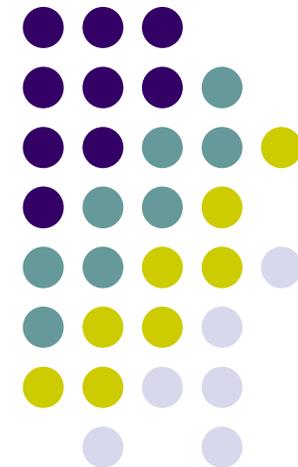




# Unità Operativa dipendenze patologiche nella casa comune del Dipartimento salute mentale

Conferenza Organizzativa  
8 giugno 2016



*Luisa Garofani - Direttore U.O. SerD*

# Vision dell'U.O. Ser.D

Attivare percorsi di accesso facilitato **dalla prevenzione alla cura per adolescenti e giovani adulti (target 14-25) con comportamenti a rischio e disfunzionali**

Promuovere la **recovery** nelle dipendenze patologiche attraverso **l'attività multidisciplinare intradipartimentale, e del privato sociale accreditato**

.....

Ottenere esiti di recovery nelle dipendenze patologiche :  
**riduzione comportamenti disadattivi attraverso setting integrati per il recupero del ruolo sociale e valorizzazione degli obiettivi personali**

.....

Coinvolgere soggetti significativi sanitari e non sanitari ( **famiglia** )

# **VISION**

- **Attivare interventi precoci per risolvere disturbi e comportamenti e psichici dovuti al consumo di sostanze soprattutto per giovani adulti e adolescenti;**
- **Pianificare interventi di recovery tesi a riattivare abilità, autonomie e integrazione sociale, ridurre i rischi di contrarre malattie correlate, contenere le ricadute, ampliare le fasi di remissione;**
- **Garantire un piano di trattamento individuale multidimensionale, condiviso con il paziente e i familiari;**
- **Secondo l'approccio bio-psico-sociale, la prospettiva dei professionisti sarà quella di contribuire nella Casa della Salute alla costruzione di Team integrati con le Cure Primarie e i Servizi Sociali Territoriali;**
- **Contrastare lo stigma rinforzando l'autostima del paziente attraverso il recupero del senso di sé positivo e della capacità di resilienza**

- **Estendere la conoscenza delle novità trattamentali EBM a tutto il personale** attivo nei percorsi di cura coinvolgendo, anche attraverso la formazione dipartimentale, la rete dei servizi pubblici e privati intra ed extra dipartimentali attori nella cura.
- **Consolidamento del sistema dei servizi per il Dipartimento (privato sociale accreditato)** nell'ottica della condivisione del percorso di cura centrato sul paziente, con particolare attenzione alla comune valutazione degli esiti
- Attraverso la formazione degli operatori, **acquisire strumenti specifici per contrastare comportamenti compulsivi da addiction senza sostanze.**
- **Proporre e diffondere su tutto il territorio programmi orientati alla recovery.**

- **Strategie terapeutiche orientate alla recovery:**
  - migliorare il funzionamento cognitivo, emotivo comunicativo sul piano personale e sociale
  - riattivare l'apprendimento di abilità
  - sostenere la riacquisizione di competenze formative, professionali e sociali

### Attraverso

- **Psicoeducazione** sui meccanismi del circuito del desiderio: rinforzo positivo;
- Identificazione degli **eventi scatenanti** (triggers)
- **Strategie di Coping e Skill training**
- **Potenziamento delle competenze:** supporto sociale
- **Problem solving**
- Identificazione delle **ricompense differenti:** attività fisica, collaborazione sociale, narrazione di sé

# *Riflessioni sulla Recovery*

*...stimolate dalla formazione in corso...*

*(a cura di Alberghina, Cavrini, Ena, Roncagli, Tonioli)*

1) il **comportamento dipendente** è ripetitivo e pervasivo, compromette la capacità progettuale => **lavoro sugli obiettivi di vita** individuati e significativi per il pz e operatori come coach

CAMBIO DI PROSPETTIVA: da *“quale è il problema? da dove vieni?”* a *“dove vuoi andare?”*

2) i comportamenti di abuso sono di ostacolo al raggiungimento degli obiettivi di vita .. *Quali effetti della sostanza in particolare e quali conseguenze sono di ostacolo ?* (**approccio pragmatico e non giudicante**)

(astinenza come mezzo e non come fine)

3) **astinenza dialettica/lavoro sulle ricadute**: identifica i fattori precipitanti, abilità di coping per fronteggiare le conseguenze delle ricadute, si incoraggia il paziente a parlare della ricadute (si insegna a chiedere aiuto/atteggiamento non giudicante) e a mantenere le abilità apprese e il suo funzionamento (criticità: non tutti i setting di cura condividono)

# *Riflessioni sulla Recovery*

*stimolate dalla formazione in corso*

*(a cura di Alberghina, Cavrini, Ena, Roncagli, Tonioli)*

4) **tutte le sostanze d'abuso** (sia in fase di intossicazione che in fase di astinenza) e il GAP provocano **stati emotivi disregolati**, ma sono anche *comportamenti disfunzionali appresi per tentare di regolare le proprie emozioni* (pz border, ma non solo) => **interventi per apprendimento di abilità di regolazione emotiva**

5) tutti i comportamenti dipendenti causano **isolamento sociale** => **interventi per apprendimento di abilità sociali** (la de socializzazione è un **fattore di mantenimento** delle condotte di dipendenza)

6) CAMBIO DI PROSPETTIVA nella **relazione operatori - utenti** (non è il paziente che deve ottenere la fiducia degli operatori, ma l'operatore che lavora per costruire un'alleanza - il paziente può non collaborare, l'operatore cerca obiettivo condiviso) - a partire dall'utilizzo di scale proposte in formazione *Recovery Promoting Relationships Scale*

# Favorire il supporto e il coinvolgimento delle famiglie

## PSICOEDUCAZIONE, COUNSELING GRUPPI DI SUPPORTO E TERAPEUTICI

**Aiutare le famiglie** a capire e fronteggiare la nuova situazione, che vede il figlio/a modificare comportamenti e avere improvvisi cambi d'umore irritabilità, ostilità, perdita d'interesse ..... a seguito dell'assunzione di sostanze o alcol.

**con:** la comprensione dei loro sentimenti,

le informazioni sul funzionamento del Servizio

**la valorizzazione del loro ruolo** nel processo di stabilizzazione dei sintomi e di guarigione del figlio/a (ripresa del controllo e delle scelte della vita )

Incoraggiare e rinforzare i progressi.



# OBIETTIVI

- Mantenere/migliorare lo stato di salute psico-fisica di tutti i nostri pazienti, con il coinvolgimento della famiglia
- Interagire con la “rete” territoriale (MMG, PLS, Scuole, Punto di Vista, Spazio Giovani, Operatori di Strada, Prefettura) attivando in situazioni potenzialmente a rischio di adolescenti e giovani consumatori (14-25 anni) counselling e interventi psico-educativi alle famiglie e ad altri adulti di riferimento;
- Proporre e diffondere su tutta la popolazione in carico programmi orientati alla recovery
- Implementare strategie di follow up a 6-12 mesi dalla dimissione

# La Mission del Servizio Dipendenze Patologiche

- E' un servizio specialistico pro-attivo a bassa soglia di accesso con interventi di prossimità nei luoghi di consumo
- Si occupa degli stati di intossicazione e dipendenza da sostanze psicotrope, da alcool e di dipendenza patologica da comportamenti di addiction
- Utilizza un modello bio-psico-sociale-relazionale orientato alla recovery
- Attiva la rete sociale e familiare per contrastare gli esiti della patologia di addiction

# **DIPENDENZA PATOLOGICA DA SOSTANZE PSICOTROPE**

**FORMA DI MALATTIA PERVASIVA E COMPLESSA  
CHE INTERESSA IL PIANO FISICO-PSICOLOGICO-SOCIALE-RELAZIONALE-  
ECONOMICO-LAVORATIVO- LEGALE**

- INTOSSICAZIONE ACUTA**
- USO DANNOSO**
- SINDROME DA ASTINENZA**
- DIPENDENZA PATOLOGICA**



# DALL'ACCOGLIENZA ALLA PRESA IN CARICO

- Approfondimento aree vulnerabilità (contesto e persona)
- Diagnosi multidimensionale: test **CBA** per l'assessment
- Approccio multidisciplinare in équipe (medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere)
- Proposta e condivisione con il pz. degli obiettivi terapeutici
- Piano di trattamento personalizzato e obiettivi di recovery
- Contratto terapeutico condiviso
- Designazione del Case manager
- Adeguata tempistica delle terapie e adeguato inquadramento diagnostico
- Compliance ai trattamenti: monitoraggio degli obiettivi e dei tempi di attuazione
- Valutazione degli esiti (dimissione con la porta aperta; audit clinico sulle interruzioni)

# Obiettivi multidimensionali della PRESA IN CARICO

- Riduzione/astensione consumo sostanza
- Controllo e valutazione della condizione fisica (malattie virali concomitanti, stato di salute generale)

**BIO**

- Decodifica della domanda/motivazione al trattamento
- Valutazione aree di vulnerabilità
- Valutazione obiettivi personali

**PSICO**

- Contrasto all'ambiente sociale che favorisce il mantenimento dello stato di malattia
- Valutazione delle problematiche familiari, di lavoro e legali

**SOCIALE**

- Valutazione delle dinamiche intrafamiliari (problematiche figli, coniuge) e con la famiglia di origine

**RELAZIONALE**

# **OBIETTIVI PROGRAMMA TERAPEUTICO INDIVIDUALE**

- Riduzione dell'uso di sostanze/compulsività (riconoscimento del rischio)
- Disintossicazione (riduzione consumo, stabilizzazione trattamento farmacologico, astinenza)
- Consapevolezza delle problematiche della dipendenza: **gestione della ricaduta principalmente mediante l'utilizzo dell'approccio cognitivo comportamentale**
- Cura di sé (monitoraggio alla salute-screening) e dell'ambiente di vita: **gestione della disregolazione degli impulsi; miglioramento della tolleranza alla frustrazione; favorire un miglioramento dell'autostima; sostegno e rielaborazione delle relazioni familiari/sociali**
- Riduzione comportamenti a rischio per la salute: contrasto alle sieroconversioni (hiv, epatiti, tbc)
- Miglioramento abilità residue evidenziate da test di valutazione: individuazione/attivazione risorse di rete sociale, formazione, competenze professionali, lavoro
- Coinvolgimento della famiglia e delle sue risorse
- Definizione progetti terapeutici da effettuare in misura alternativa al carcere (affidamento e detenzione domiciliare)

**In prospettiva acquisizione e utilizzo di test di valutazione degli obiettivi**

# Piano di Trattamento Integrato multidimensionale EROINA

- Trattamento di elezione: Metadone e/o Buprenorfina (EBM)
- Screening tossicologico (test rapido e conferma laboratorio analisi)
- Monitoraggio malattie infettive (Hiv, Hcv, Hbv e MST)
- Valutazione del rischio legato al funzionamento cardiaco: ECG

**BIO**  
**(medici, infermieri,  
coordinatori)**

- Test multidimensionale di personalità MMPI che delinea le aree di maggiore vulnerabilità e di potenzialità
- Proposta di un percorso di terapia individuale e/o familiare ad orientamento sistemico o cognitivo comportamentale o psicodinamico
- Supportare la famiglia (con presenza di minori attivazione del servizio sociale minori per sorveglianza)
- Questionario ICF Dipendenze; Classificazione del funzionamento della disabilità e della salute (OMS)

**PSICO**  
**(psichiatri, psicologi)**

- Valutazione e/o attivazione delle risorse personali: supportare i pazienti per riprendere lo studio e/o il lavoro (tirocini formativi)
- Supportare il paziente nell'adesione al trattamento farmacologico
- Sostegno sociale: percorso casa, rateizzazione oneri economici, valutazione e orientamento per problemi legali
- Attivazione di risorse di rete sociale
- Supportare la famiglia (con eventuale segnalazione ASO Minori)

**SOCIALE**  
**(assistenti sociali,  
educatori)**

- Intervento di coppia, psicoterapia familiare, psicoerapia di gruppo e individuale
- Incontri psico/educazionali sulle componenti relazionali che possono ostacolare o facilitare il processo di miglioramento

**RELAZIONALE**  
**(psicologi, comparto)**

# Piano di Trattamento Integrato multidimensionale - COCAINA

- Non c'è univocità sul trattamento farmacologico (Terapia sintomatologica)
- Screening tossicologico (test rapido e conferma laboratorio analisi)
- Valutazione del sistema cardio-circolatorio, controllo pressione arteriosa e ECG
- Monitoraggio malattie infettive (screening Hiv, Hcv, Hbv e MST)
  
- **Test multidimensionale di personalità MMPI** che delinea le aree di maggiore vulnerabilità e di potenzialità; Test per la misura degli atteggiamenti aggressivi **AQ (Aggression Questionarie)**
- Valutazione psichiatrica sul funzionamento **psicopatologico** e su eventuale presenza di disturbi di personalità o della sfera depressiva o di spunti deliranti di autoriferimento
- Psicoterapia individuale e di gruppo ad orientamento cognitivo comportamentale
- Psicoterapia di gruppo con la presenza contemporanea di medico e psicologo basata sul metodo CAROL (approccio cognitivo comportamentale)
- Supportare la famiglia (con presenza di minori attivazione del servizio sociale minori per sorveglianza)
  
- Valutazione e/o attivazione delle risorse personali: supportare i pazienti per riprendere lo studio e/o il lavoro (tirocini formativi)
- Incontri psico/educazionali sulle componenti relazionali che possono ostacolare o facilitare il processo di miglioramento
- Attivazione di risorse di rete sociale: mantenimento del lavoro e della casa, valutazione e orientamento per problemi legali
  
- Intervento di coppia, **interventi psicoterapici individuali di coppia o di gruppo.**

## BIO

(medici, infermieri,  
coordinatori)

## PSICO

(psichiatri, psicologi)

## SOCIALE

(assistenti sociali, educatori)

## RELAZIONALE

(psicologi, comparto)



