

# ESORDI PSICOTICI

Ruolo del disturbo  
da uso di sostanze

Dott Manuel Dario Blanco  
ASL BIELLA  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE



# STATI MENTALI A RISCHIO

- ✓ **Complessi sindromici che includono fattori clinici e genetici**
- ✓ **non è una diagnosi di stato**
- ✓ **non è presente nelle attuali classificazioni nosografiche**
- ✓ **i criteri di inclusione prevalgono su quelli di esclusione**
- ✓ **aspecificità- trasversalità - dimensionalità**

AREA COGNITIVA

FUNZIONAMENTO SOCIALE

AREA AFFETTIVA  
EMOZIONALE

AREA COMPORTAMENTALE

# PRODROMO

---

**Pro=avanti dromos = corsa**

*Ciò che corre avanti, che precede, che annuncia ciò che seguirà*

▲ **Sintomi sottosoglia**

- ▲ Periodo di **disagio** pre-psicotico che rappresenta una marcata deviazione della precedente esperienza e del comportamento di una persona (YUNG, McGORRY)

*«eterogeneo gruppo di comportamenti correlati ad una franca psicosi»*

*(Keith e Matthews, 1991)*



**INSIDE  
OUT**

WWW.ENTERTAINMENTWALLPAPER.COM

**RIDOTTA CONCENTRAZIONE E ATTENZIONE**

**Umore depresso**

**DISTURBI DEL SONNO**

**Sospettosità**

**Ansia**

**Irritabilità**



Dal 10 al 50% di ragazzi di 16anni riportano almeno 2 sintomi prodromici di psicosi, il 99% va incontro a remissione spontanea

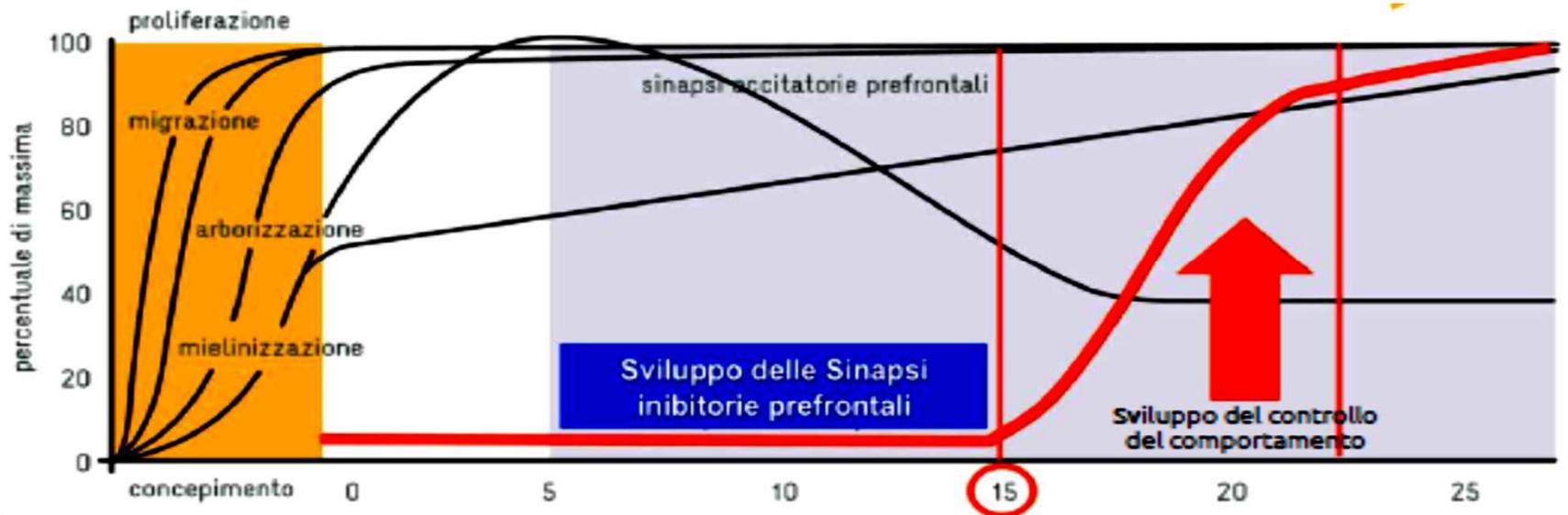
**Adolescenza**

**Ridotta spinta, motivazione, energia**

**Deterioramento nelle proprie attività**

**Ritiro sociale**

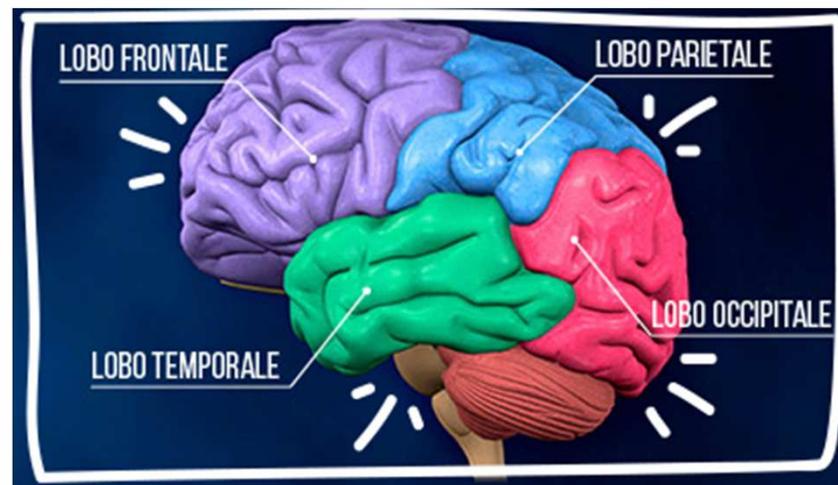
# Sviluppo Cerebrale



**PROLIFERAZIONE  
SINAPTOGENESI**  
Prima della nascita

**MIELINIZZAZIONE**

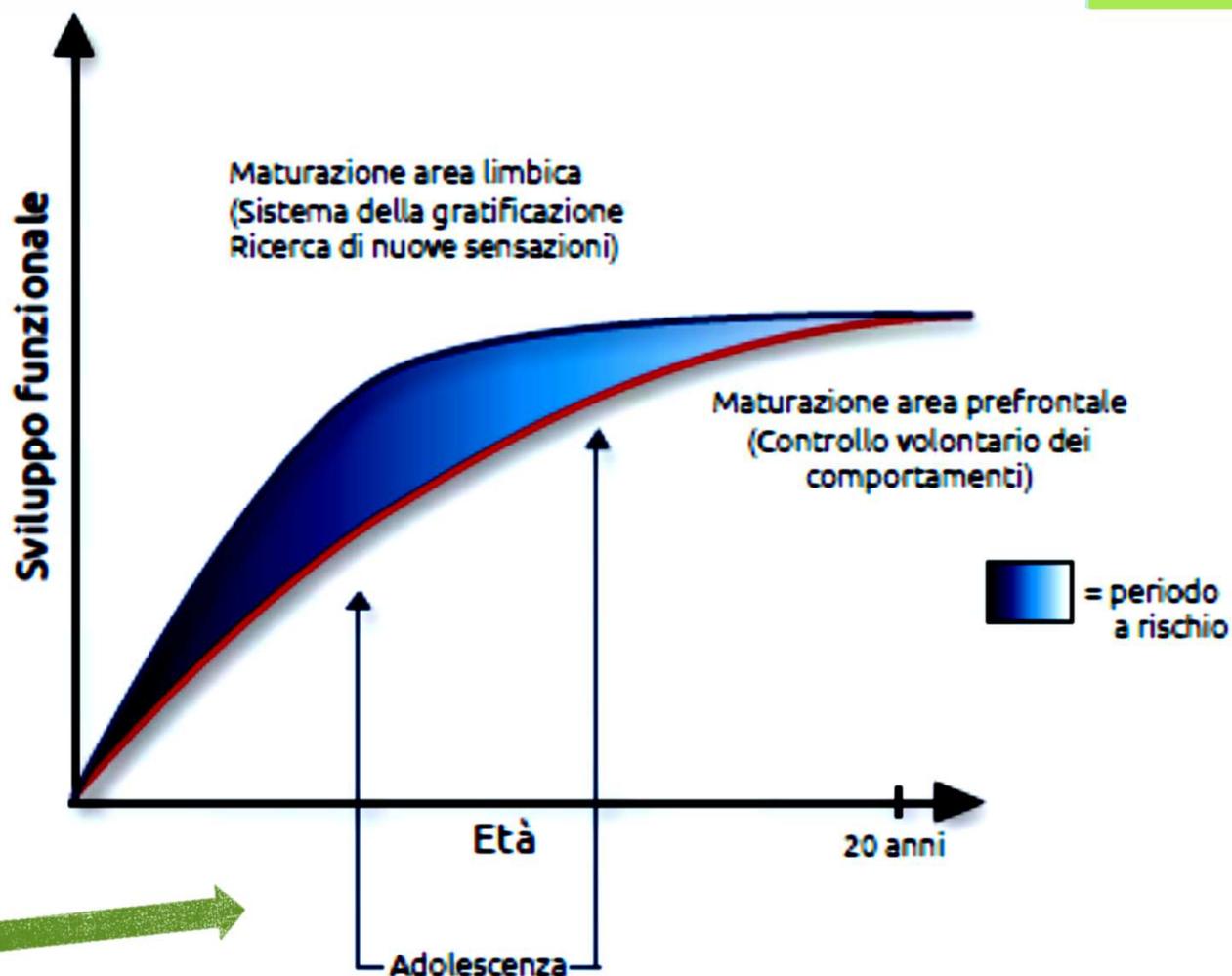
**PRUNING**



**Disallineamento per** immaturità delle aree cortico-frontali sul sistema limbico fa sì che gli adolescenti siano **propensi al rischio**, ma allo stesso tempo permette loro di adattarsi prontamente all'ambiente

