato valutare gli indicatori di "complessità ed eventualmente attivare le figure deputate alla valutazione della complessità di area (Cardiologo, Psicologo, Servizi Sociali)**
- **E' compito e responsabilità della equipe curante del paziente cardiopatico eseguire la valutazione pre-screening degli indicatori di complessità .**
- **E' compito e responsabilità del Cardiologo e/o dello Psicologo e/o dei Servizi Sociali, attivati in seguito alla valutazione degli indicatori di "complessità", attribuire il punteggio "score" per la "complessità di area" e valutare la presenza di "complessità globale".**
- **E' compito e responsabilità dello Psicologo, attivato in seguito alla valutazione degli indicatori di "complessità", identificare il livello necessario di trattamento psicologico appropriato in relazione al maggiore punteggio "score"**
- **E' compito e responsabilità dello Psicologo individuare la qualità delle ansie presenti nel paziente e nei familiari e le loro modalità difensive**
- **E' compito e responsabilità dello Psicologo informare le altre componenti della equipe, che segue il processo di "care" del paziente cardiologico riguardo al tipo migliore di comunicazione e atteggiamento da adottare con quel determinato paziente**
- **E' compito e responsabilità dello Psicologo sostenere l'esperienza emotiva dell'equipe, favorendo (attraverso l'esperienza condivisa) l'apprendimento dell'accoglienza delle ansie del paziente e dei familiari e il cambiamento culturale nell'approccio terapeutico (es. accanimento terapeutico, appropriatezza degli esami strumentali ...)**
- **E' compito e responsabilità del Cardiologo segnalare all'equipe multidisciplinare i cambiamenti del percorso di cura, l'eventuale**

aggravamento o l'eventuale disagio del paziente emersi durante le visite e riferiti agli indicatori di complessità e, successivamente, attivare lo psicologo o l'assistente sociale.

- E' compito e responsabilità dell'assistente sociale segnalare all'èquipe curante eventuali cambiamenti degli aspetti sociali e/o assistenziali che possano rivelarsi problematiche**
- E' compito e responsabilità dell'infermiere e del medico segnalare all'èquipe curante eventuali difficoltà assistenziali**
- E' compito e responsabilità dello Psicologo comunicare all'èquipe ogni eventuale modifica e/o peggioramento dell'assetto psicologico/psichiatrico del paziente e della sua famiglia**

12. LIVELLI DI INTERVENTO



13. DATI SPERIMENTAZIONE

E' stata effettuata nel periodo di maggio –giugno la applicazione sperimentale della scheda di complessità ,presso i Centri di Cardiologia delle Molinette (dr. Marra), del S.Luigi (dr. Pozzi) e dell'Ospedale di Pinerolo (dr.Riccardi). Si riportano di seguito i risultati:

14. TABELLE SCHEDE COMPLESSE PER AREA

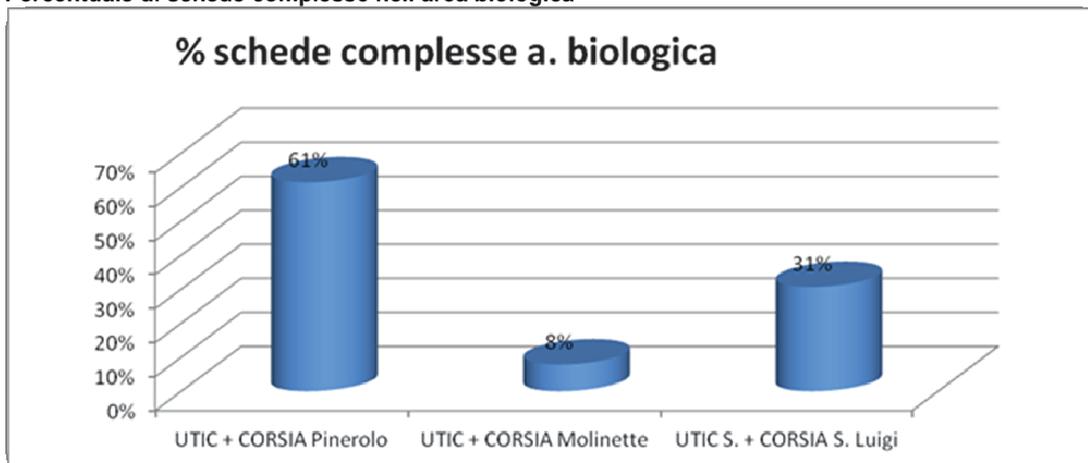
| | area biologica | area psicologica/psichiatrica | area sociale | area assistenziale |
|----------------|----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------|
| UTIC Pinerolo | 52 | 43 | 7 | 8 |
| UTIC Molinette | 1 | 4 | 3 | 1 |
| UTIC S. Luigi | 15 | 11 | 10 | 4 |
| Totale | 68 | 58 | 20 | 13 |

| | area biologica | area psicologica/psichiatrica | area sociale | area assistenziale |
|------------------|----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------|
| CORSIA Pinerolo | 26 | 17 | 4 | 5 |
| CORSIA Molinette | 9 | 18 | 14 | 3 |
| CORSIA S. Luigi | 24 | 11 | 11 | 5 |
| Totale | 59 | 46 | 29 | 13 |

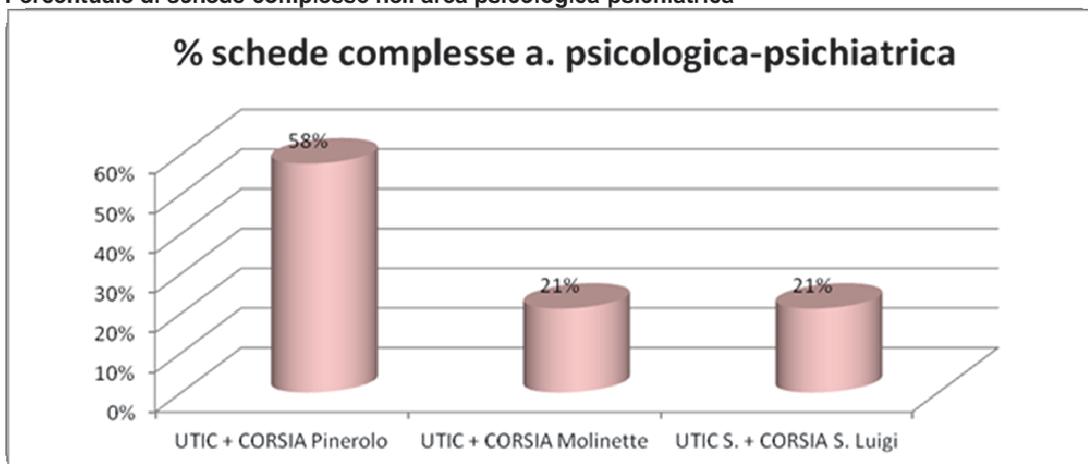
| | area biologica | area psicologica/psichiatrica | area sociale | area assistenziale |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------|
| CORSIA + UTIC Pinerolo | 78 | 60 | 11 | 13 |
| CORSIA + UTIC Molinette | 10 | 22 | 17 | 4 |
| CORSIA + UTIC S. Luigi | 39 | 22 | 21 | 9 |
| Totale | 127 | 104 | 49 | 26 |