# Piano di Trattamento Integrato multidimensionale ALCOL

- Predisposizione costituzionale familiare/sofferenza multidimensionale
- Ricerca di marcatori biologici (biomarcatori diretti: alcoltest e indiretti)
- Trattamento farmacologico elettivo: **Antabuse (avversivante), Alcover, Campral (riduce sintomatologia dell'astinenza e favorisce compliance al trattamento) (EBM)**
- Valutazione funzionalità epatica e del funzionamento gastroenterico, valutazione sintomi neurovegetativi
  
- **Test specifici CAGE e MAC A/2 motivazionale e MAST, MMPI**
- Valutazione psichiatrica nel caso in cui ci siano disturbi psichici indotti da abuso
- Trattamenti psicoeducazionali individuali e familiari volti a modificare gli stili di vita
- Psicoterapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentali
- Gruppi di auto aiuto (Alcolisti Anonimi, CAT, ALANON)
  
- Sostegno sociale (casa, lavoro)
- Progetti di inserimento lavorativo
- Invio ai gruppi di Auto Aiuto (Alcolisti Anonimi, CAT, ALANON) (rinforzo dell'astinenza/sobrietà)
- Valutazione delle reti di sostegno a livello sociale (volontariato, privato sociale)
  
- Counseling motivazionale individuale
- Intervento di coppia, psicoterapia familiare, psicoterapia di gruppo e individuale
- Incontri psico/educazionali sulle componenti relazionali che possono ostacolare o facilitare il processo di miglioramento

## BIO

(medici, infermieri,  
coordinatori)

## PSICO

(psichiatri, psicologi)

## SOCIALE

(assistenti sociali, educatori)

## RELAZIONALE

(psicologi, comparto)

# IL POLIABUSO

## le conseguenze comportamentali

- Utilizzo contemporaneo o in successione di più sostanze con effetti sedativi o eccitanti o allucinatori di dispercezione con l'obiettivo di raggiungere rapidamente uno stato di "sballo", stordimento, perdita del controllo
- Sintomatologia polimorfa in relazione alla qualità e quantità delle sostanze d'abuso consumate
- Trattamento nelle fasi acute è sintomatico
- Pratica di consumo che riguarda i pazienti eroinomani già in trattamento con metadone (esito di un costante abuso sortisce un appiattimento emotivo al quale il pz. risponde con il consumo di sostanze che contrastano la normalizzazione ad es. cocaina),
- Fase inizio incontro con le sostanze: nuovi assuntori (giovani) che hanno un consumo ricreazionale sperimentano l'intensità dell'effetto stupefacente mescolando più sostanze che agiscono su più recettori creando un cortocircuito emotivo-sensoriale (alcol, stimolanti)
- Difficoltà relazionale perché esita in comportamenti disfunzionali a causa del discontrollo, dispercezioni e di tutto quello che può provocare l'intossicazione acuta, provocando maggiori accessi al PS, incidenti stradali, risse in strada, maggiori complicazioni legali

### BIO

(medici, infermieri,  
coordinatori)

### PSICO

(psichiatri, psicologi)

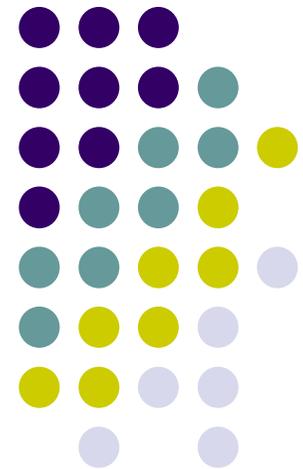
### SOCIO/

### RELAZIONALI

(assistenti sociali,  
educatori, psicologi,  
comparto)

# Modelli teorici di riferimento nel lavoro con l'adolescente

*A cura di Barbara Cocchi*



# ACCOGLIENZA E PERCORSI DI CURA PER GLI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI (14-25 anni)

## Promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto Adolescenza"

**Accesso facilitato:** è presente in ogni sede SerT, e dove è possibile prevede la presenza di una équipe dedicata e formata sull'approccio all'adolescente, uno spazio adeguato e una fascia oraria tutelata

**Tempestività degli interventi:** limitati tempi di attesa tra la richiesta e la risposta del servizio, al fine di limitare la dispersione

**Lavoro di rete:** implementazione della collaborazione con altri servizi territoriali (UONPIA, DSM, Servizio Sociale Minori, Spazio Giovani, Promeco, Privato Sociale, Prefettura...)

**Percorsi dedicati:** utilizzo di strumenti di assessment per la valutazione e l'indirizzo alla cura; consultazione e interventi breve

**Intervento sulle famiglie:** attività di counseling e approcci terapeutici destinati ai genitori e/o ad adulti di riferimento

**Continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura:** partecipazione al Piano Adolescenti della provincia di Ferrara che ha l'obiettivo di coordinare tutti i progetti rivolti agli adolescenti e giovani sul territorio

# ADOLESCENTI E CANNABIS

Difficilmente si tratta di accessi autonomi e per lo più sono minori inviati da altri servizi o accompagnati dai genitori, provvedimenti della Prefettura o provvedimenti penali

Gli adolescenti che accedono al SerT e che presentano un uso dannoso/dipendenza dalla cannabis, difficilmente percepiscono una problematicità, sovrastimano le loro capacità di controllo e sottovalutano le potenzialità di rischio della sostanza

La scarsa consapevolezza del problema, un insufficiente livello di motivazione al cambiamento e di compliance alla proposta terapeutica, costituiscono i principali limiti da superare e pertanto i primi obiettivi da raggiungere.

In assenza di un approccio farmacologico specifico in grado di favorire l'astinenza da cannabis, l'intervento psicologico diventa centrale, spesso l'unico previsto

E' importante riconoscere che il periodo adolescenziale ha caratteristiche proprie, e che è necessario un "approccio complesso e globale" che non tenga conto unicamente del sintomo ma anche delle caratteristiche evolutive e delle problematiche psicopatologiche specifiche di questa fase

**Favorire la centralità dell'adolescente senza perdere di vista il sintomo**

# MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO NEL LAVORO CON L'ADOLESCENTE

## ➤ **MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

- Interventi strutturati e focalizzati sull'acquisizione di abilità cognitive, comportamentali ed emotive per favorire una migliore coscienza di se stessi ed aumentare il senso di autoefficacia
- Promozione e implementazione delle LIFE SKILLS, ovvero quelle competenze ampie, complesse, trasversali, che coinvolgono le emozioni, il ragionamento logico ed astratto, le capacità di analisi e di presa di decisione

## ➤ **MODELLO SISTEMICO-RELAZIONALE** finalizzato all'identificazione di modelli di interazione familiare associati al comportamento problematico dell'adolescente

## ➤ **COLLOQUIO MOTIVAZIONALE** finalizzato alla identificazione dello stadio del processo di cambiamento in cui la persona si trova, focalizzando l'intervento sull'individuazione di una eventuale ambivalenza e favorendo la progressione verso la fase dell'azione e del mantenimento.

# TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO

- **CONSULTAZIONE E TERAPIA PSICOLOGICA BREVE DIRETTA AGLI ADOLESCENTI** prevalentemente ad orientamento cognitivo-comportamentale
- **CONSULTAZIONE E TERAPIA PSICOLOGICA PER I FAMILIARI, INDIVIDUALI E DI COPPIA** ad orientamento cognitivo-comportamentale e sistemico
- **TERAPIA FAMILIARE** con approccio sistemico
- **TERAPIA DI GRUPPO PER GENITORI DI ADOLESCENTI** ad orientamento cognitivo comportamentale finalizzata alla socializzazione e il confronto tra persone che stanno vivendo o hanno vissuto esperienze simili, per acquisire informazioni, per individuare modalità idonee che possono contribuire a ridurre la condizione di impotenza e favorire situazioni di cambiamento.
- **COLLOQUI EDUCATIVI** con approccio motivazionale e con l'obiettivo di informare, educare, definire le risorse personali e ambientali e accompagnare l'adolescente nella costruzione di percorsi significativi

# **IL PERCORSO DELLA PREFETTURA (Art. 75 DPR 309/1990) PRESSO IL SERT DI FERRARA**

Il primo colloquio di accoglienza viene effettuato dallo psicologo che ha il principale obiettivo di INFORMARE l'interessato in merito al programma da svolgere presso il SerT, il suo significato e la sua organizzazione. Se il segnalato è un minore si effettua il primo colloquio in presenza di uno o entrambi i genitori

## **➤ INTERVENTO PSICOLOGICO**

- Un colloquio finalizzato alla raccolta anamnestica
- Eventuale colloquio con i genitori (se minore o giovane adulto che vive in famiglia)
- Assessment attraverso la somministrazione del questionario IDTS e del test CBA 2.0
- Colloquio di restituzione del test e del questionario
- Interventi finalizzati ad accrescere la motivazione al cambiamento, la gestione delle emozioni, l'acquisizione di competenze e abilità di coping

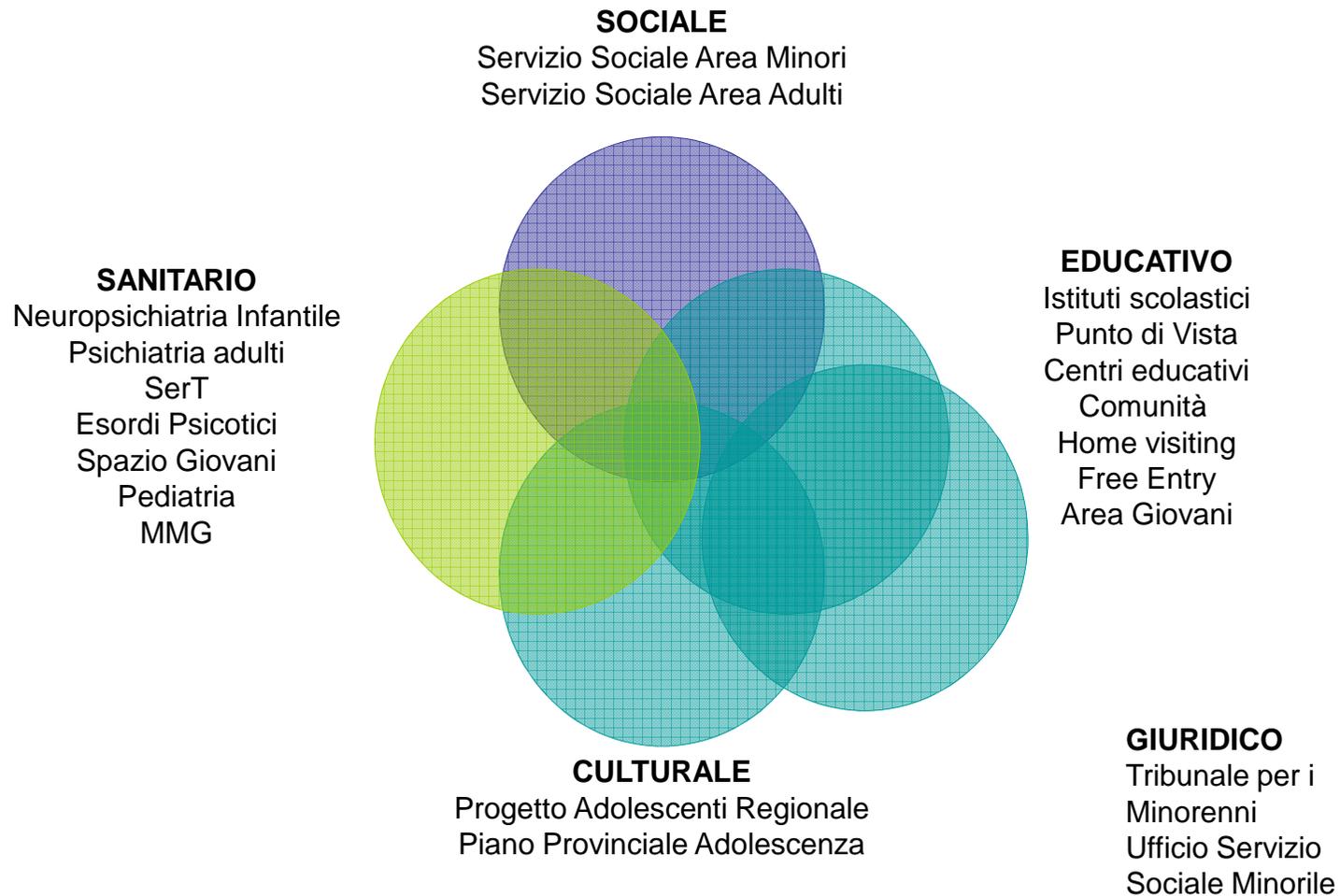
## **➤ INTERVENTO MEDICO**

- Raccolta delle prime informazioni a carattere medico e per concordare le modalità sul controllo dei metaboliti urinari.
- Colloqui informativi sulle sostanze d'abuso e raccolta dell'anamnesi, medica e tossicologica
- Controllo dei metaboliti urinari

**Eventuale definizione di un ulteriore progetto, nel caso durante il percorso della Prefettura emergano elementi clinici tali da richiedere un intervento terapeutico più strutturato**