- ❑ Sensibilità e Vulnerabilità
- ❑ Flessibilità e Plasticità
- ❑ Aumento del numero di connessioni tra le regioni cerebrali.

**Maggiore vulnerabilità**



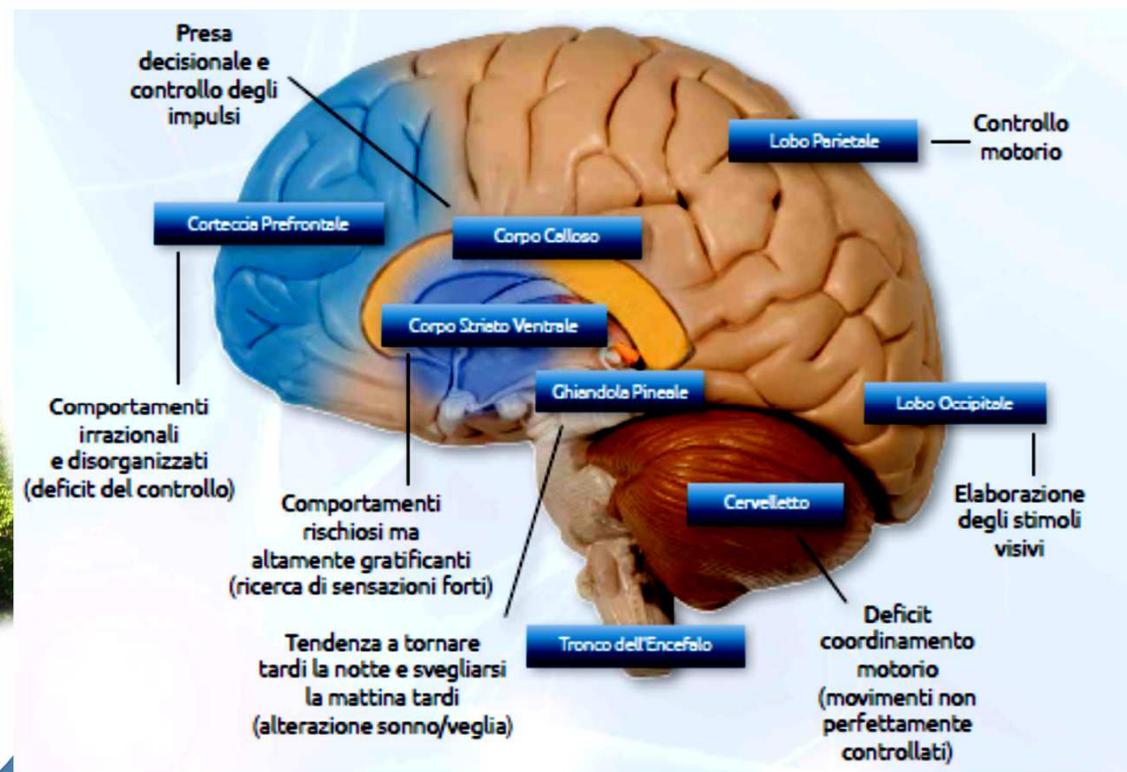
Le stesse aree sono anche il luogo di maggiore espressione di alcuni **geni che sono stati associati al rischio di schizofrenia.**

*Kirstie J. Whitaker et al Adolescence is associated with genomically patterned consolidation of the hubs of the human brain connectome. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2016;*

# CERVELLO A RISCHIO



- ☒ Risk taking
- ☒ Self-harm
- ☒ Sensation seeking
- ☒ Farma-party
- ☒ Parkour
- ☒ Sostanze



# EMCCDA 2019 in EUROPA

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età.

Il 20% dai 15 ai 24 anni dichiara di aver usato cannabis

## Caratteristiche

17%  83% 

17 Età media alla prima assunzione

25 Età media all'inizio del primo trattamento

83 000

Utenti trattati per la prima volta



59 000

Utenti già in carico

58%

42%

28%

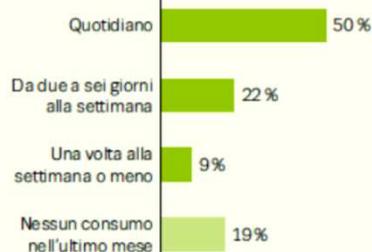
45%

83 000

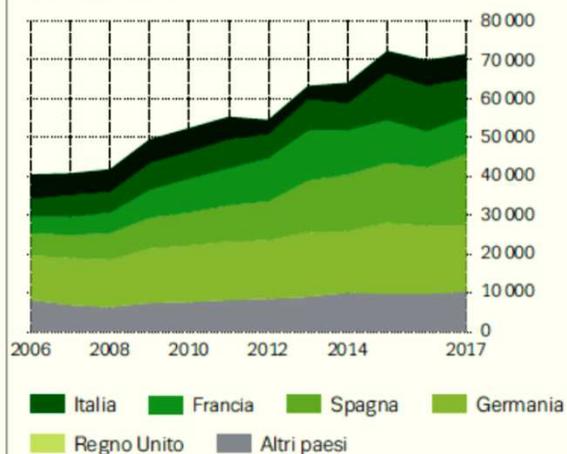
59 000

## Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **5,3** giorni alla settimana



