

***L'integrazione organizzativa e clinica come  
principio fondativo degli interventi nell'Area  
della Salute Mentale***

Antonio Vita  
17.12.2021

## **Integrazione:**

Il fatto di rendere intero, pieno, perfetto ciò che è incompleto o insufficiente a un determinato scopo, aggiungendo quanto è necessario o supplendo al difetto con mezzi opportuni

Con valore reciproco, l'integrarsi a vicenda, unione, fusione di più elementi o soggetti che si completano l'un l'altro, spesso attraverso il coordinamento dei loro mezzi, delle loro risorse, delle loro capacità

fonte Ist. Enciclopedia Treccani

**Perché l'integrazione?**

L' integrazione costituisce il principio metodologico cardine per evitare i rischi di frammentazione e parcellizzazione degli interventi, rischi particolarmente elevati quando si affrontano problematiche complesse, e che riguardano sia il livello istituzionale che il livello clinico di intervento sul singolo e sul suo contesto, familiare e sociale

**L'integrazione deve essere  
declinata a più livelli**

**Integrazione** tra tutti gli ambiti e tutte le discipline dell'area salute mentale che, come previsto dalla L.R. 15/2016 (art. 53 quater comma 1), confluiscono nel DSMD – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, fondamentale contenitore organizzativo e operativo per garantire continuità di cure ed evitare duplicazioni di trattamenti e rinvii di pazienti e familiari da un Servizio all'altro, obiettivo da raggiungere anche attraverso la sperimentazione di servizi integrati innovativi

**Integrazione** con gli altri ambiti del sistema sanitario in un'ottica più inclusiva e finalizzata all'intercettazione, riconoscimento e trattamento precoce, in particolare con i servizi di prevenzione, di medicina e pediatria di base, ma anche con i Pronto Soccorso degli Ospedali e le altre discipline specialistiche

**Integrazione** tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale, in particolare servizi sociali, scuola, lavoro, reti relazionali e familiari, associazioni per valorizzare tutte le componenti e ottimizzare i percorsi di persone che non necessitano solo di erogazione di prestazioni sanitarie



**Integrazione** tra Ospedale e Territorio in senso bidirezionale per evitare interventi basati solo sull'emergenza e avulsi da una reale presa in carico della persona e dei suoi bisogni

**Integrazione** tra Pubblico e Privato  
Accreditato, in un'ottica di collaborazione e  
sussidiarietà per il raggiungimento di  
obiettivi comuni e condivisi di tutela della  
Salute Mentale in un dato territorio

**Integrazione** tra le varie figure professionali che concorrono alle equipe multidisciplinari e interdisciplinari dei Servizi dell'Area Salute Mentale con l'obiettivo di formulare interventi il più possibile personalizzati e di valorizzare tutte le componenti educative e riabilitative che integrano e ottimizzano l'intervento sanitario specialistico

**Integrazione** tra gli interventi terapeutici - farmacologici, psicologici e psicosociali -, tenendo come riferimento il modello vulnerabilità-stress-competenze sociali dei disturbi mentali, nonché la necessità di personalizzare gli interventi sulla base della caratterizzazione clinica e sociale del disturbo e dei bisogni specifici della persona

Addestramento  
alle abilità  
sociali

Rimedio  
cognitivo

**Interventi  
psicosociali**

Inserimento  
lavorativo

Psicoeducazione

**Motivazione**

**Sintomi,  
cognitività**

Cura del sé

**Funzionamento  
sociale**

Relazioni  
interpersonali

Lavoro/  
Scuola

Qualità  
della vita

Benessere  
soggettivo

*Recovery  
funzionale*

Autonomia

**Farmacoterapia**  
(efficace, ben tollerata, continuativa)

**MODELLO DI INTERVENTO INTEGRATO NEI DISTURBI MENTALI GRAVI**

# Trattamento integrato

NICE Guidelines

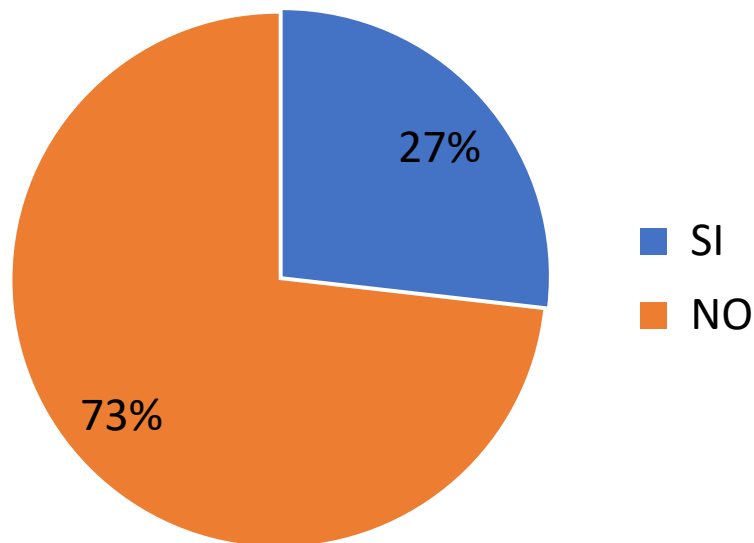
## **Un'equipe specializzata in grado di erogare un trattamento integrato dovrebbe:**