# CO-PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI SU CASI COMPLESSI



# 1. Dalla prevenzione alla cura

- Spazio Giovani
- Punto di vista
- FreeEntry
- ASP
- Terzo settore

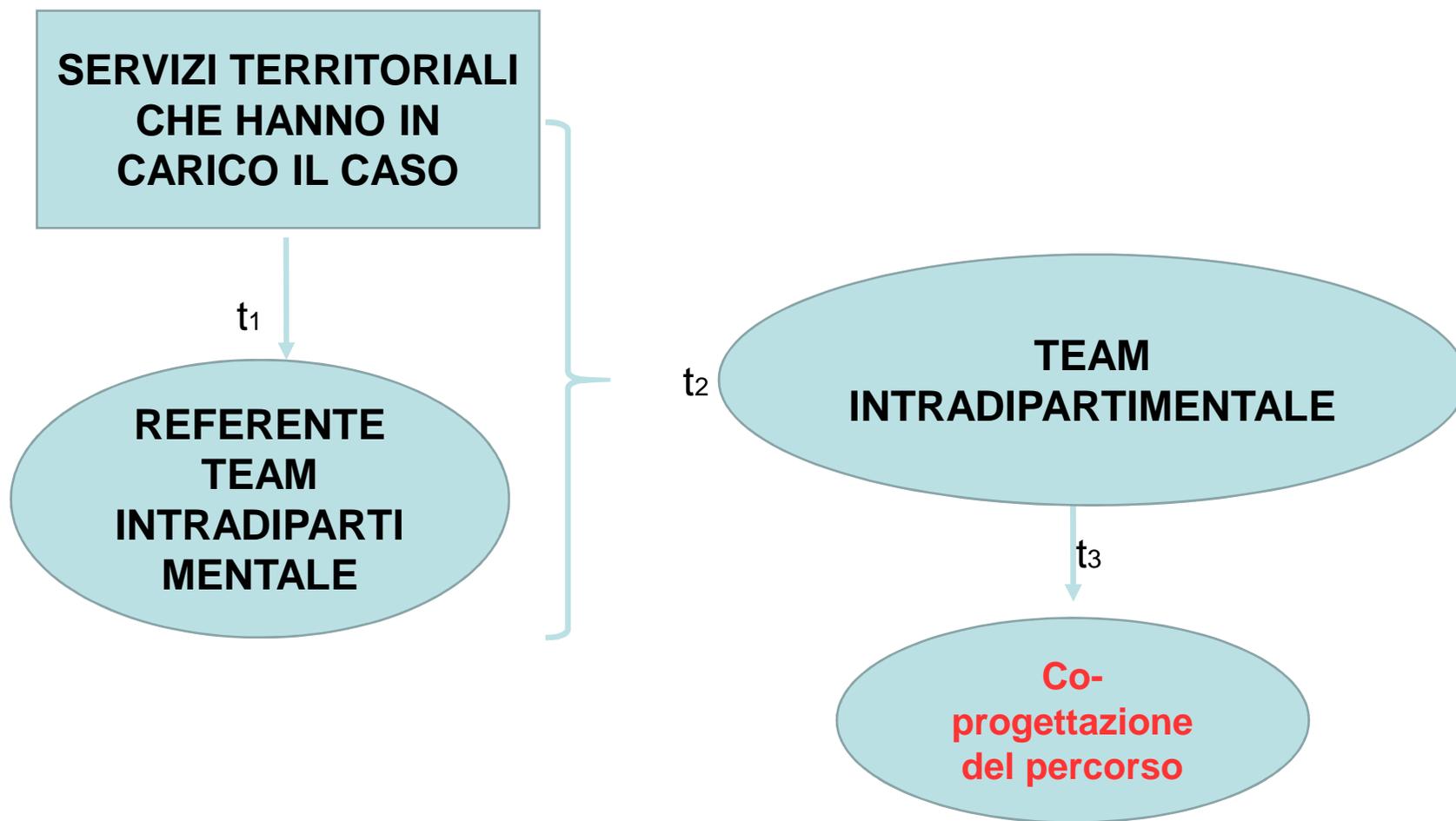


- Neuropsichiatria  
Infanzia Adolescenza
- Psichiatria adulti
- SerT

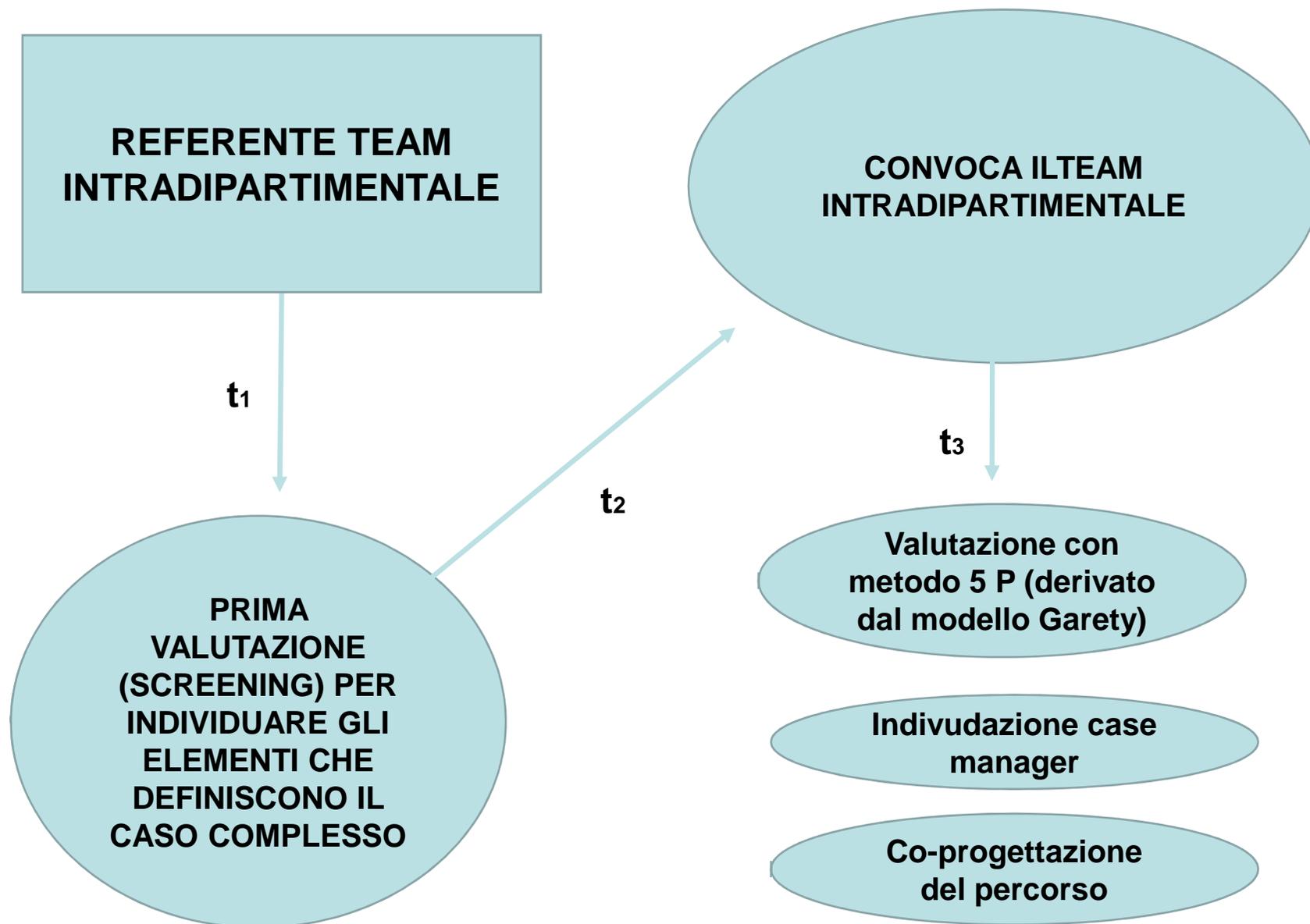


**RICHIESTA DI CONSULENZA E ORIENTAMENTO al  
referente DEL PERCORSO ADOLESCENTI**

# CO-PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI SU CASI COMPLESSI

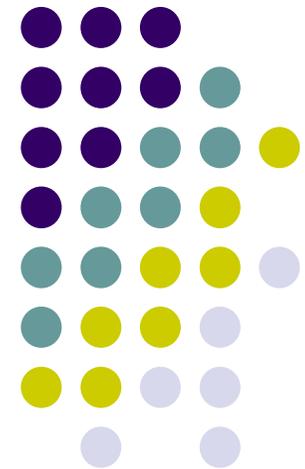


# CO-PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI SU CASI COMPLESSI



# Il disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico

*A cura di Cinzia Veronesi*



# IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

- Dipendenza da comportamento, inserita nel DSM-V nel capitolo dei Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze (non più tra i Disturbi del controllo degli impulsi),
- Si caratterizza da Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di sintomi per un periodo di almeno 12 mesi
- A tutti gli effetti quindi il DSM-5 riconosce al GAP lo status di dipendenza.
- Rilevanza clinica: autorizza gli operatori ad applicare al gambling patologico strumenti terapeutici propri dei programmi per l'addiction.

# Piano di Trattamento Integrato multidimensionale GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

- Somministrazione test multidimensionale di personalità MMPI che è un test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo, **il test dei colori di Luscher**, che permette un resoconto narrativo particolareggiato dei disagi minori oltre che delle potenzialità presenti nella persona, **la SOGS per valutare entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo**;
- Proposta al paziente di un percorso di terapia di gruppo come intervento elettivo, o individuale ad orientamento sistemico o cognitivo comportamentale o psicodinamico;
- Valutazione psichiatrica per eventuale comorbidità;
- Supporto alla famiglia;
  
- Valutazione e/o attivazione delle risorse personali e sociali finalizzate al controllo economico a supporto del trattamento;
- Sostegno sociale rivolto alla valutazione della situazione socio-economica e all'elaborazione di piano di rientro economico. Valutazione e orientamento per problemi legati
- Attivazione di risorse di rete sociale; vi è la collaborazione con l'associazione "Fuori dal Gioco", che consente un lavoro sinergico sul territorio per meglio accogliere chi presenta queste problematiche.
  
- Terapia e colloqui di sostegno individuali, di coppia e famigliari
- Gruppi di supporto per famigliari

**PSICO**  
(psichiatra, psicologi)

**SOCIALE**  
(assistente sociale, psicologi)

**RELAZIONALE**  
(psicologi, assistente sociale)

# I PERCORSI TERAPEUTICI OFFERTI

- Prima accoglienza con psicologa e assistente sociale, che valutano poi il caso grazie ad una serie preliminare di incontri diagnostici (in questa fase viene somministrata anche la batteria di test) rivolti ad analizzare le problematiche e le risorse psicologiche e sociali della persona → eventuale **DIAGNOSI** di Disturbo da Gioco d'Azzardo;
  
- Le offerte terapeutiche proposte oltre ai colloqui individuali con la psicologa o con l'assistente sociale sono:
  - Due **gruppi terapeutici** pomeridiani (attualmente un primo gruppo costituito da 12 persone, e un secondo gruppo costituito da 14 persone);
  - Un **gruppo di sostegno per familiari** (attualmente sono in carico 8 nuclei familiari per un totale di 13 partecipanti).
  
- **I pazienti che conducono solo colloqui individuali in questo momento sono 9, per un totale di 37 pazienti in carico in questo momento e 13 familiari.**
  
- Viene richiesta la consulenza psichiatrica nel caso in cui vi siano comorbidità, o l'uso di altre sostanze.





# DBT Skills Training al SerT

## Terapia dialettico comportamentale – Marsha Linehan

### Gruppi di skills training – apprendimento di abilità

#### 4 moduli:

1. Mindfulness (esercizi in gruppo)
2. Efficacia interpersonale (role-play)
3. Regolazione emotiva (modello descrittivo delle emozioni, strategie)
4. Abilità di tolleranza della sofferenza (sopravvivenza alla crisi, strategie psicoeducative/astinenza dialettica)

**Tecnica di base:** validazione

**Modello di malattia:** vulnerabilità + ambiente invalidante =>  
disregolazione emotiva => comportamenti disfunzionali

# PROGETTO INTRADIPARTIMENTALE

## Gruppi per pazienti con disturbo borderline e abuso di sostanze/alcol/gioco



Gruppi per pz con disturbo borderline e abuso alcool/sostanze/gioco, in carico a SerT e/o SPT di tutta la provincia.

Ciascuno gruppo di skills prevede **16-18 sedute**, della **durata di 2 ore**, a cadenza 10-15 gg, partecipanti 8-10.

4 gruppi presso sedi SerT:

- **2012-2013** un gruppo nella sede del SerT di Portomaggiore
- **2014** un gruppo nella sede del SerT di Portomaggiore e un gruppo nella sede del SerT di Ferrara
- **2014-2015** un gruppo nella sede del SerT di Ferrara
- **2015 -2016** un gruppo nella sede del SerT di Ferrara



## Gruppo attualmente in corso in via Kennedy (dott.ssa Cavrini – dott.ssa Veronesi)

- 2 sedute introduttive ad ottobre (interventi psicoeducativi di spiegazione del disturbo borderline)..
- Il percorso ha coinvolto **12 pz.** (4 femmine e 8 maschi - età 20-40), con una presenza media di 6,5 (max per seduta 9 pazienti, minimo 4).
- La provenienza geografica è: 5 Ferrara, 4 Portomaggiore, 1 Copparo, 1 Codigoro, 1 Cento.
- Dei 12 pz fino ad ora coinvolti, 6 pazienti avevano avuto interventi sia SerT che SPT.
- In associazione al disturbo di personalità borderline, i disturbi da uso di sostanze sono: cocaina + alcool (5 pz ), poliabuso (3 pz), oppiacei e cocaina (3 pz), alcool (1 pz).
- Le sedute sono state verbalizzate e videoregistrate; è stata presente come osservatrice 1 Infermiere P. del SPT di Ferrara (fino a dicembre) e 1 Assistente Sociale del SerT di Ferrara.
- ***La partecipazione dei pazienti durante le sedute è attiva (role-play, esercizi a casa, ecc..) e riportano beneficio rispetto alla dimensione dell'impulsività.***



# Criticità e Punti di forza

## **Criticità:**

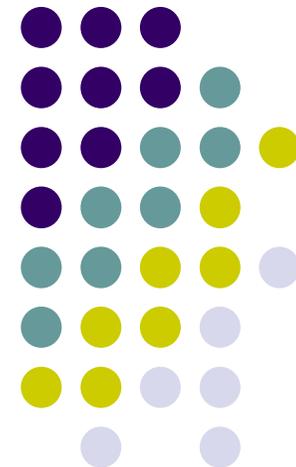
- sono stati coinvolti pochi pazienti rispetto a quanti potrebbero averne beneficio
- i pazienti ricevono contemporaneamente interventi non coerenti con il modello, riducendone l'efficacia
- poco supporto ai pazienti tra una seduta di gruppo e l'altra.
- poco coinvolgimento attivo degli operatori del comparto

## **Punti di forza:**

- tecnica EB
- è applicabile in modo ampio (indipendentemente dal setting SerT/SPT)
- prevede il lavoro in équipe