## Tendenze relative agli utenti presi in carico per la prima volta



## Cannabis



### Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **24,7 milioni**  
7,4%



Consumo nella vita: **91,2 milioni**  
27,4%



### Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **17,5 milioni**  
14,4%



Stime nazionali dell'uso nell'ultimo anno

Minimo 3,5% Massimo 21,8%



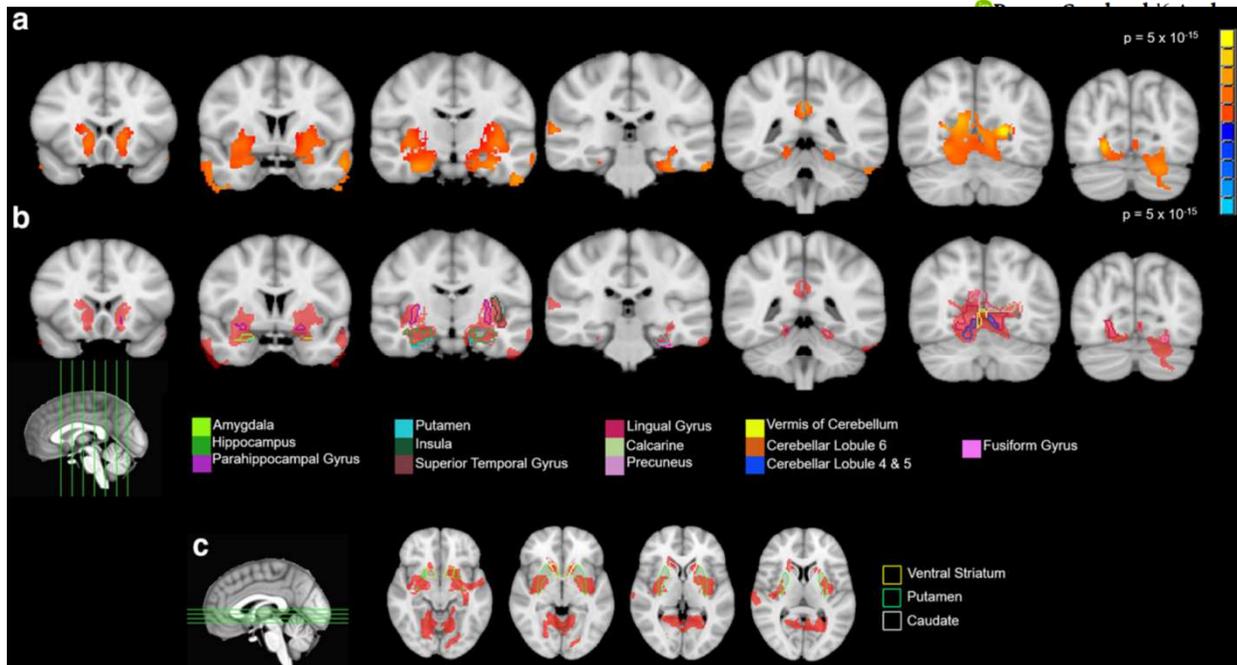
# Cannabis

Behavioral/Cognitive

## Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence

Catherine Orr,<sup>1,2</sup> Philip Spechler,<sup>1</sup> Zhipeng Cao,<sup>3,4</sup> Matthew Albaugh,<sup>1</sup> Bader Chaarani,<sup>1</sup> Scott Mackey,<sup>1</sup> Deepak D'Souza,<sup>5</sup> Nicholas Allgaier,<sup>1</sup> Tobias Banaschewski,<sup>6</sup> Arun L.W. Bokde,<sup>7</sup> Uli Bromberg,<sup>8</sup> Christian Büchel,<sup>8</sup> Erin Burke Quinlan,<sup>9</sup> Patricia Conrod,<sup>10,11,12</sup> Sylvane Desrivieres,<sup>9</sup> Herta Flor,<sup>13,14</sup> Vincent Frouin,<sup>15</sup>

Is Heinz,<sup>17</sup> Bernd Ittermann,<sup>18</sup> Jean-Luc Martinot,<sup>19</sup> Marie-Laure Paillère Martinot,<sup>20</sup> Papadopoulos Orfanos,<sup>15</sup> Tomáš Paus,<sup>21</sup> Luise Poustka,<sup>22,23</sup> Sabina Millenet,<sup>6</sup> Radhakrishnan,<sup>5</sup> Michael N. Smolka,<sup>24</sup> Henrik Walter,<sup>17</sup> Robert Whelan,<sup>3,4</sup> Sandra Potter,<sup>1</sup> and Hugh Garavan<sup>1</sup>



The Journal of Neuroscience, March 6, 2019 • 39(10):1817–1827

Un'eccessiva perdita sinaptica durante il periodo del pruning è uno dei fattori collegati con lo sviluppo della schizofrenia, impoverimento delle sinapsi della corteccia prefrontale

le alterazioni più significative nell'**amigdala** (paura e processi emotivi) nell'**ippocampo** (memoria e abilità spaziali).

**ALTERATO IL PRUNING  
SFOLTIMENTO SINAPTICO**

Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4 Aswin Sekar, et al. Nature [Published: 27 January 2016](#)

# Cannabis PsYcHosis

- × Alti dosaggi di THC
- × Rapida remissione dei sintomi dopo l'interruzione
- × Il recupero è completo
- × La familiarità non è un fattore predittivo di rischio
- × Il disturbo si ripresenta se il soggetto ritorna ad assumere cannabis
- × Confusione, disorientamento, amnesia (molto comuni)
- × Derealizzazione, allucinazioni maggiormente visive e in minor incidenza di tipo uditive, paranoia, irritabilità (14%)



# Psicosi sintetiche

- ◆ Base organico-esogena
- ◆ *il disturbo del pensiero* è un fenomeno secondario
- ◆ *Le allucinazioni* sono più frequentemente visive
- ◆ I **disturbi psicosensoriali** sono più prossimi alle allucinosi

730 NPS

DARKNET

SPICEOPHRENIA

**Potenza 10 volte superiore alla cannabis**

*84% di droghe sintetiche viene sequestrato sul territorio nazionale  
91,4% sono derivate dalla cannabis*

# Nuove sostanze psicoattive

- ✦ *aumento* dei livelli di dopamina centrale, associati con l'assunzione di più di queste sostanze, tra cui fenetilamine psichedeliche e catinoni sintetici
- ✦ *attivazione* del recettore dei cannabinoidi CB1 ottenuto con i cannabinoidi sintetici;
- ✦ *attivazione* del recettore 5-HT<sub>2A</sub> con gli ultimi derivati della triptamina e delle piante allucinogene;
- ✦ *attività* antagonista a livello dei recettori NMDA descritto con molecole fenciclidina-simile;
- ✦ *attivazione* del recettore k-oppioidi tipicamente associato con l'assunzione di *Salvia divinorum*.

## EFFETTI Psichici

Allucinazioni  
visive/uditive

Ansietà

Agitazione psicomotoria

Alterazione del  
comportamento

Irritabilità

## EFFETTI Fisici

Aumento della frequenza  
cardiaca

Iperensione

Cardiotossicità

Dolore Toracico

Stroke

Encefalopatia

Insufficienza renale acuta

Infarto

Iperglicemia

Nausea/vomito

Convulsioni

Morte

# Casi Clinici

MV.

- ✓ Ragazza di 20 aa
- ✓ Pregressa storia in NPI con esordio a 12 aa
- ✓ Cannabis continuativa per circa 15 giorni (1 die)
- ✓ Sintomi di tipo dissociativo
- ✓ Alterazioni percettive (sensazione di vedere il sole avvicinarsi, di essersi trasformata in una balena)
- ✓ Alterazioni del pensiero, con intensa ideazione di riferimento, ideazione paranoidea, a sfondo persecutorio, fuga dissociativa (senza scarpe).
- ✓ Anomalie del comportamento disorganizzato e afinalistico

E.

- ◆ Ragazzo di 23 aa
- ◆ Pregresso esordio all'età di 18 anni, primo TSO fuori sede
- ◆ Utilizzo periodico di cannabis a scopo calmante e rilassante (2/3 die)
- ◆ Perdita del funzionamento lavorativo
- ◆ Comportamento dirompente con atteggiamenti aggressivi eterodiretti
- ◆ Intensa disforia
- ◆ Dissociazione
- ◆ Alterazione dello stato di coscienza con perdita dei parametri spazio temporali
- ◆ Atteggiamento afinalistico

G.

- Ragazzo 22 aa
- Utilizzo periodico di cannabis a scopo calmante e rilassante (2/3 die)
- Intenso isolamento socio-relazionale
- Sintomi prettamente somatici con diffusione del pensiero e deliri di influenzamento sul soma
- Alterazioni del pensiero, con intensa ideazione di riferimento, ideazione paranoidea, a sfondo persecutorio, sensazione di essere controllato attraverso WiFi, smartphone e pc,
- False credenze (dichiara di essere stato scelto per una missione segreta di contrasto ad una forma di organizzazione criminale)
- Alterazione dei ritmi sonno veglia
- Perdita del funzionamento socio-relazionale (passa le sue giornate chiuso in camera, non ha rapporti con i familiari)

TSO

LAI

Psicosi

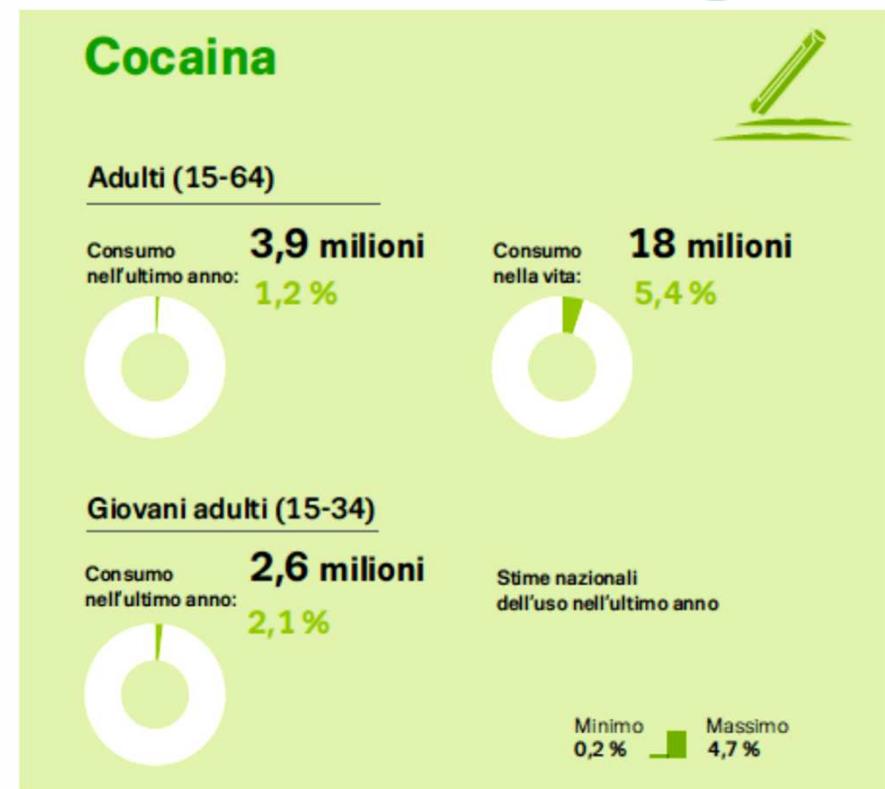
# Cocaine-Psychosis

## CIP (cocaine induced psychosis)

intensa paranoia che si risolve tipicamente con l'astensione dell'uso, con allucinazioni e deliri