15. GRAFICI COMPLESSITÀ AREA

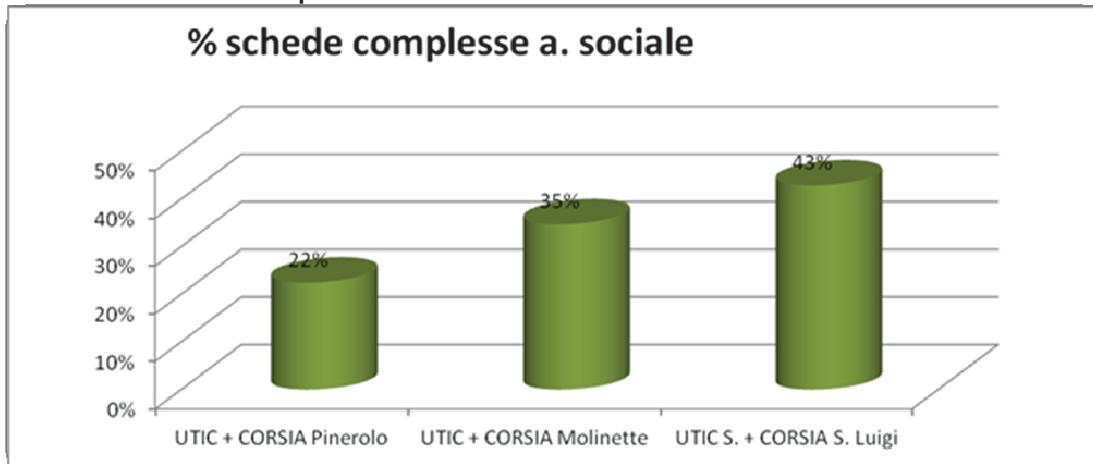
Percentuale di schede complesse nell'area biologica



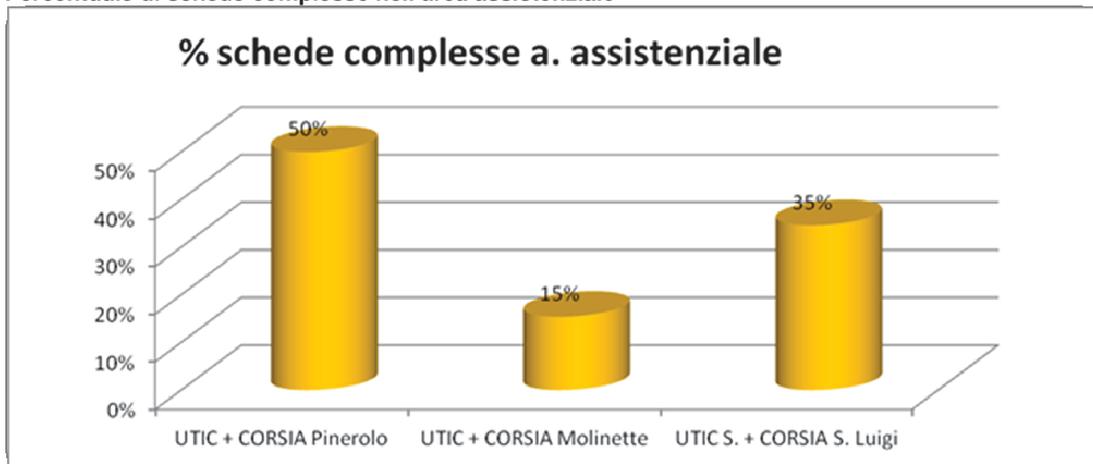
Percentuale di schede complesse nell'area psicologica-psichiatrica



Percentuale di schede complesse nell'area sociale



Percentuale di schede complesse nell'area assistenziale



16. SCHEDE COMPLESSE PER INTENSITÀ

| | Complessità A | Complessità B | Non complesse | Totale pazienti |
|----------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| UTIC Pinerolo | 0 | 28 | 40 | 68 |
| UTIC Molinette | 1 | 4 | 12 | 17 |
| UTIC S. Luigi | 0 | 2 | 22 | 24 |
| Totale | 1 | 34 | 74 | 109 |

| % Complessità | Complessità A | Complessità B | Non complesse |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| UTIC Pinerolo | 0% | 41% | 59% |
| UTIC Molinette | 6% | 24% | 71% |
| UTIC S. Luigi | 0% | 2% | 22% |

| | Complessità A | Complessità B | Non complesse | Totale pazienti |
|------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| CORSIA Pinerolo | 2 | 8 | 23 | 33 |
| CORSIA Molinette | 5 | 12 | 15 | 32 |
| CORSIA S. Luigi | 0 | 1 | 37 | 38 |
| Totale | 7 | 21 | 75 | 103 |

| % Complessità | Complessità A | Complessità B | Non complesse |
|------------------|---------------|---------------|---------------|
| CORSIA Pinerolo | 6% | 24% | 70% |
| CORSIA Molinette | 16% | 38% | 47% |
| CORSIA S. Luigi | 0% | 3% | 97% |

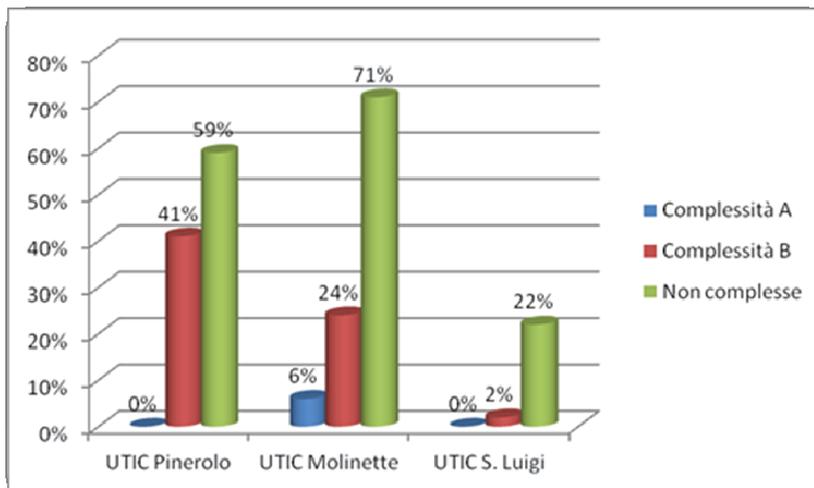
| | Complessità A | Complessità B | Non complesse | Totale pazienti |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| CORSIA + UTIC Pinerolo | 2 | 36 | 63 | 101 |
| CORSIA + UTIC Molinette | 6 | 16 | 27 | 49 |
| CORSIA + UTIC S. Luigi | 0 | 3 | 59 | 62 |
| Totale | 8 | 55 | 149 | 212 |

| % Complessità | Complessità A | Complessità B | Non complesse |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| CORSIA + UTIC Pinerolo | 2% | 36% | 62% |
| CORSIA + UTIC Molinette | 12% | 33% | 55% |

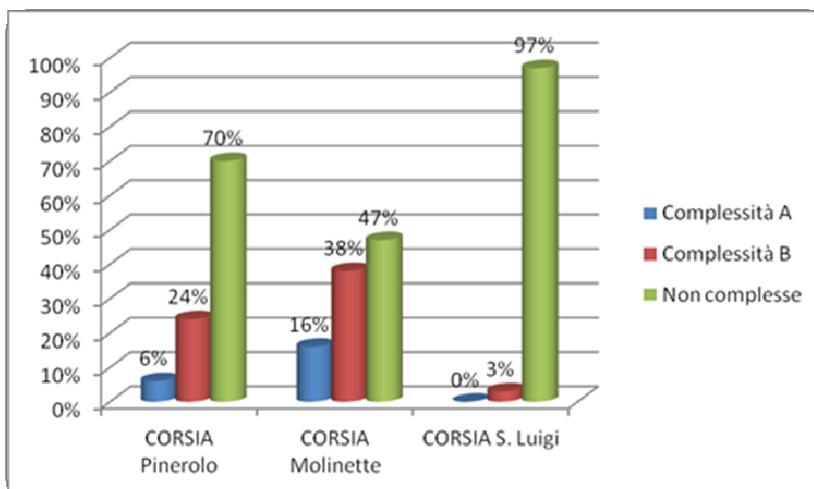
| | | | |
|---------------------------|----|----|-----|
| CORSIA + UTIC S. Luigi | 0% | 5% | 95% |
|---------------------------|----|----|-----|