- Offrire interventi farmacologici, psicosociali e riabilitativi raccomandati dalle linee guida
- Avere le competenze per erogare tutti i trattamenti
- Porre l'accento sul coinvolgimento piuttosto che sulla gestione dei rischi
- Erogare trattamenti e cure nell'ambiente meno restrittivo e stigmatizzante possibile

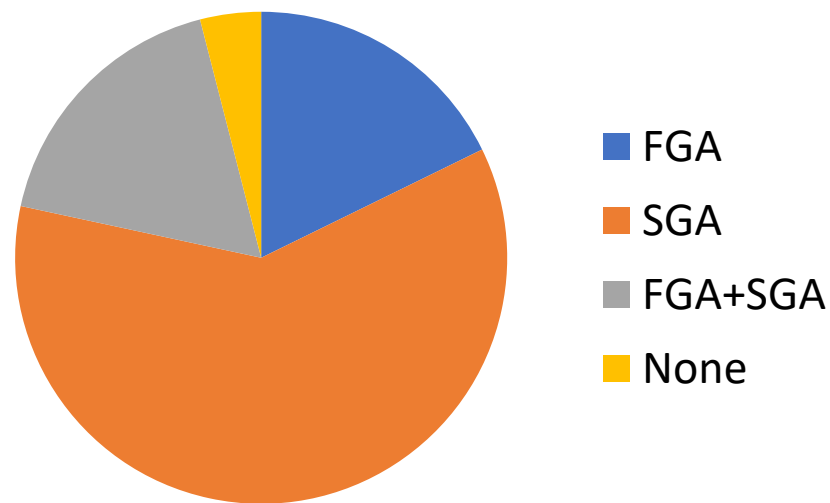
# Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi

## Trattamenti erogati

### Trattamento Integrato



### Trattamento Antipsicotico



**Trattamento integrato = Trattamento con farmaci antipsicotici +**

- ➤ **Gruppi di auto mutuo aiuto**
- ➤ **Lavoro protetto in cooperativa sociale/centro diurno**
- ➤ **Frequenza centro riabilitativo/centro diurno**

**Aumentare la motivazione  
ed il coinvolgimento della persona:  
«la Persona al centro»**



# Patient-Centered Psychopharmacology and Psychosocial Interventions: Treatment Selection and Shared Decision-Making to Enhance Chances for Recovery

John Lauriello<sup>1</sup>

## Abstract

Individuals with schizophrenia can achieve the ultimate goal of treatment-recovery. However, patients are often nonadherent to prescribed medication regimens, leading to relapses and significantly decreasing their chances of ever reaching this goal. By implementing patient-centered assessment and evidence-based pharmacologic and psychosocial interventions, such as LAI antipsychotics, cognitive-behavioral therapy, and motivational interviewing, clinicians can improve medication adherence and enhance the potential for functional recovery.

# Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis

Diana Stovell, Anthony P. Morrison, Margarita Panayiotou and Paul Hutton

## Background

In the UK almost 60% of people with a diagnosis of schizophrenia who use mental health services say they are not involved in decisions about their treatment. Guidelines and policy documents recommend that shared decision-making should be implemented, yet whether it leads to greater treatment-related empowerment for this group has not been systematically assessed.

## Aims

To examine the effects of shared decision-making on indices of treatment-related empowerment of people with psychosis.

## Method

We conducted a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) of shared decision-making concerning current or future treatment for psychosis (PROSPERO registration CRD42013006161). Primary outcomes were indices of treatment-related empowerment and objective coercion (compulsory treatment). Secondary outcomes were treatment decision-making ability and the quality of the therapeutic relationship.

## Results

We identified 11 RCTs. Small beneficial effects of increased

shared decision-making were found on indices of treatment-related empowerment (6 RCTs;  $g=0.30$ , 95% CI 0.09–0.51), although the effect was smaller if trials with >25% missing data were excluded. There was a trend towards shared decision-making for future care leading to reduced use of compulsory treatment over 15–18 months (3 RCTs; RR=0.59, 95% CI 0.35–1.02), with a number needed to treat of approximately 10 (95% CI 5– $\infty$ ). No clear effect on treatment decision-making ability (3 RCTs) or the quality of the therapeutic relationship (8 RCTs) was found, but data were heterogeneous.