## CED (cocaine excited-delirium)

sindrome neurotossica da cocaina: ipertermia, obnubilamento del sensorio, arresto respiratorio, rigidità muscolare, in alcuni casi rabdomiolisi e morte



## CIP COCAINE INDUCED PSYCHOSIS



- ▲ Sintomi **dissociativi**
- ▲ **Paranoia ,deliri,**
- ▲ **Allucinazioni uditive**
- **Breve durata**
- **La severità è proporzionale alla quantità**
- **Correlata al numero di episodi di abuso e alla durata della storia del consumo di cocaina nel tempo**

*Cubells & coll. (2005)*

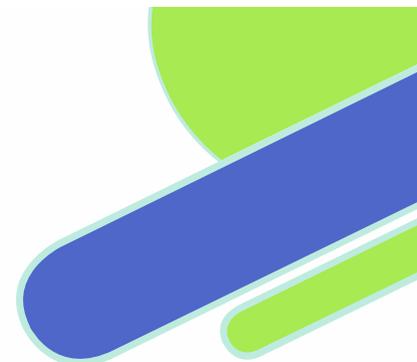
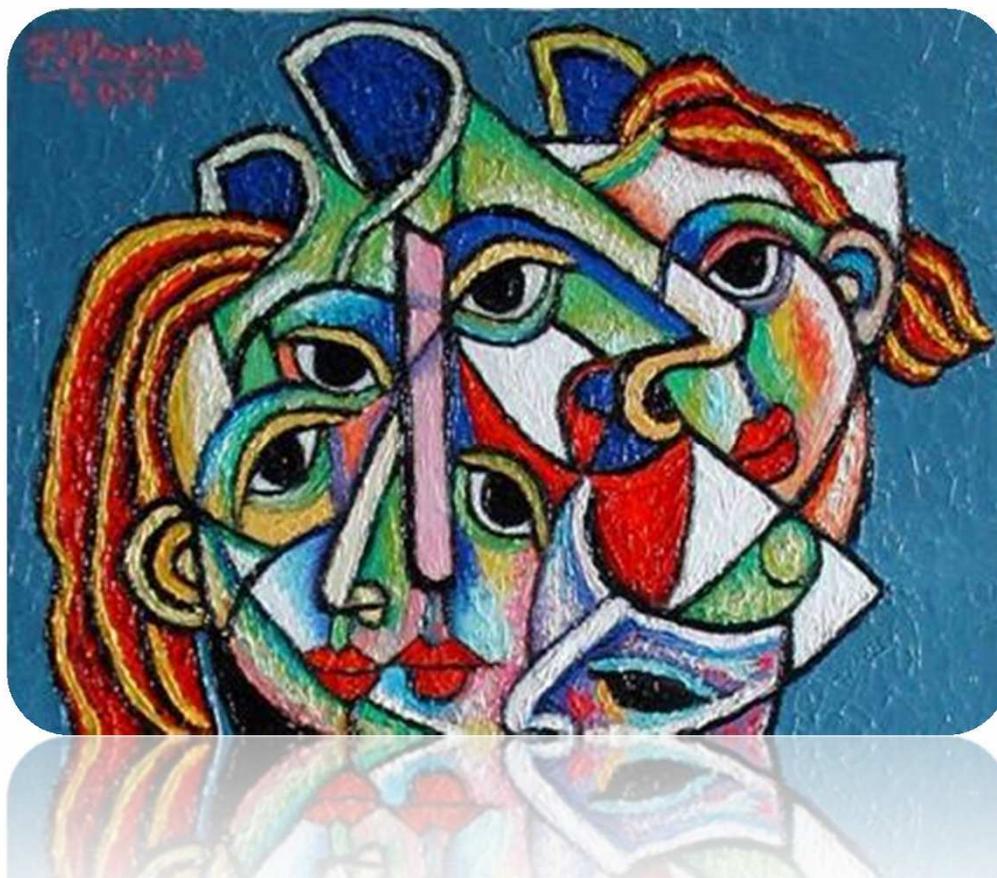
## Diagnosi Differenziale CIP VS SCHIZOFRENIA

- ✓ I CIP sono **riconosciuti** dal consumatore di cocaina
- ✓ L'orientamento spazio-temporale è mantenuto
- ✓ C'è il ricordo vivido della fase dissociativa
- ✓ Tutte le sensazioni percettive sono amplificate (suoni più forti, colori più brillanti)



# Prevenire o Curare?

---



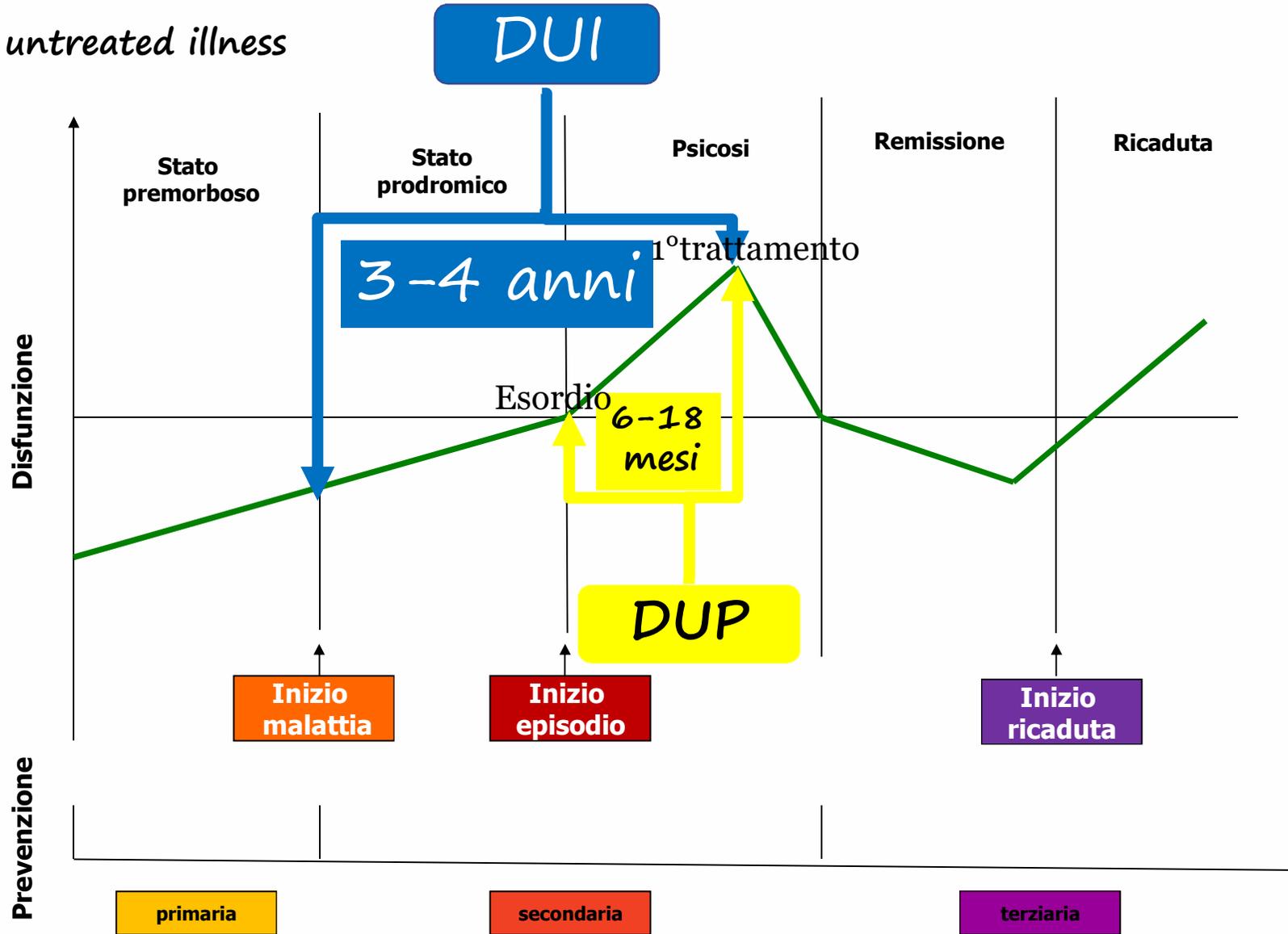
# Identificazione dei gruppi ad alto rischio

- ✓ Sullivan 1927 «riconoscimento e intervento nella **fase precoce** come obiettivo di cura»
- ✓ Huber e Gross 1989 «**Sintomi di Base**» lievi esperienze anomale, autopercepite e disturbanti, che investono i domini del pensiero, della percezione, della volizione e degli affetti, della psicomotricità e delle funzioni vegetative



- ✓ Chapman 1966, Yung 1996, delinearono retrospettivamente i sintomi di sviluppo della schizofrenia come **sintomi non specifici** come depressione, ansia, disturbi del sonno e/o sintomi psicotici abbozzati o non pienamente strutturati
- ✓ L'obiettivo era quello di identificare un gruppo ad imminente alto rischio di disturbo psicotico, utilizzando una combinazione di fattori di rischio genetici e clinici (Yung 2003).