17. GRAFICI COMPLESSITÀ PER INTENSITÀ

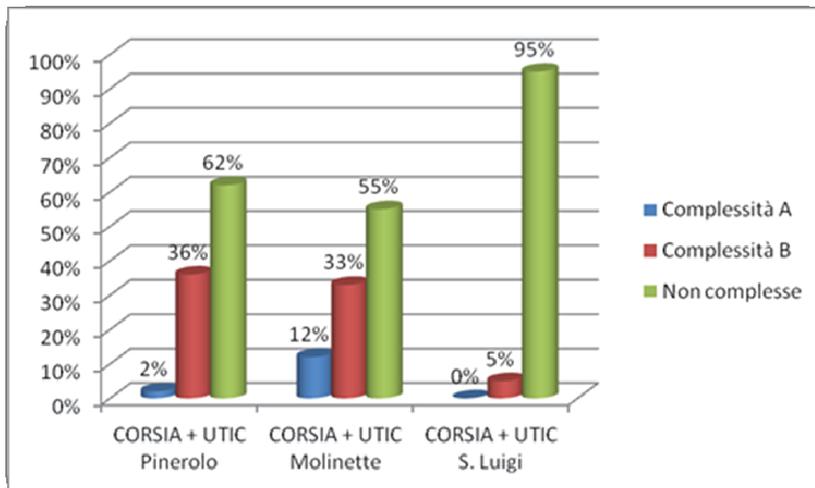
Percentuale di schede di complessità A e complessità B nelle UTIC



Percentuale di schede di complessità A e complessità B nelle corsie

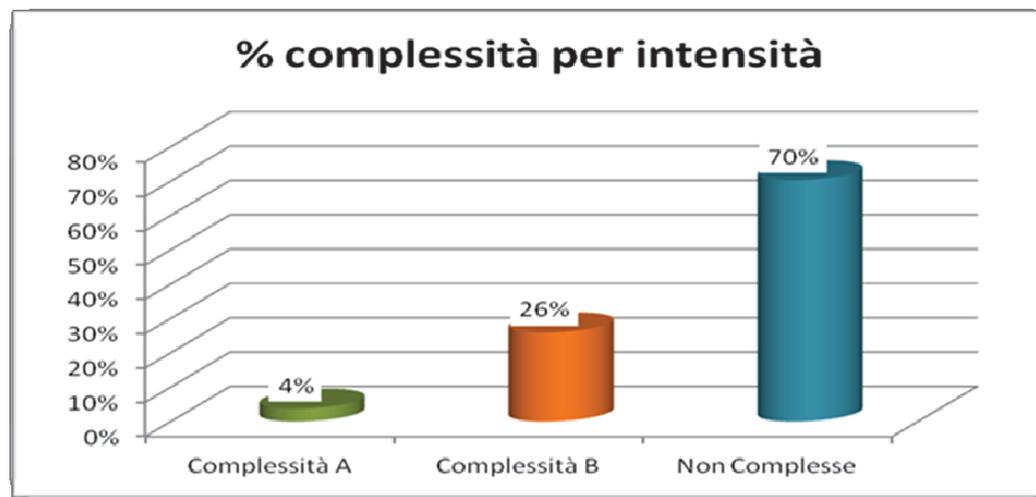


Percentuale di schede di complessità A e complessità B nelle UTIC e Corsie



18. RISULTATI E COMMENTI

Di seguito il grafico della percentuale di schede complesse per intensità riferito a tutti i pazienti dei tre centri coinvolti nella sperimentazione



Nell'insieme la valutazione dei pazienti ricoverati in cardiologia permette le seguenti considerazioni:

la valutazione dei dati è risultata attendibile prevalentemente nei pazienti che hanno avuto una degenza più prolungata; in particolare è risultato difficile valutare i pazienti con ricoveri inferiori ai 4 giorni. Per questo motivo si è definita una procedura di screening che ampli la possibilità di valutazione.

Dai dati emerge una **percentuale di complessità del 30%**, inferiore a quella riscontrata nell'Oncologia ma comunque molto rilevante.

In particolare emerge che è molto bassa la percentuale di "acuzie" (4%), definita dalla Complessità A, che invece è quella che più spesso attiva gli operatori nella richiesta di consulenza.

La grande maggioranza della Complessità appare di tipo B (26%), legata non a manifestazioni "urgenti" ma all'interazione di fattori psichici e sociali che, se non riconosciuti, interferiscono in modo rilevante con il percorso del paziente.

Risulta perciò fondamentale migliorare la capacità delle équipes di rilevazione delle problematiche, non solo in termini "numeric" ma soprattutto nella tipologia dei fattori che influiscono realmente nel percorso assistenziale.

Risulta necessario trasferire competenze alle équipes sia nella valutazione che nella gestione di I Livello, soprattutto negli ambiti della comunicazione, educazione sanitaria, gestione di momenti di crisi.

Effettuare tale formazione, che per essere efficace deve necessariamente esser continuativa nel tempo, può ridurre la percentuale di casi complessi. Ad essa deve però affiancarsi la gestione soprattutto delle situazioni con contemporanea presenza di fattori di complessità sia psichici che sociali che richiedono competenze specialistiche.

In proporzione agli organici che sono emersi dalla rilevazione fatta dall'A.Re.S.S. (2008, Appendice 2, ma oggi ulteriormente ridotti) si reputa che, nella valutazione più ottimistica, (ossia laddove sono presenti Strutture di Psicologia che garantiscano la programmazione

e la continuità), la Sanità piemontese può rispondere al massimo al 30% delle complessità rilevanti, nonostante il concetto stesso di “complessità” definisca situazioni in cui “non si può non rispondere”.

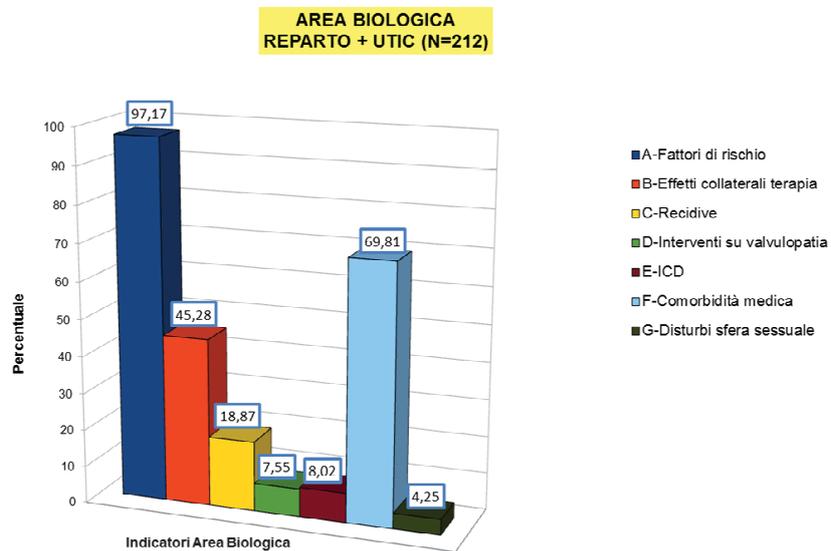
La ridottissima possibilità di risposta, dovuta alla scarsità delle risorse rischia, come evidenziato in letteratura, nel medio e lungo termine di avere importanti ricadute sui costi sia sanitari, sia socio-assistenziali.

APPENDICE 1

Di seguito i grafici risultanti dai dati complessivi CORSIA+UTIC delle Strutture coinvolte nella sperimentazione.