# Centri per la prevenzione e la cura del Tabagismo

*A cura di Doriana Beltrami e Renzo Marsili*

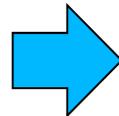


# Centro per la prevenzione e la cura del Tabagismo

L'OMS inserisce il fumo di tabacco nel capitolo dedicato ai «DISORDINI MENTALI E COMPORTAMENTALI»

## ACCOGLIENZA

Diagnosi motivazionale  
Test di Fagerstrom  
MAC T  
Carbossimetria  
Visita medica  
(terap. sostitutiva)



**Percorsi terapeutici**

**Corso per smettere di fumare  
(strategie cognitivo-  
comportamentali) Ferrara e  
Copparo**

**Percorso individuale  
(counseling motivazionale)**

# RETE PREVENZIONE E LA CURA DEL TABAGISMO

- **Case della salute:** accoglienza e orientamento per i tabagisti
- **Aziende del territorio:** corsi per smettere di fumare
- **Sanità Pubblica:** U.O. Prevenz. e sicurezza ambienti di lavoro: progetto regionale  
Ambienti di lavoro senza fumo
- **Cardiologia S. Anna:** progetto regionale FRESCO ( Fumo nella Regione Emilia Romagna dopo sindrome coronarica): consulenze e invio al Centro Antifumo
- **Scuole medie e superiori:** collaborazione con PROMECO

**Gruppo tecnico regionale di coordinamento dei CAF:** partecipazione alla stesura della linee guida regionali “La corretta pratica clinica nella disassuefazione”

# COMUNITA' TERAPEUTICHE

- Comitato di programma: progettazione locale degli ingressi sulla base delle specificità di ogni struttura, monitoraggio del percorso in itinere e valutazione dell'appropriatezza e dell'esito in dimissione
- Gruppo SerT-Strutture: per fornire una risposta congiunta e concreta alle criticità rilevate sia a livello di rete che a livello di bisogni clinici
- Progetti speciali: offrire all'utente la possibilità di costruire percorsi personalizzati e gradualmente con il contributo delle differenti strutture per meglio adeguare le risposte terapeutiche ai bisogni (alcol, adolescenti, over 50)
- Percorsi in alternativa al carcere e su invio della Magistratura
- Abitare supportato
- Progetto Rex: Capofila per il progetto regionale di modernizzazione "Verso una comunità di pratica virtuale tra agenti di cura"



# Equipe SerT Casa Circondariale

Medico

Enrico Frozzi

Psicologhe

Giovanna Alberghina

Valeria Ugolini

Assistente Sociale

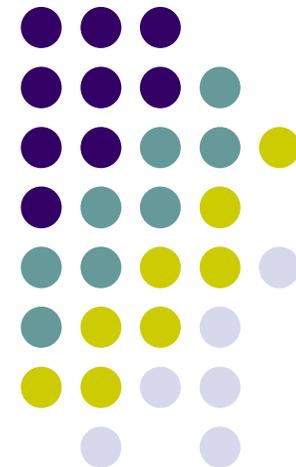
Angela Maria Dicara

Educatore Professionale

Maria Rita Scardovelli

Coordinatore

Lucia Pandini



# INGRESSO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE

- dalla libertà
- da altro carcere
- da una Comunità Terapeutica
- da arresti domiciliari

# PRESA IN CARICO E PERCORSO TERAPEUTICO

- **Medico:** apertura cartella clinica; visita medica tossicologica con verifica e attestazione dello stato di dipendenza ed impostazione di eventuali terapie sostitutive (metadone, buprenorfina, alcover); monitoraggio terapie sostitutive; monitoraggio del paziente con particolare attenzione alle terapie sostitutive; visite mediche congiunte con il Medico di guardia e Psichiatra; gruppo terapeutico condotto con psicologa e coordinatrice
- **Psicologo:** assessment psicologico e colloqui di supporto, valutazioni per progetti alternativi
- **Assistente Sociale e Educatore Professionale:** presa in carico sociale e raccordo trasversale con altri servizi, informazioni giuridiche per eventuali misure alternative e ricerca-raccolta della documentazione necessaria, contatti e colloqui con i familiari, supporto per l'attivazione di prestazioni assistenziali, rapporti e aggiornamenti con i Ser.T di riferimento territoriale
- **Equipe:**
  - rapporti con Magistratura, Avvocati, Uepe e Area Trattamento  
Direzione Casa Circondariale
  - relazioni contestuali
  - rapporti con le Comunità Terapeutiche
  - rapporti con Istituzioni pubbliche e private
  - riunioni programmate sia di Equipe che con le altre Aree

# SCARCERAZIONE

- Fine pena
- Misura alternativa (arresti domiciliari, detenzione domiciliare, affidamento terapeutico in prova ai Servizi)
- Condivisione progetto terapeutico tra Equipe carcere e territoriale

# VOLUME MEDIO DI ATTIVITA'

N° 75/85 pazienti seguiti in un anno

N° 600 Visite Mediche tossicologiche

(162 pz con consumo di sostanze di abuso e 46 pz con consumo problematico di alcol)

N° 650 Interventi Psicologici

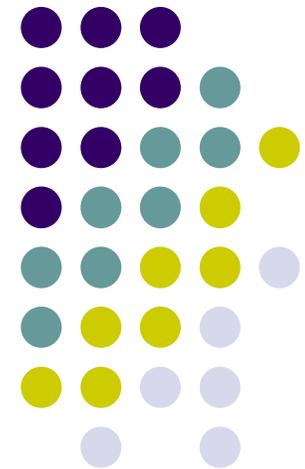
(di cui 250 colloqui di sostegno e/o counselling)

N° 1000 Interventi Socio-assistenziali

(di cui 250 colloqui sociali-educativi)

# COMPETENZE SETTORE TECNICO SANITARIO

*A cura di Luisa Garofani e Antonio Bimbo*



## La Carta operativa degli operatori del settore tecnico sanitario

### Lo stile del lavoro Educazionale

- Accettazione
  - Empatia
  - Valore assoluto della persona
  - Sostegno
- Elicitare obiettivi e risorse
- Valorizzazione dell'autonomia
- **Propensione all'aiuto**

### I processi

- Stabilire la relazione
- Motivare
- Focalizzare
- Pianificare l'intervento
- Case Management

### Le abilità

- Saper individuare e saper stare nel percorso evolutivo/riabilitativo
- Saper accogliere, gestire e restituire le emozioni
- Ascolto attivo/riflessivo
- Domande aperte
- Fornire feedback
- Attivazioni
- Lavoro in equipe

### L'obiettivo dei training educazionali

- ❖ Suscitare azioni orientate a migliori soluzioni e comprensioni

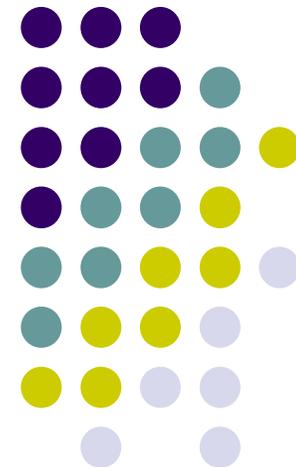
# **APPROFONDIMENTI**

- 1.Coordinatori settore tecnico sanitario**
- 2.Assessment psicologico**
- 3.Monitoraggio della salute**
- 4.Casa della Salute**
- 5.Casi clinici in comorbidità**
- 6.Audit clinico**
- 7.Linee di indirizzo Percorso Alcolologico**
- 8.Valutazione di esito**



# Funzioni delle diverse figure professionali nella realizzazione del piano di trattamento

*A cura dei Coordinatori  
Settore Tecnico Sanitario*



# Attività nei SerT

## **Ruolo dei coordinatori**

Nel 2013 la funzione di coordinamento dell'area comparto all'interno dell'U.O. , si è modificata con il superamento della P.O. e la conseguente nomina dei Coordinatori Distrettuali. A questi professionisti è assegnato l'incarico di favorire una gestione integrata delle risorse umane e strutturali, nei servizi territoriali del DAISMDP. La pianificazione delle attività assistenziali è centrata sulla multiprofessionalità dei percorsi terapeutico – riabilitativi e sul favorire l'integrazione del Ser.T con gli altri servizi territoriali del Dipartimento ( UONPIA e SPT ).

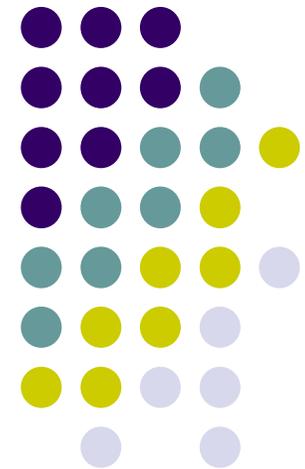
## **Il coordinatore sostiene gli interventi di ciascun profilo professionale**

(infermiere, educatore, assistente sociale, assistente sanitaria) nelle proprie attività di :

- primo contatto / accoglienza di utenti e loro familiari;
- collaborazione nella presa in carico, stesura ed attuazione del programma terapeutico riabilitativo, favorendo l'integrazione con le interfacce interne / esterne;
- svolgimento del ruolo di case-manager, se il progetto del paziente lo richiede;
- verifica degli esiti rispetto agli obiettivi di cura concordati con l'utente;
- attivazione dei percorsi di inserimento lavorativo, con particolare attenzione alle nuove procedure richieste dalla normativa per i TIFO;
- redazione dell'istruttoria, sul progetto terapeutico ,in accordo con Equipe, Paziente ed Ente Ausiliario, per gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche.

# Il ruolo dell'operatore di riferimento nell'équipe multidisciplinare

*A cura Letizia Bottoni*



# **RUOLO DELL'OPERATORE DI RIFERIMENTO**

## ➤ **ACCOGLIENZA**

- valuta l'appropriatezza dell'invio e analizza la domanda;
- esplora la salute, la storia familiare, i fattori sociali, la relazione con le sostanze/alcol, la condizione lavorativa ed economica;

## ➤ **VALUTAZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE**

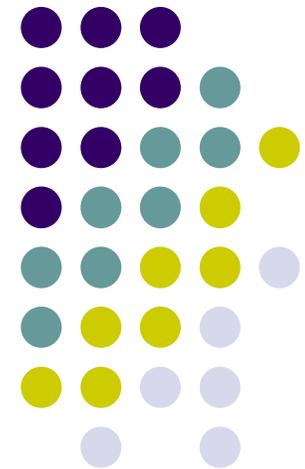
- offre supporto all'utente, lo accompagna e lo motiva ad espletare la fase di valutazione fornendo colloqui educazionali;
- riferisce in équipe multidisciplinare quanto emerso dai colloqui e fornisce la prima valutazione funzionale, motivazionale e della qualità della vita per la presa in carico;
- insieme al Medico e/o allo Psicologo condivide con il paziente e la famiglia la valutazione emersa in équipe e il percorso di cura proposto

➤ **PROGRAMMA TERAPEUTICO INDIVIDUALE**

- motiva il paziente sugli obiettivi del programma terapeutico individuale;
- coinvolge la famiglia offrendo ai familiari informazioni sul percorso del paziente e lavorando con loro in modo flessibile e proattivo;
- motiva il paziente nelle varie fasi del trattamento, facendo da interfaccia tra paziente ed équipe, ed anche con le équipe intra ed extra dipartimentali
- tiene i contatti con le varie figure dell'équipe SerT, intra-dipartimentali, extra-dipartimentali
- tiene i contatti con i familiari e le figure di riferimento.

# Il ruolo dell'educatore professionale

*A cura Antonio Bimbo*





## Le dimensioni operative agite dall'Educatore



### Un aiuto per

- La comprensione di ciò che sta avvenendo (**in cerca di nuove consapevolezza**).
- Attivare risorse nel qui e ora **per agire nuove soluzioni** (il fare per e il fare con).
- L'attualizzazione delle emozioni (**imparare a sentirsi e ad essere ora**).

Un processo collaborativo che attraverso la relazione e l'uso delle risorse disponibili è volto alla programmazione, all'attuazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica delle opportunità e dei servizi per rispondere ai bisogni dell'individuo.

# Le tre aree di sviluppo (+ il valore aggiunto) per gli Educatori

## ➤ **Conoscenze Abilità Attitudini**

**Propensione all'aiuto.** Se manca le altre tre componenti perdono consistenza. Se il focus è sulla conoscenza si rischia l'approccio accademico. Se si enfatizzano le abilità si va verso un approccio tecnicistico. Se il focus è sulle attitudini si rischia un approccio ideologico. **La Propensione all'aiuto** è l'elemento trasversale che fa da legante, garantisce sinergia, specificità e congruenza. **E' l'elemento etico e tecnico** della relazione d'aiuto in ambito sociale e sanitario.





# Linee guida dell' E.P.



**Sviluppare una relazione  
EMPATICA**

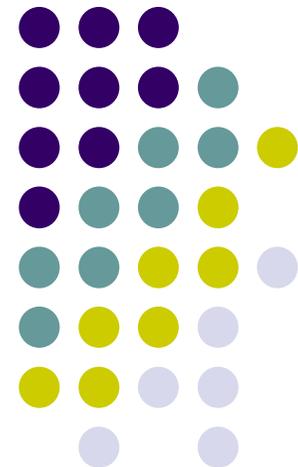
**Counseling, Neuroscienze e  
Fisica quantistica.**



Prima di ogni altra cosa è una questione di **autentico interesse nei confronti della persona** che ci predispone, mentalmente e fisicamente, a essere recettivi e intelligenti, cioè capaci di cogliere il senso e il significato di quanto l'altro ci sta comunicando.