*Duration of untreated illness*



*Duration of untreated psychosis*

# DUP

Can J Psychiatry 2014;59(10):513–517

In Review

## **The Role of Untreated Psychosis in Neurodegeneration: A Review of Hypothesized Mechanisms of Neurotoxicity in First-Episode Psychosis**

**Kelly K Anderson, PhD<sup>1</sup>; Aristotle Voineskos, MD, PhD<sup>2</sup>; Benoit H Mulsant, MD, MS<sup>3</sup>;  
Tony P George, MD<sup>4</sup>; Kwame J McKenzie, MD<sup>5</sup>**

Ipotizzano un effetto neurotossico della psicosi stessa, a maggior impatto nell'area critica (i primi 5 anni)



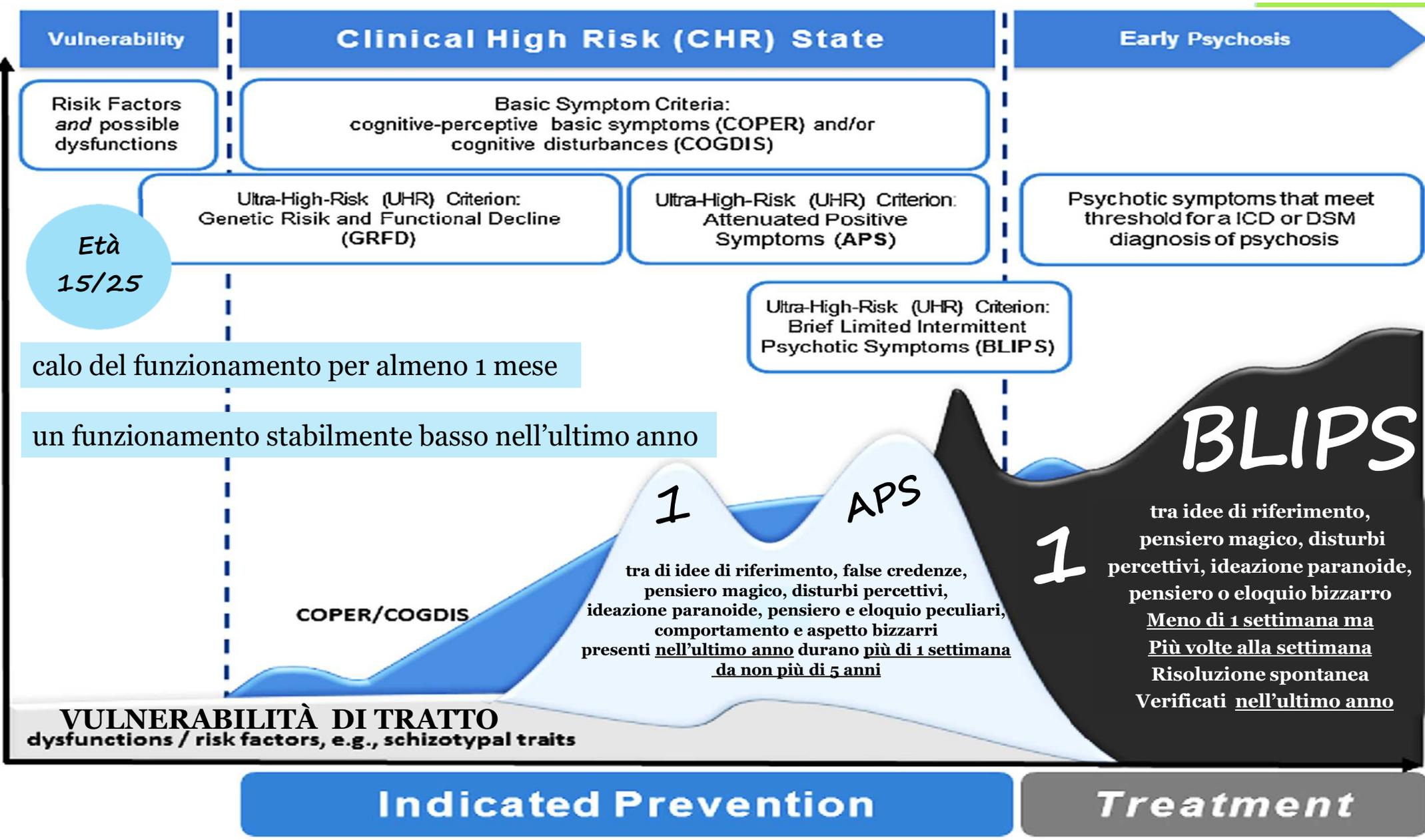
### **Minore DUP**

- riduzione della morbilità;
- un più rapido processo di guarigione;
- prevenzione delle ricadute;
- mantenimento delle abilità sociali;
- conservazione dei rapporti familiari e sociali;
- minore necessità di ospedalizzazione





Psychosocial impairment



## Sintomi di Base

- Stato Prodromico più precoce(Bechdolf 2012).
- Esperienze elementari, acaratteristiche, soggettive e disturbanti che influenzano diversi domini psichici e cognitivi (disturbi del pensiero, della percezione e del linguaggio, difficoltà attentive, della memoria)
- Compromissione autopercepita di emozioni, percezioni, propriocettività, pensiero, linguaggio, pianificazione delle attività
- Disturbi di lieve entità( sub-clinici)
- Evidenti molti anni prima dell'insorgenza del disturbo psicotico (Huber 1989)



## Cognitivo Percettivo (COPER)

- Alterazione del pensiero, interferenze, perseverazioni, barrage
- Idee di riferimento incostanti
- Ridotta capacità di discriminare tra idee percezioni e tra fantasie e ricordi
- Derealizzazioni
- Disturbo della percezione visiva

*Sintomi di Base*

## Cognitive Disturbance (COGDIS)

- **Pensieri Interferenti**
- **Pressione dei pensieri**
- **Blocco del pensiero**
- **Incapacità di suddividere l'attenzione**
- **Disturbo recettivo del linguaggio**
- **Disturbo espressivo del linguaggio**
- **Idee di riferimento incostanti**
- **Disturbo dell'interpretazione simbolica**
- **Tendenza a fissare l'attenzione su piccoli dettagli del campo visivo**

# TRANSIZIONE UHR-PSYCHOSIS

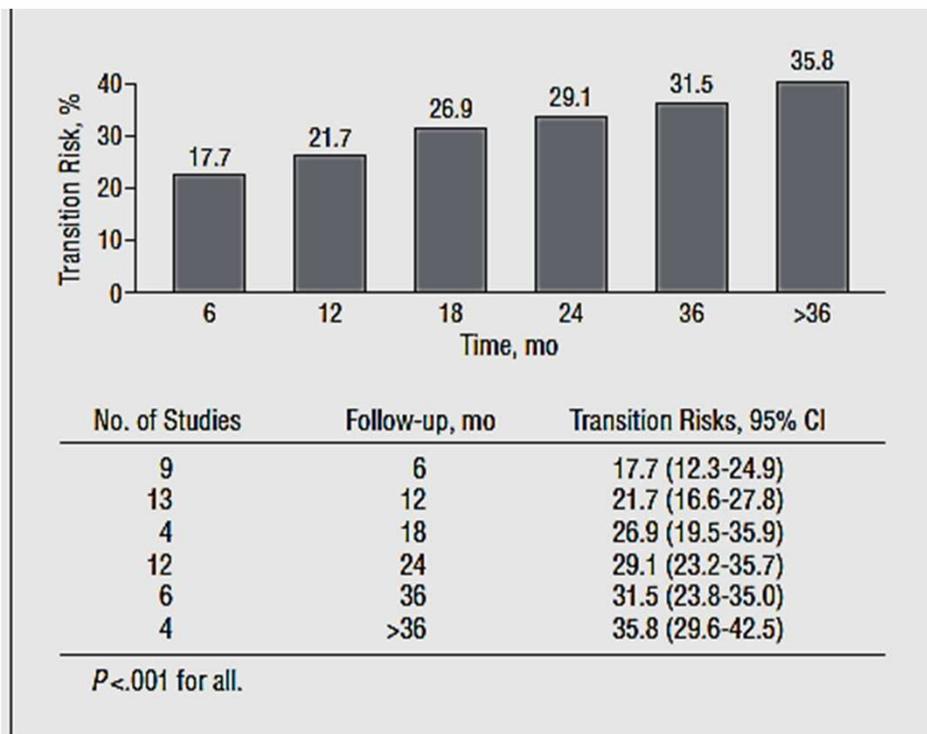


Figure 2. Meta-analyses of transition risks from clinical high risk to full psychosis at different time points of follow up.