N°schede: 212

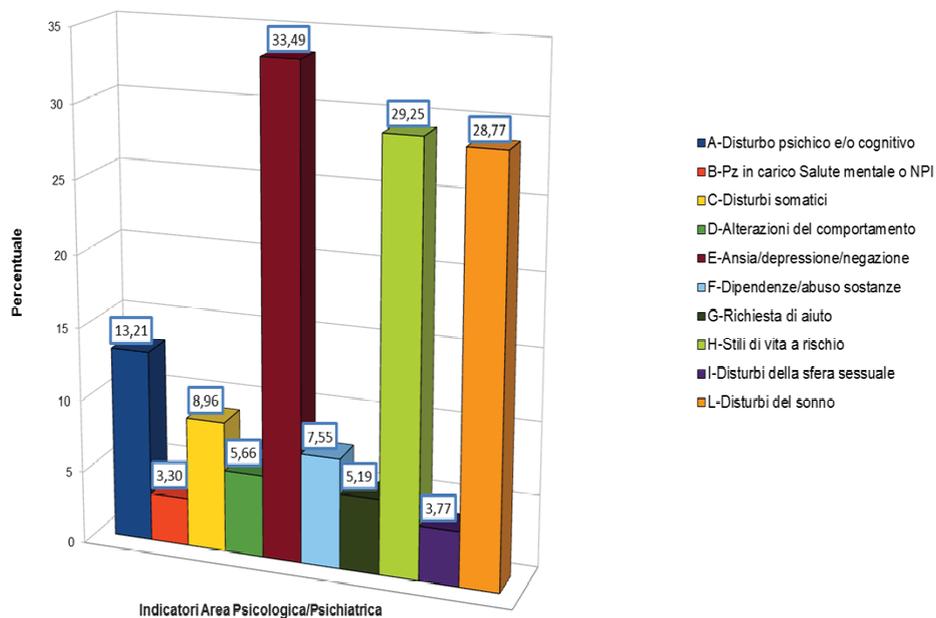
| AREA BIOLOGICA | N | % |
|-------------------------------|-----|-------|
| A-Fattori di rischio | 206 | 97,17 |
| B-Effetti collaterali terapia | 96 | 45,28 |
| C-Recidive | 40 | 18,87 |
| D-Interventi su valvulopatia | 16 | 7,55 |
| E-ICD | 17 | 8,02 |
| F-Comorbidità medica | 148 | 69,81 |
| G-Disturbi sfera sessuale | 9 | 4,25 |



N'schede: 212

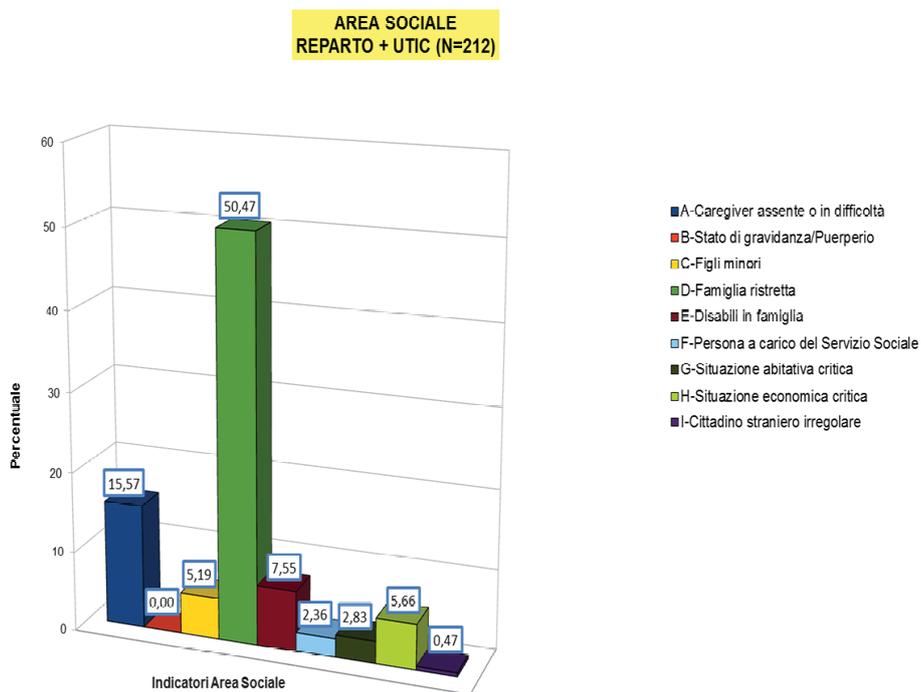
| AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA | N | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| A-Disturbo psichico e/o cognitivo | 28 | 13,21 |
| B-Pz in carico Salute mentale o NPI | 7 | 3,30 |
| C-Disturbi somatici | 19 | 8,96 |
| D-Alterazioni del comportamento | 12 | 5,66 |
| E-Ansia/depressione/negazione | 71 | 33,49 |
| F-Dipendenze/abuso sostanze | 16 | 7,55 |
| G-Richiesta di aiuto | 11 | 5,19 |
| H-Stili di vita a rischio | 62 | 29,25 |
| I-Disturbi della sfera sessuale | 8 | 3,77 |
| L-Disturbi del sonno | 61 | 28,77 |

**AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA
REPARTO + UTIC (N=212)**



N°schede: 212

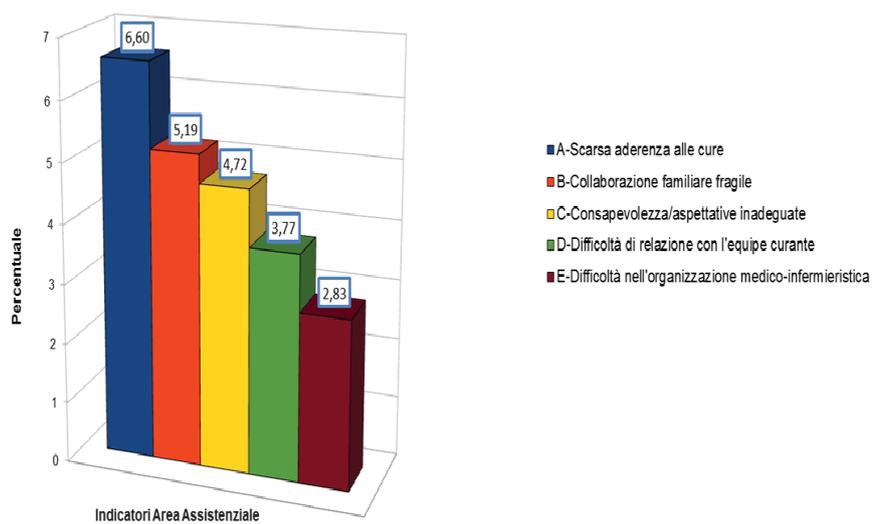
| AREA SOCIALE | N | % |
|---|-----|-------|
| A-Caregiver assente o in difficoltà | 33 | 15,57 |
| B-Stato di gravidanza/Puerperio | 0 | 0,00 |
| C-Figli minori | 11 | 5,19 |
| D-Famiglia ristretta | 107 | 50,47 |
| E-Disabili in famiglia | 16 | 7,55 |
| F-Persona a carico del Servizio Sociale | 5 | 2,36 |
| G-Situazione abitativa critica | 6 | 2,83 |
| H-Situazione economica critica | 12 | 5,66 |
| I-Cittadino straniero irregolare | 1 | 0,47 |



N°schede: 212

| AREA ASSISTENZIALE | N | % |
|---|----|------|
| A-Scarsa aderenza alle cure | 14 | 6,60 |
| B-Collaborazione familiare fragile | 11 | 5,19 |
| C-Consapevolezza/aspettative inadeguate | 10 | 4,72 |
| D-Difficoltà di relazione con l'equipe curante | 8 | 3,77 |
| E-Difficoltà nell'organizzazione medico-infermieristica | 6 | 2,83 |