# L'Assessment Psicologico a fini diagnostici

*A cura di  
Giovanna Alberghina, Laura Cavrini,  
Barbara Cocchi, Cinzia Veronesi,  
Valeria Ugolini*





# Assessment - Accertamento

- **In generale si intende un insieme di operazioni finalizzate ad effettuare una valutazione.** È un *processo* perché inizia al momento del primo incontro con la persona e prosegue per tutta la durata degli incontri successivi. Progressivamente, le osservazioni e i dati che si raccolgono, portano alla formulazione **di ipotesi sempre più precise e dettagliate sul funzionamento della persona.**
- L'Assessment e gli strumenti che si possono individuare sono a dirimere la complessità delle variabili in gioco e del loro intersecarsi, **cercando la specificità che caratterizza i problemi presentati e il loro perdurare, e nel contempo mantenendo la visione d'insieme della persona e del suo mondo.**
- Nella pratica clinica integra e **implementa la diagnosi** effettuata sulla base delle codificazioni relative ai vari sistemi diagnostici (ICD 10, DSM V, ICF ecc.).
- E' evidente che l'Assessment diventa così la parte iniziale e **il filo conduttore** del lavoro con la persona, passando attraverso i diversi livelli di intervento, **fino alla verifica di quanto ottenuto con l'intervento terapeutico.**

## Test CBA 2.0 Modello di indagine psicologica multidimensionale

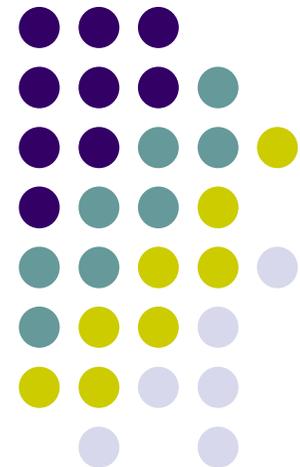


- L'Assessment psicologico proposto con l'utilizzo del Sistema Cognitive Behavioural Assessment (specificamente il Test CBA-2.0 Scale Primarie) segue quindi **un modello di indagine psicologica multidimensionale**
- La somministrazione del CBA 2.0 è ovviamente da inserire in un contesto di intervento che preveda almeno un primo colloquio (può essere anche il primo colloquio psicologico) e uno di restituzione degli esiti.
- Ha vari vantaggi: anzitutto è percepito in genere come poco invasivo e di linguaggio comune, è autosomministrante, quindi gestibile anche su più soggetti contemporaneamente, cosa molto utile vista la difficoltà dei servizi in termini di tempo e risorse; è inoltre ripetibile, anche ogni 6 mesi, e/o per singola area di valutazione
- Secondo le buone prassi di una **diagnosi multifattoriale**, i risultati della somministrazione del CBA 2.0 sono sufficienti per ottenere le indicazioni necessarie alla progettazione di un percorso terapeutico.
- Solo in caso emerga una specifica indicazione, può essere completato da una valutazione della personalità, da un approfondimento delle criticità, sia utilizzando scale secondarie che altri strumenti di approfondimento dell'ambito psicopatologico, tra i quali il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2), il test proiettivo Rorschach, il test dei colori Luscher, la scala Wechsler WAIS, l'intervista SCID-2, il Mini Mental State, la scala Buss Durkee Hostility Inventory, il questionario CORE-OM, etc.

# Monitoraggio della Salute

---

*A cura di Doriana Beltrami, Marina Vitelli*



## **MONITORAGGIO DELLO STATO DI SALUTE**

### **Dei pazienti tossicodipendenti e alcolisti in carico ai sert**

#### **OBIETTIVI:**

- **Motivare** il maggior numero di utenti nel monitoraggio dello stato di salute,
- **Prevenire** le malattie infettive attraverso la diagnosi precoce delle patologie correlate all'uso di alcol e di sostanze psicotrope
- **Affrontare/modificare** i comportamenti a rischio.

#### **AZIONI:**

- Applicazione annuale della **Procedura per il monitoraggio della salute degli utenti tossicodipendenti e alcolisti** afferenti ai Servizi con diagnosi ICD10 (Capitolo V, Codici F10-19: sindromi e disturbi comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive);
- Ausl Ferrara capofila per la stesura delle «Linee guida regionali per percorsi di tutela della salute degli utenti dei servizi per le dipendenze. Anno 2012»

## **BUONE PRASSI MESSE IN CAMPO DAL PERSONALE SANITARIO:**

- Colloqui specifici agli utenti incentrati sulla cura di sé, sui timori relativi alla salute, sui comportamenti a rischio e su pregresse problematiche di salute;
- Attività di informazione rispetto alle patologie infettive (epatiti, HIV, Infezioni Sessualmente Trasmesse-IST), modalità di trasmissione ed eventuali terapie;
- Attività di counseling per promuovere il processo relazionale atto ad orientare e sostenere atteggiamenti attivi stimolando le capacità di scelta/decisione; counseling pre-test mirato alla necessità di sottoporsi all'accertamento diagnostico e preparare la persona al risultato; counseling post-test mirato a discutere i risultati dei test a fornire appropriate informazioni per affrontare tali risultati.
- Interventi di collaborazione con i MMG nelle Case della Salute e con l'U.O. di Malattie Infettive, effettuati insieme ai pazienti finalizzati al supporto e all'adesione alle cure.
- Azioni di supporto pratico ambulatoriale
- Accompagnamento nei casi in cui l'autonomia dell'utente è ridotta da parte del personale infermieristico e degli educatori professionali.

**Programmazione di screening** ripetuti periodicamente ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata e ai pazienti già in carico:

1. esami ematochimici di routine;
2. *Markers* sierologici HIV, HBV, HCV, HAV, IST;
3. **Percorsi agevolati con la specialistica territoriale** per ECG e visita cardiologica ai pazienti inclusi nelle categorie a rischio medio/elevato:
  - pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 80 *pro/die*;
  - pazienti con concomitanti problematiche cardiologiche documentate da referti presenti in cartella;
  - pazienti con uso continuativo di cocaina;
  - pazienti sottoposti a politerapie (metadone + neurolettici e/o antidepressivi in grado di dare allungamento del tratto QT)
4. **Percorso agevolato con i servizi territoriali di Salute donna**, per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e le consulenze per la tutela della donna in gravidanza.

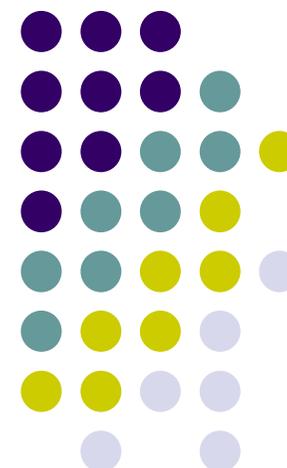


## RISULTATI

Valore Standard > = 50%	Utenti da sottoporre a monitoraggio	Utenti con screening 2015	Nuovi utenti	Utenti già in carico	% screenati
FERRARA	366	263	48	215	71,8%
COPPARO	76	68	20	48	89,5%
PORTOMAGGIORE	172	130	25	105	75,5%
CODIGORO	177	131	26	105	74%
CENTO	123	92	20	72	74,8%
<b>TOTALE</b>	<b>914</b>	<b>684</b>	<b>139</b>	<b>545</b>	<b>74,8%</b>

# La Casa della Salute Terre e Fiumi

*A cura di Rosella Occhiali*



# Evoluzione del sistema dei Servizi ...

«La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che cura le interfacce con gli altri dipartimenti» (DGR 291/2010) tra cui



**DIPARTIMENTI TERRITORIALI**

sanità pubblica

cure primarie

DAISMDP

**MEDICINA CONVENZIONATA**

**DIPARTIMENTI OSPEDALIERI**

**ASP/SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE**

**COMUNITÀ E ASSOCIAZIONI DI  
CITTADINI**



**Sviluppare strategie per rispondere ai bisogni di salute contenendo i costi, garantendo efficacia, appropriatezza, sicurezza e sostenibilità del sistema**

## **Obiettivi «concreti»**

- **Accesso** all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale **in un luogo visibile e facilmente raggiungibile** dalla popolazione di riferimento
- **Valutazione del bisogno** della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile
- **Risposta** alla domanda di salute della popolazione almeno nelle 12 ore giornaliere (h24 livello distrettuale)
- **Preso in carico** della persona secondo il paradigma della **medicina d'iniziativa**
- Attivazione di **percorsi di cura multidisciplinari**, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali
- **Partecipazione** della comunità , delle associazioni di cittadini, dei pazienti e *caregiver*

**DAJSMDP e**



- **Co-progettazione** degli interventi nella logica del progetto di cura e di vita (**medicina pro-attiva**)
- Costruzione di **Team Integrati Multidisciplinari**
- **Qualificazione** dei percorsi di cura attraverso integrazioni tra Servizi Territoriali Ospedalieri, tra Servizi sanitari e Sociali (ASP)
- **Valorizzazione** delle competenze professionali per rispondere ai bisogni della salute, contenendo la dispersione delle risorse



# Quali Azioni?

- ❑ **PROMUOVERE formazioni trasversali vs un linguaggio comune**
- ❑ Maggiore attenzione ai **BISOGNI** espressi dalle **FAMIGLIE** con utenti complessi
- ❑ Implementare la rete lavorando in **Team**
- ❑ Azioni di **Miglioramento** vs. competenze professionali e percorsi di integrazione



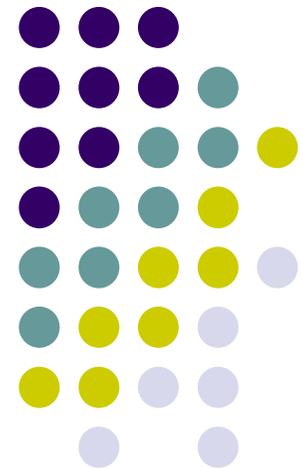
*Grazie per l'attenzione!!*

# ***Modelli di Intervento in EdS Terre e Fiumi***

- Team socio-sanitario integrato per **casi complessi** adulti – anziani – disabili attivo dal 2015 (ogni 45-60gg)
  - componenti fissi: ADI, OsCo, Geriatria, ASP, SPT, Coord. MMG
  - componenti aggiuntivi: SerT, Specialistica, Fisiatria, MMG del caso in esame
- Team clinico **area giovani** dedicato a giovani soggetti (14-24 aa) e loro familiari da attivare nel 2016
  - composizione: Cure Primarie (PLS, MMG, Pediatria di comunità, Consultorio Giovani), ASP , DAI (UOMPIA, SerT, SPT)
  - Altri Operatori/Servizi se il caso lo richiede

# Casi clinici in Comorbidità SerT e Psichiatria Territoriale

*A cura di Filomena Catera, Marina Vitelli,  
Roberta Sivieri*





## **CASI CLINICI IN COMORBILITA' - ESITO ATTESO**

- Effettuare una diagnosi corretta e individuare le correlazioni tra malattia mentale e uso di alcol/sostanze per orientare il team di lavoro alla definizione del funzionamento del paziente, e andare oltre la sola sintomatologia che ci fa radicare nell'uso esclusivo del farmaco come risolutore del disturbo.
- Comprendere l'assetto cognitivo del paziente, la presenza di vissuti emozionali psicopatologici e il funzionamento delle varie aree che influenzano il comportamento.

# IL PROGETTO CASI CLINICI IN COMORBILITA'

## U.O. SERT

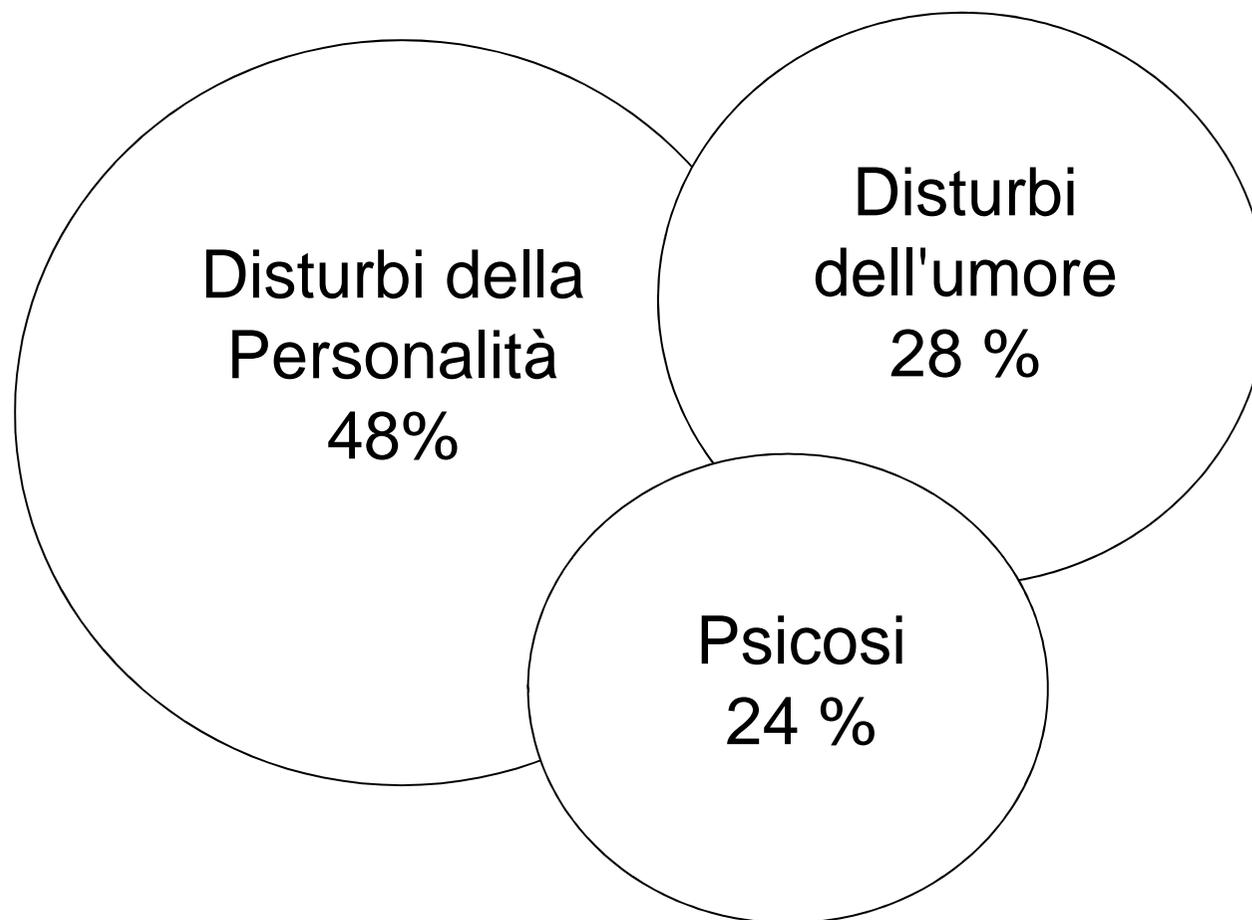
- Nel 2014 è stato svolto un Progetto Dipartimentale con l'istituzione di un gruppo di lavoro trasversale tra Servizi Territoriali SerT SPT, con l'obiettivo di costituire un team che governasse i processi dall'accoglienza, alla valutazione, alla presa in carico dei vari percorsi attivati e agli esiti degli stessi, in merito ai casi in comorbilità.
- Obiettivo del progetto era a) individuare il numero di pazienti in comorbilità in carico al SerT e a SPT; b) implementare un processo di condivisione del percorso terapeutico condiviso.
- Nel periodo settembre 2014 – giugno 2015 sono stati raccolti i dati utilizzando una scheda specifica elaborata e condivisa nel corso dell'audit clinico. I dati sono stati raccolti nelle singole sedi e derivano dalle discussioni dei casi all'interno degli incontri svolti tra SerT-SPT per quanto riguarda il SerT di Copparo, Portomaggiore, Codigoro e Cento.
- Per Ferrara è stato costituito un team con l'obiettivo di facilitare l'avvio della discussione condivisa dei casi. Il primo obiettivo del team è stato quello di individuare i pazienti con diagnosi di comorbilità effettuata dai due servizi.
- Il progetto ha permesso di quantificare il numero dei pazienti in comorbilità e di inserirlo nel monitoraggio trimestrale dei dati