(Fusar-Poli 2012).

- tassi di transizione del 18% dopo 6 mesi di follow-up
- del 22% dopo 1 anno
- 29% dopo 2 anni
- 36% dopo 3 anni

Questo rischio è circa **400 volte** superiore al rischio di sviluppo di psicosi nella popolazione generale

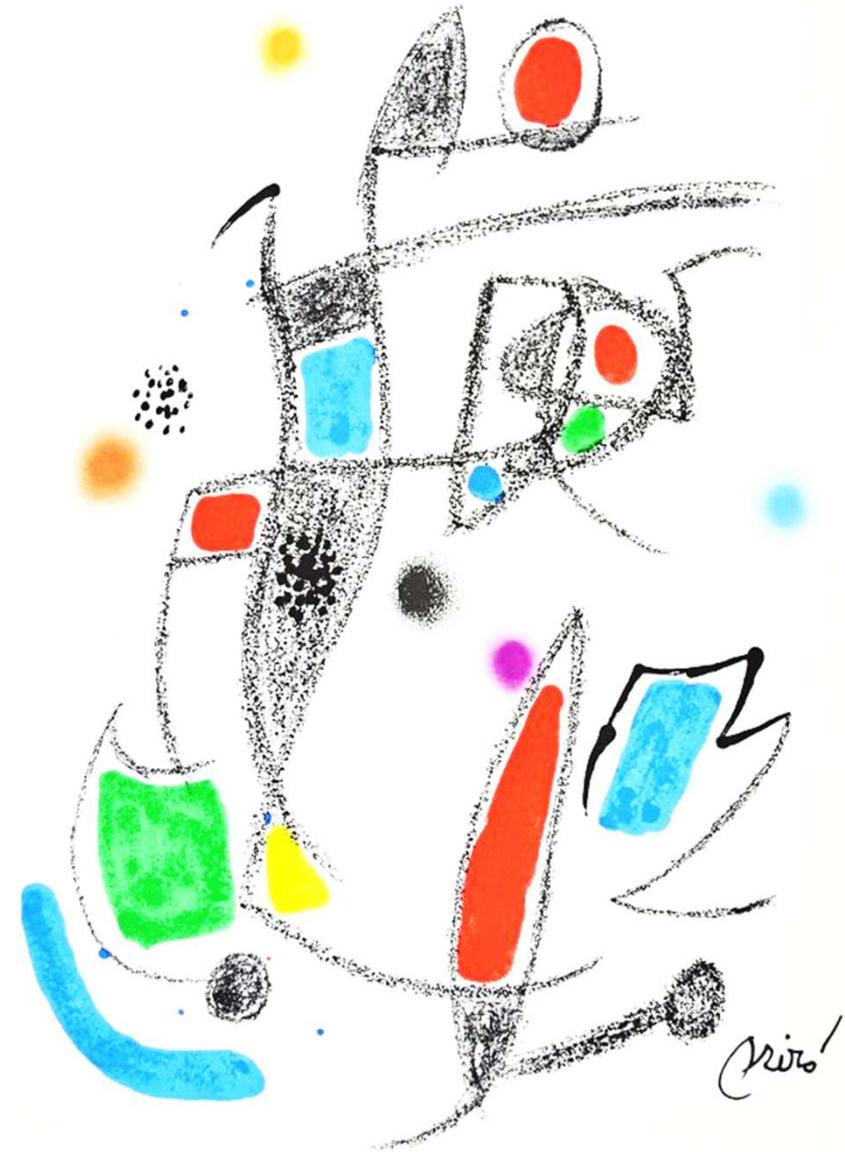
- ✓ Studi contrastanti dimostrano che solo il 50% degli UHR svilupperà Psicosi
- ✓ Sintomo trasversale lo **scarso funzionamento**

# EARLY DETECTION AND EARLY INTERVENTION

- † Early onset schizofrenia 13-16 anni
- † Very early onset schizofrenia al di sotto dei 13 anni

Early  
Intervention

- 1) prima dello sviluppo del disturbo psicotico, nella **fase prodromica**
- 2) subito dopo il primo episodio, nel **primo periodo di psicosi**

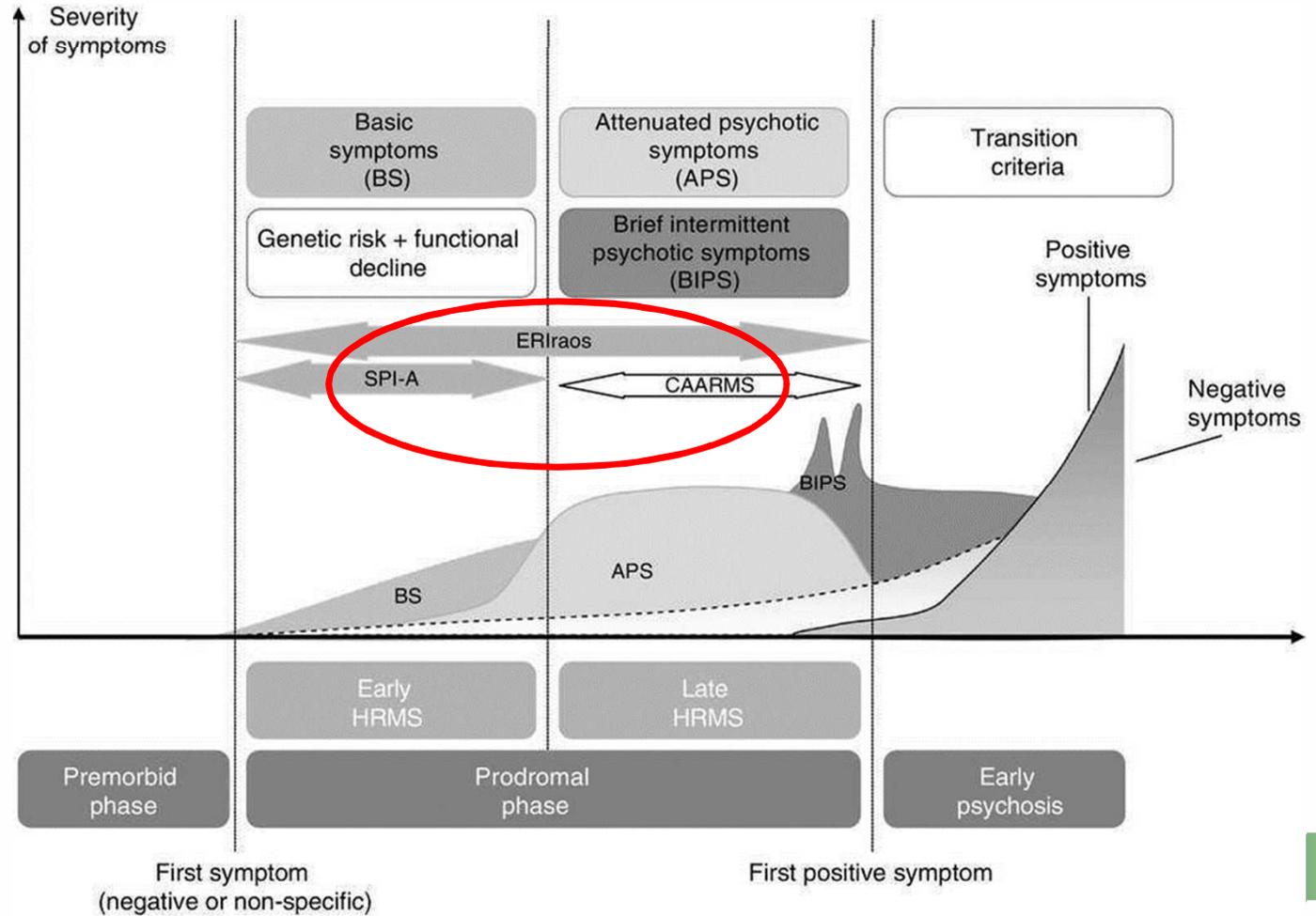


# SCREENING

## Early Recognition Inventory ER Iraos-CL

Massimizza l'identificazione del rapporto segnale-rumore, il disagio sintomi aspecifici e sintomi specifici.  
**4 domini target** come predittori del rischio di psicosi

- Irritabilità
- Tensione motoria
- Ideazione paranoidea
- Distraibilità



# ASSESSMENT

- ✦ Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (**CAARMS**) (Yung2005), sviluppato a Melbourne
  - ✦ Structured Interview for Prodromal Symptoms(SIPS)
  - ✦ Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) (Miller 2003)
  - ✦ Strumenti di valutazione per identificare SB Schizophrenia Proneness Instrument Adult version (**SPI-A**) (Schultze-Lutter 2007)
- ✦ Queste scale si focalizzano sui **sintomi positivi** della psicosi (credenze, percezioni ed eloquio disturbato) concepiti come la modalità clinica di espressione del rischio.