**AREA ASSISTENZIALE
REPARTO + UTIC (N=212)**

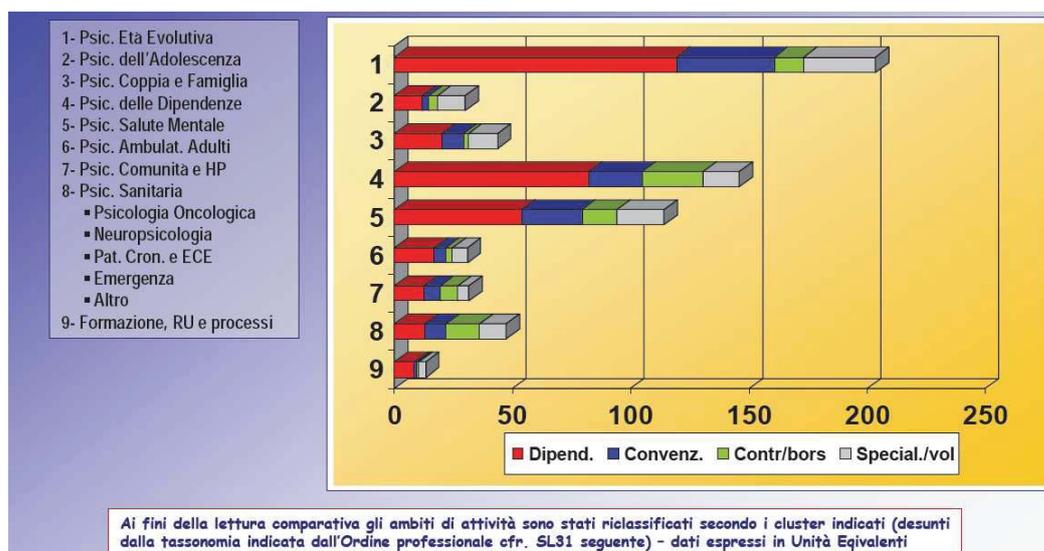


APPENDICE 2

“L’ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLA RETE SOCIO-SANITARIA PIEMONTESE: RISORSE, AMBITI DI ATTIVITÀ, INTERVENTI”

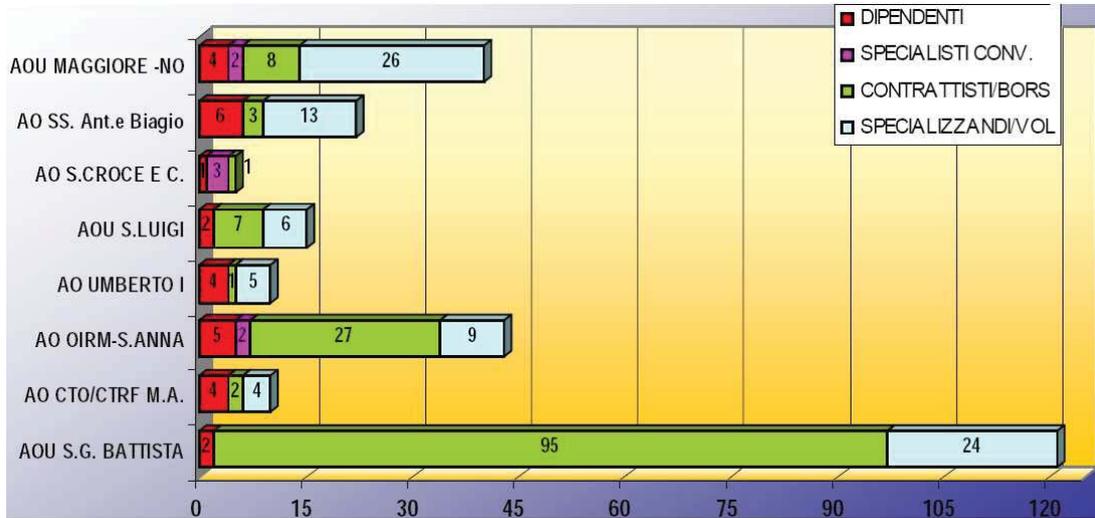
Per quanto concerne la Psicologia Ospedaliera, dai dati emerge una distribuzione di risorse psicologiche penalizzante l’ambito ospedaliero (*grafico 1.1*). In particolare, come meglio specificato nei *grafici 1.2* e *1.3* relativi rispettivamente alla distribuzione delle risorse per A.O. e A.S.L., i dati presentati sottolineano l’assenza di professionisti strutturati, pur essendovi un’importante attivazione (come da evidente bisogno rilevato, espresso dal *grafico 1.4*) di risorse (*grafico 1.5*), rappresentate da personale precario con varie forme di contratto, non in grado di garantire la continuità degli interventi e la progettualità operativa.

Grafico 1.1. Ambito di attività: percentuali di attivazione del supporto psicologico ospedaliero



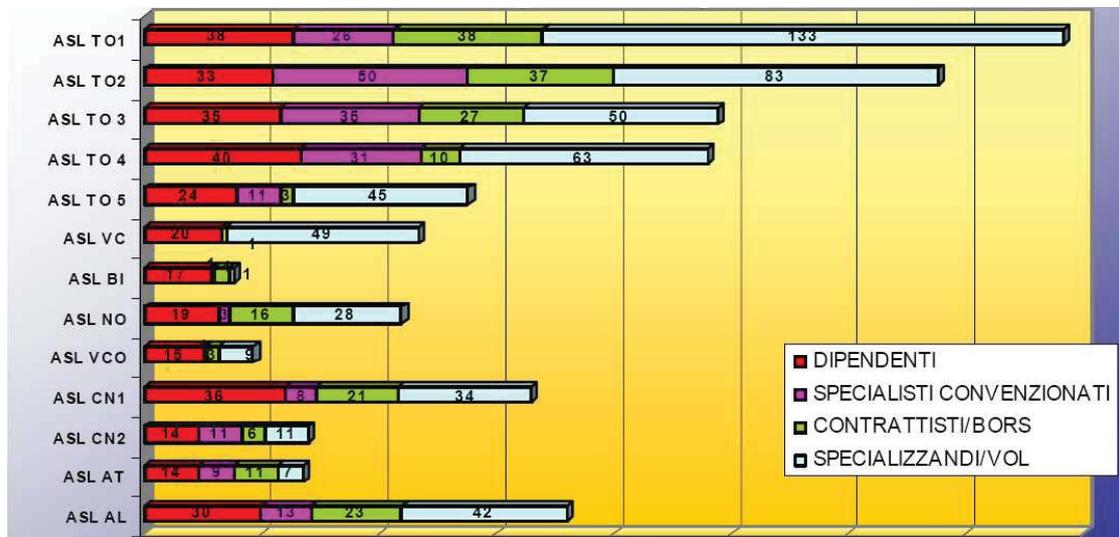
Fonte: Report “L’Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi”, A.Re.S.S. 2009

Grafico 1.2. Risorse psicologiche per tipologia: le A.O. (valori assoluti)



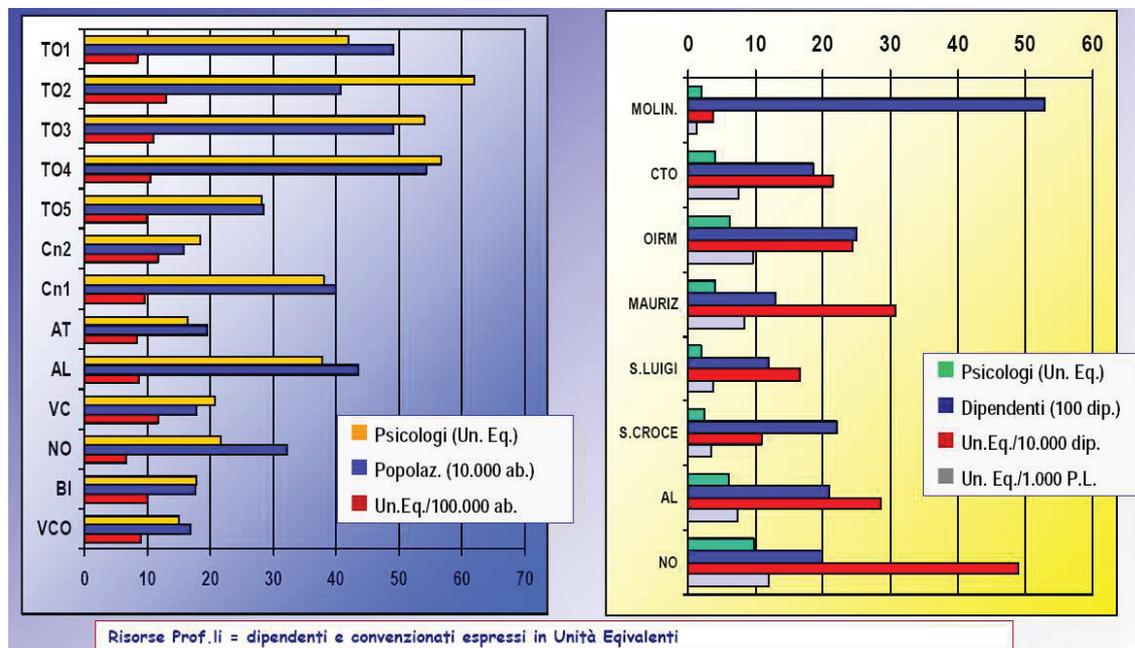
Fonte: Report "L'Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi", A.Re.S.S. 2009