# RISULTATI

## PAZIENTI IN COMORBILITA' PSICHIATRICA (N. 148)

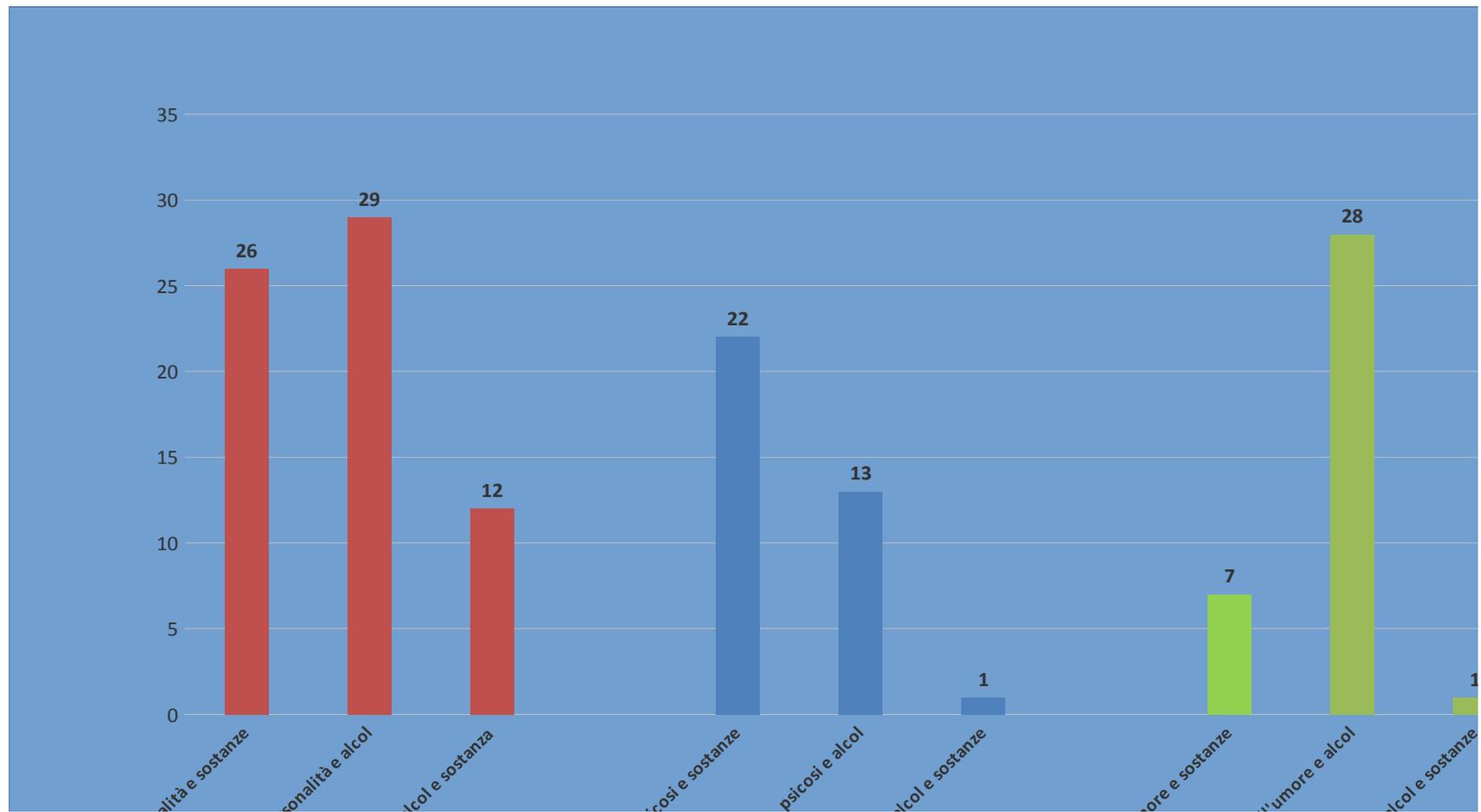
(Periodo osservazione settembre 2014- giugno 2015)

I disturbi di personalità rappresentano la forma prevalente di comorbidità (48%),  
cui fanno seguito i disturbi del tono dell'umore (28%) e psicotici (24%).



# PAZIENTI IN COMORBILITA' PSICHIATRICA (N. 139)

(9 pazienti sono stati esclusi per incompletezza del dato)

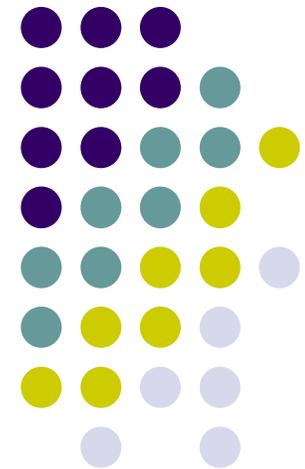


## CONCLUSIONI

- Il lavoro svolto e gli incontri effettuati, hanno rafforzato l'esigenza di sperimentare un **trattamento multidimensionale** per questa categoria di pazienti sia perché la cura richiede un alto impegno per un singolo professionista sia per la complessità del caso, e anche la necessità di agire su tutte le aree interessate dalla malattia.
- Gli esiti attesi da un tale team sono quelli di strutturare un programma di cura centrato sui bisogni della persona e di superare i modelli di presa in carico sequenziali o paralleli utilizzando le competenze di ogni singolo professionista del team.
- Strategica l'alleanza tra SPT e SerT per l'attivazione di un percorso che deve avvenire con la formulazione di una diagnosi (categoriale e funzionale), la condivisione di un progetto per arrivare a un programma integrato centrato sul destinatario in linea con il processo di riorganizzazione del Dipartimento che ha attivato i team integrati dipartimentali a livello distrettuale

# Audit Clinico come strumento di integrazione fra SerT e Psichiatria Territoriale

*A cura di Paola Giacometti e Mario Sacco*



## Applicazione dell'audit clinico per la corretta presa in carico di pazienti in doppia diagnosi integrando le équipes dei servizi e condividendo la diagnosi

- **Obiettivo:** Valutare e migliorare la correttezza della presa in carico congiunta SerT-SPT
- **Criterio:** Sono seguiti correttamente i pazienti in carico a SerT e a SPT, quando di entrambe le patologie esiste evidenza di diagnosi condivise in entrambi i Servizi
- **Fonte del criterio:** Cartelle cliniche, sistema informatizzato di raccolta dati (SistER-EFESO), verbali riunioni di équipes, percorsi terapeutici condivisi
- **Popolazione di riferimento:** Utenti seguiti da entrambi i servizi nel periodo compreso tra l'1/07/2013 e il 30/06/2015
- **Indicatore:** Pazienti con evidenza di diagnosi condivisa in entrambi i servizi/ Totale di pazienti con doppia diagnosi
- **Standard:** 80% (proviene da un accordo interno congiunto)
- **Risultato:** 17/17=100% (2 pz affetti da psicosi/ 1 dipendenza cocaina e 1 cannabis; 15 pz con disturbo di personalità/ 15 con dipendenza da eroina associata a cannabis e alcool)
- **Miglioramento rispetto Audit 2013=** 6/13= 45%

# L'audit clinico ha ...

- **permesso di porre il focus sulla pratica corrente**
- **offerto la possibilità di un confronto multiprofessionale tra operatori di riferimento dello stesso paziente nei due Servizi e di discutere lo standard ottimale da consolidare**
- **reso disponibile in modo sistematico ad entrambi i servizi la documentazione relativa alle diagnosi dei pazienti presi in carico congiuntamente**
- **strutturato un canale di collegamento e una prassi di gestione utile per le nuove casistiche che si presentano ai servizi**



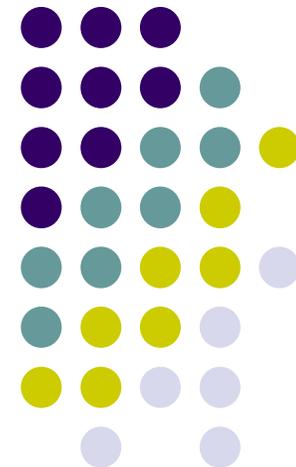




## Percorso Alcolologico: linee di indirizzo regionali

Produrre una sistematizzazione delle pratiche in essere rispetto al trattamento clinico dei pazienti alcolisti ed elaborare un PDTA condiviso a livello regionale

*A cura di Eleonora Ferraris  
Referente Aziendale Alcol*



# Percorso Alcolologico

- A. Fase Acuta: Reparti ospedalieri o case di cura accreditate ad **ALTA INTENSITA' SANITARIA**
- B. FASE Riabilitazione alcolologica intensiva in strutture residenziali ad **ALTA INTENSITA' PSICO-RIABILITATIVA** (1 mese) o **SOCIO-EDUCATIVA**
- C. Invio ai **GRUPPI PSICOTERAPIA SERT E DI AIUTO AIUTO SUL TERRITORIO**



## **A. FASE ACUTA AD ALTA INTENSITA' SANITARIA: STRUTTURE DI RICOVERO OSPEDALIERO**

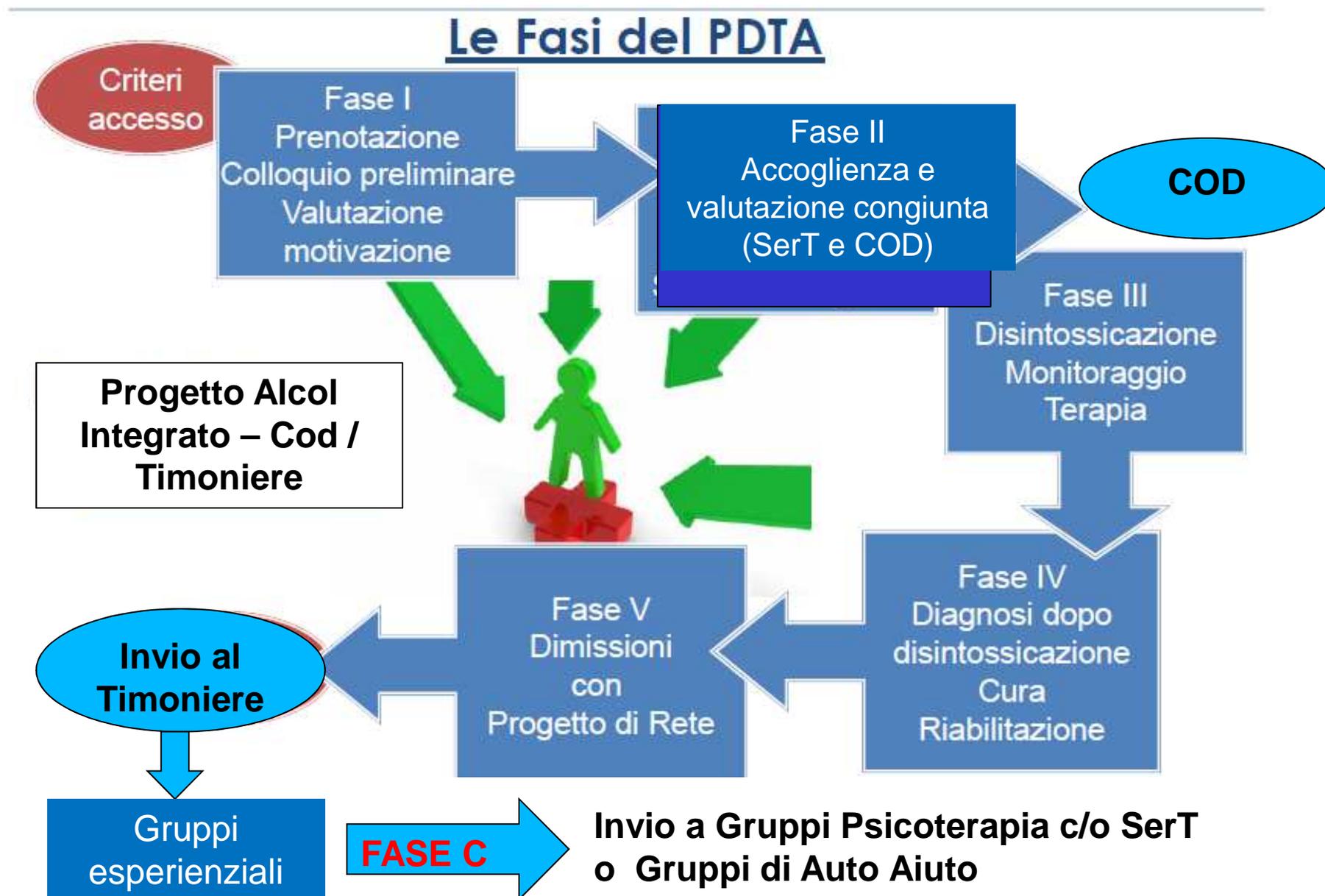
**CONSULENZE RICHIESTE DAL REPARTO TEMPESTIVAMENTE,  
FAVORISCONO IL CONTATTO CON GLI OPERATORI DEL SERT CHE  
INIZIANO UNA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN UNA FASE  
INTRAOSPEDALIERA**