A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry

VALUTAZIONE GENERALE DEGLI STATI MENTALI A RISCHIO



# Trattamento farmacologico stati mentali a rischio



## PRO

- ✓ Riduce sintomi
- ✓ Utilizzo LAI
- ✓ Azione sul ridotto funzionamento
- ✓ Alza la soglia di vulnerabilità
- ✓ In caso di transizione a psicosi  
MINIMIZZA I COSTI

## CONTRO

- ✓ **FALSI POSITIVI**
  - ✓ **Episodi psicotici brevi**
  - ✓ **STIGMATIZZAZIONE**
- 

# CBT

## META-ANALYSIS

### Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis

#### A Meta-analysis

Paolo Fusar-Poli, MD, PhD; Giacomo Deste, MD; Renata Smieskova, PhD; Stefano Barlati, MD; Alison R. Yung, MD; Oliver Howes, BM, BCh, MA, MRCPsych, PhD, DM; Rolf-Dieter Stieglitz, PhD; Antonio Vita, MD, PhD; Philip McGuire, BSc, MB, ChB, MD, PhD, FRCPsych; Stefan Borgwardt, MD, PhD

**Context:** A substantial proportion of people at clinical high risk (HR) of psychosis will develop a psychotic disorder over time. Cognitive deficits may predate the onset of psychosis and may be useful as markers of increased vulnerability to illness.

**Objective:** To quantitatively examine the cognitive functioning in subjects at HR in the literature to date.

**Data Sources:** Electronic databases were searched until January 2011. All studies reporting cognitive performance in HR subjects were retrieved.

**Study Selection:** Nineteen studies met the inclusion criteria, comprising a total of 1188 HR subjects and 1029 controls.

**Data Extraction:** Neurocognitive functioning and social cognition as well as demographic, clinical, and methodological variables were extracted from each publication or obtained directly from its authors.

**Data Synthesis:** Subjects at HR were impaired relative to controls on tests of general intelligence, executive function, verbal and visual memory, verbal fluency, attention and working memory, and social cognition. Processing speed domain was also affected, although the difference was not statistically significant. Later transition to psychosis was associated with even more marked deficits in the verbal fluency and memory domains. The studies included reported relatively homogeneous findings. There was no publication bias and a sensitivity analysis confirmed the robustness of the core results.

**Conclusions:** The HR state for psychosis is associated with significant and widespread impairments in neurocognitive functioning and social cognition. Subsequent transition to psychosis is particularly associated with deficits in verbal fluency and memory functioning.

Arch Gen Psychiatry. 2012;69(6):562-571

## La «social cognition»

capacità che permettono di costruire rappresentazioni mentali delle relazioni esistenti fra se stesso e gli altri e di utilizzare queste rappresentazioni per muoversi efficacemente nel proprio ambiente sociale

(Adolphs, 1999)





Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.eurpsy-journal.com>

Original article

EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses

F. Schultze-Lutter<sup>a</sup>, C. Michel<sup>a</sup>, S.J. Schmidt<sup>a</sup>, B.G. Schimmelmann<sup>a</sup>, N.P. Maric<sup>c</sup>, R.K.R. Salokangas<sup>d</sup>, A. Riecher-Rössler<sup>e</sup>, M. van der Gaag<sup>f,g</sup>, M. Nordentoft<sup>h</sup>, A. Raballo<sup>ij</sup>, A. Meneghelli<sup>k</sup>, M. Marshall<sup>l,m</sup>, A. Morrison<sup>n,o</sup>, S. Ruhrmann<sup>b</sup>, J. Klosterkötter<sup>b,\*</sup>

## Raccomandazione 1

- **Almeno 1 APS:**  
contenuto insolito del pensiero, idee deliranti non strutturate  
alterazioni percettive o allucinazioni criticcate,  
disorganizzazione del discorso che comunque è comprensibile
- **2 disturbi cognitivi dei sintomi di base**  
alterazione del contenuto del pensiero, blocco del pensiero,  
contenuti insoliti, espressioni e/o parole insolite, deficit di  
attenzione e concentrazione, difficoltà di astrazione o  
simbolica, autoreferenzialità criticcata, facile distraibilità,  
attenzione rivolta a dettagli insignificanti nel campo visivo.
- **Si verificano settimanalmente per almeno 3 mesi**
- **Almeno 1 qualsiasi sintomo psicotico transitorio,**  
**BLIPS** illusione, allucinazioni, disturbo formale del  
pensiero



*Eur Psychiatry*. 2015  
Mar;30(3):405-16. doi:  
10.1016/j.eurpsy.2015.01.  
010. Epub 2015 Feb 27.

## Raccomandazione 2

L'EPA ritiene che un **rischio geneticamente** aumentato di psicosi da una storia familiare positiva di psicosi in almeno un primo grado il parente biologico non deve essere usato come indicatore clinico di a CHR da solo, anche se accompagnato da deficit funzionali e problemi mentali.  
Oggetto di una attenzione CHR valutando nel tempo se insorgono sintomi CHR.

### Raccomandazione 3

- Un calo significativo nel funzionamento professionale e / o sociale ( nella produttività) **non dovrebbe essere un requisito obbligatorio.**
- Deve essere considerato come un'indicazione di un'imminenza di rischio di conversione
- Pazienti CHR con un **significativo declino funzionale** dovrebbero essere considerati in necessità di trattamento.

### Raccomandazione 5

- i suddetti criteri CHR dovrebbero essere solo usati con la massima cura nei bambini e nei giovani adolescenti, che dovrebbero comunque essere valutati e monitorati (vedere Schmidt SJ et al). Nella **tarda adolescenza**, tuttavia, i criteri CHR sembrano essere applicabili come negli adulti.

### Raccomandazione 4

- i suddetti criteri CHR dovrebbero essere solo applicati in persone già afflitte da problemi mentali e in cerca di aiuto per loro
- per le persone considerate a **rischio attuale di vulnerabilità per psicosi**, ad es. per rischio genetico.

### Raccomandazione 6

L'EPA ritiene che

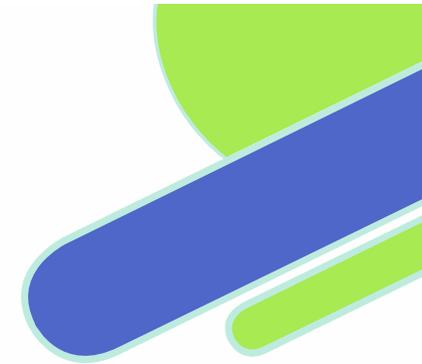
- uno **specialista qualificato della salute mentale** in CHR dovrebbe effettuare la valutazione;
- Se il rinvio a uno specialista non è possibile, il clinico responsabile dovrebbe consultare uno specialista qualificato sul caso, ad es. per telefono;
- **Servizi specializzati di diagnosi precoce** dovrebbero essere pronti a fornire tale consulenza, ad es. nell'ambito della consultazione telefonica ad ore.
- Conferenze di casi con esperti nella diagnosi precoce per le psicosi sono anche consigliate agli specialisti della salute mentale.



# HSE NATIONAL CLINICAL PROGRAMME FOR EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS

## MODEL OF CARE

May 2019



The evidence for EIP focuses on three main areas

- 1) **Early detection and engagement strategies**
- 2) **Interventions for individuals with an At-Risk Mental State (ARMS)**
- 3) **Interventions for individuals during and after their first episode of psychosis (FEP)**

1. EIP service structure

2. Early detection, assessment, and pathways into care

3. Evidence based interventions

4. Patient & Family/carer centred care and recovery

5. Resources required to deliver the EIP service

6. Skilled workforce development

7. Clinical governance

8. Evaluation and Continuous Quality improvement

### *Specific clinical interventions in FEP*

1. **Pharmacotherapies**
2. **Physical health and lifestyle**
3. **Psychological interventions**
4. **Family interventions and support**
5. **Vocational, educational and psychosocial recovery interventions**

4 % of FEP service users in one large study were found to have had prior contact with prodromal/UHR services (Ajnakina *et al*, 2017).