Grafico 1.3. Risorse psicologiche per tipologia: le A.S.L. (valori assoluti)



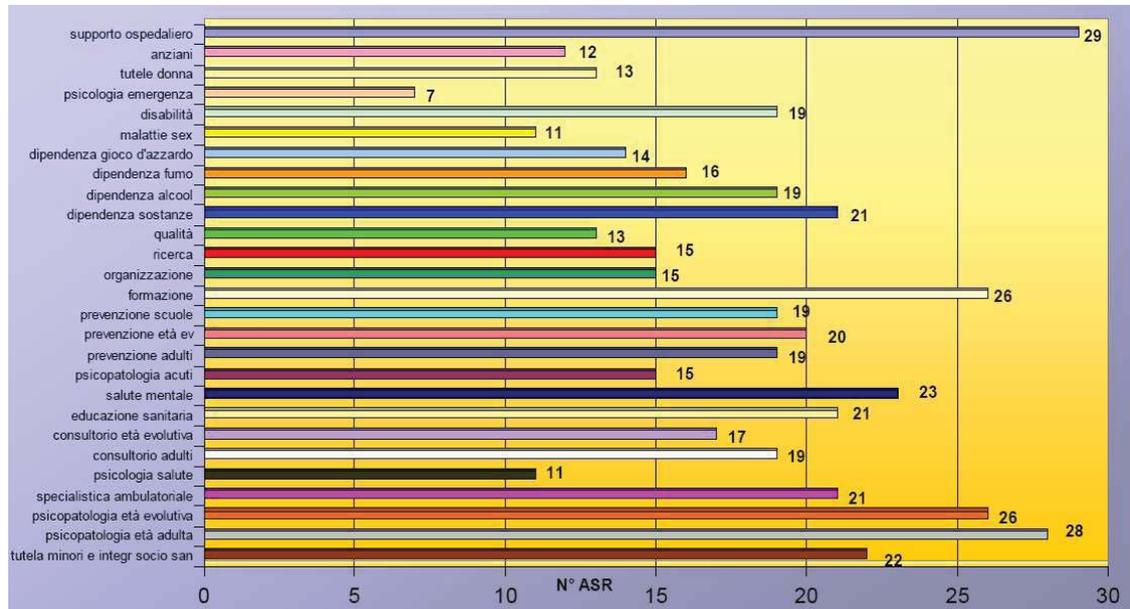
Fonte: Report "L'Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi", A.Re.S.S. 2009

Grafico 1.4. Rapporto risorse / utenza in A.S.L. e A.O.



Fonte: Report "L'Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi", A.Re.S.S. 2009

Grafico 1.5. Ambito di attività: percentuali di attivazione del supporto psicologico ospedaliero



Fonte: Report "L'Assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese: risorse, ambiti di attività, interventi", A.Re.S.S. 2009

PSICOLOGIA OSPEDALIERA

**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

in

Nefrologia

1. LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

La malattia renale cronica (MRC) é considerata un rilevante problema di salute pubblica. L' interesse verso la MRC da parte del mondo scientifico e delle autorità sanitarie é suscitato dai dati epidemiologici prodotti negli ultimi anni.

E' atteso, inoltre, per i prossimi anni, il raddoppio dei pazienti nefropatici dovuto alla crescente incidenza di ipertensione arteriosa, diabete mellito e sindrome metabolica.

Le dimensioni epidemiologiche della MRC non rappresentano l'unico dato allarmante. Alcuni studi hanno, infatti, dimostrato che, nei pazienti con MRC in fase non dialitica, la mortalità da cause cardiovascolari (CV), aumenta in maniera esponenziale con la progressione del danno renale. L'elevato rischio cardiovascolare in tali pazienti comporta che l'incidenza di morte possa addirittura superare (da 2 a 50 volte maggiore) l'incidenza dell'end-stage renal disease (ESRD), ossia del punto di arrivo della MRC (necessità di trattamento sostitutivo con la dialisi o il trapianto)¹.

In Italia si stima che, sebbene la percentuale sia più bassa che negli Stati Uniti dove la frequenza della MRC è dell'ordine del 20%, nella popolazione adulta circa 1 individuo ogni 7 (13%) abbia un grado d'insufficienza renale moderata, cioè una funzione renale (espressa come filtrato glomerulare) dimezzata o più che dimezzata rispetto alla norma.

I dati disponibili in Piemonte e forniti dal "Registro Piemontese Dialisi e Trapianto" (RPDT 2009), ci indicano che 3.149 pazienti sul territorio regionale effettuano la dialisi, 796 nuovi pazienti hanno iniziato la dialisi e che i trapiantati di rene sono 1.720. Dall'ultimo report 2012 CRT Piemonte e Valle d'Aosta risultano trapiantati dall'inizio dell'attività 3681 persone.

2. IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NELLE NEFROPATIE CRONICHE

In questi ultimi anni in Italia si è passati da una situazione sanitaria ad elevata mortalità e dominata da patologie acute e infettive ad una di bassa mortalità e dominata da patologie croniche e degenerative, che generano una serie di consistenti difficoltà nella gestione della quotidianità e una importante perdita di autonomia individuale.

Le nefropatie occupano un posto decisamente rilevante tra le malattie croniche che hanno un elevato impatto sulla vita dei pazienti e sul contesto sociale di appartenenza, sia per l'incidenza epidemiologica, sia perché tendono ad una progressiva ingravescenza e conducono progressivamente alla necessità di terapia sostitutiva (dialisi e trapianto).

La dialisi, in particolare, costituisce un condizionamento totale della vita dei pazienti e dei loro familiari e fa emergere il bisogno di un'assistenza complessiva, che li sostenga nel

¹ Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith TH. Longitudinal follow-up and outcomes among population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Intern Med 2004; 164: 659-63

necessario percorso di adattamento. Il trapianto, se da un lato garantisce una migliore qualità della vita e una speranza di vita percentualmente superiore, dall'altro comporta il carico di ansie legato all'attesa, alla necessaria preparazione, al rischio chirurgico e di rigetto.

Il processo di elaborazione ed accettazione della malattia cronica, simile all'esperienza del lutto, comporta generalmente un alto livello di sofferenza che ogni individuo gestirà secondo stili e caratteristiche di personalità sue proprie, con difficoltà più o meno grandi proprio in funzione delle risorse emotive e relazionali che lo sostengono in quel momento della vita.

“Si ipotizza che sulla struttura di personalità di molti pazienti, si costruisca nel tempo una sovrastruttura di disagio psicologico che possiede caratteristiche tipiche, generate dallo stato di salute e dalle conseguenti variazioni della situazione esistenziale e relazionale.

Ogni individuo risponderà poi in modo originale a questo stato di cose, ma è evidente che il quadro psicologico del paziente è un elemento fondamentale nella gestione della terapia.”²

Il paziente con malattia renale avanzata è costretto ad una ristrutturazione dell'immagine di sé come persona malata, che non potrà guarire, ma può sperare in una accettabile “convivenza” con la propria malattia e con le cure necessarie a contenerne i sintomi ed a rallentarne l'evoluzione.

Tale processo di adattamento non può, peraltro, mai essere considerato concluso: ad ogni aggravamento o nuova difficoltà nella gestione della malattia si ripropone la necessità di una ulteriore elaborazione, con i costi emotivi che questo comporta.