**NELLA FASE DI RICOVERO IL PERSONALE SANITARIO DEVE AVERE LE  
COMPETENZE ADEGUATE PER LA GESTIONE DI PZ AD ELEVATA  
COMPLESSITA' E MULTIDIMENSIONALITA', SEMPRE PIU' SPESSO CON  
COMORBILITA' PSICHIATRICA**

**NELLO STESSO CONTESTO SI PUÒ ATTUARE UNA VALUTAZIONE  
PSICODIAGNOSTICA DURANTE LA DEGENZA PER I PZ IN D.D.**

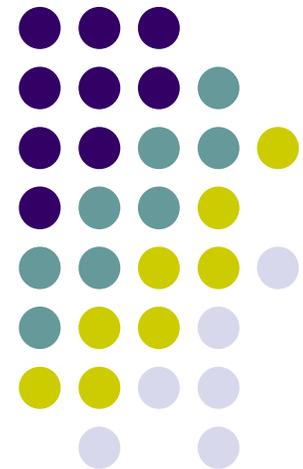


## B. FASE RIABILITAZIONE ALCOLOGICA INTENSIVA



# Dai modelli multivariati dei fattori associati all'esito alla prospettiva di esiti multidimensionali di recovery

*A cura di Cristina Sorio*



1975-1995

• **STUDIO LONGITUDINALE DI MORTALITÀ MULTICENTRICO REGIONALE DEI SU UNA COORTE DI 4260 PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI DA EROINA EV (FE 906)**

- **Eccesso di mortalità per tutte le cause della coorte rispetto alla popolazione generale (SMR nei maschi: 16,7 - LC 15,3-18,2; nelle femmine: 33,4 - LC 27,9-39,9)**
- **I tassi di mortalità per AIDS sono crescenti in tutto il periodo, mentre quelli per overdose e per le altre cause (prevalentemente violente) crescono fino all'inizio degli anni '90 e tendono a ridursi negli ultimi anni**
- **E' confermato un eccesso di rischio di morte nei pazienti entrati in trattamento dopo i 25 anni, con bassa istruzione, e disoccupati.**



2000-2006

• **STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO REGIONALE SUI FATTORI PREDITTIVI DI ESITO IN UNA COORTE DI 111 TOSSICODIPENDENTI DA COCAINA IN TRATTAMENTO**

- **Fattori predittivi interruzione del trattamento sono stati rilevati: l'alta severità del comportamento tossicomani (modalità di assunzione per via iniettiva, inalatoria e respiratoria con frequenza continuativa regolare dalle 2 alle 7 volte la settimana), avere meno di 30 anni**
- **Fattori protettivi rispetto all'interruzione del trattamento son risultati: l'adeguatezza della durata, la maggiore intensità di risposta in relazione alla severità della dipendenza sostenuta da rinforzi motivazionali**
- **Risultano avere un rischio di mortalità associato alla dipendenza da cocaina doppio rispetto alla popolazione maschile della stessa età, i maschi, con bassa compliance al trattamento e un maggiore svantaggio sociale (basso livello di istruzione, problemi giudiziari, alta vulnerabilità all'addiction**



2005

• **STUDIO TRASVERSALE SULLA PREVALENZA DI SOGGETTI CON PROBLEMI ALCOL CORRELATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA**

- **Il 59,3% della popolazione analizzata si è rivolta solo ai Centri Alcologici/SerT, mentre il 34,4% è entrata in contatto solamente con le strutture ospedaliere mediante ricovero. Tra l'utenza complessiva il 13,1% (94) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti, di questi il 12,4% è in carico ai SerT.**
- **Le patologie percentuale più elevata, in tutto il periodo di riferimento, è da imputare ai ricoveri per danni epatici le cirrosi epatiche (29,8%) ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica (11,5%), che si manifesta nella maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche**
- **Stima numero oscuro: per ogni soggetto in trattamento al SerT sono stati stimati 5,7 soggetti con problemi alcol correlati**

Alcol e alcolismo  
in  
Emilia-Romagna  
a cura di  
Raimondo Maria Pasarin  
Antonio Monti



2005-2012

- **FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL TRATTAMENTO IN STRUTTURE TERAPEUTICHE IN PZ CON DISTURBO DA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE (COORTE RETROSPETTIVA 292 )**
- **PREDITTORI NEGATIVI:** avere avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne)  $OR=1,96$ , sostanze primarie cocaina o alcol associate a sostanze d'abuso secondarie ( $OR=1,37$ )
- **Centri Osservazione Diagnosi** il rischio di esito negativo è notevolmente più forte ( $OR=2,23$ )
- **PREDITTORI POSITIVI:** setting del percorso terapeutico forte predittore della ritenzione in trattamento per tutto il periodo di osservazione indipendentemente da altre variabili demografiche, cliniche e sociali ( $OR=2,03$ )



2012

- **VALUTAZIONE DELL'AUTOEFFICACIA EMOTIVA, INTERPERSONALE, SOCIALE IN RELAZIONE AI COMPORTAMENTI A RISCHIO**
- **ANALISI DI CLUSTER MULTIFATTORIALE:** fattori di rischio e fattori di protezione vengono analizzati secondo le componenti principali, a partire dalla **TEORIA DELLO SVILUPPO POSITIVO DI BANDURA** che mette in evidenza le risorse, le competenze, i compiti evolutivi e le risorse di resilienza dei futuri adulti (**SCALA AUTOEFFICACIA PERCEPITA DI CAPRARA:** autoefficacia, autostima, problem solving, decisio making – **CONSUMO DI SOSTANZE** Espad – **COMPORTAMENTI A RISCHIO**)
- **Risultati:** Consumo problematico di sostanze risulta associato ad una bassa autoefficacia emotiva, scarso rendimento sociale e rapporti familiari conflittuali
- **Comportamenti a rischio (Sensation Seeker)** risultano associati ad un'altra autoefficacia sociale

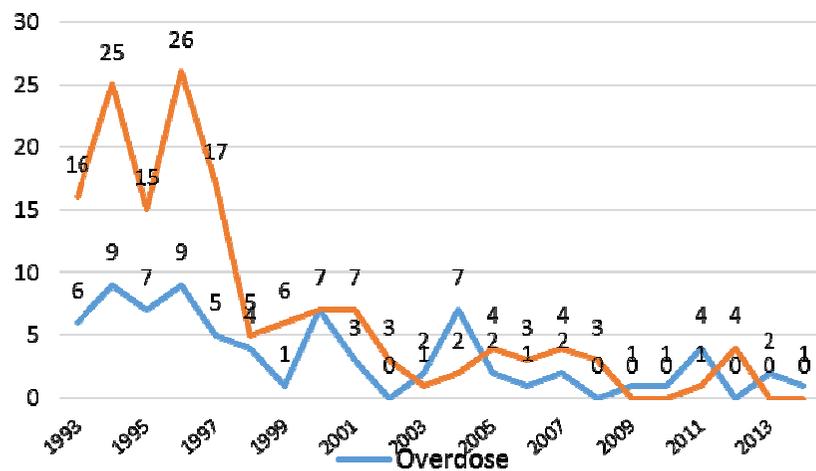


1997-2000

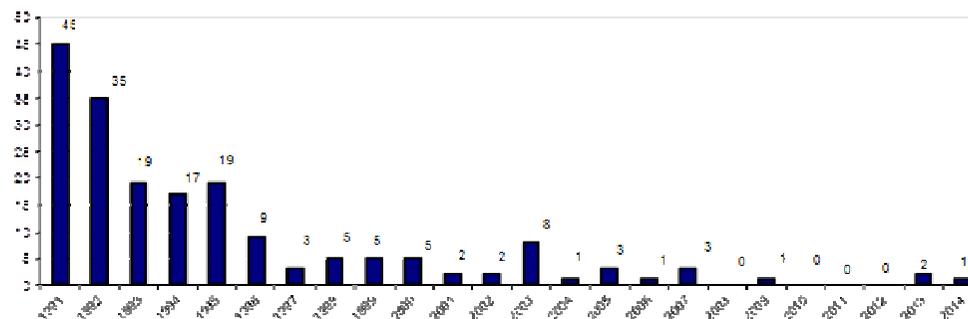
- **EFFICACIA TERAPEUTICA – 306 NUOVI PAZIENTI PRESI IN CARICO CON VALUTAZIONE DOPO 6 MESI**
- **Valutazione multidisciplinare della gravità del paziente (TD-Eval):** **CONSUMO, FUNZIONAMENTO PSICHICO, STATO DI SALUTE FISICA, SITUAZIONE LEGALE, INTEGRAZIONE SOCIALE, CAPACITA' DI RELAZIONE**
- **Self report Autopercezione della Qualità della vita (Nottingham Health Profile):** **ENERGIA, ISOLAMENTO SOCIALE, REAZIONI EMOTIVE, SONNO, MOBILITA' FISICA, DOLORE, RICONOSCIMENTO DEL RISCHIO**
- **GRADIMENTO:** **STRUTTURE, ORGANIZZAZIONE, RAPPORTO CON GLI OPERATORI, EFFICACIA TERAPEUTICA**



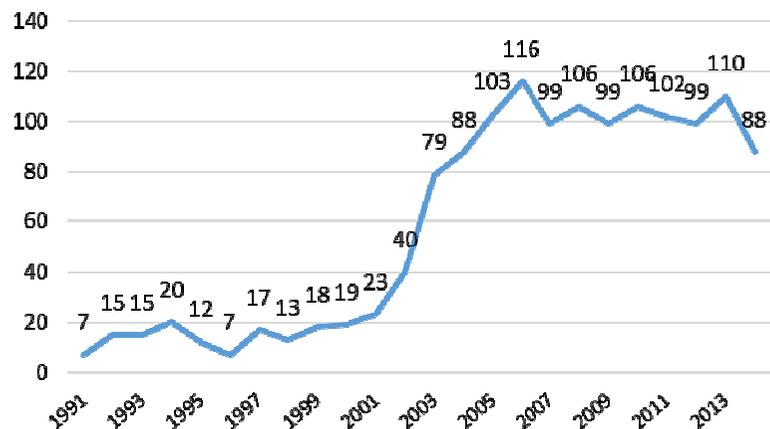
**Decessi per Overdose e Aids osservati nel periodo 1993-2014**



**Infezione Hiv osservate tra i nuovi utenti dei SerT osservate nel periodo 1991-2014**



**Utenti in trattamento per dipendenza da Cocaina**



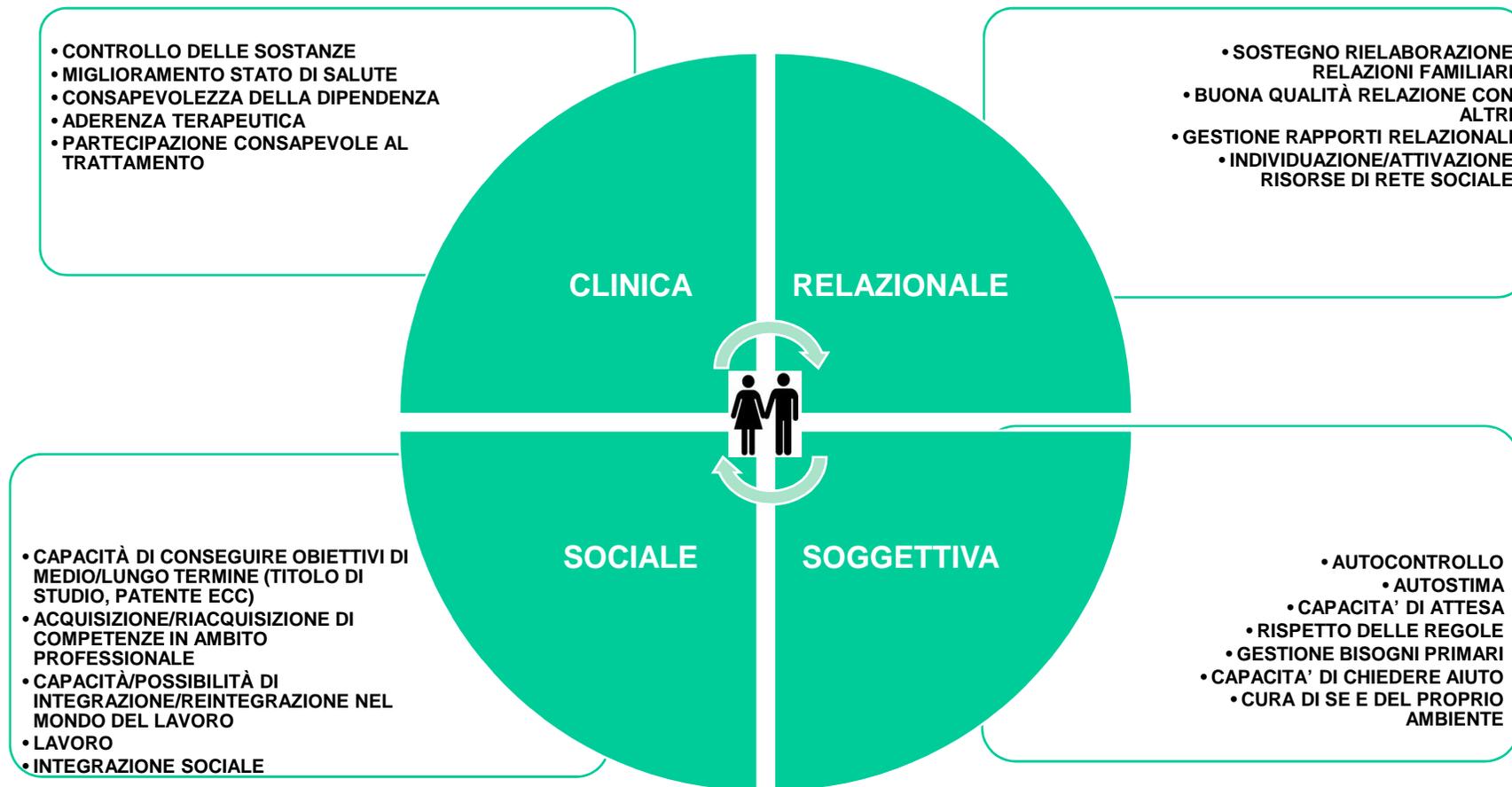
**Adolescenti e giovani adulti in carico ai SerT  
Tassi di Incidenza età specifici (\*1.000)**