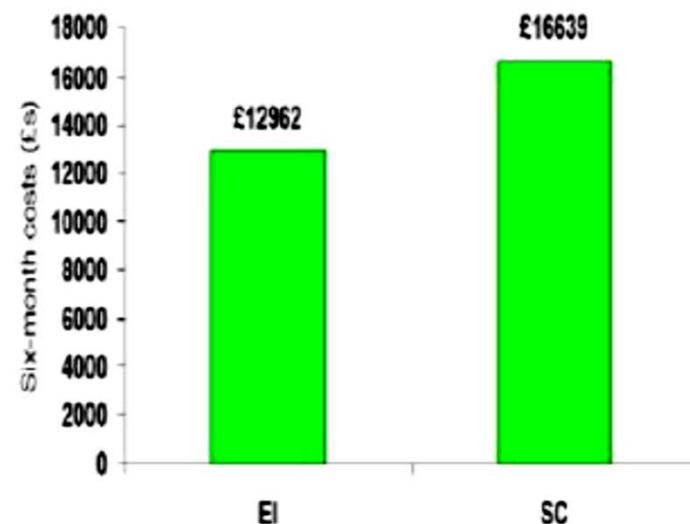


Figure 5: Cost savings over 3 years with EIP

**Danimarca** - €25.000 in 5 aa per paziente  
**Irlanda** riduzione dei giorni di degenza e dei ricoveri con riduzione dei costi da € 15,821 a € 9,328 annuale

EI cost savings over 3 years: £15K per patient over 3 yrs (McCrone et al 2007)

CAMHS EI cost savings: £24K per patient over 3 yrs (McCrone et al 2012)



***“EIP services for psychosis have demonstrated their effectiveness in reducing costs and demands on mental health services in the medium to long-term” (Kings Fund, 2008)***

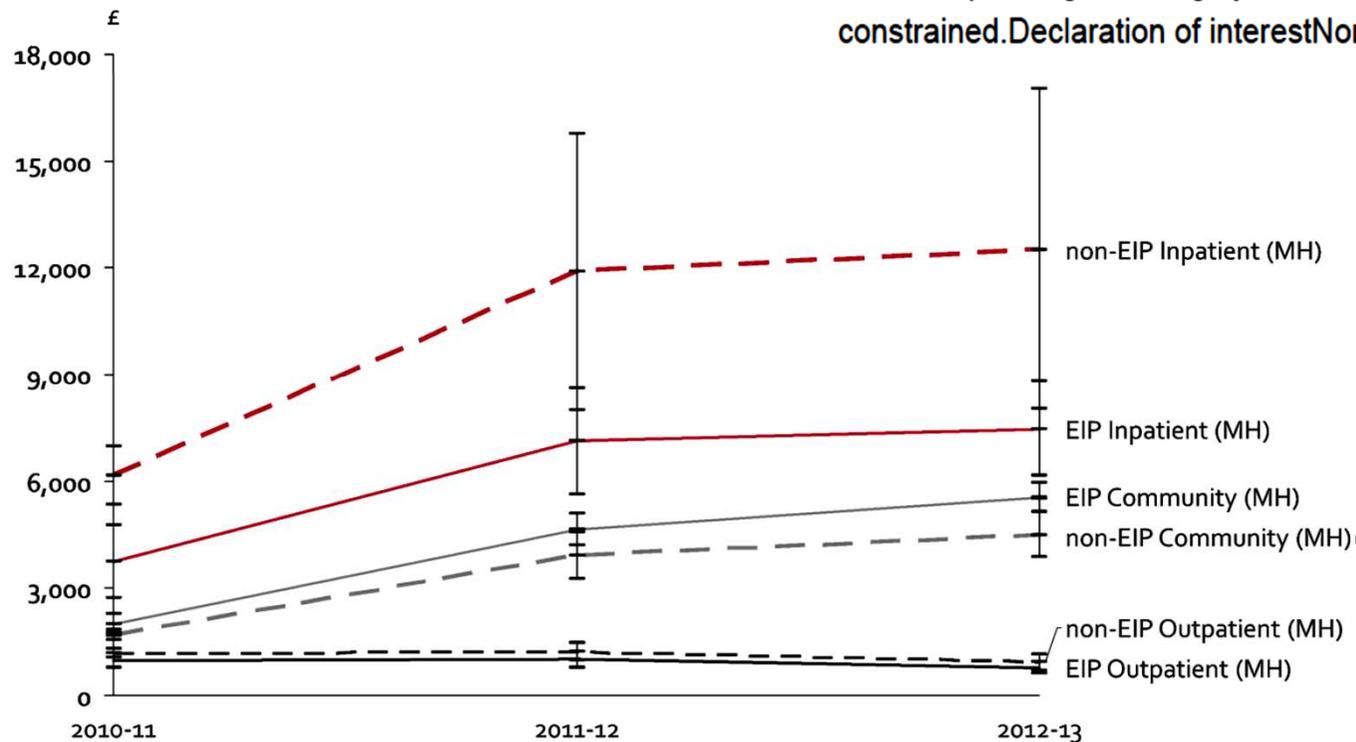
***EI services ... help to avoid substantial costs to the health and social care system and offer further benefits through greater rates of participation in employment, as well as lower rates of suicide and homicide. Over a 10 year period, £15 in costs can be avoided for every £1 invested in early intervention. (Knapp et al , 2014)***

Solo alcuni paesi Europe, Regno Unito, Paesi Bassi, Svizzera e Spagna dispongono di servizi ED/EI

# Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review.

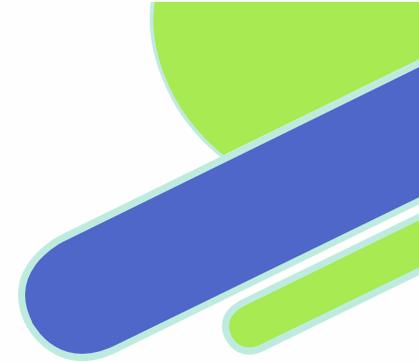
Aceituno D<sup>1</sup>, Vera N<sup>2</sup>, Prina AM<sup>3</sup>, McCrone P<sup>4</sup>.

**CONCLUSIONS:** There is consistent evidence that the implementation of EIP services might be a cost-effective alternative across different health systems. Such evidence, nevertheless, derives from heterogeneous and sometimes methodologically flawed studies, reducing the certainty of such statement. More efforts must be done to rigorously assess the value of this intervention, before expanding it among systems where mental health budgets are more constrained. Declaration of interest None.



Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, et al. *Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England.* BMJ Open 2016;6:e012611. doi:10.1136/bmjopen-2016-012611

# Gruppo ESORDI Psichiatria, SerD, NPI



## MISSION

- ✓ Identificazione precoce di Stati mentali a rischio
- ✓ Identificazione dei sintomi e stadiazione
- ✓ Monitoraggio dell'evoluzione nel tempo
- ✓ Trattamento mirato a ridurre le ospedalizzazioni e gli interventi d'urgenza
- ✓ Mirato all'autodeterminazione e autoaffermazione del paziente (empowerment)
- ✓ Riduzione del DUP
- ✓ Ridurre la esclusione sociale e lavorare sul percorso di inclusione, permettendo all'individuo di restare produttivo
- ✓ Coaching
- ✓ Utilizzo di skill come potenziamento delle capacità e della resilienza del soggetto
- ✓ Modello improntato alla RECOVERY
- ✓ Coinvolgere le famiglie



# Prospettive

- Progettare dei servizi integrati per Early detection e Early intervention
- Ridurre i costi a lungo termine (riduzione dei ricoveri, degli interventi istituzionalizzanti, maggior produttività)
- Ridurre i costi legati ai farmaci
- Rendere le famiglie più competenti e capaci a gestire il disagio





**Cappellaio Matto:** Credi ancora che sia un sogno, non è vero?

**Alice:** Ma certo, è solo un'invenzione della mia mente.

**Cappellaio Matto:** Questo vorrebbe dire che non sono reale?

**Alice:** Temo di sì, ma non mi sorprende che io sogni un mezzo matto.

**Cappellaio Matto:** Ma dovresti essere mezza matta anche tu per sognare uno come me.

**Alice:** Evidentemente lo sono... mi mancherai quando mi sveglierò

*Grazie per l'attenzione*