De Nour (1981) e Kutner (1985), hanno riscontrato, ad es., che in circa la metà dei pazienti dializzati, è presente una sindrome ansiosa e/o depressiva; Morris e Jones (1989) hanno verificato che nei pazienti in dialisi, sono presenti disturbi psicologici, con una prevalenza variabile dal 21% al 35%.

La condizione di dializzato, in particolare, non è solo una condizione di cronicità spesso ingravescente, ma si caratterizza per una dipendenza vitale e costante, fino alla morte, che vincola la persona alla macchina e all'equipe curante.

Ciò suscita complessi sentimenti spesso ambivalenti e contrastanti con conseguenti difficoltà nella gestione della cura e nell'assistenza.

L'approccio bio-psico-sociale al paziente nefropatico ed al paziente dializzato consente di cogliere la complessità di una condizione che incide, come si è detto, massicciamente sulla vita e sull'esperienza soggettiva dei pazienti e dei loro familiari.

² ARESS Regione Piemonte, PDTA della malattia renale cronica avanzata e della dialisi domiciliare, 2010

Consente inoltre di programmare livelli e tipi diversi d'intervento proprio in funzione del grado e degli aspetti di complessità che ogni situazione presenta.

Tale approccio, considerando, oltre alla dimensione biologica della malattia, gli aspetti emozionali, motivazionali, relazionali e sociali, che ogni persona malata presenta, consente di promuovere una cura multi-dimensionale e multi-professionale che, dalle evidenze scientifiche e di ricerca, rappresenta, allo stato attuale, la migliore risposta possibile al grave disagio dei pazienti nefropatici.

L'intervento dello psicologo può risultare perciò fondamentale per cogliere nel contesto di vita e di cura del paziente la complessità di una situazione patologica che ha diverse dimensioni problematiche e richiede la collaborazione di più professioni e l'integrazione di scienze diverse.

“E' stato evidenziato come risulti sempre più necessario considerare la salute e la malattia come realtà multidimensionali di tipo bio-psico-sociale, anche se la “miscela” dei diversi aspetti può variare non solo in relazione al tipo di malattia ma soprattutto alla singola persona. L'intervento sanitario in molte situazioni di malattia, ha tante più probabilità di essere appropriato quanto più è in grado di assicurare valutazioni e risposte integrate, di agire sui principali fattori della gerarchia multifattoriale della malattia.”³

³ David Lazzari, *Psicologia sanitaria e malattia cronica*, Pacini Editore Medicina, 2011

- Riferimenti: Atti del seminario “Vivere in dialisi: dalla qualità dei servizi alla qualità della vita”- Ministero della Salute- Roma 26-04-2004

3. INTERVENTI PSICOLOGICI IN NEFROLOGIA

Nella costruzione del PDTA in Psicologia Clinica in Nefrologia si è voluto tenere conto della realtà operativa già esistente in Regione Piemonte, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse esistenti.

Dal 2009 con la nascita della Rete Psi nefro, e con la successiva attivazione degli ambulatori MA.RE.A (Malattia Renale Avanzata) è prevista la presenza di uno Psicologo nell'equipe di cura. Partendo da tale realtà, il Tavolo Psicologia Ospedaliera, ha ritenuto di proporre il PDTA e l'utilizzo della "scheda di complessità" all'interno degli Ambulatori, al fine di rilevare (e quantificare) i bisogni psico-sociali dei pazienti, favorire l'appropriatezza degli invii allo Psicologo e valutare la capacità di risposta al bisogno da parte del SSR.

La letteratura sulla condizione di cronicità indica un alto rischio di sviluppare una reazione depressiva che può comportare ansia, instabilità e labilità emotiva, perdita di energia vitale e motivazione, poco aderenza alla cura e difficoltà di collaborazione con i curanti.

Gli interventi psicologici saranno pertanto orientati a:

- ❖ favorire il processo di elaborazione e adattamento alla patologia
- ❖ facilitare la relazione terapeutica con l'equipe curante
- ❖ sostenere il paziente sul piano emotivo
- ❖ promuovere nel paziente l'assunzione di responsabilità individuali nel processo decisionale
- ❖ mantenere ruoli chiari e definiti medico-infermiere-paziente

Nell'ambito specifico del percorso di preparazione-educazione psicologica alla metodica sostitutiva (dialisi e trapianto) sarà necessario intervenire sul piano psicologico per:

- ❖ Aumentare le conoscenze
- ❖ Affrontare le paure e le difficoltà del paziente nei confronti della malattia e conseguente terapia, al fine di sostenerlo nella scelta e nel futuro percorso
- ❖ Realizzare un cambiamento d'abitudini: esaminando le decisioni personali per le future previsioni di vita, in relazione alla scelta della metodica.

La terapia, sostitutiva, dialisi o trapianto potrà essere inserita all'interno del tessuto esistenziale della persona, nel modo meno traumatico possibile, attuando delle strategie comportamentali e psicologiche ad hoc. Sarà quindi fondamentale elaborare una strategia esistenziale adeguata, fondata sull'idea di una terapia sostitutiva in funzione della vita e non di una vita in funzione della terapia. Lo Psicologo aiuterà a fare questo tipo di scelte e promuoverà le modificazioni dell'ambiente per una migliore qualità di vita per il paziente,

informando e coinvolgendo la famiglia del paziente nel percorso d'avvicinamento alla dialisi e/o al trapianto.

La salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di un'organizzazione sanitaria.

4. SCHEDA DI COMPLESSITA'

Valutazione della Complessità bio-psico-sociale-assist. in NEFROLOGIA e DIALISI

COGNOME _____ nome _____ data _____ U.O. _____
 Amb. MAREA DIETA IPOPROTEICA DIALISI PERTONEALE EMODIALISI

| AREA BIOLOGICA - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
|---|-------|---|
| A. Sintomi non controllati | | 0. Nessuna disfunzione / <i>Karnoŝky</i> -100 |
| B. Importanti effetti collaterali della terapia | | |
| C. malnutrizione | | 1. Disfunzione con effetti funzionali lievi / <i>Karnoŝky</i> 90-97 |
| D. in attesa di trapianto | | |
| E. Comorbidità medica (v. scala indice di Charlson) | | 2. Disfunzione con effetti nella quotidianità / <i>Karnoŝky</i> 70-90 |
| F. Familiarità genetica per nefropatia | | |
| | | 3. Effetti permanenti e invalidanti / <i>Karnoŝky</i> 40-70 |
| | | |
| AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
| A. Disturbo psichico e/o cognitivo in anamnesi o in atto | | 0. Nessuna vulnerabilità |
| B. Persona già in carico ai Servizi di Salute Mentale o NPI (anche A) | | |
| C. Disturbi somatici non correlati alla patologia di base o alla terapia | | 1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| D. Alterazioni del comportamento | | |
| E. Stato di ansia/depressione/negazione eccessiva e protratta | | 2. Rilevante rischio: bisogno intervento |
| F. Dipendenze/ abuso di sostanze (anche A) | | |
| G. Esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari | | 3. Grave rischio: bisogno intervento immediato/ intensivo |
| H. Stili di vita a rischio: fumo, alimentazione scorretta, scarsa aderenza alle prescrizioni, inosservanza del ritmo sonno-veglia | | |
| I. Disturbi della sfera sessuale | | |
| L. Alterazione immagine corporea | | |
| M. Elevato costo psicologico delle cure | | |
| AREA SOCIALE - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
| A. Caregiver assente o in difficoltà o rete debole (A, anche F) | | 0. Rischio sociale assente |
| B. Stato di gravidanza/ Puerperio (A, anche F) | | |
| C. Figli minori o presenza di fratelli minori (A, anche F) | | 1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| D. Disabili psichici/ fisici in famiglia (A, anche F) | | 2. Rilevante rischio: bisogno intervento |
| E. Persona in carico al servizio sociale territoriale (A) | | |
| F. Situazione abitativa critica (A) | | 3. Grave rischio: bisogno intervento immediato/ intensivo |
| G. Situazione economica critica (A) | | |
| H. Cittadino straniero irregolare o con difficoltà linguistiche (A) | | |
| AREA ASSISTENZIALE - Indicatori | Si/No | Impatto sulla vita |
| A. Scarsa aderenza alle cure | | 0. Nessuna criticità |
| B. Collaborazione familiare fragile o inesistente | | 1. Lieve criticità: bisogno monitoraggio, prevenzione |
| C. Consapevolezza/ aspettative inadeguate | | |
| D. Difficoltà di relazione con l'équipe curante | | 2. Rilevante criticità: bisogno di intervento |
| E. Difficoltà nell'organizzazione dell'assistenza medico-infermieristica | | 3. Grave criticità: bisogno di intervento immediato/ intensivo |