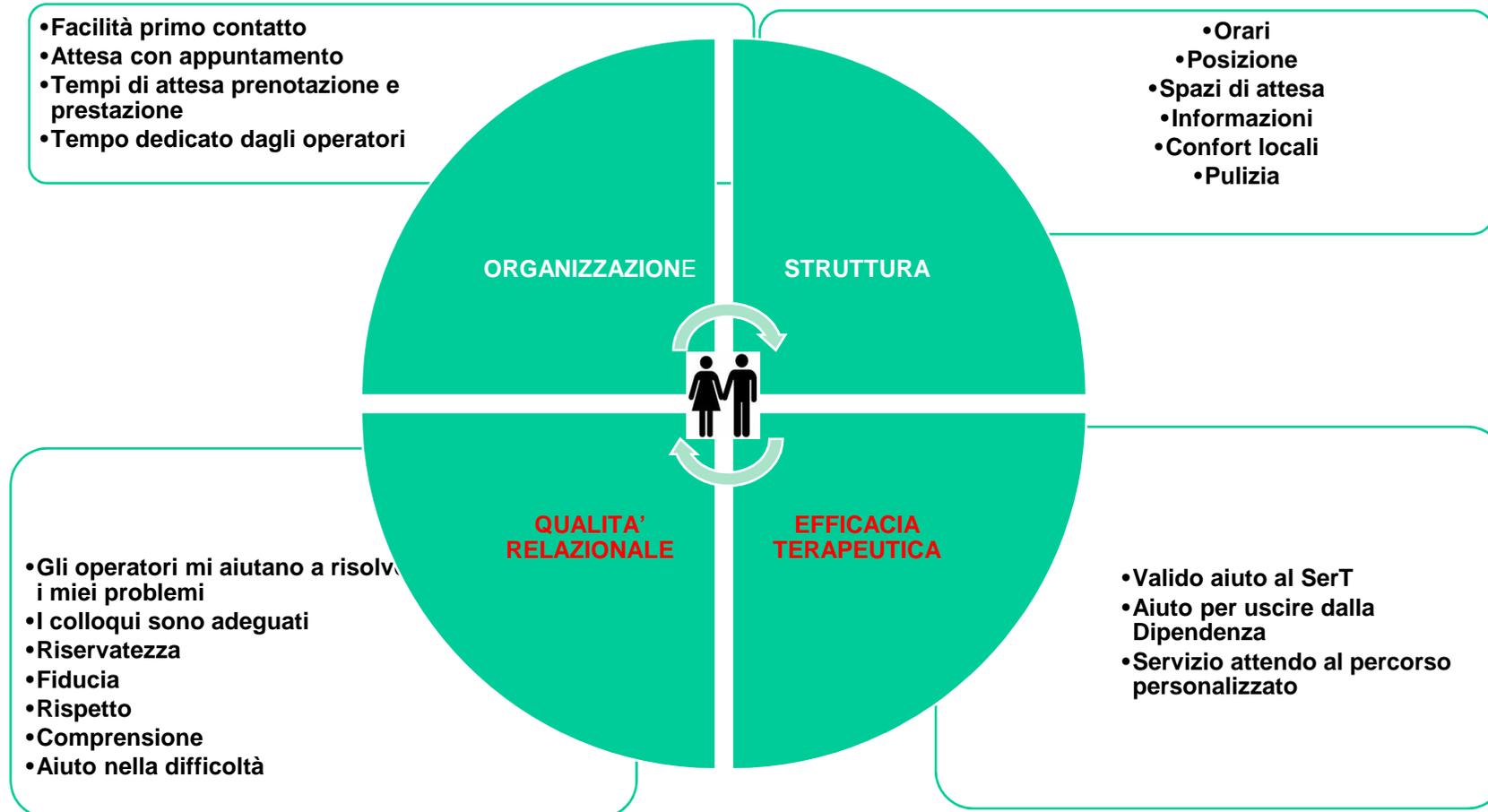
# MULTIDIMENSIONALITÀ DEL PROCESSO DI RIPRESA

## STRUMENTI DI MISURA S24 – SISTER VALUTAZIONE E FOLLOW UP

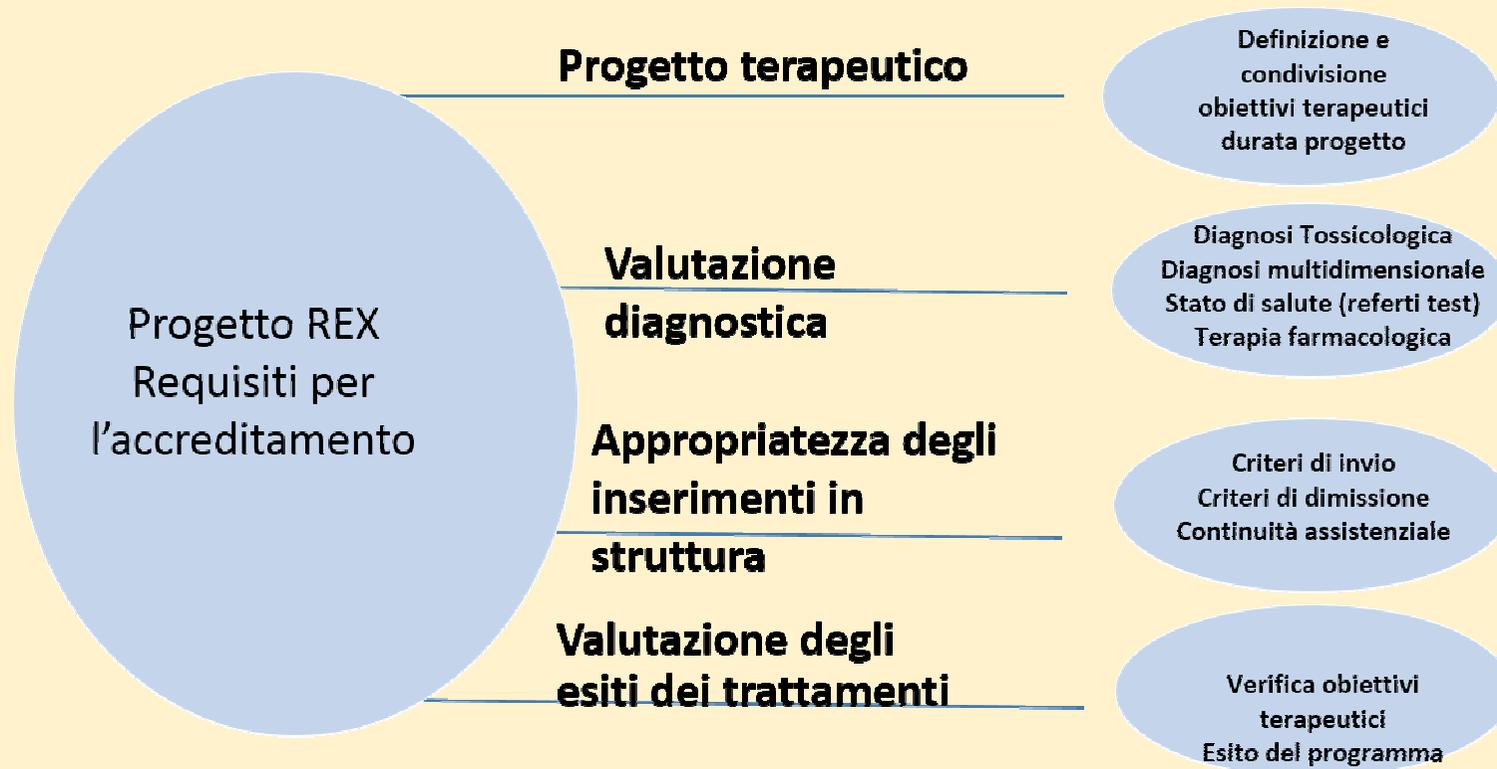


# PERCEZIONE SOGGETTIVA QUALITA' DEL SERVIZIO

## STRUMENTO: QUESTIONARIO DI GRADIMENTO



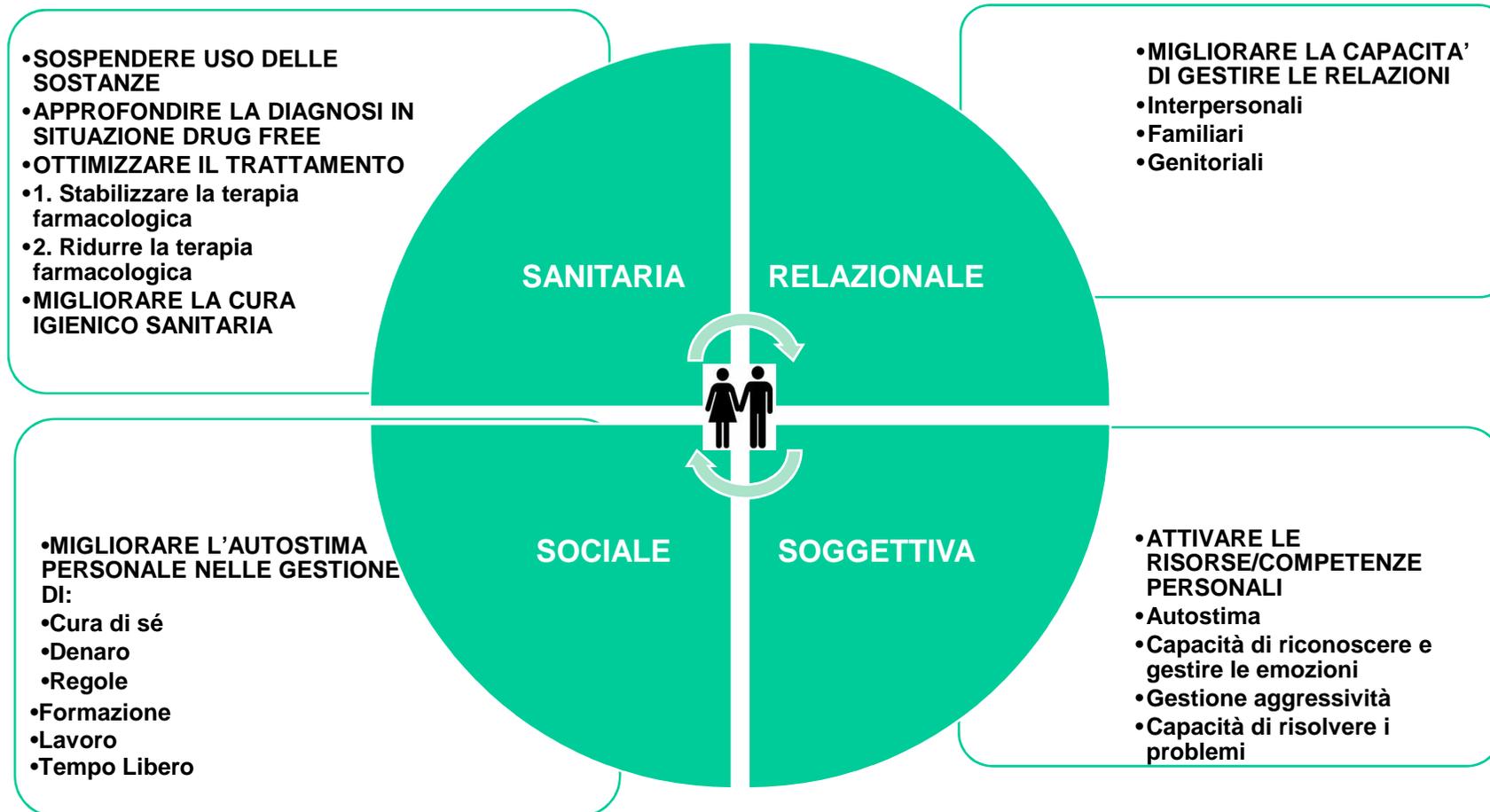
**BUONE PRATICHE  
PERCORSO RESIDENZIALE IN STRUTTURE ACCREDITATE  
PROGETTO MODERNIZZAZIONE**



# MULTIDIMENSIONALITÀ DEL PROCESSO DI RIPRESA

## STRUMENTI DI MISURA NUOVA SCHEDA SISTER

### PROGETTO MODERNIZZAZIONE



# Studi Epidemiologici

[www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/dais  
mdp/staff/osservatorio-epidemiologico](http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/dais/mdp/staff/osservatorio-epidemiologico)

- Ciccolallo, Morandi, Pavarin, Sorio, Buiatti, **La mortalità dei tossicodipendenti** nella Regione Emilia-Romagna ed i **suoi determinanti**, Risultati di uno studio longitudinale, in Epidemiologia & Prevenzione, 2000
- Sorio C., **Valutazione dei risultati e qualità dei servizi**, e La qualità percepita dagli utenti dei SerT, in Qualità e Outcome nelle Dipendenze, FrancoAngeli, 2005
- Antolini, Pirani, Morandi, Sorio, **Differenze di genere e mortalità** in una coorte di eroinomani nelle province di Modena e Ferrara (1975-1999), Epidemiologia & Prevenzione, 2006
- C. Sorio, **Valutazione** dei programmi di terapia del tabagismo dei **Centri Antifumo** dell'Ausl di Ferrara (1999-2004), in Tabaccologia, 2006
- C. Sorio, **Soggetti con problemi alcolcorrelati** nella provincia di Ferrara, in RM. Pavarin, A. Mosti, Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna, Clueb, 2009
- M. Ferri, A. Saponaro, M. Sanza, C. Sorio, **Cocaina** e servizi per le dipendenze. **Interventi e valutazione** in Emilia-Romagna, FrancoAngeli, 2010
- C. Sorio, **Fattori predittivi di esito del trattamento in strutture terapeutiche residenziali** in pazienti con disturbo da dipendenza da sostanze psicoattive, in Medicina delle Dipendenze, giugno 2015