## Conclusions

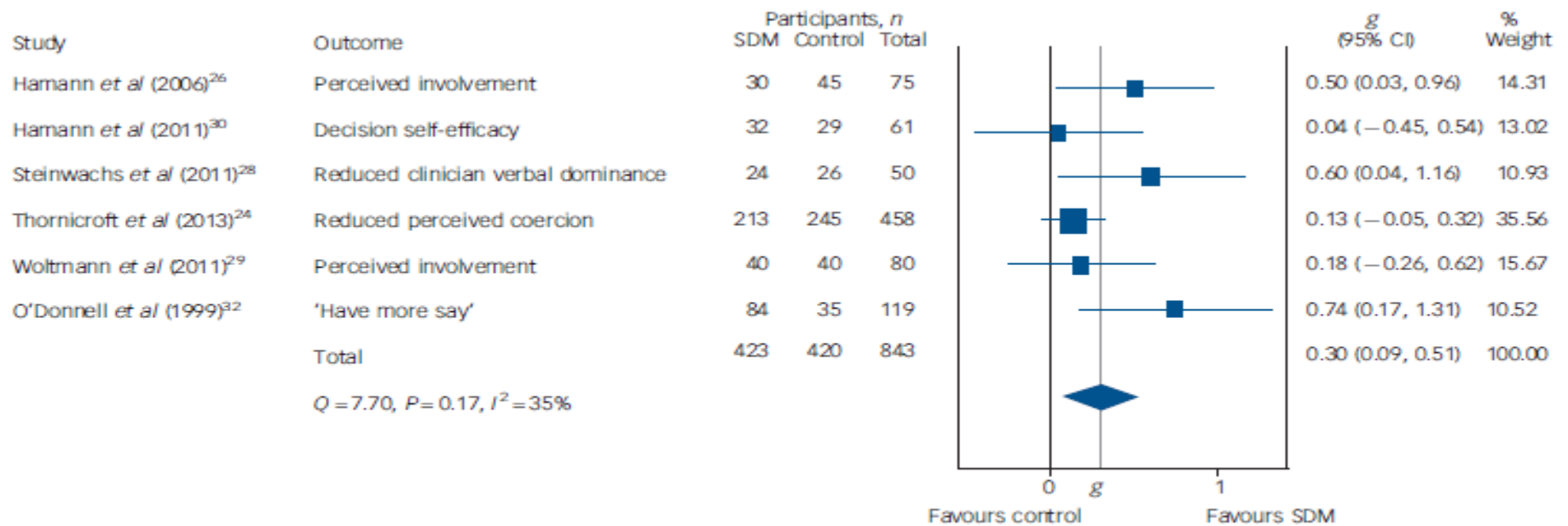
For people with psychosis the implementation of shared treatment decision-making appears to have small beneficial effects on indices of treatment-related empowerment, but more direct evidence is required.

## Declaration of interest

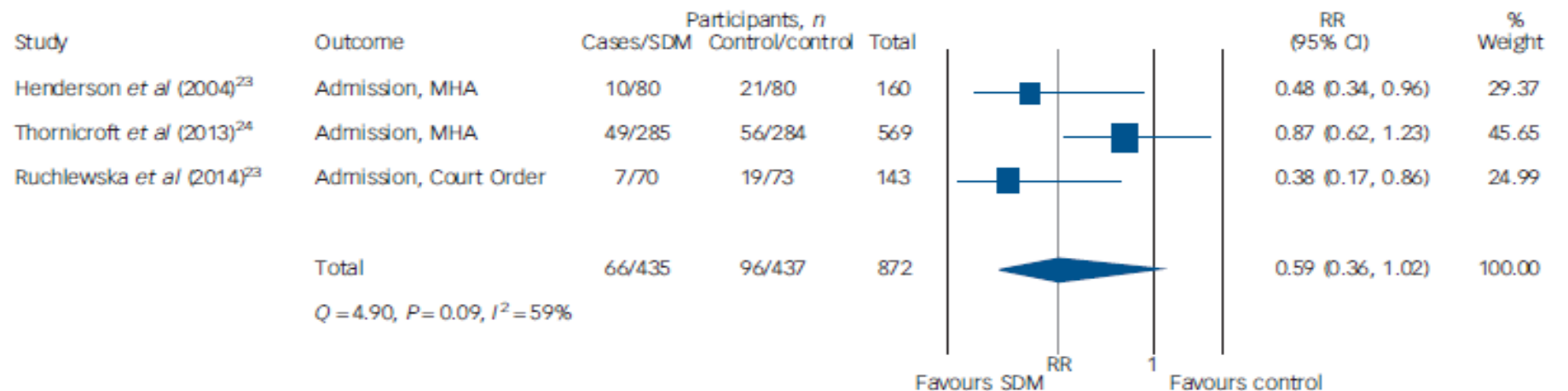
None.

## Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2016.



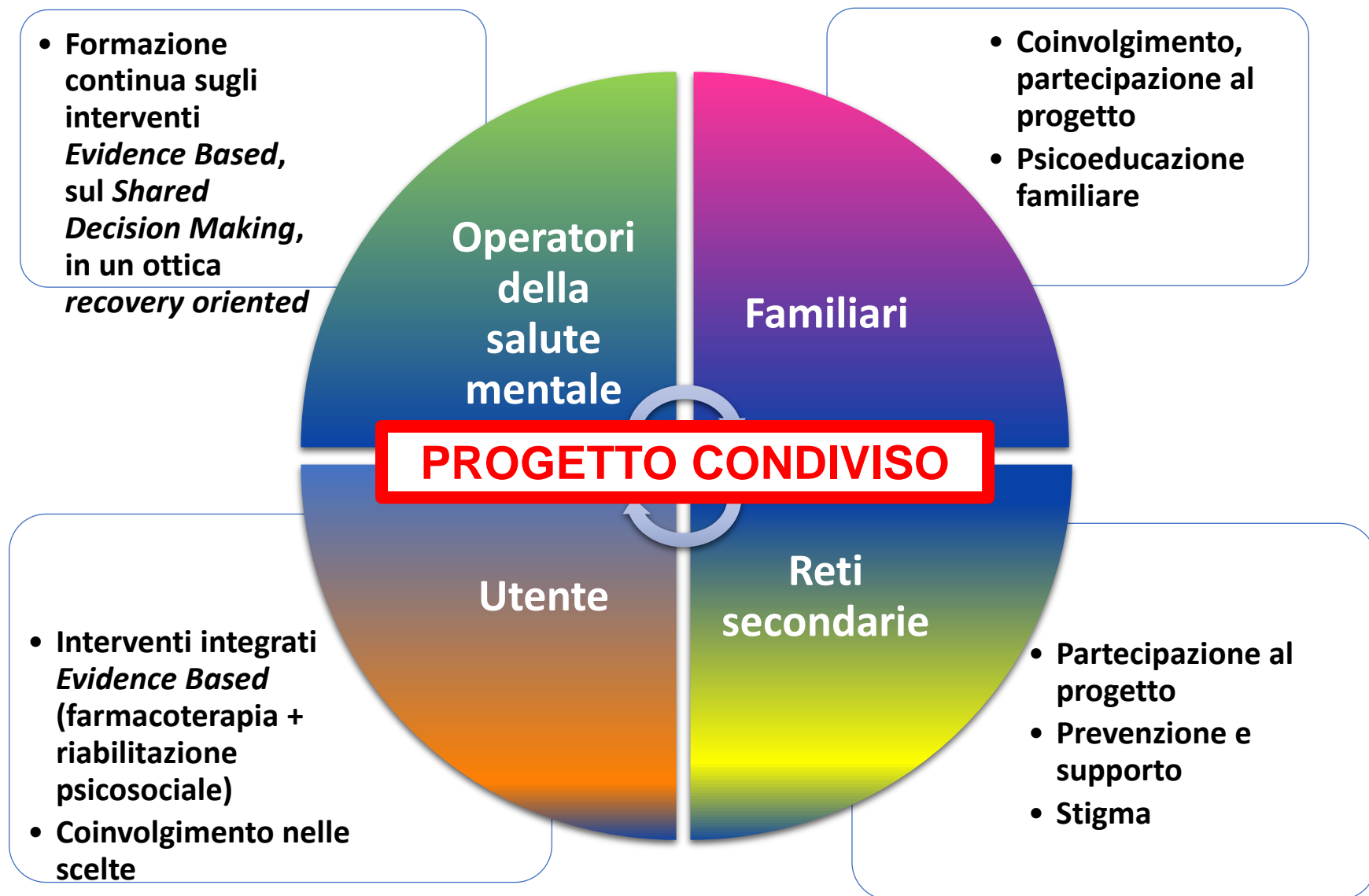
**Fig. 2** Effect of shared decision-making (SDM) on indices of subjective empowerment.



**Fig. 3** Effect of shared decision-making (SDM) on risk of compulsory treatment.

MHA, Mental Health Act; RR, relative risk.

# Integrazione degli interventi e progetto terapeutico condiviso



***Condivisione tra pazienti, familiari ed operatori della salute mentale***