P = Psicologo A = Assistente Sociale

CRITERI COMPLESSITA' GLOBALE

SI NO

| | |
|---|---|
| A | Punteggio = 3 in almeno una delle tre aree psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale |
| B | Punteggio ≥ 2 in almeno due delle quattro aree biologica, psicologica/psichiatrica, sociale o assistenziale |

PDTA - VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITA'

| Intervento psicologico / livello (specificare se 1, 2, 3): | DATE attivazione |
|--|------------------|
| A 1° LIVELLO | |
| B 2° LIVELLO | |
| C 3° LIVELLO | |
| Operatori ospedalieri coinvolti: | |
| Psicologo _____ Psichiatra _____ Ass. Sociale _____ Medico Specialista _____ Infermiere _____ Mediatore Culturale _____ Volontari _____ Altro _____ | |
| Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio. Servizi coinvolti: | |
| <input type="checkbox"/> MMG _____ <input type="checkbox"/> PLS _____ <input type="checkbox"/> Servizi Psicologia _____ <input type="checkbox"/> Strutture Riabilitative _____ <input type="checkbox"/> NPI _____ <input type="checkbox"/> CSM _____ <input type="checkbox"/> Ser.T. _____ <input type="checkbox"/> Servizi Sociali _____ <input type="checkbox"/> Scuola _____ <input type="checkbox"/> Associaz. Volontariato _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Fase di cura: _____

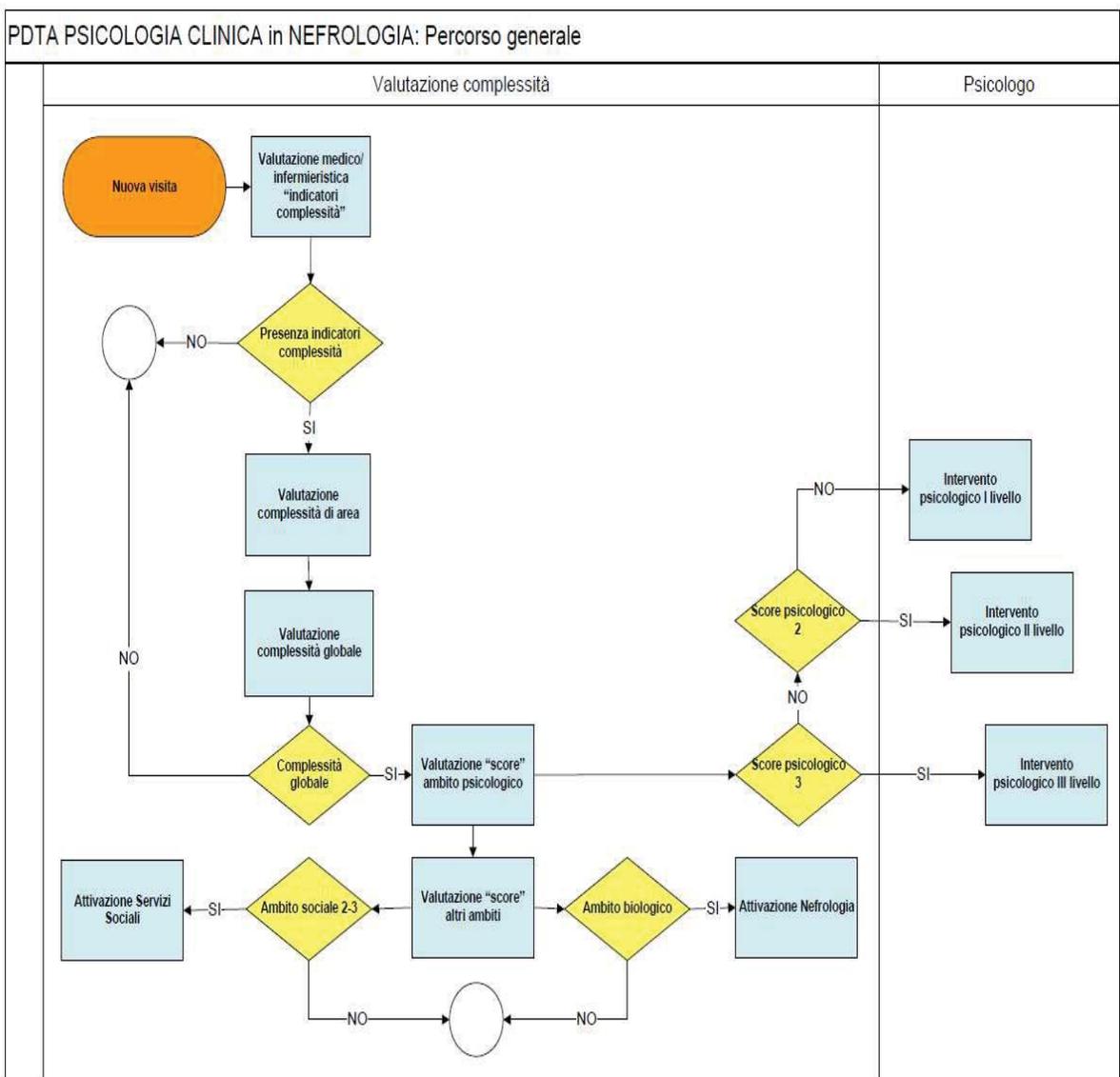
Note:
 La scheda dovrebbe essere applicata ai pazienti che devono afferire al progetto Marea, all'ingresso in dialisi, al Trapianto

Allegato 1

Valutazione del *Performance Status* secondo Karnofsky e corrispondenza con la Scala per il calcolo dell'Impatto sulla Vita dell'Area Biologica

| ⊕ | Criteri generali | Indice | Criteri specifici | Impatto sulla vita/Area Biologica |
|---|------------------|--------|--|---|
| Il soggetto conduce un'attività normale | | 100 | Soggetto normale, non malattie, non disturbi riferiti | 0= nessuna disfunzione |
| | | 90 | Capace di svolgere le comuni attività, sintomi lievi di malattia | 1= disfunzione con effetti funzionali lievi |
| | | 80 | La normale attività è consentita, ma necessita di sforzi superiori al normale, modesti sintomi di malattia | |
| Soggetto incapace di condurre attività lavorativa, necessita di assistenza | | 70 | Incapace di svolgere attività lavorativa, ma autosufficiente | 2= disfunzione con effetti nella quotidianità |
| | | 60 | Richiede assistenza saltuaria | |
| | | 50 | Necessita di assistenza e frequenti cure mediche | |
| Non autosufficiente, necessita di ospedalizzazione, malattia in rapida progressione | | 40 | Disabile, richiede assistenza continua | 3= effetti permanenti e invalidante |
| | | 30 | Disabile, indicazione all'ospedalizzazione, morte non imminente | |
| | | 20 | Malattia grave, ospedalizzazione necessaria, richiede terapia di supporto | |
| | | 10 | Paziente terminale | |

5. PERCORSO GENERALE PSICO-NEFRO



PDTA PSICOLOGIA CLINICA in NEFROLOGIA: indicazione livelli trattamento in relazione allo score psicologico nei casi complessi

